



PREFEITURA MUNICIPAL
DE HORTOLÂNDIA

SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE
DE HORTOLÂNDIA



PROTÓCOLOS DE ENFERMAGEM

2025



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE HORTOLÂNDIA**

**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE
DE HORTOLÂNDIA**



PROTÓCOLOS DE ENFERMAGEM

José Nazareno Gomes
PREFEITO MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

Carlos Augusto César
VICE-PREFEITO MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA

Dênis André José Crupe
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Jennifer Bazilio
SECRETÁRIA ADJUNTA DA SAÚDE

Cilene Aparecida de Oliveira Mantuan
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Christiane Fonseca da Silva
CHEFE DE DIVISÃO ADMINISTRATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Juliana Davoli Sturaro
CHEFE DE DIVISÃO - GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Maria de Fátima Gomes
DIRETORA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Renato Lopes Machado
DIRETOR DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE HORTOLÂNDIA**

**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE
DE HORTOLÂNDIA**



PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Grupo de Trabalho responsável

Enfª Ana Flávia Valentim Tonti

Enfº Anderson Bellodi

Enfª Ayla Priscila Biancarelli

Enfª Ana Paula Fernandes

Enfª Camila Bernegozzi

Enfª Elizabeth C.G.C. Magalhães

Enfª Joana Regina de Matos Souza

Enfº João Alberto Ferreira Lima

Enfª Juliana Davoli Sturaro

Enfª Lais Sousa Oliveira

Enfª Larissa Albertini Colferai

Enfª Maria Antonieta D'Alkmin

Enfª Monica Callegario Gonçalves

Enfª Nadege Aguiar Costa

Enfª Nivia Luiza da Silva Bassani

Enfª Roseli Ribeiro Rodrigues da Mata

Enfª Rute Bueno

**PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
2025**



APRESENTAÇÃO.....	09
1. ACOLHIMENTO.....	11
- Dispneia.....	15
- Anafilaxia.....	16
- Epilepsia.....	17
- Alterações agudas na hipertensão arterial sistêmica.....	18
- Descompensação dos níveis glicêmicos no paciente com DM.....	20
- Disúria.....	24
- Doenças de pele.....	26
- Dor.....	28
- Intoxicação exógena.....	28
- Queimadura.....	28
- Síndromes gripais.....	30
- Atenção em saúde mental no acolhimento à demanda espontânea.....	31
- Violência e maus-tratos.....	33
2. SAÚDE DO ADULTO.....	36
- Anamnese geral.....	38
- Exame físico geral.....	38
- Rastreamento de problemas associados a doenças cardiovasculares.....	39
- Risco cardiovascular/dislipidemia.....	40
- Abuso de álcool.....	41
- Obesidade.....	41
- Hipertensão Arterial Sistêmica.....	46
- Diabetes Mellitus Tipo II.....	53
3. TABAGISMO.....	63
- Diagnóstico.....	64
- Abordagem psicossocial.....	65
- Abordagem farmacológica.....	67
- Tratamento.....	68
-	
4. CONSUMO DE ÁLCOOL.....	70
- Diagnóstico.....	71
- AUDIT.....	71
- CAGE.....	74
- Abordagem Psicossocial.....	75
- Abordagem Familiar.....	76
- Manejo clínico e medicamentoso da Síndrome de Abstinência do Álcool	76

5. LAVAGEM AURICULAR.....	77
- O que é.....	78
- Contraindicações.....	79
6. ATENÇÃO À DEMANDA DE CUIDADOS NA CRIANÇA.....	80
- Puericultura de rotina.....	81
- Avaliação do crescimento/desenvolvimento e condutas.....	87
- Anemia e suplementação de ferro.....	96
- Imunização.....	98
7. SAÚDE DA MULHER.....	97
- Entrevista.....	98
- Exame físico.....	98
- Sinais de alerta.....	99
- Corrimento Vaginal ou Cervicites.....	99
- Vaginose Citolítica.....	102
- Infecção urinária não complicada.....	102
- Cólica Menstrual.....	104
- Dispareunia e Vaginismo.....	106
- Toque Bimanual.....	106
- Planejamento reprodutivo e familiar.....	108
- Preconcepção.....	110
- Condutas de enfermagem no período pré concepcional.....	109
- Métodos contraceptivos.....	110
- Inserção, revisão e retirada de DIU.....	112
- Periodicidade de retorno para avaliação do método.....	112
- Categorias de elegibilidade.....	113
- Síntese de métodos anticoncepcionais.....	117
- Contracepção de emergência.....	120
- Prevenção de Câncer de Colo de Útero.....	121
- Recomendações para coleta de C.O.....	122
- Recomendações e condutas conforme resultado.....	124
- Achados clínicos.....	125
- Prevenção de Câncer de Mama.....	127
- Solicitação de Mamografia pelo SUS a partir dos 40 anos.....	127
- Recomendações para o rastreamento.....	128
- Recomendações para o diagnóstico.....	130
- Resultados e condutas.....	130
- Mastalgia e outros sintomas mamários.....	131
- Exames de imagens complementares.....	135
- Métodos invasivos para diagnóstico.....	135
- Educação em saúde.....	137
- Plano de cuidados.....	137
- Pré-Natal.....	138
- Avaliação de risco no pré-natal.....	138
- Critérios clínicos para encaminhamento.....	139
- Pré requisitos para encaminhamento.....	140
- Roteiro das Consultas.....	141
- Medicamentos que podem ser prescritos pelo enfermeiro.....	141
- Condutas conforme trimestre gestacional.....	143

- Exame clínico obstétrico.....	144
- Classificação de edema.....	147
- Imunizações.....	149
- Gravidez na adolescência.....	168
- Plano de parto.....	168
- Atenção à mulher no puerpério.....	169
- Aleitamento Materno.....	170
- Técnicas de amamentação.....	171
- Suspensão do aleitamento materno.....	179
- Modificações sobre a lactação normal.....	181
- Inibição da lactação.....	182
- Gestação e doenças infectocontagiosas.....	183
- Zika.....	183
- Varicela.....	185
- Menopausa e Climatério.....	185
- Queixas mais comuns no climatério.....	185
- Terapia de reposição hormonal.....	188
- Orientações para o atendimento a adolescentes.....	189
- Aspectos éticos e legais no atendimento à adolescente.....	191
- Testagem sorológica para menores de 18 anos.....	193

8. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....194

- Síntese das síndromes abordadas.....	196
- Tratamento dos parceiros.....	197
- Síndrome do corrimento uretral.....	198
- Síndrome da úlcera genital.....	201
- Sífilis.....	204
- Métodos diagnósticos.....	205
- Resumo terapêutico para sífilis.....	208
- Acompanhamento de titulação de VDRL e critérios para alta.....	209
- Sífilis congênita.....	212
- Cancro mole.....	214
- Donovanose.....	215
- Herpes genital.....	215
- Síndrome do corrimento vaginal e cervicite.....	215
- Resumo terapêutico para corrimento vaginal.....	217
- Vaginose bacteriana, tricomoníase e infecções mistas.....	218
- Tratamento de parceria sexual.....	219
- Doença inflamatória pélvica.....	220
- Resumo terapêutico para DIP.....	222
- Condiloma ou verrugas anogenitais.....	222
- Resumo terapêutico para condilomatoses.....	223
- Prurido genital.....	224

9. ARBOVIROSES.....226

- O que são arboviroses.....	227
- Sinais e Sintomas.....	228
- Dengue.....	229
- Classificação de risco.....	233

- Conduta em crianças.....	236
- Conduta em adultos.....	237
- Indicações para internação hospitalar.....	242
- Assistência de enfermagem para pacientes com arboviroses.....	239
- Assistência de enfermagem para pacientes com sinais de choque.....	244
- Zika Vírus.....	248
- Gestante com suspeita.....	249
- Recém-nascidos com suspeita de microcefalia.....	249
- Chikungunya.....	250
- Serviços de apoio, diagnóstico e terapia.....	252
- Sorologias.....	253
- Plano operacional para as unidades de atenção primária.....	254
- Grupo A – Azul.....	254
- Grupo B – Verde.....	256
- Grupo C – Amarelo.....	258
- Grupo D – Vermelho.....	259
- Ações de promoção e controle.....	259
- Plano operacional para unidades de atenção secundária.....	260
- Plano operacional para unidades de atenção terciária.....	261
- Hospital Municipal e Maternidade Mário Covas.....	261
- UPA's.....	262
- Condutas conforme classificação.....	264
- Grupo A.....	264
- Grupo B.....	264
- Grupo C.....	265
- Grupo D.....	265
- Cartão de acompanhamento das arboviroses.....	270
- Ficha SINAN e NS1.....	272
10. TUBERCULOSE PULMONAR.....	273
- Suspeita clínica.....	274
- Busca ativa de sintomáticos respiratórios.....	274
- Exames de rastreamento, diagnóstico e acompanhamento.....	276
- Confirmação de caso de tuberculose.....	277
- Condições gerais para prescrição/renovação pelo enfermeiro.....	279
- Esquema básico de tratamento.....	280
- Reações adversas.....	282
- Acompanhamento, controle e alta.....	282
- Controle dos contatos.....	283
- Prova tuberculínica.....	287
- Tratamento de contato.....	287
- Vacina BCG.....	288
- Prevenção da infecção latente ou quimioprofilaxia primária.....	289
- Contraindicações para realiz	
- BCG.....	290
- Escarro induzido.....	290
- Atribuições do enfermeiro.....	291
- Atribuições do técnico de enfermagem.....	292
11. ANEXOS.....	294
• Anexo 1 – Medicamentos prescritos pelo enfermeiro.....	294

• Anexo 2 – Avaliação do risco de suicídio.....	296
• Anexo III – Termo de notificação do conselho tutelar para suspeita de violência contra a criança e o adolescente.....	305
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	306

APRESENTAÇÃO

O município de Hortolândia, atualmente, têm a população estimada em 248.842 habitantes (estimativa IBGE, de Agosto de 2025) e possui uma rede pública de saúde composta por 1 hospital municipal, 3 UPAs, 1 centro de especialidades, 1 centro de especializado em saúde da mulher, 1 programa de assistência domiciliar, 1 unidade de fisioterapia, 1 ambulatório de IST e AIDS, 1 centro especializado em saúde bucal, 1 CAPS , 1 CAPS álcool e drogas, 1 CAPS infantil. Na Atenção Primária, o município possui 17 UBSs com equipes de atenção primária e de estratégia de saúde da família, 1 CEO - Centro de Especialidades Odontológicas e 1 Farmácia de Alto custo.

Diante da necessidade de qualificar o processo da assistência à saúde da população e ampliação do acesso aos serviços de saúde à assistência de enfermagem, o papel do enfermeiro é fundamental. Dessa forma, é necessário estabelecer estratégias e protocolos para favorecer e fortalecer esse papel.

Diante do exposto acima, a Secretaria de Saúde estabeleceu um grupo de trabalho para discutir as ações e fomentar um manual de assistência de enfermagem já com protocolos assistenciais para respaldar as ações do enfermeiro baseados nos cadernos de atenção básica do ministério da saúde e experiências de outros municípios. Este grupo foi formado por alguns enfermeiros sugeridos pela coordenação das unidades e a equipe de gestão.

A construção de protocolos assistenciais em enfermagem, deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde, em suas três esferas de gestão, e da instituição onde será utilizado.

São inúmeros benefícios quanto ao uso de protocolos de assistência, sendo eles: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, os protocolos facilitam o

desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.

Depois de ampla pesquisa e leitura dos cadernos de atenção básica e protocolos assistenciais de outros municípios, que nortearam a elaboração do manual e protocolo assistencial deste, onde após discussões com outras áreas assistenciais (assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica, regulação), chegamos a um documento final que, além de atender a necessidade do município, está dentro da realidade para que as ações possam realmente acontecer.

Este manual assistencial, tem o objetivo de validar a prática de enfermagem de acordo com o estabelecido pelos cadernos de atenção básica do ministério de saúde e está sob os efeitos legais Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro).

A Portaria Ministerial nº 2.436/17, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e altera as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, definem atribuições específicas dos profissionais enfermeiros, dentre elas, a realização de consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, “conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços”. Sendo assim, essas Portarias estão em acordo com a Lei 7.498/86 e de seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87, que prevê, entre as atribuições privativas do enfermeiro, a “prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”. Portanto, desde 1986 há previsão legal para que os enfermeiros desenvolvam as atividades previstas pelas Portarias Ministeriais supracitadas, mas essas ações só começaram a ser amplamente executadas pelos enfermeiros e conhecidas pela sociedade a partir de 2000.

ACOLHIMENTO

1. ACOLHIMENTO

O acolhimento teve seu início com as propostas de reorientação da atenção à saúde, sendo o mesmo peça chave para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecnoassistencial.

A definição literal do acolher é: “dar acolhida a; dar agasalho a; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar, receber; tomar em consideração”. “O acolhimento é um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário em uma unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema”.

O acolhimento sugere a inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, com base na oferta de atendimento a todas as pessoas que o procuram. Ele está baseado em três princípios: acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho descentralizando-o, para formação de uma equipe multiprofissional; e a qualificação da relação profissional - usuário a partir de métodos humanitários de solidariedade e cidadania.

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento estabelece ligação concreta e de confiança entre o usuário ou potencial usuário com a equipe ou profissional de saúde, sendo indispensável para se atender aos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

O acolhimento deve ser efetuado em todos os âmbitos do atendimento de saúde e durante todo o tempo, da recepção ao atendimento propriamente dito aos cidadãos.

Para a efetivação do acolhimento, exige-se uma postura adequada de escuta qualificada e conhecimento do serviço local e do serviço referenciado para os encaminhamentos que se fizerem necessários. O profissional deve estar ciente do caráter voltado para a responsabilidade e para resolutividade do caso em questão, pois isto engloba a base da proposta do acolhimento.

Assim sendo, o acolhimento diz respeito à escuta de problemas do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema, ampliando assim a capacidade da equipe para melhor utilizar o potencial dos diversos integrantes desta.

O acolhimento favorece a concepção de uma ligação de confiança e compromisso dos usuários com a equipe e os serviços, sendo uma ação

fundamental para a humanização do SUS e depende unicamente dos profissionais inseridos na rede de Atenção Primária.

O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para se atender os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, pois este facilita a acessibilidade, favorecendo o desenvolvimento de vínculo entre equipe e população. Baseado nele, pode-se questionar o processo de trabalho e ressaltar a integralidade, dentre outros benefícios que identificamos no decorrer deste trabalho.

Para se implantar um acolhimento efetivo nas diversas unidades, deve-se partir do princípio da própria falta de conscientização dos profissionais da atenção básica de saúde quanto à importância do acolhimento e o não reconhecimento dos benefícios adquiridos com a realização do acolhimento, assim esta problemática deve ser trabalhada como ponto de partida.

Portanto, o acolhimento, à demanda espontânea na UBS, tem como objetivo ampliar a resolutividade e ofertar o acesso dos usuários até as equipes de atenção primária frente a demanda espontânea. Ressalta-se que o acolhimento, à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento do pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a AP tem conhecimento prévio da população, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado e não somente um atendimento pontual. Uma estratégia caracteriza-se pela adoção de avaliação/estratificação de risco e vulnerabilidades, para isso, o trabalho em equipe é fundamental. A estratificação de risco e avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Em relação a definição de intervenções segundo a estratificação de necessidades, sugere-se classificá-las em: Não agudo (intervenções programadas) e agudo (atendimento imediato prioritário ou no dia). Conforme fluxograma abaixo, seguem as classificações considerando que estas devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau e risco de algum usuário de trabalho na atenção primária para atendimento da demanda espontânea.

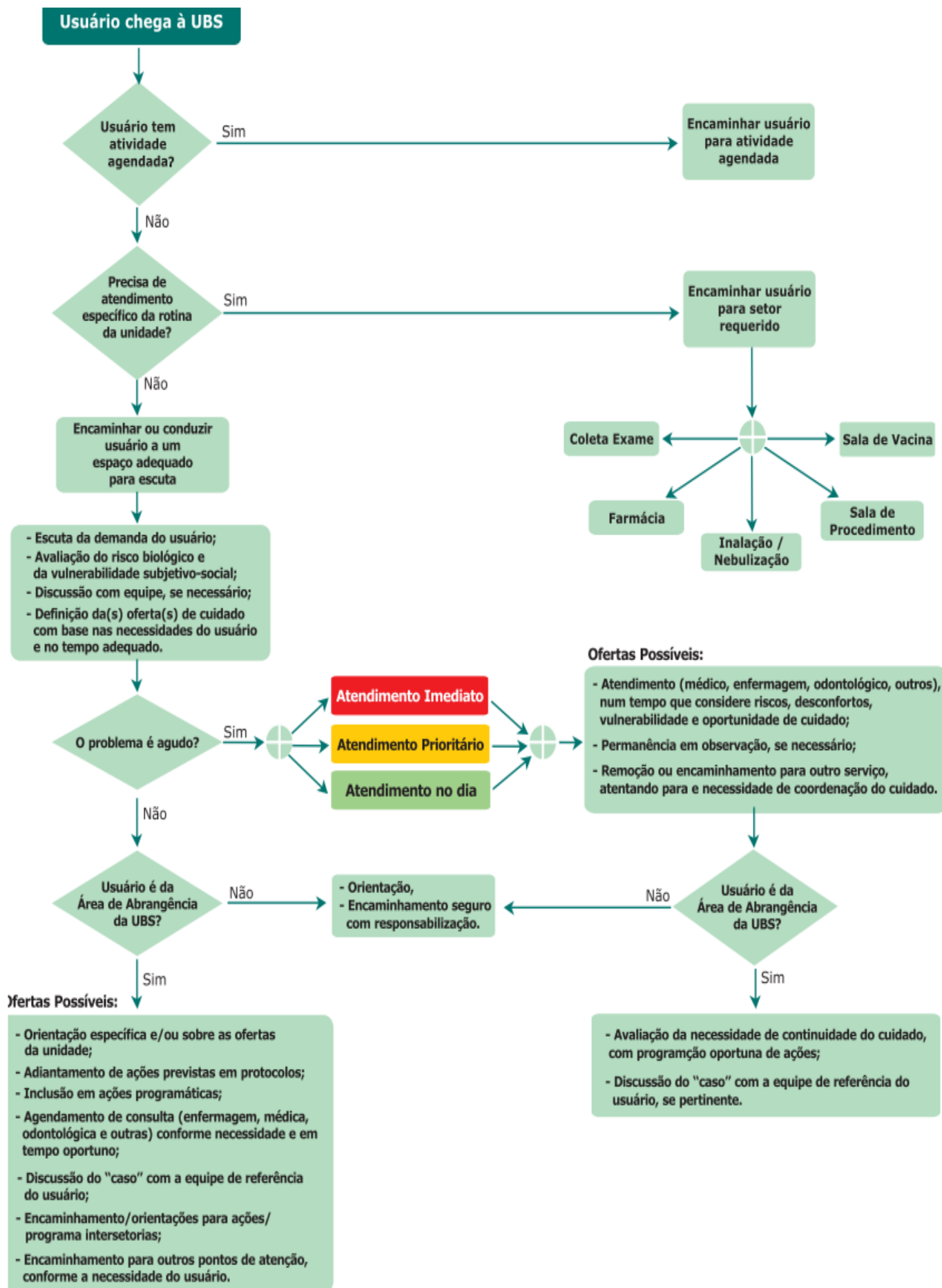


Figura 1.1 – Fluxograma para organização de processos Fonte: MS Secretaria de Atenção à Saúde. Dep de atenção básica 2011.

DISPNEIA

Considera-se dispneia como sendo um sintoma alarme multifatorial que pode ter diversos mecanismos fisiopatológicos, entre os quais, pulmonar, cardiogênico e psicológico. Define-se dispneia como a sensação de desconforto respiratório, incongruente ao nível de esforço desenvolvido. Pode ser de curso agudo ou crônico, de início insidioso ou abrupto e de intensidade leve a incapacitante. Pode também ocorrer isolada ou associada a outros sinais e sintomas. Por exemplo, no caso de pneumopatias, a dispneia pode vir acompanhada de tosse, taquipneia, utilização da musculatura respiratória acessória, febre e dor torácica.

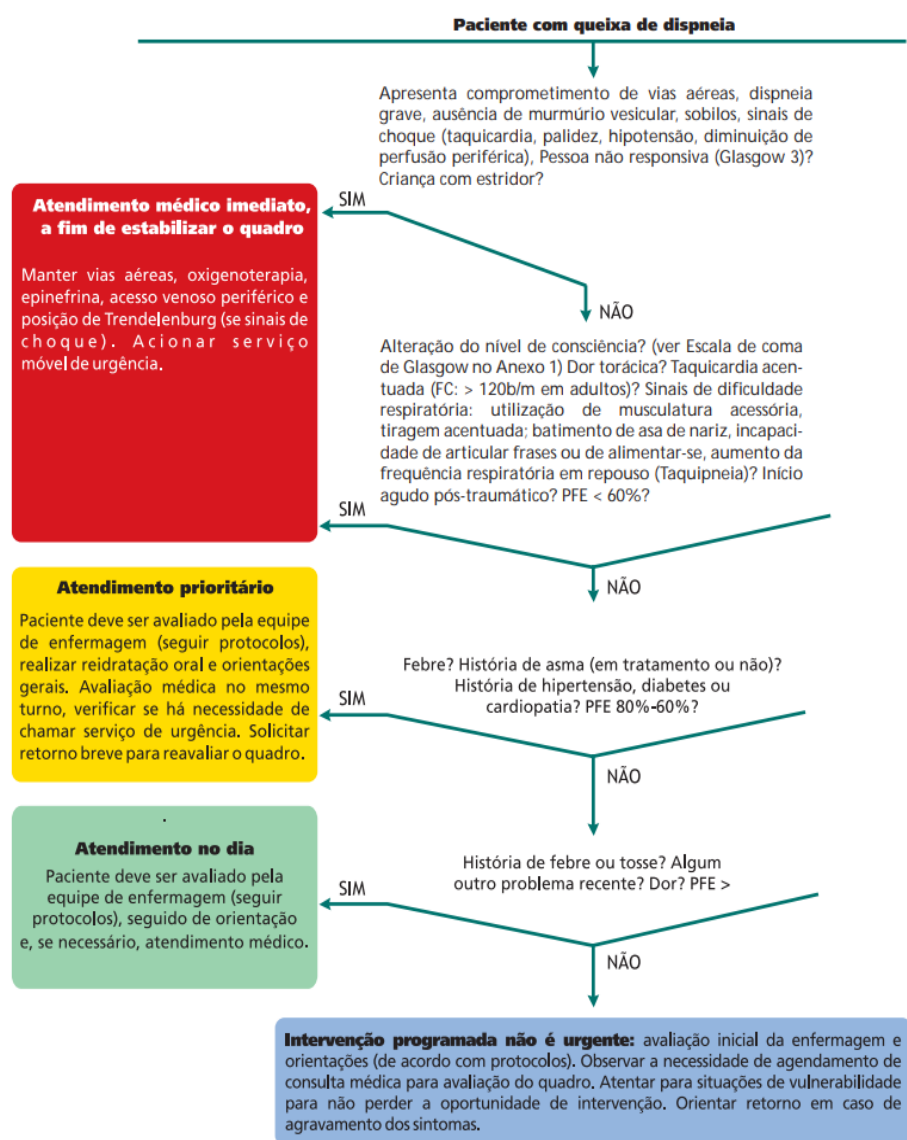


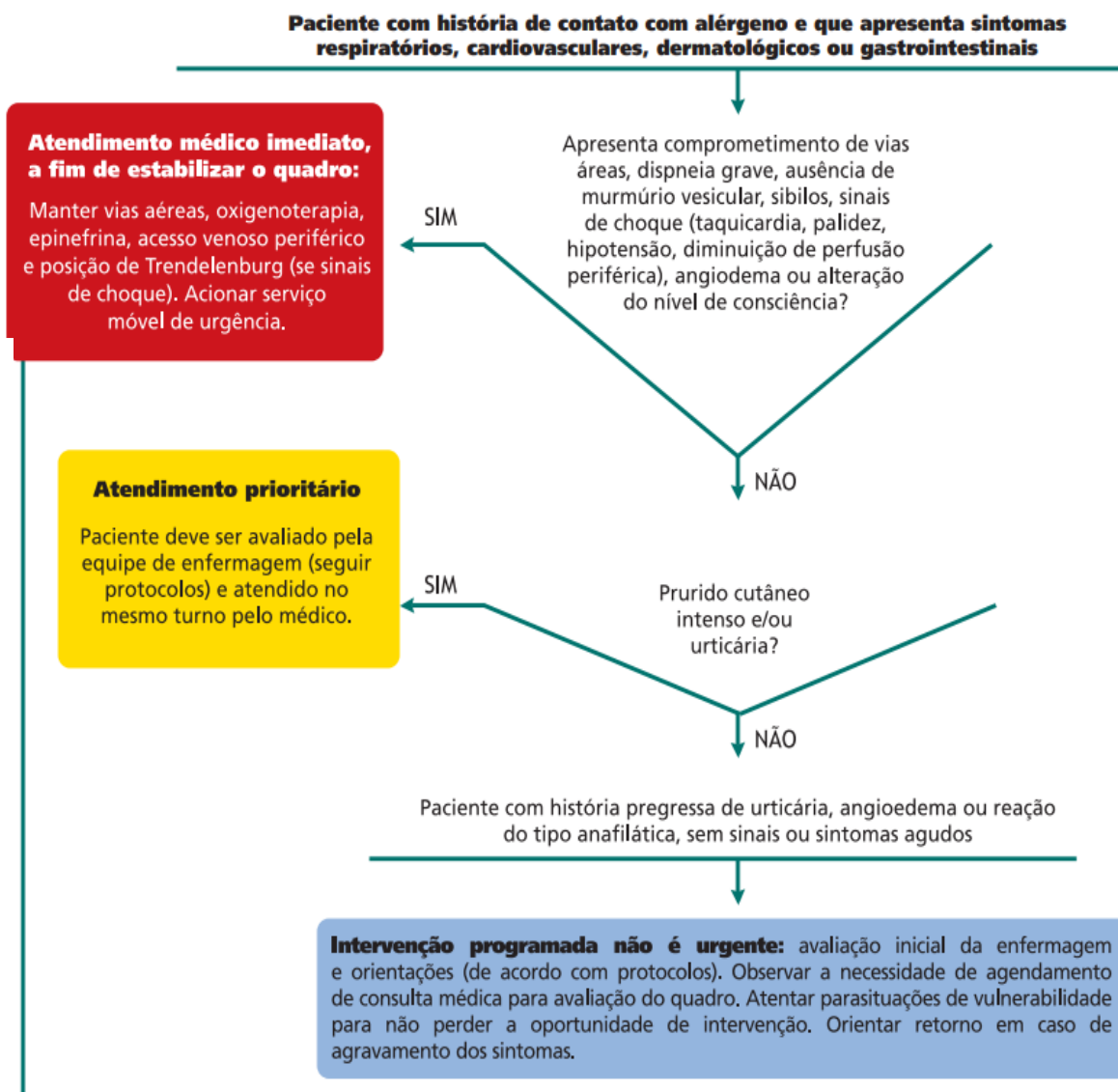
Figura 1.2 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento devido queixa dispneia. Fonte: MS Secretaria de Atenção à Saúde. Dep de atenção básica 2011.

ANAFILAXIA

Geralmente, inicia-se após o contato com a substância, levando alguns segundos a minutos. Quando a anafilaxia é desencadeada por substâncias orais ou o início da reação demora mais de 30 minutos, as reações anafiláticas podem ser mais prolongadas ou recorrentes.

- Sintomas respiratórios: dispneia, edema laríngeo, broncoespasmo.
- Sintomas cardiovasculares: hipotensão, tontura, arritmias.
- Sintomas dermatológicos: urticária, prurido, angioedema.
- Sintomas gastrointestinais: vômito, náusea, cólica, dor abdominal

Fig 1.3 Fluxograma de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade aos casos de reação anafilática

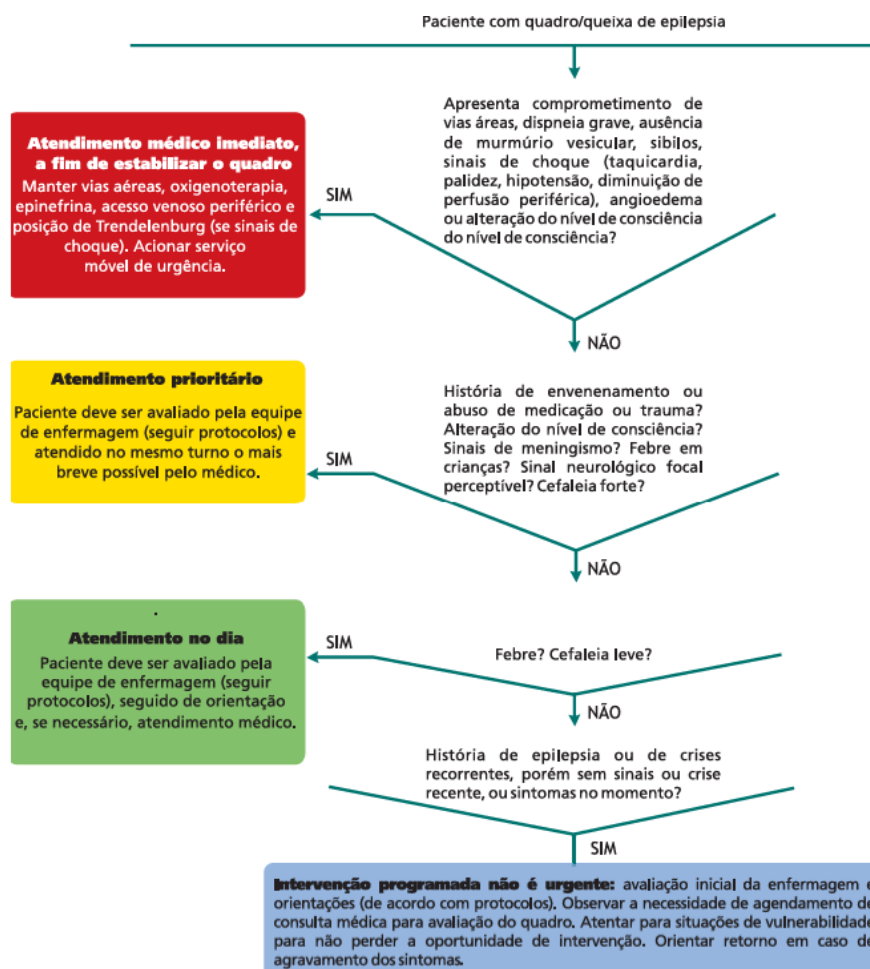


Fonte: MS Secretaria de Atenção à Saúde. Dep de atenção básica 2011. Quadro modificado.

EPILEPSIA

Uma crise epiléptica é um evento paroxístico causado por descargas anormais, excessivas e hiper sincrônicas de um agregado de neurônios do sistema nervoso central (SNC), podendo ter várias manifestações, desde uma atividade convulsiva dramática até fenômenos da experiência não facilmente discerníveis por um observador. De 5% a 10% da população apresentará pelo menos uma crise epiléptica ao longo da vida, sendo as maiores incidências verificadas no início da infância e na idade adulta avançada. O elemento fundamental para o diagnóstico da epilepsia é o fenômeno ictal, ou seja, a crise epiléptica. É importante diferenciar a crise da "doença" epilepsia ou síndrome epiléptica. Para a classificação da epilepsia, devemos considerar diversos outros elementos além dos tipos de crises, tais como: idade de início, alterações no desenvolvimento neuromotor, alterações no exame neurológico, achados do eletroencefalograma e de neuroimagem, entre outros.

Figura 1.4 - Fluxograma para algoritmo que abordam o atendimento com classificação de risco/ vulnerabilidade do paciente com epilepsia ou em crise. Fonte: MS Secretaria de Atenção à Saúde. Dep de atenção básica 2011.



ALTERAÇÕES AGUDAS NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica, sempre considerando também o risco cardiovascular. Após aferição realizada com técnica adequada, aparelho calibrado e o indivíduo em posição sentada, é possível definir o diagnóstico. Pacientes com pressão arterial maior que 140/90 mmHg devem passar por avaliação médica.

As elevações inadequadas da pressão arterial podem ser classificadas inicialmente em três categorias:

Crises hipertensivas (urgências e emergências hipertensivas):

Ocorrem quando existe risco de desenvolvimento de alguma complicação clínica associada ao aumento abrupto dos níveis pressóricos.

Emergências hipertensivas:

Situações em que ocorre lesão aguda e progressiva de órgãos-alvo, com risco iminente de morte. Necessitam de redução imediata da pressão arterial (não necessariamente para níveis normais). Essas emergências devem ser tratadas preferencialmente com agentes anti-hipertensivos parenterais, em unidades de urgência. Nesses casos, o médico da Atenção Primária deve acionar o serviço de atendimento móvel de urgência para remoção imediata do paciente.

Urgências hipertensivas:

Caracterizam-se por elevação significativa da pressão arterial, geralmente com pressão arterial diastólica > 120 mmHg, mas sem comprometimento agudo de órgãos-alvo. O paciente apresenta condição clínica estável, embora exista risco potencial de lesão de órgãos-alvo em curto prazo, caso a PA permaneça elevada. Para pacientes com lesão prévia de órgãos-alvo, o risco de novas complicações é maior, demandando atenção redobrada. O controle pressórico deve ser realizado de forma menos intensa do que em emergências, podendo ser alcançado em até 24 horas, com o uso de medicações por via oral.

Pseudocrises hipertensivas:

Ocorrem quando há elevação significativa da pressão arterial associada a sintomas relatados pelo paciente, mas sem relação causal comprovada entre a hipertensão e o desconforto apresentado. São desencadeadas por fatores como dor (cólicas, cefaléia, fibromialgia), desconforto (tonturas, mal-estar), ansiedade ou pela combinação desses elementos. As pseudocrises hipertensivas representam boa parte das demandas por atendimento de urgência em casos de pressão arterial

elevada. Esses pacientes devem ser tratados com medicamentos sintomáticos (analgésicos, antivertiginosos, benzodiazepínicos) e não com anti-hipertensivos.

Elevação eventual do nível pressórico:

Trata-se de uma elevação dos níveis pressóricos sem sintomas associados. Geralmente, é um achado em verificações de rotina na unidade básica de saúde (UBS). Nesses casos, deve-se avaliar se o paciente já é hipertenso, investigar a presença de outras patologias que possam justificar a alteração, planejar o acompanhamento adequado, iniciar o tratamento apropriado ou ajustar a dose do medicamento e verificar a adesão ao tratamento prescrito pela equipe.

Atendimento com classificação de risco/ vulnerabilidade dos pacientes hipertensos.

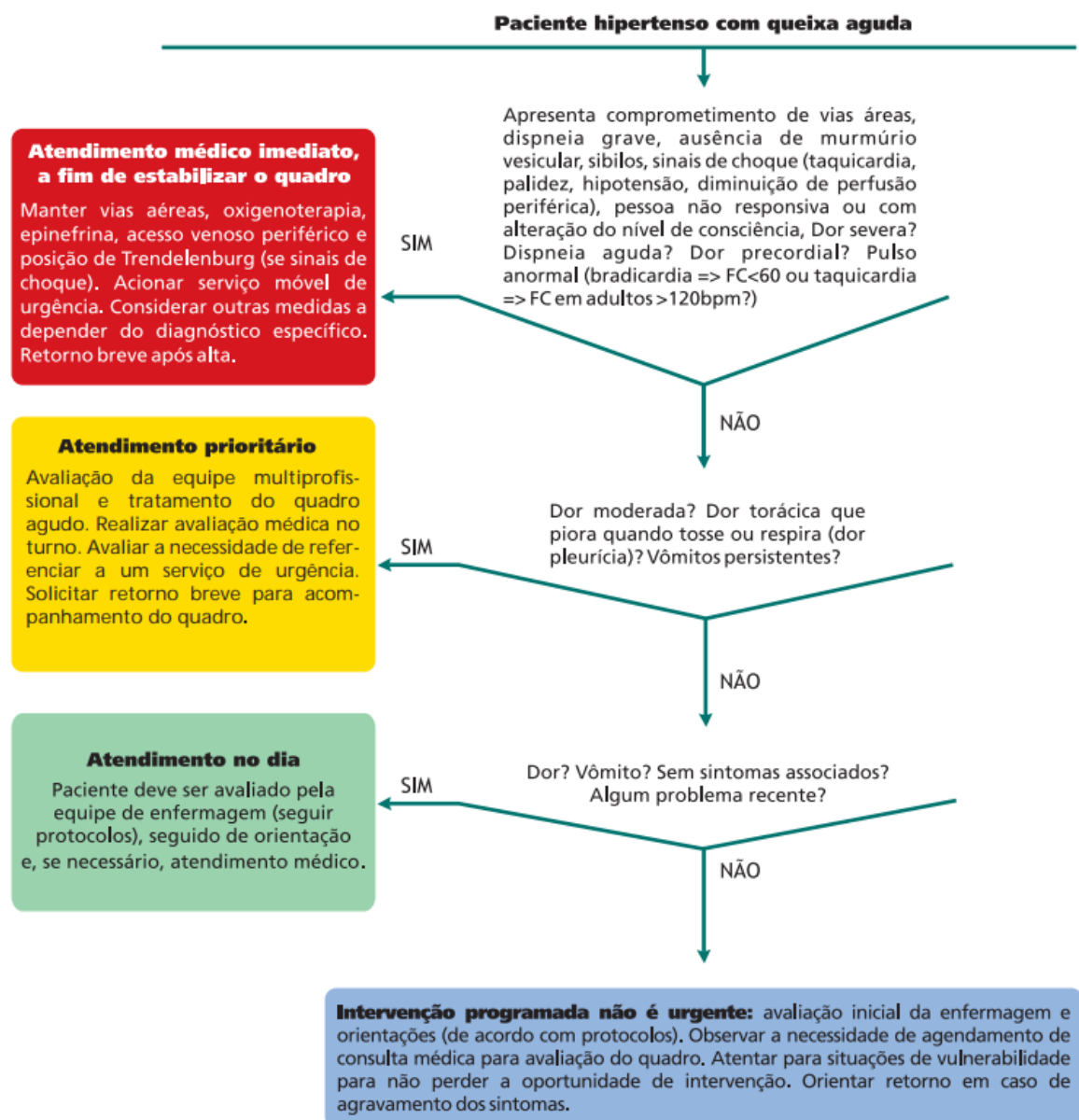


Figura 1.5 – Fluxograma Fonte: MS Secretaria de Atenção à Saúde. Dep de atenção básica 2011.

DESCOMPENSAÇÃO DOS NÍVEIS GLICÊMICOS NO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS – HIPO E HIPERGLICEMIA

O manejo do diabetes deve ser feito dentro de uma rede de atenção à saúde, sendo que a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) deve ter conhecimento dos fluxos para o encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário. Reconhecer os sinais de gravidade, acolher o paciente de forma qualificada e resolutiva, dando o suporte técnico e emocional, acessando outros serviços da rede de acordo com a gravidade do caso, é o que se espera das equipes de APS.

Hipoglicemia - Todos os pacientes devem aprender a reconhecer os sintomas e os sinais de hipoglicemia. Ensiná-las, portanto, é mandatório para que assim diminua a sua vulnerabilidade aos quadros graves (alteração de consciência ou do comportamento, convulsões). Além disso, todo paciente diabético, principalmente e especialmente, os com histórico de hipoglicemia, devem dispor de uma fonte de carboidrato de absorção rápida para consumo imediato.

Fig 1.6 – Quadro de causa, sinais/sintomas e manejo hipoglicemia. Fonte: MS Secretaria de Atenção à Saúde. Dep de atenção básica 2011.

Causas, sinais/sintomas e manejo da hipoglicemia:

Na unidade de saúde:

Sinais e Sintomas	Conduta
Hipoglicemia leve: fome, tremor, nervosismo, ansiedade, palidez, sudorese, taquicardia, déficit cognitivo leve.	Tabletes de glicose (15g), 150ml de suco de laranja ou refrigerante comum, uma colher de sopa de açúcar ou mel. Reavaliar o manejo.
Hipoglicemia moderada à grave: cefaleia, dor abdominal, visão turva, agressividade, confusão, tonturas, dificuldade pra falar.	Tabletes de glicose ou açúcar (30g). Glucagon intramuscular (0,5mg para os menores de 8 anos e 1mg para os demais). Chamar o serviço de atendimento móvel de urgência. Marcar o retorno após alta e reavaliar o manejo.

Hiperglicemia - Se não for diagnosticada oportunamente e tratada adequadamente, pode evoluir para quadros graves de cetoacidose (DM 1 ou 2) ou hiperosmolaridade não cetótica (DM 2), que necessitam de internação em unidades de emergência e/ou de terapia intensiva. A história clínica do paciente é fundamental para o manejo do diabetes. A longitudinalidade do cuidado, característica da APS, auxilia tanto no diagnóstico quanto no diagnóstico diferencial da hiperglicemia grave. Registrar e mesmo saber quanto ao uso de fármacos, história de consumo de bebidas alcoólicas, adesão ao tratamento proposto, patologias associadas do usuário são informações importantes.

Algumas regras são básicas para a prevenção de complicações hiperglicêmicas e devem sempre ser orientadas ao usuário e à família:

1. Ter uma rotina de monitoramento da glicemia capilar e cumpri-la.
2. Entender como o equilíbrio entre a insulinização, ingestão alimentar, atividade física, estresse, uso de glicocorticoides ou diuréticos, cirurgias e outras doenças agudas, sobretudo as infectocontagiosas, afetam o controle glicêmico.
3. Não deixar de usar insulina nos dias de doença (resfriado, diarreia e vômitos, por exemplo), mesmo que não queira comer.
4. No caso de alguma das situações acima, testar a glicemia capilar.
5. Se possível, pesquisar a cetonúria, se a glicemia permanecer alta (> 250mg/dl) em testes consecutivos.
6. De acordo com o resultado da glicemia/cetonúria, serão necessárias doses extras de insulina regular, conforme o esquema preconizado pelo médico.
7. Procurar uma unidade de urgência/emergência se:
 - Precisar de duas doses extras de insulina regular em 24h.
 - Se a glicemia capilar se mantiver acima de 400mg/dl por 12h.
 - Se houver febre alta, vômitos ou diarreia e o usuário não conseguir ingerir nem líquidos, fraqueza muscular, dor abdominal, sinais de desidratação (boca seca e olhos encovados), respiração difícil (taquipneia ou respiração de Kussmaul, consequentes à acidose), hipotensão, hálito cetônico e alteração do estado mental.

Fig 1.7 – Quadro de causa, sinais/sintomas e manejo hiperglicemia. Fonte: MS Secretaria de Atenção à Saúde. Dep de atenção básica 2011

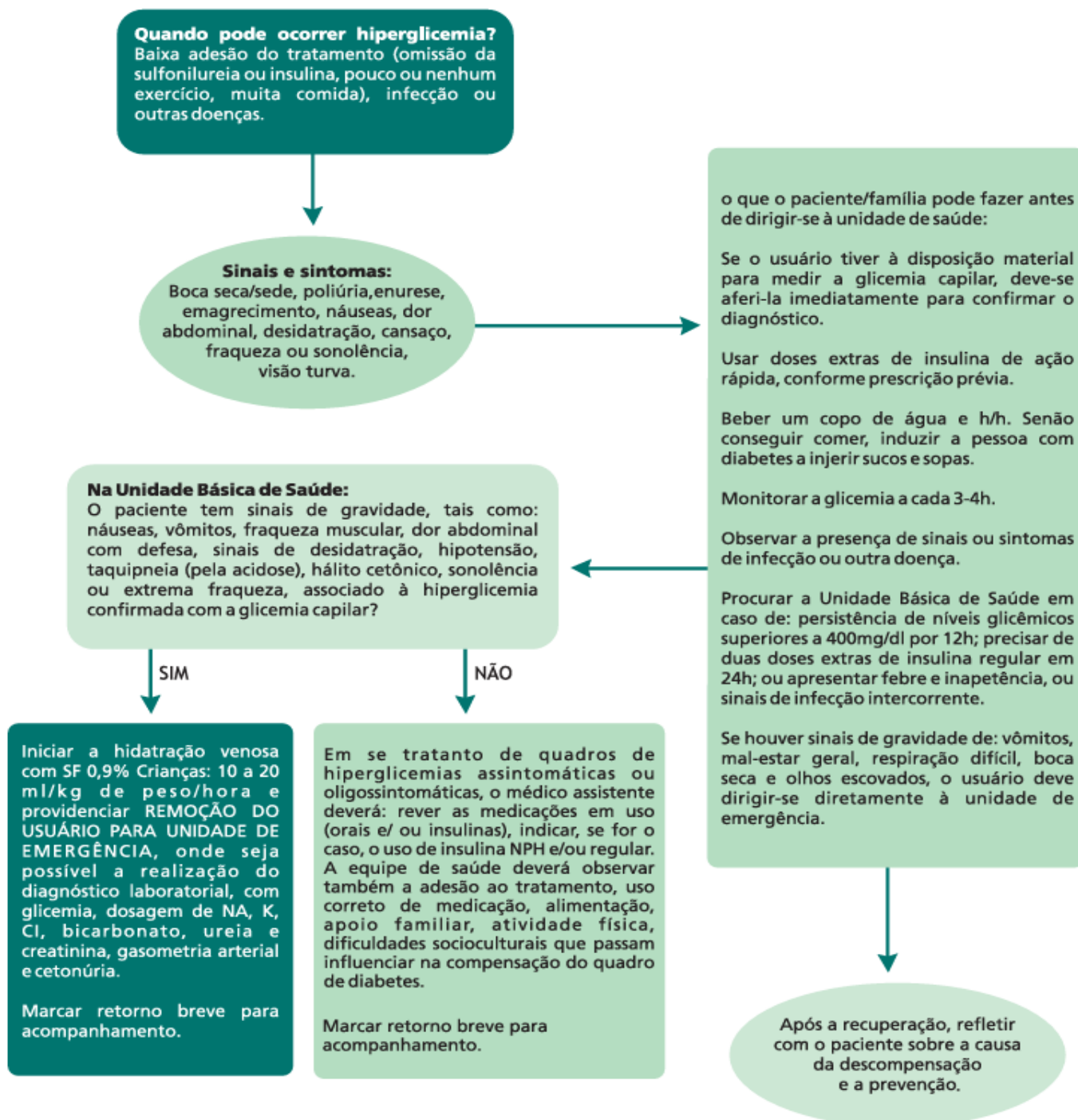
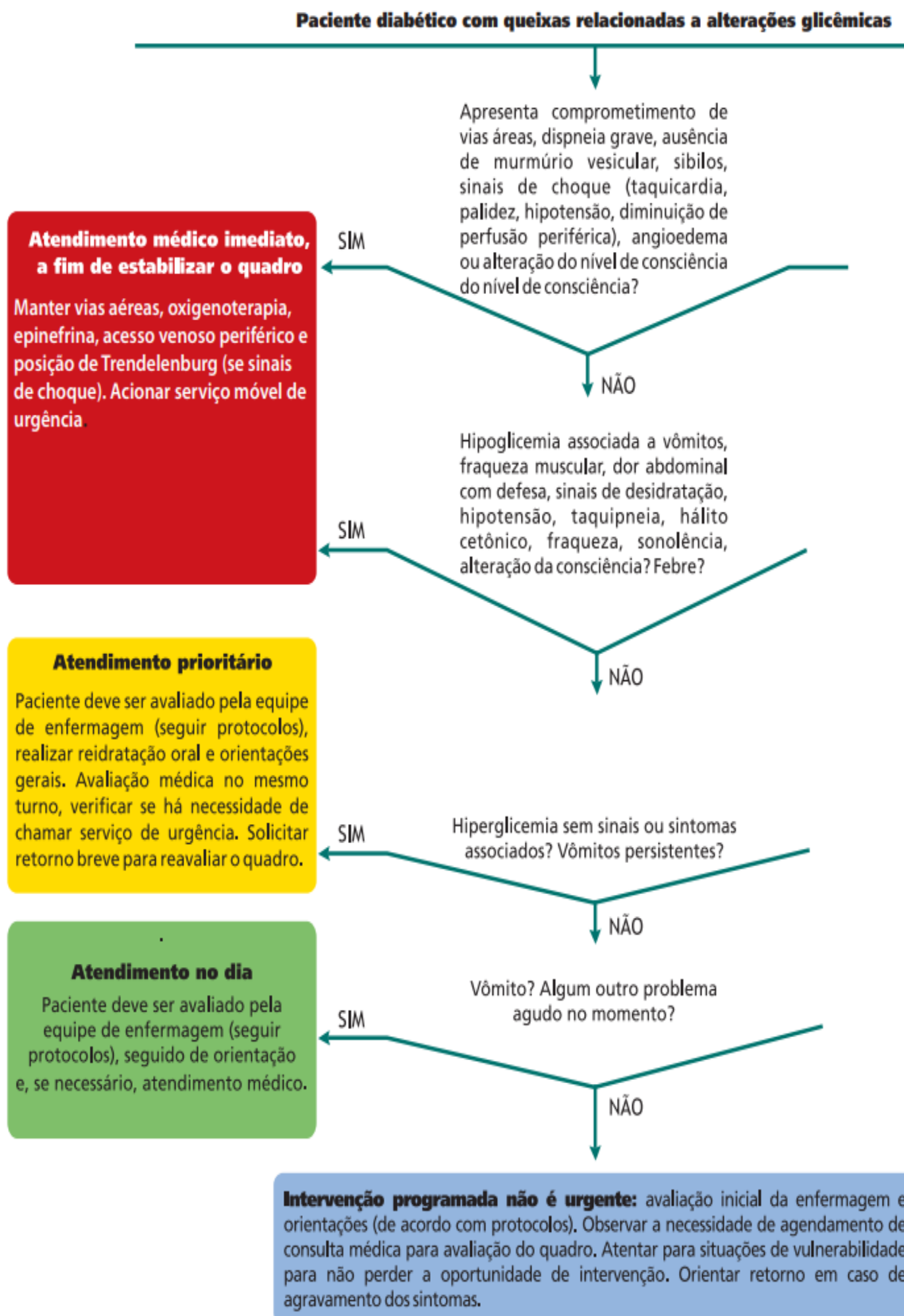


Figura 1.8 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/ vulnerabilidade de pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea. Fonte: MS Secretaria de Atenção à Saúde. Dep de atenção básica 2011.



DISÚRIA

A disúria é um sintoma prevalente no atendimento da demanda espontânea das Unidades Básicas de Saúde, portanto deve ser valorizada, e seu correto manejo clínico é essencial para a equipe de saúde.

Pode ser definida como a sensação de ardência, queimação ou desconforto ao urinar, podendo vir ou não acompanhada de outros sintomas, tais como:

- Polaciúria: aumento na frequência de urinar, sem que necessariamente ocorra alteração no volume urinário.
- Urgência miccional: forte impulso para urinar, pode acompanhar ou não a polaciúria.
- Hematúria: presença de sangue na urina, que pode ser microscópica, quando só é percebida no exame bioquímico; ou macroscópico, quando pode ser percebida apenas pela observação da urina, com alteração da cor e/ou turvação

QUEIXAS URINÁRIAS

Conjunto de sinais e sintomas que envolvem o trato urinário, sendo polaciúria, nictúria, a disúria, urgência miccional, estrangúria (micção lenta e dolorosa), dor retro púbica e supra púbica ou abdominal com ou sem febre podem indicar uma Infecção do Trato Urinário (ITU), sendo indispensável a avaliação da presença de sinais de alerta e sintomas sistêmicos.

No caso de gestantes, o aumento da frequência de micções se deve à fisiologia da gestação onde há a compressão da bexiga pelo útero gravídico, o qual reduz a capacidade volumétrica levando à polaciúria. Em decorrência do aumento do fluxo renal ao deitar-se, pode ocasionar a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono).

Orientações e/ou condutas de enfermagem:

- Manter ingesta hídrica;
- Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo (no caso de gestantes);
- Orientar que o sintoma é transitório;
- Se nictúria: Reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna;
- Evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção.
- Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, sendo o segundo episódio, encaminhar para consulta com médico.

Medicamentos passíveis de prescrição pelo enfermeiro:

Antibióticos de escolha no tratamento de bacteriúria assintomática e ITU não complicada.

- Nitrofurantoína (100mg), 01 cápsula de 6/6hs, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina (500mg), 01 cápsula de 6/6 horas, por 07 a 10 dias; ou
- Amoxicilina- Clavulanato (500mg) – 01 cápsula de 8/8horas, de 07 a 10 dias.
- Sulfametoxazol – Trimestoprima (80/160mg) – 02 cápsulas de 12/12horas, por 03 dias. (não pode ser utilizado em gestantes)

Cuidados

- Repetir urocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento (para gestantes ou população em geral caso sintomas persistam);
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição;
- Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.

DOENÇAS DE PELE

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES	TRATAMENTO	FOTOS
Dermatite de fraldas/monilíase Prevenção: de períneo	Sinais: Hiperemia em região de períneo acompanhado ou não de pápulas ou crostas	Clotrimazol creme 2% de 12/12 hs por 7 dias OU Miconazol creme dermatológico 12/12 horas por 7 dias e Óxido de zinco creme em todas as trocas de fralda Evitar uso de lenços umedecidos (preferir panos macios com água e sabão neutro); Não deixar acúmulo de sabão no local (limpar bem com água ou SF); Chá de camomila frio pode ser utilizado para limpeza da região, evitando infecção fúngica.	
Pediculose	Sintomas: Prurido no couro cabeludo. Exame físico: Identificação a olho nu do piolho adulto ou dos seus ovos (lêndeas) em couro cabeludo.	Permetrina 5% loção: Fazer uma aplicação no couro cabeludo. Deixar agir por 5-10 minutos e enxaguar. (Diluir 1 parte da loção de 5% em 4 partes de água) Fazer remoção mecânica com o auxílio de um pente fino, com o cabelo ainda molhado, dos parasitas e lêndeas. Repetir uma vez entre 7 a 9 dias. Não utilizar a permetrina em crianças menores de 2 anos (abaixo desta faixa etária utilizar apenas o processo de remoção mecânica e encaminhar ou	

		realizar consulta médica).	
--	--	----------------------------	--

Escabiose	Sintomas: Prurido intenso no corpo com piora a noite, principalmente. Exame físico: Lesão cavitária. Característica acometendo principalmente áreas de aquecimento (axilas, virilhas, interdigitais, periumbilical, etc), mas podendo acometer outras partes do corpo.	Permetrina 5% loção: Fazer uma aplicação no corpo inteiro (pescoço para baixo). Deixar agir por 8 a 12 horas e enxaguar. *Repetir a aplicação uma vez em 7 dias. Não utilizar em crianças menores de 2 anos – encaminhar para medico.	
Larva Migrans (bicho geográfico)	Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada e muito pruriginosa.	Orientar: compressas frias no local com gelo ,alivio de sintomas; medidas de controle, como evitar áreas arenosas, sombreadas ou úmidas; proibir cães e gatos em praia. Para crianças < 2 anos: encaminhar para médico. Para crianças > 2 anos: Albendazol 400 mg VO ao dia por 3 dias	

DOR

Pacientes com queixas álgicas como cefaléia, lombalgias, dor de ouvido, dor de garganta, dor abdominal, etc.

Passar por acolhimento e se necessário, consulta de enfermagem e avaliação médica.

Nos casos de dor torácica, a equipe deve estar preparada para identificar as causas potencialmente graves para um rápido início de tratamento e encaminhamento dos pacientes. Atentar se a sintomas como: dor epigástrica, irradiação para membro superior esquerdo, pescoço, maxilar, sudorese, náusea e pacientes com comorbidades associadas.

INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Intoxicação é a manifestação clínica do efeito nocivo, resultante da interação de uma substância química com um organismo vivo. O termo envenenamento é mais empregado nas exposições às toxinas de origem natural, como animais peçonhentos e plantas.

Em decorrência da complexidade dos casos de intoxicação/envenenamento, da diversidade de substâncias envolvidas e da variabilidade da gravidade, em qualquer caso suspeito ou confirmado de evento toxicológico, deve-se entrar em contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIAT) da Unicamp 35216700 e para o SAMU 192.

QUEIMADURA

As queimaduras são traumas que podem ter consequências decisivas para as vítimas. Nenhum outro tipo de trauma desencadeia uma resposta metabólica tão intensa e com tantas repercussões em praticamente todos os órgãos e sistemas. Sua gravidade é determinada principalmente pela extensão da superfície corporal queimada e pela profundidade. Além das repercussões imediatas consequentes às queimaduras, as sequelas físicas e reações emocionais do paciente queimado e de sua família podem permanecer por toda a vida.

Do ponto de vista evolutivo das lesões, as queimaduras são classificadas em:

- Superficial (Primeiro grau) – atinge apenas a epiderme. O local apresenta hiperemia ou vermelhidão, calor, edema discreto, ardência e ressecamento da pele. Geralmente, aparecem em pessoas que se expuseram demasiadamente ao sol (raios ultravioleta) e/ou ao calor extremo. Quando atinge mais da metade do corpo, torna-se grave.
- Parcial (Segundo grau) – atinge a derme, podendo ser superficial e profunda, e tem como característica a presença de flictenas ou bolhas com conteúdo líquido ou colóide; apresenta edema que atinge regiões circunvizinhas, apresentando dor intensa por sua relação íntima com vasos e terminações nervosas periféricas, podendo sangrar; a perda de água e eletrólitos pode provocar desidratação. Essa queimadura geralmente é causada por vapor, líquidos e sólidos escaldantes.
- Total (Terceiro grau) – destrói todas as camadas da pele, atingindo tecidos adjacentes e profundos, originando cicatrização hipertrófica por segunda intenção e pode ser causada por chama direta do fogo. A pele apresenta-se endurecida, de coloração acinzentada ou nacarada, pode ser indolor e não apresentar sangramento.

REGRA DOS NOVE

ÁREA	ADULTO	CRIANÇA
Cabeça e pescoço	9%	18%
Membros superiores	9%	9%
Tronco anterior	18%	18%
Tronco posterior	18%	18%
Genitais	1%	-
Membros inferiores	18%	14%

Fonte: (LIMA JUNIOR et al., 2009)

Realizar estratificação de risco.

- Definir grau e extensão da queimadura.
- Analgesia.
- Verificação de imunização antitetânica, encaminhar para vacina se necessário.
- Avaliar as características da ferida e realizar os cuidados locais.

SÍNDROMES GRIPAIS

O quadro clínico inicial da doença em questão, é caracterizado como uma síndrome gripal (SG), que por sua vez, é definida como “doença aguda (com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos”. Contudo, o profissional de saúde da APS deve estar atento tanto para critérios clínicos quanto epidemiológicos, além de condições sociais, culturais, econômicas e de ocupação, entre outros, para o adequado e oportuno diagnóstico de eventuais complicações do quadro gripal.

A equipe de saúde da APS deve dispensar especial atenção aos casos de síndrome gripal em idosos (> 60 anos), gestantes e crianças cujos cuidados familiares possam ser negligenciados, o que poderá prejudicar a administração de medicamentos e o seu acompanhamento cuidadoso.

Fornecer orientações referentes a hidratação, repouso e observar sinais de alerta.

Além disso, a equipe também deve ficar atenta e acompanhar os casos que retornam de outros serviços de saúde, de acordo com a evolução da doença, mantendo a coordenação do cuidado.

