

Protocolo de Condutas Assistenciais de Enfermagem no Manejo Clínico ao Paciente

Dezembro de 2024



Protocolo de Condutas Assistenciais de Enfermagem no Manejo Clínico ao Paciente

Araucária, 10 de dezembro de 2024.

Versão I



PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Hissam Hussein Dehaini

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Bruno Rodelli Mendes Fontes

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Franciele de Souza Metka Grebos





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO

Bruno Rodelli Mendes Fontes

OUVIDORIA EM SAÚDE

Tatiane Vaz Storrer

DIREÇÃO GERAL

Lourival Brasil Felício

DIREÇÃO TÉCNICA

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira

DIREÇÃO ASSISTENCIAL

Lucas Foltz

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Regina Mendonça de Carvalho

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Juliana Contini

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Kelly Rosa Rigoni Lavarias

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Alana Elisabeth Kuntze Ferreira

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Fernanda Mello Ribeiro



ELABORAÇÃO

Priscila Lopes Nogueira Berveglieri – Núcleo de Gestão de Redes e Linhas de Cuidado.

Jaqueline Aparecida Wonsowicz Ciulik – Núcleo de Gestão de Redes e Linhas de Cuidado.

Ariane Sossela Zanlorenzi Cardoso – Núcleo de Gestão de Redes e Linhas de Cuidado.

Cleonice Aparecida de Oliveira Machado – Departamento de Atenção Especializada.

Geovana Ferreira Metz – Departamento de Atenção Primária

COLABORAÇÃO TÉCNICA

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira – Direção Técnica

Hellen Westeley de Lima Faria – Departamento de Vigilância em Saúde

Lisa Elvira Mayer Hass – Departamento de Atenção Especializada

Fernanda Tiemi Kubota Landal – Departamento de Atenção Especializada

Diagramação e revisão

Departamento Assistencial – DA

Departamento da Atenção Primária – DAP

Departamento de Atenção Especializada – DAE

Departamento de Vigilância em Saúde – DVS

Departamento Técnica – DT

Núcleo de Qualidade em Saúde – NQS



LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Indicações e Contraindicações da Ivermectina.....	30
Figura 2: Testes Imunobiológicos para o Diagnóstico de Sífilis.....	95
Figura 3: PrEP sob demanda.....	113



LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais queixas na infância e conduta na consulta de Enfermagem.....	25
Quadro 2: Identificação e manejo dos principais problemas de pele do recém – nascido.....	28
Quadro 3: Identificação e manejo das ectoparasitoses.....	29
Quadro 4: Orientação Orientações gerais importantes que devem ser fornecidas aos pais/cuidadores.....	31
Quadro 5: Principais Atribuições do Enfermeiro na Assistência à Mulher Durante o Pré-natal. 36	
Quadro 6: Atribuições Comuns dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem no Pré-natal de Risco Habitual.....	37
Quadro 7: Esquema Vacinal para Gestante.....	37
Quadro 8: Solicitação e Interpretação de Exames.....	39
Quadro 9: Apresentação das Principais Queixas Durante a Gestação e Condutas de Enfermagem.....	45
Quadro 10: Cuidados durante o tratamento da S�f�lis na Gestante e no(a) Parceiro(a).....	54
Quadro 11: Cuidados e Orientações gerais � gestante com DMG.....	57
Quadro 12: Classificação da Síndrome Hipertensiva da Gestação e Condutas.....	58
Quadro 13: Indicações para a profilaxia de Pr�-eclâmpsia.....	60
Quadro 14: Diagnóstico de Anemia Falciforme e Condutas.....	61
Quadro 15: Orientações alimentares: ferro, ácido fólico, cálcio, vitaminas A, C e D.....	62
Quadro 16: Particularidades do Atendimento de Pré-natal � Gestante Adolescente.....	64
Quadro 17: Anamnese / Coleta de dados para Consulta de Enfermagem no Puerpério.....	67
Quadro 18: Exame Físico da Puérpera.....	68
Quadro 19: Condutas Perante as Queixas mais Frequentes no Puerpério.....	69
Quadro 20: Contraindicações e Suspensão temporária do Aleitamento Materno.....	76
Quadro 21: Uso de Drogas e Período Recomendado para a Interrupção da Amamentação.....	78
Quadro 22: Manifestações associadas ao climatério.....	80
Quadro 23: Roteiro para Entrevista Focada.....	82
Quadro 24: Exames Complementares que Podem ser Solicitados por Enfermeiro.....	83
Quadro 25: Abordagem Farmacológica e Não Farmacológica.....	85



Quadro 26: Contraindicações absolutas e relativas à terapia de reposição hormonal.....	87
Quadro 27: Orientações para a realização dos exercícios de Kegel.....	87
Quadro 28: Orientações sobre como realizar banho de assento.....	88
Quadro 29: Exames solicitados pelo enfermeiro para ISTs.....	92
Quadro 30: Classificação Clínica da Sífilis, Manifestações Clínicas de Sífilis Adquirida.....	93
Quadro 31: Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos.....	94
Quadro 32: Resultados de Testes Treponêmicos e não Treponêmicos de Sífilis, Interpretação e Conduta.....	95
Quadro 33: Anamnese para investigação de alergia à penicilina.....	97
Quadro 34: Tratamento e Monitoramento de Sífilis.....	98
Quadro 35: Infecções que Causam Corrimento Vaginal e Cervicite.....	100
Quadro 36: Tratamento de uretrites.....	105
Quadro 37: Síntese para Tratamento de Lesões Anogenitais.....	107
Quadro 38: Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital.....	108
Quadro 39: Síntese de Tratamento de Verrugas Genitais.....	110
Quadro 40: Interpretação dos testes sorológicos para Hepatite B.....	118
Quadro 41: Resumo dos Esquemas Terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP).....	122
Quadro 42: Sinais de alerta para DIP.....	122
Quadro 43: Atribuições do Enfermeiro no rastreamento de câncer de colo de útero.....	126
Quadro 44: Atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero.....	126
Quadro 45: Recomendações para a coleta de exame citopatológico, de acordo com faixa etária e quadro clínico da usuária.....	127
Quadro 46: Recomendações diante das situações especiais.....	127
Quadro 47: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta.....	128
Quadro 48: Recomendações diante dos resultados de exames normais.....	130
Quadro 49: Recomendações diante do resultado de exames citopatológicos anormais.....	131
Quadro 50: Atribuições do enfermeiro no rastreamento de câncer das mamas.....	134
Quadro 51: Atribuições comuns de auxiliares e técnicos de enfermagem no rastreamento de câncer de mamas.....	134



Quadro 52: População alvo e periodicidade dos exames no rastreamento.....	135
Quadro 53: Fatores de risco para o câncer de mama.....	136
Quadro 54: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante avaliação das mamas	137
Quadro 55: Interpretação, risco de câncer, recomendações e condutas mediante o resultado de mamografia.....	140
Quadro 56: Métodos invasivos que auxiliam no diagnóstico final.....	141
Quadro 57: Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos....	145
Quadro 58: Critérios de Elegibilidade de contraceptivos por condição clínica.....	145
Quadro 59: Métodos Anticoncepcionais no Pós-parto.....	150
Quadro 60: Medicções hormonais contraceptivas da Rede Municipal Araucária.....	150
Quadro 61: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual na consulta (> 18 anos).....	156
Quadro 62: Fatores de baixo risco/intermediário e alto risco.....	156
Quadro 63: Anamnese / Coleta de dados para consulta de enfermagem para Hipertensão. .	157
Quadro 64: Exame Físico na consulta de enfermagem para Hipertensão.....	157
Quadro 65: Periodicidade de solicitação de exames.....	158
Quadro 66: Tratamento não-medicamentoso.....	159
Quadro 67: Condições para Renovação de Receita de Medicamentos Anti-hipertensivos por Enfermeiros.....	160
Quadro 68: Lista de medicamentos anti-hipertensivos preconizados pelo município de Araucária.....	161
Quadro 69: Medicamentos da farmácia especial que podem ser renovados pelo enfermeiro	161
Quadro 70: Critérios de valores laboratoriais preconizados para normoglicemia, pré-diabetes e DM adotados pela sociedade brasileira de diabetes (SBD).....	165
Quadro 71: Meta glicêmica de indivíduos com e sem DM1 em diferentes momentos do dia.	166
Quadro 72: Consulta de enfermagem aos portadores de DM.....	166
Quadro 73: Exame Físico aos portadores de DM.....	166
Quadro 74: Exames solicitados por Enfermeiros para o acompanhamento da Diabetes.....	167
Quadro 75: Condições para Renovação de Receita de Medicamentos Hipoglicemiantes por Enfermeiros.....	169



Quadro 76: Lista de medicamentos Hipoglicemiantes.....	170
Quadro 77: Esquema de tratamento de Tuberculose em Adultos e adolescentes(>10 anos). .	176
Quadro 78: Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos.....	177
Quadro 79: Indicações de tratamento da ILTB por população.....	179
Quadro 80: Esquema para tratamento de ILTB – Adultos e Adolescentes.....	180
Quadro 81: Tipo de Curativo e o seu descritivo.....	184
Quadro 82: Indicações para cada modalidade de curativo e o seu manejo adequado.....	185
Quadro 83: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Saúde do Homem.....	191



LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: Rastreamento e diagnóstico da diabetes de acordo com fatores de risco da gestante.....	56
Fluxograma 2: Manejo do corrimento uretral.....	104
Fluxograma 3: Manejo de infecções que causam úlcera genital.....	107
Fluxograma 4: Fluxograma de Avaliação para Uso da PrEP.....	115



LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ACG - Anormalidades Celulares Glandulares Atípicas

AE - Anticoncepção de Emergência

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS - Adenocarcinoma In Situ ALT Alanina Aminotransferase

AM - Aleitamento Materno

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AOC - Anticoncepcional Combinado

ART - Antirretrovirais

ASC-H - Células Escamosas Atípicas, Não Podendo Afastar Lesão de Alto Grau

ASC-US - Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado

AST - Aspartato Aminotransferase

AntiTB - Antituberculose

BAAR - Bacilos Álcool-Ácido Resistentes

BI-RARDS - *Breast Imaging Reporting and Data System* – Sistema de Relatório de Dados sobre Imagem da Mama

CA - Câncer

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

CGTM/Dathi/SVSA/MS - Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde

CGAFB Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica

CVV - Candidíase Vulvovaginal de Diagnóstico de Enfermagem

CBA – Cultura para BAAR



CSMI – Centro de Saúde da Mulher e do Idoso

DIU - Dispositivo Intrauterino

DAP- Doença Arterial Periférica

DIP - Doença Inflamatória Pélvica

DM - Diabetes Mellitus

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

DCV - Doença cardiovascular

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

dT - Vacina Composta pelo Toxoide Tetânico e Diftérico

dTpa - Vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto (contra difteria, tétano e coqueluche)

DUM - Data da Última Menstruação

DPP - Data Provável de Parto

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

Hb - Hemoglobina

HbIg - Imunoglobulina Anti-hepatite B

HbAA - Não apresenta doença falciforme

HbAS - Heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme;

HbAC - heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme;

HbA - com variante qualquer: sem doença falciforme;

HbSS - doença falciforme

HbSC - doença falciforme

HCV - Vírus da Hepatite C

HDL - *High Density Lipoprotein* – Lipoproteínas de Alta Densidade

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV - Papilomavírus Humano



HSIL - Lesão Intraepitelial de Alto Grau

HMA – Hospital Municipal de Araucária

ID - Intradérmica

IG - Idade Gestacional

ITU - Infecção do Trato Urinário

ILTB - Infecção Latente da Tuberculose

IMC- Índice de Massa Corpórea

IFN- γ – Intérferon Gama

JEC - Junção Escamo Colunar

LDL - *Low Density Lipoproteins* – Lipoproteínas de Baixa Densidade

LSIL - Lesão Intraepitelial de Baixo Grau

LAM - Método de Amenorreia Lactacional

MAC - Método Anticonceptivo

MS - Ministério da Saúde

NIC – Neoplasia

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAE - Pílula Anticoncepcional de Emergência

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAAF - Punção Aspirativa por Agulha Fina

PAG -Percutânea com Agulha Grossa

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PBA – Baciloscopia Direta para BAAR

PCDT – Protocolo de Diretrizes Clínicas Terapêuticas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PEP - Profilaxia Pós-exposição ao HIV



PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PMI - Programa Municipal de Imunização

PN - Pré-Natal

PNI - Programa Nacional de Imunização

PVHIV – Pessoa vivendo com HIV

PrEP - Profilaxia Pré-exposição ao HIV

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RPR - Rapid Plasma Reagin

SHG - Síndrome Hipertensiva da Gestação

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

SR - Sintomático respiratório

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SIU- Sistema liberador de levonorgestrel

SRO - Sais de Reidratação Oral

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Araucária

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TEP - Tromboembolismo Pulmonar

TVP - Trombose venosa profunda

TGO - Transaminase glutâmico-oxalacética

TGP - Transaminase glutâmico pirúvica

TR - Teste Rápido

TRUST - Tolidine Red Unheated Serum Test

TRH - Terapia de Reposição Hormonal

TRO - Terapia de Reidratação Oral

VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory* – Sorologia não Treponêmica para Identificação da Sífilis



VHB - Vírus da Hepatite B

VHC - Vírus da Hepatite C

VPP - Valor Preditivo Positivo



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. ORIENTAÇÕES QUANTO À PRESCRIÇÃO.....	23
Capítulo 1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA CRIANÇA.....	24
1.1 Principais Queixas Clínicas na Infância e Conduta Sugerida na Consulta de Enfermagem	25
1.2 Identificação e Manejo dos Principais Problemas de Pele do Recém-nascido.....	28
1.3 Identificação e Manejo das Ectoparasitoses.....	29
1.4 Orientações aos Pais/Cuidadores sobre os Cuidados do Recém-nascido.....	31
Capítulo 2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER.....	34
2.1 Assistência ao Pré-natal: Introdução.....	35
2.1.1 Atribuições da Equipe de Enfermagem na Assistência à Mulher Durante o Pré-natal	35
2.1.2 Imunização.....	37
2.1.3 Estratificação de Risco na Gestaçã.....	38
2.1.4 Solicitação e Interpretação de Exames durante o Pré – natal.....	38
2.1.5 Condutas Frente a Queixas Mais Comuns na Gestaçã.....	44
2.1.6 Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes.....	52
2.1.7 Orientações alimentares.....	62
2.1.8 Gravidez na adolescência.....	63
2.2 Assistência de Enfermagem à Mulher durante o Puerpério.....	64
2.2.1 Atribuições do Enfermeiro.....	66
2.2.2 Atribuições Comuns dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.....	67
2.2.3 Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério.....	69
2.2.4 Amamentação em situações especiais.....	75
2.2.5 Situações em que há Restrições do Aleitamento Materno.....	76
2.2.6 Uso de Drogas Durante a Amamentação.....	77
2.2.7 Não contraindica a lactação.....	78
2.2.8 Desmame.....	79



2.3 Assistência de Enfermagem à Mulher durante Climatério e Menopausa.....	80
2.3.1 Manifestações Associadas ao Climatério.....	80
2.3.2 Atribuições do enfermeiro no período do climatério e menopausa.....	81
2.3.3 Atribuições comuns a técnicos e auxiliares de enfermagem no período do climatério e menopausa.....	82
2.3.4 Exames Complementares Solicitados por Enfermeiro no Climatério.....	83
2.3.5 Prescrições Farmacológicas e Não Farmacológicas do Enfermeiro.....	85
Capítulo 3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.	89
3.1 Introdução.....	90
3.2 Atribuições do Enfermeiro.....	90
3.3 Atribuições Comuns dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.....	91
3.4 Sífilis.....	92
3.4.1 Diagnóstico de Sífilis.....	94
3.4.2 Tratamento de Sífilis.....	97
3.4.3 Monitoramento.....	99
3.4.4 Critérios de Retratamento.....	100
3.5 Infecções que Causam Corrimento Vaginal e Cervicite.....	100
3.6 Uretrites: Infecções que causam Corrimento Uretral.....	104
3.6.1 Tratamento de uretrites.....	105
3.7 Infecções que Causam Úlceras Genitais.....	106
3.8 Infecção pelo HPV.....	110
3.9 Infecção pelo HIV.....	111
3.9.1 Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.....	112
3.10 Hepatites Virais.....	117
3.10.1 Hepatite A.....	117
3.10.2 Hepatite B.....	117
3.10.3 Hepatite C.....	119
Capítulo 4. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.....	120