Os casos com sintomas graves devem ser encaminhados pelas equipes de saúde das UBS imediatamente para o hospital ou serviço indicado pela SMS/SES mais próximo.

Vale ressaltar que desde o momento do acolhimento até o encaminhamento para o hospital de referência, o paciente com síndrome gripal e o profissional de saúde em atendimento devem usar máscara cirúrgica.

**ATENÇÃO EM
SAÚDE MENTAL
NO ACOLHIMENTO
À DEMANDA
ESPONTÂNEA**

As situações relacionadas ao campo da saúde mental estão entre aquelas que mais exigem esforço da equipe para a percepção oportuna do problema e a tomada de decisão. Muitas vezes, a queixa do(a) usuário(a) não está expressa claramente ou é mascarada por sintomas somáticos, sendo revelada apenas por meio de uma escuta atenta, realizada por qualquer profissional da equipe. Pode levar mais tempo para que o problema seja adequadamente avaliado, mas é fundamental que os profissionais estejam preparados para dispensar essa atenção, evitando o adiamento constante de trazer à tona o tema do sofrimento psíquico.

Existe uma tendência a subvalorizar essas queixas em relação aos riscos biológicos evidentes. Além disso, atitudes inadequadas ou agressivas podem fazer parte do quadro, gerando rechaço por parte dos profissionais. No entanto, além de causar grande sofrimento ao indivíduo, os problemas de saúde mental podem estar, sim, relacionados a grandes riscos, inclusive à vida. É necessário um exercício constante de autoavaliação dos profissionais para evitar enquadrar esses usuários em estereótipos, lembrando sempre que eles estão em situação de fragilidade e necessitam de cuidados.

Orientar as equipes de atenção básica quanto à identificação e manejo das situações mais agudas em saúde mental, sem entrar em detalhes sobre as estratégias para traçar o plano terapêutico singular e longitudinal, é de suma importância para o desenvolvimento do caso. Contudo, cabe registrar que, diferentemente de uma infecção aguda comum (como uma amigdalite, por exemplo), essas situações sempre demandam um plano de acompanhamento mais complexo: agendamento para novo encontro em breve, discussão do caso na equipe, levantamento da rede social, abordagem familiar, discussão de caso/avaliação com a equipe de referência de saúde mental, etc.

Situações mais comuns de queixas na Atenção Primária à Saúde (APS):

- Transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool.
- Crises psicóticas agudas.
- Risco de suicídio.
- Transtornos de ansiedade agudos.

Por fim, uma série de motivos pode levar o usuário a evitar a procura por serviços de saúde, sendo a visita domiciliar uma estratégia importante para identificação e avaliação de quadros psiquiátricos. Portanto, é desejável que toda a equipe seja capaz de identificar sinais e sintomas comuns.

Deve-se realizar uma anamnese cuidadosa e adequada para classificar o risco do paciente. Este deve ser acolhido pela equipe e, em casos leves, pode ser acompanhado na própria APS, com equipe multiprofissional. Em casos mais graves, nos quais haja necessidade de intervenção médica imediata, o paciente deve ser encaminhado para o serviço de referência. Para classificação de risco, os profissionais devem aplicar o questionário de avaliação de risco de suicídio. O questionário de avaliação de risco pode ser verificado no anexo II.

VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS

Com o passar do tempo, o campo da saúde ampliou sua visão no que concerne à violência. Segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, “a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, classes, nações ou omissões, que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual.”

O objetivo é facilitar o acolhimento de usuários nos serviços de atenção primária à saúde em situações de violência interpessoal. Para isso, é necessário compreender e distinguir os atos violentos sofridos pelo usuário.

A seguir, são apresentadas as definições dos tipos de violência que geram sofrimento à mulher, principalmente no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, de acordo com o artigo sétimo da Lei nº 11.340, de agosto de 2006:

- Violência física – Ofensa à vida, à saúde e à integridade física, sendo a violência propriamente corporal.
- Violência psicológica – Ofensa, constrangimento, humilhação pessoal, geralmente praticada por meio de ameaças.
- Violência sexual – Constrangimento com o propósito de limitar a autodeterminação sexual e reprodutiva da vítima, tais como manter relação sexual não desejada, induzi-la a comercializar sua sexualidade, impedir o uso de métodos contraceptivos ou forçá-la ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição.
- Violência patrimonial – Qualquer conduta que configure retenção, subtração,

destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores, direitos ou recursos econômicos.

- Violência moral – Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.
- Vale lembrar que todo profissional tem o dever de notificar a violência aos órgãos competentes.

O instrumento norteador para atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência deve ser consultado no anexo III.

FLUXO INTERSETORIAL DE ATENDIMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

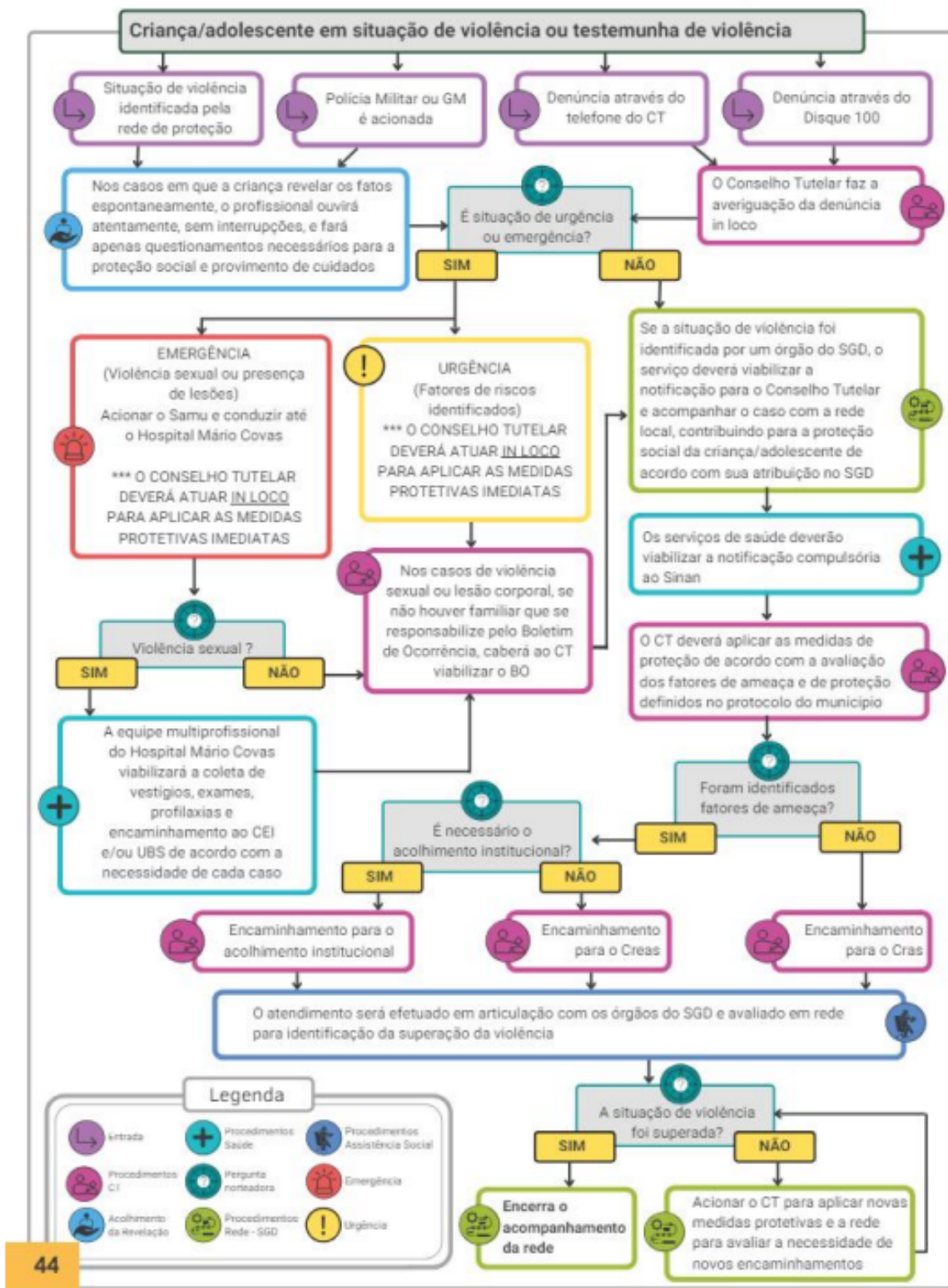


Fig. 1.9 – Fluxo intersectorial de atendimento às violências. Fonte: Plano Municipal Decenal de Enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes.

SAÚDE DO ADULTO

2. SAÚDE DO ADULTO

O adulto deve ser considerado enquanto sujeito histórico, com uma vivência sociocultural e psicológica própria, que se refletem em suas condições de saúde, somando-se a uma herança biológica.

Nas duas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado uma transição epidemiológica, nutricional e demográfica, com o consequente processo de envelhecimento da população. A emergência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que acometem principalmente adultos e idosos, tem se tornado a principal carga de doenças e mortes no país.

Além disso, as doenças transmissíveis continuam a ser uma importante causa de adoecimento, assim como a alta mortalidade por causas externas. A tríplice carga de doenças que afeta adultos e idosos provoca profundas mudanças socioculturais e psicológicas, além de alterar os modos de adoecer nas últimas décadas.

Associada a essas questões, a desigualdade na distribuição de renda, as condições socioeconômicas e a baixa escolaridade da população adulta impactam o envelhecimento, aumentando sobremaneira a dependência dessa população dos sistemas de saúde, particularmente do SUS.

Assim como nos países desenvolvidos, a população brasileira tem visto o aumento da prevalência do sobrepeso, da obesidade e do sedentarismo, além do alto consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o que contribui para o aumento das taxas de adoecimento, internações e óbitos. Além disso, com a dinâmica da vida "moderna" nos grandes centros urbanos, o sofrimento mental representa uma grande demanda para os serviços de saúde, especialmente para os de atenção básica.

Histórico de enfermagem geral

Anamnese geral

1. **Identificação do usuário:** sexo, idade, estado civil, raça, dados socioeconômicos, ocupação, escolaridade, moradia, lazer e religião.
2. **Antecedentes familiares e pessoais:** agravos à saúde: acidente vascular cerebral; doença arterial coronariana prematura; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; artrose; câncer; obesidade; dislipidemia; obesidade; sedentarismo; cirurgias pregressas; quedas.
3. **Medicações em uso:** prescritos; uso regular; auto administrado; conhecimentos; dificuldades e investigando reações adversas.
4. **Hábitos alimentares:** horários, tipos de alimentos, quantidade e modo de preparo, consumo de sal, bebida alcoólica, gorduras saturadas, açúcares e cafeína. Avaliação de períodos nos quais a dieta não é cumprida, falta de apetite, festas, excesso de exercícios, dificuldade de mastigação e/ou de deglutição, ingesta hídrica.
5. **Eliminações:** evacuação (frequência, características, diarreia, constipação), diurese (frequência, características, disúria, hematúria, incontinência).
6. **Hábitos de vida:** tabagismo, alcoolismo, drogadição, sono e repouso, atividade física, atividade sexual, vacinação, higiene.
7. **Queixas atuais:** investigar queixas, como: alergias, taquicardia, tontura, dor precordial, dispnéia, cefaléia, câibras, zumbido nos ouvidos, alterações visuais, escotomas, parestesias, impotência sexual, exames laboratoriais anteriores, citologia oncológica e queixas ginecológicas para mulheres, etc.
8. **Percepção do usuário frente à patologia, tratamento e autocuidado:** conhecimento sobre sua doença e tratamento, agravos à saúde, postura frente à patologia e responsabilização.

Exame físico geral

1. Peso Altura e IMC (índice de massa corpórea);
2. Pressão Arterial (PA);
3. Frequência Respiratória (FR) e características (eupneia, dispneia, taquipneia, ortopneia, etc.);
4. Pulso radial e carotídeo (frequência, cheio, filiforme, arritmico, etc.).

5. Cabeça (rubor facial, alterações de visão e auditiva, cavidade oral [integridade, sangramentos, edema e coloração gengival, lesões ulcerativas, cáries, dentição, uso de prótese]).
6. Pescoço (ingurgitamento jugular, palpação da tireoide).
7. Pele e anexos (integridade, sensibilidade, turgor, coloração, manchas, hematomas, cicatriz, tatuagens).
8. Tórax (ausculta cardio pulmonar, tosse crônica).
9. Abdome (presença de massas palpáveis, ruídos hidroaéreos e mensuração da circunferência abdominal, distensão).
10. Aparelho geniturinário (presença de secreções, lesões, edema).
11. Aparelho músculo esquelético (MMSS e MMII) (edema, estado das unhas, lesões, deformidades).
12. Avaliação neurológica (força e coordenação motora, marcha, uso de acessório para deambulação, fala).
13. Vascular periférico (varizes, pulso pedioso e perfusão periférica).

Rastreamento de problemas associados a doenças cardiovasculares

A detecção precoce de doenças, ou seja, aquela que acontece quando o problema ainda está nas fases iniciais de desenvolvimento, é uma importante estratégia de saúde coletiva que facilita o tratamento e minimiza as consequências à saúde do indivíduo.

Para isto, podemos realizar o ‘diagnóstico precoce’ através de investigação clínica em pacientes que já apresentam sintomas indicativos de determinada doença, seja por meio de exame clínico ou complementar. Nesse caso, ainda que a doença já esteja instalada em sua ‘fase clínica’ (com sinais e/ou sintomas), o início precoce da intervenção possibilita um prognóstico mais favorável.

A outra forma de diagnosticarmos precocemente problemas de saúde, é através do “rastreamento”. Este consiste na realização de exames (clínicos ou complementares) em pessoas que ainda não exibem sintomas e/ou sinais da doença (assintomáticas), ou seja, estão na fase subclínica do problema em questão. Contudo, é importante destacar que o rastreamento não é uma conduta isenta de riscos, já que realiza intervenções (investigação, exames) em pessoas assintomáticas, ou seja, aparentemente saudáveis. Resultados falso-positivos para doenças que a pessoa não possui podem resultar em intervenções desnecessárias,

que vão desde orientações para mudanças de hábitos de vida a procedimentos cirúrgicos complexos. É importante entender que mesmo uma orientação, se realizada de maneira inadequada, pode gerar graves consequências ao indivíduo e à comunidade.

Assim, o rastreamento deve ser realizado sempre que os benefícios da intervenção proposta superarem os possíveis riscos. Todas as condutas propostas neste capítulo seguem essa regra, contanto que o público-alvo e a periodicidade especificados sejam respeitados.

Todos os exames descritos neste capítulo poderão ser solicitados pelos enfermeiros que atuem em unidades de atenção básica do município, contanto que as condições descritas (idade, frequência de realização do exame, etc.) sejam cumpridas. A solicitação de exames fora dessas condições, além de ser uma prática ilegal para o enfermeiro, vai contra as evidências científicas (podendo prejudicar ao invés de auxiliar o usuário) e gera um custo desnecessário ao sistema de saúde.

Risco cardiovascular/dislipidemia

Em quem fazer?

Em todos os pacientes entre 40-75 anos ou em adultos que tenham ≥ 2 fatores de risco (tabagismo, pais/irmãos com DCV prematura - homens < 55 anos ou mulher < 65 anos, IMC ≥ 25 , circunferência abdominal $> 88\text{cm}$ - mulher, ou 102cm - homem, HIV).

É importante lembrar que a avaliação de RCV deve ser realizada em todos os pacientes com HAS, DM, DCV.

Considere outros fatores que podem aumentar o RCV: HIV, doença mental grave, uso de antipsicóticos/corticoide, IMC > 40 . Solicite avaliação médica para considerar o julgamento clínico para decidir sobre tratamentos.

Como fazer?

Determinação de Risco Cardiovascular (RCV) pelo escore de Framingham (anexo I), a cada mudança nos parâmetros desde o último cálculo. Realizar a dosagem sérica (sangue) de:

- Triglicerídeos, colesterol total + frações

Outros pontos importantes

Lembre-se que o alerta sobre o risco de a pessoa ter um problema cardiovascular grave nos próximos 10 anos, pode gerar mudanças que acarretem uma piora na qualidade de vida em troca da diminuição de um risco que não temos certeza. Converse sempre com o usuário sobre o que o resultado significa e tome uma decisão compartilhada.

Abuso de álcool

Em quem fazer?

Realizar o rastreamento em todos os adultos.

Como fazer?

Através de instrumentos específicos como o CAGE e o AUDIT. (Ver tabelas no capítulo de Alcoolismo)

Obesidade

Em quem fazer?

Rastrear obesidade em todas as pessoas com mais de 6 anos de idade, em todas as consultas.

Como fazer?

Utiliza-se o cálculo do IMC: peso (em quilogramas), sobre altura (em metros) ao quadrado. $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2$

Para adultos, interpretar os resultados da seguinte forma:

- **IMC de 25 a 29,9 = sobrepeso**
- **IMC de 30 a 34,9 = obesidade grau I**
- **IMC de 35 a 39,9 = obesidade grau II**
- **IMC $\geq$ 40 = obesidade grau III**

Tabelas para o cálculo do risco cardiovascular – escore de Framingham

Como fazer o cálculo do Risco Cardiovascular (RCV)?

A determinação do RCV pelo escore de Framingham faz uma projeção da chance de o paciente ter um desfecho desfavorável (morte por infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral) nos próximos 10 anos.

Quadro 3 - Classificação de RCV.

GRAU DE RISCO CARDIOVASCULAR	RISCO EM 10 ANOS
Baixo	menor que 10%
Intermediário (moderado)	10 a 20%
Alto	maior que 20%

Contudo, deve-se sempre considerar o vínculo profissional-paciente e o grau de esclarecimento deste último para determinar a melhor forma de se passar essa informação. Na maior parte das vezes, dizer “o senhor tem 20% de chance de morrer por infarto nos próximos 10 anos” não é uma boa ideia. Dessa forma, tentar instruir sobre o que são fatores de risco e de que forma o paciente pode agir sobre os mesmos costuma ser mais interessante, sempre havendo respeito sobre o exercício da autonomia das pessoas.

Para calcular o RCV, siga os passos:

1. Utilize o quadro 4 para a verificação dos fatores de risco;
2. Caso a pessoa apresente apenas um fator de baixo risco/intermediário, ela será considerada de baixo RCV. Caso a pessoa possua pelo menos um fator de alto risco, ela será considerada de alto RCV.

Nesse caso, utilize o quadro 3 para verificar a chance de desfecho desfavorável nos próximos 10 anos;

3. Caso a pessoa possua mais do que um fator de baixo risco/intermediário e nenhum de alto risco, o RCV deverá ser calculado. Para tal, some os pontos dos fatores de risco no quadro 5 e encontre esta soma no quadro 6, definindo o RCV para os próximos 10 anos;
4. O RCV da pessoa será o número apresentado na coluna da direita (homem ou

mulher) do quadro 6, sendo expresso em percentual (%) de chance de ter um desfecho desfavorável (IAM ou AVC) nos próximos 10 anos.

Quadro 4 – Estratificação de fatores de RCV.

Fatores de Risco Cardiovascular	Estratificação de RCV	Comentários
Idade	Aumenta com a idade, especialmente após os 45 anos (homens) e 55 anos (mulheres)	A idade avançada é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares
Histórico Familiar	Histórico familiar de doenças cardiovasculares precoces (homens <55 anos, mulheres <65 anos)	Fatores genéticos aumentam a predisposição ao RCV
Hipertensão Arterial	Pressão sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg	Considerada uma das condições mais prevalentes e controláveis no RCV
Dislipidemia	LDL ≥ 160 mg/dL ou HDL < 40 mg/dL (homens) e < 50 mg/dL (mulheres)	O controle do colesterol LDL e aumento do HDL é crucial para a prevenção
Tabagismo	Fumantes ativos apresentam risco elevado	O tabagismo é um dos maiores fatores de risco modificáveis para doenças cardíacas
Diabetes Mellitus	Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ou HbA1c $\geq 6,5\%$	A diabetes mellitus aumenta o risco de aterosclerose e complicações cardiovasculares
Obesidade (IMC ≥ 30)	Aumenta o risco para hipertensão, diabetes e dislipidemia	A obesidade contribui para a resistência à insulina e inflamação crônica
Sedentarismo	Menor que 150 minutos de atividade física moderada por semana	A inatividade física é associada ao aumento do risco de RCV
Consumo de Álcool	Mais de 21 doses semanais (homens) ou 14 doses semanais (mulheres)	O consumo excessivo de álcool está associado a hipertensão e arritmias
Estresse	Estresse crônico pode elevar os níveis de cortisol e pressão arterial	O estresse também pode contribuir para comportamentos de risco (ex: consumo de álcool, tabaco)

Quadro 5 - Fatores de risco detalhados, com pontuação.

		HOMENS					MULHERES							
		idade	ponto						idade	ponto				
		5							5					
		20 - 34	-9						20 - 34	-7				
		35 - 39	-4						35 - 39	-3				
		40 - 44	0						40 - 44	0				
1		45 - 49	3						45 - 49	3				
		50 - 54	6						50 - 54	6				
		55 - 59	8						55 - 59	8				
		60 - 64	10						60 - 64	10				
		65 - 69	11						65 - 69	12				
	70 - 74	12						70 - 74	14					
	75 - 79	13						75 - 79	16					
		colesterol	idade	idade	idade	idade	idade	colesterol	idade	idade	idade	idade	idade	
		total	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	total	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	
2	<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0		
	160 - 199	4	3	2	1	0	160 - 199	4	3	2	1	1		
	200 - 239	7	5	3	1	0	200 - 239	8	6	4	2	1		
	240 - 279	9	6	4	2	1	240 - 279	11	8	5	3	2		
	>=280	11	8	5	3	1	>=280	13	10	7	4	2		
3		idade	idade	idade	idade	idade		idade	idade	idade	idade	idade		
		20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79		20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79		
	Não fumantes	0	0	0	0	0	Não fumantes	0	0	0	0	0		
	Fumantes	8	5	3	1	1	Fumantes	9	7	4	2	1		
		HDL (mg/dl)	pontos						HDL (mg/dl)	pontos				
4		>=60	-1						>=60	-1				
		50 - 59	0						50 - 59	0				
		40 - 49	1						40 - 49	1				
		<40	2						<40	2				
		PA sistólica	pontos se não tratada		pontos se tratada				PA sistólica	pontos se não tratada		pontos se tratada		
5	< 120	0	0						< 120	0	0			
	120 - 129	0	1						120 - 129	1	3			
	130 - 139	1	2						130 - 139	2	4			
	140 - 159	1	2						140 - 159	3	5			
	>=160	2	3						>=160	4	6			

Fonte: Brasil, 2010.

Quadro 6 - Tabela para determinação de RCV em 10 anos.

HOMENS			MULHERES		
Total de pontos	Risco em 10 anos		Total de pontos	Risco em 10 anos	
<0	<1		<9	<1	
0	1		9	1	
1	1		10	1	
2	1		11	1	
3	1		12	1	
4	1		13	2	
5	2		14	2	
6	2		15	3	
7	3		16	4	
8	4		17	5	
9	5		18	6	
10	6		19	8	
11	8		20	11	
12	10		21	14	
13	12		22	17	
14	16		23	22	
15	20	Risco em	24	27	Risco em
16	25	10 anos:	>=25	>=30	10 anos:
>=17	>=30	%			%

Fonte: Brasil, 2010.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Exames diagnósticos

O diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é realizado a partir de medidas de pressão arterial elevadas. O diagnóstico de hipertensão nunca deverá ser baseado em uma medida isolada. De maneira geral, três medidas em dias e horários diferentes são suficientes para estabelecer o diagnóstico de HAS. Muitos fatores podem alterar os valores de pressão arterial como exercícios físicos, consumo de bebidas estimulantes e questões emocionais, de modo que o profissional tenha cautela ao informar o paciente sobre alterações nos níveis pressóricos.

Rastreamento (exame em pessoas sem sintomas)

Quadro 7 - Estratificação dos níveis pressóricos

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Normal limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão leve (estágio 1)	140-159	90-99
Hipertensão moderada (estágio 2)	160-179	100-109
Hipertensão grave (estágio 3)	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia / OMS

Quadro 8 - Recomendação de acompanhamento com base na aferição da PA inicial

Seguimento	PAS	PAD
Reavaliar em 1 ano	< 130	< 85
Reavaliar em 6 meses	130-139	85-89
Confirmar em 2 meses	140-159	90-99
Confirmar em 1 mês	160-179	100-109
Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana	>180	>110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia / OMS

* Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente.

** Se as pressões sistólica ou diastólica forem de categorias diferentes, o seguimento recomendado é definido como de menor tempo.

*** Além disso, todas as gestantes devem ter sua pressão arterial verificada em cada consulta.

Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)

A sintomatologia relacionada a alterações na pressão arterial (PA) pode não ser tão facilmente identificada, já que uma grande gama de sinais/sintomas pode ser atribuída a outras causas.

Dessa forma, é importante aferir a PA de todas as pessoas com sinais e/ou sintomas mais facilmente relacionáveis, como síncope, sangramento nasal ou dores no peito e na cabeça; ou menos diretos, como dores difusas, parestesia ou alterações visuais e auditivas. Como dor e/ou desconforto podem alterar a PA, é importante que aferições realizadas nesse momento sejam analisadas com cautela, já que podem ser a consequência dos sinais/sintomas, e não a causa. Assim, tomar a conduta pertinente ao quadro clínico e, havendo suspeita de HAS (não apenas valor elevado isolado), orientar aferições posteriores para definição do diagnóstico.

Medicamentos passíveis de renovação da prescrição pelo enfermeiro - HAS

Esta seção traz uma lista de medicamentos anti-hipertensivos passíveis de terem receita renovada pelo **enfermeiro que atua em unidades básicas de saúde do município**, contanto que todas as condições expressas neste documento sejam cumpridas.

O enfermeiro poderá renovar as receitas de medicamentos por um período de até 6 (seis) meses, quer seja através de uma única receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses). Esta estratégia pode ser particularmente útil caso o enfermeiro queira que o paciente volte para reavaliação (por ele ou qualquer outro profissional) antes de seis meses.

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação de uso contínuo prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações contínuas prescritas. Havendo questionamentos quanto à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe (na ausência deste, outro médico da unidade/município deverá ser acionado).

Condições gerais

O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos anti-hipertensivos contanto que:

- O paciente possua receita prévia emitida nos últimos 12 meses com registro em prontuário por médico da atenção primária do município devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);

- Caso tenha receita de outro município ou região verificar a possibilidade de encaminhar para a região de origem, caso seja inviável agendar consulta médica;
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- Avaliar possibilidade de gravidez;
- O paciente não apresente sinais/sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata (sinais/sintomas que indiquem algum problema de saúde agudo ou grave);
- Se o paciente for portador de qualquer das seguintes comorbidades ou complicações, tenha sido avaliado por médico pelo menos nos últimos 6 meses: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;
- O paciente não tenha mudanças no quadro clínico desde a última consulta médica ou recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na unidade de saúde.
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa, com avaliação de risco cardiovascular, de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de enfermagem e, caso seja necessário, encaminhe para consulta médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, solicite os exames complementares (de rastreio ou acompanhamento) indicados para a situação clínica da pessoa atendida (consultar a seção de exames de acompanhamento de hipertensão e rastreamento, neste mesmo documento);
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O paciente deve ter função renal preservada, comprovada através de registro no prontuário de resultado de exame laboratorial com Clearance de creatinina maior ou igual a 90 ml/min, este valor vem expresso como Taxa de filtração

glomerular nos resultados dos exames de creatinina (pode ser calculada a partir da equação de Cockcroft & Gault, detalhada na seção de exames deste capítulo ou utilize o aplicativo TFG- taxa de filtração glomerular, do ministério da saúde), sendo que na inexistência de tal resultado no último ano é sugerido ao enfermeiro a solicitação do exame e renovação da receita por período compatível com a realização do exame laboratorial para avaliação posterior;

- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessação do tabagismo, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;
- O paciente esteja com valores de pressão arterial iguais ou menores aos estipulados abaixo:

Paciente que não possuem diabetes mellitus:

- Com idade até 80 anos: menor ou igual a 140/90 mmHg;
- Com idade maior que 80 anos: menor ou igual a 150/90mmHg.

Obs.: Alguns medicamentos anti-hipertensivos podem ser utilizados para o controle de outras morbidades, como os betabloqueadores para arritmia cardíaca. Caso o paciente tenha alguma outra morbidade associada que exija o uso destes medicamentos, o enfermeiro deverá realizar consulta de enfermagem estando atento a todas as variáveis pertinentes à sua atuação profissional.

Contudo, nestes casos a receita não deverá ser renovada e o paciente deverá ser encaminhado para atendimento médico visando o acompanhamento integrado da HAS e demais doenças.

Caso, no momento da consulta, a PA esteja com diferença igual ou superior a 20 mmHg às demais medidas (sistólica ou diastólica, separadamente), realizar nova

medida 15 minutos após a primeira. Permanecendo essa diferença ou caso o paciente não possua medidas em número suficiente para garantir estabilidade da pressão arterial, renovar a receita por 15 dias e orientar o retorno com as medidas de PA (controle pressórico 3 vezes na semana). Caso, no retorno, essa diferença persista, encaminhar para avaliação terapêutica pelo médico.

Quadro 9 - Lista de medicamentos com prescrição renovável pelo ENFERMEIRO.

MEDICAMENTO	DOSE MÁXIMA
ATENOLOL	100 mg/dia
PROPRANOLOL	240 mg/dia
HIDROCLOROTIAZIDA	25 mg/dia
FUROSEMIDA	80 mg/dia
ESPIRONOLACTONA	100 mg/dia
LOSARTAN	100 mg/dia
CARVEDILOL	50 mg/dia
METILDOPA*	1500 mg/dia
ANLODIPINO, BESILATO	10 mg/dia
VERAPAMIL, CLORIDRATO	480 mg/dia
CAPTOPRIL	150 mg/dia
ENALAPRIL, MALEATO	40 mg/dia
ACIDO ACETIL SALICÍLICO	200 mg/dia
SINVASTATINA	80 mg/dia

*Obs.: A renovação de metildopa não deverá ser realizada pelo enfermeiro caso a paciente seja gestante.

Exames complementares para acompanhamento da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Condições Gerais

O enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento do portador de hipertensão arterial sistêmica desde que:

- Haja comprovação, através de documento por escrito ou registro eletrônico no prontuário do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames, conforme este documento;
- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade;
- O enfermeiro obedeça a periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmos em frequência superior ao estabelecido;
- O enfermeiro realiza avaliação clínica do usuário pertinente ao quadro do mesmo e conforme as evidências mais recentes, encaminhando para atendimento médico quando necessário.

Quadro 10 - Lista de exames complementares para HAS

EXAMES	PERIODICIDADE
Eletrocardiograma	Inicial e anualmente a critério
Glicemia de jejum	A cada 4 a 6 meses
Perfil Lipídico (Colesterol total, HDL, LDL, triglicérides)	Inicial, anualmente e a cada 6 meses se alterado
Creatinina sérica* e estimativa do ritmo de filtração glomerular	A cada 6 meses.
Dosagem de potássio	Anualmente
Microalbuminúria	Inicial, anualmente se proteinúria negativa
Proteinúria 24hs	Inicial e anualmente
Filtração glomerular	Inicial e anualmente
TGO / TGP / GGT	De acordo com a queixa
Ureia	Inicial, anualmente ou a cada 6 meses se alterado
Sódio	Inicial, anualmente ou a cada 6 meses se alterado
Ácido Úrico	Anualmente
Urina I	Anualmente

DIABETES MELLITUS (DM) TIPO II

Diagnóstico

É fundamental que a enfermagem possa agregar no processo de diagnóstico, tratamento e monitoramento das pessoas com diabetes melito tipo 2. Identificar e reconhecer marcadores de determinantes sociais e econômicos que podem contribuir ou desenvolver situações de agravos e condições de adoecimento.

Manifestação clínica

A DM2 comumente é assintomática, contudo, o aparecimento de sinais e sintomas pode ocorrer:

- Sinais e sintomas clássicos
 - Poliúria;
 - Polidipsia;
 - Perda ponderal;
 - Noctúria;
 - Polifagia.
- Sintomas e condições menos específicos
 - Fadiga, fraqueza e letargia;
 - Visão turva;
 - Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.
 - Doença renal crônica (albuminúria, perda de função renal e evolução para insuficiência renal terminal);
 - Neuropatia (parestesias ou dor nos membros inferiores, formigamento, câimbras);
 - Retinopatia;
 - Catarata;
 - Doença aterosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);
 - Infecções de repetição. Realizar **glicemia capilar** nos pacientes com sintomatologia característica e que não se enquadrem nos critérios descritos no rastreamento.

Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico laboratorial de DM2 baseia-se na detecção de hiperglicemia, por meio dos testes de glicemia plasmática de jejum, glicemia plasmática aleatória, o TOTG e a HbA1c.

Critérios diagnósticos para DM T2 em indivíduos com idade superior a 18 anos

Exames	Valores de referência		
	Normal	pré-DM2	DM2
Glicemia plasmática de jejum (mg/dL) ^{a,b}	< 100	100 a < 126	≥ 126
TOTG (mg/dL) ^{a,b}	< 140	140 a < 200	≥ 200
HbA1c (%) ^b	< 5,7	5,7 a < 6,5	≥ 6,5
Glicemia aleatória ^c	< 200	-	≥ 200

Legenda: TOTG: teste oral de tolerância à glicose de 2 horas com carga oral equivalente a 75 g de glicose anidra diluída em água; HbA1c: hemoglobina glicada; DM2: diabetes melito tipo 2

Notas: ^a jejum de pelo menos 8h; ^b na ausência de sintomas clássicos de diabetes melito tipo 2, o diagnóstico definitivo exige dois resultados alterados do mesmo exame em amostras diferentes ou de dois resultados alterados, de exames diferentes avaliados com a mesma amostra de sangue; ^c em paciente com sintomas de hiperglicemia.

Fig. 2.1 Critérios para DM2 em indivíduos com idade >18. Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, American Diabetes Association e OMS

Rastreamento (exame em pessoas sem sintomas e sem diagnóstico prévio da doença)

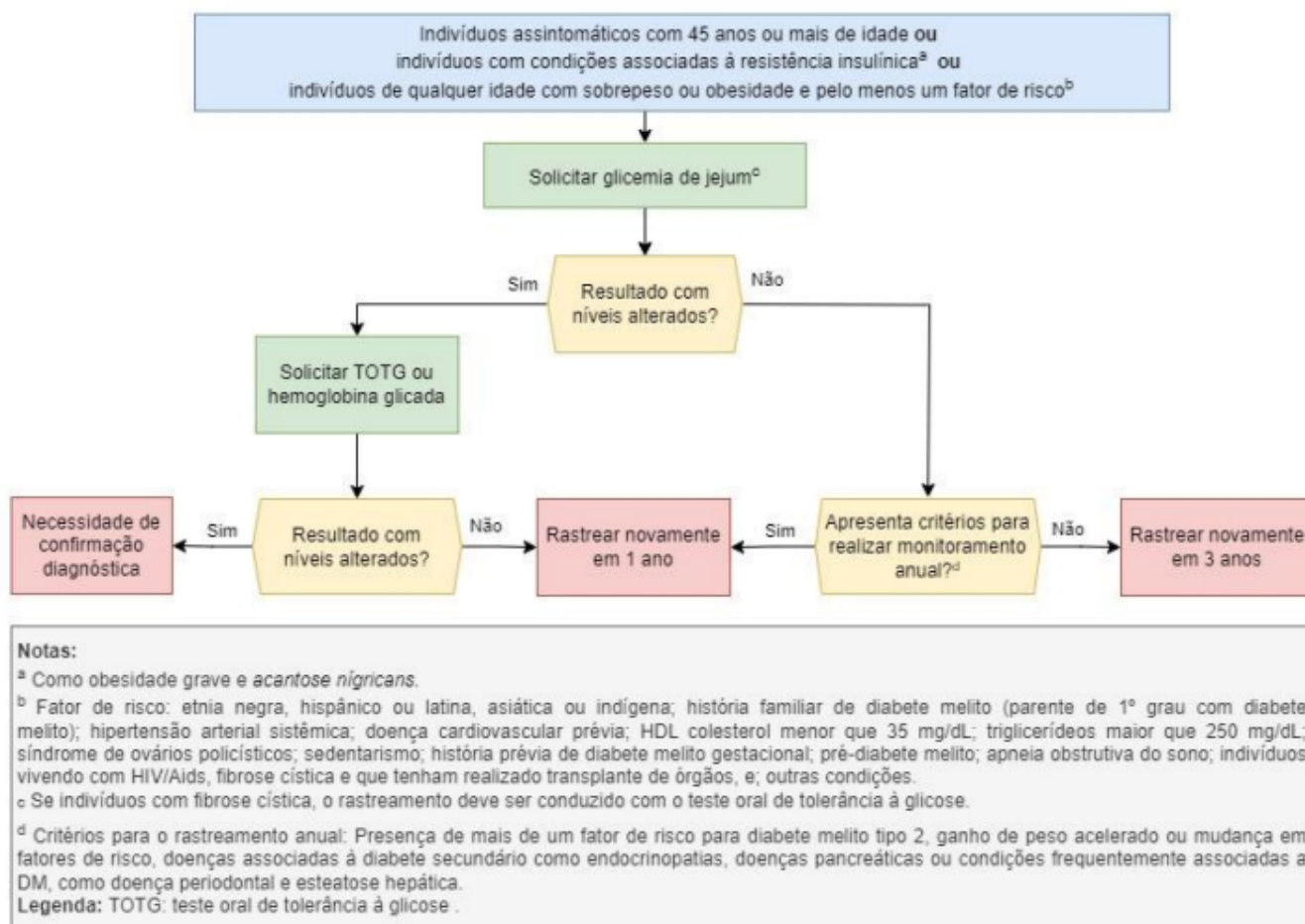
- Indivíduos com idade a partir de 45 anos
- Indivíduos de qualquer idade com sobrepeso ou obesidade e pelo menos um dos seguintes fatores de risco:
- Etnia negra, hispânico ou latina, asiática ou indígena;
- História familiar de DM
- Parente de 1º grau com DM;
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Doença cardiovascular prévia;

- HDL-c < 35 mg/dL;
- Triglicerídeos > 250 mg/dL;
- Síndrome de ovários policísticos;
- Sedentarismo;
- História prévia de diabetes melito gestacional (DMG);
- Pré-diabete;
- Presença de acantose nígricans;
- Apnéia obstrutiva do sono;
- Indivíduos vivendo com HIV/AIDS;
- Indivíduos com fibrose cística;
- Indivíduos que realizaram transplante de órgão.
- Outras condições associadas à resistência insulínica, como obesidade grave e acantose nígricans.

O rastreamento para DM2 deve ser realizado por meio dos exames de glicemia de jejum, e em caso de necessidade de confirmação diagnóstica, deve ser realizado o exame de hemoglobina glicada (HbA1c) ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG) para indivíduos elegíveis ao rastreamento.

O TOTG consiste na administração de 75 g de glicose por via oral com duas medidas de glicose plasmática nos tempos 0 e 120 minutos após a sobrecarga de glicose. Contudo, este teste não é utilizado como método de escolha para rastreamento, devido ao tempo e desconforto para sua realização, sendo reservado para situações específicas, como na presença de fibrose cística.

Fluxograma de rastreamento de DM2 em indivíduos assintomáticos não gestantes.



Fluxograma de rastreamento de DM2 em indivíduos assintomáticos não gestantes.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, American Diabetes Association e OMS.

Fluxograma de diagnóstico de diabetes melitos tipo 2 em indivíduos com idade superior a 18 anos

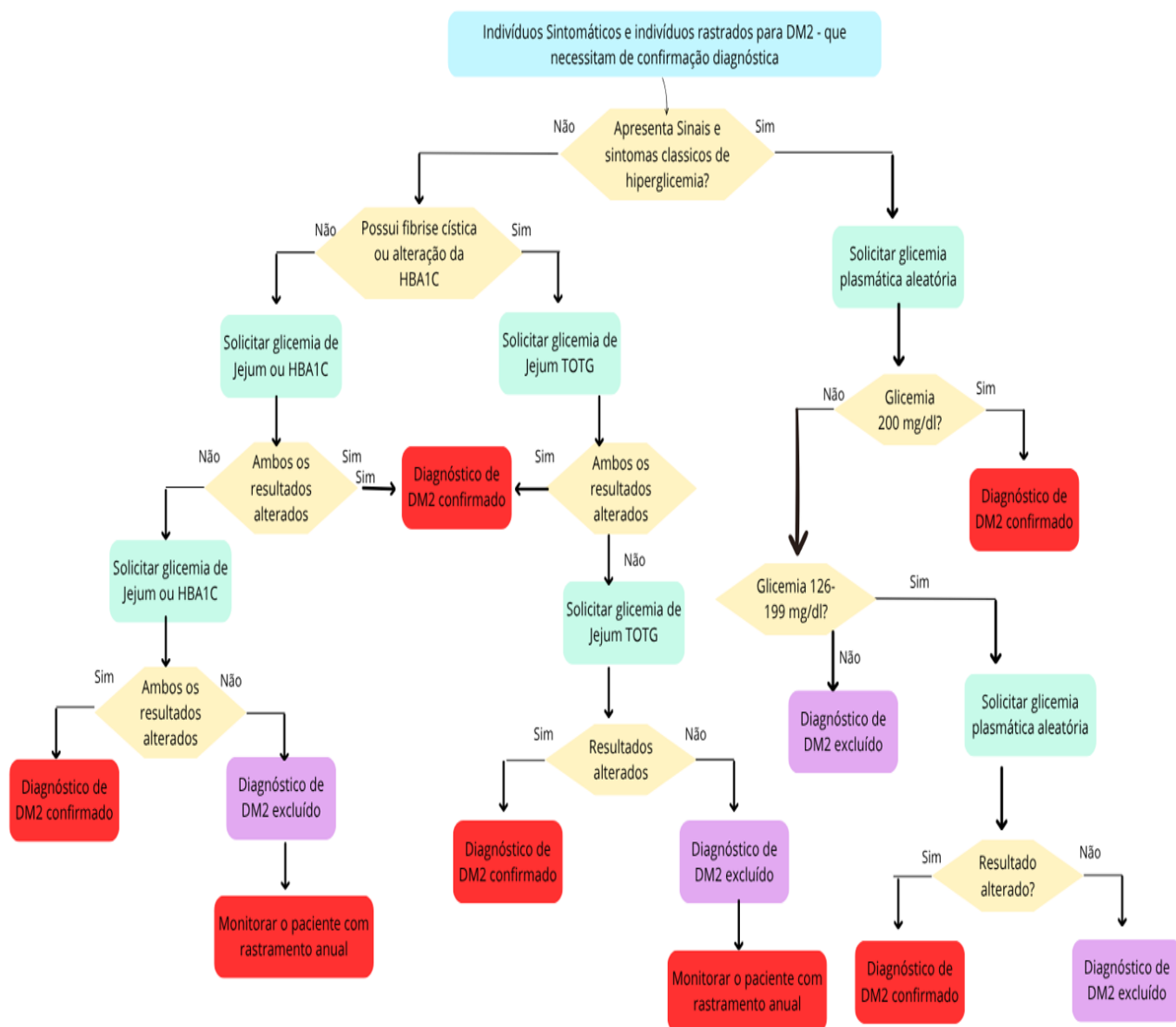


Fig 2.3 – Fluxograma de rastreamento de DM2 em indivíduos sintomáticos não gestantes.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, American Diabetes Association e OMS

Crianças e adolescentes

O diagnóstico correto de pacientes jovens com DM2, que deve ser suspeito, sobretudo em crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade e com pelo menos um fator de risco sendo estes:

- Histórico de DM materno
- Histórico familiar de parente de primeiro ou segundo grau com DM2
- Etnia negra, indígena, hispânico ou latina e asiática
- Sinais de resistência à insulina,
- Acanthose nigricans
- HAS
- Dislipidemia
- SOP
- Baixo peso ao nascimento e
- Apresentando hiperglicemia em exame de rotina.

É importante que o profissional de enfermagem realize a avaliação do quadro e na presença de alterações que sinalize o DM encaminhe para o profissional médico para avaliação e conduta.

Já crianças com DM2, comumente são assintomáticas ou oligossintomáticas por longos períodos. Os valores de glicemia para o diagnóstico de DM2 em crianças e adolescentes são os mesmos utilizados para população adulta.

Tratamento

O objetivo principal do tratamento do DM2 consiste em melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações da doença. Para isso, a abordagem terapêutica dos indivíduos com DM2 baseia-se no tratamento não medicamentoso, como mudança de estilo de vida, educação em saúde, cuidados psicossociais e autocuidado de DM2 e no tratamento medicamentoso.

Metas no tratamento de diabetes melito tipo 2.

Exame	Indivíduos com DM2	Idoso saudável ^a	Idoso comprometido ^b	Idoso muito comprometido ^c	Criança e adolescente
HbA1c %	< 7,0	< 7,5	< 8,0	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	< 7,0
Glicemia de jejum (mg/dL)	80-130	80-130	90-150	100-180	70-130
Glicemia 2 h pós-prandial (mg/dL)	< 180	< 180	< 180	--	< 180
Glicemia ao deitar (mg/dL)	90-150	90-150	100-180	110-200	90-150

Nota: ^a Idoso (≥ 60 anos) com poucas comorbidades crônicas, estado funcional e cognitivo preservado; ^b Idoso (≥ 60 anos) com múltiplas comorbidades crônicas, comprometimento funcional leve a moderado, comprometimento cognitivo moderado; ^c Idoso (≥ 60 anos) com doenças terminal como câncer metastático, insuficiência cardíaca (NYHA) classe IV, doença pulmonar crônica demandando oxigenioterapia, pacientes em diálise; comprometimento funcional e cognitivo grave

Fonte: Estabelecido de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes

Fig 2.3 – Metas no tratamento de Dm2. Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, American Diabetes Association e OMS

Tratamento medicamentoso

O tratamento deve ser realizado e ajustado de acordo com a conduta médica.

O tratamento medicamentoso deve ser individualizado, de acordo com as características do paciente, gravidade e evolução da doença. Para pacientes com diagnóstico há menos de 3 meses e sem fator de risco recomenda-se iniciar o tratamento exclusivamente com mudanças de estilo de vida, incluindo controle de peso, alimentação adequada e saudável e prática de atividade física, e avaliar a resposta terapêutica em 3 meses.

Para pacientes diagnosticados a 3 meses ou mais ou com fatores de risco, o tratamento medicamentoso associado a mudanças de estilo de vida deve ser iniciado precocemente, visando a evitar a inércia terapêutica, uma vez que o atraso da introdução e intensificação da terapia medicamentosa é um fator determinante para a evolução de complicações crônicas.

Complicações do diabetes mellitus tipo 2

As complicações agudas da DM2 podem ser a hipoglicemia, glicemia aleatória inferior a 70 mg/dL ou a descompensação hiperglicêmica aguda, que pode resultar em complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. Para ambas as complicações, há necessidade de avaliação médica e intervenção. E a depender da gravidade, a pessoa deve ser encaminhada para o serviço de emergência, de acordo com a regulação local.

Insulinas e Antidiabéticos Orais:

Item	Medicamento	Apresentação	
72	Glibenclamida	5mg comprimido	UBS
73	Glicazida	30mg comprimido	UBS
74	Glicazida	60mg comprimido	UBS
75	Insulina NPH	100UI/mL suspensão injetável frasco 10 ml	UBS
76	Insulina NPH	100UI/mL suspensão injetável caneta 3ml	UBS - Protocolo MS
77	Insulina Regular	100UI/mL suspensão injetável frasco 10 ml	UBS
78	Insulina Regular	100UI/mL suspensão injetável caneta 3ml	UBS - Protocolo MS
79	Metformina, Cloridrato	850mg comprimido	UBS

Fig 2.4 – Quadro de medicamentos extraído da Remume do município de Hortolândia.

Tratamento de crianças e adolescentes

Deve-se priorizar a mudança do estilo de vida, com o objetivo de promover redução e controle de peso. Em relação ao tratamento medicamentoso, a metformina (dose de 500 a 2.000 mg/dia) é segura como primeira opção de tratamento desses pacientes, apesar da ausência de indicação em bula. Caso não seja suficiente como monoterapia, sugere-se a adição de insulina (prandial e de ação prolongada) ao tratamento. O DM2 nessa faixa etária é mais agressivo para o desenvolvimento de complicações que quando ocorre na fase adulta, devendo o seu controle ser intensivo nesses casos.

Periodicidade exames complementares realizados no acompanhamento de pessoas com diabetes melito tipo 2

Periodicidade de exames complementares realizados no acompanhamento de pessoas com diabetes melito tipo 2.

Avaliação	Periodicidade ^a
Monitoramento do peso	Em cada consulta
Estratificação de risco cardiovascular	Em cada consulta
Pressão arterial	Em cada consulta
Avaliação do pé diabético (monofilamento e pulsos podais)	Ao diagnóstico e anualmente
Dislipidemia (colesterol total, triglicerídeos, HDL-c, LDL-c)	Ao diagnóstico e anualmente
Glicemia plasmática de jejum e hemoglobina glicada	Ao diagnóstico e a cada 6 meses
Avaliação de nefropatia (creatinina sérica, albuminúria)	Ao diagnóstico e anualmente
Avaliação de retinopatia (fundoscopia)	Ao diagnóstico e anualmente

Legenda: HDL-c: lipoproteína de alta densidade; LDL-c: lipoproteína de baixadensidade.

Nota: ^a De acordo com a necessidade do paciente, avaliações anuais ou semestrais podem ser antecipadas.

Fig 2.5 – Periodicidade de exames complementares realizados no acompanhamento de pessoas com DM2.

***A avaliação da retinopatia é realizada pelo Oftalmologista e o encaminhamento para este exame deve ser realizado pelo médico.

TABAGISMO

3. TABAGISMO

Diagnóstico

O rastreamento para tabagismo deve ser realizado em todos os adultos através de simples questionamento se a pessoa usa tabaco. Caso a resposta seja positiva, o indivíduo é considerado tabagista e deverá ser avaliada a existência de dependência à nicotina, bem como a gravidade desta.

Dentre os instrumentos utilizados para esse fim, destaca-se o “Questionário de Tolerância de Fagerström (abaixo) por ser de aplicação rápida e fácil, e fornecer um bom panorama sobre o quão dependente da nicotina é o usuário. Além disso, auxilia na previsão dos usuários que precisarão de tratamento auxiliar para o controle da síndrome de abstinência ao deixarem de fumar. Após as respostas do usuário para as 6 perguntas abaixo, some os resultados correspondentes a cada uma das respostas e verifique em qual grau de dependência o usuário se enquadra (quadro abaixo das questões). A partir disso, decida a conduta mais adequada em conjunto com o usuário (mais detalhes na seção de “tratamento farmacológico”).

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- A) Dentro de 5 minutos (3 pontos)
- B) Entre 6 e 30 minutos (2 pontos)
- C) Entre 31 e 60 minutos (1 ponto)
- D) Após 60 minutos (0 pontos)

2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (lugares fechados, em geral)?

- E) Sim (1 ponto)
- F) Não (0 pontos)

3. Qual o cigarro do dia que lhe traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

- G) O primeiro da manhã (1 ponto)

H) Outros (0 pontos)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

I) 10 ou menos (0 pontos)

J) 11 a 20 (1 ponto)

K) 21 a 30 (2 pontos)

L) 31 ou mais (3 pontos)

5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?

M) Sim (1 ponto)

N) Não (0 pontos)

6. Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar na cama a maior parte do tempo?

O) Sim (1 ponto)

P) Não (0 pontos)

Quadro 15 – Pontuação e grau de dependência para tabagismo

PONTUAÇÃO	GRAU DE DEPENDÊNCIA
0 a 2	Muito baixo
3 a 4	Baixo
5	Médio
6 a 7	Elevado
8 a 10	Muito elevado

Abordagem psicossocial

O tratamento do tabagismo envolve abordagem psicossocial incisiva. Há de se ter consciência que a maior parte dos tabagistas não irão cessar o hábito na primeira tentativa, e que muitos dos que iniciam o tratamento terão a primeira recaída logo nos primeiros dias sem o tabaco. Por isso é fundamental que seja dada especial atenção aos usuários que expressam desejo de parar de fumar, mas ainda não marcaram data para fazê-lo (fase contemplativa). Nesse momento, devem ser enfatizadas as recompensas/vantagens de se

parar de fumar, bem como os riscos/desvantagens de se continuar fumando.

A partir da cessação do hábito de fumar, em várias ocasiões o tabagista enfrentará momentos de fissura, identificados como um mal-estar e sensação súbita de voltar a fumar. É fundamental que o fumante conheça algumas medidas simples para controle/minimização desse quadro. Alguns destes podem ser encontrados no quadro abaixo.

Quadro 16 – Como ajudar o paciente a lidar com a fissura.

COMO AJUDAR O PACIENTE A LIDAR COM A FISSURA

Explique ao paciente o que é a fissura

Trata-se de uma situação comum. A fissura se manifesta na forma de um mal-estar súbito (disforia), com sintomas ansiosos e por vezes uma ideia fixa de que aquilo só passará após o consumo. Não significa que há algo errado com ele, tampouco que ele quer voltar a usar.

A fissura é resultado de neuro adaptações sofridas pelo sistema nervoso.

A fissura é autolimitada

É importante que o paciente saiba disso.

Na verdade, qualquer episódio se resolve em menos de uma hora, caso a pessoa permaneça abstinente. Conseguir atravessar um episódio a fortalece para o segundo.

Há vários tipos de fissura

Para muitos, a fissura é puramente somática: “sinto algo no meu estômago”, “meu coração dispara”. Para outros, é cognitiva: “não consigo tirar a ideia de usar cigarro da cabeça”.

Há ainda aqueles que a sentem de modo mais afetivo: “sinto um tédio enorme sem o cigarro”.

Muitas pessoas não percebem ou negam a presença da fissura

Isso as faz agir de modo impulsivo muitas vezes.

Identificar que a fissura está na base de muitas atitudes impensadas ajuda o paciente a estabelecer o controle sobre o consumo da droga.

Fonte: Protocolo Municipal de Saúde Mental.

A fissura é desencadeada por gatilhos

Gatilhos são situações, locais, lembranças que desencadeiam fissuras.

Procure mapear as principais situações de risco com o paciente e oriente-o a evitá-los.

Maneiras de lidar com a fissura

Distração: Prepare uma lista do que pode ser feito nessa hora (atividade física, arrumação do quarto, leitura).

Conversar com alguém sobre a fissura. Eleja pessoas de fácil acesso e confiança para falar preferencialmente ou por telefone.

“Entrar na fissura”: vivenciar as fases da fissura (pico, súbito e descendente).

Lembrar as consequências negativas do consumo e que levaram o paciente a buscar a abstinência (ter uma lista por escrito é uma boa idéia).

Conversar consigo: fazer uma contraposição aos pensamentos que o estimulam ao consumo nessa hora.

Mastigar uma fruta ou goma de mascar (chiclete): a distração oral ajuda a minimizar o hábito de fumar. mas evite alimentos muito calóricos ou com elevado índice glicêmico, mesmo que frutas, pois o paciente pode acabar consumindo várias vezes ao dia. no caso de goma de mascar, dê preferência às sem açúcar.

Abordagem farmacológica

Além do manejo psicossocial, o enfermeiro poderá realizar o manejo farmacológico para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência através da reposição de nicotina, que pode ser encontrada em três formas, todas contendo nicotina: adesivo, goma de mascar e pastilha. **É importante lembrar que o paciente deve parar de fumar ao iniciar a terapia de reposição de nicotina (TRN).** Para a prescrição da TRN pelo enfermeiro, as seguintes condições devem ser satisfeitas:

- O paciente deve ser maior de 18 anos;
- Não ser gestante ou estar amamentando (encaminhar para médico se a paciente não conseguir parar de fumar apenas com abordagem psicossocial);
- Se o paciente for idoso (> 60 anos), não deve ter doenças cardiovasculares (encaminhar para atendimento médico, nesse caso);
- O enfermeiro deve prover, além do manejo farmacológico, manejo psicossocial a cada encontro (seja em grupo ou individualmente) uma vez que o uso de medicação não é substitutivo ao aconselhamento.

Adesivo de nicotina (7 mg, 14 mg e 21 mg):

Os adesivos de nicotina são os mais indicados pois fornecem uma liberação lenta da substância no organismo, simulando o nível de nicotina no organismo proporcionado pelo

uso regular do tabaco ao longo do dia. Além disso, é o método que possui menos efeitos colaterais⁴. Devem ser colados em local que não tenha exposição ao sol. Podem ser deixados por 24 horas até a troca⁵, mas também podem ser utilizados colando o adesivo ao acordar e retirando-o ao ir dormir. A dosagem deve ser progressivamente diminuída, a cada 4 semanas. No caso de gestantes, avaliar a necessidade e utilizar a terapia de reposição com goma de mascar (vide abaixo) ao invés do adesivo.

É comum a irritação cutânea no local de aplicação do adesivo. Por isso, orientar o rodízio do local de aplicação. O uso dos adesivos dessa maneira, apesar de propiciar uma maior liberação de nicotina, costuma gerar insônia. Assim, o profissional deve estar atento para esse tipo de relato nas consultas de retorno

Tratamento:

- Pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia, ou que pontuaram entre 8 e 10 pontos no teste de Fagerström devem fazer o tratamento por 12 semanas da seguinte maneira:
 - Semanas 1 a 4 = adesivo de 21 mg
 - Semanas 5 a 8 = adesivo de 14 mg
 - Semanas 9 a 12 = adesivo de 7 mg
- Pessoas que fumam 10 ou mais cigarros por dia, ou que pontuaram entre 5 e 7 pontos no teste de Fagerström devem fazer o tratamento por 8 semanas da seguinte maneira:
 - Semanas 1 a 4 = adesivo de 14 mg
 - Semanas 5 a 8 = adesivo de 7 mg
- Pessoas que fumam menos que 10 cigarros por dia, ou que pontuaram menos de 5 pontos no teste de Fagerström podem fazer o uso do adesivo de nicotina. No caso de uso dos adesivos, iniciar com dose de 7 mg e fazer tratamento por até 6 semanas.

É importante destacar que a abordagem ao tabagista pode ser realizada tanto em grupo quanto individualmente (em consultório ou no domicílio), a depender de fatores como a aceitação do usuário à dinâmica do grupo, compatibilidade de horários (período do grupo e agenda do usuário),

facilidade ou dificuldade de se comunicar perante o público, dentre outros. O grupo de tabagismo não deve ser a única forma de tratamento sob o risco de limitar o acesso do tabagista às possibilidades de intervenção para cessação/diminuição do uso do tabaco.

ABORDAGEM AO CONSUMO DE ÁLCOOL

4. ABORDAGEM AO CONSUMO DE ÁLCOOL

Diagnóstico

A abordagem ao consumo de álcool deve ser realizada em todos os adultos durante o acolhimento, nas consultas de rotina, nas visitas domiciliares e em outros momentos possíveis. É realizada através do questionamento se a pessoa faz uso de álcool. Caso a resposta seja positiva, deverá ser avaliado o padrão de uso e a gravidade deste por meio dos instrumentos de rastreamento AUDIT e/ou CAGE.

AUDIT

O principal instrumento de rastreamento para o uso de álcool atualmente em uso é o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test/ Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool) desenvolvido para identificar 04 padrões de uso de álcool que são: uso de baixo risco; uso de risco; uso prejudicial e provável dependência; é de fácil aplicação e correção e com validação transcultural, incluindo o Brasil.

A definição de uso de risco é um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências perigosas para quem usa e para os que o cercam, ainda que não tenha acontecido nenhum dano. Uso nocivo ou prejudicial se refere ao padrão de consumo de álcool que resulta em danos físicos, sociais e mentais para a saúde do indivíduo, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. Dependência alcoólica refere-se a um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver depois do uso repetido do álcool. Estudos indicam que a utilização de apenas 5 a 10 minutos da consulta de rotina para aconselhamento dos usuários de risco de álcool, por profissionais de saúde consegue reduzir o consumo em 20,0-30,0%.

As pessoas que pontuam entre 0 a 7 no AUDIT podem se beneficiar com informações sobre o consumo de álcool, os limites de beber de baixo risco e a orientação à saúde em geral. Com pontuação entre 8 e 15, se beneficiaram de orientações básicas que incluem a educação para o uso de álcool e a proposta de estabelecimento de metas

para a redução ou abstinência. Entre 16 a 19 pontos, as pessoas se beneficiariam da educação para o uso de álcool, aconselhamento breve de acordo com a motivação para mudança do padrão de beber e monitoramento regular deste processo. Já as pessoas que pontuam mais de 20 pontos são prováveis portadores de Síndrome de Dependência do Álcool, com indicação de ingresso em tratamento, que pode ser realizado no próprio Centro de Saúde de referência, se necessário com apoio de profissionais de saúde mental, ou nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), entendendo que o mais importante é a inclusão dessas pessoas em ações que possam reduzir os danos à saúde.

Quadro 18 – AUDIT.

ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)	
Centro de Saúde: Nome: Sexo: () Feminino () Masculino Idade: Data: Orientação para o início da conversa: "Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses."	
1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? • Nunca • Mensalmente ou menos • De 2 a 4 vezes por mês • De 2 a 3 vezes por semana • 4 ou mais vezes por semana	6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (1) Nunca (2) Menos que uma vez ao mês (3) Mensalmente (4) Semanalmente (5) Todos ou quase todos os dias
2. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? • Nunca • Mensalmente ou menos • De 2 a 4 vezes por mês • De 2 a 3 vezes por semana • 4 ou mais vezes por semana	7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (1) Nunca (2) Menos que uma vez ao mês (3) Mensalmente (4) Semanalmente (5) Todos ou quase todos os dias

3. Com que frequência você consome 06 ou mais doses em uma mesma ocasião? • Nunca • Menos do que uma vez ao mês • Mensalmente • Semanalmente • Todos ou quase todos os dias	8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (1) Nunca (2) Menos que uma vez ao mês (3) Mensalmente (4) Semanalmente (5) Todos ou quase todos os dias
4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? • Nunca • Menos que uma vez ao mês • Mensalmente • Semanalmente • Todos ou quase todos os dias	9. 9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (1) Nunca (2) Menos que uma vez ao mês (3) Mensalmente (4) Semanalmente (5) Todos ou quase todos os dias	10. 10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
TOTAL:	

Fonte: Adaptado de PAI-PAD-HCRP-FMRP-USP. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care, 2° ed. Babor et al, WHO, 2001.

Quadro 19 – Intervenção por pontuação e nível de risco do AUDIT.

Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Provável Dependência	Avaliação do Diagnóstico e Tratamento em serviço referência

Fonte: Adaptado de PAI-PAD-HCRP-FMRP-USP. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care, 2º ed. Babor et al, WHO, 2001.

CAGE

O questionário CAGE também é um instrumento de rastreamento de utilização simples e amplamente conhecido. O nome é uma abreviação das quatro perguntas existentes no questionário em inglês, portanto, cada letra do instrumento se refere ao tema da pergunta. O objetivo do CAGE é detectar abuso, mas principalmente dependência de álcool e pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde. Apesar de sua simplicidade e rapidez na utilização, ele apresenta uma limitação de uso, pois somente os dependentes mais graves são identificados com este instrumento. A grande maioria das pessoas que frequentam os serviços de Atenção Primária e apresentam problemas iniciais pelo uso de álcool – e que, portanto, poderiam receber algum tipo de orientação preventiva - não é identificada pelo CAGE.

Quadro 20 – Questionário CAGE

QUESTIONÁRIO CAGE
C - (Cutdown) - Alguma vez o (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 0 - () NÃO 1- () SIM
A - (Annoyed) - As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 0 - () NÃO 1- () SIM
G - (Guilty) - O (a) Sr. (a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber? 0 - () NÃO 1- () SIM
E - (Eyopened) - O (a) Sr (a) costuma beber pela manhã (ao acordar) para diminuir o nervosismo ou ressaca? 0 - () NÃO 1- () SIM

Para interpretação do questionário, siga os seguintes passos:

1. Atribua um ponto para cada resposta (sim) a uma das perguntas;
2. Some os pontos das respostas;
3. Interprete: se dois pontos ou mais, ou seja, duas ou mais respostas afirmativas, a pessoa tem grande possibilidade de ter dependência de álcool.

Após aplicação do CAGE recomenda-se o uso de intervenções breve no sentido de facilitar a tomada de decisão com relação ao hábito de beber.

Abordagem Psicossocial

A ampliação da visão em relação ao uso problemático de álcool permite novos estudos, com ênfase na prevenção, cuidados primários, planejamento de saúde, detecção

precoce e intervenções precoces.

As intervenções breves são técnicas recomendadas para abordagem dos usuários de drogas, pois apresentam um enfoque educativo e motivacional para a redução ou cessação do uso de álcool ou outras drogas, sendo de fácil aplicação, baixo custo e curta duração, complementando as atividades assistenciais habituais.

As abordagens motivacionais têm como objetivo a escuta atenta, a empatia, a orientação e o aconselhamento. Busca remover barreiras internas e externas, além dos estigmas associados ao uso de álcool e outras drogas. A Entrevista Motivacional mostra-se como uma ferramenta eficaz na abordagem dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas por possibilitar a intervenção em indivíduos com pouca motivação para a mudança de comportamento.

Abordagem Familiar

O impacto que a família sofre com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que a utiliza. Nesse sentido, a abordagem familiar é fundamental no processo de tratamento e na rede de apoio ao sujeito.

Manejo clínico e medicamentoso da Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)

O manejo clínico e medicamentoso dos pacientes está condicionado à gravidade da SAA, podendo o tratamento ser ambulatorial (Centros de Saúde ou CAPSad) ou hospitalar quando a situação exigir. Esse manejo inclui a identificação dos sinais e sintomas de abstinência, monitorização do estado geral e sinais vitais, terapia medicamentosa (prescrição médica, administração, supervisão, etc.) bem como orientações gerais sobre o processo vivenciado pelo paciente. Buscar incluir paciente e sua família no sentido da rede de apoio e suporte.

LAVAGEM AURICULAR

5. LAVAGEM AURICULAR

Cerume é uma condição normal no canal auditivo externo e geralmente confere proteção contra otites agudas. A presença dele é geralmente assintomática, mas, às vezes, pode causar complicações, como perda auditiva, dor ou tonturas. Também pode interferir no exame da membrana timpânica.

A remoção de cerume é o procedimento mais comum de otorrinolaringologia realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) nos EUA e na Inglaterra. Segundo o *National Institute for Health and Care Excellence britânico (NICE)*, os pacientes devem ter a chance de ter cera removida em uma clínica geral ou clínica comunitária, em vez de serem encaminhados a um especialista.

Estima-se que cerca de 2,3 milhões de pessoas a cada ano têm problemas com cera suficiente para exigir intervenção, especialmente idosos e pessoas que usam aparelhos auditivos ou fones de ouvido. Para o NICE diz que a remoção de cera pode ser feita por um enfermeiro ou fonoaudiólogo da comunidade, desde que eles tenham o treinamento e a experiência para fazê-lo, estejam cientes de quaisquer contraindicações ao método e tenham acesso ao equipamento correto.

Conforme PARECER COREN-SP Nº 014/2022, é possível que o profissional enfermeiro realize a lavagem auricular, desde que esteja capacitado para a realização da mesma e respaldado por protocolos e documentos oficiais.

Conforme Parecer Cofen nº 05/2019, a lavagem auricular é o processo de lavagem do conduto auditivo externo com água ou solução salina estéril, aquecida até a temperatura corporal (37°C). É usada nos pacientes que apresentem impaction de cerúmen ou que se queixem de corpo estranho no ouvido.

A irrigação do ouvido só deve ser considerada quando outros métodos de remoção de cera falharam (por exemplo, uso de emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento). Os pacientes que necessitam de irrigação do ouvido devem sempre receber educação e aconselhamento, o que pode reduzir os fatores contribuintes e, portanto, a necessidade de irrigação do ouvido.

A irrigação da orelha é realizada com a finalidade de remover a cera do conduto auditivo externo, onde se acredita que esta esteja causando um déficit auditivo e / ou desconforto, ou restringe a visão da membrana timpânica, impedindo o exame no paciente adulto.

Contraindicações à realização do método de irrigação com solução salina:

São consideradas contraindicações para a remoção do cerume por meio do método de irrigação com solução salina:

1. Otite aguda;
2. História pregressa ou atual de perfuração timpânica;
3. História de cirurgia otológica;
4. Paciente não cooperativo.

As possíveis complicações do procedimento são a perfuração timpânica, início súbito de tontura, otalgia e otite externa. Essas complicações mais graves não são frequentes desde que utilizada técnica correta de procedimento e se o profissional seguir a avaliação inicial cuidadosa.

ATENÇÃO À DEMANDA DE CUIDADOS NA CRIANÇA

PUERICULTURA DE ROTINA

A puericultura, como forma de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, promove o monitoramento da criança a qual serve também como aliado no contato com a família, estimulando a mesma como agente transformador e um grande aliado na condução do cuidado integral da criança.

Os quadros 14 e 15 expõem de forma resumida o cuidado à criança na rotina de avaliação individual, apresentando o calendário de consultas preconizadas pelo MS para a rotina de puericultura, ou seja, aquelas crianças que não apresentam fatores de risco biológicos e/ou sociais. Fica a critério da equipe a modificação deste calendário considerando variáveis que possam ser identificadas na criança/família/ambiente.

A orientação é de que as consultas de acompanhamento da criança sejam realizadas preferencialmente pelo médico e enfermeiro da equipe, garantindo o vínculo com a família, e de maneira alternada entre esses profissionais, sempre utilizando o suporte do profissional pediatra nos casos mais complexos, que demandem maior atenção e/ou que gerem dúvidas na equipe.

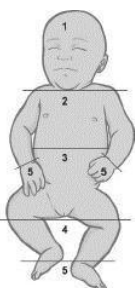
Quadro 14. Resumo de seguimento em crianças (calendário de consultas) e aspectos a serem observados pelo profissional de enfermagem.

IDADE	EXAME FÍSICO/AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA				PRINCIPAIS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO A SEREM OBSERVADOS
	Peso	Altura	Perímetro Cefálico	DNPM	
5 a 7 dias	X	X	X	X	-
1 mês	X	X	X	X	Observa um rosto; reage a um som; eleva a cabeça
2 meses	X	X	X	X	Sorri quando estimulada, abre as mãos espontaneamente; emite sons espontaneamente; movimento os membros ativamente.
4 meses	X	X	X	X	Responde à comunicação com sorriso; emissão de sons ou movimentação; segura objetos; apoia-se nos braços e levanta a cabeça, quando de bruços.
6 meses	X	X	X	X	Busca ativamente objetos colocados à curta distância; leva objetos à boca; localiza o som/voz próximos; rola e/ou tenta se sentar.
9 meses	X	X	X	X	Passa objetos de uma mão para a outra; brinca de esconde-achou; pronuncia sílabas repetidas (dada, papa, mama); fica sentada sem apoio.
12 meses	X	X	X	X	Imita gestos (tchau ou bater palmas); pega objetos com movimento de pinça (uso do polegar em oposição aos outros dedos); tenta conversar com sons incompreensíveis; anda com apoio.
1 ano e 3 meses	X	X	X	X	Aponta o que quer (normalmente junto ao choro ou outro som); fala uma palavra completa; anda sem apoio.

1 ano e 6 meses	X	X	X	X	Usa colher ou garfo, mesmo que derramando comida para fora da boca; empilha objetos; fala palavras que não seja nome de pessoas/animais; consegue andar para trás.
2 anos	X	X	X	X	Tira a roupa sozinho (sapatos, casacos e outras peças menos difíceis); identifica figuras de objetos/animais; chuta bola.
Acima de 2 anos (rotina anual)	X	X			Veste-se com supervisão/ajuda; fala frases curtas; pula com os pés juntos; brinca com outras crianças; responde questões simples.

Quadro 15. Síntese na condução da saúde da criança – puericultura.

ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA	• Identificação dos motivos do contato da criança; • Direcionamento para o atendimento necessário.
AVALIAÇÃO GLOBAL	Entrevista: • Verificar a Caderneta da Criança; • Verificar a Caderneta de pré-natal da mãe; • Verificar o resumo de alta hospitalar para identificar sinais de risco/perigo à saúde da criança; • Verificar os testes de triagem neonatal (abaixo, em “exames de rotina”); • Presença de sintomas e queixas; • Planejamento reprodutivo; • Rede familiar e social; • Condições de moradia e exposições ambientais; • História nutricional;
EXAME FÍSICO	Exame físico geral e específico: • Comprimento e o Perímetro cefálico; • Peso; • Estado Nutricional; • Avaliar desenvolvimento da criança; • Tônus muscular; • Alinhamento e simetria corporal; • Cabeça e fontanelas (lambdoide: fechamento média 8 semanas e bregmática: 9 a 18 meses); • Olhos; • Ouvidos; • Nariz; • Boca e garganta; • Pescoço; • Tórax; • Abdome; • Pelve e membros; • Avaliar atentamente os sistemas: tegumentar, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético, neurológico e endócrino; • Rastrear criptorquidia/sinéquia (até 1 ano) • Observar evolução de icterícia (no RN): ver escala de KAMMER abaixo (normal até zona 1): fisiológica iniciada entre 48 h e 72 h, se acima disto avaliar em conjunto com médico da equipe.



ZONA	LOCAL	NÍVEIS SÉRICOS DE BILIRRUBINA
Zona 1	Cabeça e pescoço	4 a 8 mg/dl, média de 6 mg/dl
Zona 2	Tronco até o umbigo	5 a 12 mg/dl, média de 9 mg/dl
Zona 3	Hipogástrico até as coxas	8 a 17 mg/dl, média de 12 mg/dl
Zona 4	Braços, antebraços e pernas	11 a 18 mg/dl, média de 15 mg/dl
Zona 5	Mãos e pés	>15 mg/dl, média de >18 mg/dl

Obs.: mesmo na zona 1 de classificação da icterícia, a mesma deve ser reavaliada em 24-48 hs para ver a progressão da mesma.

EXAMES DE ROTINA

Solicitação de exames

- Triagem neonatal (teste do pezinho): universal
- Teste da orelhinha: realizado na maternidade;
 - o caso parto domiciliar: encaminhar para triagem otológica com fonoaudiologia no CIER.
- Hemograma: conforme necessidade
 - o prematuros: ver segmento de criança de risco;
 - o crianças com suspeita clínica de anemia e segmento posterior das mesmas com este diagnóstico a fim de avaliar efetividade da suplementação com ferro sérico

• VDRL: conforme necessidade
Realizado em crianças expostas a sífilis congênita, realizados conforme quadro de puericultura em situações

	especiais.
FATORES DE RISCO	Presença de sinais de alerta para segmento da rotina em puericultura • RN com baixo peso ao nascer (<2500g) • Prematuro • Criança exposta a vulnerabilidade social • Criança exposta a infecções congênitas (sífilis, HIV, toxoplasmose).
ASPECTOS FUNDAMENTAIS A SEREM SEMPRE OBSERVADOS	Avaliação e estratificação do risco • Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis. • Violência familiar e/ou suspeita de abuso. • Pais ou responsáveis usuários de álcool, crack e outras drogas. • Criança nascida de parto domiciliar não assistido. • Recém-nascido retido na maternidade. • Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.

Obs.: a prescrição de óxido de zinco é um importante elemento para prevenir as dermatites de fralda e deve ser prescrita rotineiramente para uso na pele saudável a cada troca de fraldas.

Quadro 16. Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade

Até 30 dias	Entre 60 e 120 mL	De 6 a 8
De 30 a 60 dias	Entre 120 e 150 mL	De 6 a 8
De 2 a 4 meses	Entre 150 e 180 mL	De 5 a 6
De 4 a 8 meses	Entre 180 e 200 mL	De 2 a 3
Acima de 8 meses	200 mL	De 2 a 3

Avaliação do Crescimento/Desenvolvimento e Condutas

Baseadas nas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), os gráficos de crescimento e desenvolvimento elaboradas de acordo com a avaliação de crianças dos 5 continentes, permitem uma condução adequada no processo de acompanhamento do desenvolvimento antropométrico das mesmas, as quais encontram-se presentes nas carteiras de vacina e neste capítulo do nosso protocolo.

Sendo assim, a conduta de acordo com a inclinação ou posicionamento na curva define as condutas a serem tomadas conforme quadro abaixo.

Quadro 17. Condutas diante do crescimento da criança.

POSIÇÃO NA CURVA DO CRESCIMENTO POR ESCORE-Z	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	CONDUTA DO ENFERMEIRO
Entre -2 e 2 e curva ascendente	Peso/altura adequado para a idade	Seguir rotina de consultas conforme calendário.
		Avaliar possíveis intercorrências clínicas (ex: histórico de doenças e/ou desmame no período) e manejar conforme a situação. Permanecendo a dúvida encaminhar/discutir com o médico da equipe para conduta/investigação e agendar retorno em 30 dias para reavaliação.
Entre -3 e -2	Peso/altura abaixo do esperado para a idade	Se curva ascendente em direção à zona de normalidade (entre
		-2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas.
		Ressalvas podem ser feitas de os pais forem de baixa estatura, contando que a criança mantenha o ganho proporcional à curva de normalidade (paralelo).

		Avaliar excessos alimentares, principalmente o uso excessivo de farináceos (pão branco, farinhas, mingau).
Entre 2 e 3	Peso/altura acima do esperado para a idade	Se curva descendente em direção à zona de normalidade (entre -2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas.
		Ressalvas podem ser feitas de os pais forem de alta estatura, contando que a criança mantenha o ganho proporcional à curva de normalidade (paralelo).
Abaixo do -3	Peso/altura muito abaixo do esperado para a idade	Realizar interconsulta no dia com médico.
Acima do 3	Peso/altura muito acima do esperado para a idade	Realizar interconsulta no dia com médico.

Fig 6.1 - Curva de crescimento para meninos dos 0 aos 5 anos – peso por idade.

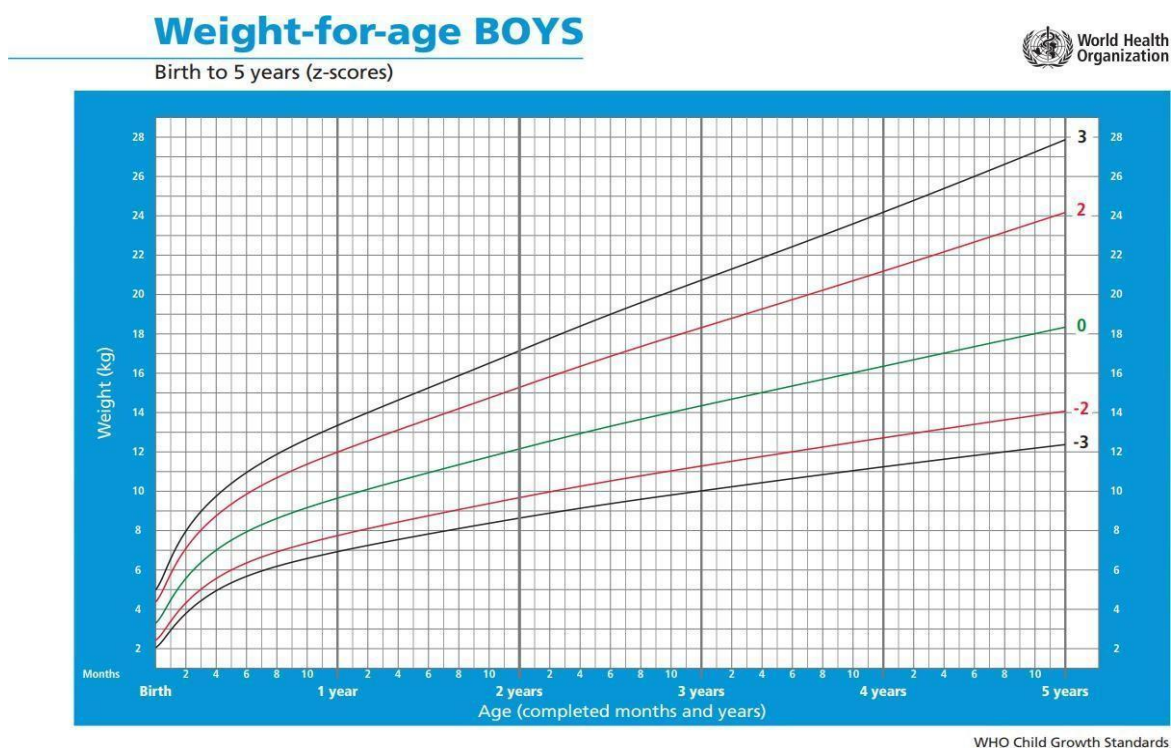


Figura 6.2 - Curva de crescimento para meninos dos 0 aos 5 anos – altura por idade.

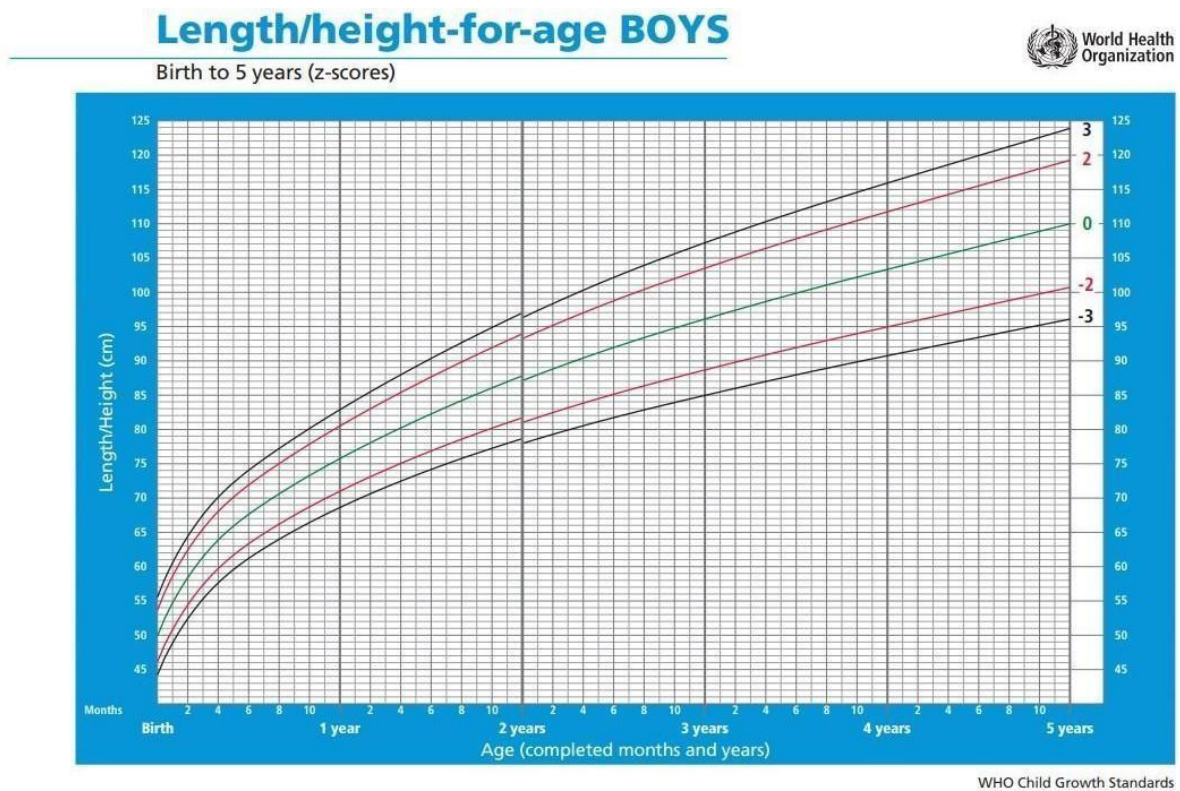


Figura 6.3 - Curva de crescimento para meninas dos 0 aos 5 anos – peso por idade

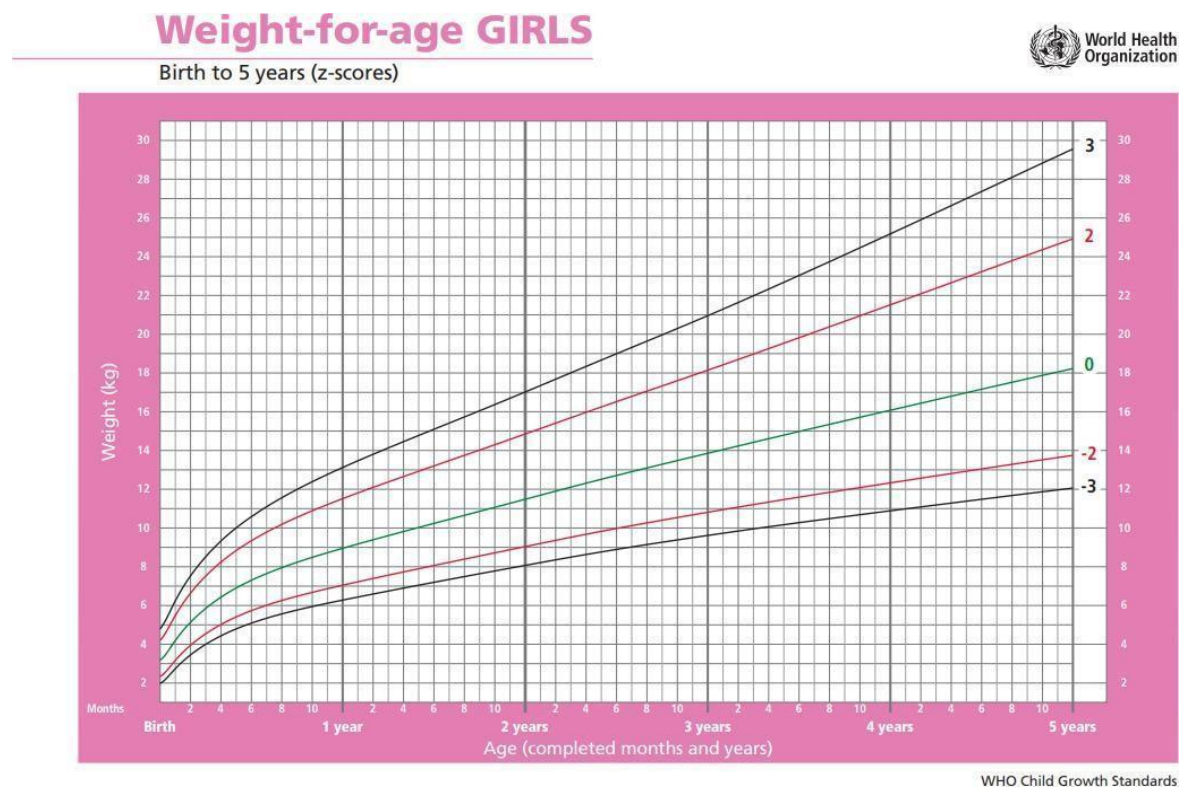
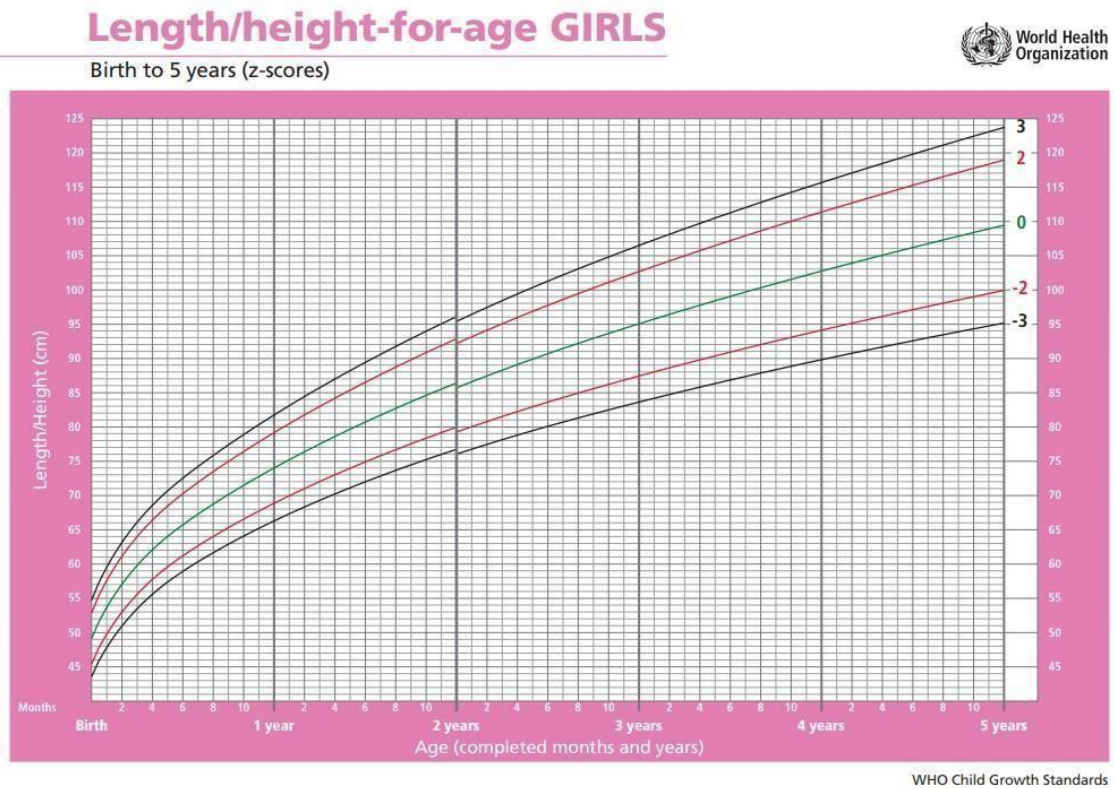


Figura 6.4 - Curva de crescimento para meninas dos 0 aos 5 anos – altura por ida



ANEMIA E SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

Tanto o tratamento da anemia quanto a suplementação com ferro profilático de maneira adequada e não simplesmente medicalizante, constituem-se em importantes estratégias de prevenção de internações hospitalares desnecessárias e complicações severas no desenvolvimento infantil causadas pela carência deste importante nutriente.

Sendo assim e considerando primeiramente a suplementação universal o quadro abaixo expõe de maneira simplificada a quantidade de ferro sérico a ser otimizada em cada caso específico. Vale lembrar que a avaliação individual de cada caso é extremamente importante, ressaltando que conforme o Ministério da Saúde toda a criança entre 6 e 24 meses deve receber, independente do histórico de aleitamento materno, peso/estatura e desenvolvimento motor, 1 mg/kg/dia de Ferro Sérico. Essa situação é uma política nacional considerando a prevalência da anemia no Brasil como um todo, desconsiderando os aspectos loco-regionais de cada Estado e região do país.

Assim cada caso deve ser avaliado: desenvolvimento motor, ganho de peso e estatura, estado geral da criança, ausência de sinais clínicos de anemia, criança a termo, vulnerabilidade social, ingesta alimentar adequada, etc.; e conforme a avaliação individual, discutir com médico de família, pediatra ou médico da equipe a suplementação ou não de ferro.

Todo o prematuro e recém-nascido com baixo peso ao nascer deve receber, a partir do 30º (trigésimo) dia de nascimento, suplementação de ferro conforme tabela abaixo.

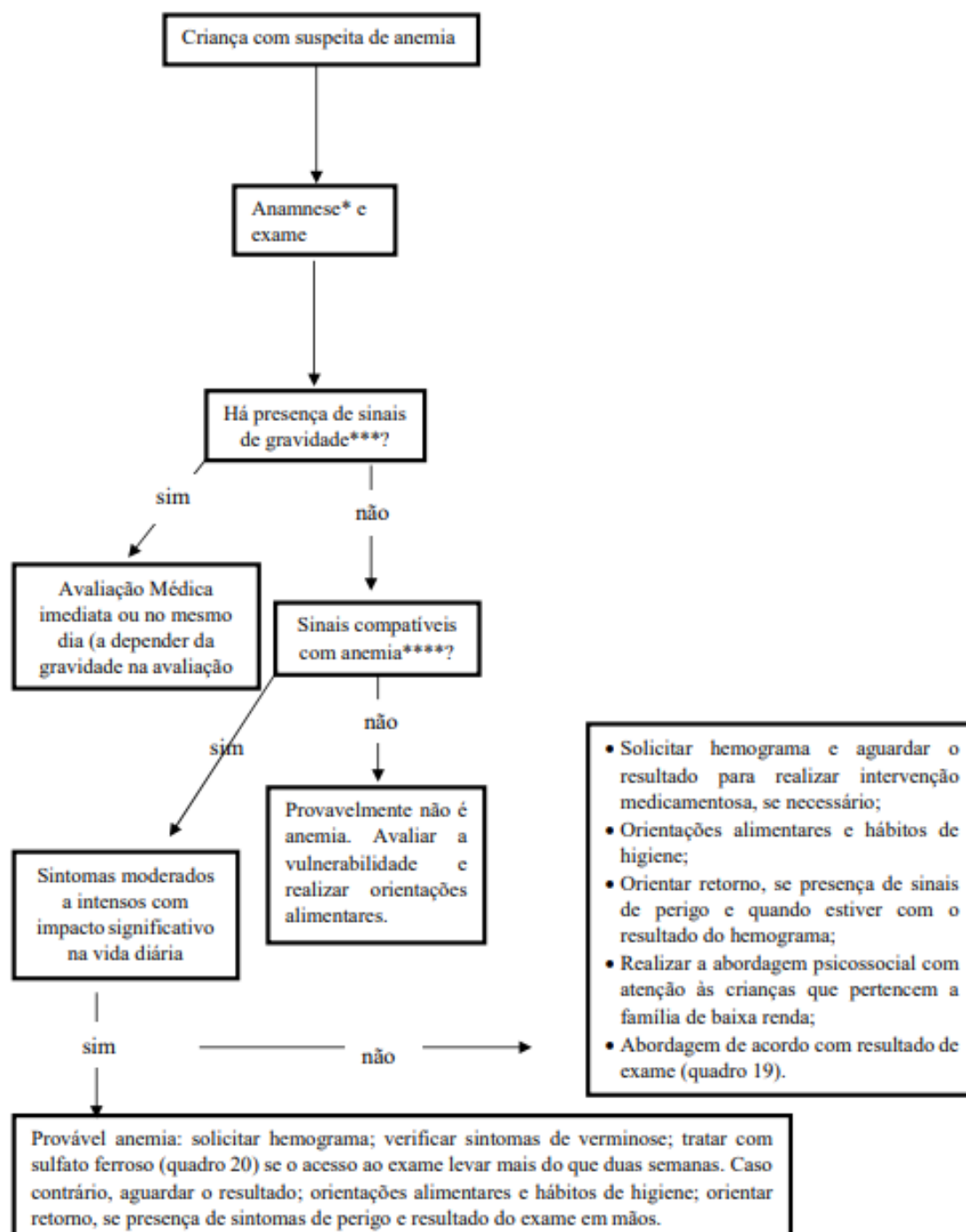
O quadro abaixo expõe a questão da suplementação de ferro sérico em crianças.

Quadro 18. Suplementação de Ferro Sérico (abordagem individual)

IDADE	SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO SÉRICO*
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno. Discutir com médico da equipe a necessidade ou não da suplementação, considerando cada caso.	1 mg/Kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês da vida.
Crianças em desmame precoce (< 4 meses), mesmo a termo e com o peso adequado. Suplementação feita por médico ou enfermeiro.	1 mg/Kg peso/dia a partir dos 4 meses até os 24 meses. Solicitar hemograma entre 9 e 12 meses
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1,5 Kg. Suplementação feita por médico ou enfermeiro.	2 mg/Kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/Kg peso/dia por mais um ano. Solicitar hemograma com 15 meses
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1,5 Kg e 1 Kg. Suplementação e avaliação feita pelo médico da equipe.	3 mg/Kg peso/dia durante um ano. Posteriormente 1 mg/peso por mais um ano. Solicitar hemograma aos 6 e 15 meses.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1 Kg. Suplementação e avaliação feita pelo médico da equipe.	4 mg/Kg peso/dia durante um ano. Posteriormente 1 mg/peso por mais um ano. Solicitar hemograma aos 6 e 15 meses.

*As doses são referentes a ferro elementar. Para uso com sais de ferro (sulfato, quelato, etc.), fazer a conversão de dose.

Fluxograma 5. Identificação de anemia



Informações do Fluxograma 5

Pontos importantes da anamnese (*)

- Dados do parto (desnutrição intrauterina, prematuridade, baixo peso ao nascer);
- Estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, e ganho de peso;
- Tempo de aleitamento materno, desmame precoce e substitutos;
- Histórico alimentar, alergias;
- Histórico vacinal, suplementação de ferro e vitamina A;
- História de parasitose intestinal e malária;
- Presença de sinais e sintomas (fraqueza, sonolência, cansaço, palpitações, letargia, síncope, cefaleias, zumbido, glossite, atraso na aquisição de linguagem e do desenvolvimento motor, e diminuição do apetite);
- Comportamento da criança durante a consulta;

Pontos importantes no exame físico (**)

- Peso e estatura;
- Frequência cardíaca;
- Frequência respiratória;
- Temperatura;
- Inspeção de pele e palma das mãos;
- Coloração de mucosas e conjuntivas;
- Ausculta pulmonar e cardíaca;
- Palpação abdominal;
- Exame do aparelho genital e região anal;
- Exame neurológico;
- Identificação de qualquer fone de sangramento ativo ou agudo

Sinais de gravidade (***)

- Dispneia;
- Taquicardia;
- Palpitações;
- Letargia;
- Síncope;
- Sopros cardíacos leves;
- Esplenomegalia.

Sinais compatíveis com anemia (****)

- Fraqueza, sonolência;
- Cansaço, síncope;
- Cefaleia, zumbido;
- Glossite;
- Atraso na aquisição da linguagem e do desenvolvimento motor;
- Diminuição do apetite;
- Pica = fissura por substâncias não alimentares (gelo, fiz, argila).

Quadro 19. Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças.

Entre 6 meses e 4 anos	$\geq 11,0$	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	$< 7,0$
Entre 5 anos e 11 anos	$\geq 11,5$	11,0 – 11,4	8,0 – 10,9	$< 8,0$
Entre 12 anos e 14 anos	$\geq 12,0$	11,0 – 11,9	8,0 – 10,9	$< 8,0$

Quadro 20. Conduta perante o quadro de anemia por evidência laboratorial.

LEVE	3 mg/Kg/dia (não ultrapassar 60 mg/dia)	Fracionar a dose em 2 a 3x/dia; Orientar ingestão após refeições; Evitar ingestão de leite e chás junto com o ferro (diminuem a absorção); Orientar consumo de alimentos fontes de ferro heme (origem animal); Orientar consumo conjunto de alimentos com vitamina C ou A; Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	Realizar novo hemograma em 1 mês; Se não houver restabelecimento dos valores normais, realizar interconsulta com médico; Manter tratamento na mesma dose por mais 6 semanas para repor as reservas de ferro.
MODERADA	Interconsulta com médico	Realizar orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	A partir de estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”, o seguimento poderá ser realizado com enfermeiro.
GRAVE	Interconsulta com médico	Realizar orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação	A partir de estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”, o seguimento poderá ser realizado com enfermeiro.

*As doses são referentes a ferro elementar. Para uso com sais de ferro (sulfato, quelato, etc.), fazer a conversão de dose.

IMUNIZAÇÃO

A imunização é um aspecto relevante e de suma importância no enfrentamento de doenças, a imunização não só como fator de proteção individual, mas como política de controle de doenças a nível populacional, principalmente na saúde da criança, deve ser algo a ser perseguido sempre na prática do enfermeiro, mesmo este não estando na sala de vacina rotineiramente. Há uma preocupação crescente na população com relação à necessidade e segurança das vacinas, e é fundamental que o enfermeiro esclareça à população a segurança e eficácia dos imunobiológicos utilizados no sistema público.

Devido ao fato de as vacinas possuírem inúmeros aspectos técnicos e o calendário vacinal sofrer alterações com certa frequência, optou-se por colocar apenas os links referentes aos documentos técnicos e calendário vacinal:

Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação: Publicação do Ministério da Saúde que aborda aspectos imunológicos das vacinas, cuidados com a sala de vacinas, registros e boas práticas nos procedimentos.

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

Calendário de Vacinação da Rede Pública de São Paulo para 2018
http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/doc/calendario_vacinacao_set2018.pdf

SAÚDE DA MULHER

7. SAÚDE DA MULHER

Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na atenção básica

Entrevista

O levantamento de alguns dados é importante para orientar as condutas do enfermeiro frente às queixas ginecológicas, devendo este profissional sempre perguntar sobre:

- Fluxo vaginal: quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados;
- Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia;
- Antecedentes clínicos/ginecológicos: uso de antibiótico de amplo espectro;
- Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada;
- Abortamento ou parto recentes;
- Fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Período de início dos sintomas;

Exame físico

O exame físico detalhado, incluindo o toque bimanual quando indicado, é de extrema importância para a identificação de situações que vão desde aquelas tratáveis por meio de abordagem sindrômica até quadros de maior complexidade que possam necessitar de referência ou atendimento multiprofissional. Sugere-se, portanto:

- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrico;
- Exame dos genitais externos;
- Exame especular: observar características do colo/sinais de cervicite (presença de muco, pus, friabilidade, dor à mobilização do colo).
- Toque vaginal: dor à mobilização do colo (sugestivo de cervicite); dor à

mobilização do útero e anexos (sugestivo de DIP ou sinais de endometrite/pelveperitonite secundária a aborto/parto).

Sinais de alerta

Após a entrevista e exame físico, realizados durante a consulta de enfermagem, é importante atentar para presença de alguns sinais de alerta que, se presentes, deverão ser avaliados conjuntamente com o médico em Interconsulta:

- Dor abdominal;
- Irregularidades do ciclo/sangramento vaginal anormal;
- Febre;
- Comprometimento do estado geral;
- Sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia).

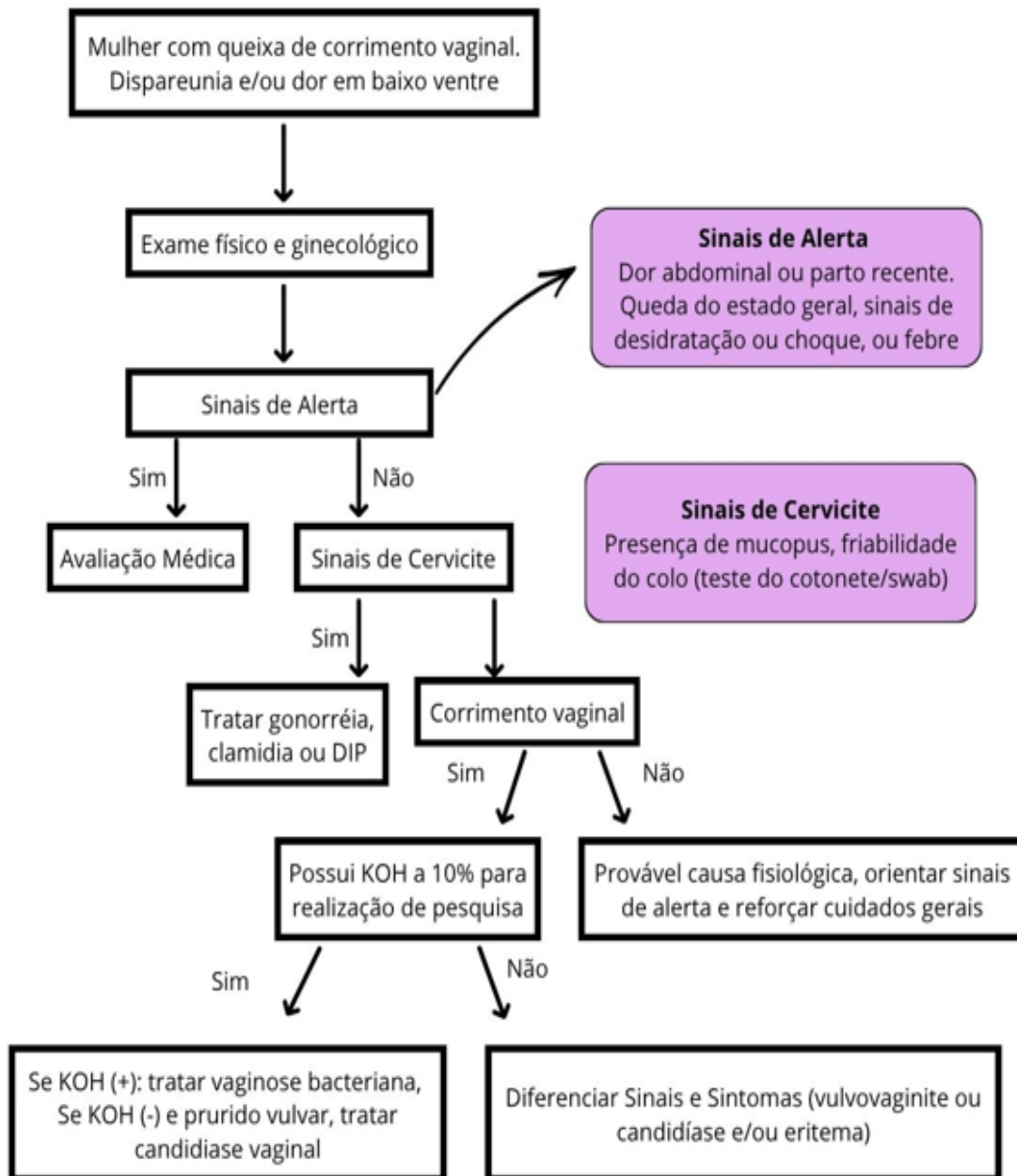
Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites

A presença de corrimento vaginal é uma demanda frequente nos serviços de saúde. Inicialmente é preciso atenção para diagnosticar e orientar as mulheres quanto ao aumento do muco fisiológico, caracterizado como mucorréia, que ao exame especular mostra-se como presença de muco claro e límpido, sem acometimentos inflamatórios da parede vaginal ou alteração do pH (4,0 e 4,5). Cabendo orientações sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e as variações hormonais que podem levar ao aumento da produção de muco.

Dentre as infecções do trato reprodutivo, destacam-se as vulvovaginites e vaginoses, processos nos quais o meio ambiente vaginal fisiológico, composto primordialmente por *Lactobacillus*, encontra-se alterado, assim, possibilitando a proliferação de outros microrganismos e podendo estar associado a processo inflamatório (vaginites) ou sem evidências de inflamação (vaginoses).

As cervicites estão relacionadas principalmente com infecções pelas bactérias *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Frequentemente são assintomáticas (70% a 80% dos casos). A prevalência dessas cervicites está relacionada ao uso irregular de preservativo, vida sexual ativa com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, história prévia ou presença de outras IST.

Fluxograma 1. Corrimento Vaginal ou Cervicite



Quadro 1. Síntese de tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites

CAUSA IDENTIFICADA	SINAIS E SINTOMAS PRINCIPAIS	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	PLANO DE CUIDADOS E CONDOTA DO ENFERMEIRO
Candidíase	• Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo uterino; • Sem odor; • Prurido vaginal intenso; • Edema de vulva; • Dispareunia de intróito; • Disúria. • Período de incubação: 2 a 5 dias.	A 1ª escolha é a via vaginal: • Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal ao deitar-se, por 7 noites; A via oral deve ser reservada para os casos de candidíase resistentes ao tratamento tópico: • Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; Gestantes e nutrízes • Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal, ao deitar-se, por 7 dias; Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação.	Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); • Evitar calças apertadas; • Retirar roupa íntima para dormir; • Candidíase recorrente (4 ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para Cândida, visando a identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais; • É comum durante a gestação, apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período • Episódios de repetição devem ser investigados;

Vaginose Citolítica

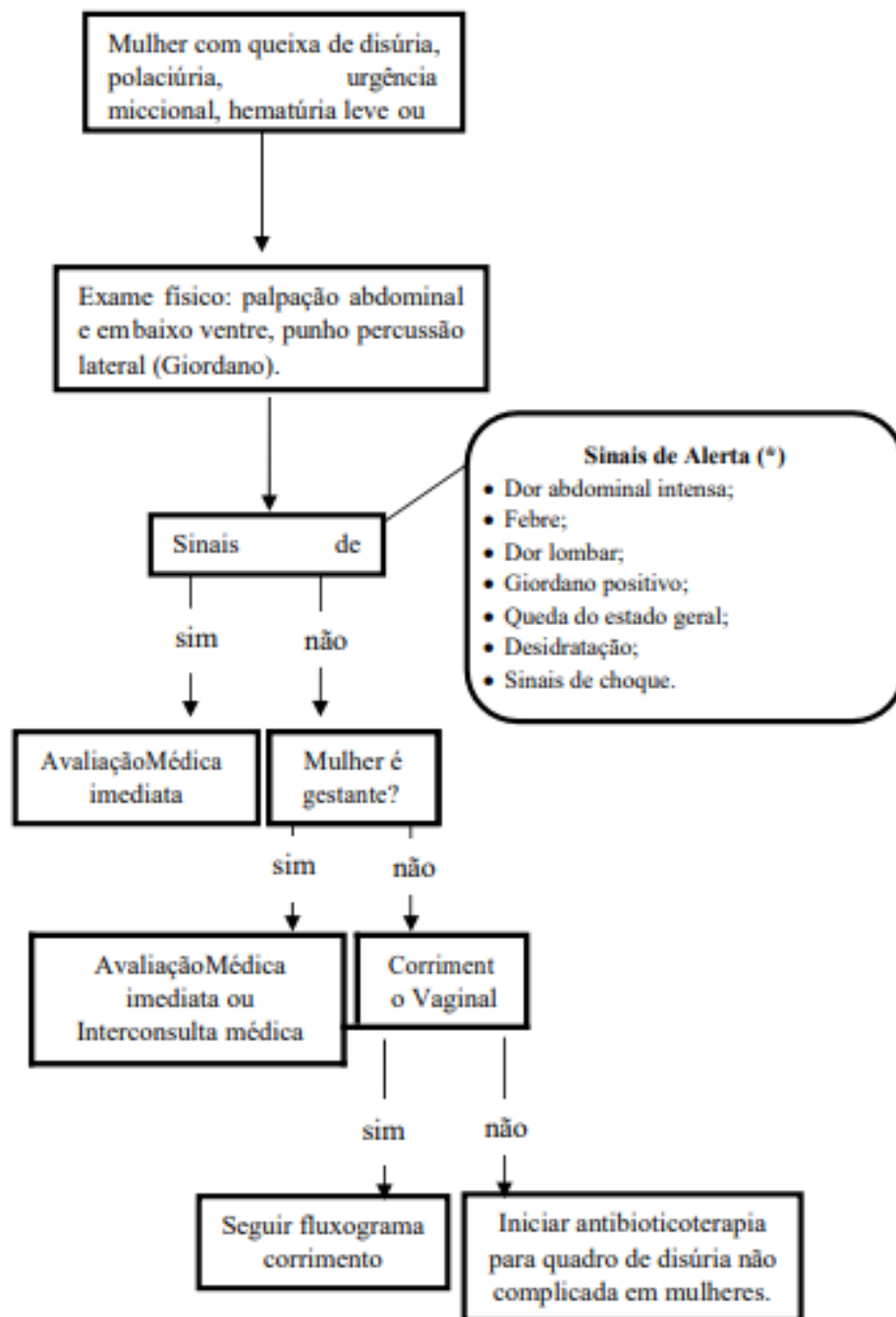
Trata-se de uma condição facilmente confundida com a candidíase devido à similaridade dos sintomas: prurido, queimação, dispareunia, disúria terminal e corrimento branco abundante que piora na fase lútea. Ocorre em função pelo aumento do número de *Lactobacillus* sp no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido (entre 3,5 e 4,5).

Diante do quadro sugestivo desta vaginose, o enfermeiro deverá orientar ducha vaginal ou banho de assento com bicarbonato (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras água morna com 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio, 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas. Também deverá ser orientada a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante.

Infecção Urinária não Complicada

As infecções urinárias em mulheres constituem uma das causas mais presentes em consultas, sejam médicas ou de enfermagem, junto às unidades de saúde, sendo a abordagem precoce e a intervenção adequada um fator preponderante para se evitar complicações ou mesmo internações desnecessárias. O quadro principal de manifestação clínica é a disúria, acompanhada de polaciúria, oligúria e urgência urinária.

Fluxograma 2. Infecção Urinária



Quadro 2. Tratamento da Dificuldade Urinária não Complicada em Mulheres

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	ORIENTAÇÕES/CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Sulfametoxazol + Trimetoprima (400+80 mg) 2 CP de 12/12 horas por 3 dias; OU Nitrofurantoína (100mg) de 6/6 horas por 5 a 7 dias. OBS.: Nos casos de disúria não complicada em não-gestante não há necessidade de solicitação de exames laboratoriais (UI e Urocultura), os quais somente serão solicitados caso permaneça a sintomatologia anterior, sendo que a mesma ficará a critério médico.	• Aumentar ingesta hídrica; • Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência; • Se o profissional enfermeiro identificar a ITU mesmo que em gestante, deverá realizar tratamento imediatamente com Nitrofurantoína, considerando ser a ITU uma das principais causas de trabalho de parto prematuro.

Fonte: Protocolo de Enfermagem, Vol 3. Saúde da Mulher – COREN SC, 2016

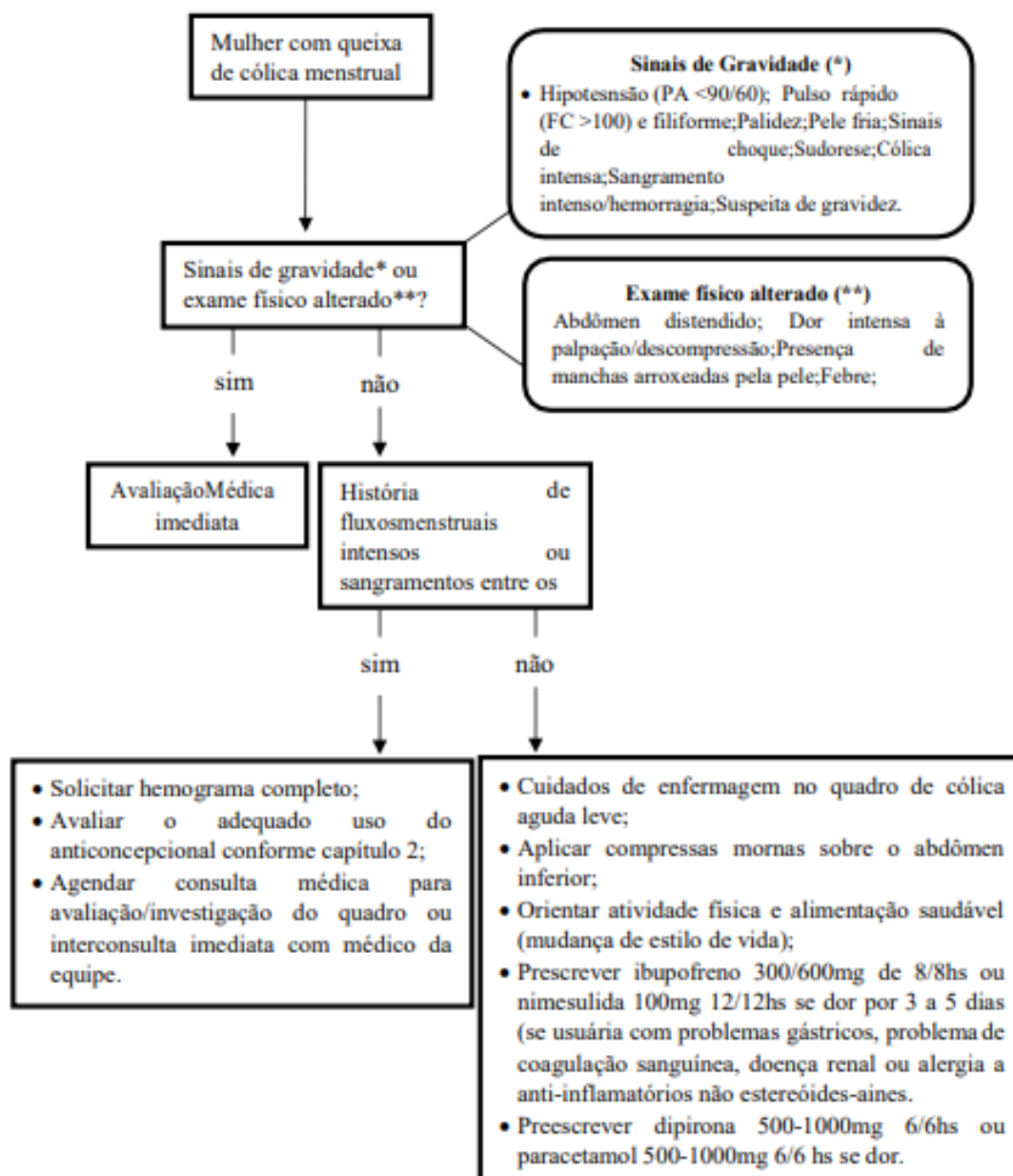
Cólica Menstrual

A cólica menstrual é uma das causas de consulta enfermagem mais prevalentes na área da saúde da mulher, vivenciada pelo dia a dia da prática clínica do enfermeiro, principalmente em jovens e adolescentes logo após a primeira menstruação (menarca). Nesta situação o acolhimento da usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental.

Neste tipo de atendimento é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico progressivo, bem como a

determinação de possíveis situações agravantes, com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário), conforme fluxograma abai

Fluxograma 3. Cólica Menstrual



Dispareunia e Vaginismo

A dispareunia é um desconforto que ocorre durante a relação sexual. O vaginismo é caracterizado pela impossibilidade de ocorrer uma penetração na vagina, em função da contração dos músculos.

Tais transtornos sexuais necessitam de um diagnóstico diferencial preciso, no intuito de se avaliar a etiologia do problema para então tratá-lo. Pois as causas podem ter origens físicas, psicológicas ou mistas. Os transtornos podem ser primários (sempre foi dessa forma), ou secundários (instalou-se após um tempo ou um acontecimento).

Este quadro pode ser ocasionado por vários fatores: mecânicos, anatômicos, hormonais e psicológicos, entre outros. O Vaginismo com Dispareunia é comum na pós-menopausa pela falta de lubrificação, perda da elasticidade no canal vaginal e diminuição da libido, o que está diretamente relacionado aos fatores hormonais.

Diante de queixas de lubrificação insuficiente, o enfermeiro deverá orientar a utilização de lubrificantes íntimos à base de água. Em se tratando de mulheres climatéricas/menopausadas, considerar a estrogenização local caso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos, da seguinte maneira: Estriol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Desde que não tenha contra indicações. Na persistência de sintomatologia, encaminhar para avaliação médica.