4.1 Sinais e Sintomas.....	121
4.2 Cuidados Pós-tratamento.....	122
Capítulo 5. RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	124
5.1 Introdução.....	125
5.2 Faixa Etária para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero e das Lesões Precursoras	127
5.3 Recomendações para Coleta do Exame Citopatológico de Colo Uterino em Situações Especiais.....	127
5.4 Adequabilidade da amostra.....	130
Capítulo 6. RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.....	133
6.1 Introdução.....	134
6.2 Faixa Etária para Rastreamento.....	135
6.3 Recomendações Diante dos Problemas Mais Comuns Durante Avaliação das Mamas. 137	
6.4 Recomendações Diante do Resultado Da Mamografia.....	140
6.5 Exames de Imagem Complementares.....	141
6.6 Métodos Invasivos para Diagnóstico de Câncer De Mamas.....	141
Capítulo 7. PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	143
7.1 A Escolha de Métodos Contraceptivos.....	144
7.2 Métodos Contraceptivos.....	148
7.2.1 Temporários e reversíveis.....	148
7.2.2 Definitivos e irreversíveis (esterilização).....	149
7.2.3 Métodos indicados na adolescência.....	149
7.2.4 Métodos contraindicados na adolescência (BRASIL, 2013).....	149
Capítulo 8. PROTOCOLO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO ARBOVIROSES.....	151
8.1 Manejo da Dengue pelo Enfermeiro.....	152
8.2 Medicamento e Prescrição.....	153
Capítulo 9. PROTOCOLO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO - HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	155
9.1 Medicamentos Passíveis de Renovação da Prescrição pelo Enfermeiro.....	159
Capítulo 10. PROTOCOLO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO - <i>DIABETES MELLITUS</i>	163



10.1 Classificação do Diabetes Segundo sua Etiologia.....	164
10.2 Medicações Possíveis para Renovação por Enfermeiros.....	168
10.3 Tratamento Insulínico.....	170
10.4 Pré Diabético.....	171
Capítulo 11. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TUBERCULOSE.....	173
11.1 Cuidados e Tratamentos com a Tuberculose.....	174
11.2 Diagnóstico e Controle da Tuberculose.....	174
11.3 Exames Laboratoriais Disponíveis para o Diagnóstico.....	174
11.4 Exames Laboratoriais Disponíveis para o Controle do Tratamento.....	175
11.5 Exames Laboratoriais Disponíveis para o Monitoramento dos Contatos.....	175
11.6 Tratamento.....	175
11.7 Considerações sobre o Tratamento.....	177
11.8 Infecção Latente da Tuberculose (ILTB): investigação e indicação do tratamento.....	178
11.9 Seguimento do tratamento da ILTB.....	181
Capítulo 12. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE FERIDA.....	182
12.1 Atribuições do Enfermeiro ao Paciente Portador de Ferida.....	183
12.2 Atribuições do Técnico e Auxiliar de Enfermagem ao Paciente Portador de Ferida....	183
12.3 Recursos e Materiais de Curativos Disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.....	184
Capítulo 13. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO HOMEM.....	189
13.1 Consulta de Enfermagem da Saúde do Homem.....	190
13.2 Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.....	191
14. REFERÊNCIAS.....	200
15. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	207

1. INTRODUÇÃO

Com base na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498 de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, pela Resolução COFEN 159/93 que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem e também pela Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Considerando a Portaria 2.436/2017, que reconhece o enfermeiro como prescritor na Atenção Básica de acordo com os protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais do enfermeiro.

O Enfermeiro exerce privativamente a Consulta de Enfermagem e como integrante da equipe de saúde realiza prescrição de medicamentos. A prescrição de medicamentos é uma competência assegurada aos enfermeiros. No entanto, a prescrição deve estar em conformidade com os programas de saúde pública inseridos nos protocolos municipais. A consulta de Enfermagem constitui-se na dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, seguindo metodologia orientadora do cuidado e do registro desta prática profissional.

A Consulta de Enfermagem deve estar baseada em suporte teórico que oriente e ampare cada uma das etapas do processo, dentre eles a Coleta de dados de Enfermagem, o Diagnóstico de Enfermagem, o Planejamento de Enfermagem, a Implementação e a Avaliação de Enfermagem. Neste contexto ressalta-se que a prescrição de medicamentos pode ser desenvolvida durante o processo, de acordo com a necessidade, desde que incluídas na assistência integral à saúde do indivíduo e respeitando o Art. 11, parágrafo II da lei 7.498/86, que determina a “prescrição de medicamentos estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), descreve como atribuição específica do enfermeiro, a realização de consulta 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.

Nesse sentido, tal protocolo tem como propósito normatizar na Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, a prescrição dos medicamentos por Enfermeiros

estabelecidos na Relação Municipal de Medicamentos – REMUME orientando os profissionais envolvidos neste processo, com base em legislações vigentes e dados bibliográficos.



2. ORIENTAÇÕES QUANTO À PRESCRIÇÃO

O enfermeiro durante o processo da consulta de enfermagem poderá prescrever os medicamentos previamente estabelecidos neste protocolo para um período de até 30 dias.

Nos casos de usuários portadores de *Diabetes Mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, desde que estáveis, o enfermeiro manterá a prescrição iniciada pelo médico, constando que:

- O paciente esteja presente à consulta;
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 30 dias, ou seja, que o usuário não esteja sem o uso dos medicamentos no momento;
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sintomas ou demandas que exigem avaliação médica imediata;
- O enfermeiro, no momento da consulta, observe 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 adversos.

Nas consultas de enfermagem é importante que o enfermeiro oriente medidas não farmacológicas e incentive práticas e hábitos de vida saudáveis. Tais como: praticar exercícios físicos, cessar com o tabagismo, entre outras.

Caso o paciente possua problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador.

- As prescrições de medicamentos realizadas pelo profissional médico não deverão ser removidas no tratamento do paciente, nem mesmo realizado a alteração da dose / posologia, sendo somente atribuída a este profissional a retirada ou alterada dose medicamentosa.
- Havendo questionamentos quanto à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá encaminhar o usuário à consulta médica, discutindo o caso com o médico da equipe e na ausência deste, outro médico da unidade/referência deverá ser acionado. A reavaliação médica deve ocorrer periodicamente.



Capítulo 1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA CRIANÇA



1.1 Principais Queixas Clínicas na Infância e Conduta Sugerida na Consulta de Enfermagem

Quadro 1: Principais queixas na infância e conduta na consulta de Enfermagem

Achados Clínicos	Intervenção de Enfermagem	Prescrição de Medicamentos
Alergia dermatológica com prurido e/ou inflamação de pele.	Orientar para não coçar; Manter unhas curtas; Orientar quanto ao uso de mosquiteiro e repelente; Evitar agasalhar a criança em excesso; Dar banho para refrescar; Aplicar compressas de chá de camomila na pele.	Dexametasona creme , uma vez ao dia, no local da picada por, no máximo, uma semana.
Assadura	Orientar o cuidador quanto à higiene e banhos, à troca frequente de fraldas e, caso use fraldas de tecidos, os cuidados com lavagem e secagem das mesmas; Secar bem a região após o banho e a cada troca de fraldas; Evitar o uso de calças plásticas; Expor o períneo ao sol durante o banho de sol diário; Orientar quanto ao uso de sabão neutro em substituição ao uso de amaciantes e sabão em pó.	Óxido de zinco + vitaminas A e D pomada , a cada troca de fraldas.
Cólica	Pegar o bebê no colo, enrolar a criança em uma posição de conforto com uma manta; flexionar as coxas do bebê sobre a barriga (movimento de pedalar bicicleta lentamente); Dar um banho morno ou aplicar compressas na barriga; Reduzir estímulos para o bebê (muito barulho ou excesso de pessoas); Não utilizar chás; Não usar medicamentos por conta própria; Pesquisar alimentação da mãe se aleitamento exclusivo, orientar a mãe a observar aumento na presença de cólicas após a ingestão de determinado alimento e a evitá-lo, principalmente a ingestão de leite e seus derivados.	X
Constipação	Para crianças em alimentação complementar: Orientar dieta rica em fibra, fruta laxativa, verdura crua e cereal integral; Orientar o cuidador sobre o aumento da ingestão hídrica da criança e evitar o consumo de alimentos fermentativos; Estimular a deambulação e a prática de atividades físicas, dentro dos limites de tolerância;	X

	<p>Orientar o cuidador a avaliar o acesso da criança ao banheiro, bem como sua privacidade; Orientar o cuidador para estimular a criança a criar o hábito intestinal (rotina).</p>	
Desidratação e diarreia	<p>Indicado para reidratação e manutenção da hidratação em quadros de diarreia aguda.</p> <p>Deve ser administrado com frequência ao paciente, alternado com outros líquidos (leite, sucos, chás, água, sopas). Recomenda-se a administração adicional do produto a cada evacuação líquida. Mesmo que no início existam vômitos deve-se insistir na administração da solução, em quantidades menores, pois, assim que o paciente começa a reidratar-se, os vômitos costumam desaparecer.</p> <p>Após o preparo, a solução deve ser mantida em recipiente tampado, em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C). Esta solução pode ser usada por 24 horas. Após este período, o restante da solução deve ser desprezado e, se necessário, nova solução deve ser preparada.</p> <p>Deve ser administrado, após diluição, por via oral, com uma colher, copo ou mamadeira, dependendo da idade do paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar a temperatura após aplicar as compressas; • Orientar banho morno de imersão por dez minutos; • Orientar o cuidador para monitorar quanto o aumento da ingestão de líquidos; • Orientar o cuidador a verificar temperatura corporal de seis em seis horas ou quando necessário; <p>Orientar o cuidador para observar o surgimento de sinais e sintomas de alerta;</p>	<p>Sais para Reidratação Oral:</p> <p>Dissolver o conteúdo do envelope em 1 L de água previamente filtrada e/ou fervida e ESFRIADA e administrar.</p> <p>Soro Caseiro:</p> <p>1 litro de água filtrada e fervida; 1 colher de chá de sal; 2 colheres de açúcar.</p> <p>Essa solução deve ser mantida na geladeira e utilizada no período máximo de 24 horas.</p>
Mucosa oral alterada (Candidíase oral)	<p>A suspensão deve ser bochechada e mantida por vários minutos (o maior tempo possível) na cavidade oral antes de</p>	<p>Medicamento:</p> <p>Nistatina Suspensão 100.000 UI/mL</p>



	<p>ser engolida.</p> <p>Nos lactentes e crianças menores deve-se colocar a metade da dose utilizada em cada lado da boca.</p> <p>A fim de evitar recidivas, o esquema posológico para todas as apresentações deve ser mantido no mínimo por 48 horas após o desaparecimento dos sintomas e da negatificação das culturas.</p> <p>Se os sinais e sintomas piorarem ou persistirem (após o 14º dia do início do tratamento) o paciente deverá ser reavaliado e considerar-se uma terapia alternativa.</p>	<p>Prematuros e crianças de baixo peso: Estudos clínicos demonstram que a dose de 1 mL (100.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia é efetiva.</p> <p>Lactentes: A dose recomendada é de 1 ou 2 mL (100.000 a 200.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia. Crianças e adultos: A dose varia de 1 a 6 mL (100.000 a 600.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia.</p>
Gengiva grossa e/ou coceira na gengiva.	Orientar o cuidador a massagear a gengiva com gaze umedecida com soro fisiológico frio.	Encaminhar a criança para atendimento odontológico.
Febre (a partir de 37,8°C)	<p>Orientar a mãe ou cuidador para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilar o ambiente; Vestir roupas leves; • Usar compressas mornas a frias na região axilar e inguinal • Orientar retorno em 24 horas se a febre persistir. 	<p>Medicamentos: Paracetamol 200 mg/mL (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas</p> <p>Crianças com mais de 12 anos: 500 mg por via oral, a cada 6 horas.</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/mL (gotas) Posologia: 1 gota/2 kg/dose de 6/6 horas;</p>
Congestão nasal	<p>Tem como objetivo, auxiliar na remoção mecânica da secreção e das bactérias e também na fluidez do muco, descongestionando a via nasal, aumentando, portanto, a permeabilidade da via respiratória.</p> <p>Recomenda-se o manuseio higiênico do frasco conta-gotas para evitar contaminação.</p>	<p>Solução Fisiológica Nasal Um jato em cada narina, 3 vezes ao dia, ou a critério médico</p>

Fonte: Plano de consulta para enfermeiros em saúde da criança no contexto da Atenção Primária; Araucária.2024



1.2 Identificação e Manejo dos Principais Problemas de Pele do Recém-nascido

Quadro 2: Identificação e manejo dos principais problemas de pele do recém – nascido

Problema	Conduta do Enfermeiro
Miliária	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe e/ou cuidador para não tentar retirá-las, nem espreme-las; • Tranquilizar a família, trata-se de uma alteração benigna e resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida; • Orientar o uso de roupas mais leves e evitar o uso de roupas de tecidos irritantes; • Evitar banhos com temperatura elevada.
Mancha Mongólica	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar a família, explicar que a maioria some até os 5 anos.
Dermatite Amoniacal (dermatite de fralda)	<p>Orientar a mãe e/ou cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar o local com água morna a cada troca de fralda e secar bem a região das dobras, evitando a umidade da pele; • Trocar as fraldas, com intervalo < 4 horas; • Usar sabonete com pH neutro após evacuações; • Suspender o uso de lenços umedecidos, bem como produtos industrializados (por exemplo: óleos, soluções de limpeza de pele); • Expor a área afetada ao sol uma vez ao dia, entre 5 a 15 minutos; • Aplicar creme de barreira (óxido de zinco, vitamina A e D) a cada troca de fralda;
Candidíase das Fraldas	<ul style="list-style-type: none"> • Em casos mais severos, considerar o uso de creme miconazol 2% em todas as trocas de fralda até a melhora do quadro.
Dermatite Seborreica	<ul style="list-style-type: none"> • Pode-se aplicar óleo antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural; • Orientar a não retirar as escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária;

Fonte: Plano de consulta para enfermeiros em saúde da criança no contexto da Atenção Primária; Araucária.2024

1.3 Identificação e Manejo das Ectoparasitoses

Quadro 3: Identificação e manejo das ectoparasitoses

Problema	Conduta do Enfermeiro
Pediculose	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento para crianças acima de 2 anos de idade e com menos de 15 Kg. Uso somente em couro cabeludo íntegro; Aplicar loção de permetrina 1% no couro cabeludo, incluindo a região retroauricular e nuca; Lavar os cabelos com xampu de preferência, enxaguar e enxugar com toalha. Testar o produto em uma pequena área do couro cabeludo para identificar hipersensibilidade. Agitar a loção antes do uso, aplicando-a nos cabelos ainda úmidos, cobrindo e esfregando abundantemente em toda a extensão, atentando para a região da nuca e atrás das orelhas (locais de maior concentração dos piolhos e lêndeas). Deixar agir por 10 minutos, enxaguar com água morna, passar o pente fino para remoção dos piolhos e lêndeas, e enxugar os cabelos. Em caso de contato com os olhos, lavar abundantemente com água e sabonete neutro. Repetir o tratamento após 7 dias, se ainda houver piolhos e lêndeas. Além da retirada mecânica das lêndeas com uso de pente fino é Indicada a troca diária de vestuário e de roupas de cama, se possível as roupas devem ser fervidas e passadas a ferro bem quente, para não haver nova infestação; Necessário investigar infestação em familiares ou pessoas próximas. <p>Observação: Crianças com peso mais que 15 kg, ver descrição do tratamento com Ivermectina*.</p>
Escabiose	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar permetrina a 5% em todo o corpo (exceto rosto e região genital). Agitar a loção antes do uso, aplicando-a na pele íntegra, da cabeça às solas dos pés, incluindo os espaços interdigitais, deixar agir de 8 a 12 horas e a seguir dar banho na criança. Aplicar novamente nas mãos se as mesmas forem lavadas em menos de 8h; Repetir este procedimento após 7 dias. Orientar a mãe e/ou cuidador para a troca e lavagem das roupas e roupas de cama, realizando a lavagem, exposição ao sol e passando-as com ferro quente. Verificar e tratar também os cuidadores e contatos intradomiciliares. <p>Contraindicações: Crianças com menos de 2 meses de idade. Hipersensibilidade ao produto, inflamação e infecção de pele, escoriações.</p>

Fonte: Plano de consulta para enfermeiros em saúde da criança no contexto da Atenção Primária; Araucária.2024



Figura 1: Indicações e Contraindicações da Ivermectina

***Ivermectina:**

Crianças com menos de 15kg não devem usar esta medicação

Apresentação: comprimido de 6 mg. Via de Administração: oral.