Atentar para contra indicações quanto ao uso de hormônios

Toque Bimanual

O enfermeiro não deverá utilizar o toque bimanual rotineiramente, reservando sua execução aos casos de queixas/sintomas que sugiram presença de massas, alterações de volume das vísceras pélvicas, suspeita de DIP, suspeita de gestação ectópica ou sangramentos disfuncionais. Não deve ser prática rotineira nas consultas de pré-natal.

Quando recomendada sua realização, o enfermeiro deverá executá-lo somente após coletas ginecológicas, preferencialmente após exame especular. Diante de qualquer anormalidade ou dúvidas, o enfermeiro deverá solicitar interconsulta com o médico.

A técnica consiste em afastar os lábios maiores e menores, introduzir os dedos médio e indicador no canal vaginal, no sentido posterior (em direção ao reto). Deve-se explorar as

paredes vaginais, a cérvix, e fundo de saco buscando alterações e tumorações. A outra mão é colocada sobre o abdômen da mulher, no baixo ventre, comprimindo-o suavemente e forma a apreender e delimitar o útero, possibilitando sua descrição quanto à forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. Em situações normais, os anexos (ovários, tubas uterinas) não se encontram palpáveis.

Técnica de realização do toque bidigital ou bimanual vaginal

Após a retirada do espéculo realiza-se uma exploração vaginal e pélvica introduzindo-se o dedo indicador e médio de uma das mãos na vagina e, com a outra mão palpando-se profundamente a região inferior do abdome. É o chamado “toque bimanual” ou vaginal combinado. O procedimento deve ser realizado com as mãos enluvadas, com os dedos que serão introduzidos na vagina lubrificados e com técnica correta.

A vagina será avaliada quanto ao seu comprimento, fundos de saco, elasticidade de suas paredes e presença de lesões. Quando existentes, as lesões devem ser caracterizadas quanto ao tipo, número, localização, dimensões, cor, mobilidade e sensibilidade.

O colo uterino será palpado em toda a sua superfície e avaliado quanto a sua posição, dimensões, mobilidade e sensibilidade a mobilização (ântero-posterior e latero-lateral).

O corpo uterino será avaliado quanto a sua posição, forma, tamanho, superfície, mobilidade e sensibilidade.

Os anexos uterinos (tubas e ovários) serão avaliados bilateralmente. Frequentemente não são palpáveis, sendo então considerados normais. A presença de massa em topografia anexial deve ser caracterizada quanto ao tamanho, forma, consistência, superfície, mobilidade e sensibilidade.

A bexiga, o reto e alças de delgado também podem ser palpadas e avaliadas.

Finalmente, avalia-se os tônus e a capacidade contrátil da musculatura do assoalho pélvico.

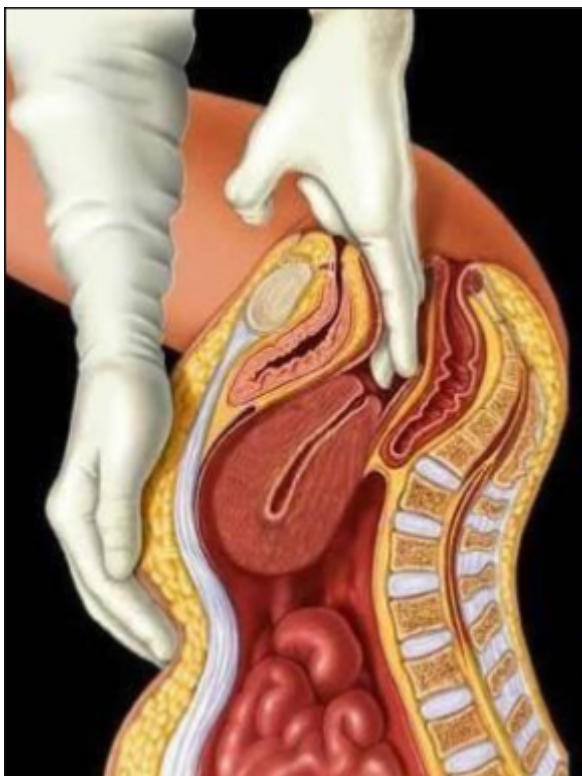


Fig. 7.1 – Toque Bimanual

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E FAMILIAR

LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022

Em 04/03/2023, novas regras que tratam do planejamento familiar Foram incorporadas ao ordenamento jurídico com a alteração da Lei nº 9.263/1996. O objetivo é o de ampliar o direito ao planejamento familiar e reprodutivo, bem como promover o respeito à autonomia das mulheres.

No art. 10, da referida Lei, está estabelecido que: 15 Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

IMPORTANTE: a laqueadura tubária e a vasectomia não protegem contra as DST/HIV/Aids. É necessário considerar o oferecimento do preservativo masculino ou feminino para uso associado ao método, com vistas à dupla proteção. Faz-se necessário também orientar aos profissionais da saúde envolvidos no processo de planejamento familiar a importância de esclarecer sobre os crimes e penalidades descritos no capítulo II da referida Lei, conforme quadro abaixo:

“CAPÍTULO II DOS CRIMES E DAS PENALIDADES Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei.

Parágrafo único – A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I – durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Orienta-se manter o fluxo de atendimento dos casos conforme o protocolo de encaminhamento ao CESM, já vigente no município.

Preconcepção

Com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o enfermeiro na consulta de enfermagem deve procurar abordar o tema, não só da prevenção a gestação, mas também o planejamento da concepção, seja através de apoio emocional ou mesmo o início do ácido fólico e solicitação de exames de rotina.

Condutas de enfermagem no período pré concepcional

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e

obstétrica atual/pregressa da mulher;

- Prescrever ácido fólico 5 mg/dia no mínimo 90 dias antes da concepção;
- Verificar situação do citopatológico e caso necessário, realizar o mesmo;
- Realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B ou C e Sífilis;
- Verificar histórico de sorologias anteriores para Toxoplasmose (IgG/IgM);
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto e tríplice viral) e, em caso de atraso ou ausência, vacinar conforme Manual de normas e procedimentos para a vacinação. Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 90 dias após completar o esquema vacinal indicado;
- Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;
- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o seu parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, incluindo o mesmo no processo de escolha e programação familiar.

Métodos contraceptivos

O enfermeiro deverá auxiliar a paciente na escolha do método anticoncepcional considerando suas particularidades, tais como idade, doenças associadas, tabagismo, estilo de vida e perfil sociocultural, uma vez que há contra indicações relativas e absolutas para cada método. Ao realizar a consulta de Enfermagem, cabendo-lhe a solicitação de exames, prescrição, administração e procedimentos, pautados nos protocolos institucionais, acerca da promoção, proteção e apoio à utilização dos métodos de concepção e contracepção, garantindo a qualidade e a segurança do uso no cotidiano da vida reprodutiva.

Métodos:

1. Métodos de barreira: Previnem a concepção impedindo que os espermatozóides se aproximem dos óvulos, seja por bloqueio mecânico ou químico. São exemplos de anticoncepcionais de barreira os preservativos masculinos e femininos, o diafragma, os espermicidas, o capuz cervical e as esponjas vaginais.

2. Métodos hormonais: Previnem a gravidez por interferirem no ciclo ovariano, na capacidade de o endométrio acomodar o embrião ou na migração e capacitação dos espermatozóides. Dependendo do método, podem ser administrados por via oral, injetável, subcutânea, percutânea, vaginal ou intrauterina.

3. Métodos comportamentais: São técnicas de identificação dos sinais de ovulação pelas mulheres. Para evitar a concepção, as relações sexuais são concentradas em períodos não férteis. Exemplos de métodos são a tabela, a percepção da temperatura corporal basal, a avaliação de alterações no muco cervical e a combinação destes. O coito interrompido e a relação sexual sem penetração, também considerado métodos comportamentais de anticoncepção, objetivam a não ejaculação dentro do canal vaginal. Os métodos comportamentais são pouco recomendados para adolescentes, pois a eficácia destes depende de disciplina e planejamento das relações sexuais. Além disso, o ciclo menstrual é comumente irregular nessa faixa etária.

4. Método de lactação e amenorréia: A menstruação e a fertilidade são inibidas durante a amamentação. Isso ocorre pelos elevados níveis de prolactina e consequente inibição da liberação de gonadotrofinas pela hipófise. Esse método é dependente da intensidade de sucção e produção de leite.

5. Dispositivos Intrauterinos: O DIU (não hormonal), após sua inserção, atua fisiologicamente dificultando a passagem dos espermatozóides pelo trato reprodutivo feminino, além de promover reação inflamatória ou reação à presença de corpos estranhos à cavidade uterina. Isso prejudica a integridade dos espermatozoides e reduz a probabilidade de fecundação.

Inserção, revisão e retirada de DIU PELO ENFERMEIRO (A)

RESOLUÇÃO COFEN Nº 690/2022 *Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.*

Ter curso de capacitação, presencial, em Inserção, revisão e retirada de DIU, com carga horária mínima de 70 (setenta) horas, sendo no mínimo 20 (vinte) horas teóricas e teórico-práticas e 50 (cinquenta) horas práticas, com no mínimo 20 (vinte) inserções supervisionadas durante consulta de Enfermagem nos serviços de saúde;

Manter-se atualizado técnica e cientificamente, de acordo com as revisões de protocolos assistenciais, normas e rotinas, Procedimentos Operacionais Padrão-POP, com base nas melhores práticas assistenciais baseadas em evidências científicas.

Solicitar USG TV para avaliação - quando suspeita de mal posicionamento.

Quadro 3. Periodicidade de retorno para avaliação do método

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	PERIODICIDADE
Preservativo Masculino	Primeiro retorno depois de um mês para avaliar uso correto, efeitos colaterais e eficácia do método. Demais retornos de acordo com a disponibilidade.
Preservativo Feminino	Primeiro retorno depois de um mês para avaliar uso correto, efeitos colaterais e eficácia do método. Demais retornos de acordo com a disponibilidade.
Diafragma	Na primeira semana, para avaliar o uso correto. Retornos posteriores: anuais.
Minipílula (Norestisterona)	Na primeira semana, para avaliar o uso correto. Retornos posteriores: bimensais.
Contraceptivo hormonal Oral	Primeiro retorno depois de 30 dias. Retornos subsequentes: semestrais
Contraceptivo hormonal Injetável	Primeiro retorno depois de 30 dias. Retornos subsequentes: semestrais.
Anticoncepção de emergência	Retorno depois de um mês.

DIU	Primeiro retorno depois de um mês. Retornos subsequentes: trimestrais. REAValiação EM 45 DIAS
-----	--

É fundamental elucidar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas que possam vir a interferir na eficácia do método, bem como frisar a importância do uso de métodos adicionais quando necessário. As categorias de elegibilidade dos contraceptivos, sejam eles hormonais ou não, são assim definidas pela OMS.

Quadro 4. Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

CATEGORIA	DEFINIÇÕES
1	A condição não restringe o uso do método contraceptivo = prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico.
2	As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado = prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico, nos casos em que não haja método com menor risco disponível/aceitável. Sempre ponderar o uso e ficar atento a possíveis sinais/sintomas decorrentes do método ou de problemas de saúde gerados por estes.
3	Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição = prescrição médica somente.
4	O risco do uso do método é inaceitável nesta condição = não prescreva.

Quadro 5. Categorias de elegibilidade para o método de pílulas e orientação para o enfermeiro

CONDIÇÃO ATUAL	PÍLULA COMBINADA	PÍLULA SOMENTE C/ PROGESTÁGENO*	MINIPÍLULA DE NORETISTERONA
Idade inferior a 40 anos	1	1	não utilizar
Idade igual ou superior a 40 anos	2	1	não utilizar
Amamentação - menos de 6 semanas após o parto	4	3	não utilizar
Amamentação - entre 6 semanas e 6 meses após o parto	3	1	1
Amamentação - mais de 6 meses após o parto	1/2****	1	não utilizar
Obesidade	2	1	não utilizar
IST (exceto hepatite e HIV)	1	1	não utilizar
Tabagismo em mulheres com menos de 35 anos	2	1	não utilizar
Tabagismo em mulheres com mais de 35 anos	3/4	1	não utilizar
Has controlada	3	2	não utilizar
HAS com PAS>160 e PAD>= 100 mmHg	4	2	não utilizar
Has + doença cardiovascular	4	2	
TEP/TVP atual ou recente	4	3	não utilizar
Histórico de TEP/TVP no passado, com ou sem uso de anticoagulante oral	4	2	não utilizar
Infarto ou AVCs	4	2/3	não utilizar
Dislipidemias	2/3	2	não utilizar
DM ou complicações vasculares	3/4	3	não utilizar
Enxaqueca sem aura	2**/3/4	2	não utilizar
Enxaqueca com aura	4	2/3	não utilizar
Ca de mama atual ou passado	4	4	não utilizar
Uso de anticonvulsivantes	3	3	não utilizar
Uso de TARV/HIVc	2***	2***	não utilizar
Uso de rifampicina	3	3	não utilizar

*exceto minipílula de noretisterona

** Se maior de 35 anos: Categoria OMS 2 na introdução do método e categoria OMS 3 na manutenção.

*** Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Apesar da prescrição ser feita pelo médico, o enfermeiro deve orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

**** A definição como categoria 2 se dá pelos efeitos sobre o leite materno, não sobre a mãe, diretamente. Assim, sempre que possível, utilizar outro método classificado como 1 durante a amamentação, mesmo que não exclusiva.

Quadro 6. Categorias de elegibilidade para o método injetável e DIU de cobre e orientação para o enfermeiro

CONDIÇÃO ATUAL	INJETÁVEL COMBINADO (mensal)	INJETÁVEL COM PROGESTÁGENO (trimestral)	DIU DE COBRE
Idade inferior a 40 anos	1	1	1*
Idade igual ou superior a 40 anos	2	2	1
Amamentação - menos de 6 semanas após o parto	4	3	1 prescreva a partir de 4 semanas após o parto
Amamentação - entre 6 semanas e 6 meses após o parto	3	1	1
Amamentação - mais de 6 meses após o parto	2	1	1
Obesidade	2	1	1
IST (exceto hepatite e HIV)	1	1	Discuta com MFC
Tabagismo em mulheres com menos de 35 anos	2	1	1
Tabagismo em mulheres com mais de 35 anos	3/4	1	1
Has controlada	3	2	1
HAS com PAS>160 e PAD>= 100 mmhg	4	3	1

Has + doença cardiovascular	4	3	1
TEP/TVP atual ou recente	4	3	1
Histórico de TEP/TVP no passado, com ou sem uso de anticoagulante oral	4	2	1
Infarto ou AVCs	4	3	1

Dislipidemias	2/3	2	1
DM ou complicações vasculares	3/4	2	1
Enxaqueca sem aura	2/3	2	1
Enxaqueca com aura	3/4	2/3	1
Ca de mama atual ou passado	4	4	1
Uso de anticonvulsivantes	2	3	1
Uso de TARV/HIVc	2**	2**	1
Uso de rifampicina	2	2	1

* Se menor de 20 anos: discuta com Médico de Família ou médico da equipe (Categoria OMS: 2).

** Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Apesar da prescrição ser feita pelo médico, o enfermeiro deve orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

Os métodos contraceptivos disponíveis na rede estão divididos em hormonais, de barreira e os irreversíveis ou cirúrgicos, os quais são explicados no quadro abaixo.

Quadro 7. Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino

MÉTODO/ RESPONSÁVEL	TIPO DISPONÍVEL NA REDE MUNICIPAL E CLASSIFICAÇÃO	COMO USAR E CONDUTAS DO ENFERMEIRO	EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS
Dispositivo intrauterino (DIU) (Inserção/retirada: Médico e/ou Enfermeiro; Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro)	DIU de Cobre (DIU-Cu) Classificação: método de barreira	• Inserção e retirada do DIU pode ser realizada por profissional enfermeiro com certificação; • Descartar sempre gravidez, priorizar inserção durante o quadro menstrual (facilidade de inserção do método e descarte de gestação ao mesmo tempo); • Realizar preventivo, antes da inserção. • No caso de aumento do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá encaminhar o paciente para o médico ou solicitar avaliação conjunta.	• Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer; • Logo após a inserção, os efeitos mais comuns, os quais geralmente desaparecem ao longo das semanas, é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; caso apresente fluxo intenso avaliar, em conjunto com médico da equipe.
Injeção de Progestágeno (trimestral) (Médico e/ou Enfermeiro)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg Classificação: método hormonal	• Injeção IM a cada 12 semanas (ou 90 dias). • Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia); • Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação;	• Amenorreia (comum); • Ganho de peso; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses, se persistir sangramento encaminhar para avaliação médica *; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.

		Em caso de atraso: • Até 2 semanas: aplique nova injeção. • Mais de 2 semanas: descarte primeiro a possibilidade de gravidez e, após, aplique o método.	
Injeção de estrogênio/ Progestágeno (Médico e/ou Enfermeiro)	Enantato de norestisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg Algestona acetofenida + enantato de estradiol 150+10mg Acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol 25+5mg Classificação: método hormonal	• Injeção IM a cada 4 semanas (ou 27 a 33 dias); • Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual); • Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método; Em caso de atraso: • Até 7 dias: aplique nova injeção; • Mais que 7 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após, inicie novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias.	• Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea. • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.
Pílula combinada estrogênio/ Progestágeno (mensal) (Médico e/ou Enfermeiro)	Etinilestradiol/levonogestrel 0,03+0,15mg Etinilestradiol/desogestrel 0,03+0,15mg Etinilestradiol/gestodeno 0,02+0,075mg Classificação: método hormonal	• Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; • Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método; • Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela; Em caso de esquecimento: • Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar;	• Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea. • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe

		• Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; • Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. Em caso de vômitos: Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartel	para avaliação médica*.
--	--	---	-------------------------

Métodos cirúrgico (irreversíveis) - Protocolo CESM Médico	Encaminhamento para: Laqueadura tubária Vasectomia	• Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários; • Entregar termo de consentimento	• Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Para os homens orienta-se evitar carregar peso por um período não inferior a 5 dias. Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós- cirúrgica; • Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciar para serviço de urgência.
---	--	---	--

Contracepção de Emergência

A contracepção de emergência consiste no método anticonceptivo para prevenção de gestação inoportuna ou indesejada após uma relação sexual desprotegida, ou falha conhecida ou presumida do método de rotina, conforme abaixo:

- Deslocamento do diafragma;
- Rompimento do preservativo;
- Esquecimento prolongado do anticonceptivo oral ou atraso do injetável;
- Coito interrompido em que ocorre derrame do sêmen na vagina;
- Cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal;
- Casos de violência sexual, quando a mulher ou adolescente são privadas de escolha e submetidas à gravidez indesejada;
- Relação sexual desprotegida sem uso de nenhum método contraceptivo e preservativo (masculino ou feminino).

É extremamente importante a contracepção de emergência ser utilizada em até 72 horas após o coito, já que após isso o método perde muito a sua eficácia. No entanto, a administração da contracepção de emergência até 5 dias após a relação sexual desprotegida ainda oferece efeito contraceptivo.

Apesar da facilidade de acesso ao método, que pode ser prescrito pelo enfermeiro, **a contracepção de emergência não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo e familiar**, devendo ser desencorajado seu uso rotineiro pelo paciente. É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente da Anticoncepção de Emergência (AE) compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição.

A anticoncepção de emergência deve ser feita com 1,5 mg de levonorgestrel em dose única. Atualmente na rede municipal de saúde estão disponíveis os comprimidos de 0,75 mg, sendo necessário, portanto, que a mulher tome dois comprimidos juntos para o efeito desejado. Realizar aconselhamentos pertinentes.

Observações:

- Não se recomenda mais a utilização de esquema fracionado, utilizado anteriormente, que consistia em tomar 1 comprimido de 0,75 mg de

levonorgestrel assim que possível e outro comprimido igual 12 horas após o primeiro, já que não aumenta a eficácia e costuma gerar esquecimento do segundo comprimido;

- Se houver vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose;
- Se paciente está em TARV (ou PEP), tratamento para TB ou epilepsia, aumente a dose de levonorgestrel para 3 mg em dose única;

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

No Brasil, o câncer de colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. **É fundamental garantir o acesso a rastreamento em consultas agendadas e/ou em demanda espontânea/oportunística.**

A citologia oncológica (Papanicolau, colpocitopatológico) é o exame de rastreamento universal para o câncer de colo do útero e sua realização é recomendada para todas as **mulheres entre 25 e 64 anos**, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres (grupo que menos se submete ao exame). O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. É importante ressaltar que essas recomendações do Ministério da Saúde são de regra geral, e cabe ao profissional enfermeiro avaliar cada caso podendo coletar o exame sempre que julgar necessário ou indicado mesmo que a paciente esteja em idade fora da recomendação. Além disso, é de suma importância que as queixas ginecológicas sejam avaliadas e sobretudo examinadas pelo profissional durante o exame físico que faz parte da consulta de enfermagem. Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a utilização correta da técnica de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra, conforme POP do município. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical (endocérvice) coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

Muitas vezes o profissional se depara com situações especiais que suscitam dúvidas

sobre a coleta da citologia oncótica. O quadro abaixo procura explicitar as situações referentes à coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem.

Quadro 8. Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Mulheres que não iniciaram a vida sexual	• Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	• Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos). • Ainda que não haja evidência contra indicado a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, encaminhar ao médico para avaliação.
Climatério e pós-menopausa	• Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial; ou a mulher apresentar vaginite/colpite atrófica que dificulte a coleta (sem queixas), realizar estroginização pela administração de Estriol 0,1% creme vaginal de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 5 a 7 dias para realização da coleta. (Verificar disponibilidade na rede, caso contrário verificar se vale a pena prescrever e orientar compra) • Caso a vaginite/colpite atrófica gere queixas, seguir orientações do capítulo 6 deste mesmo documento.
Histerectomizadas	• Atenção: Embora a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima, não prescreva para mulheres com história de carcinoma de mama.

	● Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento. ● Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. ● Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina: ● Lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; ● Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.
Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides.	● O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual (não há idade mínima), com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos (não há idade máxima); ● Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mmt, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses. ● Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.
Mulheres que buscam o CS para realização da citologia oncológica em função de corrimentos.	● Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento. ● Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.

No caso de os resultados não se apresentarem normais ou com amostra insatisfatória, é sugerida uma rotina de aprazamento e encaminhamentos conforme recomendações do INCA e Ministério da Saúde, descrita no quadro abaixo, considerando outros achados clínicos.

Quadro 9. Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino

RESULTADO	ESPECIFICAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Atipias de significado indeterminado.	ASCUS - Em células escamosas; provavelmente não neoplásica.	Repetição da citologia em 06 meses ou 12 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 06 meses (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.
	ASCH - Não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a colposcopia e avaliação médica no CESM
	AGUS - Em células glandulares; provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a colposcopia. Avaliação médica no CESM
	De origem indefinida; provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a colposcopia. Avaliação médica

Lesão intraepitelial de baixo grau.		Repetição da citologia em 06 meses: Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.
Lesão intraepitelial de alto grau.		
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor.		Os resultados de CO com estas alterações ficarão retidos no CESM para tratamento e acompanhamento. A unidade receberá contra referência da equipe do CESM

Adenocarcinoma in situ ou invasor.		
Amostra insatisfatória.	-	Repetir o exame em 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória, porém, com presença de células escamosas, apenas.	-	Repetir o exame com intervalo de 01 ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos.

Quadro 10. Achados clínicos comuns no colo uterino

ACHADO CLÍNICO	EXPLICAÇÃO	CONDUTA DO ENFERMEIRO
Ectopia	Trata-se de um achado clínico relativamente comum, sendo normalmente resultado da eversão da JEC (junção escamo-colunar) por causas fisiológicas relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez ou uso de contraceptivos hormonais.	Não há indicação de intervenção na maioria dos casos. É fundamental reforçar a importância do uso de preservativo tendo em vista que a exposição de uma área mais vascularizada torna a mulher mais suscetível a contrair ISTs, em especial as clamídia e gonorreia. Havendo dúvidas, aguardar o resultado do preventivo e repetir o exame especular para descartar alterações transitórias. Na persistência, correlacionar com o resultado do preventivo, queixas do usuário (sangramento após as relações sexuais, mucorreia excessiva) e, se necessário, encaminhar à colposcopia, orientando que a usuária leve o resultado do preventivo.

Cisto de Naboth	São achados benignos oriundos da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais.	Não há necessidade de encaminhamento para outro profissional já que não há intervenção necessária.
Pólipos cervical	Apresentam-se como projeções da mucosa pelo orifício cervical.	As condutas do enfermeiro são as mesmas adotadas no caso das ectopias.

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Ações de Rastreamento

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina.

Trata-se de uma condição muitas vezes relacionadas a fatores de risco que aumentam as possibilidades do surgimento da doença, tais como: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, antecedentes familiares de câncer de mama (especificamente na mãe e nas irmãs), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e terapia de reposição hormonal.

Solicitação de Mamografia pelo SUS a partir dos 40 anos pelo Enfermeiro

Público alvo: mulheres de 40 a 49 anos

A faixa etária para rastreamento ativo passou de até 69 anos para até 74 anos.

Quando solicitar mamografia em mulheres de 40 a 49 anos:

- Nódulo palpável,
- Dor localizada persistente
- Secreção papilar
- Histórico familiar

Ultrassonografia mamária bilateral solicitada pelo enfermeiro em APS:

- *Pacientes com resultado de mamografia BIRADS 0, cuja recomendação de US de mamas vem no próprio exame.*

Em 23 de setembro de 2025, o MS anunciou que poderão realizar a mamografia via SUS mesmo sem sinais ou sintomas de câncer de mama.

Art. 2º: “Os órgãos e entidades do SUS garantirão a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade.”

Quadro 11. Recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama

Mamografia	40 a 49 anos	Recomendado conforme critério clínico. (nódulo palpável, dor localizada persistente, secreção papilar, histórico familiar, entre outros sinais possivelmente avaliados).
	< 50 anos	Contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos. (Recomendação forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios).
	50 a 59 anos	Recomenda-se o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos. (Recomendação fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes).
	60 a 69 anos	Recomenda-se o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos. (Recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).
	70 a 74 anos	Contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos. (Recomendação fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
	75 anos ou mais	Contra o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais. (Recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
	Periodicidade	Recomenda-se que o rastreamento nas faixas etárias recomendadas seja bienal. (Recomendação forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).
Autoexame das mamas		Contra o ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama. (Recomendação fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Exame Clínico das mamas		Ausência de recomendação: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto.
Ressonância nuclear magnética		Contra o rastreamento do câncer de mama com ressonância nuclear magnética em mulheres, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia. (Recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Ultrassonografia		Contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia. (Recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Termografia		Contra o rastreamento do câncer de mama com a termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia. (Recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).

Tomossíntese	Contra o rastreamento do câncer de mama com tomossíntese, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia convencional. (Recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
---------------------	--

Quadro 12. Recomendações do Ministério da Saúde para o diagnóstico precoce do câncer de mama

Estratégia de conscientização	Implementação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama. (Recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).
Identificação de sinais e sintomas suspeitos	Recomenda que os seguintes sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário (Recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos): • Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos; • Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual; • Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade; • Descarga Papilar Sanguinolenta unilateral; • Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos; • Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral; • Presença de linfadenopatia axilar; • Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja; • Retração na pele da mama; • Mudança no formato do mamilo.
Confirmação diagnóstica em um único serviço	Recomenda-se que toda a avaliação diagnóstica do câncer de mama, após a identificação de sinais e sintomas suspeitos na atenção primária, seja feita em um mesmo centro de referência. (Recomendação fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos, quando comparados à organização tradicional dos serviços de investigação diagnóstica).

Quadro 13. Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de Mama

RESULTADO DA MAMOGRAFIA (BIRARDS)	CONDUTA ENFERMEIRO
0 – Inconclusivo	Avaliação adicional - interconsulta com médico para pactuação da conduta sobre solicitação de exame de imagem adicional (USG de mamas ou mamografia adicional – compressão focal ou magnificação)
1 – Sem achados	Rotina de rastreamento
2 – Achado benigno	Rotina de rastreamento
3 – Achado provavelmente benigno	Controle radiológico em 6 meses. Se persistência do achado, encaminhar ao médico ou interconsulta com o mesmo para segmento/encaminhamento.
4 – Achado suspeito	Encaminhamento para o médico para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos
5 – Achado altamente suspeito	Encaminhamento para médico ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos
6 – Achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado	Encaminhamento ao CESM. Ou ao médico da unidade discute caso com a regulação para encaminhar para serviço externo.

Ações mediante a presença ou relato de sinais ou sintomas

Os sinais e sintomas abaixo devem ser de atenção do enfermeiro durante consulta de enfermagem:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos

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

Tais sinais podem servir de evidência para alguma alteração possivelmente grave nas mamas, e por isso exames complementares se fazem necessários para uma adequada investigação. O exame a ser solicitado depende de fatores como as características das mamas (principalmente consistência), idade da mulher e história familiar de morbidades, sendo a ultrassonografia de mamas e a mamografia (com compressão focal, magnificação, etc.) os exames mais solicitados.

Mastalgia e Outros Sintomas Mamários

A Mastalgia é uma queixa muito comum nos atendimentos de rotina. Pode estar relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino modulados pelo sistema endócrino ou até mesmo como sintoma de gestação.

Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos. Em algumas situações a Mastalgia pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais (principalmente com altas dosagens de estrogênio) ou terapias de reposição hormonal, pois o uso de hormônios pode agravar o desconforto nas mulheres mais sensíveis, sendo contraindicados nos casos de Mastalgia mais acentuada.

As alterações funcionais benignas da mama, antes equivocadamente denominadas “displasias mamárias”, são variações da fisiologia normal da glândula mamária nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo do ciclo de vida da mulher. Como entidade clínica, essas alterações podem ser definidas como uma síndrome caracterizada por dor mamária e nodularidade, que pode ser difusa ou localizada, em uma ou em ambas as mamas.

Diante da queixa de Mastalgia, muitas vezes a elucidação da sua relação com processos fisiológicos para a paciente é uma conduta suficiente para maior tolerância à dor

e desmistificação deste sintoma como indicativo de casos de câncer. Entretanto é importante apurar a presença de alterações mamárias por meio do ECM e seguir as orientações conforme preconizado pelo MS.

Quadro 14. Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias

Situação	Definição	Conduta do enfermeiro
Mastalgia sem febre	Dor nas mamas. Está relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino, uso de terapias hormonais ou gestação. Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos (GOYAL, 2016). Podem vir acompanhadas de febre ou não.	- Investigar gestação; - Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar dor; - Em caso de nutrízes, avaliar se há ingurgitamento mamário e realizar medidas conforme capítulo sobre amamentação; - Orientar uso de roupa íntima adequada; - Avaliar uso de terapias hormonais, discutir conduta com médico.
Mastalgia com febre (Temperatura axilar >38°C)		- Investigar gestação; - Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar febre ou dor; - Em caso de nutrízes, avaliar se há ingurgitamento mamário e realizar medidas conforme capítulo sobre amamentação; - Orientar o uso de roupa íntima adequada; - Acolher a usuária e encaminhar para consulta médica.

Descarga papilar espontânea em nutrízes ou não gestantes	Constitui-se de saída de secreção pelas papilas mamárias fora do período gravídico-puerperal e lactação. É importante investigar a data da última gravidez, aleitamento recente, uso de medicamentos que podem causar galactorreia, trauma local e tabagismo. Devem ser investigadas as descargas espontâneas, unilateral, uni papilar, persistente, purulenta ou sanguinolenta (PRIMO, 2017); A descarga papilar em homens deve ser sempre considerada um achado suspeito, dado que a incidência de carcinoma, que é de cerca de 23% (DE PAULA, 2017).	• Verificar o uso de medicações que podem causar aumento de prolactina; • Investigar gestação; Características a serem pontuadas no exame físico: • Espontânea ou provocada: a descarga papilar espontânea sugere sinais de anormalidade e pode estar relacionada a processos hormonais; Em ambos, sugere-se colher amostra de citopatológico de mama e retorno para reavaliação; • Lateralidade: quando unilateral sugere-se maior atenção; quando bilateral, deve-se observar outros sinais complementares descritos. Colher amostra de citopatológico de mama e agendar retorno para avaliação; • Número de orifícios: a descarga unipapilar é sugestiva de maiores cuidados, deve-se colher amostra de citopatológico de mamas e encaminhar para avaliação médica. Quando multipapilar deve-se observar outros sinais descritos. • Láctea ou serosa: provável causa hormonal, orientar a investigação de câncer de mama e encaminhamento a mastologista; • Sanguinolenta ou purulenta: colher amostra de citopatológico de mamas e encaminhar para avaliação médica.
Retração de pele ou mamilar	É a inversão da estrutura da pele, ou mamilo, diz-se do aspecto de "casca de laranja" na pele da mama. As causas podem ser congênita ou adquirida (processos inflamatórios, infecciosos, trauma, lesões malignas da mama (PRIMO, 2017).	• Se associada com amamentação, a conduta está descrita no capítulo específico deste protocolo; • Se a alteração ocorreu repentinamente, deve-se encaminhar a usuária para avaliação médica e conduta.
Cistos mamários	Nódulos de aparecimento súbito, de contornos regulares, móveis e dolorosos. A consistência pode ser amolecida ou, quando o líquido intracístico encontra-se sob tensão, a sensação palpatória é fibroelástica. São formados pela obstrução e dilatação dos ductos mamários terminais. A maior parte dos cistos decorrem de processos de involução da mama, ocorrendo com mais frequência entre 35 e 50 anos de idade e incidem de 7 a 10% da população feminina, podendo ser únicos ou múltiplos, uni ou bilaterais (RUIZ, 2016).	• Na anamnese deve-se avaliar a idade, fatores hormonais, sinais e sintomas associados (dor, alteração cutânea, linfadenomegalia axilar ou supraclavicular) e medicamentos em uso; • Avaliar fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama; • Encaminhar ao acompanhamento médico.

Assimetria mamária	Refere-se a qualquer diferença visual nas mamas: tamanho, posição da aréola, formato, inserção no tórax, peso. Falsas assimetrias podem ocorrer como resultado de postura distorcida, rotações de ombros, escolioses entre outras causas. (HORTA, 2016).	• Verificar se a alteração foi súbita e se há outros sinais ou sintomas, caso afirmativo, encaminhar à consulta médica; • Ao exame físico deve-se avaliar a postura da usuária; • Reavaliar em tempo oportuno.
Alterações infecciosas (mastites)	Apresentam-se com sinais inflamatórios clássicos: dor, calor, rubor e edema, em resposta a algum tipo de agressão podendo ocorrer abaulamento ou aumento do volume mamário. Dependendo do tipo de agressão e da fase em que se apresenta o processo, percebe-se a combinação e a intensidade dos sinais inflamatórios. Podem ser divididas em puerperal e não puerperal (RUIZ, 2016).	• Avaliar histórico de amamentação; • Há possibilidade de apresentar sinais sistêmicos da infecção (febre, mal-estar); • Orientar cuidados locais, curativos, se necessário; • Encaminhar para avaliação médica.
Siliconomas	O silicone líquido industrial tem sido introduzido no organismo humano (inclusive nas região de mama) de forma clandestina, com a finalidade de corrigir defeitos, e aumentar volume em homens e mulheres ampliando chances de complicações como infecções, necroses teciduais, migração do produto pelo sistema linfático, venoso ou por força da gravidade (DORNELAS, 2011).	• Exame físico geral amplo e detalhado com o histórico de uso do silicone industrial; • Encaminhamento médico a especialista para avaliação e conduta.
Fibroadenomas	São os nódulos de mama benignos mais comuns. Podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais prevalentes em mulheres com idade entre 15 e 35 anos. Têm crescimento limitado, em geral não superando 2 cm. Apenas 0,1 a 0,3% dos casos apresentam transformação maligna. (RUIZ, 2016)	• No exame clínico das mamas (ECM) o fibroadenoma normalmente se apresenta como uma nodulação móvel, não aderido ao tecido que o rodeia, bem delimitado, com dimensões em geral de 2 a 3 cm; • Nas usuárias de maior faixa etária devido a alterações fisiopatológicas o nódulo pode passar a ter consistência endurecida; • O diagnóstico é predominante clínico, porém a USG de mamas pode ser indicada tanto quanto a PAAF; • A realização da tríple análise é a mais indicada, portanto viabilizar consulta médica.

Fonte: Modificado a partir de Florianópolis, 2016.

Exames de imagem complementares

A ultrassonografia de mamas é um método de diagnóstico por imagem considerado o principal complementar a mamografia na detecção de alterações mamárias. Sua característica fundamental reside na capacidade de distinguir cistos e lesões sólidas, algo difícil de detectar na mamografia (MAULAZ,2019). Ela é utilizada nas mulheres assintomáticas com mama densa; quando há lesão palpável sem expressão na mamografia; nos nódulos regulares ou lobulados e nas lesões densificantes (assimetria difusa, área densa) que podem representar lesão sólida, cisto ou parênquima mamário. (BRASIL, 2013). Nesse quesito, o enfermeiro atua como articulador de recursos dentro das referências e atua na avaliação do aprazamento e na articulação da condução clínica e segmentos dos casos. Pois perante o aprazamento este profissional junto a equipe pode qualificar a condução priorizando exames e avaliações com médico e especialidade.

E pode atuar na orientação e educação em saúde acerca dos resultados e condutas de acompanhamento na rede de Atenção Básica. Já a ressonância magnética (RM) das mamas é considerada muito eficaz devido a sua alta sensibilidade e especificidade. No caso do enfermeiro, a junção desses exames pode favorecer condições prioritárias e favorecer a priorização na regulação de exames e vagas nos sistemas secundário e terciário. Favorecendo o tratamento da paciente em tempo hábil com as condições necessárias à intervenção e cuidado, a maior indicação é na avaliação de implante mamário, porém seu uso para avaliação de lesões está crescendo cada vez mais (MAULAZ, 2019).

Métodos invasivos para diagnóstico de câncer de mamas

O diagnóstico final do câncer de mamas é feito por meio do achado histopatológico. Por ser a mama de fácil acesso no organismo feminino, várias modalidades diagnósticas foram sendo desenvolvidas na investigação das lesões mamárias. Destaca-se que a equipe de enfermagem pode auxiliar o procedimento de realização dos métodos invasivos e o resultado destes podem nortear a condução do enfermeiro na priorização de agendamentos e na articulação de recursos entre diversas redes de atenção.

Ações de vigilância em saúde

O histórico brasileiro da vigilância em saúde no que diz respeito às ações de combate ao câncer de mama teve seu desenrolar juntamente com a vigilância em saúde em geral, a qual é relativamente nova em seu conceito (data internacionalmente de 1963 - Alexander Langmuir), mas que vem sendo fortalecida no decorrer dos anos junto a saúde pública. Nessa trajetória, os processos de trabalho da vigilância em saúde apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores, no caso, a população em sua grande parte feminina e seus fatores de risco para o câncer de mama.

Com base no caderno no 13 de Atenção Básica do ministério da saúde (Brasil, 2013), elencam-se ações a serem desenvolvidas pela equipe de APS, a qual assume seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde:

- Planejar, programar e executar ações de rastreio, visando o controle do câncer de mama, com priorização das ações segundo fatores de risco, vulnerabilidade e desigualdade, dentro do território;
- Garantir a busca ativa das mulheres na área de abrangência, para a realização do exame clínico das mamas anualmente, ou quando necessário;
- Garantir o rastreio ativo organizado com a realização da mamografia, conforme protocolo;
- Identificar as mulheres com resultados positivos a investigação, ou ao rastreamento, para vigilância do caso;
acompanhar segundo recomendação, e convocar quando necessário;
- Garantir o acesso ao diagnóstico precoce, com objetivo de iniciar tratamento em até 60 dias após o diagnóstico (Lei no 12.732, de 22 de novembro de 2012);
- Realizar o acompanhamento longitudinal a mulher diagnosticada, durante tratamento, recuperação e reabilitação,
articulando os diversos serviços e unidades que compõem as redes;
- Realizar acompanhamento após alta, ou cuidados paliativos, inclusive com ações intersetoriais;
- Planejar, programar e executar atividades educativas individuais, familiares e/ou

coletivas, para reforçar ideias de

prevenção e promoção em saúde na temática em questão;

- Alimentar e analisar dados dos sistemas de informação em saúde vigentes.

Educação em saúde

A educação em saúde, como prática na qual existe a participação ativa dos usuários, proporciona informação em saúde, educação sanitária além de contribuir para aquisição de atitudes que estimulem mudanças de comportamento acerca de sua própria saúde e da comunidade (ALVES, 2019 E NUNES, 2013). As ações em saúde devem ser direcionadas para a realidade cultural dos usuários, na qual o problema é trabalhado a partir do pensamento coletivo e da análise das suas crenças e valores. A enfermagem pode contribuir efetivamente com esse processo de conscientização da população acerca de sua saúde, visto que a educação em saúde se insere no contexto de atuação da equipe de enfermagem (NUNES, 2013).

Plano de cuidados

Plano de cuidados		
Ações de enfermagem	Condutas de enfermagem	Profissionais
Consulta pós-rastreamento mamográfico	• Recebimento dos laudos; • Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento; • Comunicação dos achados do exame para a mulher, oferecendo apoio e esclarecendo dúvidas; • Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento aos casos identificados de câncer de mamas, conforme necessidades.	Enfermeiro/ Médico
Atividades de Vigilância em saúde	• Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário; • Identificação da população feminina na faixa etária prioritária para rastreamento; • Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento.	Equipe Multiprofissional
Educação em saúde	• Orientação individual ou coletiva sobre fatores de risco ou proteção do câncer de mamas • Orientação individual ou coletiva sobre exame clínico das mamas; • Orientações individual e coletiva para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas e sintomas do câncer de mama, limites e riscos das ações de rastreamento.	Equipe Multiprofissional

Fonte: Brasil, 2016.

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

As consultas de Pré-Natal devem ser intercaladas entre médico e enfermeiros, mas de acordo com o Ministério da Saúde, o Pré-Natal de risco habitual pode ser acompanhado inteiramente pelo profissional enfermeiro (BRASIL, 2012; 2016), o que também é garantido pela Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e reforçado pela Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017) que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A atenção ao Pré-Natal tem como objetivo acolher a mulher, seu parceiro ou sua rede de apoio, desde o início da gestação, de forma humanizada, garantindo o acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção, assegurando o nascimento de uma criança saudável e garantindo o bem-estar da mãe e da criança (BRASIL, 2006). As consultas de Pré-Natal poderão ser realizadas na Unidade Básica de Saúde ou durante visita domiciliar, intercalada entre médico e enfermeiro, garantindo, no mínimo, seis consultas até o final da gestação (BRASIL, 2016). A consulta de Pré-Natal deve ser efetiva, representando uma oportunidade inadiável de classificar riscos e adotar condutas adequadas. Deve ser composta pelo processo de enfermagem, por meio de suas etapas: histórico de enfermagem, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral e específico, dos diversos sistemas, incluindo exame ginecológico e mamário. Após esse levantamento, devem ser elencados os diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenções e avaliação por meio dos retornos programados (ROCHA; ANDRADE, 2017).

Avaliação de Risco no Pré-Natal

Sempre que uma mulher em idade fértil referir atraso menstrual igual ou superior a uma semana, o enfermeiro deverá questionar a possibilidade de gestação. Ainda que a mulher se diga usuária de MAC, deve ser considerada a possibilidade de falha e realizado teste rápido (TIG) ou laboratorial (BHCG). Se positivo, as medidas iniciais de pré-natal deverão ser encaminhadas a começar pela classificação de risco.

Ao enfermeiro caberá acompanhar o pré-natal de risco habitual/baixo risco e encaminhar ao **AMBULATÓRIO DE PRÉ NATAL ALTO RISCO – PNAR** do CESM perante as situações descritas abaixo (CONSULTAR PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO AO

CESM ATUALIZADO):

Critérios clínicos para encaminhamento

- Hipertensão arterial crônica (**após não ser controlada com dose máxima de metildopa 2g/dia, e após avaliação e acompanhamento com nutricionista**);
- Doença hipertensiva específica da gestação arterial - (**confirmada por, pelo menos, duas medidas alteradas, e com início após 20ª semana de gestação, e após avaliação e acompanhamento com nutricionista**);
- Diabetes pré gestacional;
- Diabetes gestacional:
 - o *Com duas medidas de glicemia de jejum > 110 mg/dl*
 - OU*
 - o *Se GJ > 85 mg/dl e < 110 mg/dl, realizar teste de tolerância oral à glicose 75g (jejum=92/1h=180/2hs=153) e encaminhar somente com duas ou mais medidas alteradas.*
- Hipotireoidismo e Hipertireoidismo

Má História Obstétrica:

- o Abortamento de repetição - 3 ou mais (**para pacientes com mais 35 anos, 2 abortos ou mais**) (**Com exceção nos casos de indicação de cerclagem, que deve ser encaminhada diretamente à regulação de vagas para o HES**);
- o Antecedente de natimorto de causa desconhecida;
- o História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI)
- Restrição de crescimento intrauterino (RCIU – definido por ultrassonografia);
- Poliâmnio e Oligoâmnio (definido por ultrassonografia);
- o Idade menor que 15 anos, 11 meses e 29 dias;
- o Idade maior que 40 anos;
- Obesidade mórbida (IMC > 40, enviar com dados biométricos: peso e altura);
- Gestação de gêmeares;

Toxoplasmose (encaminhar somente após o teste de avidéz indicando infecção aguda, já com prescrição medicamentosa)

- **Doenças hematológicas (anemia falciforme, talassemia, anemia grave com hb< 8%);**
- **Doenças autoimunes (lúpus, sd anticorpos fosfolipídeos)**
- **Doença inflamatória intestinal (com avaliação prévia de especialista);**
- **Placenta prévia / Placenta Marginal;**
- **Pneumopatias graves (asma grave, bronquite, DPOC e outras, não controladas e após avaliação do pneumologista)**
- **Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;**
- **Epilepsia (em tratamento medicamentoso e com avaliação prévia do neurologista)**
- **Doenças psiquiátricas (com avaliação prévia e diagnóstico do psiquiatra)**
- **Hepatites B e C, HIV – após encaminhar para acompanhamento em conjunto com AMDA-H;**
- **Nefropatias graves (transplantados e insuficiência renal crônica)**
- **Pós cirurgia bariátrica (após avaliação do gastrologista)**

Pré requisitos para encaminhamentos

- **Formulário de encaminhamento obrigatoriamente preenchido com dados clínicos relevantes (idade gestacional, exames realizados, condutas já adotadas) e CID.**
- **Garantir atendimento à gestante na unidade básica de Natal (SISPN);**
- **Exames do perfil obstétrico I; e saúde até admissão no CESM.**
- **IMPORTANTE:** não serão aceitos encaminhamentos via WhatsApp, e-mail ou em mãos.

Roteiro das Consultas

A escuta qualificada de responsabilidade de toda equipe junto à disponibilidade de acesso em atendimento por demanda espontânea, garantem com que o atendimento Pré-natal inicie no período do primeiro trimestre. É importante que sejam realizadas todas as avaliações necessárias e que elas estejam registradas tanto no prontuário como na Caderneta da Gestante.

As consultas preferencialmente podem ser intercaladas entre enfermeiro (a) e médico(a) e o acesso ao agendamento das consultas deve ser garantido à gestante. No entanto, o enfermeiro pode conduzir todo o Pré-Natal de Baixo risco conforme recomendação do Ministério da Saúde citado anteriormente.

É importante que sejam realizadas no mínimo 7 consultas, considerando sempre a qualidade e preferencialmente o seguinte cronograma:

- Até 28º semana – mensal;
- De 29º até 36ª – quinzenal;
- De 36ª até 41ª ou até a resolução do parto – semanal;

Quadro 15. Medicamentos que podem ser prescritos pelo profissional enfermeiro no Pré- natal. (fonte: protocolo saúde da mulher – COREN/ 2019) Rotina de Consultas

Prescrição	Indicação
Ácido fólico 400ug ou 0,4mg dose única diária. Risco A.	Prevenção de defeitos do tubo neural: pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar, até as 12 semanas.
Carbonato de cálcio 1250mg sendo 500mg de cálcio elementar por cp, prescrever 2cp ao dia	Prescrever 2 comprimidos para todas as gestantes com início na 12ª semana gestacional até o momento do parto.
Dipirona 500mg 6/6hs	Ingurgitamento mamário e cefaleia
Dimenidrato 50mg + cloridrato de piridoxina 10mg 6/6hs (não exceder 400mg/dia). Risco B. Metoclopramida 10mg de 8/8hs. Risco C.	Náuseas e vômitos

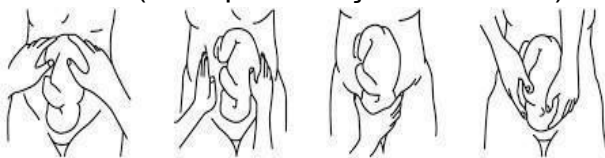
Sulfato ferroso 200mg – 40mg/dia de ferro elementar indicado no conhecimento da gravidez até o 42 dias pós parto; recomenda-se ingerir a medicação com suco cítricos, longe das refeições. Risco C/D.	Anemia branda • Solicitar exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses se presentes; • Tratar a anemia com sulfato ferroso 200mg ao dia, 2 comprimidos antes do café, 2 antes do almoço e 1 antes do jantar, uma hora antes das refeições; • Repetir a dosagem de hemoglobina após 60 dias: Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a HB atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; Se a HB permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Hidróxio de alumínio, 10-15ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se. Baixo risco.	Pirose e azia
Metildopa 750 a 2000mg/dia. Risco B; Nifedipino de 10 a 80mg/dia. Risco C.	Hipertensão arterial
Hioscina 10mg, de 8/8h. Risco C.	Cólicas e dor abdominal
Nitrofurantoína 100mg 1cp de 6/6hs por 10 dias, evitar após a 36ª semana de gestação. Risco B/D. Cefalexina 500mg 1cp 6/6hs por 7-10 dias. Risco B. Amoxicilina+clavulanato 500mg 1cp de 8/8h por 7-10 dias. Risco B.	Antibiótico de escolha no tratamento de bactérias assintomática e ITU não complicada em gestantes. Repetir urocultura 7 a 10 dias após término do tratamento; Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente; Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.
Soro fisiológico nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou suficiente para manter as narinas úmidas.	Epistaxe ou sangramento nasal
Paracetamol 500-750mg de 6/6h	Dor lombar, dor pélvica e cefaleia

Quadro 16. Condutas conforme o Trimestre de Gestação

TRIMESTRE	ROTEIRO
1º CONSULTA	• Entrevista: Investigar presença de sintomas e queixas; planejamento reprodutivo; rede familiar e social; condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; violência doméstica; atividade física; história nutricional; tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; saúde sexual; imunização; saúde bucal; • Antecedentes familiares. Determinar cálculo da Idade gestacional e data provável do Parto a partir da DUM; • Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico); • Solicitação da 1ª rotina de exames • Encaminhamento para odontologia (obrigatório) ou profissionais NASF conforme necessidade; • Prescrição de Ácido Fólico;
1º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas	• Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico); • Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e o ganho de peso gestacional. • Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas;
2º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas	• Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico); • Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; • Solicitação da 2ª rotina de exames;
3º TRIMESTRE A rotina de consultas recomenda-se com frequência quinzenal de 36ª até 38ª e semanal de 38ª até 41ª.	• Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico); • Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; • Construção do Plano de Parto e orientações dos sinais e sintomas de parto; • Solicitação da 3ª rotina de exames;

Quadro 17. Exame Clínico Obstétrico - Sentido Cefalocaudal

TÓPICO	PONTOS IMPORTANTES
Aferição de sinais vitais e Antropometria	Verificação de ao menos 7 aferições de pressão arterial, peso, e altura. Caso seja necessário de acordo com as queixas, temperatura, SPO2, glicemia capilar.
Inspeção cabeça e pescoço	● Sinal de Halba - Junto aos limites do couro cabeludo, ocorre a formação de lanugem, em consequência da intensificação da nutrição dos folículos pilosos, reflexo do metabolismo próprio da grávida e principalmente das influências hormonais. ● Mucosas oculares - se coradas ou hipocoradas; ● Nariz - Avaliar se há presença de edema. ● Cloasmas - É resposta ao aumento da melatonina, cuja secreção é estimulada pelo aumento da progesterona, surgindo manchas escuras, localizadas principalmente na face. O uso de protetor solar ajuda a prevenir ● Gengivas - Avaliar sinais de sangramento ou lesões; ● Dentição - Encaminhar para odontologia; ● Caso necessário mucosa orofaríngea e canal auditivo ● Pescoço - Em função da hipertrofia da tireóide, aumenta sua circunferência, mais evidenciável por volta do quinto mês.
Ausculata cardíaca	O sistema circulatório da gestante sofre alterações hemodinâmicas (placenta, hormônios, retenção hídrica, e compressão uterina) que vão causar impacto no débito cardíaco, pressão arterial e sintomatologia da gestante. O débito cardíaco eleva-se de 30% - 50%, há um aumento da frequência cardíaca de 10% - 20%. Como sintomas gerais algumas gestantes podem referir taquicardia, queda da pressão arterial, sensação de dispnéia, diminuição de resistência aos exercícios físicos, alteração na ausculata cardíaca e sopro fisiológico.
Ausculata pulmonar	Hiperventilação - Há um aumento discreto da frequência respiratória e um aumento corrente de 40%-50% do volume corrente. Diminuição de pCO2 e excreção de NaHCO3 - alcalose respiratória compensada.
Avaliação das mamas	● Tipo de mamilo (hipertrofico, protuso, semi-protuso, plano e invertido); ● Sinal de Hunter (aumento da pigmentação e tamanho da aréola); ● Rede de Haller (veias visíveis através da pele em forma de rede); ● Presença de Tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas no mamilo); ● Excreção de colostro; ● Avaliar pele (integridade, turgor, lesões, fissuras, estrias etc.).
Avaliação do	Avaliar pele - Hidratação, presença de estrias, lesões,

abdômen	dermatites.
Mensuração da altura uterina 	Medida da altura uterina indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional. Para a Medida da altura uterina (AU) usa-se uma fita métrica. Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino. É importante antes de medir a altura uterina, solicitar que a paciente esvazie a bexiga, pois a bexiga cheia pode alterar a AU em até 3cm. Atenção! Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; discutir caso com médico em interconsulta, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.
Palpação 	• Verificação do fundo uterino; • Exploração do dorso fetal (direito ou esquerdo); • Mobilidade cefálica (manobra de Leopold - polo cefálico fixo ou móvel); • Exploração da escava - ocupada (apresentação cefálica, parcialmente ocupada (apresentação pélvica) e escava vazia (nas apresentações córmicas).
Ausculta fetal	• Contar número de BCF em um minuto, verificar ritmo, frequência e regularidade. Os ruídos fetais compreendem o batimento cardíaco e o sopro funicular (por compressão do cordão e sincrônico com o anterior). A frequência esperada é de 120 a 160 bpm. Atenção! • Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico. • Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após a contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir

	para avaliação médica ou maternidade.
Avaliação da dinâmica Uterina	Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante, avaliar a frequência e intensidade das contrações de uma gestante, posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos, colocar a mão no fundo do útero da mesma a fim de avaliar o início de uma contração anotar frequência e duração. Caso em 10 minutos ela tenha mais de 3 contrações com duração maior que 20 segundos cada uma das contrações, encaminhar a paciente para avaliação na maternidade. De outra forma, se a intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.
Giordano	O Sinal de Giordano é pesquisado durante o exame físico através da Manobra de Giordano. A manobra é realizada com a paciente sentada e inclinada para a frente. Consiste na súbita percussão, com a borda ulnar da mão, na região lombar do paciente, mais especificamente, na altura da loja renal. Se a manobra evidenciar sinal de dor no paciente, o sinal é positivo, o que indica grande probabilidade de doença renal. Segundo as evidências, dentre as gestantes com bacteriúria assintomática acompanhadas, 30% desenvolvem cistite e mais de 50% desenvolvem pielonefrite.
Avaliação pélvica	Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante é necessário avaliar a pelve, por vezes o exame pode ter o uso do espécuro, outras não. APARELHO GENITAL EXTERNO: A influência hormonal da gestação modifica a mucosa, que apresenta uma coloração violácea, conhecida como Sinal de Jacquemier. O exame pélvico é realizado com a paciente em decúbito dorsal em posição ginecológica, o que irá expor a genitália externa, o uso do foco de luz auxilia a visualização adequada. Observa-se inicialmente os genitais externos, com especial atenção quanto à presença de tumores, fluxo vaginal, vulvovaginites, prolapso genital, Bartholinite, rotura de períneo, incontinência urinária e perda de líquido via vaginal (bolsa rota), perda de tampão mucoso, sangramento ou qualquer outra alteração que esteja de acordo com a queixa da mulher. REGIÃO ANAL - Atenção para hemorróidas e varizes;

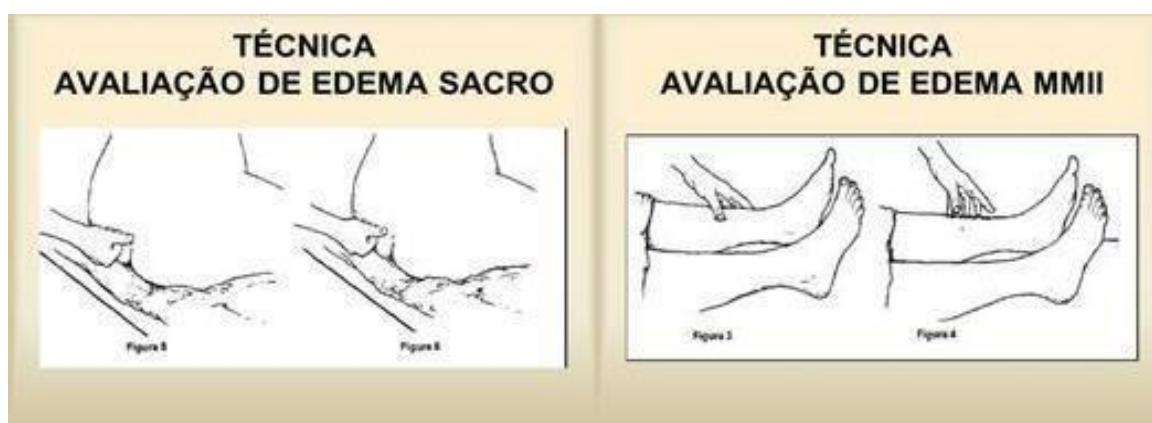
TOQUE VAGINAL (Quando necessário)	O toque vaginal não deve ser usado rotineiramente na avaliação de uma gestante, no entanto ele se encontra descrito aqui pela necessidade de se utilizar em situações de queixa da gestante e com o objetivo de identificar dois momentos que se seguem: - Em suspeita de trabalho de parto apreciam-se as condições da vagina, se é permeável e se há presença de septos, as características do colo (dilatação, espessura, esvaecimento e centralização, altura - plano De Lee). Pelo toque confirmam-se a apresentação, a posição e a sua variedade. Por último, verificam-se as condições da bacia.
Membros (superiores e inferiores) e pés	Atenção para edema, varizes, ferimentos, tendinites, Síndrome do túnel do Carpo.

Classificação de edema

A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Posicione a paciente em decúbito dorsal, lateral, ou sentada e pressione a pele com o polegar. O edema é avaliado mediante abaulamento demorado do local que foi pressionado.

Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção.

Figura 1. Técnica de avaliação de edema



Quadro 18. Classificação de edema

CARACTERÍSTICAS	CLASSIFICAÇÃO	OBSERVAÇÕES A SEREM REALIZADAS
Edema presente somente no tornozelo, sem alteração de pressão arterial ou aumento de peso súbito.	+ / +++	• Verifique se o edema está relacionado com a atividade laboral ou a posição que a gestante permanece maior parte do seu tempo. • Verificar o calçado • Verificar temperatura e estação do ano.
Edema presente em membros inferiores, com alteração de pressão arterial e aumento de peso.	++ / +++	• Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. • Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interroque a gestante sobre os movimentos fetais. • Marque retorno semanal na ausência de sintomas. • Realizar interconsulta e agendar consulta com médico da unidade. • Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco.
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda acompanhado ou não de Hipertensão ou aumento súbito de peso	+++ / +++	• Gestante de risco em virtude de suspeita de pré- eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.

Imunizações: abordagem oportunista no atendimento à mulher

Em todo e qualquer atendimento há a oportunidade de verificar o status vacinal da mulher e, havendo indicação, encaminhar a paciente para a sala de vacinas a fim de atualizá-lo (ver quadro abaixo).

Quadro 19. Vacinas Preconizadas para as Mulheres em Idade Fértil

Vacina/recomendação	Estado vacinal	Dose/intervalo
Difteria, tétano e coqueluche – dTpa. Triplíce bacteriana acelular do tipo adulto. Recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto, protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado (2 meses de vida).	Previamente vacinada, com pelo menos 3 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Vacinação incompleta tendo recebido 1 dose de vacina contendo o componente tetânico.	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.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
Hepatite B. A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.	A gestante deve ter recebido 3 doses. Caso a caderneta esteja incompleta, completar as 3 doses.	Três doses, com intervalo de 0 - 1 - 6 meses.
Influenza • A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza; • A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação; • Dose única anual.		

Fonte: BRASIL, 2016

Vacinação contra o COVID para gestantes

A vacinação contra a COVID 19 é recomendada a aplicação dessa vacina em qualquer idade gestacional para todas as gestantes e mulheres no puerpério (até 42 dias após o parto).

Maiores informações poderão ser consultadas no Manual de Vacinas (Manual de normas e procedimentos de vacinação MS/2014).

Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

Exames laboratoriais e de imagem no pré-natal

Perfil I (na descoberta da gestação, preferencialmente até 12 semanas):

- EAS (Elementos Anormais do Sedimento da Urina) com cultura e Antibiograma
- Hemograma
- Urocultura
- Glicemia de jejum
- VDRL
- HIV
- COOMBS Indireto (se mãe RH Negativo)
- Tipagem sanguínea/RH
- HbsAg
- Toxoplasmose (IgG/IgM)
- Protoparasitológico de fezes
- Sorologia de Hepatite C
- HTLV (anticorpos anti HTLV 1-2)
- TSH

Perfil II (24 a 28 semanas gestação):

- EAS (Elementos Anormais do Sedimento da Urina) com cultura e Antibiograma

- Hemograma
- Glicemia de jejum
- VDRL
- HIV
- COOMBS Indireto (se mãe RH Negativo);
- Teste de Tolerância à Glicose (TTOG 75g)
- Teste rápido para sífilis e na ausência dele preferencialmente TPHA ou FTA-ABS
- Teste rápido para HIV e na ausência dele sorologia HIV, Urocultura e antibiograma, Coombs Indireto (se mãe RH negativo), Toxoplasmose (IGG/IGM).

Perfil III (32 a 36 semanas gestação):

- EAS (Elementos Anormais do Sedimento da Urina) com cultura e Antibiograma
- Hemograma
- Tipagem sanguínea e RH
- Coombs indireto (se mãe RH negativo)
- Toxoplasmose (IGG/IGM)
- Cultura vaginal e anal para Streptococcus agalactie (35 a 37 semanas gestação)
- Teste rápido para sífilis e na ausência dele preferencialmente TPHA ou FTA-ABS
- Teste rápido para HIV e na ausência dele sorologia HIV

Teste rápido Sífilis

Gestantes (além do VDRL habitual em perfil I e II, realizar TR na abertura de pré natal e com 20, 28 e 34 semanas de gestação);

Devido ao aumento de casos de sífilis congênita e afim de assegurar o diagnóstico precoce da sífilis gestacional, fica acordado entre o Departamento de Vigilância Epidemiológica, Departamento Financeiro e de Planejamento, Atenção Básica e Programa de IST/AIDS do município de Hortolândia, fica instituída a incorporação do teste rápido

para sífilis e VDRL pareados também na 20ª semana e na 34ª semana de gestação para TODAS as gestantes.

Desta forma, os testes deverão ser realizados da seguinte maneira:

- Abertura do pré-natal: teste rápido para sífilis + VDRL;
- 20ª semana de gestação: teste rápido para sífilis + VDRL;
- 28ª semana de gestação: teste rápido para sífilis + VDRL;
- 34ª semana de gestação: teste rápido para sífilis + VDRL.

Ultrassonografia:

- 1º USG Obstétrico Transvaginal até 8 semanas ou se DUM incerta.
- 2º USG Transnucal – entre a 11ª e 14ª semana gestacional (é imprescindível que no pedido haja a nomenclatura exata do exame: USG Transnucal ou TN);
- 3º USG – no terceiro semestre gestacional.

Exames que podem ser solicitados mediante avaliação do profissional conforme necessidades:

- TSH/ T4L quando houver critério clínico embasado em evidências.
- Urocultura;
- Teste Oral de Tolerância à Glicose TOTG quando houver critério clínico embasado em evidências.

Exames a serem solicitados por padrão no PN, interpretações e condutas:

EXAME	INTERPRETAÇÃO	OBSERVAÇÕES, INDICAÇÕES E EVIDÊNCIAS
Hemograma	• Hemoglobina > 11g/dl – normal. • Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl - anemia leve a moderada. • Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave.	• Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. • Anemia leve a moderada: 200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas. • Repetir hemoglobina em 60 dias. • Se anemia grave, realizar interconsulta com médico de família e encaminhar ao pré-natal de alto risco.

		• A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.
Urina tipo I(Sumário de urina - SU, EQU)+ Urocultura + TSA(ANTIBIOGRAMA)	• Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. • Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. • Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais;	• Realizar interconsulta com médico da equipe imediata, considerando ser a ITU uma das principais causas de trabalho de parto prematuro.
Glicemia de Jejum	• Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal. • Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110mg/dl: rastreamento positivo. • Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG).	• Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose entre a 24ª e 28ª semana de gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). • Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
Teste rápido para triagem da Sífilis e/ou VDRL/RPR	• Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal. • Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis.	• É recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre, se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (grau de recomendação B) • Se TR positivo, tratar com primeira dose de penicilina e • Agendar retorno em 7 dias para teste não treponêmico. Não precisa aguardar VDRL para iniciar tratamento; • Repetir o exame no 3º trimestre (28ª semana), no momento do parto e em caso de abortamento. • Lembrar que a sífilis é de notificação compulsória. • O diagnóstico definitivo de sífilis é estabelecido por meio da avaliação da história clínica e dados epidemiológicos. • Atenção para história de sífilis pregressa e tratamentos anteriores; • Para maiores detalhes, observar o registrado no Protocolo de Enfermagem vol.2 do município.
Teste rápido para diagnóstico Anti HIV e/ou Anti HIV	• Teste rápido não reagente: normal. • Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.	Deve ser oferecido na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções podem reduzir a transmissão materno-fetal (grau de recomendação A); • O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2); • Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes; • Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV;

		• Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e atentar para a prevenção de transmissão vertical; • As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar; • Em caso de gestante que o resultado foi positivo e não sabia, deve ser encaminhada para serviço de pré-natal de alto risco; • Em ambas as situações manter o seguimento na Atenção básica; • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber TARV durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV.
Toxoplasmose IgG e IgM	• IgG e IgM reagentes: avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; • avidez(mFC) forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame. • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame. • IgM e IgG não reagente: suscetível Orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre	Conforme a informação da VE saiu a portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, onde foram incluídos os agravos: toxoplasmose gestacional e congênita como agravos de notificação compulsória. Se no primeiro exame solicitado na primeira consulta detecta-se anticorpos IgM, caso a gestação tenha menos de 16 semanas, deve ser feito imediatamente o teste de avidez de IgG, na mesma amostra de soro (os laboratórios devem ser instruídos para esse procedimento). Nos exames realizados após 16 semanas de gestação, não há necessidade do teste de avidez, pois mesmo uma avidez alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, embora possa ser útil para ajudar a determinar a época em que ocorreu. É importante lembrar que em algumas pessoas a avidez dos anticorpos IgG permanece baixa por mais tempo, não sendo a avidez baixa uma certeza de infecção recente; • Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis; • Lavar as mãos ao manipular alimentos; • Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; Não ingerir carnes cruas, malcozidas ou malpassadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); • Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; • Evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; • Após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; • Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; • Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pазinha; • Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; • Lavar bem as mãos após o contato com os animais.

Teste rápido ou sorologia para hepatite B (HBsAg)	• HBsAg não reagente: normal. • HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO). • Fazer aconselhamento pré e pós-teste. • HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco. • HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido.	• O rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão mãe e filho; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; Em caso de resultado reagente, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco;
Anti HCV	• Não reagente • Reagente * Embora não faça parte da rotina do pré-natal nacionalmente, recomenda-se a realização deste exame para diagnóstico precoce por abordagem oportunística.	• Embora o rastreio da Hepatite C não faça parte da rotina do pré-natal, o mesmo deve ser realizado para a gestante, considerando o impacto positivo que o mesmo tem no diagnóstico precoce desta patologia. • Em caso de resultado reagente, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco.
Tipagem Sanguínea e Fator Rh	• O tipo sanguíneo pode ser dos tipos A, B, AB e O; • O fator RH pode ser do tipo positivo(+) ou negativo(-). • Como exemplo, no resultado do teste laboratorial teríamos A(+) para o sangue do tipo A com fator Rh negativo, e O(-) para o sangue do tipo O com fator Rh negativo.	• Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. • Antecedente de hidropisia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs Indireto	• Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada. • Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada.	• Se a gestante for Rh negativo, solicitar a partir da 24ª semana este exame mensalmente até o final da gestação. • Caso o resultado do Coombs indireto for positivo, referenciar ao alto risco. A Imunoglobulina anti-D será administrada no pós-parto caso o recém nascido for Rh positivo e o Coombs direto for negativo, se a mãe Rh negativo e pai Rh positivo e nas situações após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese).

Ultrassonografia	• 1ª USG – preferencialmente até a 8ª semana (solicitar na abertura do SISREG); • 2ª USG Transnucal – entre a 12ª e 14ª semana gestacional (é imprescindível que no pedido haja a nomenclatura exata do exame: USG Transnucal); • 3ª USG – no terceiro semestre gestacional.	• No 1º trimestre existe a maior evidência para solicitação, com o objetivo de datação da idade gestacional, auxiliando no diagnóstico oportuno de gestações múltiplas, reduzindo o número de intervenções no parto. Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no 1º trimestre, se persistir a vontade dos pais estar atento a esclarecimentos sobre implicações psicológicas do exame, indicações, limitações, riscos de falso positivo e falso negativos. No 2º trimestre apesar de aumentar a taxa de detecção de malformação congênita, não existem evidências de melhora no prognóstico perinatal. Caso haja a opção em realizar entre 18 a 22 semanas é o período onde os órgãos já estão formados e de visualização mais precisa; No 3º trimestre não existem evidências de benefícios da USG em gestantes de baixo risco após 24ª semana, pode ser uma ferramenta útil de avaliação em casos de suspeita de alteração no crescimento fetal. A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método. • Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.
-------------------------	--	--

Fonte: Adaptado do protocolo da Saúde das Mulheres

MOBILOGRAMA

O mobilograma é uma avaliação recomendada a partir da 34ª semana de gravidez para observar os movimentos do bebê e saber se ele está bem.

Você deverá seguir alguns passos para a realização:

- Antes de iniciar, coma algo, de preferência adocicado (fruta, suco de laranja, pedaço de chocolate, etc).
- Em seguida, deite-se do lado esquerdo ou sente-se com as mãos sobre a barriga.
- Na tabela abaixo, marque cada vez que o bebê se mexer, no período de uma hora. Lembre que todo movimento vale, mesmo os mais sutis.
- A avaliação poderá ser finalizada se o bebê apresentar pelo menos seis movimentos em menos de uma hora.
- Essa avaliação deverá ser realizada pela manhã, à tarde e à noite, no período de uma hora.

Se o bebê apresenta menos de seis movimentos no período de uma hora, alimente-se novamente, converse com seu bebê e aguarde um pouco para iniciar uma nova avaliação.

Caso persista, procure atendimento obstétrico de referência para uma avaliação mais detalhada.

MOBILOGRAMA			
DATA	MANHÃ	TARDE	NOITE

Quadro 20. Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação

MODIFICAÇÃO / DESCONFORTO	OBSERVAÇÕES	ORIENTAÇÕES/PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM
Cefaléia	• Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; • Pode também estar relacionada à tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança a períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada; • Sempre afastar o risco de alterações na Pressão Arterial e sinais de pré- eclâmpsia; • Investigar história prévia de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos.	• Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; • Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais, exercícios de relaxamento e respiração, prática de meditação, yoga e natação podem ser práticas interessantes; • Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas; • Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; • Estimular a prática física; • Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada; • Se dor recorrente, solicitar avaliação médica; • Afastando a hipótese de qualquer risco prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas.
Desmaios/tonturas/fraquezas	• Alteração na mecânica corporal e instabilidade motora e de hemodinâmica (vasodilatação e hipotonia vascular (progesterona) e estase sanguínea em membros inferiores); • Diminuição do débito cardíaco; Quadros de Hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal); Anemia; Hipoglicemia.	• Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; • Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; • Estimular prática de exercícios físicos e respiratórios; • Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; • Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; • Ingesta hídrica adequada; • Sentar com a cabeça abaixada ou deitar- se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; • Nos casos reincidentes, o

		uso de meias elásticas para melhorar ● Retorno venoso pode estar indicado; ● Avaliar a pressão arterial.
Sonolência	● Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos e inseguranças que circundam a hora do parto.	● Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos; ● Estimular o repouso; ● Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; ● Estimular a meditação; ● Avaliar Pressão arterial; ● Aumentar a ingesta hídrica.
Insônia	● Stress, sobrecarga de trabalho; Dificuldade de achar uma postura confortável para dormir; Aspectos emocionais que circundam o momento do parto como ansiedade, medo; Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; Movimentação fetal excessiva.	● Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos; ● Estimular o repouso; ● Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; ● Estimular a meditação; ● Avaliar Pressão arterial; ● Aumentar ingesta hídrica; ● Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante; ● Participar de grupos de gestantes; ● Ler livros e filmes que relaxem; ● Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins. ● Banhos mornos, massagens; ● Chá de erva doce, suco de maracujá com talo de alface.

Náuseas/vômitos	• Devido às alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando às vezes no 3º trimestre também; • Costumam ser mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro; ou do paladar, como pasta de dentes; • Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história prévia de tabagismo; • Gestação não planejada, problemas conjugais, gestante adolescente ou muito jovem. • Avaliar sempre o risco de evolução para Hiperêmese gravídica caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes a desidratação, perda de peso, alterações urinárias e alterações metabólicas;	Orientar: • Fazer alimentação fracionada de 3/3 h de preferência; • Alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve. • Evitar jejum prolongado; • Comer devagar e mastigar bem os alimentos; • Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas); • Evitar alimentos muito gordurosos, temperados, doces ou com odor forte. • Ingesta hídrica adequada; • Apoio psicoterápico, se necessário; • Evitar chá de camomila; • Auriculoterapia ou acupuntura • Prescrever tratamento medicamentoso, caso necessário: Dimenidrinato 100 mg de 8/8 horas (não exceder 400 mg/dia). • Na suspeita de Hiperêmese Gravídica, solicitar avaliação médica;
------------------------	--	--

Queixas urinárias	• A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. Avaliar sempre • Presença de sinais de alerta; • Presença de sintomas sistêmicos.	• Aumentar ingestão hídrica; • Repouso em decúbito lateral esquerdo; • Orientar que o sintoma é transitório até o final da gravidez; • Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta com médico.
-------------------	---	---

Dor abdominal/cólica	• Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente (por volta da 30ª semana); • Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve. Avaliar sempre:	• Orientar paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe); • Encorajar a falar de seus sentimentos e expectativas; • Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar barriga; • Cuidados nutricionais, aumento ingestão hídrica e bons hábitos para
----------------------	---	---

	• Presença de sinais de alerta (febre, sinal de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo); • Presença de ITU; • Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.	prevenir a constipação e flatulência; • Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro; • Em caso de TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.
Edema	• No geral, surge no 3º trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteróides dos ovários, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com mecânica postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; • Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. • A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia (veja quadro 5.4) • A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal. • Com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional.	• Elevar as pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. várias vezes ao dia. • Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; • Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos. Esta posição favorece o retorno venoso diminuindo o edema. • Usar roupas leves, evitando meias elásticas ou roupas apertadas que dificultem o retorno venoso. • Dieta normossódica e aumentar ingestão hídrica; • Realizar controle de pressão arterial.
Pirose/azia	• Devido a alterações hormonais, ocasionando	• Fazer alimentação fracionada de 3/3 h de

	distúrbios na motilidade gástrica resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino; • Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre; • Se presença concomitante com elevação pressórica, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia. Avaliar sempre: • História Clínica; • Uso de medicamentos.	preferência; • Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. • Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; • Elevar a cabeceira da cama ao dormir; • Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; • Caso essas medidas não resolvam, prescrever Hidróxido de alumínio, 10-15 ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se; • Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.
Dor lombar e dor na região pélvica	• As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica. Avaliar sempre: • Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação	• Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; • Recomendar a aplicação de calor local e massagens; • Recomendar acupuntura; • Corrigir postura e movimentar-se devagar; • Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural. • Se não melhorarem as dores, considerar prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; • Utilizar travesseiros entre as pernas para

	com o movimento); • Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal estar geral; • Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); • História de trauma.	alinhar coluna; • Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto; • Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade; • Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto. • Encaminhar para fisioterapia caso necessário
Cãibras	• Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez. • A causa pode estar associada a alguns fatores dentre eles: a) Estiramento da musculatura e da fáscia; b) Deficiente circulação nos músculos devido a pressão uterina; c) Redução do nível de Cálcio; d) Compressão de raízes nervosas; e) Problemas posturais;	• Aumentar a ingesta de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.). • Recomendar pisar em superfície fria; • Massagear músculo contraído e dolorido; • Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); • No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado; • Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do

		pé; • Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; • Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional;
Constipação intestinal e flatulências	• Pela ação hormonal dos esteróides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e hábito de eliminação intestinal inadequado. • Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas.	• Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras, frutas, vegetais crus, grãos integrais, mamão, linhaça. Gergelim, mamão, ameixa seca. • Fracionar alimentação 3/3 horas; • Estabelecer como rotina horário de evacuação; • Aumentar ingestão hídrica; • Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). • Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão. • Evitar óleos minerais que dificultam a absorção das vitaminas; • Caso os cuidados não sejam efetivos, encaminhar para avaliação médica.
Sialorréia	• A sialorréia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.	• Orientar paciente sobre o desconforto; Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar a gestante a deglutir a saliva; • Aumentar ingestão hídrica;

Hiperpigmentação da pele	• O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico; • Devido ao aumento dos Hormônios melanina, estrógeno e progesterona;	• Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. • Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; • Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); • Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.
Dispneia	• Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório. • Atentar sempre as comorbidades e história clínica da paciente.	• É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. • Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. • Elevar a cabeceira da cama;
Hemorróidas	• O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas; • É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto; Avaliar: • Aumento da intensidade da dor; • Endurecimento do botão hemorroidário;	• Realizar exercícios de contrações do assoalho pélvico para facilitar circulação anal e perineal; • Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; • Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; • Banho de assento com água morna; • Em qualquer alteração, se faz necessária avaliação médica;

	• Sangramento retal.	
Leucorreia	• O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas. Avaliar sempre que: • Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros; • Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; • Fazer higiene íntima no sentido antero posterior com sabão neutro; • Encaminhar bacterioscopia conforme avaliação; • Tratar caso necessário conforme capítulo anterior sobre vulvovaginites.	Orientar: • O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; • Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; • Fazer higiene íntima no sentido antero posterior com sabão neutro; • Encaminhar Bacterioscopia conforme avaliação; • Tratar caso necessário conforme capítulo anterior sobre vulvovaginites

Gravidez na adolescência

Para gravidez na adolescência importante ressaltar algumas particularidades que cerceiam tal grupo como a seguir:

Particularidades do atendimento Pré-Natal à gestante adolescente.
• O acolhimento da adolescente é realizado pela equipe, podendo ela estar sozinha, acompanhada dos pais, namorado(a) ou amigos; • A consulta de enfermagem se inicia logo após seu consentimento, tendo o direito de recusá-la; • A atenção a qualquer sintoma clínico, ou queixa deve ser redobrada, avaliando os fatores emocionais e nutricionais; • Deve-se encorajar a participação dos familiares, respeitando a decisão pelo atendimento individual; • Assegurar o sigilo das informações passadas durante a consulta; • Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e auxilie no acompanhamento; • A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra desarmonia, que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o seu direito à saúde; • Orientar quanto ao uso de preservativo, evitando as ISTs / Aids e também quanto ao uso de álcool e outras drogas e os malefícios que podem causar ao feto; • Referenciar a gestante a outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas de acordo com a disponibilidade e necessidade; • A gestante adolescente somente deve ser referenciada ao serviço de atendimento de alto risco no caso de intercorrências (conforme condutas de encaminhamento para as demais gestantes); • Articular apoio com o conselho tutelar do município e promotoria da infância e juventude, caso sejam necessárias intervenções sobre a ausência e comprometimento com a assistência Pré-Natal ou outros problemas, buscando respaldo.

FONTE: Elaborado, tendo como base BRASIL, 2012; UNICAMP, 2017

Plano de Parto

Plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto. Este ainda contribui para a redução de procedimentos desnecessários que muitas vezes não têm evidência científica e ainda assim são realizados rotineiramente.

Quadro 21. Atenção à Mulher no Puerpério – Cuidados de enfermagem no período puerperal

PERÍODO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM/CONDUTA
Puerpério Imediato (1º aos 10º dias de pós-parto)	● Esta consulta vem agendada desde a maternidade do Hospital Municipal e Maternidade Governador Mário Covas, e as unidades básicas disponibilizarão vagas semanais. ● Verificar Cartão de pré-natal e Carteira de Vacinação do RN. Checar todas as informações técnicas descritas sobre o parto e realizar escuta do relato do parto. ● Atentar para situação vacinal da puérpera, exames, medicamentos, sinais vitais, sinais flogísticos, lóquios, comorbidades, queixas, e intercorrências do período. ● Realizar exame físico detalhado que segue: 1) Avaliar mucosas, hidratação, condições da pele; 2) Verificar sinais vitais e antropometria (atentar principalmente para temperatura, pressão arterial e perda de peso); 3) Ausculta cardíaca e pulmonar; 4) Avaliação das mamas (avaliando pega, sinais de fissuras, ingurgitamento); 5) Palpação do abdômen – avaliar involução uterina, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea; 6) Avaliar o períneo e vulva (atentar para lacerações, pontos cirúrgicos, lóquios), avaliar região anal. 7) Avaliar membros inferiores, (atentar para presença de edema e varicosas). ● Orientar sobre amamentação, se possível observar mamada e pega, avaliando as condições das mamas; ● Atentar para os aspectos sociais e emocionais, rede de apoio ou familiar. ● Estimular a manter uma boa postura, adequar lugar que amamenta e postura no leito evitando dor musculoesquelética, estimular a deambulação precoce. ● Estimular a realização de exercícios metabólicos a fim de evitar a estase venosa e edema, exercícios respiratórios para aumentar a expansão torácica e exercícios de alongamento focando membros inferiores e superiores a fim de favorecer a

	motilidade gastrointestinal; • Em caso de cesárea, evitar contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura, após retirar os pontos e orientar a automassagem para evitar alterações na cicatriz. • Avaliar e orientar padrão nutricional e verificar encaminhamentos caso necessário. • Registro adequado em prontuário. • Agendar retorno.
Puerpério Tardio (11º a 42º dia)	• Atentar para alterações físicas, sinais vitais, condições de sono, e sinais flogísticos no período; • Atenção para aspectos emocionais, sociais e rede de apoio familiar; • Avaliar e estimular o aleitamento materno exclusivo; • Avaliar condições nutricionais da puérpera tendo em vista matriciamento ou encaminhamento para a nutricionista caso necessário; • Realizar exame físico; • Oferecer métodos de contracepção e trabalhar com a paciente o retorno da atividade sexual segundo suas percepções e escolhas.
Puerpério Remoto (42º dia em diante)	• Avaliar método de contracepção escolhido; • Orientar e agendar Coleta de preventivo caso necessário; • Avaliar Aleitamento Materno e condições da mama; • Avaliar padrão nutricional e perda ou ganho de peso; • Avaliar questões sociais e emocionais, rede apoio, círculo social e familiar, vínculos afetivos, relação mãe e bebê; • Identificar vulnerabilidades e riscos; • Orientar segmentos com alto risco ou avaliação médica em caso de pacientes que tiveram intercorrências na gestação e parto.

Aleitamento Materno

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. O leite materno é fundamental para a saúde da criança pela sua disponibilidade de nutrientes e substâncias imunoativas.

A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor. Apresenta, também, a propriedade de

promover o espaçamento das gestações e de diminuir a incidência de algumas doenças na mulher.

Técnicas de amamentação

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação. É neste período que mais ocorrem as intercorrências relacionadas ao processo de amamentação, que se não forem detectadas e tratadas podem interromper precocemente o processo da amamentação.

Quadro 22. Principais itens a serem observados na mamada

Todo profissional de saúde que presta assistência a mães e bebês deve saber observar de forma crítica uma mamada. A seguir, os principais itens que o profissional deve observar na análise de uma mamada:	
Posição Correta • A mãe deve estar em posição confortável, (posição tradicional é a sentada) com as costas e os pés bem apoiados; • Bebê de frente para o corpo da mãe; • Barriga com barriga (mãe/bebê); • Cabeça e corpo do bebê alinhados em linha reta; • A face do bebê deve voltar-se para o seio, o nariz ou o lábio superior em frente ao mamilo; • Corpo do bebê apoiado e bem alinhado; • O bebê deve ser levado ao seio, não o contrário; • A mãe não deve sentir dor nos mamilos durante as mamadas.	Pega correta • A boca do bebê deve ficar bem aberta (se necessário, estimular o bebê a abrir a boca tocando o seu queixo ou seus lábios com o dedo ou mamilo); • O bebê abocanha parte da aréola; • O queixo do bebê fica muito próximo ou toca o peito da mãe; • Vê-se pouca aréola por baixo da boca do bebê; • Os lábios do bebê devem estar voltados para fora, como uma “boca de peixe”; • Se necessário, puxar o queixo do bebê para baixo, com o dedo indicador, fazendo com que a boca abra mais e o lábio inferior esteja virado para fora; • O bebê suga, faz uma pausa e suga novamente; • A mãe pode ouvir o bebê deglutir.

Figura 2. Pega correta



Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

O quadro abaixo descreve de forma resumida as principais queixas e intercorrências que ocorrem no período de lactação e que serão abordadas neste protocolo.

Quadro 23. Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação

QUEIXA	POR QUE OCORRE	MANEJO
O bebê não suga ou tem sucção fraca	• Por alguma razão que ainda não se sabe a causa, o bebê, às vezes, se recusa a mamar. Algumas vezes a recusa pode estar associada ao uso de bicos artificiais, chupetas ou dor ao ser posicionado (posicionamento incorreto) para mamar. • O bebê pode não conseguir abrir a boca o suficiente para abocanhar a aréola e fazer uma boa pega, as mamas podem estar ingurgitadas e dificultar a pega ou ainda a mãe pode ter mamilos planos ou invertidos.	• A mãe deve sempre insistir nas mamadas por alguns minutos; • Se as mamas estiverem muito cheias, com a pele esticada, deve-se esvaziá-las um pouco antes de amamentar, para amaciar a aréola e facilitar a pega; • Sucção deficiente do bebê pode ser secundária ao uso de bicos e chupetas, se for o caso, devem ser suspensos; • Estimular a mama no mínimo cinco vezes ao dia, por meio da ordenha manual.
O leite demora a descer	• Em algumas mulheres o leite pode demorar de três a quatro dias para descer (apojadura).	• Deve-se tranquilizar a mulher; • Enquanto o leite não desce, o bebê pode ser alimentado por meio da translactação, que consiste em colocar o leite, de preferência humano (pasteurizado), em um recipiente (copo). O recipiente deve ser colocado abaixo das mamas, a ponta da sonda (sonda nasogástrica nº 4 ou 6) deve ser colocada dentro do copo de leite e a outra junto ao mamilo. O bebê se alimenta enquanto suga o leite e ao mesmo tempo estimula a lactação.

Pouco leite ou leite fraco	• Muitas vezes, essa percepção de pouco leite ou leite fraco é reflexo da insegurança materna, quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. A mãe, algumas vezes, interpreta o choro do bebê e as mamadas frequentes (comportamentos normais do bebê) como sinais de fome. • No entanto, algumas vezes, a percepção da mãe de que tem pouco leite é correta. Ela sente a mama murcha (flácida). A constatação pode ser feita pelo acompanhamento do peso do bebê, se ele estiver com ganho de peso inadequado, a preocupação da mãe será pertinente.	• Avaliar os fatores maternos (desejo de amamentar, estresse, falta de apoio e outros); • Acolher a mãe, aceitar a queixa (sem necessariamente concordar); • Avaliar se as mamas estão cheias ou flácidas; • Verificar se a pega e o posicionamento do bebê estão corretos; • Aumentar a frequência das mamadas; • Dar tempo para o bebê esvaziar as mamas; • Oferecer as duas mamas em cada mamada; • Se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente, trocar o bebê de mama, mais de uma vez, numa mesma mamada; • Após a mamada, ordenhar o leite residual.
Mamilos planos ou invertidos	• Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não a impede, pois, o bebê faz o bico com a aréola.	• Encorajar a mãe, pois a medida que o bebê vai sugando, os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação; • Ajudar a mãe a fazer o bebê abocanhar os mamilos e parte da aréola, para isso é necessário que a aréola esteja macia; • Tentar posições diferentes e observar em qual delas a mãe e o bebê se adaptam melhor; • Enquanto o bebê não sugar efetivamente o leite deve ser ordenhado e oferecido ao bebê com copo (copinho com bordas arredondadas e finas) ou seringa.

Ingurgitamento mamário	• O ingurgitamento mamário envolve três componentes básicos, o aumento da vascularização da mama/congestionamento, retenção de leite nos alvéolos e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. • Geralmente, o ingurgitamento das mamas ocorre de três a cinco dias após o parto, mas pode acontecer em qualquer período da lactação, devido leite em abundância, início tardio da amamentação, restrição da frequência e da duração das mamadas e sucção ineficaz do bebê. • O ingurgitamento pode ser fisiológico ou patológico.	Fisiológico: • Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade. • Amamentar o mais cedo possível, logo após o parto; • Amamentar em livre demanda, sem horários pré-estabelecidos; • Observar técnica correta da amamentação; • Evitar uso de água, chás e outros leites para o bebê. Patológico: • Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o • leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas avermelhadas, • edemaciadas e brilhantes, muitas vezes, acompanhada de febre e mal-estar. • Ordenha manual antes das mamadas; • Mamadas frequentes; • Massagem delicada nas mamas, com movimentos circulares, principalmente nos pontos mais ingurgitados; • Uso do sutiã com alças largas e firmes, para sustentação anatômica das mamas; • A mama deve ser ordenhada manualmente, se o bebê não sugar; • Prescrever analgésicos: Paracetamol 500 mg 6/6 horas / Dipirona 500 mg 6/6horas.
-------------------------------	---	---

Lesões ou Dor nos mamilos	• Trauma mamilar (fissuras, edema, bolhas, hematomas, equimoses) é a causa mais comum de dor na amamentação, geralmente, devido à pega e posicionamento inadequados. • Outras causas também contribuem, como mamilos planos, curtos, invertidos, disfunções orais na criança (freio de língua excessivamente curto), uso inadequado de bomba, retirada do bebê do peito de forma inadequada, uso de óleos/cremes e produtos que podem causar reação alérgica e ressecamentos nos mamilos, uso de protetores de mamilos e forros úmidos por período prolongado.	• Evitar o uso de óleos, cremes, sabonetes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; • Observar a mamada e corrigir a pega, se necessário; • Se a mama estiver tensa, ordenhar antes das mamadas; • Amamentar em livre demanda (a criança é levada ao seio assim que sinaliza fome, isso evita que sugue com muita força); • Desencadear o reflexo de ejeção do leite (ordenhar um pouco de leite), evita que o bebê sugue com força para desencadear o reflexo; • Início da mamada pela mama menos afetada; • Observar presença de anquiloglossia; • Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada; • No caso, de fissuras/rachaduras nos mamilos enxaguar com água limpa após as mamadas; • Manter os seios expostos ao ar livre, alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa; • Se dor, prescrever analgésico. • Aplicar leite materno nos mamilos e aréolas após as mamadas.
----------------------------------	---	---

Mastite	• É um processo inflamatório que acomete um ou mais segmentos das mamas, geralmente, unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A estase do leite é o evento inicial da mastite e ocorre com mais frequência na segunda ou terceira semana após o parto, mas pode surgir em qualquer período da amamentação. O leite acumulado e o dano tecidual favorecem a instalação da infecção, comumente pelo <i>Staphylococcus</i> (aureus e albus) e às vezes por <i>Escherichia coli</i> e <i>Streptococcus</i>, sendo as lesões mamilares, a porta de entrada mais frequente das bactérias. A mastite pode ser infecciosa ou não infecciosa. • A condição é dolorosa e pode comprometer o estado geral.	• Mastite não infecciosa – Dor, edema, hiperemia e calor local. • Mesmo manejo do ingurgitamento patológico; • Estimular o repouso e o apoio emocional dos familiares. • Mastite infecciosa – Dor, hiperemia, edema, calor local, febre ($>38^{\circ}\text{C}$), calafrios e mal-estar. • Consulta médica, no mesmo dia.
Abscesso mamário	• O abscesso na mama, em geral, é causado por mastite não tratada, tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite, sem a ordenha do leite. • O diagnóstico é feito pelo quadro clínico: febre, mal-estar, calafrios e presença de área de flutuação no local afetado. No diagnóstico diferencial do abscesso, deve-se considerar galactocele, fibroadenoma e carcinoma da mama.	• Verificar a presença de nódulo duro que não regride, febre, às vezes, muito alta e de instalação súbita, sensação de mal estar geral; • Consulta médica, no mesmo dia.

Candidíase (infecção da mama por candidíase)	• A infecção da mama no puerpério por <i>Candida</i> sp é comum. A infecção pode atingir somente a pele do mamilo ou da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. Pode ser causada pela umidade e lesão dos mamilos, uso de antibióticos, pela mulher, contraceptivos orais e esteróides. Muitas vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando não está aparente. • Na infecção por <i>Candida</i> sp, a mulher costuma se queixar com coceira, sensação de queimadura e dor tipo agulhadas nos mamilos. Os mamilos e aréolas podem apresentar a pele avermelhada, brilhante ou irritada com descamação. • Raramente se observa placas esbranquiçadas. • A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas).	• Após as mamadas enxaguar os mamilos, secá-los e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores nos mamilos, se precisar, usar panos limpos e secos; • As chupetas e bicos não devem ser utilizados, mas se forem, devem ser fervidos uma vez ao dia por 20 minutos; • Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente. • Nistatina Solução oral - passar na mucosa oral da criança 1 conta gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias. A mãe também deve usar nos mamilos e aréolas pelo mesmo período. • Observação: um grande número de espécies de <i>Candida</i> é resistente à nistatina. • Se o tratamento tópico falhar, encaminhe para consulta médica.
Anquiloglossia (freio lingual curto / língua presa)	• É uma anomalia congênita que pode prejudicar a capacidade do bebê se alimentar ao seio e causar desconforto na mulher ao provocar trauma e dor nos mamilos. • O bebê pode ter dificuldade de fazer e manter a pega. Ocorre quando o freio lingual (frênulo) que prende a face inferior da língua restringe os movimentos da língua.	• Se essa condição estiver dificultando a amamentação, está indicada a frenotomia. De acordo, com o Protocolo de Saúde Bucal o procedimento é realizado no Centro de Especialização Odontológica (CEO) e deve ser encaminhado pelo cirurgião-dentista dos Centros de Saúde.

Suspensão do Aleitamento Materno – Contra Indicações absolutas relativas.

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. Assim, não se justifica, na maioria das vezes, a interrupção da amamentação impedindo desnecessariamente que mãe e criança usufruam dos benefícios do aleitamento materno. A indicação para a interrupção da amamentação deve ser criteriosamente indicada com segurança pelo profissional de saúde. **Quadro 24.**

Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação de aleitamento materno

CONDIÇÃO CLÍNICA MATERNA	CONDUTA DO ENFERMEIRO	JUSTIFICATIVA
Infecção por HIV	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV 1 e 2 (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter aleitamento materno.	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Infecção pelo vírus da hepatite C	Discutir com médico. Geralmente o aleitamento não é contraindicado, exceto se fissuras mamilares ou carga viral elevada.	Possibilidade de transmissão para o bebê

Tuberculose pulmonar	Manter o aleitamento. A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas.	As drogas empregadas no tratamento da tuberculose não causam prejuízo ao bebê.
Doença de chagas	Contraindicar na fase aguda ou na ocorrência de sangramento dos mamilos.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção Herpética com vesículas localizadas na pele da mama	Manter aleitamento materno na mama sadia.	Caso haja contato com a mama afetada, há o risco de transmissão da mãe para o bebe.
Varicela se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto	Manter aleitamento materno após as lesões assumirem a forma de crosta. Antes disso, discutir com médico a fim de assegurar a nutrição adequada ao bebê, uma vez que a mãe deverá estar isolada. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Em tratamento farmacológico	Alguns fármacos são considerados contra indicados (absolutos ou relativos) ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Se a mãe estiver em uso de algum medicamento destes ou outro que possa ter relação semelhante, encaminhar a mãe ao médico para avaliação e conduta.	Possíveis efeitos colaterais e/ou tóxicos para o bebê.
Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	Possíveis efeitos tóxicos para o bebê.

Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool	Desencorajar o uso de cigarro e bebida alcoólica. Manter o aleitamento materno.	Nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
--	---	---

Modificações sobre a lactação normal

A) Drogas Galactagogas

Galactagogos são substâncias que auxiliam o início e a manutenção da produção adequada de leite. Os fármacos galactagogos atuam como antagonista dopaminérgico, reduzindo a ação inibitória da dopamina sobre a secreção de prolactina.

O uso de galactagogos deve ser reservado para situações em que foram descartadas as causas tratáveis de hipogalactia como o hipotireoidismo materno, por exemplo. O enfermeiro deverá questionar o uso dos seguintes medicamentos, e caso o identifiquem solicitar interconsulta com médico para avaliação de risco-benefício da manutenção ou retirada dos mesmo e discussão da forma de nutrição do bebê:

- Bromocriptina
- Bupropiona
- Cabergolina
- Ergometrina
- Ergotamina
- Estrogênios, como o etinilestradiol
- Levodopa
- Lisurida
- Modafinila
- Nicotina
- Pseudoefedrina
- Testosterona

Se mesmo após assegurar que a técnica de amamentação está correta, que já foram esgotadas as medidas que sabidamente aumentam a produção de leite (tais como

maior frequência das mamadas e esvaziamento adequado das mamas) o enfermeiro deverá solicitar interconsulta com médico para discutir a possibilidade de uso de galactagogos nos seguintes casos:

- Induzir a lactação em mulheres que não estavam grávidas como em mães adotivas ou que aguardam seus filhos nascerem de uma barriga de aluguel;
- Auxiliar na relactação;
- Aumentar do suprimento insuficiente de leite decorrente de separação mãe-filho por doença materna ou do lactente, como em mães de recém-nascidos pré-termo em unidades de terapia intensiva neonatais;

Corrigir o baixo ganho ponderal do bebê afastando-se outras etiologias. Dentre as substâncias que induzem, mantêm e aumentam a produção de leite, a metoclopramida é a única disponível na rede. No entanto, sua prescrição deverá ser exclusivamente médica.

Caso seja prescrita, o enfermeiro deverá acompanhar a mãe durante o período de uso em função do risco de depressão materna relacionado à metoclopramida e encaminhá-la ao médico caso observe algum sinal/sintoma depressivo. Atenção para a ocorrência de reação extrapiramidal, que exige atenção médica imediata.

Inibição da lactação

No caso de contraindicação da amamentação conforme condição clínica (Quadro 5.11) o enfermeiro deverá orientar medidas de supressão da lactação e garantir a nutrição adequada do bebê:

- Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar (respeitando a autonomia da mulher, após decisão informada), e encaminhar o bebê para o médico ou pediatra (referenciar para os serviços de assistência social nas situações em que a mulher e a família não têm condição de adquirir os insumos necessários);
- Manter as mamas comprimidas (enfaixar ou usar sutiã apertado); promovendo a inibição mecânica da lactação;
- Se já tiver ocorrido a apojadura, ordenhar as mamas e realizar a inibição mecânica da lactação na sequência;
- Desencorajar a aplicação de compressas ou banhos quentes nas mamas

a fim de diminuir a vasodilatação e aumento de produção láctea.

Gestação e Doenças infectocontagiosas que Possam Interferir na Saúde do Bebê

ZIKA

O Zika é um vírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. A gestante com sinais ou sintomas de Zika deverá receber cuidados e orientações complementares em função de uma possível relação com a microcefalia em recém-nascidos de mães que tiveram o vírus.

Todo **caso suspeito deverá ser notificado obrigatoriamente** e o pré-natal deverá ser mantido no CS. Alterações no fluxo de condução do pré-natal estão sujeitas à elaboração de notas técnicas acerca deste agravo. Diante de uma suspeita de gestante com Zika é importante perguntar e registrar sinais e sintomas, histórico de deslocamento para áreas de circulação de Zika vírus e idade gestacional.

Sintomatologia/Caso suspeito

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso (obrigatoriamente) acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção e prurido, poliartralgia, edema periarticular.

Figura 3. Imagens de sintomatologia do Zika



Fonte: Equipe de investigação da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís/MA

Cuidados

- **Repelentes de uso tópico:** Orientar a aplicação de produtos repelentes de uso tópico que podem ser utilizados por gestantes desde que estejam devidamente registrados na ANVISA e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. Estudos conduzidos em humanos durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação e em animais durante o primeiro trimestre, indicam que o uso tópico de repelentes a base de n,n-Dietil-meta-toluamida (DEET) por gestantes é seguro.

<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/04/Nota-Anvisa-Repelentes-e-%20Saneantes-02dez2015.pdf>

Repelentes ambientais e uso de inseticidas:

Orientar sobre a utilização de produtos saneantes repelentes e inseticidas em ambientes frequentados por gestantes desde que estejam devidamente registrados na ANVISA e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. A ANVISA não permite a utilização de substâncias que sejam comprovadamente carcinogênicas, Mutagênicas ou teratogênicas em produtos saneantes. Entretanto, como os produtos são destinados a superfícies e ambientes, não são apresentados estudos com aplicação direta em pessoas, o que significa que uma superexposição da gestante ao produto pode não ser segura.

Dessa forma, a segurança para a utilização desses produtos em ambientes frequentados por gestantes depende da estrita obediência a todos os cuidados e precauções descritas nos rótulos dos produtos.

Cuidados ambientais:

- Orientar a utilização de telas, mosquiteiros ou outras barreiras disponíveis em janelas e portas;
- Estimular o uso contínuo de roupas compridas ou que deixem áreas do corpo o menos expostas possível, aplicando repelente nas áreas expostas. Fique, preferencialmente, em locais com telas de proteção;
- Aconselhar que a gestante evite frequentar locais /horários com presença de mosquitos, focos ou criadouros em potencial (locais com água parada);

Cuidados sexuais:

Orientar a prática sexual com uso de preservativos já que se considera que o vírus é capaz de ser transmitido por via sexual, ainda que provas mais contundentes sejam necessárias e devam surgir logo com estudos mais específicos.

Sempre alerte que, em suspeita de zika, não sejam utilizados AINES ou medicamentos contendo AAS. Desencoraje a automedicação.

Puerpério e Zika

Já houve pesquisas que identificaram o vírus em leite materno. Entretanto, não se obteve a sua multiplicação. Como não há evidência científica que demonstre a transmissão do vírus Zika pelo leite materno, o Ministério da Saúde recomenda que seja mantido o aleitamento materno da mesma forma que para as demais crianças.

Observações: Em gestantes com suspeita de doença exantemática, solicite interconsulta com médico; e não se esqueça de notificar no Info e realizar contato imediato com a vigilância epidemiológica distrital.

Gestação e Varicela

A varicela é uma doença viral causada pelo vírus Varicela Zoster, habitualmente benigna na infância, embora esteja associada a complicações em gestantes. A infecção em gestantes no primeiro ou no segundo trimestre de gestação pode resultar em embriopatia.

Gestantes que tenham tido contato com casos confirmados de varicela deverão ser encaminhadas para o Centro de Referência do município para receber a imunoglobulina específica, dentro do período hábil para bloqueio das manifestações clínicas: até 96 horas a partir do contato.

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. Mulheres que se apresentem menos pausadas antes dos 40 anos deverão ser referenciadas para o MFC para investigações adicionais.

A consulta de enfermagem para mulheres nestas etapas de seu ciclo de vida trata-se de momento oportunístico para o rastreamento de Risco Cardiovascular (RCV), de cânceres de colo/mama e oferta de Check- up sorológico, preferencialmente por meio do uso dos testes rápidos.

Não se deve deixar de realizar exame físico, perguntar sobre sintomas, DUM e uso de método contraceptivo no momento e comorbidades.

Quadro 26. Queixas mais comuns no climatério e manejo

QUEIXA	CONDUTA
Disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital	• Orientar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários; • Prescrever TRH: estrogênio tópico vulvovaginal, (contanto que não haja contraindicações para este método); • Sempre investigar outras possíveis causas.
Fogachos	Orientar: • Dormir em ambiente bem ventilado; • Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; • Usar tecidos que deixem a pele “respirar”; • Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; • Não fumar; • Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; • Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; • Praticar atividade física; • Perder peso, caso haja excesso de peso;

	• Respirar lenta e profundamente por alguns minutos;
Alterações emocionais/do sono	• Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; • Estimular a participação em atividades sociais; • Praticar atividade física, evitando 03 horas antes de dormir; • Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana; • Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde; • Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno; • Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis; • Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde; • Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer • Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; • Considerar tratamento para depressão e ansiedade a ser prescrito pelo Médico quando necessário e/ou encaminhamento à psicologia;
Diminuição da libido	• Estimular o autocuidado; • Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); • Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica; • Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; • Estimular a prática de sexo seguro; • Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na • relação sexual; • TRH: considerar a terapia hormonal local;

Fonte: Adaptado 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.

Terapia De Reposição Hormonal (TRH)

Muitas mulheres nessa fase da vida buscam no serviço de saúde a prescrição de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), no entanto cabe ao enfermeiro orientá-la sobre indicações, contraindicações e limitações no tempo de uso (máximo de 4 anos) e idade (até no máximo 60 anos). O uso prolongado de TRH pode aumentar o risco de câncer de mama, doenças tromboembólicas e cardiovasculares.

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TRH tópica por via intravaginal, com reavaliação semestral e respeitando os limites de tempo e idade máximos de uso, contanto que a mulher não apresente contraindicações absolutas e/ou relativas ao método. Mulheres em TRH deverão aferir os níveis pressóricos trimestralmente.

Deverá ser reservada aos quadros de estrogenização relacionada ao rastreamento de câncer cérvico-uterino (quadro 3.1) ou no caso de queixas relacionadas à sexualidade e funções urinárias, cujo esquema prescrito deverá ser Estriol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Se não melhorar ao final deste período, encaminhar para avaliação médica.

Quadro 25. Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS À TRH	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS À TRH
• História de e/ou câncer de mama; • História de e/ou câncer de endométrio; • História de e/ou doença hepática grave; • Sangramento genital não esclarecido; • História de tromboembolismo agudo e recorrente; • Porfíria.	• Hipertensão arterial não controlada; • Diabetes mellitus não controlado; • Endometriose; • Miomatose uterina;

Orientações de Enfermagem para melhoria da qualidade de vida no Climatério/Menopausa

- Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas;

- Orientar dieta rica em cálcio (1.200 mg/dia) e vitamina D (800-1.000 mg/dia), incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas;
- Aconselhar exposição solar, sem foto proteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h;
- Orientar a prática de 150 minutos/semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período;
- Orientar a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvam lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível;
- Orientar exercícios da musculatura perineal.

Contracepção no Climatério

- Se em uso de ACO ou Progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de Progestágeno quando idade maior ou igual a 50 anos;
- Se em uso de método não hormonal, mantenha-o por mais 02 anos após o último ciclo;
- Se em uso de pílula de Progestágeno, continue até os 55 anos ou se ainda menstruando, até 1 ano após o último ciclo.

Orientações para o atendimento a adolescente

A consulta de enfermagem poderá ser realizada quando a adolescente é levada pelos pais/responsáveis/adulto da sua confiança, bem como pode ocorrer quando ela mesma resolve buscar sozinha e espontaneamente pelo atendimento. É seu direito consentir ou recusar o atendimento.

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido 10 e 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência, a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade completos, sendo

referência, desde 1990, para criação de leis e programas que asseguram os direitos desta população.

É importante avaliar a maturidade da adolescente e encorajar a presença familiar, no entanto o acesso à consulta não poderá ser negado caso a adolescente deseje ser atendida sozinha.

O Ministério da Saúde preconiza que a consulta do adolescente deve ser considerada uma oportunidade de esclarecer o uso do preservativo (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das ISTs/aids, enfatizando a dupla proteção. O momento também é propício ao esclarecimento sobre os efeitos adversos do uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Alguns aspectos clínicos têm sua avaliação recomendada pelo Ministério da Saúde, devendo ser investigados e registrados pelo enfermeiro:

- Anamnese:
- Perguntar o motivo da consulta;
- Verificar histórico de comorbidades e história familiar;
- Atentar para queixas e dúvidas;
- Questionar o humor e aspectos emocionais;
- Exame físico completo:
- Avaliação antropométrica:

Cerca de 20 a 25% da altura do indivíduo adulto cresce neste período e 40 a 50% o seu peso final. Estes parâmetros são alcançados, em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade;

- o Atentar para casos em que o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano, ou menor que 6 cm/ ano em adolescentes na fase puberal;
- o As adolescentes podem ainda crescer em média 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos após a menarca;
- o Alterações abruptas no peso, para mais ou para menos, deverão ser avaliadas pelo MFC para investigação. Não se esquecer de atentar para distúrbios emocionais e alimentares.
- Avaliação do estadiamento puberal pelos critérios de Tanner:
 - o O início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 a 13 anos, com o aparecimento do broto mamário. O broto mamário é o primeiro sinal puberal na

menina, é chamado de telarca e pode apresentar-se unilateralmente sem significado patológico. Observar a adolescente, tranquilizá-la e reavaliar após seis meses, quando a outra mama já terá aparecido e os primeiros pelos pubianos também. Caso isso não ocorra, o enfermeiro deverá encaminhar para consulta médica.

- o Atentar que a idade média da menarca em nosso meio é de 12 anos e 4 meses, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos, observar o comportamento do evento na família e acompanhar o processo de cada adolescente. É frequente ocorrer um corrimento vaginal claro entre 6 a 12 meses antes da primeira menstruação ou menarca, fato marcante da puberdade feminina. Esclarecer a adolescente que é natural, pois trata-se do crescimento do tecido endometrial uterino e que se deve apenas cuidar mais da higiene corporal. Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos. O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.
- Encaminhar ao Médico se:
 - o O aparecimento de pelos pubianos for anterior ao do broto mamário, pois pode se tratar de uma puberdade de origem periférica e não central pelo estímulo hipofisário-gonadal;
 - o Puberdade precoce (antes dos 8 anos de idade);
 - o Puberdade tardia (meninas com ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 13 anos de idade). Exame ginecológico: para adolescentes que tenham queixas ginecológicas ou que já tenham iniciado sua vida sexual;

Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente.

O atendimento à adolescente é, por vezes, polêmico no que diz respeito à forma como o mesmo deve ser realizado. Surgem questionamentos tais como:

- “Precisa estar acompanhada por um responsável legal maior de 18 anos?”
- “Posso realizar avaliação ginecológica sem nenhum outro colega no consultório?”
- “Posso ofertar sorologias e fornecer seus resultados para adolescentes desacompanhadas por um responsável legal maior de 18 anos?”

O Ministério da Saúde recomenda que qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. Havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, pode ser aceita pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, mesmo que este não seja parente direto.

O artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, recentemente alterado pela Lei nº13.257 de 08 de março de 2016, estabelece na nova redação que: “É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.”.

Ainda nesse sentido, a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 regula um conjunto de ações para o planejamento familiar, saúde sexual e saúde reprodutiva, mas não estabelece diretrizes ou restrições específicas para adolescentes, devendo, pois, ser interpretada conjuntamente com a Lei orgânica do SUS e o ECA.

De maneira geral, o atendimento da adolescente pode ser prestado sem a necessidade de um responsável legal presente, bem como lhe é assegurado o sigilo das informações. Assim, deve ser ofertado livre acesso a insumos de prevenção, métodos anticoncepcionais e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. Haverá exceções a esta regra que deverão ser analisadas caso- a-caso, como em se tratando de risco de morte (própria e de terceiros) e na suspeita de maus tratos, por exemplo. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Recomenda-se a discussão junto à equipe e registro em prontuário de todo o processo.

Atenção:

Se durante o atendimento à adolescente for identificada violência ou suspeita, deverá

ser preenchida a ficha de notificação e aplicado fluxo de atendimento às vítimas de violência do município. **Ainda, em se tratando de crianças/adolescentes, a comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do ECA. XII.b.**

Testagem sorológica para menores de 18 anos

“Esta deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização do responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito.”

Assim como nos demais casos, deverá ser estimulado o acompanhamento por um adulto da confiança da adolescente.

IST's

8. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – ABORDAGEM SINDRÔMICA ÀS INFECÇÕES

As Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST) ou Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são uma importante causa de morbidade em todo o mundo. Dentre estas, podemos destacar doenças como a AIDS, causada pelo HIV, e as Hepatites B e C; e demais representantes desse grupo a gonorréia, clamídia, tricomoníase e sífilis.

Diante disto, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os trabalhadores da atenção primária, tenham amplo conhecimento sobre uma abordagem fácil, rápida e efetiva no tratamento e seguimento aos portadores dessas doenças. Para tal, discutiremos neste documento a “abordagem sindrômica”, a qual se diferencia da “abordagem etiológica” e da “abordagem clínica”, tradicionalmente utilizadas. A adoção da abordagem sindrômica às IST na prática clínica tem sido incentivada pelas seguintes características principais.

- É orientada a problemas (responde aos sintomas/sinais dos usuários);
- É de alta sensibilidade e não ignora infecções mistas;
- Trata os usuários já na primeira visita;
- Torna o tratamento das IST mais acessível já que pode ser implantada na atenção primária;
- Usa fluxogramas que guiam o trabalhador de saúde através de uma sequência lógica;
- Provê oportunidade e tempo para educação em saúde e aconselhamento.

É importante destacar que a abordagem sindrômica não é uma forma “menos precisa” ou “menos sofisticada” de se tratar a pessoa portadora de IST/DST. Tampouco deve ser utilizada apenas por profissionais “não-médicos”. Pelo contrário. Devido às importantes características citadas acima, o uso da abordagem sindrômica às IST é incentivado a médicos e enfermeiros da atenção primária, de maneira indiferenciada (BRASIL, 2005).

Neste documento traremos uma forma fácil de identificar e tratar as IST curáveis mais prevalentes, sendo todos os fluxos baseados nos manuais de abordagem sindrômica da OMS e do Ministério da Saúde; e os tratamentos revisados de acordo com as evidências internacionais mais recentes, considerando os medicamentos da Relação Municipal de

Medicamentos (REMUME) como 1ª escolha, sempre que possível.

O quadro 1 (abaixo) descreve de maneira sintética as síndromes que serão abordadas neste documento, sendo que cada uma delas possui um capítulo específico onde tanto a identificação quanto às condutas serão detalhadas.

Em todos os casos, caso haja relato ou registro de que o paciente possui algum tipo de imunossupressão (HIV/AIDS, diabetes mal controlado, doença renal/hepática/autoimune, câncer ou outro tipo de terapia imunossupressora), o enfermeiro deverá referenciar para atendimento médico, auxiliando, como membro da equipe de saúde, nas condições pertinentes à sua prática clínica.

Quadro 1. Síntese das síndromes abordadas neste protocolo

SÍNDROME	SINTOMAS MAIS COMUNS	SINAIS MAIS COMUNS	ETIOLOGIAS MAIS COMUNS	QUEM PODE TRATAR
Corrimento vaginal	• Corrimento vaginal; • Prurido; • Dor à micção; • Dispareunia; • Odor fétido.	• Edema de vulva; • Hiperemia de vulva; • Corrimento vaginal e/ou cervical	• Tricomoníase; • Candidíase*; • Vaginose bacteriana*; • Gonorréia; • Infecção por Clamídia.	Médico/enfermeiro
Corrimento uretral	• Corrimento uretral; • Prurido; • Estrangúria; • Polaciúria; • Odor fétido.	• Corrimento uretral (espontâneo ou não)	• Gonorréia; • Infecção por clamídia; • Micoplasma; • Ureaplasma.	Médico/enfermeiro
Úlcera genital	• Úlcera genital	• Úlcera genital, • aumento de linfonodos inguinais.	• Sífilis; • Cancro mole; • Donovanose**; • Herpes genital	**Médico/enfermeiro

Desconforto e/ou Dor pélvica	• Dor e/ou desconforto pélvico; • Dispareunia.	• Corrimento cervical; • Dor a palpação abdominal; • Dor à mobilização do colo; • Temperatura acima de 37,5° C.	• Gonorreia; • Infecção por anaeróbios; • Infecção por clamídia.	Médico/enfermeiro
Verrugas/condilomas	• Verrugas	• Verrugas/condiloma	• Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)	Médico/enfermeiro

*Não é considerada IST.

**Pela cronicidade da patologia e necessidade de biópsia, o tratamento de Donovanose deve ser feito pelo médico, referenciado conforme fluxograma descrito no capítulo específico.

Tratamento dos Parceiros

Uma das mais importantes estratégias de enfrentamento de novas IST's é a quebra da cadeia de transmissão, a qual ocorre principalmente através do tratamento dos parceiros, bem como a triagem sorológica dos mesmos.

Contudo, sabemos que devido a características peculiares das IST's, que envolvem questões importantes de privacidade, estigmas sociais e relacionamento entre as pessoas, o tratamento de parceiros acaba ficando muito abaixo do ideal, de modo que a re-infecção da pessoa que procura o serviço de saúde é algo recorrente. Tanto pode (1) o usuário que procurou o serviço não comunicar o parceiro, mesmo sendo orientado a tal, quanto (2) o parceiro ser comunicado e não procurar o serviço de saúde. Nesse quesito, o vínculo com os usuários adscritos e a vigilância do território são importantes ferramentas para potencializar essa estratégia.