Indicações: Pediculose (piolho): causada pelo ácaro *Pediculus humanus capitis* e Escabiose (sarna): causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*.

Tratamento de Pediculose: duas doses de Ivermectina, com 7-10 dias de intervalo entre elas. A remoção das lêndeas, embora frequentemente realizada, não é suficiente para substituir a segunda dose do medicamento e, portanto, não altera a infestação.

Tratamento de Escabiose: Posologia: A dose de Ivermectina é proporcional ao peso. Deve ser ingerida com água, não necessita jejum. Uso adulto e pediátrico.

Lavar as roupas de banho e de cama com água quente (pelo menos a 55°C); casos na família ou nos residentes do mesmo domicílio do doente e tratá-los o mais breve possível.

Tratamento: obedecendo à escala de peso corporal (Kg)

- 15 a 24 Kg - ½ comprimido;
- 25 a 35 Kg - 1 comprimido;
- 36 a 50 Kg - 1 ½ comprimido;
- 51 a 65 Kg - 2 comprimidos;
- 66 a 79 Kg - 2½ comprimidos;
- ≥ 80 Kg - 3 comprimidos ou 200mcg/kg.

A dose pode ser repetida após uma semana.

Fonte: Plano de consulta para enfermeiros em saúde da criança no contexto da Atenção Primária; Araucária.2024



1.4 Orientações aos Pais/Cuidadores sobre os Cuidados do Recém-nascido

Quadro 4: Orientação Orientações gerais importantes que devem ser fornecidas aos pais/cuidadores

O que fazer	Como fazer
Higienização de mãos	<p>Por todas as pessoas que têm contato com a criança em todas as consultas de puericultura, com o objetivo de evitar a propagação de microrganismos causadores de doenças.</p> <p>Evitar aglomerações em ambientes fechados, especialmente no período de sazonalidade do Vírus Sincicial Respiratório na Região.</p>
Uso de tabaco e semelhantes	<p>Orientar a família sobre o prejuízo à saúde do uso de cigarros dentro de casa. Mulheres tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à criança. Os profissionais devem desencorajar o tabagismo, sempre que possível.</p>
Coto umbilical	<p>Manter limpo e seco. Orientar os pais/cuidadores que a limpeza deve ser realizada com álcool 70% (não utilizar outros produtos para cicatrização do coto umbilical), restrita ao coto, protegendo a pele do abdome ao aplicar. A sua queda deverá ocorrer nas primeiras duas semanas.</p>
Prevenção de assaduras	<p>Troca de fraldas frequentes, secar bem a criança após o banho, não utilizar talcos e evitar a utilização frequente de lenços umedecidos (preferir algodão com água morna).</p>
Posição supina (de “barriga para cima”) para dormir	<p>Alertar quanto ao risco de morte súbita em crianças no primeiro ano de vida, sobretudo, nos primeiros seis meses. Orientar que a melhor maneira de prevenção é colocando a criança para dormir de “barriga para cima” (posição supina) e não de lado ou de bruços.</p>
Sono	<p>O coleito (quando o bebê é colocado para dormir na cama dos pais) deve ser desaconselhado. Caso se pratique, alertar para os casos em que certos comportamentos dos pais (ingerir bebida alcoólica, o uso de drogas ilícitas ou cigarros, utilização de medicação que age no sistema nervoso central) podem acarretar maior risco de morte súbita do lactente, além de lesões não intencionais: Cair da cama, ser prensado ou sufocado. Também por segurança, os pais devem ser instruídos a não dormir com a criança em sofás ou poltronas.</p>

Choro excessivo	Os seguintes aspectos devem ser avaliados: Estado geral da criança, momento de início, duração, e alteração do padrão do choro, tensão no ambiente, hábitos de alimentação, diurese, evacuação, dieta da mãe (se estiver amamentando), regurgitações excessivas ou vômitos (refluxo gastroesofágico), história familiar de alergias, reação dos pais ao choro e fatores que o aliviam ou o agravam.
Uso de chupetas (“bicos”) e protetores de mamilos	Deve ser desaconselhado pela possibilidade de interferir na prática e duração do aleitamento materno, assim como trazer prejuízo à saúde bucal da criança. O mesmo deve ser orientado quanto ao uso de protetores de mamilos.
Mãe/pai adolescente	Incentivar a formação de vínculos afetivos sustentáveis no âmbito da família para que adultos de confiança dos adolescentes, possam oferecer orientações adequadas ao exercício da paternidade e maternidade de forma responsável.
Lactentes em Situação de Vulnerabilidade	<p>Promover o acompanhamento continuado do lactente, inclusive para famílias que vivem em itinerância, condições vulneráveis de moradia, acesso precário a saneamento básico e água potável, insegurança alimentar e nutricional ou outras condições de vulnerabilidade socioeconômica. Além de orientar sobre acesso a outras políticas públicas e aos benefícios sociais quando necessário.</p> <p>Orientar quanto os cuidados no uso de práticas e saberes tradicionais com o lactente, por exemplo: Uso de chás, ervas, xaropes ou outras substâncias para alívio de cólicas, no cuidado com o coto umbilical, para tratamento de doenças ou outras condições.</p>
Banho	<p>A temperatura ideal da água é de 37°C.</p> <p>Não deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água, ou sob supervisão de outras crianças.</p> <p>Atentar-se para não ingestão do sabonete ou outros produtos cosméticos.</p>
Berço	<p>Manter as grades levantadas, a distância entre as ripas da grade do berço não deve ser superior a 6 cm.</p> <p>Não utilizar almofadas decorativas, travesseiros ou bichos de pelúcia no berço do RN.</p> <p>Utilizar cobertas leves para evitar a sufocação da criança. Se estiver frio, é preferível agasalhá-la com maior quantidade de roupas do que cobri-la com muitas cobertas.</p>

Sufocação	Orientar sobre o uso do talco, ajustar o lençol do colchão e atentar-se para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros. Alertar sobre o não uso de cordões e enfeites de cabelo, contato com peças pequenas (clipes, botões, agulhas, moedas, anéis, brincos, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos) e afastar a criança de papéis de bala, sacos plásticos, cordões e fios.
-----------	---

Fonte: Adaptado de Cadernos de Atenção Básica: Saúde criança: crescimento desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Capítulo 2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER



2.1 Assistência ao Pré-natal: Introdução

A gestação é determinada por um conjunto de alterações dinâmicas biopsicossociais, que devem ser interpretadas como um fenômeno biológico/fisiológico que requer um acompanhamento qualificado. Neste sentido, ressaltamos a importância da realização do Pré-natal com papel fundamental na prevenção, detecção e intervenção das situações de risco tanto para a mãe quanto para o feto. Quanto melhor a qualidade dos serviços oferecidos, maior o impacto sobre a saúde materno-infantil e, portanto, menor a morbimortalidade nessas populações (ROCHA; ANDRADE, 2017; DOKU, NEUPANE, 2017).

Em razão da alta taxa de morbimortalidade materno e infantil, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria nº 1.459 de 2011, a Rede Cegonha, que engloba ações para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada na gravidez, parto, puerpério e ao nascimento seguro, assim como crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011).

Em 12 de Setembro de 2024, foi lançada a Rede Alyne, uma estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha, cujo objetivo é reduzir a mortalidade materna em 25%. Além da expansão das ações voltadas para saúde materno infantil, o novo programa busca diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027. A reestruturação da rede cegonha visa oferecer um modelo de cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças. O programa homenageia Alyne Pimentel, uma jovem negra que morreu grávida de seis meses em 2002, por falta de atendimento adequado na rede pública de saúde.

Nesse contexto, ressaltamos a importância da atuação da equipe de enfermagem, considerando ser o profissional com potencial e competência para atender estas gestantes na singularidade de sua família, contexto social e cultural, atuando na especificidade do serviço.

2.1.1 Atribuições da Equipe de Enfermagem na Assistência à Mulher Durante o 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).



Quadro 5: Principais Atribuições do Enfermeiro na Assistência à Mulher Durante o Pré-natal.

- Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, esclarecer suas dúvidas, medos ou angústias;
- Orientar a gestante e família sobre a importância do acompanhamento Pré-natal e rotina das consultas;
- Cadastrar gestante no Sistema IPM - Saúde e fornecer a Carteira de Gestante devidamente preenchido, o qual deve ser verificado e atualizado a cada consulta;
- Realizar consulta de Pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com a consulta médica;
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo de assistência Pré-natal;
- Realizar testes rápidos: Sífilis, HIV, hepatites B e C e anotar os resultados dos testes na carteira de gestante e no prontuário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o Pré-natal, além dos medicamentos padronizados para o tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs);
- Orientar e realizar a vacinação das gestantes contra tétano, difteria e coqueluche (dTpa), hepatite B e influenza;
- Encaminhar a gestante para atendimento odontológico e médico;
- Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista ou assistente social, de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional);
- Identificar gestantes com fator de risco e encaminhá-las para o serviço de referência que é o Centro de Saúde da Mulher e do Idoso (CSMI);
- Realizar exame físico geral e obstétrico;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Informar que o hospital de referência é o Hospital Municipal de Araucária (HMA) e que a gestante possui livre acesso para quaisquer situações emergenciais;
- Encaminhar as gestantes para o plano de parto que ocorre no HMA
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, orientando e sanando todas as dúvidas (aleitamento materno, planejamento familiar entre outras).

Fonte: BRASIL, 2012

Quadro 6: Atribuições Comuns dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem no Pré-natal de Risco Habitual

- Orientar as gestantes e familiares sobre a importância do Pré-natal, aleitamento materno e vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no Sistema de Informação vigente, fornecendo a carteira de gestante devidamente preenchido;
- Conferir as informações preenchidas na Carteira de Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial quando solicitado e anotar os dados na Carteira de Gestante;
- Aplicar vacinas conforme calendário de vacinação da gestante vigente ;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, para acompanhar o processo de aleitamento materno e orientar companheiro(a) sobre planejamento familiar.

Fonte: BRASIL, 2012

2.1.2 Imunização

Quadro 7: Esquema Vacinal para Gestante

Vacina/recomendação	Estado vacinal	Dose/intervalo
Difteria, tétano e coqueluche – dTpa. Tríplex bacteriana acelular do tipo adulto. Recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a Bordetella pertussis 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

2.1.3 Estratificação de Risco na Gestação

Configura-se como estratégia para identificar com antecedência fatores de risco potencialmente perigosos ao binômio durante o ciclo gravídico, e inserir gestantes, puérperas e neonatos no local certo, no momento certo e sendo atendidos pela equipe com nível de capacitação técnica adequada, com acompanhamento contínuo da APS.

A estratificação de risco da gestação determinará o local de realização do Pré-natal, ou seja, na APS para as gestantes de risco habitual ou de forma compartilhada com a AAE para as gestantes de risco intermediário e alto risco. Da mesma forma irá determinar a referência para o nascimento, tratamento clínico e/ou situações de urgência/emergência. Os critérios de cada risco gestacional foram adotados pelo Protocolo da Linha de Cuidados Materno Infantil do Paraná, disponível [aqui](#).

2.1.4 Solicitação e Interpretação de Exames durante o Pré – natal

A solicitação e interpretação de exames acompanha todo o período Pré-natal, sendo que, em cada trimestre, devem ser avaliados e procedidas as condutas conforme descritas no Quadro 11.

O monitoramento e acompanhamento dos resultados dos exames é essencial para prevenir e diagnosticar precocemente as doenças e problemas que podem se agravar. Neste sentido, o profissional que solicita o exame também precisa acompanhá-lo.



Quadro 8: Solicitação e Interpretação de Exames

Exames de rotina/ período de solicitação	Resultados	Condutas
Tipo sanguíneo e fator RH (1ª consulta)	<ul style="list-style-type: none"> • A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo; • A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Teste de coombs indireto	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: Gestante sensibilizada. • Coombs indireto negativo: Gestante não sensibilizada. 	<p>Coombs indireto positivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referenciar ao alto risco. <p>Coombs indireto negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetir exame de 4/4 semanas; • Realizar Imunoglobulina anti-D de 28 a 34 semanas de gestação - A solicitação é via prescrição médica. No pós-parto, a puérpera receberá a 2ª dose de imunoglobulina anti-D em até 72 h na maternidade.
Hemoglobina e hematócrito (1ª consulta e 3º trimestre)	Hb > 11g/dL (Ausência de anemia)	<p>Hemoglobina normal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplementação profilática com ferro elementar 40 mg: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto); • Atentar para os diagnósticos prévios ou no Pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco; • Avaliar a presença de parasitose intestinal e tratá-la.
	Hb entre 8 g/dL e 11 g/dL (Anemia leve a moderada)	<p>Anemia leve a moderada:</p> <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 200 mg/dia de sulfato ferroso= 40 mg de ferro elementar, uma hora antes das refeições (dois comprimidos antes do café, dois comprimidos antes do almoço e um comprimido antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas; • Tratar e acompanhar hemoglobina após 60 dias.
	Hb < 8g/dL (Anemia grave)	Se anemia grave, encaminhar ao Pré-natal de alto risco.
Prevenção de malformações fetais relacionadas ao Tubo Neural / Prevenção de Anemia.		<p>Prescrever Ácido Fólico 0,4 mg/dia (40 gotas).</p> <p>Indicações: uso exclusivo para gestantes, no período de organogênese (até 12ª semana) o uso é indicado para prevenir o fechamento do tubo neural. Após esse período se mantém a dose para prevenção da anemia. Portanto, a indicação do uso é durante todo período</p>