Em todos os capítulos, serão fornecidas informações sobre qual abordagem, com relação a exames e medicamentos, deverá ser feita para o parceiro, na evidência de uma IST. Esses quadros estão localizados logo abaixo dos fluxogramas. O tratamento para os parceiros deve ser sempre orientado mediante consulta presencial com o mesmo, já que este pode ter dúvidas e necessidades diferentes do usuário que procurou a consulta

inicialmente. Orientações e tratamentos fornecidos através de outrem podem gerar adesão menor do que o esperado, além de desconfortos entre as pessoas que poderiam ser evitados mediante orientações adequadas presencialmente.

Papel do enfermeiro

O enfermeiro desempenha atividades de naturezas diversas na atenção primária em saúde, incluindo aquelas relacionadas às IST's. Tradicionalmente desenvolve trabalhos de educação em saúde nas escolas com ligação ao assunto, e se destaca nas questões sexuais e reprodutivas das mulheres. Com grande frequência, é este profissional que identifica IST's nas consultas realizadas com o princípio de coleta de material citopatológico para identificação de câncer de colo de útero. Além disso, o enfermeiro tem desempenhado importante papel no acolhimento à demanda espontânea nas unidades básicas de saúde.

Por isso, é fundamental que este profissional esteja devidamente capacitado e legalmente amparado para a identificação, tratamento e orientação das IST's mais comuns, propiciando ao usuário menor constrangimento e maior privacidade, já que na primeira escuta terá este problema resolvido.

SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento uretral. Excetuando-se os casos em que podem ter origem traumática, são IST transmitidas através da relação sexual desprotegida (anal, vaginal e oral), sendo que os fatores demográficos, sociais e comportamentais como idade, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceira sexual, histórico de IST e uso inconsistente de preservativos, devem sempre ser observados por possuírem íntima relação com a doença.

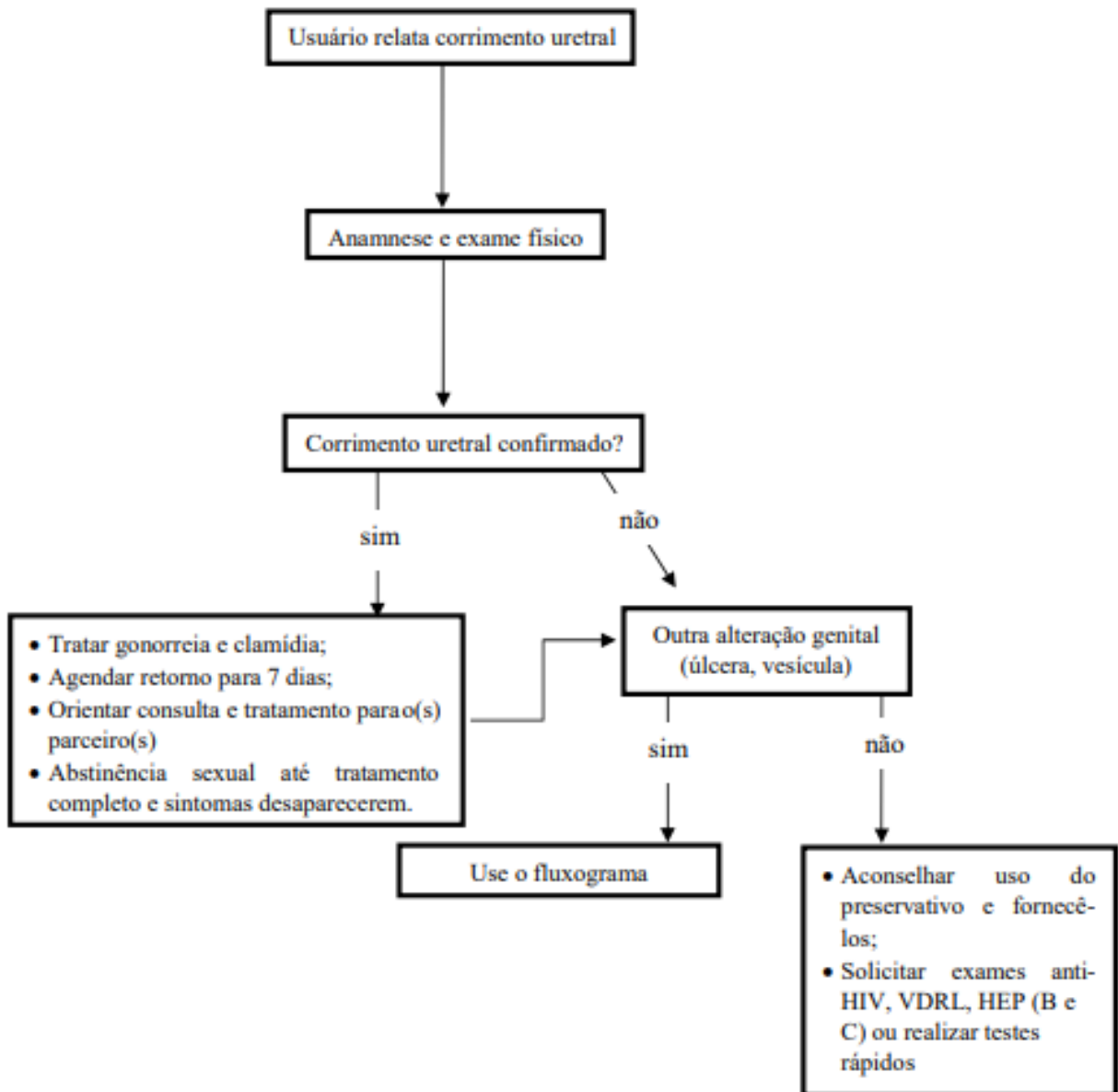
A infecção uretral no homem costuma ser assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral, eritema de meato uretral e corrimento, sendo este último presente na ampla maioria dos casos cerca de dois (02) a cinco (05) dias após o contágio. O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente e a maior indicação de complicação e deve-se a ascensão da infecção, a qual pode causar prostatite, orquiepididimite e/ou infertilidade.

A infecção retal pelos mesmos agentes infecciosos é geralmente assintomática. Nos casos em que há manifestação de sintomas pode ocorrer desconforto anal e corrimento anorretal em uma pequena parcela dos expostos. A sintomatologia em orofaringe também costuma ser assintomática na ampla maioria dos casos.

Os agentes etiológicos mais frequentes são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, e por isso os antimicrobianos para esses agentes são os de primeira escolha para o tratamento dessa síndrome. A abordagem sindrômica não faz diferença do agente causal, sendo que o tratamento será sempre feito para ambos os agentes. A vantagem dessa abordagem se dá, principalmente, pelo fato de os sintomas das uretrites gonocócica e não-gonocócica se confundirem, em alguns casos. O tratamento errado por definição equivocada do agente etiológico resulta em um tempo maior de cura, podendo gerar consequências mais graves, além de oneração do serviço de saúde.

Estes mesmos agentes podem infectar a mulher, gerando cervicites, e não uretrites como nos homens (uma vez que apenas no homem a uretra compõe parte do sistema reprodutor). Assim, ainda que a cervicite costume ser assintomática na maioria dos casos, apresenta como principal sintoma na mulher a presença de mucopus endocervical. Por esse motivo, a abordagem a este tipo de problema está descrita nos fluxogramas dos capítulos referentes à “Síndrome do corrimento vaginal e cervicite” e “Síndrome da Dor Pélvica”.

Fluxograma 1. Síndrome do Corrimento Uretral



Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornece-los, solicitar exames anti-HIV, HEP (B e C), ou realizar testes rápidos (preferencialmente).

Na persistência dos sintomas após 7 dias, encaminhar para consulta médica imediata.

Havendo dúvidas diagnósticas ou suspeita de resistência à medicação, o enfermeiro poderá solicitar cultura de secreção para melhor conduta.

Quadro 2. Esquema terapêutico para corrimento uretral

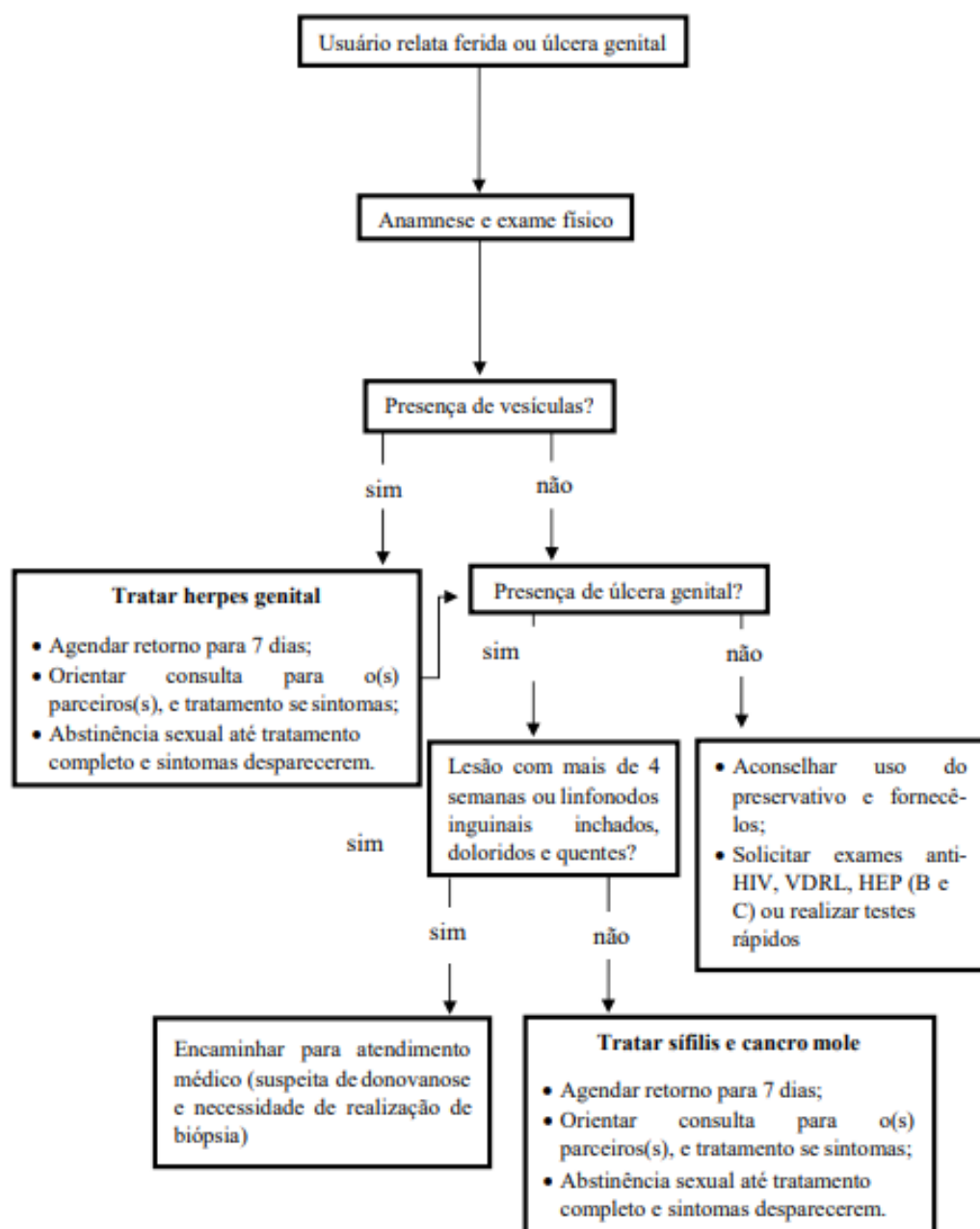
AGENTE	1ª OPÇÃO (EXCETO P/ GESTANTES E MENORES DE 18 ANOS)	2ª OPÇÃO (ÚNICA OPÇÃO PARA GESTANTES E MENORES DE 18 ANOS)	OBSERVAÇÕES
Clamídia e gonorreia (infecção sem complicação).	Azitromicina 1g VO, dose única + Ciprofloxacino 500mg VO dose única	Ceftriaxona* 1g dose única IM + Azitromicina 1g (2cp de 500mg), VO, dose única	Se manutenção dos sintomas após 7 dias do tratamento, encaminhar para tratamento médico imediato.

SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam uma síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional. A presença de úlcera genital está associada a um maior risco de contaminação pelo HIV.

As etiologias mais comuns para úlcera genital são a Sífilis, o Cancro mole, a Donovanose e o Herpes Genital, sendo citado cada uma das situações abaixo de forma resumida.

Fluxograma 2. Síndrome da úlcera genital



Quadro 3. Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital

AGENTE	1ª OPÇÃO	2ª OPÇÃO	OBSERVAÇÕES
Herpes Genital	Aciclovir 400mg VO de 8/8hs por 7 dias. Se dor, prescrever lidocaína gel (uso tópico) a cada 8 horas nas lesões e paracetamol ou dipirona (evite se alergia prévia) 500- 1000mg a cada 6 horas, se necessário.		• Se recidiva e sintomas leves, considere não tratar. Se dúvidas solicite avaliação médica; • Se recidiva e sintomas moderados, prescrever aciclovir 800mg VO de 8/8hs por 2 dias, iniciando preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, prurido e hiperemia da região genital), mesmo antes das vesículas aparecerem; • Se episódios recorrentes ou mais de 6 episódios em 1 ano, solicite avaliação médica para considerar terapia supressora.
Sífilis recente em não gestantes	Penicilina G Benzatina, 7.2 milhões UI, IM, dividir em 3 doses 1x/semana durante 3 semanas (1,2 milhão UI em cada Nádega por vez)	Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 hs, por 14 dias (apenas se alergia à penicilina e não gestante/nutriz)	O acompanhamento deve ser feito pela titulação de VDRL.
Cancro Mole	Azitromicina 1g, VO, dose única	Ciprofloxacino 500mg, VO, 12/12hs por 3 dias	Ciprofloxacino é contraindicado para menores de 18 anos, gestantes e nutrízes.

Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, a infecção pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada. A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou não os valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular. Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte do recém-nascido – RN. A lesão cancróide ou cancro duro indolor é a característica principal desta patologia em sua fase inicial. Esta apresenta um período de incubação que varia de 10 a 90 dias (fase primária), sendo que esta lesão desaparece espontaneamente em até 4 semanas após o aparecimento, sem deixar cicatrizes.

A Sífilis secundária surge de 6 semanas a 6 meses após a lesão inicial, sendo caracterizada por alterações cutâneas, dentre as quais a principal é a roséola (exantema não pruriginoso), em sua fase mais precoce. Tardamente a isto, outras reações cutâneas e sistêmicas podem ser observadas como: alopecia, pápulas palmo-plantares, placas mucosas e adenopatia generalizada, as quais novamente desaparecem após algumas semanas, mesmo que nenhum tratamento tenha sido realizado.

Importante ressaltar que, mesmo sem a presença da lesão cancróide, o paciente é transmissor da sífilis e, considerando a possibilidade da involução espontânea da sintomatologia, o mesmo pode permanecer anos transmitindo a doença sem manifestar suspeita clínica alguma, devendo o rastreamento para sífilis através de testes treponêmicos (teste rápido FTA-ABS*) e não treponêmicos (VDRL) fazer parte da rotina da enfermagem para todos os pacientes que se exponham de alguma maneira ao risco de contágio, ou àqueles que nunca tenham realizado o exame.

Tradicionalmente, a sífilis não tratada é classificada nos seguintes estágios: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente (latente recente – até um ano após a exposição; latente tardia – mais de um ano de evolução) e sífilis terciária (BRASIL, 2020; HORVÁTH,

2011; RICORD, 1838). No “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacoes>, são apresentadas de forma detalhada as características clínicas e a duração de cada estágio da sífilis não tratada (BRASIL, 2020)

Métodos Diagnósticos

O diagnóstico da sífilis na atenção primária se dá através de levantamento da história clínica e realização de testes imunológicos. Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos.

Testes treponêmicos: são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Existem vários tipos de testes treponêmicos:

- Os testes rápidos – TR utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso – DPP. São distribuídos pelo Ministério da Saúde para os estados e o Distrito Federal, sendo os mais indicados para início de diagnóstico;
- Testes de hemaglutinação (TPHA, do inglês *T. Pallidum Haemagglutination Test*) e de aglutinação de partículas (TPPA, do inglês *T. Pallidum Particle Agglutination Assay*); ensaios de micro-hemaglutinação (MHA-TP, do inglês *Micro-Haemagglutination Assay*);
- Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*);

Testes não treponêmicos: estes testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem uma análise qualitativa e quantitativa. Sempre que um teste não treponêmico é realizado, é imprescindível analisar a amostra pura e diluída, em virtude do fenômeno prozonac. Uma vez observada reatividade

no teste, a amostra deve ser diluída em um fator dois de diluição, até a última diluição em que não haja mais reatividade no teste. O resultado final dos testes reagentes, portanto, deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8 etc.). Os testes não treponêmicos são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.

Conduta frente a teste rápido reagente (treponêmico).

Teste rápido treponêmico (FTA-ABS) será sempre reagente em pessoas com história de diagnóstico anterior de sífilis, sendo indicado neste caso o VDRL (não treponêmico) para controle de cura por meio de avaliação de titulação, considerando nesta situação a possibilidade de cicatriz sorológica.

Quadro 4. Interpretação e conduta frente aos testes.

Primeiro teste	+	Teste Complementar	Possíveis interpretações	Sensibilidade / Especificidade
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: reagente	Diagnóstico de sífilis. Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: não reagente	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. • Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente: considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição e conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critério de notificação de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
Teste treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: reagente	Diagnóstico de sífilis. Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar o monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.

Quadro 5. Resumo terapêuticos para sífilis

ESTADIAMENTO	DEFINIÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA IMPOSSIBILIDADE DA PENICILINA OU ALERGIA	CONTROLE DE CURA (SOROLOGIA)**
Sífilis recente*	• Presença de úlcera sífilítica; • Exame não reagente para sífilis nos últimos 2 anos.	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UL, IM, dose única (1,2 milhões UL em cada nádega).	Doxicilina 100mg 12/12hs, VO, por 14 dias	VDRL trimestral – redução da titulação
Sífilis tardia*	Exame prévio não reagente para sífilis há 2 anos ou sem registro.	Penicilina G Benzatina, 7.2 milhões UL, IM em 3 doses (2.4 milhões UL por semana). 14 DIAS ATRASO ***	Doxicilina 100mg 12/12hs, VO, por 28 dias	VDRL trimestral – redução da titulação
Sífilis em gestante (qualquer estadiamento ou titulação)		Penicilina G Benzatina, 7.2 milhões UL, IM em 3 doses, dose única (2.4 milhões UL por semana). 7 A 9 DIAS ATRASO ***	Preferencialmente Penicilina. Caso alergia, referenciar para atenção terciária para dessensibilização.	VDRL mensal – redução da titulação

* A sífilis é considerada recente quando (1) há a presença de úlcera sífilítica, (2) há sinais de sífilis secundária ou

(3) Não há exame reagente para sífilis (VDRL em qualquer caso, ou teste rápido se primeira infecção) nos últimos dois anos. A sífilis é considerada tardia nos demais casos, entendendo que a infecção ocorreu há mais de dois anos. Em caso de suspeita de neurosífilis, encaminhar para atendimento médico imediato.

**O tratamento de sífilis deverá ser acompanhado por titulação de VDRL periódica, conforme item deste mesmo capítulo.

*** NOTA TÉCNICA No 14/2023-.DATHI/SVSA/MS

→ PACIENTES GESTANTES QUE SÃO ALÉRGICAS A PENICILINA FLUXO DE

DESSENSIBILIZAÇÃO (ENCAMINHAR PARA HOSPITAL MÁRIO COVAS).

Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após somente um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- › Gestantes (além do VDRL habitual em perfil I e II, realizar TR na abertura de pré natal e com 20, 28 e 34 semanas de gestação);
- › Vítimas de violência sexual;
- › Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- › Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- › Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis. A realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), de monitoramento laboratorial (controle de cura) e de tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão). Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais.

Acompanhamento de titulação de VDRL e critérios para alta

Na evidência de sífilis, indiferentemente do estágio, o acompanhamento de cura deverá ser feito através da solicitação de teste não treponêmico, normalmente o VDRL. É fundamental acompanhamento periódico e rigidez na interpretação dos exames, já que a sífilis é uma doença altamente transmissível e que, se não devidamente diagnosticada e tratada, pode levar à morte ou incapacitação permanente.

As titulações de sífilis identificadas pelo exame VDRL variam em potências de 2, quando reagentes. Isso nos dá como resultados possíveis as titulações 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256, e assim por diante. Assim, reduzir 4 vezes o resultado significa reduzir 2 titulações.

Após tratamento completado (Todas as doses de penicilina prescritas aplicadas)

Solicitar VDRL na seguinte periodicidade:

- Não gestante → solicitar VDRL nos 3*, 6, 9, 12, 18 e 24 meses do a partir do diagnóstico;
- Gestante → solicitar VDRL mensalmente até o final da gestação. Após o parto, seguir o mesmo esquema para não-gestante.

*O VDRL de três meses não apresenta critério para alta por tratamento, mesmo em sífilis recente. Caso a titulação deste exame for 4 vezes (2 titulações) maior do que o VDRL pré tratamento e não tiver ocorrido nova exposição, discutir caso com médico.

A conduta a partir do próximo VDRL dependerá do resultado deste exame. Assim, compare novo VDRL com VDRL pré-tratamento/prévio.

Retratar paciente e parceiro(a) se:

- Novo VDRL for 4 vezes (2 titulações) maior que o VDRL pré-tratamento (se VDRL de 3 meses, questionar nova exposição e discutir caso com médico antes);
- Persistência ou novos sinais de sífilis entre o último VDRL e o novo;
- Dose atrasou mais do que 14 dias em tratamento de sífilis tardia;
- Sífilis recente → 6 meses após tratamento o VDRL não for pelo menos 4 vezes (2 titulações) menor que o anterior;
- Sífilis tardia → 12 meses após tratamento o VDRL não for pelo menos 4 vezes (2 titulações) menor que o anterior.

Se titulação de VDRL maior do que a especificada ou insegurança na interpretação do exame, solicitar atendimento conjunto com médico.

Considerar sífilis tratada e dar alta Não gestante → sem nova exposição conhecida, sem sinais de sífilis e, após 24 meses de monitoramento há comprovação/registro de queda do VDRL de pelo menos 4 vezes (2 titulações) após

tratamento;

- Gestante → iniciou tratamento com penicilina Benzatina pelo menos 30 dias antes do parto, fez todas as doses prescritas, sem nova exposição à sífilis e sem sinais de sífilis. Registre tratamento adequado na carteira de pré-natal. A alta se dará após monitoramento do seguimento pós-parto (mesmo esquema para não gestante).

Tratamento da sífilis em gestante e parceiro (uso de lidocaína para melhor adesão)

A NOTA TÉCNICA COFEN/CTLN Nº 003/2017, esclarece sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina pelos profissionais de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) principalmente para o tratamento da sífilis adquirida e sífilis congênita que é um grave problema de saúde pública. Considerando o papel do enfermeiro no manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e que o enfermeiro pode prescrever a Penicilina Benzatina conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estaduais, Secretaria Municipais e Distrito Federal, ou em rotina aprovada pela instituição de saúde. Considerando que eventualmente há relutância por parte de pacientes em receber a Penicilina Benzatina injetável, pelo fato de sua aplicação ser dolorosa, e visando aumentar a adesão dos pacientes, e, em especial, dos parceiros de gestantes com sífilis, medidas para diminuir a dor durante aplicação da Penicilina Benzatina devem ser observadas e realizadas. Uma medida que tem sido recomendada é sua aplicação se acrescentando 0,5 ml de Cloridrato de Lidocaína a 2%, sem vasoconstritor. Evidências sustentam que isso reduz a dor durante a aplicação e nas primeiras 24 horas, além de não interferir significativamente nos níveis séricos da penicilina. **Sendo assim, recomenda-se nesse manual de praticas, para o tratamento adequado de sífilis em gestante o uso de 0,5 mg de cloridrato de lidocaína para cada frasco ampola de penicilina benzatina de 1.200.000UI.** Além disso, seguem recomendações que devem ter atenção durante a administração deste medicamento:

- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitados ou cristais. Caso

ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico/enfermeiro/médico;

- Casos especiais que terão que ser discutidos antes de proceder a diluição associada: Atentar para a utilização tanto de próteses de silicone quanto do uso de silicone industrial injetado na pele de forma clandestina: geralmente trata-se de material de baixa qualidade, que pode extravasar para outras partes do corpo, comprometendo a administração de medicamentos IM (Vide Parecer COREN nº 20/2009).
- Caso a região glútea (mais comumente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vasto-lateral ou ventro-glútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltóide. No caso da escolha da administração de medicamento IM em região deltóide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior volume recomendado é de 3 ml.
- Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltóide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja avaliado e prescrito por outra via de administração.
- Recomenda-se para adultos, de 2 a 3 ml no deltóide e no máximo 5 ml no dorso ou ventro-glúteo, sempre avaliando e analisando a massa muscular.
- O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular.

Sífilis Congênita

A transmissão vertical da sífilis continua como um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo a IST que possui maior taxa de transmissão vertical. Em Florianópolis a taxa de infecção por este agravo apresentou um aumento substancial nos últimos anos, passando de uma incidência de 2,37 por 1000 nascidos vivos em 2012 para 10,54 no ano de 2014, ou seja, um aumento superior a 400%.

Considerando este grave problema de saúde pública e tendo a sífilis um grau de

transcendência extremamente considerável na atenção ao pré-natal, o diagnóstico adequado e em tempo oportuno, bem como o tratamento correto, são fatores imprescindíveis no enfrentamento desta situação. Seguem orientações a ser seguidas para melhor manejo dos casos:

- Toda criança com diagnóstico ou exposta à sífilis congênita deve fazer Seguimento habitual na rotina da puericultura da Atenção Básica (AB), conforme recomendação da Saúde da Criança, na 1ª semana de vida e com 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses de idade. As consultas ambulatoriais especializadas disponibilizadas na rede SUS do município devem ocorrer, no mínimo, até os 18 meses de idade (aproximadamente com 1, 3, 6, 12 e 18 meses), em conjunto com a AB, sempre cuidando da checagem de exames complementares. Especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor.
- O VDRL deve ser realizado com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos. • Realizar teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) em torno dos 18 meses de idade para o fechamento do caso. • Em recém-nascidos com sorologia (VDRL) não reagente, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir o teste sorológico no terceiro mês de vida.
- Caso sejam observados sinais clínicos sugestivos da sífilis congênita, deve-se repetir os exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto acima.
- Diante da elevação do título ou da não negatificação do VDRL até os 18 meses de idade, reinvestigar a infecção e proceder ao tratamento.
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico, audiológico e odontológico semestralmente nos primeiros dois anos de vida nos casos com manifestações clínicas e/ou titulação de VDRL ascendente ou que não se torna negativa até o sexto mês de vida. Conforme já assinalado, no município, todas as expostas à sífilis gestacional e outras infecções congênitas são rotineiramente acompanhadas no serviço ambulatorial especializado em infectologia pediátrica e na atenção básica.
- Nos casos de exame laboratorial do LCR alterado, o exame deve ser repetido a cada 6 meses, até a sua normalização. Alterações persistentes indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e novo tratamento.
- Crianças tratadas de forma inadequada (tipo de antibiótico, dose e/ou tempo do tratamento inadequados) devem ser convocadas para reavaliação clínico-laboratorial

e reinício de tratamento, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

- O esquema completo de tratamento das crianças diagnosticadas com sífilis deve ser de dez dias com benzilpenicilina, mesmo que tenham recebido ampicilina por outra causa.
- Falha no tratamento ou na prevenção da sífilis congênita é indicada pelo VDRL com aumento em duas titulações ao longo do seguimento ou com persistência da reatividade aos 6 meses de idade. Nesses dois casos, as crianças deverão ser notificadas para sífilis congênita e submetidas à punção lombar para estudo do LCR com análise do VDRL, contagem celular e proteína, devendo ser tratadas durante dez dias com penicilina parenteral (a escolha do tratamento dependerá da presença ou não de neurosífilis), mesmo quando houver histórico de tratamento prévio. (PROTOCOLO BH SÍFILIS).

O acompanhamento em puericultura de criança exposta que não necessita de apoio do especialista pode permanecer na UBS intercalando consultas entre médico e enfermeiro.

O conselho tutelar deve ser usado como um apoiador caso a gestante não faça o tratamento corretamente, já que afeta a vida da criança, ferindo direitos da criança conforme consta no ECA que dita que o adulto deve zelar pela vida da criança. O conselho pode ser acionado após 2 faltas no pré natal.

Cancro mole

Doença de transmissão sexual caracterizada por lesões habitualmente dolorosas em região genital, podendo ser únicas ou múltiplas. A forma da lesão costuma possuir contornos hiperemiados e edemaciados, com fundo irregular e presença de exsudato e necrose, com secreção amarelada de odor fétido. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em um intercurso sexual é de 80%.

O acompanhamento do paciente deve ser feito até a involução de todas as lesões genitais, sendo indicada a abstinência sexual até resolução total da doença.

Donovanose

Infecção sexualmente transmissível crônica e progressiva causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, apresentando como característica clínica principal a ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Seu diagnóstico diferencial em relação a outras úlceras diz respeito à cronicidade da lesão.

Herpes genital

Doença caracterizada pela presença de vesículas em região genital, dolorosas e que apresentam um período de incubação médio de 6 dias.

Muitos indivíduos que adquirem a infecção por HSV (vírus da herpes humana) nunca desenvolveram manifestações, sendo que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser mais dolorosas, atípicas e de maior duração, sendo que estes pacientes devem ser manejados pelo profissional médico.

Indivíduos com presença de lesões disseminadas, mesmo que imunocompetentes, devem passar por avaliação médica imediata a fim de estabelecer a melhor conduta clínica.

Orientar consulta dos parceiros. Os diagnósticos e condutas terapêuticas para estes deverão seguir o mesmo esquema descrito acima. No caso de tratamento para úlcera genital, deverá ser solicitado VDRL para parceiro, mesmo que este não tenha evidência de lesão genital, prosseguindo ao tratamento caso necessário. Nos alérgicos a penicilina deverá ser utilizada doxixilina (exceto nas gestantes e nutrízes).

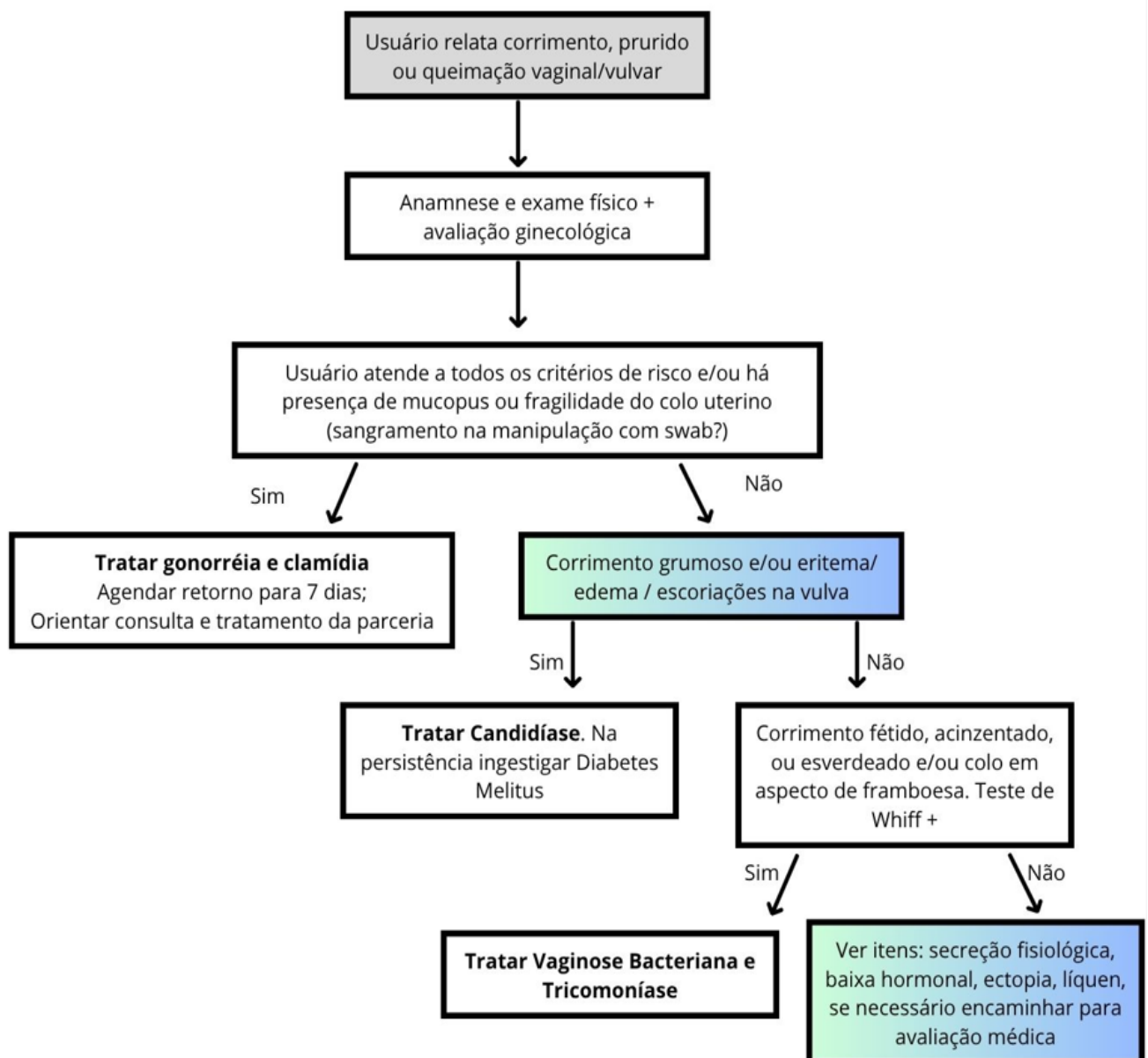
SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

O corrimento vaginal é uma das maiores causas de consultas de enfermagem na atenção primária, tendo o profissional enfermeiro um importante papel no diagnóstico e tratamento do mesmo. É fundamental diferenciar o corrimento vaginal fisiológico do causado por agentes infecciosos. Uma boa coleta de dados e o exame físico criterioso devem ser capazes de definir a melhor conduta em cada situação.

Pode-se classificar o corrimento vaginal em infecções endógenas (candidíase e vaginose bacteriana) e as infecções sexualmente transmissíveis (ex. tricomoníase, gonorreia, clamídia). Esta classificação torna-se importante pelo fato que no primeiro caso não há necessidade de tratamento dos parceiros (exceto se os mesmos estiverem sintomáticos, quando deverão passar por consulta para avaliação), enquanto na outra situação o tratamento é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão.

O fluxograma abaixo apresenta de forma resumida as condutas para o tratamento de corrimento vaginal, associando ainda a possibilidade de presença de cervicite.

Fluxograma 3 - Síndrome do Corrimento Vaginal e Cervicite



*Risco: parceiro com sintoma, sexo desprotegido nos últimos três meses, usuária penas ter sido exposta a uma IST.

- Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, HEP B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente). Abstinência sexual até o final do tratamento e desaparecimento dos sintomas.
- Havendo dúvida diagnóstica ou suspeita de resistência à medicação, o enfermeiro poderá solicitar cultura de secreção para melhor conduta.

Quadro 6. Resumo dos esquemas terapêuticos para corrimento vaginal

DOENÇA	PRIMEIRA OPÇÃO	TRATAMENTO PARA PARCEIRA(S)**	TRATAMENTO EM GESTANTES E NUTRIZES***
Candidíase	Miconazol creme vaginal a 2% por 7 noites OU Fluconazol 150mg VO dose única	Tratar apenas parceiro(a) com sintomas	Miconazol creme vaginal a 2% por 7 noites
Vaginose Bacteriana	Metronidazol** 500mg VO 12/12h por 7 dias OU Metronidazol** 100mg/g gel, uma aplicação à noite por 5 noites. Se paciente com recorrência dos sintomas 7 dias após tratamento, o adequado: Metronidazol** 2g VO dose única.	Se parceira mulher sintomática: Metronidazol** 500mg VO 12/12h por 7 dias	Metronidazol** 500mg VO 12/12h por 7 dias*** (tratamento da primeira escolha em gestantes) OU Metronidazol** 100mg/g gel, uma aplicação à noite por 5 noites (preferencial para nutrízes)
Tricomoníase	Metronidazol** 2g VO dose única.		Metronidazol** 2g VO = Dose única
Vaginose bacteriana E tricomoníase* (abordagem sindrômica)	Metronidazol** 500mg VO 12/12h por 7 dias. Se paciente com recorrência dos sintomas 7 dias após tratamento, o adequado: Metronidazol** 2g VO dose única.		Metronidazol** 500mg VO 12/12h por 7 dias

*A vaginose bacteriana e a infecção por tricomoníase podem, em alguns casos, ter seus sintomas não tão claros, gerando confusão no diagnóstico e diferenciação entre essas duas infecções. Em não haver certeza na diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, utilizar o tratamento sugerido para abordagem sindrômica.

** Suspender álcool durante o tratamento e até 24 horas depois da última dose (para diferenciação clínica e de abordagem entre vaginose bacteriana e Tricomoníase, verificar item abaixo. Contudo, devido a dificuldades na diferenciação dessas duas situações, é altamente recomendado o tratamento indicado neste quadro, incluindo o tratamento do parceiro).

***Para outras opções terapêuticas é necessário a diferenciação entre Tricomoníase e vaginose bacteriana, conforme abaixo.

Diferenças entre vaginose bacteriana, tricomoníase e infecções mistas

Os itens abaixo descrevem as principais diferenças entre vaginose bacteriana e tricomoníase. Contudo, cabe salientar que tal diferenciação pode não ser tão clara devido a sintomas/sinais comuns a ambas as situações, sendo amplamente indicado conduta comum com tratamento do parceiro, conforme indicador no quadro 5 (acima):

- **Vaginose bacteriana:** corrimento vaginal de odor fétido que se acentua após a relação sexual e durante o período menstrual; de coloração acinzentada, cremoso, podendo ser bolhoso. Em alguns casos há dispareunia. Não é considerada IST por se desenvolver normalmente por desequilíbrio da flora normal vaginal. Não é necessário tratar parceiro. Pode ser utilizado o gel de Metronidazol 100 mg/g (uma aplicação à noite por 5 noites) como primeira escolha, inclusive em gestantes e nutrízes.
- **Tricomoníase:** corrimento amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com prurido e eritema vulvar, podendo gerar dispareunia. Uma característica marcante (quando existente) é a hiperemia da mucosa com placas avermelhadas, incluindo do colo uterino, com aspecto normalmente descrito como semelhante a “framboesa”. É considerada IST, sendo necessário o tratamento do parceiro. Pode ser utilizado como primeira escolha o tratamento em dose única, com Metronidazol 2g VO dose única (8 cp de 250 mg, na opção disponível no município).

- **Infecções mistas:** não raramente, infecções vaginais podem ser causadas por mais de um agente infeccioso. Pode ocorrer, por exemplo, sintomas que se enquadrem tanto em quadros de candidíase quanto de vaginose bacteriana. Neste caso, recomenda-se (1) o tratamento do quadro mais sugestivo, com retorno antes do final do tratamento para avaliação, ou (2) o tratamento de ambos os quadros em conjunto, optando-se, preferencialmente, por tratamento oral para uma condição e tópica para outra. Umadas maneiras mais fáceis de realizar a diferenciação entre candidíase e vaginose/Tricomoníase é a realização do teste de Whiff, que consiste na colocação de 2 gotas de KOH (hidróxido de potássio) a 10% sobre o conteúdo vaginal em uma espátula ou lâmina (este material não poderá ser utilizado para outros fins, como análise laboratorial). O teste é positivo quando esta reação exala cheiro forte, semelhante a peixe podre, sendo indicativo de vaginose bacteriana.

Tratamento do parceiro

Conforme descrito no item acima, a diferenciação clínica entre vaginose bacteriana e Tricomoníase pode ser difícil, sendo recomendada a abordagem sindrômica com tratamento comum a ambos os problemas. Nesse caso, o tratamento deve ser realizado conforme o quadro 5 (acima), incluindo tratamento do parceiro. Caso seja realizada diferenciação clínica com diagnóstico de vaginose bacteriana, o tratamento do parceiro não se faz necessário.

Já a candidíase, mesmo não sendo IST, pode manifestar sintomas no homem, ainda que isso ocorra em uma minoria dos casos. Os sintomas mais comuns envolvem prurido e irritação na glândula do pênis, podendo haver descamação no local em casos mais exacerbados. Na maior parte, lavar o local várias vezes ao dia apenas com água, secando adequadamente, pode solucionar o problema. Contudo, devido ao grande incômodo e consequências sociais (devido ao prurido), o tratamento medicamentoso pode ser necessário.

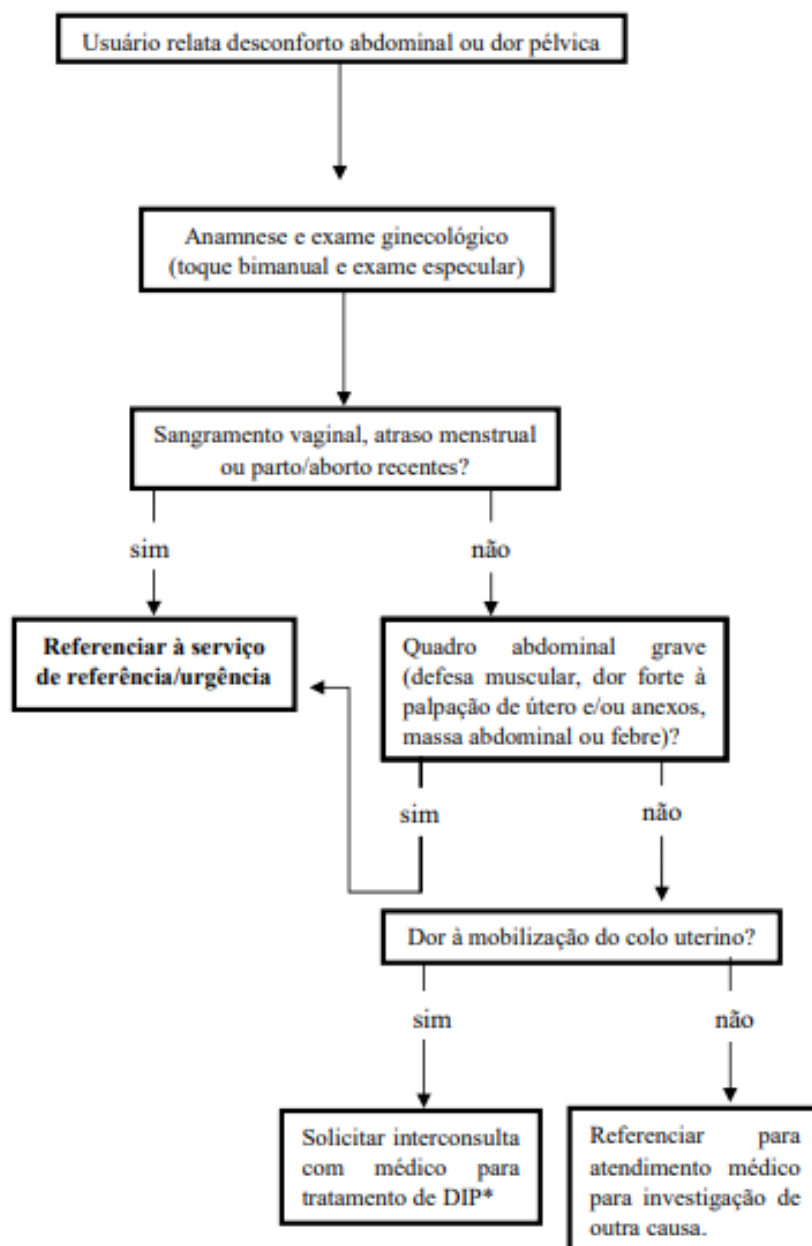
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma complicação importante das infecções sexualmente transmissíveis nas mulheres, apresentando uma vulnerabilidade considerável no que diz respeito ao impacto que a abordagem oportuna e em tempo deste problema de saúde pública pode evitar, desde internações evitáveis por condições sensíveis à atenção primária, ou mesmo a evitabilidade de óbito por complicações sistêmicas deste tipo de complicação infecciosa.

Além dos critérios de urgência e necessidade de encaminhamento a atenção terciária, na presença de sinais de gravidade (vide fluxograma abaixo), a DIP é considerada uma das causas mais comuns para a infertilidade feminina, além de ocasionar outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A suspeita clínica é caracterizada geralmente com a presença de dispareunia e dor em baixo ventre. A presença de corrimento vaginal, dor pélvica e sangramento vaginal anormal em pequena quantidade (spotting) também podem estar presentes. O diagnóstico diferencial ocorre pela dor à mobilização do colo do útero e anexos, ao toque.

Fluxograma 4. Síndrome da dor pélvica



Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, HEP B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente).

*Considerando o impacto que a DIP tem e a possibilidade de, mesmo com o uso do fluxograma, confusão com outras causas de dor em baixo ventre, o tratamento para esta doença deverá ser feito em conjunto com o médico, sendo a prescrição responsabilidade deste último.

Quadro 7. Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Doença Inflamatória Pélvica	
PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO
Ceftriaxona 1g IM dose única + Doxiciclina 100mg 12/12hs VO por 14 dias OU Azitromicina 2g VO dose única + Metronidazol 500mg de 12/12hs por 14 dias	Ciprofloxacino 500mg VO 12/12hs por 14 dias + Doxiciclina 100mg 12/12hs VO por 14 dias OU Azitromicina 2g VO dose única + Metronidazol 500mg de 12/12hs por 14 dias

*Os tratamentos para DIP são de atribuição exclusiva do médico

Os parceiros deverão ser tratados para clamídia e gonorreia, independentemente do agente causador da DIP (se isolado). Este tratamento poderá ser prescrito pelo enfermeiro. Todos os parceiros sexuais nos 60 dias que antecederam o início dos sintomas da DIP deverão ser tratados. Se a mulher relatar não ter se relacionado sexualmente nos últimos 60 dias, trate o último parceiro.

OUTROS PROBLEMAS GENITAIS

Condiloma ou Verrugas Anogenitais

Doença viral causada pelo Papilomavírus Humano (HPV), caracterizada por verrugas anogenitais, as quais podem ser únicas e localizadas ou múltiplas e disseminadas. O diagnóstico é basicamente clínico através da visualização dos condilomas em região peniana, anal ou vaginal, pode permanecer anos sem manifestar lesões verrucóides.

A principal complicação da infecção pelo HPV é o desenvolvimento do câncer de colo de útero nas mulheres e o câncer de pênis nos homens, devendo a avaliação dos

parceiros ser algo a ser buscado sempre, não só na quebra da cadeia de transmissão, mas também na prevenção do câncer genital, o qual apresenta alto impacto na população sexualmente ativa.

Situações especiais como gestantes e pessoas imunodeprimidas, portadores do HIV por exemplo, devem ser avaliados criteriosamente na escolha e condução do tratamento.

Nas gestantes, avaliar se o tempo esperado para o tratamento encerra antes da data mínima esperada para o parto. Caso contrário, discutir com médico da equipe e encaminhar para atenção secundária, se necessário. Contudo, cabe destacar que a ocorrência por HPV no canal de parto não contraindica o parto por via baixa (vaginal), já que a infecção do feto ocorre normalmente no período intra-útero. Apenas as lesões obstrutivas gerariam contraindicação ao parto vaginal.

Quadro 8. Resumo dos esquemas terapêuticos para condilomatose

TERAPÊUTICA	FORMA DE APLICAÇÃO	CUIDADOS
Ácido Tricloroacético (ATA) 8-90%	Cauterização diretamente na verruga genital 1x/semana até a remissão das lesões por até 10 semanas* (pode ser usado em gestantes)	• Deixar secar bem após a aplicação; • Cuidar para atingir somente as verrugas (proteger a área ao redor com lidocaína tópica); • Na ocorrência de dor na aplicação pode-se neutralizar a ação do ácido com o uso de sabão ou bicarbonato de sódio; • Evitar o uso nesta concentração em lesões vaginais internas (mucosa) e colo uterino; neste caso, encaminhar para atenção secundária.

*Em geral, 3 aplicações resolvem, mas o tratamento pode ser estendido por até 10 semanas, havendo necessidade. Outras opções terapêuticas como podofilina 10-25%; Fluoracil a 5% ou crioterapia existem, mas não serão abordados como primeira escolha, em função de suas contra indicações e maiores efeitos colaterais.

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser avisados sobre a possibilidade de recorrência, que frequentemente ocorrem nos três primeiros meses.

Observação: sendo mulher, sempre realizar exame citopatológico de colo uterino (associação de câncer nesse local com HPV);

Encaminhar para atenção secundária se:

- Verrugas com mais de 1 cm de diâmetro;
- Múltiplas lesões complicadas (inflamação importante e/ou infecção no local);
- Verrugas na vagina ou colo uterino;
- Sem melhora após tratamento inicial.
- Tranquilizar paciente já que a maioria das verrugas regride espontaneamente em até 2 anos

Prurido Genital

O prurido em região genital ou perigenital pode evidenciar outros problemas que não os descritos nos capítulos anteriores.

Pediculose genital, a qual consiste na presença de um parasita chamado *Pthirus púbis*, popularmente conhecido como “chato”.

A infecção pode ser evidenciada pela identificação diretamente, a olho nu, do parasita, concomitante com áreas discretas de inflamação na pele de onde o parasita suga o sangue. Ainda podem ser identificados os ovos ligados aos pelos pubianos, de maneira semelhante ao que acontece na infecção pelo piolho comum (*Pediculus capitis*).

O tratamento consiste na aplicação de **permetrina creme a 1%** sobre toda a área afetada, sendo retirada após 10 minutos. O mesmo medicamento deve ser reaplicado após uma semana. Não há contra-recomendações de uso da permetrina em gestantes. O uso de sabão neutro no local é recomendado devido à menor irritação cutânea gerada por esses agentes. É altamente recomendado a troca diária das roupas de cama durante o tratamento, sendo lavados com água e sabão, expostas ao sol e passadas a ferro quente. A mesma recomendação serve para as roupas íntimas. A depilação local deve ser avaliada, sendo efetiva no controle dos parasitas mas não obrigatória, contanto que as condições de higiene pessoal sejam adequadas.

Sendo uma IST, é importante que os parceiros sejam consultados e que todas as orientações referentes à contração de IST sejam realizadas. Além disso, questionar e estar atento para sinais/sintomas que possam sugerir outras IST, bem como oferecer sorologias.

Além da pediculose pubiana, outros problemas podem gerar prurido sem serem enquadrados nos fluxos apresentados. Dentre os mais comuns estão as doenças conhecidas como **líquen** e seus subtipos, as quais possuem natureza etiológica variada e acometem a região genital feminina. Sinais de atenção para o enfermeiro no momento da consulta envolvem a mudança de coloração da vulva, modificações anatômicas da vulva, placas de coloração diferente do habitual (avermelhadas ou esbranquiçadas, normalmente), adelgaçamento da pele vulvar, dispareunia e disúria não explicada, e prurido sem correlação com outras síndromes/doenças. Ao evidenciar um quadro sugestivo de líquen, o enfermeiro deverá **encaminhar para atendimento médico**.

ARBOVIROSES

9. ARBOVIROSES

O QUE SÃO ARBOVIROSES

Documentada clínico e laboratorialmente em 1981 no Brasil, a Dengue vem ocorrendo no país de forma continuada, intercalando com epidemias, seja pela introdução de novos sorotipos em áreas até indenes ou pela alteração do sorotipo circulante, se tornando em 2012 como um dos maiores desafios em Saúde Pública no país.

Transmitida também pelo Aedes em 2014 o Brasil passou a conviver com outra doença, o Chikungunya, tendo como característica principal a artralgia intensa e crônica, podendo persistir por anos.

Em 2015 o país identifica outro Arbovírus transmitido pelo Aedes, o Zika Vírus, afetando gravemente o Nordeste, casos observados por especialistas identificaram uma alteração até então não descrita, a associação com malformações congênitas, atentando o fato para os casos de microcefalia.

Atualmente as Arboviroses são consideradas um dos principais problemas de saúde pública, a prefeitura municipal de Hortolândia preocupada com a epidemiologia e o aumento da transmissão, apresenta neste documento diretrizes e propostas de prevenção e tratamento.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS ARBOVIROSES

Definição de casos suspeitos de Dengue, Chikungunya e Zika Vírus

Todo paciente que apresenta doença febril aguda com duração de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sintomas: cefaléia, dor retro orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não à presença de hemorragias, se define como DENGUE.

Todo caso suspeito de ZIKA VÍRUS consiste em pacientes que apresentam exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de DOIS OU mais dos seguintes sinais e sintomas: febre baixa OU hiperemia conjuntival sem secreção e sem prurido OU poliartralgia OU edema periarticular.

A CHIKUNGUNYA é uma doença aguda, comumente caracterizada por febre de início súbito (tipicamente maior que 38,5°C) e dor articular intensa. Os tornozelos, punho e articulações da mão tendem a ser mais afetados. As maiores articulações como o joelho, ombro e a coluna também podem ser afetadas. Outros sinais e sintomas podem incluir cefaléia, dor difusa nas costas, mialgia, náusea, vômito, poliartrite, erupção cutânea e conjuntivite. O que pode contribuir na diferenciação com a dengue é o predomínio da dor articular sobre os outros sintomas, além de o paciente definir claramente quais são as articulações afetadas.

Quadro 1 – Sinais e sintomas da Dengue, Zika e Chikungunya.

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Sem febre ou subfebril 38°C (1-2 dias subfebril)	Febre alta >38°C (2-3 dias)
Manchas na pele (frequência)	A partir do 4º dia (30-50% dos casos)	Surge no 1º ou 2º dia (90-100% dos casos)	Surge 2-5 dias (50% dos casos)
Dor nos músculos (frequência)	+++ /+++	++ /+++	+ /+++
Dor na articulação (frequência)	+ /+++	++ /+++	+++ /+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intensa
Conjuntivite	Raro	50-90% dos casos	30%
Dor de cabeça (frequência e intensidade)	+++	++	++
Coceira	Leve	Moderada/intensa	Leve
Hipertrofia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	Ausente	Leve
Acometimento neurológico	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em Neonatos)

Fonte: Carlos Brito – Professor da Universidade Federal de Pernambuco.

Quadro 2 - Diferenças principais de sintomatologia entre Dengue, Chikungunya e Zika.

	Dengue	Chikungunya	Zika
Febre alta	++	+++	+/ausente
Exantema	+ (D5-D7)	++ (D1-D4)	++++ (D2-D3)
Mialgia	++	+	+
Artralgia	+/-	+++	++
Dor retroorbital	+++	+	++
Conjuntivites	+/-	-	+++
Sangramentos	++	+/-	-
Choque	+/-	+/-	-
Plaquetopenia	+++	+	-
Leucopenia	+++	++	-
Trombocitopenia	+++	-	-
Linfopenia	++	+++	-
Neutropenia	+++	+	-
Evolução pós fase aguda	Fadiga	Artralgia crônica	-

Sinais/sintomas presentes em: +++ (70-100% dos casos); ++ (40-69%); + (10-39%); +/- (<10%); - (0%).

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

DENGUE

Doença febril aguda, causada por um vírus RNA pertencente ao gênero *Flavivirus*. Possui quatro sorotipos conhecidos: DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4.

Ocorre sobretudo nos países tropicais e subtropicais, cujas condições do meio favorecem a proliferação do mosquito *Aedes Aegypti* fêmea, seu principal vetor.

A transmissão se dá pela picada do mosquito fêmea infectada, por transmissão vertical ou raramente por via transfusional, mesmo quando atendidos os protocolos transfusionais recomendados. A imunidade é permanente para o mesmo sorotipo (homóloga). O período de incubação varia de 4 a 10 dias e ocorre em média de 5 a 6 dias.

Fatores como idade, comorbidades determinam a gravidade da doença, sendo a suscetibilidade universal. É a mais importante arbovirose a acometer o ser humano, tornando-se uma questão de saúde pública global. No Brasil encontra-se disseminado em

todos os estados, amplamente disperso em áreas urbanas.

A infecção pelo vírus da dengue pode ser assintomática ou sintomática, manifestando no paciente estado febril, associado à cefaléia, astenia, mialgia, artralgia e dor retro orbitária. O exantema acomete 50 % dos casos.

O diagnóstico se dá através de exames laboratoriais específicos NS1 ou RT- PCR até do 3° dia dos sintomas e sorologia IgM após do 6° dia dos sintomas e exames inespecíficos (contagem de plaquetas, hematócrito) no primeiro atendimento.

Nas gestantes acometidas por Dengue pode ocorrer sangramentos, aborto e trabalho de parto prematuro. Nos casos graves devem ser hospitalizadas para acompanhamento, tratamento e monitoramento fetal.

Já o Neonato com suspeita de Dengue em virtude da transmissão vertical, deve-se atentar para febre (1 a 11 dias pós-parto), assim como sinais de sangramento. A amamentação deve ser mantida.

O tratamento baseia-se principalmente na hidratação adequada, levando em consideração o estadiamento da doença (grupos A, B, C e D) segundo os sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

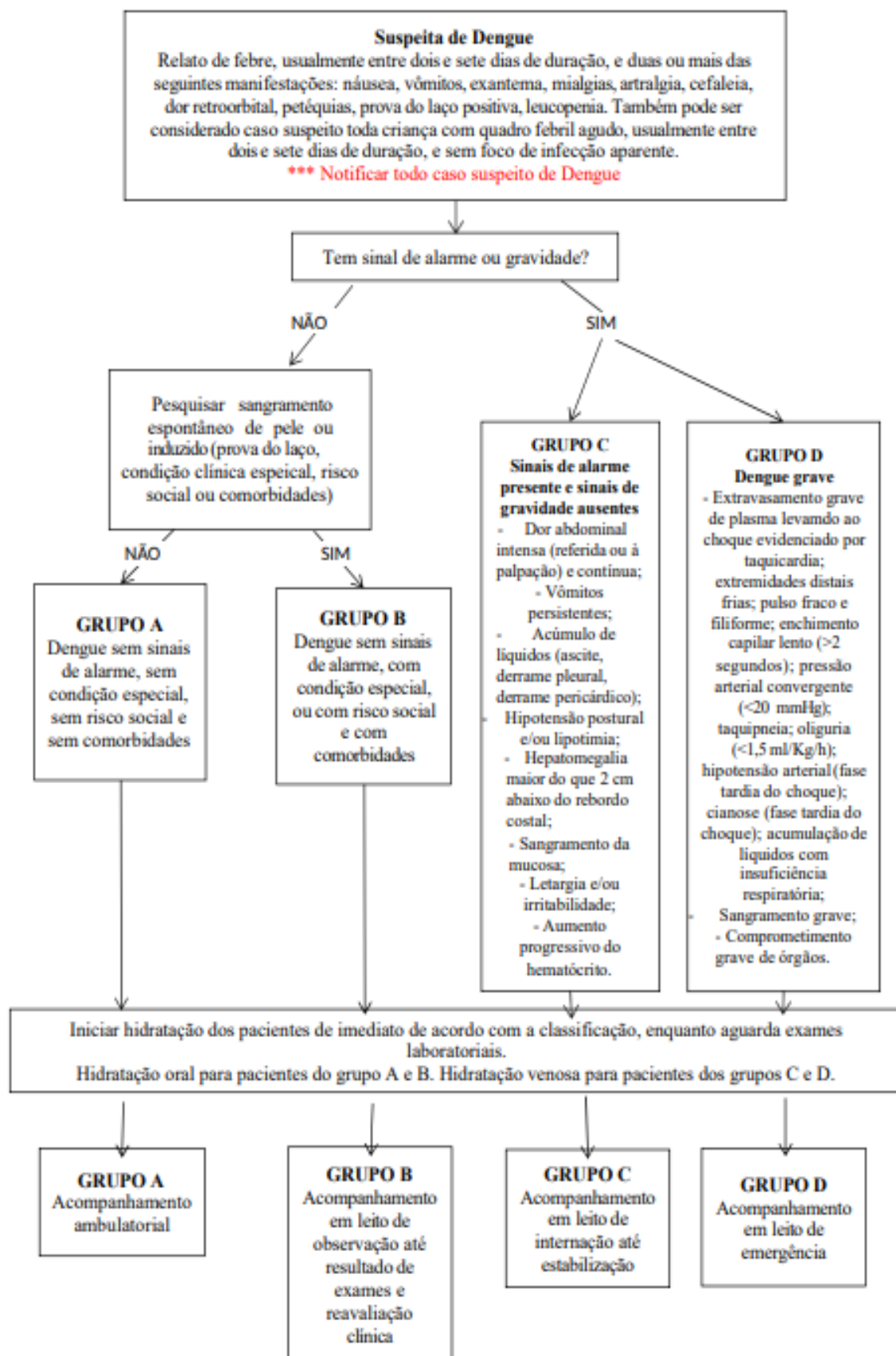
Sinais e sintomas que podem ser apresentados pelo paciente.