		<p>gestacional.</p> <p>Preferencialmente iniciar 30 dias antes da concepção.</p> <p>Prescrever Ácido Fólico 5 mg (1 comprimido /dia)</p> <p>Indicações: Situações recomendadas para uso da posologia de 5 mg/dia do ácido fólico na prevenção das formações do tubo neural (até a 12ª semana de gestação):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gestante ou o parceiro com defeito no tubo neural; – Gestação prévia com defeito no tubo neural; – História familiar de malformações neurológicas; – Diabetes; – Epilepsia; – Cirurgia bariátrica prévia. <p>Após o período da organogênese é indicado o uso de 0,4 mg ao dia para prevenção da anemia, até o fim da gestação. Para gestantes em uso de fenitoína, fenobarbital e outros antagonistas dos folatos, considerar a suplementação de ácido fólico de 4 a 5 mg/dia durante toda gestação.</p>
<p>Eletroforese de hemoglobina (para gestantes negras com antecedentes familiares de anemia falciforme, história de anemia crônica) (1ª consulta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme; • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme; • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes com traço falciforme: devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica; • Gestantes diagnosticadas com doença falciforme: devem ser encaminhadas ao serviço de referência (Pré-natal de alto risco).
<p>Glicemia em Jejum (GJ) (1ª consulta e 3º trimestre) Ver fluxograma 3 deste capítulo</p>	<p>Rastreamento positivo: Abaixo de 92 mg/dL</p>	<p>Realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª - 28ª semana de gestação; Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular).</p>
	<p>Diagnóstico de DMG: Maior ou igual a 92 a 125 mg/dL.</p>	<p>Repetir o exame de glicemia de jejum e se o resultado for maior que 92 mg/dL, fechar diagnóstico como DMG;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular); • Fornecer glicosímetro e orientar a fazer 3 medidas de

		glicemia capilar ao dia: jejum / 1h pós- prandial / 2h pós- prandial. Monitorar por 15 dias e passar por avaliação médica (preferencialmente ginecologista). •Manter acompanhamento na Unidade de Saúde
Teste de tolerância à glicose (jejum e 2h após sobrecarga com glicose 75g anidro) (24ª a 28ª Semana)	Diagnóstico de DMG: •Em jejum: 92 a 125 mg/dl; •1ª hora: Maior ou igual a 180 mg/dl •Após 2 horas: maior ou igual a 153 a 199 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular); • Referenciar o serviço ambulatorial de gestantes de alto risco; •Fornecer glicosímetro e orientar a fazer 3 medidas de glicemia capilar ao dia: jejum / 1h pós- prandial (almoço e jantar) ou 2h pós- prandial (almoço e jantar). Monitorar por 15 dias e passar por avaliação médica. (preferencialmente ginecologista); •Manter acompanhamento na Unidade de Saúde
<p>Teste rápido treponêmico para Sífilis (1ª consulta - Abertura de Pré Natal).</p> <p>Teste rápido treponêmico para Sífilis OU Teste treponêmico laboratorial.</p> <p>2º e 3º trimestre</p> <p>Teste rápido treponêmico para Sífilis Parto.</p> <p>Se histórico de tratamento anterior para Sífilis, solicitar VDRL (teste não treponêmico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teste Rápido Treponêmico (Imunocromatografia): Não Reagente • Teste Treponêmico (Quimioluminescência): Não Reagente • Teste Não Treponêmico (VDRL): Não Reagente 	<p>Em caso de positividade dos exames, avaliar se tem histórico de tratamento anterior documentado e seguir condutas descritas no Quadro 32 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta, no capítulo 3 deste protocolo.</p> <p>O tratamento de sífilis na gestação deverá ser realizado conforme o estadiamento descrito no Quadro 34: Tratamento e Monitoramento de Sífilis, no capítulo 3 deste protocolo.</p> <p>Em caso de dúvida sobre o estadiamento clínico da doença na gestante, recomenda-se o tratamento como sífilis latente tardia: Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM</p> <p>IMPORTANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • O intervalo entre as doses é idealmente, a cada 7 (sete) dias, não ultrapassando 9 (nove) dias; • Caso alguma dose seja perdida, ou o intervalo entre elas seja maior que nove dias ou inferiores a 7 dias, o esquema terapêutico deve ser reiniciado.
Teste rápido (TR) para HIV (1ª consulta - Abertura de Pré Natal). Teste rápido (TR) para HIV OU	TR não reagente e sorologia negativa	<ul style="list-style-type: none"> • Manter acompanhamento de rotina do Pré-natal; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • Teste rápido não reagente: aconselhamento e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir o exame em 30 dias; • Repetir sorologia (ou TR em situações especiais) e no 3º trimestre.

<p>Sorologia (anti-HIV I e II) (2º e 3º trimestre)</p> <p>Teste rápido (TR) para HIV (Parto).</p> <p>Não realizar e/ou solicitar exames anti-HIV para pessoas sabidamente soropositivas (evita exposição, gastos desnecessários, estresse da usuária e equipe com busca ativa para elucidação diagnóstica.</p>		<p>Orientar uso de preservativo (feminino ou masculino) para prevenção de contaminação durante a gestação e contra indicar a amamentação para evitar transmissão vertical do HIV.</p>
	<p>TR1 Reagente realiza TR2. Se TR 2 Reagente confirma Reagente para HIV encaminha para referência para PCR para iniciar tratamento.</p> <p>TR 1 reagente e TR2 Não reagente = Discordante Repetir fluxograma TR1 e TR2 se persistir discordante Encaminhar com urgência para referência para elucidação diagnóstica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realize o aconselhamento pós-teste; • A gestante deve ser encaminhada para serviço de Pré-natal de alto risco e para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) • Manter seguimento na Atenção Básica; • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber Terapia Antirretroviral (TARV) durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV; • As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar; e a inibição da lactação deve ser administrada na maternidade. • 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; Vacinas recentes. • 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.
<p>Teste Rápido para Hepatite B (HBsAg) OU Sorologia para Hepatite B.</p> <p>Idealmente no primeiro trimestre.</p>	Reagente	<ul style="list-style-type: none"> • Realize o aconselhamento pré e pós-teste; • Notificar • Encaminhar a gestante para o seguimento e elucidação diagnóstica no serviço de atenção especializada de referência; (SAE/CTA) e profilaxia s/n. • Testar parceiros sexuais e contatos intradomiciliares e analisar esquema vacinal.
	Não reagente	<ul style="list-style-type: none"> • Checar histórico de vacinação e se incompleto ou sem comprovação, proceder com a vacinação. <p>obs: O HBsAg pode ser alterado se realizado logo após a vacinação recente.</p>

<p>Teste Rápido para Hepatite C (anti HCV) OU Sorologia para Hepatite C.</p>	<p>Reagente</p> <p>Não Reagente</p>	<p>Encaminhar para serviço de referência para elucidação diagnóstica. Notificar.</p> <p>Aconselhamento para prevenção (uso de preservativos, Não compartilhar instrumentos (cortantes, canudos, kits de manicure) Repetir no 2º e 3º trimestre ou exposição risco ou violência sexual.</p>
<p>Toxoplasmose IgG e IgM</p> <p>(1ª consulta, 2º e 3º trimestre)</p>	<p>IgG e IgM reagentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • averse de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação - encaminhar imediatamente para avaliação médica; • averse forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame; • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – encaminhar imediatamente para avaliação médica; • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame; • IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir a cada 3 meses e no momento do parto. 	<p>Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos ao manipular alimentos; • Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; • Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, 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 pzinha; • 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. <p>Obs: Gestante HIV pode reativar toxoplasmose.</p>
<p>Urina tipo I</p> <p>(1ª consulta, 2º e 3º trimestre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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/d; • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não esteja disponível a urinocultura. Tratar, conforme quadro 9, deste capítulo. • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica; <p>Na presença de traços de proteinúria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar para avaliação médica; • Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao Pré - Natal de alto risco; • Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir

		ao alto risco.
Urocultura e antibiograma (1ª consulta e 3º trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por ml (UFC/ml); • Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/ml; • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento 	Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes (prescrição médica e de enfermeiros): Ver quadro 34, deste capítulo.
Parasitológico de fezes	<p>Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativo: ausência de parasitos; • Positivo: conforme descrição de parasitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. • Gestantes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação; • Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.
HTLV 1 e 2 Preferencialmente no (1º trimestre)	<p>Reagente</p> <p>Não Reagente</p>	<p>Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais; Orientar a contra-indicação à amamentação em mães vivendo com HTLV 1/2, sendo sugerido o uso de inibidores de lactação e de fórmulas lácteas infantis. Encaminhar para avaliação no alto risco e acompanhamento no CTA. Programar o fornecimento da fórmula infantil (CTA). Testar parcerias sexuais. Realizar notificação.</p> <p>Orientar a importância da prevenção (preservativos) durante a gestação e a amamentação.</p>

Fonte: COREN SP, 2019 - Adaptado protocolo da Saúde da Mulher

2.1.5 Condutas Frente a Queixas Mais Comuns na Gestação

É imprescindível que em todas as consultas à gestante, sinais e sintomas, bem como queixas, sejam avaliados periodicamente no decorrer da gestação, sendo propostas condutas que possibilitem um acompanhamento qualificado.

Quadro 9: Apresentação das Principais Queixas Durante a Gestação e Condutas de Enfermagem

Alteração	Descrição/ Manifestações	Condutas/ orientações de enfermagem	Medicamentos
Náuseas/ vômitos	Alterações hormonais comuns no primeiro trimestre gestacional, que apresentam de maneira mais intensa pela manhã e durante jejuns prolongados; Náuseas e vômitos até cerca de 14 semanas de gestação: quadro de êmese gravídica e é considerada normal; A hiperêmese gravídica, forma grave, ocorre em 0,3 a 2% das gestações e caracteriza-se por vômitos incoercíveis, desidratação, oligúria, perda de peso e distúrbios metabólicos. Pode ocasionar, nos casos graves, insuficiência hepática, renal e neurológica (Coren-MG, 2017); 10% das gestantes mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre (BRASIL, 2016)	As condutas e o tratamento devem estar voltados à alimentação e ao apoio emocional, no intuito de prevenir complicações e proporcionar conforto, bem-estar e segurança à gestante. Conduta: <ul style="list-style-type: none"> • Orientar hábitos de alimentação fracionada, evitando longos períodos de jejum • Orientar alimentos sólidos no primeiro período do dia com mastigações lentas; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar alimentos gordurosos, condimentados, com pouco carboidrato, orientando o aumento de consumo de alimentos ricos em proteínas; • Orientar o consumo de leite e derivados integrais; • Orientar que as refeições sejam realizadas em ambientes tranquilos, evitando estresse; • Evitar deitar-se após as refeições; • Oferecer encontros educativos relacionados à saúde alimentar no período gestacional e puerperal; • Proporcionar apoio emocional, se necessário; • Referenciar o serviço de nutrição da rede de saúde, quando houver necessidade. 	<p>Antieméticos orais prescritos por médico ou enfermeiro: 1. Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas, VO;</p> <p>Nos casos de hiperêmese gravídica*, faz-se necessário - encaminhar a gestante imediatamente para o HMA.</p> <p>*Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).</p>
Pirose/Azia	A sialorreia, também conhecida como ptialismo ou salivação excessiva, é uma das queixas que mais incomodam na gravidez (BRASIL, 2016). Pode	<p>Medicamento: Hidróxido de alumínio, 10-15 ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se, sempre que apresentar o sintoma.</p>	

	<p>estar associada à náusea e causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas (Coren-SC, 2017)</p>	<p>As condutas para salivação excessiva, assim como o recomendado para náuseas e vômitos, estão voltadas à alimentação e ao apoio emocional, a fim de proporcionar conforto e bem-estar.</p> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar, deglutir saliva e ingerir. 	
<p>Queixas urinárias</p>	<p>Conjunto de sinais e sintomas que envolvem o trato urinário. 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); Além da polaciúria e da nictúria, a disúria, urgência miccional, estrangúria (micção lenta e dolorosa), dor retropúbica e suprapúbica 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. (FLORIANÓPOLIS, 2017; LONDRINA-PR, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter ingesta hídrica; • Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo; • 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, encaminhar para consulta com médico (UNICAMP, 2017); 	<p>Medicamentos: Antibióticos de escolha no tratamento de bacteriúria assintomática e ITU não complicada.</p> <p>Primeira escolha: Fosfomicina - dose única</p> <p>Segunda escolha: Nitrofurantoína 100 mg, 01 cápsula de 6/6 hs, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação); ou</p> <p>Terceira escolha: Cefalexina 500 mg, 01 cápsula de 6/6 horas, por 07 a 10 dias; ou</p> <p>Última escolha: Clavulanato 500 mg – 01 cápsula de 8/8 horas, de 07 a 10 dias.</p> <p>Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetir urocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento; • 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.
<p>Tonturas / vertigens/ fraquezas e desmaios</p>	<p>Instabilidade hemodinâmica decorrente da vasodilatação e hipotonia vascular em (atividade da progesterona na parede dos vasos que estimula a diminuição</p>	<p>Na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, não requer terapêutica medicamentosa.</p> <p>Conduta:</p>	

	da perfusão periférica pela compressão do útero na circulação de retorno). Estas ocorrências causam diminuição do débito cardíaco, hipotensão arterial e hipóxia cerebral transitória. Outro aspecto associado com as tonturas e vertigens são as hipoglicemias (BRASIL, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer alimentação fracionada; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar jejum prolongado; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Evitar mudanças bruscas de posição; • Evitar frituras, café, chá-mate, chá-preto e doces; • Evitar álcool e fumo. • Orientar deitar-se de decúbito lateral esquerdo ou a sentar com a cabeça abaixada e respirar profunda e pausadamente; • Evitar ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; • Evitar vestuário desconfortável e apertado; • Orientar ingestão hídrica adequada; • Orientar atividade física monitorada; • Monitorar e observar a pressão arterial. 	
Cefaleia	Comum no primeiro trimestre de gestação devido a alterações hormonais; Atentar para sintomas que podem indicar doenças graves como hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (COREN-GO, 2017).	<ul style="list-style-type: none"> • Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação); • Conversar com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores; • Repousar em local com pouca luminosidade e boa ventilação; • Orientar exercícios de relaxamento; • Referenciar à consulta médica, se os sintomas persistirem. 	<p>Medicamentos:</p> <p>Primeira escolha: Paracetamol 500-750 mg, 6/6 horas; ou</p> <p>Segunda escolha: Dipirona 500-1000mg, 6/6 horas. (BRASIL,2016)</p>
Cólica/dores abdominais	Cólica/dores abdominais	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a cólica quanto à localização, frequência e duração; • Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios monitorados; • Manter repouso; • Avaliar dinâmica uterina; Se persistir, encaminhar para avaliação médica 	<p>Medicamentos: Dipirona 500-1000 mg, 6/6 horas.</p>
Obstipação (flatulências)	Ação da progesterona favorece relaxamento da musculatura lisa, diminuindo o peristaltismo (BRASIL, 2012; CORENGO, 2017).	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a ingestão líquida; • Orientar dieta rica em fibra; • Aumentar o consumo de 	

		<p>fruta laxativa (ameixas, abacate, mamão, frutas cítricas), verdura crua e cereais integrais;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar alimentos fermentativos (feijão, repolho, batata, milho, ovo e frituras); • Recomendar caminhadas, caso não haja contraindicação; • Com a persistência do quadro pode ser necessário prescrição de formadores de bolo fecal, como farelo de trigo; • Não se deve prescrever óleos minerais que diminuem absorção de vitaminas; Caso os cuidados não sejam efetivos, encaminhar para avaliação médica. 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simeticona 40-80mg (30 gotas) de 6/6 horas (caso flatulência); Risco B.
Dispneia	<p>Desconforto respiratório pela compressão do músculo diafragma pelo útero gravídico. Sintomas recorrentes na gestação, pelo aumento do volume do útero e compressão pulmonar, podendo ocorrer também por ansiedade. Avaliar sinais de alerta como: tosse, edema, febre, trauma, pneumopatias, sinais de trombozes (BRASIL, 2012, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repouso em decúbito lateral esquerdo; • Realizar ausculta cardiopulmonar; • Monitorar a frequência respiratória; • Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias; • Evitar roupas apertadas; • Elevar a cabeceira da cama; • Deixar o ambiente arejado/ventilado. <p>Encaminhar para consulta médica.</p>	
Hemorroidas	<p>Alteração venosa na região anal, com inflamação e/ou dilatação que pode ser adquirida e/ ou agravada no período gestacional. É importante estar atento ao sangramento retal, dor e endurecimento local (COREN-PB, 2015; LONDRINA-PR, 2017; PIRACICABA-SP, 2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto a alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal; • Higiene no chuveiro ou ducha após evacuações; • Não use papel higiênico colorido ou áspero; • Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação; • Banho de assento com água morna 3 vezes ao dia; • Agendar consulta médica oportuna, caso haja dor ou sangramento anal persistente. 	
Candidíase	<p>Os principais sintomas são: •</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurido vaginal; • Hiperemia vulvar; • Ardor ou dor à micção; • Corrimento grumoso 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de calcinha de algodão e/ ou dormir sem as mesmas, a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme vaginal 2%. Deve ser aplicado na vagina com uso de aplicador próprio. A dose é

	(coalhada); • Dispareunia de introito. .	bicarbonato de sódio (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) 1 vez ao dia, promove o alívio dos sintomas; • Não usar roupas apertadas; • Não usar absorventes diários; • Se persistir sintomas, investigar.	correspondente a 01 aplicador completamente preenchido com (5g), uma vez ao dia, ao deitar, durante 7 dias consecutivos; antifúngico tópico por • Não realizar tratamento sistêmico.
Vaginose Bacteriana	Desequilíbrio da flora vaginal normal por aumento de bactérias, principalmente anaeróbias (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Bacteróides</i> sp., <i>Mobiluncus</i> sp., micoplasmas, peptostreptococos) em conjunto com a diminuição de lactobacilos acidófilos, predominantes na vagina normal. Caracterizado por corrimento vaginal branco- - acinzentado de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes caseoso, com odor fétido (BRASIL, 2012; COREN-SC, 2017).	Orientar: • Uso de calcinha de algodão e/ ou dormir sem as mesmas, a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com ácido acético (vinagre), 1-2 colheres de sopa em 1 litro de água, 1 vez ao dia, alivia sintomas; • Não usar roupas apertadas; • Verificar diagnóstico diferencial entre vaginose bacteriana e tricomoniase, já que a primeira não se qualifica como infecção sexualmente transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando de convocação dos mesmos	Medicamentos: Metronidazol creme vaginal 100 mg/g - 01 aplicador via vaginal ao deitar-se, por 7 dias consecutivos.
Dor nas mamas	Devido a modificações hormonais da gestação, ocorre o aumento da sensibilidade nas mamas e mamilos, sendo necessário o preparo da mama para a amamentação, que deve ser iniciado no Pré-natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno (COREN - PB, 2015; LONDRINA -PR, 2017).	Orientar o uso de sutiã confortável durante a gestação; • Banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas ou após as 16 horas); • Orientar as vantagens e o manejo na amamentação	Medicamentos: • Paracetamol 1 comprimido (500 mg) de 6/6 horas VO; • Dipirona 1 comprimido (500 mg) de 6/6 horas VO.
Estrias	Lesões dermatológicas definitivas, ocasionadas pela distensão dos tecidos localizadas no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. Costumam aparecer após o 5º mês de gestação e que não	Orientar: • Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; • Controlar o ganho de peso; • Atenção: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado	



	existe método eficaz de prevenção ou de tratamento. (COREN-PB, 2015).	na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, que é também contraindicado na amamentação.
Sangramento nas gengivas	A produção de hormônios esteroides pode aumentar a vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal (COREN-PB, 2015; LONDRINA-PR, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar toda gestante para avaliação odontológica; • Orientar o uso de escova de dente macia e suave; • Uso de fio dental; • Realizar bochechos com soluções antissépticas.
Varizes	<ul style="list-style-type: none"> • Costumam aparecer ou agravar durante a gestação. Sua principal causa é a congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero; • Apresentam-se na maioria das vezes nos membros inferiores, especialmente no direito, podendo surgir na vulva, desaparecendo após o parto; • Normalmente as varizes estão associadas a desconfortos e dores nos membros inferiores (BRASIL, 2012); • A inatividade e obesidade durante a gestação são fatores de risco para trombose venosa periférica (COLMAN-BROCHU, 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir o tempo em pé ou sentada, evitando inatividade; • Fazer vários repousos intercalados com as atividades diárias aproximadamente 20 minutos; • A elevação dos membros durante o repouso pode ser útil; • Evitar roupas apertadas; • Caso seja possível, utilizar meia-calça elástica para gestante, de suave ou média compressão. Sugerir o tamanho de acordo com a mensuração da circunferência da panturrilha; • Acompanhar a evolução, devido ao risco de complicações tromboembólicas; • Orientar quanto ao controle de peso e práticas seguras de atividades físicas, sob orientação de profissional.
Câimbra	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciam normalmente no primeiro trimestre, são espasmos musculares involuntários, súbitos, dolorosos, impulsionados pelo estiramento dos músculos comprometidos, ocorrem especialmente na panturrilha; • Esta ocorrência pode estar relacionada pela diminuição da circulação sanguínea nos músculos, devido à pressão do útero, estando associada a uma acidose loco regional, 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar ingesta de alimentos ricos em potássio, cálcio, magnésio e vitamina B1 (banana, melão, tomate); • Reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.); • Massagear músculo contraído; • Realizar o alongamento antes de iniciar atividades físicas, ao acordar e ao repousar. • Evitar excesso de atividades físicas; • Uso de compressas mornas no local.

	ocasionada pela diminuição de cálcio e acréscimo de fósforo na circulação materna (FLORIANÓPOLIS, 2017; LONDRINA, 2017).	
Edema	<ul style="list-style-type: none"> Fenômeno comum em 25% das gestantes, ocorrem principalmente nos membros inferiores, como resultado do peso do útero gravídico sobre grandes vasos, dificultando o retorno venoso, aumentando a retenção de líquidos em espaços tissulares. (LONDRINA, 2017; MOLLART, 2003); De acordo com Brasil, 2012 é importante entender a diferença entre edema patológico ou fisiológico: Edema Fisiológico: não há aumento dos níveis pressóricos ou proteinúria, apenas edema isolado; Edema patológico: aumenta níveis pressóricos e/ou proteinúria e/ou sinais e sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia, como cefaleia e dores epigástricas, entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> Elevar membros inferiores acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. por diversas vezes durante o dia; Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; Usar roupas leves, evitando meias elásticas 3/4 ou roupas apertadas que dificultam o retorno venoso; Dieta normossódica, aumentando a ingestão de líquidos; Realizar controle de peso e pressão arterial (BRASIL, 2016). <p>Classificar o edema:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edema apenas no tornozelo, sem alteração de pressão arterial e peso (+/+++): questione se está relacionado a esforços físicos ou inatividade, calçados apertados ou até mesmo a temperatura e estação do ano; Edema de membros inferiores, com aumento da pressão arterial e peso (+/+++): orientar repouso em decúbito lateral esquerdo, avaliar sinais de pré-eclâmpsia e agendar consulta médica; Edema generalizado (face, tronco e membros), se mostrando presente ao despertar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento de peso: gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada ao serviço de alto risco.
Dor lombar /pélvica	<ul style="list-style-type: none"> Ocorrência frequente, tende a se intensificar com a evolução da gestação, podendo irradiar para os membros inferiores (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; CLOSE <i>et al.</i>, 2016); São ocasionadas pela adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal; É importante distinguir entre dor mecânica (tempo de evolução, relacionada a movimentos) e/ ou dor inflamatória (presença de febre, mal-estar). (COREN -SC, 2017). 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar correção da postura ao andar, sentar-se ou abaixar -se; Os sapatos devem ser baixos (aprox. 3 cm) e confortáveis, evitar saltos; Compressas mornas ajudam a aliviar a dor; Orientar a manter as atividades cotidianas normalmente, a inatividade pode aumentar as dores; Encaminhar para fisioterapia) e investigação complementar, dependendo da evolução da dor; No caso de presença de febre e/ou queixas urinárias, ficar atento para a possibilidade de pielonefrite e <p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 500-750 mg, 6/6 horas ou; Dipirona 500-1000mg, 6/6 horas. <p>Caso não ocorra a melhora dos sintomas em até três dias, encaminhar para avaliação médica.</p> <p>No período gestacional estão contraindicados os anti-inflamatórios, devido ao risco de oligoidrâmnio.</p>

		<p>encaminhar imediatamente a gestante para avaliação médica (COREN-SC, 2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidências mostram que atividades físicas acompanhadas podem ser benéficas para aliviar a dor. Porém devem ser evitados excessos; Recomendar acupuntura e atividades de relaxamento e lazer para diminuição do estresse e ansiedade, se houver disponibilidade (BRASIL, 2016). 	
Ganho ponderal inadequado	<ul style="list-style-type: none"> O ganho de peso em excesso na gestação é um problema de saúde pública, pois está frequentemente associado a complicações maternas e fetais, como diabetes e hipertensão materna, macrosomias, prematuridade, sendo que problemas nutricionais durante a evolução fetal associa-se a alterações de saúde na vida adulta (FONSECA <i>et al.</i>, 2014; SATO; FUJIMORI, 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> Antecipar os retornos programados para monitoramento semanal do peso (ou mais frequente), pelo maior risco de pré-eclâmpsia; Recomendar atividade física e controle da alimentação, preferencialmente sob orientação de profissionais especializados (educador físico, fisioterapeutas, nutricionista). (UNICAMP, 2017); Evitar a ingestão de refrigerantes, doces, gorduras e também de bebidas alcoólicas. (LONDRINA, 2017); Preencher, na carteira de gestante, o gráfico de acompanhamento nutricional e proferir as evoluções no prontuário. (COREN-MG, 2017); <p>A gestante deve ser monitorada desde o início da gestação, com avaliação do peso inicial (Índice de massa corporal - IMC):</p> <ul style="list-style-type: none"> Baixo peso – ganho total deve ser de: 12,5-18,0 kg; Peso adequado – ganho total= 11,5-16,0 kg; Sobrepeso – ganho total= 7,0-11,5 kg; Obesidade – ganho total= 5,0-9,0 kg. (Linha de Cuidado Materno Infantil, 2022.) <p>O ganho ponderal excessivo é resultante também de retenção hídrica, precedido de hipertensão na pré-eclâmpsia, caracterizando-se “sinal de alerta” (UNICAMP, 2017).</p>	

Fonte: 2019. Coren Sp. Adaptado protocolo da Saúde da Mulher

2.1.6 Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes

A) Sífilis na Gestação

Diagnosticar e tratar precocemente a sífilis na gestação reduz a possibilidade de transmissão vertical e taxas de morbimortalidade materna e perinatal (NUNES *et al.*,

2017). Assim, ao acolher a gestante, logo na primeira consulta, o teste rápido imunológico (treponêmico) e o VDRL (não treponêmico) devem ser realizados tanto na gestante, quanto no(a) parceiro(a) (COREN-GO, 2017).

É preconizado teste rápido de sífilis na primeira consulta de Pré-natal. Na ocorrência de resultado reagente, deverão tanto gestante quanto seu parceiro sexual ser tratados concomitantemente, mesmo sem a realização do teste não treponêmico. Há evidências de que os benefícios ultrapassam o custo e o risco do tratamento.

Já no primeiro resultado reagente (positivo), deve-se iniciar imediatamente o tratamento com Benzilpenicilina Benzatina, medicamento cujos benefícios superam quaisquer riscos, sendo considerado seguro para mãe e para o feto (BRASIL, 2019; COREN-SC, 2017). Além disso, é a única droga com eficácia garantida durante a gestação, evitando a sífilis congênita, esta que está cada vez mais incidente, sendo em média 3,3 casos /1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

É importante ressaltar que a probabilidade de reação adversa, em especial a anafilaxia, decorrente do uso da penicilina é rara (0,002%), de acordo com evidências científicas que constam no relatório elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC), cujo nome é “Benzilpenicilina Benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez” (BRASIL, 2015).

Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) emitiu a Nota Técnica nº 03/2017, que reafirma a importância de enfermeiros prescreverem a Benzilpenicilina Benzatina para os tratamentos de sífilis, conforme protocolos institucionais, e com base no estudo realizado pela CONITEC referente a casos raros relacionados a anafilaxia por administração de Penicilina, o Cofen também orienta auxiliares e técnicos administrarem independente da presença do médico.

Compete à equipe multiprofissional garantir o tratamento adequado, bem como anotação em caderneta da gestante e prontuário de Pré-natal, assim será evitado que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a vinculação mãe-bebê.

Recomenda-se que seja investigado a história de alergias a medicações anteriores, dentre outros, e suporte para urgência seja mantido na unidade, caso aconteça ocorra alguma intercorrência.



Quadro 10: Cuidados durante o tratamento da Sífilis na Gestante e no(a) Parceiro(a).

Cuidados durante o tratamento
<p>1- As gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual;</p> <p>2- As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário;</p> <p>3- Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, as gestantes deverão ser tratadas no momento da consulta;</p> <p>4- Ainda nesse momento, deve ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico (linha de base), para seguimento sorológico;</p> <p>5- Existe evidência de que os benefícios suplantam o custo e o risco do tratamento com benzilpenicilina benzatina;</p> <p>6- O retardo do tratamento no aguardo de resultados do teste complementar faz com que o profissional perca tempo e a oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis;</p> <p>7- O monitoramento sorológico deve ser mensal até o final da gestação. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses);</p> <p>8- A gravidez também é um assunto de homens. Estimular a participação do pai/parceiro durante todo o pré-natal é essencial para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio;</p> <p>9- No caso de gestante com cicatriz sorológica para sífilis, a testagem para sífilis deve ser mantida conforme rotina preconizada no pré-natal (1º, 2º e 3º trimestres de gestação), idealmente por meio de testes não treponêmicos. <u>Para ser considerado como cicatriz sorológica deverá ser comprovado o tratamento adequado anteriormente.</u></p> <p>10 - A recomendação é que as doses sejam aplicadas, idealmente, a cada 7 (sete) dias, não ultrapassando 9 (nove) dias. Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas seja maior que nove dias ou menor que 7 dias, o esquema terapêutico deve ser reiniciado.</p> <p>11 - O dia da aplicação da benzilpenicilina benzatina é o dia zero; a partir desse dia, contam-se 7 (sete) dias para próxima aplicação.</p>

Fonte: DCCI/SVS/MS.2022 e Nota Técnica Nº 14/2023-.DATHI/SVSA/MS

Ver Condutas e tratamento de Sífilis no Capítulo 3.

B) Diabetes Mellitus Gestacional

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição clínica que deve ser detectada precocemente e acompanhada a fim de evitar complicações ao binômio. Pode ser definida como um desajuste no metabolismo de carboidratos, resultando em hiperglicemia, que é identificada pela primeira vez na gestação, podendo permanecer ou não após o nascimento (MENSAH; VAN ROOYEN; TEN HAM-BALOYI, 2019; SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*, 2018).

Tem uma estimativa de prevalência de aproximadamente 15% a nível mundial, a qual tende a aumentar consideravelmente pelo crescente número de obesidade e sobrepeso em mulheres com idade reprodutiva (MENSAH; VAN ROOYEN; TEN HAM-BALOYI, 2019). No Brasil, Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a



prevalência é de 7,6% em mulheres com mais de 20 anos (COREN-PB, 2015).

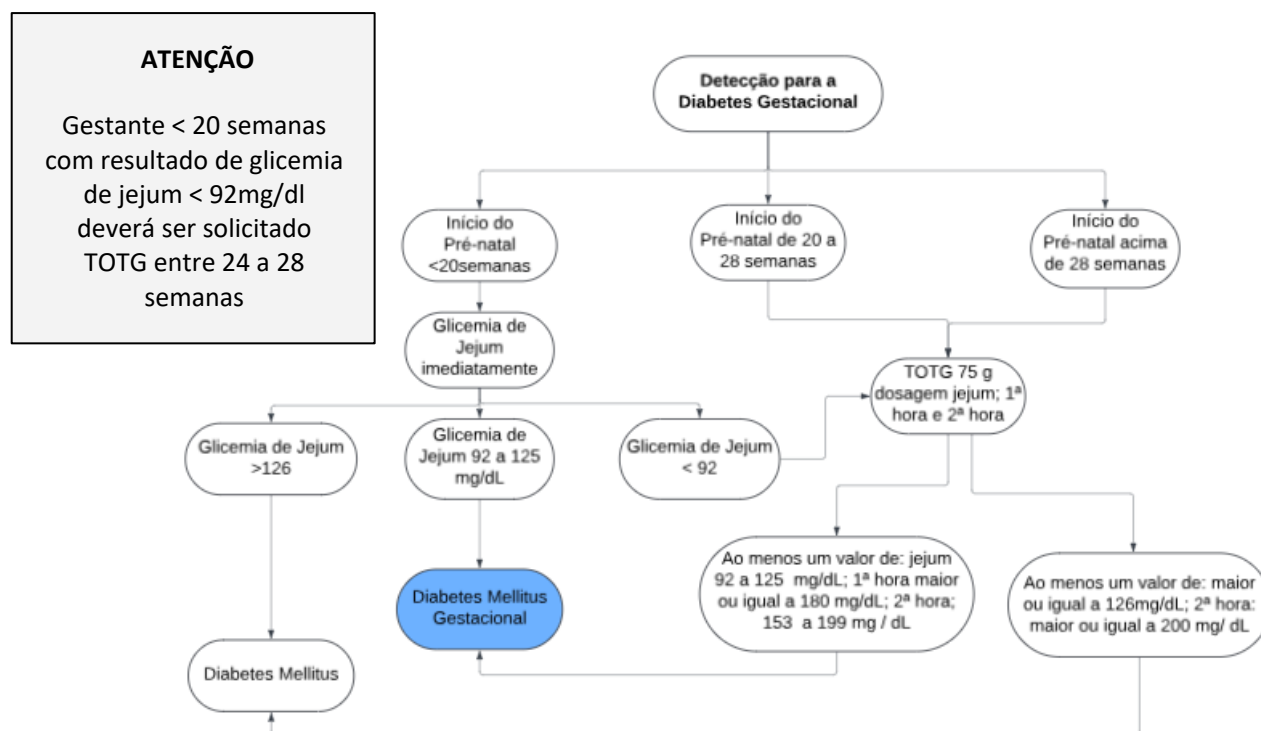
A DMG deve ser acompanhada de perto pela equipe de saúde, devido aos riscos ocasionados pela hiperglicemia, sendo uma das possibilidades o aumento da incidência de pré-eclâmpsia, polidrâmnio, aumento das taxas de cesarianas (SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*, 2018), também a diabetes e a intolerância a carboidratos após a gestação. Na criança, os efeitos da hiperglicemia podem ser graves: são comuns alterações resultantes como macrossomias que podem dificultar o parto causando distócia, bem como após o nascimento, com ocorrências de hipoglicemia, icterícia, além da policetemia e a hipocalcemia decorrentes de sofrimento respiratório (BRASIL, 2012).