- Dor abdominal intensa e contínua, ou dor a palpação do abdome; Vômitos persistentes;
- Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico); Sangramento fácil da mucosa (gengiva, nariz, vagina), sangue em fezes/fezes/hematêmese; Sonolência, confusão ou agitação/irritabilidade;
- Hipotensão (PA <90/60), hipotensão postural e/ou lipotimia; Hepatomegalia maior que 2 cm;
- Aumento progressivo do hematócrito;
- Choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a 3 segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mmHg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória;
- Sangramento grave, segundo a avaliação do médico (ex: hematêmese, melena,

metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central);

- Comprometimento grave de órgãos, tais como: dano hepático importante (AST/ALT > 1000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.

Fluxograma 1 – Atendimento ao paciente com suspeita de Dengue.



Fonte: Brasil, 2016.

Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes (<2 anos), gestantes, adultos com idade >65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença ácido péptica e doenças autoimunes. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.

Quadro 3 – Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas.

	Azul: Grupo A - atendimento de acordo com o horário de chegada;
	Verde: Grupo B - prioridade não-urgente
	Amarelo: Grupo C - urgência, atendimento o mais rápido possível
	Vermelho: Grupo D - emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Protocolo para atendimento de enfermagem referente as arboviroses

1. Fazer acolhimento com avaliação e classificação de risco para nortear atendimento médico;
2. Preencher o cartão de identificação do paciente com suspeita de arboviroses com dados levantados no momento da avaliação (anexo 1);
3. Realizar a prova do laço. A prova do laço é importante para a triagem do paciente suspeito de dengue, pois é a única manifestação hemorrágica representando a fragilidade capilar

Como realizar a prova do laço:

Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço da pessoa e verificar a pressão arterial (deitada ou sentada). Aproveitar e anotar valores no cartão- dengue;

- Calcular o valor médio: (PAS+PAD) /2;
- Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos em adultos (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses;

4. Contar o número de petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

Verificar pressão arterial em pé para observar hipotensão postural. Anotar valores no cartão dengue e na ficha de atendimento;

5. Coletar hemograma dengue (HB,HT e plaquetas em tubo roxo 5ml) e encaminhar para o laboratório. Justificar no pedido que se trate de exame para paciente com suspeita de dengue;

Alterações laboratoriais observadas no hemograma na dengue.

Quadro 4 – Alterações laboratoriais observadas no hemograma na Dengue

	Dengue
Leucócitos	↔↓
HB/HT	↑↑Ht
Plaquetas	↓
AST/ALT	↑
CK	↔(↑)
Bilirrubinas	↔(↑)
Uréia/Creatinina	↔
Albumina	↔/ ↓
Linfócitos Atípicos	+
Coagulopatia	+ / -

Embora o manejo clínico-medicamentoso seja uma atribuição médica, o acompanhamento e as reavaliações posteriores são uma das atribuições do profissional enfermeiro, devendo o acompanhamento do hemograma através das alterações

plaquetárias e do hematócrito serem algo a ser sempre observado.

Recomendamos a solicitação de hemograma em todo paciente suspeito de dengue no município. O hemograma tem como finalidade principal avaliar o hematócrito, para identificação de hemoconcentração. É considerado alterado o hematócrito de paciente aumentado em mais de 10% acima do valor basal (valor habitual para a pessoa) ou, na ausência deste, com as seguintes faixas de valores, sendo considerado critério para encaminhamento ao serviço de referência:

- **Crianças: > 38%**
- **Mulheres: > 44%**
- **Homens: > 50%**

A contagem de plaquetas deve ser sempre observada. Usuários com valores inferiores a 100.000 por mm³ devem ser prontamente avaliados pelo médico, bem como a queda abrupta dos valores basais verificados em exames anteriores.

É importante o retorno do paciente para reavaliação no 3º e no 6º dia da doença. Este é o período em que diminuem os sinais e sintomas clínicos (febre, mialgia, etc.), mas também é o momento crítico para o desenvolvimento de sinais/sintomas de alerta, devendo o hemograma ser solicitado nestes dois dias (Brasil, 2016).

5. Coletar NS1 entre o 1º dia e o 3º dia do início dos sinais e sintomas, solicitando a retirada pelo laboratório. Preencher impresso próprio por completo. (5 ml em tubo seco) (anexo 3);
6. Quando houver alteração na prova de laço, o paciente deve ser encaminhado com referência e contra referência para a unidade (impresso existente na rede) que disponha de suporte para observação do caso, onde se dará a coleta do hemograma e do NS1;
7. Preencher o pedido de sorologia para dengue (por completo) a ser coletado no 6º dia do início dos sintomas e entregar ao paciente, orientando a necessidade da coleta no dia agendado;
8. Preencher a notificação de dengue, passando-a por fax para a VE e enviando posteriormente a ficha para a VE;
9. Orientar a importância da hidratação intradomiciliar para os casos que não necessitem de observação;
10. Tabela de hidratação para pacientes com dengue.

CRIANÇAS: Oferecer soro oral de forma precoce e abundante, **50 ml/kg/dia** (1/3 das necessidades basais, complementando-se o restante com água, suco de fruta, leite, chá, água de coco, sopa, leite materno)*.

Quadro 5 – Valores de referência por peso (em Kg) por criança.

Crianças			
Kg	VOLUME	SORO ORAL 1/3	LÍQUIDO 2/3
10	500 ml	200 ml	300 ml
15	750 ml	250 ml	500 ml
20	1000 ml	350 ml	650 ml
25	1250 ml	450 ml	800 ml
30	1500 ml	500 ml	1000 ml
35	1750 ml	600 ml	1150 ml
40	2000 ml	700 ml	1300 ml
45	2250 ml	750 ml	1500 ml

ADULTO: 60 A 80 ML/KG/DIA (1/3 do volume em soro oral e para os 2/3 restantes, complementar com água, suco de frutas, leite, chá, água de coco, sopa)*.

Quadro 6 – Valores de referência por peso (em Kg) por adulto.

Adultos			
Kg	VOLUME	SORO ORAL 1/3	LÍQUIDO 2/3
50	3000-4000 ml	1000-1200 ml	2000-2800 ml
55	3300-4400 ml	1100-1500 ml	2200-2900 ml
60	3600-4800 ml	1200-1600 ml	2400-3200 ml
65	3900-5200 ml	1300-1800 ml	2600-3400 ml
70	4200-5600 ml	1400-1900 ml	2800-3700 ml
75	4500-6000 ml	1500-2000 ml	3000-4000 ml
80	4800-6400 ml	1600-2200 ml	3200-4200 ml
85	5100-6800 ml	1700-2300 ml	3400-4500 ml
90	5400-7200 ml	1800-2400 ml	3600-4800 ml
95	5700-7600 ml	1900-2600 ml	3800-5000 ml
100	6000-8000 ml	2000-2700 ml	4000-5300 ml

Fonte: diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue – ms – Brasília/DF – 2009.

11. Orientar retorno e a importância para reavaliação nas primeiras 24h, e retorno imediato na presença de febre ou sinais de alerta.

12. Sinais de alerta na dengue:

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômito persistente;

- Hipotensão postural e/ ou lipotimia;
- Hemorragias importantes (hematêmese e/ ou melena);
- Sonolência e/ ou irritabilidade;
- Diminuição da diurese;
- Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia;
- Aumento repentino do hematócrito;
- Queda abrupta de plaquetas;
- Desconforto respiratório.

13. Orientar que os medicamentos com ácido acetilsalicílico não devem ser ingeridos; exemplos: aas, aspirina, buferin, sonrisal, doril, melhoral e alka-seltzer.

14. Orientar os pacientes e familiares sobre medidas para eliminação dos criadouros do vetor (aedes).

Indicações para internação hospitalar

1. Presença de sinais de alarme:
 - a. Dor abdominal intensa e contínua.
 - b. Vômitos persistentes.
 - c. Hipotensão postural e/ou lipotimia.
 - d. Hepatomegalia dolorosa.
 - e. Hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena).
 - f. Sonolência e/ou irritabilidade.
 - g. Diminuição da diurese.
 - h. Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia.
 - i. Aumento repentino do hematócrito.
 - j. Queda abrupta de plaquetas.
 - k. Desconforto respiratório.

2. Recusa na ingestão de alimentos e líquidos.

3. Comprometimento respiratório: dor torácica, dificuldade respiratória, diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade.

4. Impossibilidade de seguimento ou retorno a unidade de saúde.
5. Comorbidades descompensadas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, uso de dicumarínicos, crise asmática, etc.
6. Outras situações a critério médico.

Assistência de enfermagem para pacientes com arboviroses em observação ou internados

IMPORTANTE: REGISTRAR NO PRONTUÁRIO TODOS OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS.

1. Febre

- Controle rigoroso de temperatura.
- Aplicar compressas mornas (nunca fria devido ao risco de vasoconstrição súbita).
- Orientar, auxiliar e supervisionar a ingestão de líquidos (oferta de soro oral).
- Orientar, auxiliar e supervisionar banho com água morna.
- Atentar para o risco de crise convulsiva (crianças menores de 5 anos, principalmente lactentes).
- Observar diurese (quantidade, aspecto e cor).
- Realizar balanço hídrico e hidroeletrólítico.
- Administrar medicação prescrita,
- Registrar sinais vitais.

2. Cefaléia, dor retroorbitária, mialgias e artralgias.

- Verificar sinais vitais.
- Diminuir a luminosidade e ruídos, se possível.
- Orientar repouso relativo.
- Estimular a mudança de decúbito.
- Aplicar a escala de dor para a tomada de conduta.
- Administrar medicação prescrita.
- Aplicar protocolo de cuidados de enfermagem com acesso venoso

periférico ou central.

3. Prurido

- Auxiliar, orientar e dar banhos com água em temperatura ambiente ou aplicar compressas umedecidas em água na pele do paciente, sem fricção.
- Manter as unhas aparadas e lixadas.
- Orientar para a utilização de sabonete neutro.
- Orientar quanto ao uso de medicação prescrita.

Atenção!

A dor abdominal é um achado importante que pode anteceder o choque, constituindo um dos principais sinais de alarme.

4. Plaquetopenia

- Realizar exame físico dirigido: verificar edema, petéquias, equimose, hematoma, sangramentos (epistaxe, gengivorragia, metrorragia e outros).
- Manter o acesso venoso permeável.
- Controlar a diurese e densidade urinária.
- Atentar para o risco de choque.
- Manter cabeceira do leito elevada (semi-fowler).
- Providenciar a coleta de exames de controle de acordo com a solicitação médica.
- Notificar ao médico sempre que o resultado da plaqueta for menor ou igual a 100.000 e o hematócrito maior do que 10% em relação ao valor basal ou anterior.
- Verificar sinais vitais.
- Observar sinais de irritação, agitação, sonolência e convulsão.

Importante: paciente com hematócrito aumentado em até 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, com as seguintes faixas de valores:

- **crianças: $\geq 38\%$ e $\leq 42\%$**
- **mulheres: $\geq 40\%$ e $\leq 44\%$**
- **homens: $\geq 45\%$ e $\leq 50\%$ e/ou plaquetopenia entre 50 e 100.000 cels/mm³ e/ou leucopenia <1.000 cels/mm³.**

5. Anorexia, náuseas e vômitos

- Realizar exame físico.
- Orientar e supervisionar a aceitação da dieta.
- Aplicar protocolo de cuidados de enfermagem com sonda nasogástrica para alimentação, se necessário.
- Estimular a ingesta de soro de reidratação oral (livre demanda em crianças). Em adultos 1/3 do peso corporal, conforme aceitação.
- Atentar para sinais de hiponatremia e hipocalemia.
- Incentivar a ingesta de alimentos/frutas ricas em potássio (laranja, banana, tomate, etc.).
- Adequar a ingesta de líquidos conforme os hábitos do paciente (chimarrão, água de coco, etc.).
- Pesar o paciente diariamente e/ou a cada retorno.
- Observar e avaliar os sinais e sintomas de desidratação (turgor e elasticidade da pele reduzida, diminuição da reserva salivar, pulso filiforme, oligúria ou anúria, fontanela deprimida e taquicardia).
- Verificar e avaliar as alterações dos sinais vitais (anexo a).
- Realizar e avaliar curva térmica e pressórica.
- Anotar volume, característica, data, hora do vômito e frequência.
- Manter o ambiente livre de odores desagradáveis.

6. Sangramentos: gengivorragia, hematêmese, epistaxe, metrorragia e outros

- Identificar e avaliar a ocorrência de sangramento, anotando o local, volume e as características.
- Não administrar medicamentos por via intramuscular.
- Utilizar o dispositivo venoso de acordo com o calibre da veia.
- Exercer pressão no local da retirada de venopunção até cessar o sangramento ou fazer curativo se necessário.
- Aplicar bolsa de gelo ou gelo seco sobre a área de venopunção na persistência de sangramento e/ou aplicar compressão direta sobre o local.
- Verificar sinais vitais.
- Realizar exame físico dirigido: abdome (dor pélvica, distensão, abdominal,

presença de defesa abdominal) e sinais de choque.

- Realizar controle hídrico e hidroeletrólítico.
- Avaliar os exames laboratoriais: plaquetas, tempo de atividade, protrombina, hematócrito e hemoglobina.
- Preparar o paciente para a realização de exames complementares (ultrassonografia), etc.
- Não aplicar pomadas anti trombolíticas.
- Aplicar assistência de enfermagem na administração de hemoderivados.

7. Gengivorragia

- Orientar a higiene oral com escova de cerdas macias ou “bonecas de gaze” com movimentos suaves.
- Orientar bochechos com anti séptico oral não alcoólico.
- Evitar a ingestão de alimentos ácidos, duros e quentes; adequar a dieta de acordo com o estado do paciente e respectiva necessidade calórica.

8. Epistaxe

- Aplicar compressa fria sobre a pirâmide nasal e realizar compressão com o auxílio de gazes.
- Manter o paciente sentado ou em posição semi-fowler.
- Não realizar hiperextensão de pescoço.
- Realizar tamponamento nasal com gazes.
- Interagir com o profissional médico para avaliação da necessidade de tamponamento nasal posterior.
- Manter fixação do tamponamento, identificando data, hora e nome do profissional que realizou o procedimento.
- Avaliar os exames laboratoriais: plaquetas, tap, hematócrito e hemoglobina.
- Orientar e supervisionar a não remoção de crostas, coágulos ou sujidades nasais.
- Verificar sinais vitais.
- Observar aspectos de sangramento e sua duração.

9. Hematêmese

- Avaliar, orientar e registrar a ocorrência: hora, volume e característica.

- Verificar e registrar os sinais vitais.
- Realizar exame físico dirigido: dor e distensão abdominal, abdome em tábua, pele e mucosas e sinais de choque.
- Posicionar o paciente em fowler alto.
- Orientar a higiene oral com escova de cerdas macias ou “bonecas de gaze” com movimentos suaves.
- Orientar bochechos com anti séptico oral não alcoólico.
- Administrar antiemético conforme prescrição médica.
- Realizar controle de diurese.
- Realizar balanço hídrico e hidroeletrolítico.
- Controlar e avaliar eliminações atentando para: diurese (presença de hematúria, oligúria e anúria), fezes (melena, enterorragia).
- Investigar fatores desencadeantes (úlceras pépticas, cirrose hepática, medicamentos anticoagulantes).
- Avaliar exames laboratoriais: plaquetas, tap, hematócrito e hemoglobina.
- Não realizar lavagem gástrica*.
- Evitar inserir sonda nasogástrica. Se necessária a inserção da mesma, atentar para lubrificação adequada para evitar lesões.

Atenção!

A lavagem gástrica pode provocar o aumento de sangramento da mucosa gástrica.

10. Metrorragia

- Realizar controle de diurese.
- Realizar balanço hídrico e hidroeletrolítico.
- Investigar fatores desencadeantes (medicamentos anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, dispositivo intrauterino, gravidez, aborto e puerpério recentes).
- Avaliar exames laboratoriais: plaquetas, tap, hematócrito e hemoglobina.
- Controlar e avaliar metrorragia atentando para: volume, coloração, odor, presença de coágulos.
- Controlar e avaliar as eliminações atentando para: diurese (presença de hematúria, oligúria e anúria), fezes (melena, sangue vivo) e hematêmese.

- Realizar exame físico dirigido: dor pélvica, distensão abdominal, abdome em tábua, pele e mucosas e sinais de choque.
- Estabelecer um método de controle de sangramento vaginal: chumaço, absorvente.
- Orientar a não utilizar absorvente interno.
- Orientar, auxiliar, realizar e supervisionar a higiene da região pélvica.
- Verificar e registrar os sinais vitais.

Assistência de enfermagem para pacientes com sinais de choque

- Hipotensão arterial.
- Pressão arterial convergente (PA diferencial <20mmhg).
- Extremidades frias, cianose.
- Pulso rápido e fino.
- Enchimento capilar lento (>2 segundos).

Conduta de enfermagem

- Detectar precocemente os sinais: hipotensão, hipotermia, taquisfigmia, taquipneia, sangramentos, emese severa, abdômen plano, polidipsia, cianose de extremidades, tontura, irritabilidade, choro persistente ou sonolência em criança, tempo de enchimento capilar >2 segundos, sudorese, pele fria e pegajosa, oligúria/anúria, confusão mental, alteração na fala, torpor e coma.
- Controlar sinais vitais e instalar oxímetro de pulso.
- Identificar precocemente a convergência da pressão arterial.
- Controlar líquidos administrados.
- Administrar oxigênio.
- Desobstruir vias aéreas superiores.
- Manter cabeceira elevada.
- Proceder a cateterismo gástrico conforme prescrição médica.
- Medir resíduo gástrico e atentar para o aspecto.
- Proceder a cateterismo vesical usando técnica aséptica.

- Controlar a diurese e densidade urinária.
- Puncionar acesso venoso calibroso (dois acessos de preferência).
- Manter hidratação venosa conforme prescrição.
- Pesar diariamente o paciente.
- Controlar exames laboratoriais.
- Observar alteração do nível de consciência.
- Manter o paciente aquecido.

Assistência de enfermagem nas complicações da dengue

Extravasamento de plasma

- Manter a circulação intravascular adequada.
- Manter acesso venoso periférico.
- Verificar os sinais vitais (ssvv) 2/2 ou 4/4 horas; (quadro ssvv).
- Avaliar o pulso e a temperatura de 1/1 hora.
- Verificar hematócrito de 4 a 6 horas.
- Orientar a ingesta de líquidos na ocorrência de náuseas ou vômitos Persistentes. Não administrar ingesta.
- Realizar balanço hídrico e hidroeletrólítico.
- Manter acesso calibroso, duas vias (cuidados com venopunção).
- Observar cálculo e volume do gotejamento.
- Realizar exame físico.
- Realizar a hidratação venosa por bomba de infusão.
- Utilizar técnica asséptica.
- Acompanhar a administração de hemoderivados.
- Controlar a diurese no mínimo a cada 8 horas; o ideal é a cada 2 horas.
- Medir a densidade urinária no mínimo de 6/6 horas e no máximo de 12/12 horas.
- Observar resultado esperado: presença de urina em 8 horas, estabilização de sinais vitais.
- Comunicar alterações ao médico.

Choque ou persistência do choque

- Monitorar sinais vitais de 15 a 30 minutos.
- Comunicar a ocorrência de choque imediatamente ao médico.
- Administrar fluídos venosos SF 0,9% ou ringer lactato conforme prescrito.
- Avaliar os exames laboratoriais.
- Anotar, registrar o tempo do choque e as intercorrências.

Sangramento

Procedimento conforme descrito no item anterior sobre sangramentos.

Dor abdominal

Procedimento conforme descrito no item anterior sobre dor abdominal

Hipóxia

- Manter paciente monitorizado com oxímetro de pulso.
- Introduzir cateter nasal ou máscara de oxigênio conforme prescrição médica.
- Trocar o sistema a cada 24 horas.
- Verificar complicações decorrentes da oxigenoterapia (irritabilidade ocular e alterações de gasometria).
- Comunicar ao médico a chegada do resultado dos exames.
- Observar taquipneia, cianose, esforço respiratório e alterações do nível de consciência.
- Aplicar escala de coma de Glasgow.
- Registrar coleta de gasometria com agulha de fino calibre (13/ 4,5).

Atenção!

O cateter pode causar trauma e sangramento.

Oligúria/anúria

- Realizar controle de diurese, observar no prontuário aspectos como cor e odor (valor preocupante: oligúria).
- Realizar cateterismo vesical se necessário.
- Evitar sangramentos durante a remoção da sonda.
- Realizar a higiene externa.
- Realizar exame físico: nível de consciência e sinais de desidratação.
- Avaliar os exames urina tipo I e urocultura.

- Estimular a ingestão de líquidos.

Derrame cavitário

- Realizar exame físico: taquipneia, dispneia, tosse, sons anormais, crepitações roncós e sibilos.
- Verificar os sinais vitais e enchimento capilar.
- Realizar balanço hídrico e hidroeletrólítico, pressão venosa central.
- Observar a evolução do choque.
- Comunicar as alterações ao médico,
- Administrar oxigenoterapia conforme prescrição médica.
- Monitorar hematócrito.
- Administrar medicamentos conforme prescrição médica

Atenção!

Após a melhora do quadro de insuficiência respiratória, manter saturação acima de 95%.

Encefalopatia

- Avaliar nível de consciência (irritabilidade, distúrbio da fala, torpor, coma, desconforto respiratório).
- Providenciar material de emergência.
- Viabilizar oximetria.
- Aplicar escala de coma de Glasgow e avaliação neurológica de hora em hora.
- Atentar para o risco de crise convulsiva.
- Manter em segurança paciente em crise convulsiva.
- Comunicar ao médico o resultado de exames.
- Assegurar medicação e soroterapia.
- Manter acesso venoso calibroso.
- Atentar para cuidados de biossegurança com hemoderivados e hemodiálise
- Aspirar secreção com cuidado, evitar sangramento durante o procedimento
- Registrar no prontuário as condutas de enfermagem prestadas.

Falências hepáticas, renais e respiratórias

- Monitorar continuamente.

Hemoglobinúria

- Detectar precocemente a hemoglobinúria.
- Realizar balanço hídrico e hidroeletrolítico.
- Realizar rigoroso controle de diurese, atentando para coloração e volume urinário.

ZIKA VÍRUS

Doença causada pelo vírus Zika Virus (ZIKV), transmitida por mosquito do gênero *Aedes Aegypti*. A transmissão se dá pela picada do mosquito fêmea infectada, por transmissão vertical ou raramente por via transfusional, mesmo quando atendidos os protocolos transfusionais recomendados.

Gestantes infectadas, mesmo as assintomáticas, podem transmitir o vírus ao feto. Esta forma de transmissão da infecção pode resultar em aborto espontâneo, óbito fetal ou anomalias congênitas.

Os sintomas caracterizam-se principalmente por exantema maculopapular, febre baixa, artralgia, conjuntivite não purulenta, cefaléia, mialgia e prurido, durando aproximadamente 4 a 7 dias. Foram descritos ainda casos de síndrome de Guillain- Barré.

O diagnóstico é realizado por exames laboratoriais através de sorologia IgM até 5º dia dos sintomas ou urina até o 10º do início dos sintomas (gestante) ou RT- PCR até o 5º dia do início dos sintomas.

O tratamento atual consiste em repouso relativo enquanto durar a febre, hidratação, antitérmico e anti-histamínico.

Quando suspeitar de um caso o serviço de saúde deverá:

- Informar Vigilância Epidemiológica precocemente;
- Investigar deslocamento/viagem;
- Verificar histórico de vacinação SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola);
- Descartar processo alérgico;
- Confirmar sinais e sintomas compatíveis com a doença (Exantema Maculopapular Pruriginoso + 2 sintomas: Hiperemia Conjuntival sem secreção e sem prurido ou febre, ou poliartralgia, ou edema periarticular).

Gestante com suspeita de Zika Vírus

Além dos itens anteriores:

- Verificar se há resultados no cartão de pré-natal de Sífilis, Toxoplasmose e Rubéola, caso não haja, realizar a coleta do STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples) com justificativa por se tratar de suspeita de Zika Vírus;
- A amostra para **sorologia coletada não pode ser centrifugada e** deve ser enviada para o IAL juntamente com duas vias da notificação em até 24hs;
- Encaminhar a gestante para o CESM (Centro Especializado em Saúde da Mulher), a fim de realizar acompanhamento em pré- natal de alto risco.

A ficha de notificação será inserida pela Vigilância Epidemiológica no CEVESP (Central de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde), para acompanhamento do caso que permanece em análise para conclusão até o nascimento do recém-nascido.

Recém-nascidos com suspeita de microcefalia

As microcefalias constituem em um achado clínico e podem decorrer de anomalias congênitas ou ter origem após o parto.

Definição: Perímetro Cefálico (PC) que apresente medida menor que menos dois (-2) desvios padrões abaixo da média segundo a tabela de InterGrowth específica para o sexo e idade gestacional.

Repetir o perímetro cefálico após 24 horas do nascimento, se perímetro cefálico dentro da normalidade encerrar investigação, se persistir o desvio, dar continuidade no protocolo de Microcefalia.

A Síndrome Congênita do Zika Vírus pode ocasionar:

- Manifestações Neurológicas;
- Alterações Oftalmológicas;
- Alterações Auditivas;
- Disfagia;

- Alterações ortopédicas.

Na confirmação do desvio do padrão de microcefalia no momento do parto deve-se coletar três fragmentos da placenta (3x3cm), em frasco estéril com soro fisiológico;

Coleta-se Recém Nascido (RN):

- Sorologia para pesquisa de Zika Vírus;
- Hemograma;
- Urina para investigação de Zika Vírus;
- Líquor Cefalorraquidiano para investigação de Zika Vírus.

O recém-nascido tem que ser inserido no RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública) pela SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da instituição onde ocorreu o nascimento. A amostra para **sorologia coletada não pode ser centrifugada** e deve ser enviada para o IAL juntamente com duas vias de notificação em até 24hs.

O hemograma, assim como o STORCH da puérpera devem ser processados no laboratório do hospital, de acordo com a sua referência laboratorial.

Exame de imagem

O RN com suspeita de Microcefalia deve realizar Ultrassom (US) de transfontanela durante o período de internação, caso o resultado tenha alteração é necessário a realização de tomografia de crânio (TC).

Encaminhamentos

O RN deve receber alta com os encaminhamentos para especialidades com agendamento prévio: oftalmologia, neurologia, ortopedia e pediatria. Os encaminhamentos devem ser realizados pelo plantonista da Neonatologia e o agendamento pela representante da linha de cuidado materno infantil no hospital HMMC, tais informações devem ser fornecidas à puérpera durante a internação, reforçadas no momento da alta hospitalar. Todo o caso deve ser comunicado à unidade de referência da paciente, conforme seu endereço de moradia via e-mail e telefone.

CHIKUNGUNYA

Chikungunya significa “aquele que se dobra”, na língua makonde em referência à postura antálgica assumida pelas pessoas afetadas pela doença.

Causada por um vírus RNA pertencente ao gênero Alphavirus, tem como vetor o

Aedes Aegypti fêmea.

A transmissão se dá pela picada do mosquito fêmea infectada, por transmissão vertical (aproximadamente 50 % no período intraparto) ou raramente por via transfusional, mesmo quando atendidos os protocolos transfusionais recomendados.

No Brasil, apesar de atualmente, todos os estados registrarem transmissão autóctone de Chikungunya, existe maior concentração de casos e óbitos nos estados da região Nordeste, mediante a este fato faz-se necessário verificar o deslocamento do paciente antes do início dos sintomas.

As formas graves da infecção pelo Chikungunya acometem, com maior frequência, pacientes com comorbidades, crianças e idosos.

Os sintomas iniciais caracterizam-se, principalmente por febre de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia (não explicadas por outras causas), geralmente acompanhada de dores nas costas, rash cutâneo (presente em mais de 50% dos casos), cefaléia e fadiga, com duração média de sete dias.

O diagnóstico é realizado por exames laboratoriais: hemograma e sorologia após o 6º dia dos sintomas.

Até o momento não há tratamento antiviral específico para a febre de Chikungunya. A terapia utilizada é analgesia, hidratação e de suporte às descompensações clínicas causadas pela doença.

Se o paciente for gestante com exantema, suspeitar também de Zika Vírus e Dengue, investigar STORCH e coletar sorologias.

Caso haja confirmação da suspeita, a unidade de saúde deverá encaminhar o paciente para as especialidades que se fizerem necessárias, realizando acompanhamento em conjunto.

Serviços de apoio, diagnose e terapia

As coletas de sorologia para pesquisa de Dengue, Chikungunya e Zika são realizadas em todas as unidades de saúde. As amostras coletadas nas UBSs são enviadas ao laboratório DMS, já as coletadas nas UPAs e no Hospital Municipal são preparadas pelo Laboratório Santa Paula, ambos os laboratórios preparam as amostras e as encaminham para a Vigilância Epidemiológica municipal que as confere e envia ao Instituto Adolfo Lutz de Campinas (IAL), laboratório este responsável pela realização das análises das amostras. O hospital Samaritano conforme protocolo interno realiza teste rápido de NS1 e

sorologia em todos os pacientes suspeitos de Dengue, já para os casos suspeitos de Chikungunya e Zika Vírus seguem o protocolo municipal.

O município disponibiliza para todas as unidades públicas de saúde os testes rápidos de Dengue, Chikungunya e Zika entregues pelo Ministério da Saúde em 2018. Nas UPAs e HMMMC o teste rápido para diagnóstico das Arboviroses, deverá ser utilizado somente para pacientes internados ou casos com sinais de alarme. Para a realização do teste rápido de Zika Vírus, as unidades realizam a coleta da amostra e enviam para o laboratório DMS, que realiza a análise do mesmo.

Fluxo para notificação de caso suspeito, coleta/envio de amostra

UNIDADE DE SAÚDE

- Identificar caso suspeito, notificar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação on line (GEO);
- Coletar a amostra no período correto;
- Preencher a filipeta de pedido (ANEXO 2);
- Inserir a solicitação de exame no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);
- Solicitar para o laboratório a coleta da amostra na unidade.

Observações:

- Na ausência de internet enviar notificação por malote ou e-mail a V.E;
- Notificação de outros municípios chegam à Vigilância Epidemiológica, por meio do sistema SINAN online (pelo fluxo de retorno) ou por e-mail enviado pela GVE;
- A UVZ tem acesso a todas as notificações, seja pelo GEO ou por envio via malote. Casos suspeitos graves ou óbitos a comunicação entre VE e UVZ acontecerá imediatamente;
- No HMMMC conta-se com a equipe de enfermagem da SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) que realiza as notificações durante visitas clínicas ou busca ativa em Ficha de Atendimento (FA), inserindo-as em todos os sistemas;
- Nas UPAs as notificações são realizadas pela equipe de enfermagem e médica ou através da busca ativa em FA pelos colaboradores administrativos;
- No Hospital Samaritano de Hortolândia o vínculo com a SCIH também é estreito, as

notificações realizadas são enviadas via malote, assim como as amostras coletadas. As notificações são inseridas pela equipe da Vigilância Epidemiológica nos sistemas online. Estamos em processo de capacitação da equipe do hospital para que também tenham acesso ao GEO e GAL;

- Nas UBSs as suspeitas são feitas pela equipe médica e de enfermagem e todo o fluxo de notificação e envio da amostra é realizado pela equipe de enfermagem.

LABORATÓRIO:

- Retira a amostra nas unidades básicas;
- Centrifuga a amostra, exceto as de suspeita de Zika Vírus;
- Encaminha o soro para a V.E municipal.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (V.E.)

- Visualiza a notificação em tempo real no GEO;
- Realiza avaliação qualitativa das notificações através da busca ativa;
- Insere a notificação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação);
- Busca as amostras preparadas pelos laboratórios (DMS, Santa Paula), realiza conferência, insere número de SINAN e encaminha as amostras ao IAL.

SOROLOGIAS

NS1 (Dengue)

Este exame deverá ser realizado até o 3º dia do início dos sintomas dos pacientes com suspeita. Quando reagente não é necessário a coleta de sorologia IgM, definindo o caso como positivo. Mediante a positividade é possível realizar o isolamento viral para que saibamos o sorotipo circulante.

Sorologia (IgM)

Este exame deverá ser realizado no paciente com suspeita de Dengue e Chikungunya a partir do 6º dia do início dos sintomas.

RT – PCR (Zika)

Coletar amostra de sangue para investigação de Zika Vírus até o 5º dia do início dos sintomas (tubo gel - **não centrifugar amostra**);

Em gestantes com suspeita, colher amostra de urina para investigação de Zika Vírus até o 10º dia do início dos sintomas (tubo falcon).

Teste rápido IgM/IgG – Ministério da Saúde

Deverá ser realizado mediante punção capilar ou venosa em toda suspeita após 6º dia do início de sintomas.

Hemograma

Este exame deverá ser realizado no paciente com suspeita de Dengue que chega à unidade de saúde. Será coletada amostra de sangue no primeiro atendimento e encaminhado ao laboratório terceirizado para análise. O resultado é enviado via online à unidade de saúde solicitante para dar sequência à assistência ao paciente. Repetir sempre o exame considerando a evolução clínica e a classificação do paciente.

Plano operacional para as unidades básicas de saúde

As unidades básicas de saúde municipal desde março de 2015 foram organizadas para acolhimento, atendimento clínico, notificação online no sistema GEO, coleta de hemograma e sorologias. Em 2018 tais informações foram reforçadas mediante treinamentos *in loco*.

A conduta perante resultado alterado de um hemograma será realizada pelo profissional técnico de referência e se houver necessidade deverá encaminhar o paciente para atenção secundária.

Observação: É de responsabilidade da unidade o monitoramento do resultado, para continuidade do tratamento e acompanhamento.

Toda unidade básica de saúde deverá estar apta para o atendimento ao paciente do Grupo A, assim como alguns pacientes do Grupo B, conforme sua capacidade.

Grupo A – Azul

Sinais e sintomas clássicos, sem sangramento e sinais de alarme, prova do laço negativo.

Principais Sintomas:

- Febre com duração máxima de sete dias;
- Cefaléia;
- Mialgia;
- Prostração;
- Dor retroorbitária.

Conduta:

- Preencher a ficha de investigação;
- Realizar teste rápido, coleta de sorologia;
- Coletar hemograma a critério médico ou do enfermeiro;
- Prescrever hidratação via oral de forma sistemática;
- Prescrever analgésicos e antitérmicos, se necessário, alertando o paciente para o risco da automedicação;
- É contraindicado o uso de Salicilatos e Anti-inflamatórios não hormonais (Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulida, AAS, entre outros);
- Orientar o paciente quanto a necessidade de repouso;
- Providenciar visita domiciliar para acompanhamento dos pacientes e seus familiares, em sua área de abrangência;
- Informar o paciente após consulta e avaliação clínica quanto a possibilidade de realizar o tratamento no domicílio, orientando-o a retornar à unidade de saúde identificada no Cartão de Acompanhamento de Arboviroses, se possível diariamente ou ao menos no primeiro dia do desaparecimento da febre ou em caso de surgimento de sinais de alarme;
- Organizar no serviço um fluxo diferenciado para agilizar as consultas de retorno.

Condições clínicas especiais ou comorbidades

Priorizar o cuidado dos pacientes com maior vulnerabilidade de complicações e que necessitam de cuidados especiais na hidratação, tais como: adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença ácido péptica e doenças autoimunes. Encaminhar às UPAs

de referência e/ou hospital municipal, mediante descompensação dos quadros.

Ações do grupo A

- Garantir vaga de acolhimento qualificado, utilizando instrumento de classificação de risco nas agendas das equipes de saúde;
- Disponibilizar exames(hemograma, com resultado no mesmo dia) para monitoramento dos casos.
- Garantir espaço e insumo necessário para iniciar a reidratação oral precoce imediata;
- Garantir que todo caso suspeito, seja registrado no Cartão de Acompanhamento de Arboviroses (ANEXO 1), e as unidades tenham o registro em prontuário, se necessário;
- Garantir o fluxo para retorno do paciente para coleta de sorologia, conforme protocolo de cada grupo, garantindo também conclusão dos casos em tempo oportuno;
- Garantir acompanhamento e monitoramento dos pacientes suspeitos durante todo período sintomático pela equipe de saúde.

Grupo B – Verde

Manifestações hemorrágicas espontâneas OU prova do laço positivo OU condição clínica especial OU comorbidades e SEM sinal de alarme.

Principais Sintomas:

- Febre com duração máxima de sete dias;
- Cefaléia;
- Mialgia e Artralgia;
- Prostração;
- Dor retroorbitária;
- Gengivorragia, metrorragia, petéquias, equimoses, sangramento de mucosa, sangramento menor em trato gastrointestinal.

Conduta:

- Preencher a ficha de investigação;

- Realizar teste rápido, coleta de sorologia;
- Realizar hidratação oral ou venosa supervisionada;
- A unidade deve realizar o hemograma-Dengue, com liberação de resultado em tempo hábil (mesmo dia), para avaliação e manejo clínico adequado e precoce;
- Após hidratação supervisionada e avaliação médica o paciente deverá realizar tratamento em domicílio e deve ser orientado para retornar diariamente à unidade de saúde identificada no Cartão de Acompanhamento de Arboviroses ou em caso de surgimento de sinais de alarme;
- Em casos de pacientes que procuram atendimento fora da sua área de abrangência, atendê-lo e após remissão dos sinais/sintomas encaminhá-lo com referência a sua UBS;
- O paciente com manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas deve ser encaminhado ao Hospital Municipal para esquema de hidratação supervisionado pela equipe de enfermagem e avaliação médica.

Ações do grupo B

- Garantir vaga de acolhimento qualificado, utilizando instrumento de classificação de risco nas agendas das equipes de saúde;
- Disponibilizar insumos necessários aos atendimentos na rede de atenção básica e urgência;
- Disponibilizar exames (hemograma com plaquetas, com resultado de preferência no mesmo dia) para monitoramento dos casos. Quando diagnosticado hemoconcentração encaminhar para UPA com possibilidade de reclassificar o paciente a cada retorno programado na unidade;
- Garantir espaço e insumo necessário para iniciar a reidratação Oral/IV precoce imediata, e detectar oportunamente o aparecimento de sinais de alarme e sinais de choque;
- Garantir que todo caso suspeito, seja registrado no Cartão de Acompanhamento de Arboviroses, e as unidades tenham o registro em prontuário, se necessário;
- Garantir a transferência dos pacientes com sinais e sintomas de manifestações hemorrágicas ao Hospital/UPA;
- Garantir o fluxo para retorno do paciente para coleta de sorologia, conforme

protocolo de cada grupo, garantindo também conclusão dos casos em tempo oportuno;

- Garantir acompanhamento e monitoramento dos pacientes suspeitos durante todo período sintomático pela equipe de saúde.

Grupo C - Amarelo

Manifestações hemorrágicas espontâneas OU prova do laço positivo OU condição clínica especial OU comorbidades e COM sinal de alarme. Ausência de sinais de choque.

Principais Sintomas (Sinais de Alerta):

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Hipotensão Postural ou lipotímia;
- Melena ou hematêmese ou enterorragia;
- Sonolência ou irritabilidade;
- Diminuição da diurese;
- Diminuição repentina da temperatura;
- Aumento repentino do hematócrito;
- Queda abrupta de plaquetas;
- Desconforto respiratório;
- Sangramento em mucosa (gengivorragia, epistaxe, metrorragia, etc).

Ações do grupo C

- Garantir vaga de acolhimento qualificado, utilizando instrumento de classificação de risco nas agendas das equipes de saúde;
- Iniciar hidratação EV imediata (inclusive durante a transferência);
- Garantir a transferência dos pacientes com sinais e sintomas de manifestações hemorrágicas ao Hospital/UPA;
- Garantir o fluxo para retorno do paciente para coleta de sorologia, conforme protocolo de cada grupo, garantindo também conclusão dos casos em tempo oportuno.

Grupo D - Vermelho

Presença ou não de fenômenos hemorrágicos, presença ou não de Sinais de Alerta, presença de QUALQUER sinal de choque.

Principais Sintomas (Sinais de Choque):

- Hipotensão Arterial;
- Pressão Arterial Convergente (PA diferencial < 20 mmHg);
- Extremidades frias, cianose;
- Pulso rápido e fino;
- Enchimento capilar lento (>2 segundos).

Ações do grupo D

- Garantir vaga de acolhimento qualificado, utilizando instrumento de classificação de risco nas agendas das equipes de saúde;
- Iniciar hidratação EV imediata vigorosa (inclusive durante o deslocamento para transferência);
- Garantir a transferência dos pacientes com sinais e sintomas de manifestações hemorrágicas ao Hospital/UPA;
- Garantir o fluxo para retorno do paciente para coleta de sorologia, conforme protocolo de cada grupo, garantindo também conclusão dos casos em tempo oportuno.

AÇÕES DE PROMOÇÃO E CONTROLE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Participar das reuniões da Sala de Situação e do Comitê Municipal de Arboviroses, no sentido de identificar necessidades e articular ações;
- Utilizar as salas de esperas das unidades para divulgar as ações preventivas no combate as Arboviroses e os sinais de alertas;
- Garantir os 04 ciclos de visitas casa-a-casa do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para o controle do vetor em áreas cobertas pelo profissional. Caso a área não seja coberta por este profissional, as visitas serão realizadas pelo Agente Comunitário de Endemia (ACE) da UVZ;
- Garantir a distribuição de material de orientação as Arboviroses para a

população, ofertado pelos órgãos competentes;

- Realizar divulgação à comunidade, orientando a buscar a rede básica para primeiro atendimento em caso de suspeita das Arboviroses;
- Solicitar e manter EPI (Equipamento de Proteção Individual) e identificação pessoal necessária para visita domiciliar dos ACS;
- Disponibilizar a todas as equipes materiais de orientação/protocolos dos Grupos A, B, C e D e específicos;
- Orientar em todos os grupos de Educação Permanente em Saúde e nas visitas domiciliares, quanto ao acolhimento de casos suspeitos na própria unidade de referência, bem como orientações de controle do vetor;
- Responsabilizar o coordenador da unidade pela reorganização do processo de trabalho, garantindo todo cuidado em saúde;
- Ampliar o acesso aos sistemas online (GEO e GAL) a todos os profissionais de saúde, garantindo o manuseio dos sistemas por toda a equipe;
- Verificar periodicamente o GEO a fim de conferir se não há paciente pendente para coleta de sorologia.

Propostas

- Elaborar plano de capacitação das equipes em parceria com Vigilância Epidemiológica;
- Realizar parceria com a UVZ para ações em áreas da UBS que não contam com ACS;
- Efetivar parceria com a VE para acompanhamento da situação epidemiológica periodicamente;
- Avaliar na sala de situação o cumprimento das ações do plano, conforme instrumento específico;
- Fortalecer a comunicação entre os serviços de saúde, através dos coordenadores e profissionais da unidade para divulgação da ocupação dos serviços de saúde, promovendo reorganização do fluxo quando a capacidade instalada for extrapolada;
- Disponibilizar o manual de classificação de risco e manejo clínico do paciente com suspeita de Arboviroses para toda a equipe;
- Revisar o manual técnico de enfermagem juntamente com a VE, para

atendimento dos casos Dengue, inserindo Zika Vírus e Chikungunya.

PLANO OPERACIONAL PARA AS UNIDADES DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA (SAMARITANO, HMMMC, UPA)

O Hospital Municipal e Maternidade Mário Covas (HMMMC) conta com unidades de internação adulta e pediátrica, alojamento conjunto, pronto socorro adulto e infantil, leitos de retaguarda, leito dia, centro cirúrgico, central de material e esterilização e serviço de endoscopia. Possui serviço de RX 24h e exame de ultrassonografia no período diurno. Ao total dispõe de 62 leitos de internação e três leitos de retaguarda clínicos. Leitos de semi-intensivo e de terapia intensiva são submetidos à regulação estadual, via central de vagas regional e/ ou estadual.

Realiza atendimento de pacientes em demanda espontânea e com encaminhamento de outras unidades de saúde do município (UBS e UPA's), assim como dos municípios vizinhos e das 04 unidades prisionais.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA Amanda, Nova Hortolândia e Rosolém), funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana. Contam com uma estrutura simplificada: sala de urgência, raio x, eletrocardiografia, leitos de pediatria e leitos de observação adulto. Dispõem de 03 consultórios clínicos e 02 pediátricos. Conforme a diretriz de atendimento mantém o paciente em observação por até 24h e caso haja necessidade transferem o mesmo para o hospital municipal via Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU).

Contamos também com um hospital privado (Samaritano) que dispõe de 22 leitos de internação, sendo 12 leitos destinados à maternidade, 10 leitos a clínica cirúrgica e 07 leitos para Unidade de Terapia Intensiva. Possui serviço de ultrassonografia, RX, tomografia 24h.

ATENÇÃO TERCIÁRIA

Como o município não dispõe de atenção terciária os casos graves que necessitem de terapia intensiva são encaminhados aos hospitais referenciados da região de acordo com a Central de Regulação de Ofertas de Serviço de Saúde (CROSS).

Hospital Municipal e Maternidade Mário Covas e UPAs

- Na recepção é realizada a abertura da Ficha de Atendimento e o paciente aguarda a convocação para classificação de risco;
- Na classificação de risco é realizada verificação de sinais vitais, anamnese e exame físico, conforme a classificação o paciente é encaminhado ao atendimento de emergência ou urgência. Caso haja suspeita é preenchido o Cartão de Acompanhamento de Arboviroses é preenchido assim como a notificação;
- Caso seja classificado como urgente, o paciente aguarda ser convocado para consulta médica;
- No atendimento de emergência o paciente é encaminhado imediatamente a sala vermelha no pronto socorro;
- Permanecem em unidade de observação os pacientes classificados como B, C e D, este último até transferência hospitalar;
- Gestantes com suspeita de Zika faz-se necessário verificar a carteira de vacinação quanto a aplicação de sarampo, caxumba, rubéola e varicela (SCR), resultado de exame de VDRL, toxoplasmose e atentar-se para sinais e sintomas de alergias;
- Caso não haja resultados de STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes) no cartão de pré-natal, verificar se foi realizado e se necessário solicitar coleta;
- O Período de análise bioquímica das Arboviroses será de 04 horas. Todos os resultados bioquímicos das Arboviroses serão consultados via sistema online para consulta e impressão;
- Caso o paciente não se enquadre nos critérios para coleta de sorologia e receber alta, orientá-lo a procurar UBS de referência para coleta.

UPA's:

- Toda sorologia deve ser armazenada em caixa de resfriamento com gelo reutilizável para realização do transporte via motoboy que ocorrerá a cada 04

horas. Exames para análises no IAL deverão ser encaminhados via motoboy ao laboratório terceirizado com o pedido de SINAN preenchido e realizado a solicitação via sistema GAL do IAL e com a notificação da doença via sistema GEO;

- O período de análise bioquímica das Arboviroses será de 04 horas.
- Todos os resultados bioquímicos das Arboviroses serão visualizados via sistema on-line para consulta e impressão.

Observação:

- Caso o paciente seja classificado no grupo A e B para dengue no hospital e nas UPAs, o mesmo deve ser encaminhado após coleta de hemograma para a UBS com pedido de SINAN para coleta de sorologia no 6º dia dos início dos sintomas com o Cartão de Acompanhamento de Arboviroses;
- Caso o paciente atendido na UPA for classificado no grupo C para Dengue e ocorrer piora do quadro clínico e alterar a classificação para o grupo D o mesmo deve ser encaminhado via SAMU para o HMMMC e posteriormente Via CROSS para o hospital com vaga cedida;
- Gestantes com suspeita de Arboviroses que procurarem o serviço nas UPAs devem receber atendimento e ser encaminhadas para o HMMMC via SAMU, para realizar atendimento especializado se necessário;
- Avaliado a possibilidade de testes rápidos para dengue, este deverá ser realizado pela equipe da enfermagem da sala de observação.

Monitoramento: Os pacientes internados no HMMMC, o monitoramento ocorrerá diariamente, pelo médico plantonista da clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e enfermeiro da unidade. O enfermeiro do SCIH do HMMMC avaliará e acompanhará os pacientes e sorologias solicitadas e/ou coletadas, comunicando imediatamente a VE se o paciente estiver evoluindo para forma mais grave das Arboviroses ou ocorrer transferência para outro serviço.

Nos casos graves ou de óbito a VE solicitará um relatório sobre o caso, que deverá ser providenciado pelos serviços (UPA e Hospital).

Condutas conforme a classificação

GRUPO A

Conduta:

- Tratar os sintomáticos, aliviando os sinais e sintomas;
- Realizar exames complementares **obrigatórios**: hemograma completo e dosagem de albumina sérica e transaminases;
- Notificar o caso e inserir no GEO;
- Preencher o Cartão de Acompanhamento de Arboviroses;
- Orientar sobre a importância do retorno para reavaliação clínica e laboratorial na UBS de referência, assim como coleta de sorologia.

GRUPO B

Conduta:

- Tratar os sintomáticos, aliviando os sinais e sintomas;
- Realizar exames complementares **obrigatórios**: hemograma completo e dosagem
- de albumina sérica e transaminases;
- Notificar o caso e inserir no GEO;
- Realizar radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdômen;
- Realizar avaliação de necessidade de exames como: glicemia, uréia, creatinina, eletrólitos, gasometria, coagulograma;
- Preencher o Cartão de Acompanhamento de Arboviroses;
- Após preencher critérios de alta, orientar sobre a importância do retorno para reavaliação clínica e laboratorial na UBS de referência, assim como coleta de sorologia.

GRUPO C:

Conduta:

- Iniciar a reposição volêmica imediata, em qualquer local de atenção, inclusive manter durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares;
- Realizar exames complementares **obrigatórios**: Hemograma completo e Dosagem de albumina sérica e transaminases;
- Realizar coleta de sorologia se atender os critérios e inserir no Gal;
- Realizar radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdome;
- Realizar avaliação de necessidade de exames como: glicemia, uréia, creatinina, eletrólitos, gasometria, coagulograma;
- Proceder à reavaliação clínica;
- Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até três vezes. Seguir a orientação de reavaliação clínica (sinais vitais, PA, avaliar diurese) após uma hora, e de hematócrito em duas horas (após conclusão de cada etapa);
- Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção;
- Exames para confirmação de dengue são obrigatórios para os pacientes do grupo C, mas não são essenciais para a conduta clínica. Na primeira coleta de sangue, solicitar a realização da sorologia também;
- Notificar o caso e inserir no GEO;
- Preencher cartão de Acompanhamento de Arboviroses;
- Realizar transferência para hospital terciário conforme Central de Regulação de Ofertas de Serviço de Saúde (CROSS).

GRUPO D:

Conduta:

- Iniciar a expansão volêmica imediata (SF 20 ml/kg em até 20 minutos) com punção de acesso venoso periférico calibroso e controle rigoroso de infusão, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo

na ausência de exames complementares;

- Oferecer O2 suplementar, sendo a forma da oferta definida em função da tolerância e da gravidade;
- Realizar exames complementares **obrigatórios**: Hemograma completo e Dosagem de albumina sérica e transaminases;
- Realizar coleta de sorologia se atender os critérios e inserir no Gal;
- Realizar RX tórax (PA, perfil e Laurell) e USG de abdome para identificação de derrames cavitários;
- Realizar avaliação de necessidade de exames como: glicemia, uréia, creatinina, eletrólitos, gasometria, coagulograma e TTPA;
- Reavaliar clínica a cada 15 – 30 minutos o hematócrito em 2 horas;
- Notificar o caso e inserir no GEO;
- Coletar sorologia e incluir no sistema GAL e comunicar a VE;
- Caso o primeiro atendimento ocorra na UPA o paciente deve ser encaminhado via SAMU para o HMMMC e posteriormente para o hospital com vaga cedida VIA CROSS.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

As ações da Vigilância Epidemiológica (VE) abrangem o conjunto de atividades que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar ou recomendar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde. A VE por meio da análise contínua das informações sobre a ocorrência das doenças e agravos é um instrumento de planejamento e organização dos serviços de saúde (Lei 8.080, 1990).

Ações:

- Garantir a realização periódica das reuniões do Comitê Municipal das Arboviroses com os representantes de todas as secretarias municipais, ressaltando a identificação das necessidades para desencadeamento de ações necessárias;
- Garantir a periodicidade das reuniões da Sala de Situação de Arboviroses para desencadeamento de ações necessárias, assim como a apresentação de dados epidemiológicos e quando necessário articular parcerias para integrar as ações

frente ao combate do mosquito *Aedes Aegypti*;

- Capacitar em parceria com a assistência e a UVZ os profissionais de saúde do município;
- Incentivar, apoiar e capacitar os profissionais da educação e alunos na prevenção das Arboviroses;
- Apoiar técnico e logisticamente as unidades de saúde;
- Divulgar e garantir a utilização dos protocolos de ações de Arboviroses disponíveis (Ministério da Saúde e Município) e atualizá-los periodicamente;
- Orientar sobre os exames específicos e inespecíficos e seus insumos necessários aos atendimentos de casos de Arboviroses;
- Orientar e apoiar o acesso aos exames laboratoriais (hemograma com plaquetas, com resultado no mesmo dia) para monitoramento dos casos;
- Sugerir que os exames de dosagem sérica de albumina e proteínas totais sejam realizados, principalmente em casos de paciente com sinais de alerta;
- Realizar busca ativa/contato telefônico junto com a UVZ dos casos possíveis positivos clínicos/epidemiológicos e/ou laboratoriais a fim de levantar histórico e encerrar caso;
- Implementar as parcerias com as vigilâncias dos serviços de atenção secundária e terciária para acompanhamento dos casos internados e graves;
- Distribuir, incentivar e monitorar o devido uso do Cartão de Acompanhamento de Arboviroses para todos os casos suspeitos;
- Manter o envio dos dados /boletins epidemiológicos as unidades de saúde, gestores municipais;
- Manter, incentivar e acompanhar as unidades de saúde a realizar a notificação compulsória oportuna, assim como coleta de sorologia na suspeita das Arboviroses;
- Monitorar a digitação das notificações em tempo real pelas unidades de saúde no GEO, realizando a digitação diária das notificações e resultados dos exames, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN DENGUE ONLINE;
- Conferir as notificações de outros municípios via e-mail ou SINAN, dando sequência no tratamento, coleta de exames, encaminhando a notificação para UVZ inserir no GEO;
- Estimular e direcionar quando necessário a coleta de material para realização de

NS1, a fim de identificação do sorotipo circulante;

- Orientar quanto a utilização dos testes rápidos de Arboviroses;
- Receber os resultados de exames por guia de remessa enviada pela GVE17 por email e manter atualizado os resultados de exames no Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN DENGUE ONLINE;
- Garantir e manter o fluxo do envio a UVZ dos resultados de exames enviados pela GVE17 ou após conferência no GAL;
- Sensibilizar, acompanhar, incentivar e mobilizar as unidades de saúde para realizarem a coleta de sorologias pendentes, visualizadas no GEO;
- Garantir a utilização do GAL por parte das unidades de saúde para que as mesmas cadastrem e acompanhem as amostras enviadas, realizando a busca do resultado de sorologia e impressão do mesmo;
- Monitorar e orientar a coleta de exames em gestantes dos casos suspeito de Zika Vírus, fazendo relatório em parceria com as unidades de saúde;
- Acompanhar todos os suspeitos de Chikungunya, investigando os casos em parceria com as unidades de saúde;
- Monitorar as taxas de incidência das Arboviroses, de casos graves e de óbito, avaliando consistência da informação e detectando pontos críticos;
- Garantir e manter a utilização das ferramentas de monitoramento de Histograma e Diagrama de Controle em parceria com a assistência e a UVZ para avaliação da possibilidade de risco inicial de epidemia;
- Investigar imediatamente os casos graves e óbitos suspeitos notificados para identificação e correção dos seus fatores determinantes enviando relatórios (SFHA) à GVE (Grupo de Vigilância Epidemiológica) para discussão dos casos sempre em parceria com a unidade de saúde para fechamento dos mesmos;
- Sensibilizar os laboratórios do município, para enviarem todos os resultados de sorologias das Arboviroses para a Vigilância Epidemiológica municipal;
- Manter contato com os laboratórios regionais e particulares notificantes de casos suspeitos para envio posterior do resultado da sorologia;
- Divulgar dados/situação epidemiológica em todas as salas de situação, orientando que as mesmas sejam multiplicadas na equipe;
- Realizar em parceria com a assistência o manual/protocolo de atendimento de enfermagem no manejo clínico das Arboviroses;

- Discutir junto com a unidade as condutas dos pacientes suspeitos;
- Garantir encerramento oportuno dos casos (antes de 60 dias da notificação), assim como a notificação mediante suspeita e a coleta de sorologia no período correto;
- Realizar capacitação com os ACS E ACE para atualização teórica e discussão das dificuldades, levando para conhecimento dos gestores durante a sala de situação;
- Monitorar as unidades de saúde silenciosa, apresentando dados durante a sala de situação.

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DAS ARBOVIROSES

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO ARBOVIROSES	
Nome do paciente:	
Idade:	
Dengue () Chikungunya () Zika ()	
Endereço:	
Nome da Unidade de Referência:	
ATENÇÃO AOS SINAIS E SINTOMAS DE ALARME • Dor abdominal intensa e contínua • Vômitos persistentes • Sangramento de mucosas: gengiva, nariz e outras vias • Tontura ou desmaio • Fraqueza • Irritabilidade • Queda da pressão arterial quando em pé • Agitação ou sonolência • Dificuldade de respirar • Choro persistente em crianças	
Se você apresentar um ou mais dos seguintes sintomas, procure o serviço de saúde mais próximo imediatamente. Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde.	