Os fatores de risco para DMG são: idade materna superior a 35 anos; obesidade ou ganho ponderal excessivo na gravidez atual; multiparidade; abortamentos repetidos; excesso de gordura corporal com disposição central; baixa estatura (menor que 1,5m); polidrâmnio; hipertensão ou pré-eclâmpsia em gravidez atual; história familiar de diabetes; história de diabetes em gestações anteriores; síndromes de ovários policísticos; doença cardiovascular aterosclerótica; e uso de medicamentos hiperglicemiantes. (BRASIL, 2017; COREN-PB, 2015; SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*, 2018).

- **Diagnóstico da DMG** Todas as gestantes devem ser investigadas para DMG, sendo necessária a realização de exame de Glicemia de Jejum (GJ) (até 20 semanas de idade gestacional) para diferenciação entre o DMG e o Diabetes Mellitus (DM) diagnosticado na gestação. O Fluxograma 1, representa as fases do diagnóstico.



Fluxograma 1: Rastreamento e diagnóstico da diabetes de acordo com fatores de risco da gestante



Fonte: SMSA/Araucária, 2021.

● Avaliação Pós - Parto

Ainda que a tolerância à glicose se normalize rapidamente após o parto na maioria das mulheres que desenvolveram DMG, o risco de desenvolvimento de DM do tipo 2 ou de intolerância à glicose é significativo. **A realização do TOTG com 75 g de glicose, seis semanas após o parto**, é considerado o padrão ouro para o diagnóstico de diabetes após a gestação.

O diagnóstico de DM é estabelecido, fora da gestação, se a glicemia em jejum for ≥ 126 mg/dL ou 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dL (29). Se a glicemia de jejum for de 100 a 125, diagnostica-se a glicemia de jejum alterada. Caso o jejum seja inferior a 126 mg/dL mas a glicemia na 2ª hora após a sobrecarga com 75 g tenha valores de 140 a 199, têm-se o diagnóstico de intolerância à glicose.

Quadro 11: Cuidados e Orientações gerais à gestante com DMG.

Cuidados e orientações gerais sobre DMG

- Não abandonar o tratamento, mas sim segui-lo à risca realizando os exames e o monitoramento durante o Pré-natal e no pós-parto;
- Na maioria dos casos, frente aos cuidados e monitoramento adequado, a gestação e parto transcorrem sem complicações;
- Podem ser utilizados adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acessulfame-K e neotame) com moderação;
- Adoção de estilo de vida saudável, com alimentação equilibrada;
- Para prevenir hiperglicemia, hipoglicemia ou cetose, a dieta deve ser fracionada em pequenas porções a cada 3 horas durante o dia;
- Prática regular de atividade física – Gestantes sedentárias podem ser orientadas a praticar caminhadas regulares de aproximadamente 20 minutos por dia. As que já se exercitavam regularmente podem manter suas atividades, evitando exercícios de alto impacto (como pular corda, correr, body jump etc.);
- Atividades físicas não devem ser realizadas se houver suspeita de diminuição da movimentação fetal (<10 MFs/24 horas) e se a glicemia capilar estiver < de 70 mg/dl ou ≥ de 250 mg/dl;
- Evitar o uso de álcool. Abandono do tabagismo;
- Algumas mulheres (de 10% a 20%) necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária. A insulina de ação prolongada, embora tenha se mostrado segura em alguns relatos de casos, não dispõe de evidências suficientes para sua indicação;
- Atentar aos cuidados para evitar hipoglicemia, principalmente nas gestantes que fazem uso de insulina;
- A insulina deve ser administrada no abdome ou membros menos exercitados (o exercício pode aumentar a sensibilidade muscular à absorção de insulina). Informar que o pico de ação da insulina não deve coincidir com o horário da atividade, diminuindo o risco de hipoglicemia;
- Orientar sinais de alerta para sintomas de hipoglicemia. Sugerir que carregue consigo fonte de glicose rápida para ser utilizada em eventual hipoglicemia (ex.: suco adoçado e balas);
- Acompanhar e orientar o tratamento farmacológico (caso tenha sido prescrito);
- A conduta obstétrica de uso de corticosteroides para maturação pulmonar fetal não é contraindicada, mas deve-se administrá-los de forma concomitante ao monitoramento intensivo da glicemia e aos ajustes da dose de insulina.

Fonte: Adaptado de (BRASIL, 2012, 2017; LONDRINA-PR, 2017)

É importante ressaltar que após o parto o acompanhamento da mulher pela unidade de saúde deve continuar, bem como o monitoramento glicêmico e orientações pertinentes para cada situação.

C) Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG)

A Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG) é considerada um grave problema de saúde pública, devido à capacidade de morbimortalidade materna e perinatal. Afeta cerca de 10% das gestações no mundo, podendo causar acidente vascular cerebral (AVC), nascimento prematuro ou de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, entre outros (DUTRA *et al.*, 2018).

Na SHG, a pressão arterial sistêmica (PAS) atinge ou ultrapassa 140X90 mmHg, podendo ser classificada de diferentes modos (hipertensão gestacional, hipertensão crônica, hipertensão crônica associada com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, de acordo com a caracterização presente no quadro abaixo. Possuem prevalências elevadas no Brasil, as quais mudam de acordo com alguns fatores como idade, raça, obesidade e sobrepeso, associação com diabetes e doenças renais (DUTRA *et al.*, 2018; ZANATELLI *et al.*, 2016).

Para acompanhamento, faz-se necessário o diagnóstico diferencial realizado pelo médico, entre a hipertensão que antecede a gestação e a hipertensão gestacional, esta que é caracterizada pelo aumento da pressão arterial após 20 semanas de gestação, podendo voltar aos valores normais após 12 semanas do parto (ZANATELLI *et al.*, 2016). Quando a gestante procura tardiamente o serviço de saúde para iniciar o Pré-Natal (após a 20ª semana), este diagnóstico diferencial é dificultado. A gravidez pode induzir ao aumento da pressão em mulheres normotensas ou agravar hipertensão preexistente (BRASIL, 2012).

O diagnóstico é feito pelo monitoramento dos níveis pressóricos e por teste rápido de proteinúria que deve ser realizado na unidade de saúde, além de uma anamnese completa para investigação de fatores de risco, bem como da classificação da SHG, a qual vai nortear as condutas.

Atentar para as mulheres negras, as quais possuem maior predisposição para **elevação da PA.**

Quadro 12: Classificação da Síndrome Hipertensiva da Gestação e Condutas

Tipo	Descrição	Conduta
Hipertensão Arterial Crônica	Presença de hipertensão arterial relatada pela gestante com manifestação prévia à gravidez ou identificada antes da 20ª semana.	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para o serviço de acompanhamento da gestação de alto risco; • A unidade de origem deve continuar monitorando a gestante, quanto ao comparecimento nas consultas de alto risco, seja pela programação da ida da gestante à unidade, seja pela visita domiciliar.
Hipertensão gestacional	Aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Quando a	

	hipertensão persiste, ela é denominada como “crônica”. É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia.	
Pré-eclâmpsia	Em gestante normotensa, manifestação de hipertensão arterial identificada após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa ou disfunção de órgãos-alvo como trombocitopenia (contagem de plaquetas < 150.000/mm3), disfunção hepática (transaminases oxalacética ou pirúvica > 40 UI/L), insuficiência renal (creatinina > 1,2 mg/dL), edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia. Ressaltando-se que, a associação de hipertensão arterial com sinais de disfunção placentária, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas fetais, também deve chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria;	<p>*Profilaxia de Pré-eclâmpsia: O enfermeiro poderá prescrever, de acordo com as indicações do quadro 13, deste capítulo.</p> <p>- Ácido acetilsalicílico - AAS na dose de 100 mg (81 150 mg) por dia ao deitar, começando após as 12 semanas e interrompendo com 36 semanas.</p> <p>- Carbonato de Cálcio com Vitamina D - de 1 a 2 g de dia, em doses fracionadas (Ex : 500 mg de carbonato de cálcio), começando após 12 semanas até o final da gestação.</p>
Pré-eclâmpsia sobreposta à Hipertensão Arterial Crônica	<p>Esse diagnóstico deve ser estabelecido em algumas situações específicas:</p> <p>1) quando, após 20 semanas de gestação, ocorre o aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gravidez (aumento de, pelo menos, três vezes o valor inicial);</p> <p>2) quando gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica necessitam de aumento das doses terapêuticas iniciais ou associação de anti-hipertensivos;</p> <p>3) na ocorrência de disfunção de</p>	Indicação de tratamento hospitalar / Serviço de Alto risco

	órgãos-alvo.	
Eclâmpsia	Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;	Referenciar o HMA

Fonte: Febrasgo, 2024.

*Indicações para Profilaxia da Pré-Eclâmpsia

Quadro 13: Indicações para a profilaxia de Pré-eclâmpsia

Todas as Gestantes com Pelo Menos um dos fatores abaixo
<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de Pré-eclâmpsia prévia; • Gestação múltipla; • Obesidade grau III (IMC maior do que 40,0 Kg/m²) • Hipertensão Arterial Crônica; • Diabetes; • Doença renal; • Doença autoimune;
Com dois ou mais fatores relacionados abaixo
<ul style="list-style-type: none"> • Nuliparidade; • História familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmãs) • Baixo nível socioeconômico; • Etnia afrodescendente; • Idade maior ou igual a 35 anos; • História pessoal de baixo peso ao nascer; • Gravidez prévia com desfecho adverso; • Intervalo maior que 10 anos da última gestação.

Fonte: Protocolo Pré-natal de alto risco e fluxos; SMSA.2024

Orientações importantes sobre a pré-eclâmpsia

- Repouso em decúbito lateral esquerdo por, pelo menos, duas horas durante o dia, pode ajudar;
- Para gestantes com hipertensão crônica sugere-se a dieta hipossódica (< 2,4 g/dia);
- Controle da PAS, orientações quanto aos sintomas de elevação da mesma como distúrbios visuais, cefaleia persistente, náuseas e/ou vômitos, dor abdominal;
- Retorno com maior frequência até iniciar o acompanhamento no serviço de alto risco;
- Se o paciente utilizava diuréticos por cardiopatia ou nefropatia, o indicado é a furosemida. Se usava diurético por HAS, é necessária a adequação para anti-hipertensivo adequado à gestação (são indicados metildopa, sendo a dose inicial de 750 mg, podendo aumentar, se necessário até 2,0 g/dia e betabloqueadores podem



ser usados se necessário);

- A PA deve ser mantida entre 90 a 100 mmHg, pois níveis inferiores a estes podem comprometer a oxigenação placentária;
- As gestantes com SHG devem ser orientadas a buscar uma unidade hospitalar no caso de emergências hipertensivas como: PA diastólica > 110 mmHg (mantida após repouso) acompanhada ou não de cefaleia, dor precordial, vertigens, vômitos. (BRASIL, 2012; RIBEIRÃO PRETO-SP, 2009).

C) Anemia Falciforme na Gestação

A anemia falciforme é uma doença decorrente de alteração genética, em que há uma distorção dos eritrócitos, deixando-os em forma de meia-lua ou foice, caracterizada por um tipo de hemoglobina mutante designada por hemoglobina S ou Hb S (BRASIL, 2006).

Para o diagnóstico, é importante ter conhecimento da forma de herança da doença. Na maioria dos casos, os pais dos pacientes com anemia falciforme são portadores assintomáticos dessa alteração genética (COREN BH, 2016). Trata-se de uma doença letal quando não identificada precocemente. Na gestação, é considerada uma situação potencialmente grave, porém não contra indica uma gravidez.

Para tanto, as mulheres com o diagnóstico de anemia falciforme devem obter informações quanto aos riscos, e o acompanhamento de Pré-natal deve ser realizado por obstetra e hematologista, em frequência diferenciada (BRASIL, 2006). O quadro 14 refere-se ao diagnóstico de anemia falciforme na gestação e condutas, sendo importante ressaltar que o manejo de gestantes com a doença é realizado pelo serviço de referência de atendimento à gestante de alto risco.

Quadro 14: Diagnóstico de Anemia Falciforme e Condutas

Exame	Interpretação dos resultados	Conduta
Eletroforese de hemoglobina	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme; • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme; • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (Pré-natal de alto risco, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde oferecer).

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016



2.1.7 Orientações alimentares

Quadro 15: Orientações alimentares: ferro, ácido fólico, cálcio, vitaminas A, C e D

Nutrição	Função	Fonte	Orientação alimentar
Ferro	Prevenção de anemia e nascimento pré-termo.	<ul style="list-style-type: none"> • Carne vermelha; • Castanha de caju; • Gema de ovo; • Leguminosas, como lentilha, ervilha e feijão; • Vegetais verde-escuros como brócolis, espinafre e couve. 	Priorizar a ingestão de ferro heme (carnes e vísceras) e melhorar a biodisponibilidade de ferro não heme (leguminosas, verduras e ovos) com a ingestão de fruta ou suco de fruta cítrica (limão, laranja, acerola, goiaba); Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de alimentos ricos em cálcio, café, chá (reduzem a biodisponibilidade do ferro).
Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular.	<ul style="list-style-type: none"> • Vegetais folhosos verdes; • Frutas cítricas, melão, abóbora e suco de laranja; • Alimentos integrais; • Legumes; • Bife de fígado. 	Consumir regularmente alimentos que contenham ácido fólico. O uso de ácido fólico não substitui a aquisição de alimentos ricos neste nutriente.
Cálcio	Manutenção esquelética e função cardíaca.	<ul style="list-style-type: none"> • Leite e derivados; • Sardinha; • Brócolis; • Vegetais e feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida. 	O consumo de café, chá-mate e chá -preto diminui a biodisponibilidade de cálcio; Preferir os desnatados quando a gestante apresentar elevado ganho de peso ou dislipidemia
Vitamina A	Prevenção da prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna e atua no sistema imunológico combatendo infecções.	<ul style="list-style-type: none"> • Leite; • Fígado; • Gema de ovo; • Vegetais folhosos verdes (espinafre e couve); • Vegetais amarelos (abóbora e cenoura); • Frutas amarelo alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui); • Batata doce; • Óleos e frutas oleaginosas (dendê e pequi). 	As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação; A suplementação deste micronutriente não deve ser indicada na gestação, salvo em situações específicas (como no pós-parto imediato em áreas endêmicas para deficiência de vitamina A).

Vitamina C	Estimula a absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas (laranja, limão, caju, acerola, mexerica/tangerina, mamão, goiaba, morango); • Tomate; • Brócolis. 	<p>Incentivar o consumo diário de alimentos fonte de vitamina C;</p> <p>Preferir consumir os alimentos ricos em vitamina C de forma natural, evitando o seu cozimento;</p> <p>A necessidade de vitamina C aumenta em até duas vezes em mulheres fumantes ativas, fumantes passivas, que fazem uso de drogas, consumo significativo de álcool e uso regular de aspirinas.</p>
Vitamina D	Necessário para formação esquelética do feto	<ul style="list-style-type: none"> • Atum; • Sardinha; • Gema de ovos; • Óleo de peixe; • Salmão e fígado 	A exposição solar regular da pele atinge as recomendações.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016; BRASIL, 2012.

2.1.8 Gravidez na adolescência

A adolescência é considerada uma fase de transformações físicas, emocionais e psicológicas, configurando-se um período de descobertas e consequentes vulnerabilidades, devido a comportamentos de risco, como uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, possibilitando infecções e gestações indesejadas (BURATTO *et al.*, 2019).

Os problemas sociais acarretados a adolescentes pela ocorrência de uma gravidez inesperada podem trazer prejuízos, uma vez que são impedidos de concretizar planos, de obter formação profissional e melhores condições de vida, assumindo a responsabilidade de pais, sem estrutura emocional, financeira, tendo que cuidar de um filho inesperadamente (UNICAMP, 2017).

Nesse contexto, é considerado adolescente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o jovem com idade entre 10 e 19 anos, e para o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), considera-se a faixa etária entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2012). Neste sentido, seguimos a orientação de ambas as instituições, entendendo a adolescência entre 10 a 19 anos.

O acompanhamento Pré-natal da gestante adolescente de baixo risco é realizado pela unidade de saúde, com consultas intercaladas entre médico e

enfermeiro, considerando os mesmos atendimentos prestados às gestantes de maior idade, porém destacando-se algumas particularidades, as quais são descritas no Quadro 16.

Quadro 16: Particularidades do Atendimento de Pré-natal à Gestante Adolescente

Particularidades do atendimento de Pré-Natal à gestante adolescente.
<ul style="list-style-type: none"> • 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 referenciamento 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: Adaptado de BRASIL, 2012; UNICAMP, 2017

2.2 Assistência de Enfermagem à Mulher durante o Puerpério

A atenção à mulher no puerpério é essencial para a saúde materna e neonatal e deve sempre que possível incluir o pai, a família e toda a rede social, respeitando o direito de escolha da mulher.

“O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média (visto que o término é imprevisto), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as mulheres. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização

da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período. Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisível)” (BRASIL, 2016).

O puerpério está contemplado em um dos componentes propostos para organizar a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. Desta forma, o Ministério da Saúde estabelece que se deve garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, sendo importante o retorno mais precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto (BRASIL, 2016).

Como parte da atenção integral à saúde da mulher, é fundamental garantir o acesso à atenção à saúde nas unidades básicas de saúde e de saúde da família, especialmente no período do puerpério. No planejamento das ações da equipe de Atenção Primária, este acompanhamento pode ser realizado por meio de estratégias como:

- Agendamento do primeiro atendimento na Atenção Primária antes do momento da alta da maternidade;
- Realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido (RN) ter recebido alta (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco) e também nos casos de óbito neonatal e internação sem previsão de alta, como, por exemplo, prematuridade extrema;
- Agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto. Essas ações prioritárias devem ocorrer no puerpério imediato e tardio. O cuidado no puerpério remoto deve ser singularizado de acordo com as necessidades da mulher.

Os profissionais atuantes na Atenção Primária devem estar atentos e capacitados para assistência e apoio à puérpera e sua família para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase. A atenção puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde.

A assistência à puérpera tem como objetivos:

- Reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal;
- Avaliar e manejar intercorrências em relação à saúde da puérpera;
- Incentivar e fortalecer as competências familiares;
- Oferecer melhores condições para que a puérpera e familiares recebam instruções sobre os cuidados do binômio;



- Identificar e manejar riscos, vulnerabilidades;
- Avaliar interação entre puérpera, recém-nascido, família e rede de apoio;
- Orientar quanto ao planejamento de saúde sexual e reprodutiva, com a participação do parceiro, se possível;
- Incentivar, estimular e apoiar aleitamento materno, se não houver contraindicações;
- Manejar intercorrências com aleitamento materno;
- Orientar cuidados com recém-nascido.
- Orientar sobre prevenção das ISTs durante a amamentação para prevenir a transmissão vertical.

2.2.1 Atribuições do Enfermeiro

- Realizar acolhimento com escuta qualificada e clínica ampliada;
- Identificar necessidade de saúde da puérpera e família;
- Participar da organização do processo de trabalho para acolhimento da puérpera na unidade, na organização das agendas e no acesso à assistência com equipe multiprofissional;
- Realizar consulta de enfermagem de puerpério, preferencialmente até o sétimo dia de puerpério;
- Realizar ações de educação em saúde no puerpério pautadas no modelo problematizador, com estímulo à autonomia da puérpera e valorização do seu saber social, criando um clima de segurança, de modo que a mulher possa expressar suas dúvidas;
- Realizar visita domiciliar, preferencialmente até o sétimo dia de puerpério, com planejamento e interação contextualizada e afinada com crenças e valores da puérpera e sua família;
- Supervisionar auxiliares e técnicos de enfermagem;
- Monitorar os agentes comunitários de saúde em suas atividades envolvendo acompanhamento de puérperas;
- Coordenar o processo de monitoramento e busca ativa de puérperas faltosas;
- Realizar o desfecho da gestação, preferencialmente em consulta de puerpério com a paciente presente. No IPM utilizar grupo de atendimento puérpera, CIAP conforme desfecho, parto, aborto.
- Promover grupos, rodas de conversa ou eventos para educação em saúde de modo que valorize a interação entre as famílias.



2.2.2 Atribuições Comuns dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

- Prestar assistência de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido, conforme plano de cuidado estabelecido;
- Participar das atividades de atenção à saúde à puérpera realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Participar da organização do processo de trabalho para acolhimento da puérpera na unidade na recepção, na organização das agendas e no acesso à assistência com equipe multiprofissional;
- Monitorar os retornos das gestantes em acompanhamento Pré-natal e as faltas em consulta de puerpério;
- Auxiliar na busca ativa das puérperas que não compareceram para consulta no período de puerpério imediato com a equipe multidisciplinar;
- Realizar visita domiciliar de acordo com o projeto terapêutico estabelecido pela equipe e com a Sistematização das Ações de Enfermagem feita pelo enfermeiro;
- Participar junto com a equipe de grupos de educação em saúde na unidade e na comunidade;
- Realizar acolhimento com escuta qualificada e clínica ampliada de todas as puérperas que procuraram por atendimento na Unidade, com ou sem agendamento prévio: verificar suas necessidades a partir de suas queixas relacionadas ao parto, amamentação, imunização, cuidados com o RN, vínculo familiar e direcioná-la para os atendimentos necessários (consulta de enfermagem, consulta médica, imunização, curativo, orientação de amamentação).

Quadro 17: Anamnese / Coleta de dados para Consulta de Enfermagem no Puerpério

Anamnese
<ul style="list-style-type: none">• Confirmar data de nascimento, cor, identidade de gênero e sexual, procedência, escolaridade, profissão, atividade laboral remunerada, estado civil, condição de habitação, situação familiar;• Confirmar antecedentes familiares e pessoais (hipertensão arterial, diabetes, alergias, gemelaridade, câncer, cirurgias, transtorno psiquiátrico, infecções sexualmente transmissíveis, data do último papanicolau e resultado);• Realizar escuta ativa de como foi a experiência do parto;• Realizar escuta ativa de como estão os primeiros dias de vida com o bebê em casa: sua rotina, alimentação, ingesta hídrica, aleitamento materno, sono e repouso, higiene, eliminações, execução das atividades, apoio familiar;• Parto: Confirmar dados do parto: tipo de parto, idade gestacional (tempo de amenorreia e ultrassonografia), intercorrências. Realizar escuta do relato do parto. Escuta sobre a experiência atual do puerpério - desejo de amamentar, organização das rotinas familiares e do relacionamento com a(s) parceria(s);

- Identificar vulnerabilidades (violência, situação de rua, abandono do parceiro, situação de moradia e de acesso a serviços, situação de emprego e renda), riscos (uso de drogas lícitas e ilícitas);
- Atentar para estado psíquico (sinais e sintomas de Baby Blues, depressão e psicose puerperal);
- Pré-natal. Observar os dados registrados na carteira de Pré-natal, carteira de vacinação, prontuário e sistema de informação. Atentar para:
 - Número de gestações, parto (tipos, idade gestacional nos partos), abortos;
 - Número de filhos vivos;
 - Intercorrências na gestação;
 - Experiências anteriores com aleitamento materno;
 - Planejamento e aceitação da gestação;
 - Sorologias;
 - Se Rh negativo, verificar se fez uso da imunoglobulina anti-D;
 - Situação vacinal (seguir calendário de vacinação para puérperas conforme diretrizes do PNI);
 - Verificar exames realizados e solicitados (se houver) e medicamentos em uso.

Fonte: Adaptado Florianópolis (2016) e Ribeirão Preto (2019).

Quadro 18: Exame Físico da Puérpera

Exame Físico
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar mucosas, hidratação, condições da pele. Na inspeção atentar para lesões que não se expliquem, suas distribuições e características morfológicas, equimoses múltiplas na cabeça e/ou pescoço e em diversas partes do corpo, hematomas e cicatrizes que possam indicar situação de violência; • Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura) e antropometria (verificar IMC); • Realizar ausculta cardíaca e pulmonar; • Avaliar mamas (ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, cicatrizes que dificultem amamentação) e mamilos (tipos, presença de escoriações, fissuras, vesícula); • Palpar o abdome. Avaliar involução uterina, dor, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea; • Avaliar o períneo e a vulva. Atentar para lacerações (extensão, localização e aspecto), episiorrafia, pontos cirúrgicos, sinais flogísticos, presença de hematoma, avaliar condições de higiene íntima, avaliar loquiação e suas características (coloração, odor e quantidade), avaliar região anal, verificar presença de hemorroidas; • Avaliar membros inferiores. Observar a presença de edemas, dor, hiperemia local; sinais flogísticos, varicosas e sinais de trombose venosa profunda (realizar sinal de Homan, que consiste na dorsiflexão do pé sobre a perna, o sinal será positivo se houver dor).

Fonte: Adaptado Florianópolis (2016) e Ribeirão Preto (2019).

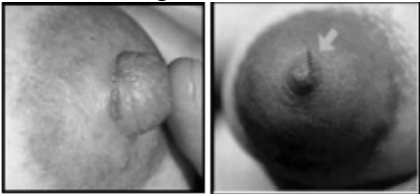
- Medicamento e prescrição: Sulfato ferroso – comprimido.

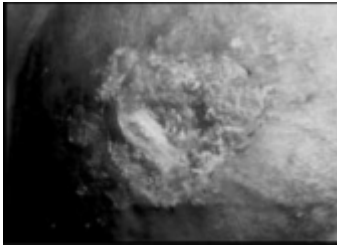
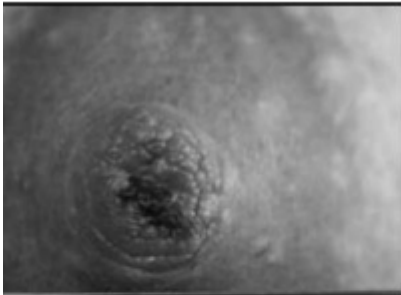
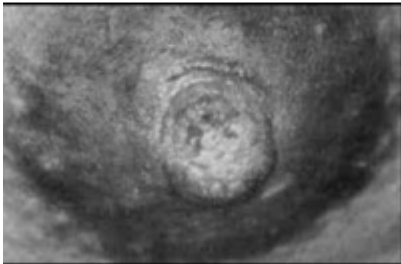
Prescrever suplementação de ferro por via oral (40 mg/dia de ferro elementar) até 3 (três) meses após o parto e pós aborto.

2.2.3 Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério


A prática do aleitamento é complexa e multifatorial; além de fatores biológicos, é influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos e emocionais. Nesta fase, a mulher espera encontrar no profissional de saúde uma escuta acolhedora, livre de julgamentos e preconceitos. No entanto, o modelo de atenção à saúde pautado, muitas vezes, no cumprimento de tarefas, no trabalho fragmentado, mecanizado e médico-centrado, faz a escuta qualificada, o apoio e o manejo dos problemas durante a amamentação se constituírem em fatores causadores para o aumento do desmame precoce (QUELUZ, et. al. 2012).

Quadro 19: Condutas Perante as Queixas mais Frequentes no Puerpério

Alterações	Descrição / manifestações	Condutas / orientações de enfermagem
Traumas Mamilares	Fissuras <ul style="list-style-type: none"> • Pequena (até 3 mm): dor e desconforto apenas no início das primeiras sugadas; • Média (até 6 mm): dor desde o início e demora para desaparecer; • Grande (maior que 6 mm): dor intensa durante toda a mamada e pode ou não ter sangramento  <p>(Fonte: BRASIL, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a mamada e corrigir a posição e pega, se necessário; • Iniciar a mamada pela mama menos afetada; • Evitar o uso de óleos, cremes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; • Ordenhar um pouco de leite antes da mamada (evita que o bebê sugue com força para promover este reflexo); • Alternar diferentes posições de mamadas para reduzir a pressão dos tecidos danificados; • Amamentar em livre demanda; • Não utilizar bombas tira-leite; • Observar no RN a presença de freio lingual curto; • Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada; • Após a amamentação, enxaguar com água limpa e secar bem os mamilos; • Manter os seios expostos ao ar livre, mas não expostos diretamente à luz solar, pois pode dificultar a cicatrização da lesão, considerando que a pele estando lesionada, as camadas mais profundas da epiderme precisam de umidade para que a cicatrização ocorra mais rápido.
	Erosão <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência em mamilos pseudoinvertidos e invertidos; • Caracterizada por desgaste do relevo ou remoção da epiderme ou derme do mamilo, causando dor intensa durante a mamada 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se o tratamento úmido com a aplicação de leite ordenhado nos mamilos

	 <p>(Fonte: VINHA, 2002)</p> <p>Escoriação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência em mamilos semiprotusos; • Caracterizada por uma lesão tipo esfoliação, com epiderme levantada e a derme exposta; • Localiza-se, geralmente, no quadrante superior lateral externo do mamilo, com formato de meia lua; • Presença de dor durante todo o tempo da amamentação.   <p>(Fonte: VINHA, 2002)</p>	<p>antes e após as mamadas.</p> <p>Nos Estados Unidos, tem sido utilizada a lanolina, embora sejam limitados os estudos sobre sua eficácia, tanto nacionais quanto internacionais (; GIUGLIANI, 2004);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos casos de fissuras grandes ou outros traumas que causem muita dor e/ou sangramento, deve-se suspender a amamentação por 48h a 72h no mamilo traumatizado. Após a suspensão oferecer a mama comprometida por 5 min. Se necessário, o enfermeiro deverá prescrever: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas (BRASIL, 2016); • Agendar retorno na unidade de saúde.
Candidíase	<p>Principais causas: umidade excessiva, lesão dos mamilos e a boca da criança contaminada pelo fungo (mesmo não estando aparente);</p> <p>Sinais e Sintomas: prurido, sensação de queimação e dor tipo agulhadas nos mamilos, mamilos e aréolas podem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Após as mamadas, enxaguar os mamilos, secá-los bem e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores mamilares; • Orientar a puérpera a realizar a troca de sutiã diariamente ou mais vezes ao dia, se necessário; • As chupetas e bicos, se utilizados, se não for possível eliminá-los, devem ser fervidos