Hortolândia

Cidade que cresce com a gente

- 1- Repouso é importante para a sua recuperação: evite qualquer esforço físico.
- 2- Os líquidos são fundamentais para evitar o agravamento da doença. Beba em grande quantidade ao longo do dia, água, chá, sucos, água de coco, soro caseiro ou soro de reidratação oral (S.R.O).
- 3- Nunca tome medicamentos sem prescrição médica.
- 4- Os medicamentos à base de salicilatos (AAS) não devem ser administrados, pois podem causar ou agravar sangramentos.
- 5- Alimente-se bem, é importante não parar de comer. Prefira alimentos frescos e evite gordurosos.

2 colheres de sopa de açúcar;
1 colher de café de sal;
Dissolver em 1 litro de água potável ou fervida

1 envelope;
Dissolver em 1 litro de água potável ou fervida.

271

Ficha SINAN de solicitação de exames.

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES		Nº	
Requisitante	1 Laboratório	Código	2 Data de Entrada		
	3 Município de Notificação		Código IBGE		
	4 Unidade de Saúde		Código (SIA/SUS)		
	5 Endereço		6 (DDD) Telefone		
Paciente/Exames	7 Nome do Paciente		8 Número do Cartão SUS		
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade	D • dias M • meses A • anos	11 Sexo	M • Masculino F • Feminino I • Ignorado
	12 Suspeita Clínica				
	13 Caso 1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado	14 Data dos Primeiros Sintomas	15 Exame		
	16 Material Enviado	17 Data da Coleta	18 Uso de Antibiótico na Data da Coleta 1 • Sim 2 • Não 9 • Ignorado		
	19 Gestante ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	20 Paciente tomou vacina? se sim, especificar:	Data		
	21 Requisitante		22 Data		

EXAME_NET 16/12/2006 MR CORL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006

Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 18. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.

Solicitação de NS1

Nome do paciente: _____
Data do início dos sintomas: ____/____/____
Data da coleta: ____/____/____ Hora: _____
Data da entrada no laboratório: ____/____/____ Hora: _____

TUBERCULOSE PULMONAR

10. TUBERCULOSE PULMONAR

SUSPEITA CLÍNICA

Suspeita clínica é definida com a presença de tosse por tempo igual ou superior a 3 semanas e/ou qualquer um dos seguintes sintomas: febre persistente (normalmente vespertina) por pelo menos 2 semanas, perda de peso ou dispneia (normalmente com dor), sudorese noturna ou hemoptise (tosse com sangue). Observar diagnóstico diferencial para pacientes com diagnóstico de asma, DPOC e broncopneumonia.

Diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. A tuberculose é transmitida por via aérea em praticamente todos os casos. A infecção ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). Os doentes bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção. Doentes de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa, mesmo que tenham resultado positivo à cultura, são muito menos eficientes como fontes de transmissão, embora isso possa ocorrer. As formas exclusivamente extrapulmonares não transmitem a doença.

BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS – S.R.

É a atividade de saúde pública (conceito programático) orientada a identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (Sintomático Respiratório), consideradas com suspeita de tuberculose pulmonar, visando à descoberta dos casos bacilíferos. A busca ativa do SR deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde (níveis primário, secundário e terciário) e tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente (GOLUB et al., 2005; TOMAN, 1980; WHO, 2009; AMERICAN THORACIC SOCIETY; CDC; INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA, 2005).

Para interromper a cadeia de transmissão da TB é fundamental a descoberta

precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa em pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta desses casos. É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos.

Atenção especial deve ser dada nos seguintes casos: comunidades fechadas; etilistas; usuários de drogas; imunodeprimidos (câncer, doença autoimune, HIV/AIDS e DM mal controlados, doença renal e hepática), trabalhadores em contato com TB, pacientes que já abandonaram tratamento anterior; moradores de rua; privados de liberdade; indígenas; e pessoas institucionalizadas. Nestes casos, investigar TB com tosse persistente a partir de uma semana.

Na suspeita clínica o enfermeiro deverá solicitar 2 amostras de escarro (para baciloscopia) e raio-X de tórax.

A cultura e teste de sensibilidade deverão ser indicadas e solicitadas nos seguintes casos:

- Suspeita clínica e/ou radiológica de Tb com baciloscopia repetidamente negativas;
- Suspeitas de TB com amostras paucibacilares (poucos bacilos);
- Suspeita de TB com dificuldades de obtenção da amostra (ex: crianças);
- Suspeita de TB extrapulmonares;
- Contatos de casos de TB resistente;
- Paciente com antecedentes de tratamento prévio, independente do tempo do tratamento decorrido;
- Paciente com baciloscopia positiva no 2º mês de tratamento;
- Paciente imunodeprimidos, principalmente portadores de HIV;
- Falência ao tratamento anti-TB;
- Em investigação de populações com maior risco de albergarem cepa de *M. tuberculosis* resistente (profissionais de saúde, população de rua ,privados de liberdade, pacientes internados em hospitais que não adotam medidas de biossegurança e instituições de longa permanência) ou com difícil abordagem subsequente (indígenas).

As amostras de escarro devem ser uma no momento da consulta e outra a ser coletada na manhã (ao acordar) do dia seguinte. **Se o diagnóstico for evidenciado pela**

baciloscopia e/ou cultura, iniciar tratamento. Em caso negativo, encaminhar para interpretação de raio-X de tórax pelo médico.

EXAMES DE RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO

Os exames para rastreamento, diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose poderão ser solicitados nos seguintes casos:

Quadro 1 - Exames para tuberculose e respectivas atribuições profissionais.

EXAME	CONDIÇÕES PARA SOLICITAÇÃO	QUEM PODE SOLICITAR
Baciloscopia diagnóstica ou TRM	Pacientes com clínica para tuberculose; pacientes com alterações radiológicas pulmonares; contatos de pacientes com tuberculose.	Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico
Baciloscopia de controle	Solicitação mensal (frequência habitual) a partir de diagnóstico positivo, sendo indispensáveis no segundo, quarto e sexto mês no esquema básico de tratamento.	Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico
Cultura e teste de sensibilidade (TS)	Solicitado conjuntamente à baciloscopia de diagnóstico e controle (conforme critério estabelecido acima).	Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico
Prova Tuberculínica (PT)	Para identificação de ILTB (Infecção Latente Tuberculose)	Enfermeiro e médico
	– indicado a suspeita de TB extrapulmonar, TB em crianças menores de 10 anos, uso de inibidores de fator necrose pulmonar, pacientes infectados pelo HIV, outros imunossupressores.	
	Caso não seja possível realizar PT, encaminhar para atendimento médico com vistas a alternativas.	
Raio-X de tórax	Para suspeita clínica de TB (conjuntamente à baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade) e para rastreamento dos contatos de TB (diagnóstico a cargo do médico).	Enfermeiro e médico
Teste anti-HIV	Para todos os pacientes com suspeita/diagnóstico de tuberculose. Deverá ser realizado teste	Enfermeiro, médico e técnico/auxiliar de enfermagem

	rápidos com aconselhamento pré e pós-teste.	
--	---	--

CONFIRMAÇÃO DE CASO DE TUBERCULOSE

Considera-se confirmação de caso de Tuberculose pulmonar com, pelo menos:

- Uma ou ambas amostras de baciloscopias diretas positivas; ou
- Uma cultura positiva, indiferentemente dos resultados das baciloscopias; ou
- Teste rápido molecular (TRM) detectado;
- Imagem radiológica sugestiva de tuberculose.

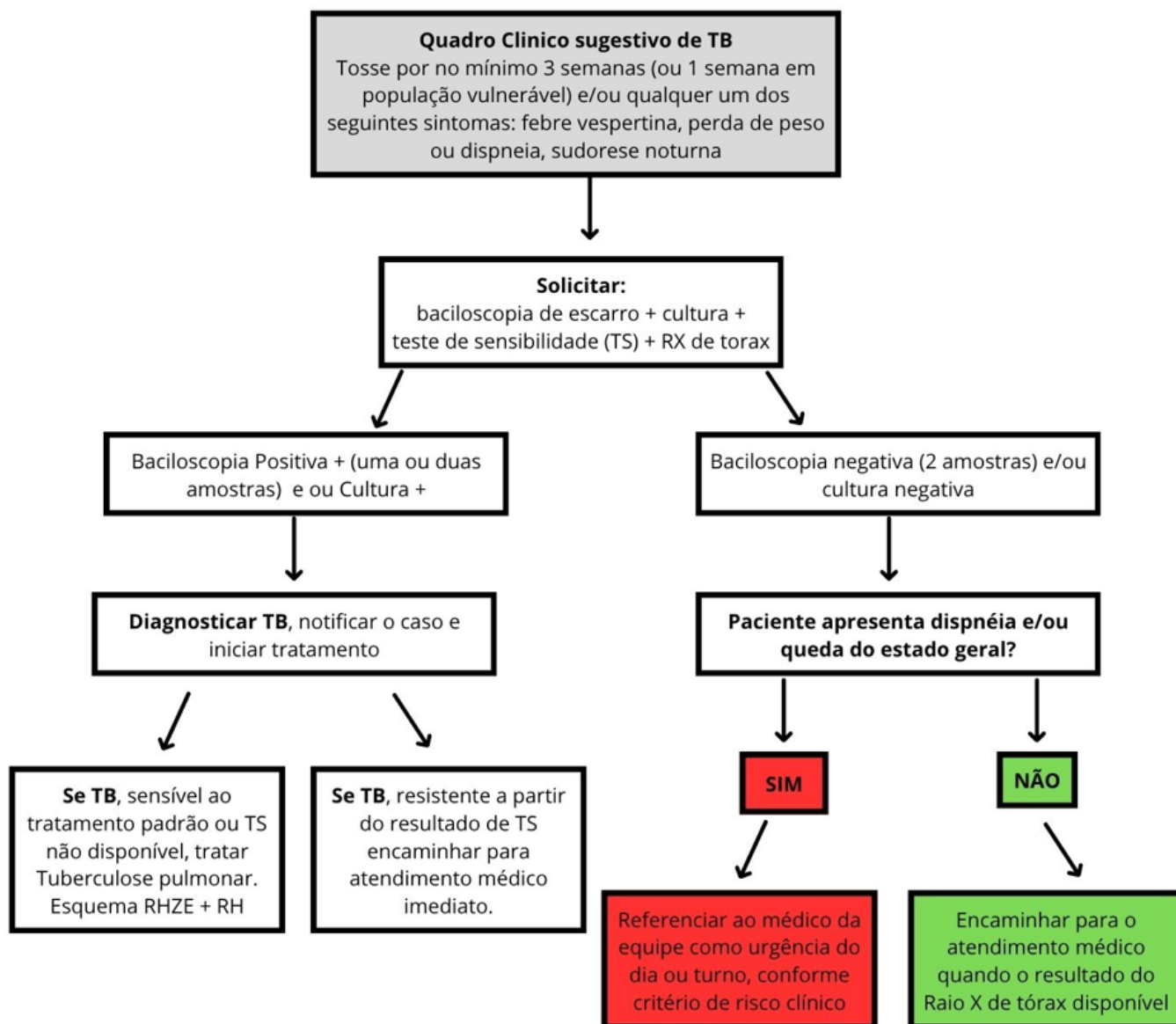
Nos casos contemplados pelos itens 1, 2 e 3 o enfermeiro poderá realizar a confirmação diagnóstica de tuberculose.

Para todos os usuários com TB confirmada deve-se oferecer teste rápido HIV (ou teste laboratorial, na impossibilidade de realização do teste rápido, realizar o pré e pós-aconselhamento).

O afastamento das atividades laborais ou estudantis se faz necessário de imediato, dessa forma, solicitar interconsulta com médico para emissão de atestado.

Se o paciente não se enquadrar nos quatro casos descritos acima, mas persistir com clínica sugestiva de TB, o médico poderá fechar diagnóstico para TB, independentemente dos resultados de exames laboratoriais/imagem.

Fluxograma - Diagnóstico de tuberculose



*População vulnerável: comunidades fechadas; etilistas; usuários de drogas; imunodeprimidos (câncer, doença autoimune, HIV/AIDS e DM mal controlados, doença renal e hepática), trabalhadores em contato com TB, pacientes que já abandonaram tratamento anterior; moradores de rua; privados de liberdade; indígenas; e pessoas institucionalizadas.

TRATAMENTO

Condições gerais para prescrição/renovação pelo enfermeiro

O enfermeiro poderá prescrever somente o esquema básico de tratamento para tuberculose pulmonar, incluindo a fase intensiva e a fase de manutenção. A prescrição do tratamento (início ou renovação) só poderá ser realizada nas seguintes situações:

- Nos casos novos - paciente que nunca usou medicamento anti-TB ou usou por menos de 30 dias.
- No 1º retratamento após cura - indivíduo com tuberculose pulmonar em atividade que já se tratou anteriormente com esquema básico e recebeu alta por cura. Neste caso o enfermeiro poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- No retratamento após abandono – doente que após iniciado o tratamento básico de tuberculose pulmonar, deixou de realizar o tratamento por mais de 30 dias consecutivos após data de início do mesmo. Neste caso o enfermeiro poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- O enfermeiro poderá iniciar tratamento básico para tuberculose pulmonar em dependentes químicos nos casos novos, 1º retratamento ou retratamento após abandono de tratamento básico, porém deverá agendar consulta médica subsequente para reavaliação. O acompanhamento destes casos deverá ser compartilhado com o médico.

O enfermeiro não poderá iniciar o tratamento para tuberculose pulmonar nas seguintes situações: menores de 18 anos; gestantes; pacientes com história de doença hepática prévia; pacientes com história de nefropatias; pacientes com idade avançada (60 anos ou mais); pacientes com desnutrição severa; coinfeção por HIV; e TB multirresistente. Nestes casos, o enfermeiro poderá realizar acompanhamento compartilhado com o médico e solicitar exames de controle/acompanhamento (baciloscopias e cultura).

Medicações

As medicações utilizadas no esquema padronizado são: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E). O esquema básico para adultos tem duração de seis

meses, dividido em duas fases: a intensiva, composta por dois meses de uso de RHZE; e a de manutenção, com uso de RH por quatro meses. Esse esquema está indicado para todos os casos novos de tuberculose pulmonar e para os casos de retratamento. As doses das medicações prescritas são baseadas no peso do paciente (BRASIL, 2010), por essa razão deverá ser feito a pesagem em cada encontro.

Quadro 2 - Esquema básico de tratamento para tuberculose.

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	UNIDADES/DOSE	TEMPO DE TRATAMENTO
2 RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses
		36 a 50 Kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
		> 70 Kg	5 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH 150/75 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 Kg	2 comprimidos	4 meses
		36 a 50 Kg	3 comprimidos	
		51 a 70kg	4 comprimidos	
		> 70kg	5 comprimidos	

Fonte: Tratamento da TB em adolescentes e adultos, Ministério da Saúde, 2021

Reações adversas

As reações adversas ao tratamento da tuberculose são divididas em dois grupos: reações adversas menores e reações adversas maiores.

O enfermeiro poderá realizar intervenções somente nas reações adversas menores, que normalmente não é necessário suspender o medicamento anti-TB, conforme quadro:

Quadro 3 - Efeitos adversos mais comuns no tratamento da tuberculose.

EFEITOS ADVERSOS	PROVÁVEIS FÁRMACOS RESPONSÁVEIS	CONDUTA
Intolerância digestiva (Náusea, vômito), epigastria	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol	Reformular horário de administração da medicação: junto com desjejum ou à noite. Prescrever metoclopramida 10 mg a cada 8 horas por até 5 dias. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas.

Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Tranquilizar o paciente e descartar sintomas urinários não relacionados à medicação. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas
Prurido e exantema leve	Isoniazida e Rifampicina	Avaliar em conjunto com médico da Equipe manejo e uso de medicação sintomática (anti-histamínico).
Dor articular	Pirazinamida, Isoniazida	Avaliar em conjunto com médico da equipe uso de medicação sintomática. Prescrever ibuprofeno* 300mg a cada 8 horas por 5 dias. Avaliação médica conjunta/subseqüentes.
Neuropatia periférica	Isoniazida	Avalia em conjunto com médico da Equipe conduta e evolução do sintoma.
Hiperuricemia com artralgia	Pirazinamida, Etambutol	Orientar dieta hipopurínica.
Ansiedade, euforia, insônia	Isoniazida	Orientar, observar evolução e realizar avaliação conjunta com o médico sem persistência.
Febre	Rifampicina, Isoniazida	Realizar avaliação conjunta com o médico.

*Tomar com/após alimentação. Evite se úlcera péptica, reação alérgica severa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação $\geq$ 30 semanas. Cuidado se $\geq$ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteróides, varfarina, abuso de álcool. Nestes casos, solicitar avaliação médica para alternativa terapêutica.

- O usuário deve ser orientado da ocorrência dos principais efeitos adversos e da necessidade de retornar ao serviço de saúde na presença de algum sintoma que identifique como possivelmente associado ao uso dos medicamentos. A persistência destes sintomas, após intervenção do enfermeiro, deverá ser avaliada em consulta médica.
- **As reações adversas maiores são:** exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave; psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma; neurite óptica; perda de visão; hepatotoxicidade; hipoacusia, vertigem, nistagmo; trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite; nefrite intersticial; rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal. Estes casos **são de acompanhamento médico imediato.**

Os usuários com maior risco de desenvolvimento de efeitos adversos são aqueles com idade avançada, alcoolismo, estado nutricional comprometido, doença hepática ou renal, infecção pelo HIV.

A substituição ou suspensão de qualquer medicamento do tratamento da tuberculose frente ao efeito adverso é de competência médica.

Acompanhamento, controle e alta

Durante o tratamento básico de 6 meses da tuberculose pulmonar, o usuário deverá realizar uma reavaliação clínica em até 2 semanas após o início do tratamento. Posteriormente a avaliação clínica deve ser realizada com frequência mínima mensal, podendo ser quinzenal ou até semanal, considerando-se a adaptação e adesão ao tratamento ou gravidade/mudança do quadro clínico.

O acompanhamento inclui consultas médicas e de enfermagem, visando a identificação de queixas e sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução dos medicamentos, e detecção de manifestações adversas com seu uso, além da solicitação dos exames de acompanhamento. O controle das baciloscopias deverá ser solicitado mensalmente. O controle do peso do paciente deve ser a cada encontro.

Deverá ser realizado para todos os casos (novo ou retratamento) **o Tratamento Diretamente Observado (TDO)**, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento. (FRIEDEN; SBARBARO, 2007).

O TDO é mais que ver a deglutição dos medicamentos. É necessário construir um vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde. A escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe e o paciente, considerando a estrutura de atenção à saúde existente. É desejável que a tomada observada seja diária, de segunda a sexta, no entanto, se para o doente a opção de 3 vezes por semana for a única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado. Deverá ser preenchido o TDO em impresso próprio e comunicado mensalmente a Vigilância a quantidade de dias realizados por mês.

Nunca deve entregar a medicação mensal para o paciente em tratamento, caso não for realizar o TDO, a entrega deverá ser semanal ou quinzenal.

A Vigilância Epidemiológica municipal enviará mensalmente o boletim de acompanhamento de tuberculose que deverá ser preenchido e devolvido o mais breve possível, para que se possa alimentar o sistema do TBWEB.

A alta do tratamento poderá ser realizada pelo enfermeiro nos casos em que o diagnóstico e a alta foram realizados/evidenciados através de baciloscopia direta e cultura. Para isso, o usuário deverá ter, ao final dos seis meses de tratamento, o resultado da última coleta de baciloscopia (duas amostras) e cultura negativas (conforme protocolo).

A alta do tratamento deverá ser realizada pelo médico nos casos em que o diagnóstico foi realizado por outras evidências que não a baciloscopia direta e cultura, e também nos casos em que o tratamento foi iniciado pelo médico (ou seja, nos casos em que o enfermeiro não pode iniciar o tratamento, conforme critérios estabelecidos neste protocolo).

Toda alta (independentemente do motivo) deverá ser registrada no prontuário, com devida notificação aos setores de vigilância em acompanhamento do caso. Todos os documentos obrigatórios de registro de acompanhamento do caso são de responsabilidade tanto do enfermeiro quanto do médico da equipe.

Controle dos contatos

É atribuição da Atenção Básica o Controle dos Contatos da Tuberculose. O enfermeiro, quando diagnosticar um caso de tuberculose pulmonar, deverá identificar as pessoas consideradas contatos visando prevenir o adoecimento destes e/ou diagnosticar precocemente casos de doença ativa. Após investigação deverá ser enviado a Vigilância em impresso próprio, com todos os dados pertinentes.

São considerados contatos: toda pessoa que convive no mesmo ambiente (casa, trabalho, escola, instituição, entre outros) com o caso índice, no momento do diagnóstico da tuberculose. A avaliação deverá ser individualizada, considerando a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição.

- Crianças com diagnóstico de tuberculose devem ter todos os seus contatos investigados, na tentativa de identificar o caso índice, visto que crianças com

TB geralmente desenvolvem a doença após transmissão por contato adulto bacilífero.

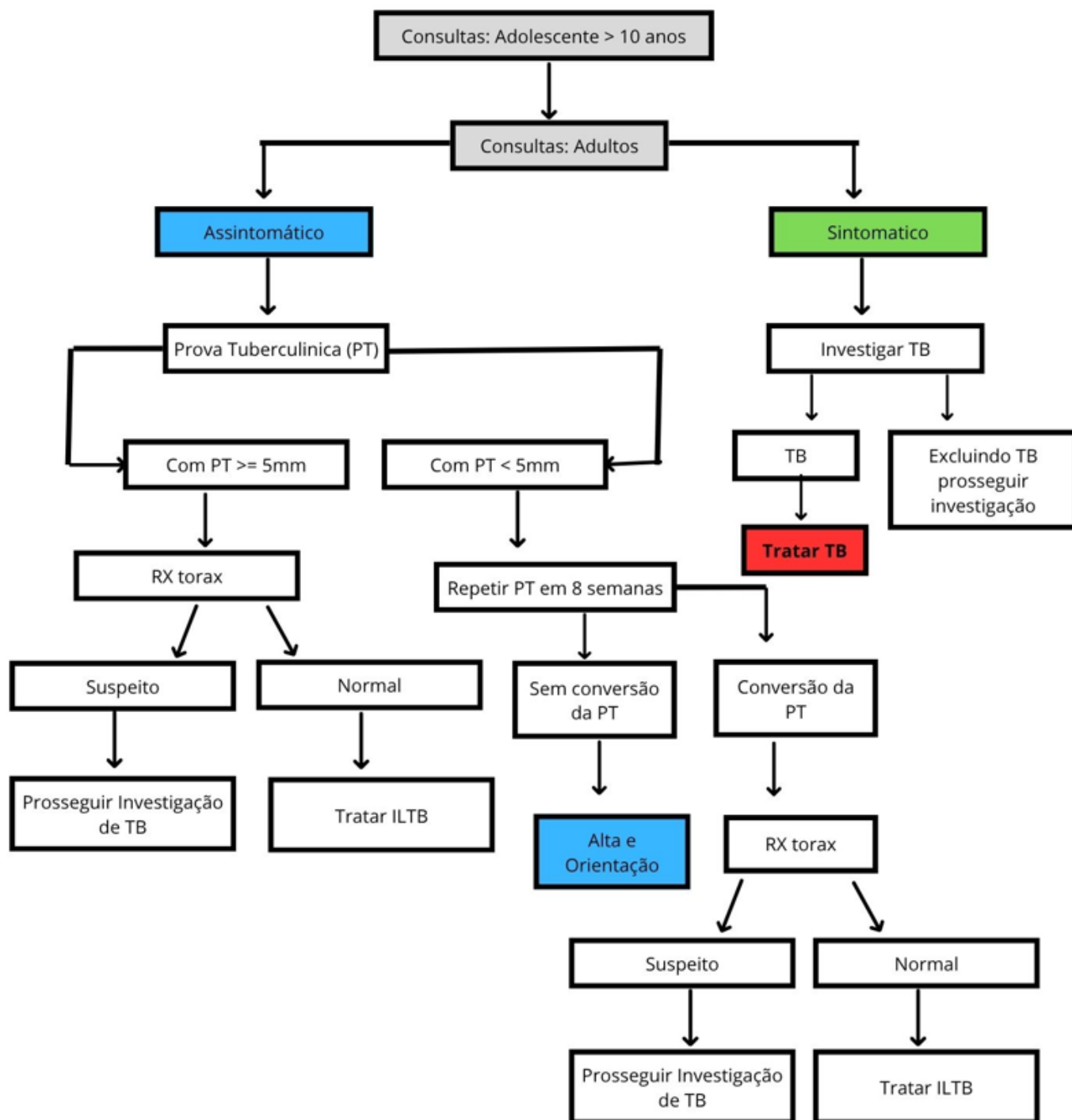
Rastreamento dos contatos

Assintomáticos – solicitar raio X de tórax e PT(segundo protocolo estadual e municipal) e encaminhar para consulta médica subsequente para avaliação. Caso não seja possível solicitar a PT, o enfermeiro deverá solicitar somente o raio-X de tórax e encaminhar para consulta médica subsequente.

Assintomáticos crianças – realizar PT e radiografia de tórax na primeira consulta. Se PT $\geq$ 5mm (em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de dois anos ou portadoras de qualquer condição imunossupressora); ou $\geq$ 10mm em crianças vacinadas com BCG há menos de dois anos, tratar ILTB. Se PT não preencher os critérios mencionados, repeti-la em oito semanas. Em caso de conversão, tratar ILTB.

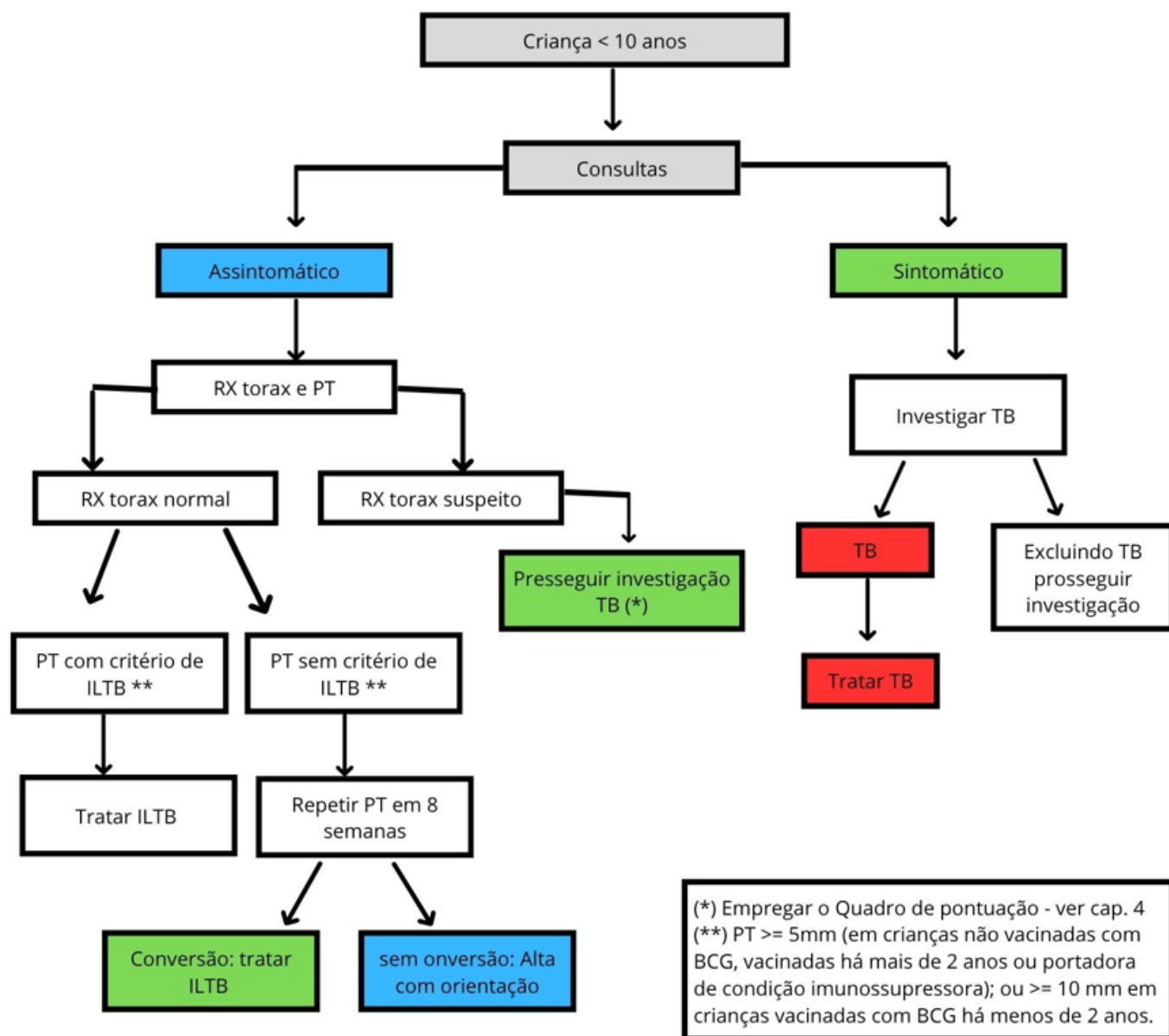
Sintomático – investigar TB ativa - o enfermeiro deverá solicitar duas amostras de escarro para baciloscopia, Cultura, TS(segundo protocolo estadual e municipal) e raio-X de tórax.

Fluxograma - Avaliação de contatos de tuberculose maiores de 10 anos



***Na impossibilidade de realizar PT, seguir investigação apenas com o resultado do Rx de Tórax.**

Fluxograma - Avaliação de contatos de tuberculose menores de 10 anos



*Empregar o quadro de pontuação (ver capítulo Diagnóstico no Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil).

** PT $\geq$ 5mm (em crianças não vacinadas com BCG, vacinadas há mais de 2 anos ou portadoras de condição imunossupressora); ou $\geq$ 10mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos

- Contatos infectados pelo HIV deverão tratar ILTB independentemente do resultado da PT ;
- Se os contatos não comparecerem à unidade de saúde, a visita domiciliar deve ser realizada;
- O resultado da avaliação do contato deve ser registrado em prontuário ou ficha específica. Os contatos registrados e examinados devem ser informados no Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento de Casos, em campo específico;
- Após serem avaliados, pelo médico da equipe, não sendo constatada TB ou não existindo indicação de tratamento da ILTB, deverão ser orientados a retornar à unidade de saúde, em caso de aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de tuberculose, particularmente sintomas respiratórios;
- Para conduta em caso de recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero, ver capítulo Tratamento preventivo da tuberculose. (Manual de Recomendações para o controle de tuberculose no Brasil).

A prova tuberculínica (PT) será considerada positiva nos seguintes casos:

- $\geq 5\text{mm}$ em crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas com BCG no primeiro ano de vida ou não vacinadas, maiores de 2 anos, e crianças indígenas independente da BCG;
- $\geq 10\text{mm}$ em crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas para BCG no primeiro ano de vida, menores de 2 anos;
- $\geq 10\text{mm}$ em crianças com contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas pelo BCG após o primeiro ano de vida, vacinadas há menos de 2 anos.

Tratamento de contatos

A avaliação de tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTB) para contatos e em outros casos deverá ser realizada pelo médico da equipe (incluindo renovação de prescrição).

Se iniciado o tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTb) o usuário deverá ser acompanhado mensalmente, podendo ser quinzenal ou até semanalmente, podendo ser pelo médico ou enfermeiro, onde será estimulada a adesão ao mesmo, e será feito o monitoramento clínico de efeitos adversos.

O tratamento da ILTB com Isoniazida (H) prescrito pelo médico, reduz em 60% a 90% o risco de adoecimento (SMIEJA et al., 2000). Esta variação se deve à duração e à adesão ao tratamento. O fármaco utilizado é a Isoniazida – na dose de 5mg/kg a 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300mg/dia. Deve ser realizado por um período mínimo de seis meses.

Deverá ser feito a notificação em impresso próprio e o preenchimento mensal do boletim de acompanhamento sendo enviada a Vigilância Epidemiológica municipal.

A alta do tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTb) deverá ser realizada pelo médico e registrada em prontuário.

Mesmo após o término do tratamento, os usuários devem ser orientados a procurar a unidade de saúde em caso de sintomas sugestivos de TB.

BCG

Indicações

A vacina BCG é prioritariamente indicada para crianças de 0 a 4 anos 11 meses e 29 dias de idade, conforme as recomendações a seguir:

- Recém-nascidos com peso maior ou igual a 2 kg devem ser vacinados ao nascer, o mais precocemente possível, ainda na maternidade ou na primeira visita ao serviço de saúde.
- Crianças vacinadas na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal após seis meses da administração da vacina devem ser revacinadas apenas uma vez.

Para indivíduos expostos ao HIV, devem ser consideradas as seguintes condições:

- Crianças filhas de mãe HIV positiva podem receber a vacina o mais precocemente possível até os 18 meses de idade, se assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência;
- Crianças com idade entre 18 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias, não

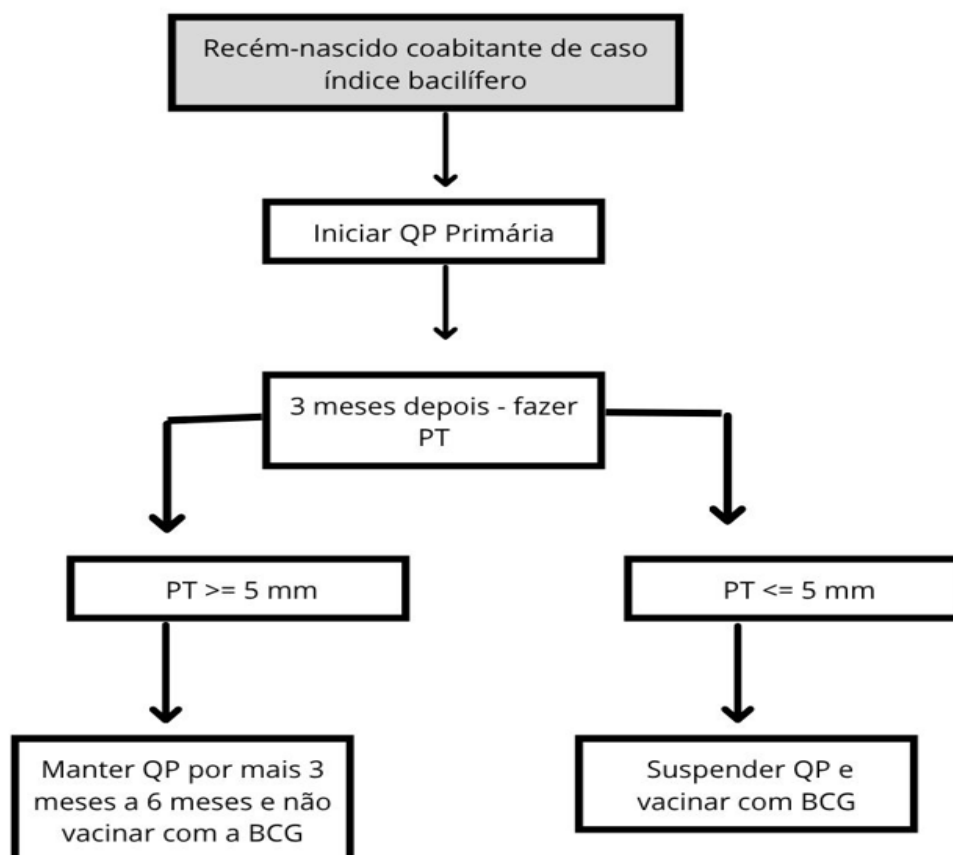
vacinadas, somente podem receber a vacina BCG após sorologia negativa para HIV; para estes indivíduos, a revacinação é contraindicada;

- A partir dos cinco anos de idade, indivíduos portadores de HIV não devem ser vacinados, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência.

Prevenção da infecção latente ou quimioprofilaxia primária

Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero. Nestes casos, o recém-nascido não deverá ser vacinado ao nascer. A isoniazida(H) é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a PT. Se o resultado da PT for $\geq 5\text{mm}$, a quimioprofilaxia – QP deve ser mantida por mais três a seis meses, caso contrário interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG.

Fluxograma – Tratativa de BCG com recém-nascido e quimioprofilaxia da TB



Contraindicações para realizar a BCG

- Indivíduos a partir dos cinco anos de idade, portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência;
- Indivíduos acometidos por neoplasias malignas;
- Pacientes em tratamento com corticosteróides em dose elevada (equivalente à dose de prednisona de 2mg/kg/dia, para crianças até 10 kg ou de 20mg/dia ou mais, para indivíduos acima de 10 kg) por período superior a duas semanas;
- Pacientes em uso de outras terapias imunossupressoras;
- Pacientes em tratamento com corticosteróides em dose elevada (equivalente à dose de prednisona de 2mg/kg/dia, para crianças até 10 kg ou de 20mg/dia ou mais, para indivíduos acima de 10 kg) por período superior a duas semanas;
- Pacientes em uso de outras terapias imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, dentre outros);
- Gestante.

ESCARRO INDUZIDO

A técnica do escarro induzido, utilizando nebulizador ultrassônico e solução salina hipertônica (cinco ml de NaCl 3% a 5%), pode ser usada em pacientes com forte suspeita de tuberculose pulmonar e sem adequado material proveniente da árvore brônquica, tanto para a baciloscopia direta quanto para a cultura.

A prescrição de escarro induzido poderá ser realizada pelo enfermeiro quando o usuário não apresentar expectoração para amostra de escarro.

Para a obtenção da solução a 3 %, utilizar o seguinte prescrição que consiste em nebulização com solução salina hipertônica (0,5 ml de cloreto de sódio 20% + 5 ml de cloreto de sódio a 0,9%) por 15 minutos.

A indução do escarro deve sempre ser realizada em condições adequadas de biossegurança.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

- Identificar Sintomáticos Respiratórios;
- Solicitação de baciloscopia para todo indivíduo com tosse a mais de 3 semanas, independente do motivo da consulta – no mínimo 2 amostras - uma em cada dia;
- Orientar o indivíduo para coleta;
- Preencher livro de registro de Sintomático Respiratório;
- Coordenar a busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame;
- Realizar a busca ativa de sintomáticos respiratório permanentemente por todos os serviços de saúde, inserindo como um processo de trabalho;
- Participar e realizar as campanhas de busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários;
- Orientar quanto a coleta de escarro;
- Administrar vacina BCG – com capacitação;
- Realizar prova tuberculínica – com capacitação;
- Realizar consulta de enfermagem;
- Solicitar exames: rastreamento e acompanhamento e contatos;
- Iniciar tratamento e prescrever medicações (esquema básico) conforme normativa;
- Avaliar e prescrever necessidade de escarro induzido;
- Convocar/convidar contatos para investigação;
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso de medicações;
- Convocar/identificar doente faltoso;
- Realizar assistência domiciliar quando necessário;
- Notificar e investigar casos confirmados;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares;
- Orientação dos ACS, técnicos e auxiliares quanto ao acompanhamento TDO;

- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, às ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;
- Acompanhar e realizar o Tratamento Diretamente Observado (T.D.O.);
- Encaminhar ao Setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

- Identificar Sintomáticos Respiratórios;
- Solicitação de baciloscopia para todo indivíduo com tosse a mais de 3 semanas, independente do motivo da consulta – no mínimo 2 amostras - uma em cada dia;
- Orientar o indivíduo para coleta;
- Preencher livro de registro de Sintomático Respiratório;
- Coordenar a busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame;
- Realizar a busca ativa de sintomáticos respiratório permanentemente por todos os serviços de saúde, inserindo como um processo de trabalho;
- Participar e realizar as campanhas de busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Solicitar busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame.
- Auxiliar a equipe na assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto a coleta de escarro;
- Administrar vacina BCG – com capacitação;
- Realizar prova tuberculínica – com capacitação;
- Convocar/convidar contatos para investigação;
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso de medicações;
- Convocar/identificar doente faltoso;
- Realizar assistência domiciliar quando necessário;

- Notificar e investigar casos confirmados;
- Acompanhar e realizar o Tratamento Diretamente Observado (T.D.O.);
- Encaminhar ao Setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local;

ANEXOS

ANEXO I

MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO	PROTOCOLO
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150MG/ML AMPOLA	MULHER
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 25MG + CIPIONATO DE ESTRADIOL 5MG AMPOLA	MULHER
ACICLOVIR - 200MG COMPRIMIDO	IST
ACIDO ACETIL SALICÍLICO - 100 MG COMPRIMIDO	ADULTO
ALBENDAZOL - 400 MG COMPRIMIDO	INFANTIL
ALBENDAZOL - 40MG/ML SUSPENSÃO ORAL	INFANTIL
ALGESTONA ACETOFGENIDA 150MG + ENANTATO DE ESTRADIOL 10MG AMPOLA	MULHER
ANLODIPINO, BESILATO- 5 MG COMPRIMIDO	ADULTO
ATENOLOL - 50 MG COMPRIMIDO	ADULTO
AZITROMICINA - 500MG CÁPSULA	IST
BENZILPENICILINA BENZATINA - 1.200.000 UI INJETÁVEL	IST
BICARBONATO DE SÓDIO PÓ ENVELOPE	INFANTIL
CAPTOPRIL - 25 MG COMPRIMIDO	ADULTO
CARBONATO DE CALCIO 1250MG/ 500MG CA ELEMENTAR	MULHER
CARVEDILOL - 3,125 OU 12,5 MG CPMRPIMIDO	ADULTO
CETOCONAZOL XAMPU	INFANTIL
CETRIAXONA - 500MG INJETÁVEL	IST
CIPROFLOXACINO - 500MG COMPRIMIDO*	IST
DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	INFANTIL
DOXICICLINA - 100MG COMPRIMIDO	IST
ENALAPRIL, MALEATO - 10 OU 20 MG COMPRIMIDO	ADULTO
ESPIRONOLACTONA - 25 MG COMPRIMIDO	ADULTO
ESTRIOL 1MG/G CREME VAGINAL *	MULHER
ETINILESTRADIOL/DESOGESTREL 0,03/015MG *	MULHER
ETINILESTRADIOL/GESTODENO 0,02/0,075MG *	MULHER
ETINILESTRADIOL/LEVONOGESTREL 0,03/0,15 MG	MULHER
FLUCONAZOL - 150 MG CÁPSULA	MULHER / IST
FUROSEMIDA - 40 MG COMPRIMIDO	ADULTO
GLIBENCLAMIDA - 5 MG COMPRIMIDO	ADULTO
GLICAZIDA - 30 OU 60 MG - COMPRIMIDO	ADULTO
HIDROCLOROTIAZIDA - 25 MG COMPRIMIDO	ADULTO
IBUPROFENO 300MG - COMPRIMIDO	MULHER
IBUPROFENO 50MG/ML – SOLUÇÃO ORAL	CRIANÇA
LOSARTAN - 50 MG COMPRIMIDO	ADULTO
METFORMINA, CLORIDRATO - 850 MG COMPRIMIDO	ADULTO

METILDOPA - 250 MG COMPRIMIDO	ADULTO
METRONIDAZOL - 100MG/G GEL VAGINAL	MULHER / IST
METRONIDAZOL - 250MG COMPRIMIDO	MULHER / IST
MICONAZOL - 200 MG/G CREME DERMATOLÓGICO	INFANTIL
MICONAZOL, NITRATO - 20MG/G CREME VAGINAL	MULHER / IST
MUPIROCINA CREME	INFANTIL
NICOTINA 07 MG ADESIVO	ADULTO
NICOTINA 14 MG ADESIVO	ADULTO
NICOTINA 21 MG ADESIVO	ADULTO
NISTATINA 100,000 UI SOLUÇÃO ORAL	INFANTIL/MULHER
NITROFURANTOÍNA - 100MG	MULHER
NORETISTERONA - 0,35 MG COMPRIMIDO	MULHER
NORETISTERONA, ENATATO + ESTRADIOL, VALERATO - 50MG + 5MG/ML INJETÁVEL AMPOLA	MULHER
ÓXIDO DE ZINCO	INFANTIL
PARACETAMOL - 500MG COMPRIMIDO	MULHER
PARACETAMOL 200/ML MG SOLUÇÃO ORAL	INFANTIL
PERMETRINA 5% SOLUÇÃO	INFANTIL
PROPRANOLOL - 40 MG COMRPIMIDO	ADULTO
SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL 277,9 G ENVELOPE	INFANTIL
SINVASTATINA - 20 MG COMPRIMIDO	ADULTO
SULFAMETAZOL + TRIMETOPRIMA 400MG+80MG COMP	MULHER
SULFATO FERROSO - 25 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	INFANTIL
SULFATO FERROSO – 40MG	MULHER
VERAPAMIL, CLORIDRATO - 80 MG COMPRIMIDO	ADULTO

ANEXO II



AVALIAÇÃO RISCO DE SUICÍDIO

Identificação:

1- Depressão e risco de suicídio

Para avaliação da depressão moderada ou grave podem ser utilizadas as seguintes questões:

1. Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

Sim() Não()

2. Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente?

Sim() Não()

Se houver pelo menos uma resposta "Sim", faça as perguntas a seguir:

A. Seu apetite mudou de forma significativa?

Sim() Não()

B. Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?

Sim() Não()

C. Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?

Sim() Não()

D. Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?

Sim() Não()

E. Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?

Sim() Não()

F. Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?

Sim() Não()

G. Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Sim() Não()

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão;

3 e 4 respostas positivas **depressão leve**;

5 a 7 respostas positivas **depressão moderada**;

Risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas, **depressão grave**.



2- Questões sugeridas para uma abordagem adequada do risco de suicídio (em pessoas deprimidas):

- Você tem vontade de morrer? Sim() Não()
- Pensa que a vida não vale a pena? Sim() Não()
- Você está bebendo/usando bebida alcoólica? Usando alguma outra droga? Sim() Não()
- Você vem tendo pensamentos de se machucar, não se tratar (ficar doente)? Sim() Não()
- Você já pensou em se matar? Está pensando hoje? Agora? Sim() Não()
- Aconteceu alguma mudança na sua vida recentemente? Sim() Não()

- Como você tem lidado com estes pensamentos?

- Você tem pessoas com quem você pode contar? Da família? Amigos?
Sim() Não() (Se Sim, nome, grau de parentesco, contato, etc.)

AVALIAÇÃO DE RISCO

IDENTIFICAR PENSAMENTOS DE MORTE	Avaliar a existência de pensamentos de morte e sentimentos de desamparo e desesperança.
AVALIAR IDEAÇÃO SUICIDA	No caso da pessoa mencionar tentativas anteriores, é importante conversar sobre esses fatos, investigando-os em relação ao período em que ocorreu, métodos utilizados, contextos de vida e desfecho.
AVALIAR PLANEJAMENTO SUICIDA	Avaliar a existência e estruturação do planejamento suicida. Avaliar acesso aos meios letais.
RECONHECER IMPULSIVIDADE E GATILHOS	Avaliar a forma como o indivíduo se posiciona diante de dificuldades da vida. Avaliar possíveis gatilhos que possam desencadear comportamentos de impulsividade.
IDENTIFICAR FATORES DE PROTEÇÃO	Levar o indivíduo a valorizar os fatores relacionados a autopreservação

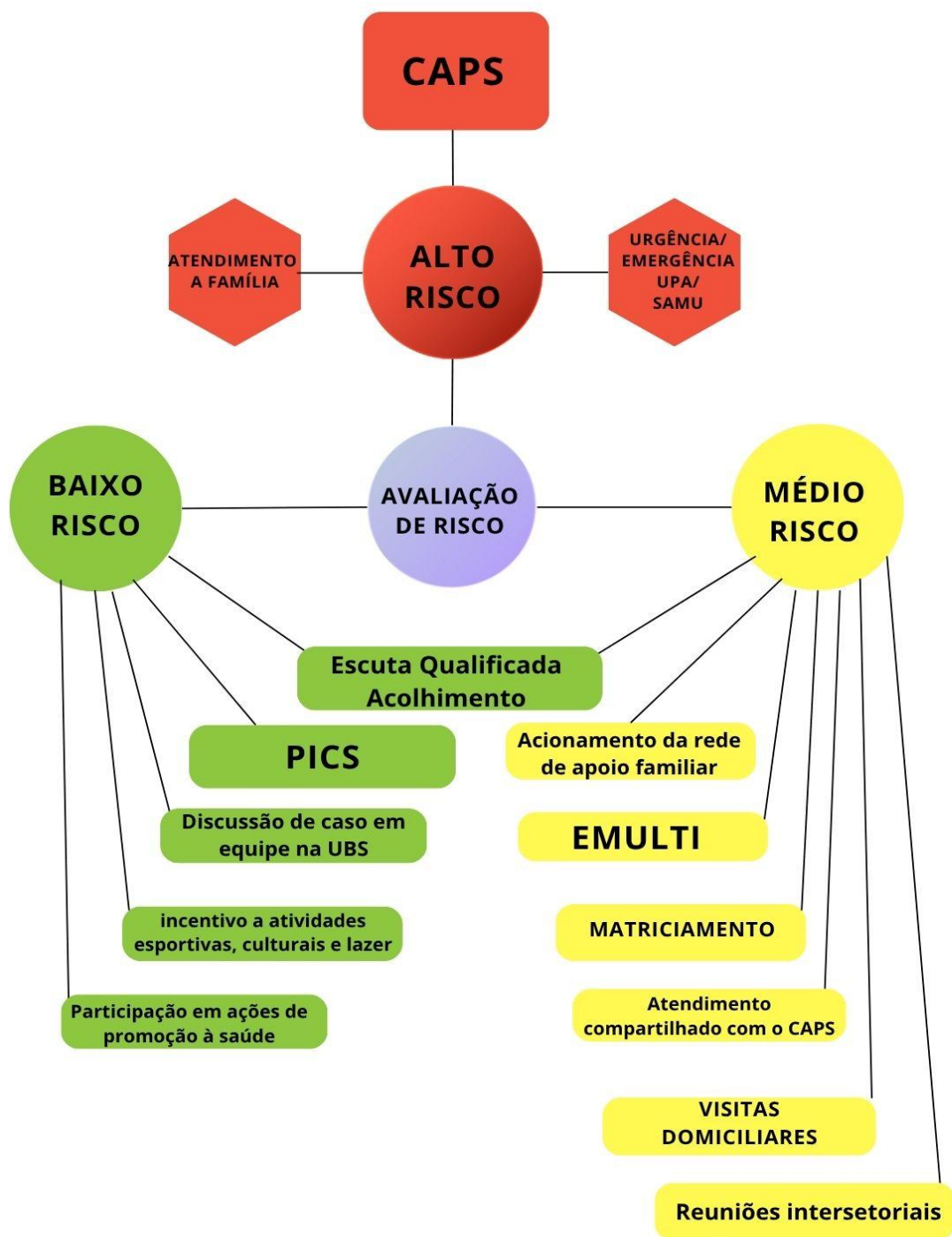
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
• Nunca tentou suicídio; • Ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras; • Não tem planejamento; • Transtorno mental, se presente, com sintomas controlados; • Boa adesão ao tratamento; • Tem rede de apoio; • Apresenta capacidade de reflexão para mudanças; • Apresenta tolerância à frustração.	• Tentativa de suicídio prévia; • Presença de depressão ou Transtorno Afetivo Bipolar; • Ideias persistentes de suicídio e percebidas como solução; • Não tem um planejamento concreto; • Não tem acesso a meios potencialmente perigosos; • Não apresenta histórico de impulsividade; • Apresenta capacidade de tolerar frustrações; • Não abusa ou tem dependência de álcool ou outras drogas; • Tem rede de apoio; • Deseja tratamento.	• Tentativa de suicídio prévia; • Presença de depressão grave; • Comorbidades psiquiátricas; • Abuso/dependência de álcool ou outras drogas; • Comportamento de desespero; • Planejamento de se matar; • Tem acesso a meios letais; • Já tomou providências para o ato suicida; • Rede de apoio frágil ou inexistente; • Não apresenta capacidade de reflexão para mudanças; • Apresenta impulsividade; • Intolerância a frustrações; • Recusa tratamento.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO BAIXO	Configuram-se como baixo risco os casos em que há ideação suicida, mas que não há planejamento específico e a intencionalidade é baixa. Nessas situações, o paciente ainda vislumbra alternativas para lidar com o sofrimento.	O acompanhamento pode ser mantido pela equipe de saúde mental da UBS de referência. O usuário pode ser inserido em atividades de promoção da saúde e grupos de práticas integrativas complementares (PICS) e seguimento conjunto com a EMULTI.
RISCO MÉDIO	Configuram-se como médio risco os casos em que a pessoa apresenta planejamento suicida porém não estruturado. Visualiza seu planejamento como algo possível, para o futuro, caso não tenha melhora da situação atual.	Pode ser proposto acompanhamento na UBS de referência que contemple: manutenção do contrato pela equipe da UBS/EMULTI para monitoramento do caso. Caso a equipe, tenha dúvidas ou perceba agravamento do caso, deve acionar o CAPS para matriciamento ou acolhimento. No caso de estabilização do quadro, existe a possibilidade de alta do CAPS e continuidade do cuidado junto à Atenção Primária.
RISCO ALTO	Configuram-se como risco elevado os casos em que há planejamento claro, com convicção e há intenção de executá-lo nas próximas horas ou dias.	Aqui, o encaminhamento será para o CAPS para avaliação e primeiros cuidados. Para os casos de tentativa de suicídio com repercussões clínicas, deve-se fazer o encaminhamento para atendimentos aos serviços de urgência e emergência. Os casos de alto risco, sem tentativa de suicídio atual com repercussões clínicas podem ser encaminhados para acolhimento inicial no CAPS, o qual avaliará a necessidade de outras condutas.

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS



4- Exemplo de roteiro estruturado

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO			
Paciente: Sexo: Idade: Data: Avaliador:			
O que está acontecendo?			
☐ Desencadeante ☐ Motivação ☐ Significado do morrer			
Estado Mental Atual			
☐ Delírio/alucinação ☐ Incontinência afetiva ☐ Constrição cognitiva ☐ Depressão ☐ Instabilidade do humor ☐ Vergonha/humilhação ☐ Desesperança ☐ Ansiedade/inquietude ☐ Insônia ☐ Desespero (<i>psychache</i>) ☐ Impulsividade/agressividade ☐ Dor/incapacitação ☐ Colapso existencial ☐ Raiva			
Intencionalidade Suicida			
IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
☐ Passivas ☐ Rejeita o suicídio	☐ Persistentes ☐ Intensas ☐ Incontroláveis ☐ Vistas como alívio ☐ Aceitáveis	☐ Quantas ☐ Última Motivação Intencionalidade Letalidade	☐ Em preparação ☐ Detalhado ☐ Conhece poder letal ☐ Possui os meios letais ☐ Providências
Principais Fatores de Risco			
☐ Transtorno mental ☐ Suicídio na família ☐ Acesso a meio letal ☐ Tentativa de suicídio ☐ Discórdia familiar ☐ Rigidez cognitiva ☐ Álcool ou outra droga ☐ Desilusão amorosa ☐ Perfeccionismo ☐ Abuso físico ou sexual ☐ Relações conflituosas ☐ Conflito de identidade ☐ Exposição a um suicídio ☐ Desemprego ☐ Dor/incapacidade ☐ Isolamento ☐ Derrocada financeira ☐ Alta hospitalar recente ☐ Falta de apoio social ☐ Desonra ☐ Não adere a tratamento			
Formulação do Risco e Manejo			
☐ Risco baixo ☐ Risco moderado ☐ Risco alto			

ANEXO III

TERMO DE NOTIFICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	
Data que a unidade de Saúde tomou conhecimento do fato: ____/____/____	
A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA /ADOLESCENTE	
Nome:	
Nome social:	
Nível / ano escolar:	
Sexo: M () F () Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos	
Com deficiência? () não () sim, qual:	
Filiação:	
Responsável Legal:	
Endereço:	
Bairro:	Cidade:
Telefone: ()	
B) DESCRIÇÃO DO OCORRIDO (Incluir na descrição, se possível, a data, hora, local e município do ocorrido)	
C) O RELATO ESPONTÂNEO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE (QUANDO HOUVER) Colocar entre aspas com as mesmas palavras utilizadas pela criança/adolescente	
D) OBSERVAÇÕES:	
E) ENCAMINHAMENTOS EFETUADOS:	
F) IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Unidade de Saúde:	
E-mail institucional:	
Telefone institucional:	
Endereço:	
Gestor responsável pela unidade:	
Carimbo e visto da unidade:	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de set. de 1990. **Instituição do Sistema Único de Saúde**. Saúde como um direito. 1. ed. Brasília - DF, v. 1, p. 1-1, set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 01 out. 2018.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Primária: rastreamento**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. v. 29. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf Acesso em: 04 nov. 2016.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: Protocolo de enfermagem. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2011. 172 p.v.1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acesso em: 25 jan. 2016.
4. BRASILb, Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2011. 284 p. v. 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf. Acesso em: 25 jan. 2016.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 2. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013. - p. v. 32. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf. Acesso em: 12 jul. 2016.
6. BRASILa, Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. 1. ed. Brasília - DF: [s.n.], 2014. 176 p. v. único. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 04 nov. 2016.
7. BRASILb, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2014. 812p. v.1. Disponível em

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

8. BRASILa, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. v. 23. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.
9. BRASILb, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015. 54 p. v. 1. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>>. Acesso em: 21 set. 2016.
10. BRASILc, Biblioteca Virtual Em Saúde. **Como proceder diante de uma gestante com suspeita de dengue**. 1. 2015. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/como-proceder-diante-de-uma-gestante-com-suspeita-de-dengue/?post_type=aps&l=pt_BR>. Acesso em: 26 out. 2018.
11. BRASILa, Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS, Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016. Portaria SECTICS/MS n 7 de 28/02/2024- Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de Diabetes Mellito tipo 2.
12. Protocolo Municipal de Arboviroses BRASILb, Ministério da Saúde. **Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 55 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_Pre_Natal.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.
13. BRASILc, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 77 p.v.único. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2016.
14. BRASILd, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes**

Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 120 p. v. único. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_22_06_2016_web_pdf_28406.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

15. BRASILe, Ministério da Saúde. **Nota Informativa:** Procedimentos a serem adotados para a Febre do Zika no Brasil. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2016. 7 p. v. 1. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/07/Nota-Informativa-zika.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

16. BRASILa, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 2. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2017. 705p. v. único. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

17. BRASILb, Ministério da Saúde. **Microcefalia - Laboratório.** 1. [-]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/microcefalia/laboratorio>>. Acesso em: 26 out. 2017.

18. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Florianópolis. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública.** 1. ed. Florianópolis - SC: [s.n.], 2016. 55 p. v. único. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

19. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Protocolo de Enfermagem:** Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2017. 48 p. v. 1. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Protocolo-Enfermagem-vol1-v1-5-07082017-Versa%CC%83o-Ebook-6.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2016.

20. PREFEITURA DE SÃO PAULO, Secretaria Estadual de São Paulo. **Diretrizes para a prevenção e controle das arboviroses urbanas no estado de São Paulo.** 1. ed. São Paulo - SP:- 2017. 6

p.v.1.Disponível

em:<<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Diretrizes%20controle%20arboviroses%20ESP%20-%2002017.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

21. 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. Disponível em <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em 22/10/2025

22. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde garante acesso a mamografia a partir dos 40 anos. 23 set 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/setembro/ministerio-da-saude-garante-acesso-a-mamografia-a-partir-dos-40-anos>> . Acesso em 22/10/2025