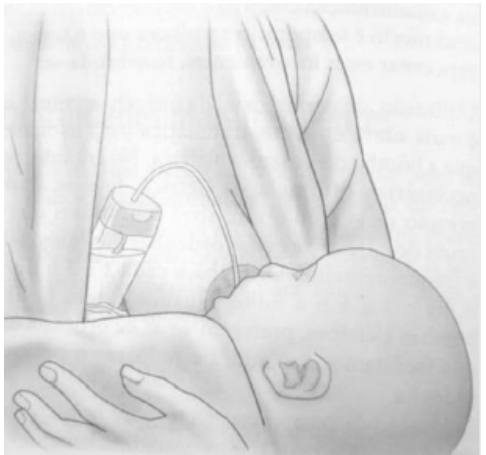


	<p>apresentar hiperemia com descamação. Raramente se observa placas esbranquiçadas. A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite.</p>	<p>uma vez ao dia por 20 minutos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase; • Prescrever para a criança: 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; • Prescrever para a puérpera: uso tópico de Nistatina, ou Miconazol, por 14 dias, após cada mamada (BRASIL, 2015). <p>Orientar a mãe a retirar delicadamente a pomada antes da mamada para não deixar a pele escorregadia. Estas medicações são compatíveis com a amamentação (BRASIL, 2014; CESAR et. al. 2007);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o tratamento tópico falhar, encaminhar para consulta médica.
Freio lingual curto	<ul style="list-style-type: none"> • Trata-se de uma anomalia congênita em que o freio lingual restringe os movimentos da língua; • Prejudica a capacidade do bebê em fazer e manter a pega, causando dor e traumas mamilares  <p>(Fonte: JARVIS, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para a avaliação do fonoaudiólogo.
Ingurgitamento Mamário	<ul style="list-style-type: none"> • Acontece geralmente entre o 3º e 5º dia após o parto, entretanto pode ocorrer em qualquer fase da lactação; • Ingurgitamento Fisiológico: Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade; • Ingurgitamento Patológico: Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar e orientar a massagem (delicada) particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite e ordenha manual • Orientar a testar a flexibilidade da aréola antes da mamada e caso esteja tensa, proceder a massagem e a ordenha do complexo mamilo-areolar ; • Uso de sutiã com alças largas e firmes;



	edemaciadas e brilhantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Mamadas frequentes em livre demanda; • Prescrever para a puérpera, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas ou Ibuprofeno 300 ou 600 mg comprimido de 6/6 hs por via oral (BRASIL, 2015); • Em situações de maior gravidade, realizar compressas frias de 2 em 2 horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote (aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local) (BRASIL, 2016); • Agendar retorno na unidade de saúde
Mastite	<p>Ocorre geralmente entre a 2ª e 3ª semanas após o parto.</p> <p>Mastite não infecciosa: Caracterizada por dor, edema, hiperemia, calor local, drenagem de leite sem pus.</p> <p>Mastite infecciosa: Além dos sinais e sintomas da mastite não infecciosa, ocorre drenagem de leite com pus e febre alta (>38°C), calafrios e mal-estar.</p> <p>O sabor do leite materno pode ter alteração, tornando-se mais salgado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica no dia; • Orientar a mulher como fazer a massagem e a ordenha manual; • Identificar junto com a mãe a causa que provocou a estagnação do leite; • Suspender a ordenha manual apenas com o desaparecimento dos sinais e sintomas; • Agendar retorno na unidade. Realizar e orientar a massagem bem como testar a flexibilidade da aréola antes da mamada. <p>1) Se dor ou febre:</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (20 gotas de 6/6 horas por via oral),</p> <p>Paracetamol 500 mg comprimido de 6/6 hs por via oral ou Ibuprofeno 300 ou 600 mg comprimido de 6/6 hs por via oral.</p> <p>Não exceder o uso por mais de 5 (cinco) dias</p>
Bebê que não suga ou tem sucção fraca	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar em determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo); • Pressão na cabeça do bebê ao ser apoiado; • Não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a ordenha manual para estimular a mama, em média 5 vezes ao dia; • Suspender o uso de chupeta ou mamadeira; • Estimular o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e mole; • Mudar a posição da mamada como por



	<p>manter a pega;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não abre a boca suficientemente; • Alguma diferença entre as mamas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento); • Mãe com dificuldade para posicioná-lo adequadamente em um dos lados. 	<p>exemplo a posição invertida, onde o bebê é apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, a mão da mãe apoia a cabeça da criança, e o corpo da criança é mantido na lateral, abaixo da axila;</p>  <p>(Fonte: Fiocruz, 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agendar retorno do RN na unidade para avaliar ganho de peso.
Demora na descida do leite	<p>A apojadura normalmente ocorre em média 30 horas após o parto, podendo estender este tempo no parto cesárea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a autoconfiança da mãe; • Orientar medidas de estímulo como sucção frequente do bebê e a ordenha; • Realizar a relactação que consiste em uma sonda conectada a um recipiente (pode ser um copo ou pote) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira, o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado  <p>(Fonte: TAMEZ, R. N, 2013)</p>



Hipogalactia (baixa produção de leite)	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe pode estar insegura e sofrendo pressão de pessoas próximas, que traduzem o choro do bebê e as mamadas frequentes (inerentes ao comportamento normal em recém-nascidos) em sinais de fome; • A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro; • A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome; • Crianças que recebem suplemento, sugará menos o peito e, como consequência, haverá menor produção de leite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe que a descida do leite costuma ocorrer entre o 2º e 3º dia pós parto, antes disso, a mulher produz em média 40 a 160 ml de colostro nas primeiras 48hs, quantidade suficiente para saciar a fome do RN (CHAVES et. al. 2008); • Orientar que o volume de leite produzido na lactação varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz em média 800 a 1.000 ml de leite por dia; • Observar os sinais do bebê quando há insuficiência de leite: ficar inquieto na mama, chorar muito, querer mamar com muita frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso que deve ser maior ou igual a 20g/dia; • Número de micções: no mínimo 6 a 8 vezes ao dia; • Sinais clínicos de desidratação: turgor da pele diminuído, fontanela deprimida; • Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados; • Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; • Após a mamada, ordenhar o leite residual; • Aumentar ingestão de líquidos; • Contraindicar consumo de álcool; • Estimular que a puérpera descanse, se possível, acionar rede de apoio; • Caso estas medidas não tenham êxito, orienta-se realizar a relactação; • Caso estas medidas não farmacológicas não funcionem pode ser útil o uso de galactogogos; <p>tempo indeterminado (CHAVES et. al. 2008; BRASIL, 2015).</p>
Presença de sangue no leite	Fenômeno causado pelo rompimento de capilares devido ao aumento súbito da pressão osmótica intra-alveolar na fase inicial da amamentação.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que é um fenômeno transitório (primeiras 48 horas) e a melhora acontece após o esvaziamento das mamas com ordenha manual; • Ocorre com mais frequência em mulheres acima de 35 anos e primíparas adolescentes.
Mamilos planos ou	Podem dificultar o início da	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a confiança e empoderar a

invertidos	amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois grande parte dos RNs fazem o “bico” com a aréola	mãe; • Ajudar a mãe a favorecer a pega correta; • Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;
------------	---	---

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

2.2.4 Amamentação em situações especiais

A) Nova gravidez

Se for o desejo da mulher e se não houver intercorrências na gravidez, é possível manter a amamentação em uma nova gravidez, exceto em casos de ameaça de aborto, quando a amamentação deve ser interrompida (BRASIL, 2015.)

No entanto, muitas crianças interrompem a amamentação espontaneamente quando a mãe engravida, pela diminuição da produção de leite, alteração do sabor (mais salgado, por maior conteúdo de sódio e menor concentração de lactose), perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez e aumento da sensibilidade dos mamilos (BRASIL, 2015;

B) Gemelaridade

Mecanismos fisiológicos podem adaptar a produção de leite às necessidades nutricionais dos lactentes, ou seja, a mãe de gêmeos pode dobrar sua produção de leite (CHAVES et. al. 2008).

Os bebês podem ser amamentados simultaneamente ou separadamente. É importante que a mãe não estipule uma mama específica para cada criança, pois pode ocasionar diferença no tamanho das mamas, uma vez que a criança mais vigorosa estimulará mais a mama que a outra (BRASIL, 2015; GIUGLIANI, 2004).

Porém, para facilitar o processo de amamentação, pode-se alternar os bebês e as mamas a cada 24 horas. Nesse caso, o bebê “A” inicia todas as mamadas do dia em uma determinada mama e, no dia seguinte, inicia as mamadas na outra mama. Muitas mães gostam desse método por acharem mais fácil lembrar quem mamou, onde e quando (BRASIL, 2015)

C) Crianças com Malformações Orofaciais

As principais dificuldades relatadas pelas mães de bebês com malformações orofaciais são: dificuldade de pega, sucção fraca, refluxo de leite pelas narinas, engasgos do bebê, ganho de peso insuficiente, pouco leite, ingurgitamento mamário e



trauma mamilar.

Tais dificuldades podem ser minimizadas com:

- Oclusão da fenda com o dedo da mãe, durante a mamada;
- Aplicação de compressas mornas nas mamas para facilitar a saída do leite;
- Posicionamento do mamilo em direção ao lado oposto à fenda;
- Utilização da posição semi-sentada para o bebê, para evitar refluxo de leite pelas narinas.

2.2.5 Situações em que há Restrições do Aleitamento Materno

Existem situações que o aleitamento materno é contraindicado, é suspenso temporariamente e que não deve ser contraindicado.

Quadro 20: Contraindicações e Suspensão temporária do Aleitamento Materno

Contraindicações	Suspensão Temporária
Mães infectadas pelo HIV1 HIV2 , HTLV1, HTLV2, independente da carga viral - verificar se a mãe foi medicada e se permanece com enfaixamento da mama para supressão do leite	Sífilis :: Não há evidências de transmissão pelo leite humano, sem lesões de mama. Entretanto, a nutriz com sífilis primária ou secundária com a mama acometida pode infectar a criança pelo contato das lesões com as mucosas. Se as lesões estão nas mamas, sobretudo na aréola, amamentação ou uso de leite ordenhado está contraindicado até o tratamento e a regressão das lesões. Com 24 horas após o tratamento com penicilina, o agente infeccioso (espiroqueta) raramente é identificado nas lesões. Assim, não há contraindicação à amamentação após o tratamento adequado (SBP, 2017)).
Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação: Alguns fármacos são considerados contraindicados absolutos como por exemplo: Ganciclovir, Amiodarona, Fenindiona, Cabergolina, entre outros (BRASIL, 2016) *Antes de contraindicar a amamentação, faz-se necessário que passe pelo médico pediatra, para que seja avaliado o risco / benefício da amamentação no uso dessas medicações.	Infecção por Herpes: quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.

Criança portadora de galactosemia (distúrbio metabólico. Causa uma deficiência ou falta de uma enzima chamada galactase), doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.	Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele 5 dias antes do parto ou até 2 dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. 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.
	Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

A Academia Americana de Pediatria (AAP) e o MS do Brasil recomendam que as mães HBsAg positivas **sejam encorajadas a amamentar**, desde que o seu filho realize imunoprofilaxia, com administração da primeira dose da vacina contra hepatite B e simultaneamente o uso da imunoglobulina específica contra hepatite B, administradas ainda na sala de parto ou dentro das primeiras 12 horas de vida da criança concomitantemente, em locais de aplicação diferentes. A dose de imunoglobulina para o recém-nascido é de 0,5 mL, via intramuscular, e o esquema vacinal segue o calendário básico da criança.

2.2.6 Uso de Drogas Durante a Amamentação

A academia americana de pediatria contraindica o uso durante o período da lactação das drogas de abuso anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina. A organização mundial da saúde considera que o uso de anfetaminas, ecstasy, cocaína, maconha e opioides não são contraindicadas durante a amamentação.

Contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação. Poucas publicações orientam o tempo necessário de suspensão da amamentação após uso de drogas de abuso. No entanto, alguns autores já recomendaram determinados períodos de interrupção (quadro 11).

Ainda assim, recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação. (GIUGLIANI & GIUGLIANI, 2004)

Drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, também devem ser



evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrízes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.

Quadro 21: Uso de Drogas e Período Recomendado para a Interrupção da Amamentação

Droga	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina e ecstasy	24 - 36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína e crack	24 horas
Etanol	1h por dose
Heroína e morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	1 - 2 semanas

Fonte: BRASIL, 2015

2.2.7 Não contraindica a lactação

- **Tuberculose:** recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses (prescrição médica);
- **Hanseníase:** por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;
- **Hepatite B:** a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;



- **Hepatite C:** a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;
- **Dengue:** há no leite materno um fator protetor que protege a criança;
- **Tabagismo:** os benefícios do leite materno para a criança superam os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. Contudo, o profissional de saúde deve buscar desencorajar o uso de tabaco pela mãe, alertando sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a possível diminuição da produção e da ejeção do leite. Para reduzir danos à criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a fumar após as mamadas e a não fumarem no ambiente em que a criança se encontra;
- **Consumo de álcool:** assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerir álcool. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3 g/kg de peso pode reduzir a produção láctea. O álcool pode modificar o odor e o sabor do leite materno, levando à recusa pelo lactente.

2.2.8 Desmame

É fundamental que o profissional de enfermagem respeite a decisão da mulher em amamentar ou não e no tempo de duração do aleitamento materno, pois cada mulher possui sua singularidade e necessidades específicas de acordo com o contexto em que vive.

O desmame natural, ou seja, aquele em que a criança se autodesmama, acontece em média entre 2 e 4 anos — geralmente não acontece antes do 1º ano de vida. Este processo é menos estressante e fortalece o vínculo entre o binômio. Já o desmame abrupto pode causar insegurança para a criança e sentimento de rejeição e, na mãe, ingurgitamento mamário, mastite, depressão, luto pela perda da amamentação etc. Nesse momento é fundamental o apoio e orientação do profissional de saúde (BRASIL, 2015).

Importante ressaltar que alguns eventos que acontecem antes do 1º ano de vida podem confundir com o autodesmame, pois a criança recusa o peito subitamente, por vários motivos: dentição, excesso de oferta de chupetas e mamadeiras, alguma doença, redução do volume e sabor do leite, etc. No entanto, esta situação não costuma ultrapassar 4 dias (BRASIL, 2015).



O profissional de saúde deve alertar a mãe sobre as possíveis alterações físicas e emocionais durante e após o desmame:

- Mudança de tamanho das mamas;
- Mudança de peso;
- Sentimentos diversos como alívio, paz, tristeza, depressão, culpa e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais;
- Ingurgitamento mamário e mastite. Necessidade de realizar ordenha para retirada do excesso de leite.

2.3 Assistência de Enfermagem à Mulher durante Climatério e Menopausa

O climatério é definido como uma fase biológica da vida da mulher que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo e ocorre habitualmente na idade entre 40 e 65 anos (BRASIL, 2008; 2016; WHO, 1996).

Nesta fase, várias alterações fisiológicas são observadas e devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde, a fim de que estejam aptos a fornecer orientações visando a diminuição da ansiedade e o estímulo à reflexão de como a mulher lida com este processo, não somente fisiológico, mas também cultural, relacionado ao envelhecimento.

A menopausa, marco do período do climatério, é conceituada como a interrupção da menstruação após 12 meses consecutivos de amenorréia e que ocorre, geralmente, entre os 48 e 50 anos de idade (BRASIL, 2016).

2.3.1 Manifestações Associadas ao Climatério

As manifestações associadas ao climatério podem ser transitórias ou não e estão ligadas principalmente ao hipoestrogenismo, no entanto, o aparecimento de sintomas dependerá também de fatores hereditários, culturais e socioeconômicos (FEBRASGO, 2010)

Quadro 22: Manifestações associadas ao climatério

Alterações hormonais	Diminuição dos níveis de estradiol, progesterona e aumento das gonadotrofinas hipofisárias.
Manifestações menstruais	No período da perimenopausa, o intervalo entre as

	menstruações pode diminuir ou aumentar, além de a menstruação pode ser mais abundante e longa.
Manifestações neurogênicas	Ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesia, insônia, perda da memória e fadiga.
Manifestações psicogênicas	Diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.
Metabolismo ósseo	A perda óssea é mais considerável e as fraturas osteoporóticas são bastante comuns nas mulheres.
Metabolismo lipídico	Níveis aumentados de LDL e diminuídos de HDL.
Manifestações urogenitais	Prolapsos genitais, além de sintomas vaginais, como ressecamento, sangramento e dispareunia e uretrais, como disúria, frequência e urgência miccional.
Manifestações tegumentares	Ressecamento da pele, perda de elasticidade, enfraquecimento da musculatura, perda do coxim subcutâneo. Podem aparecer manchas hipocrômicas na pele ou formação de lentigos (sardas) e melanose (pigmento escuro) nas áreas expostas ao sol.
Alterações sexuais	Diminuição da libido, dispareunia, diminuição da lubrificação do canal vaginal.
Alterações mamárias	As mamas tendem a apresentar aumento da gordura ficando mais pesadas, flácidas e pêndulas.
Alterações visuais	Presbiopia em virtude de modificações na acomodação visual.
Alterações dentárias	Descolamento e retração da gengiva, favorecendo as infecções e as cáries dentárias.
Obesidade	Há tendência à obesidade do tipo androide (circunferência abdominal / circunferência quadril > 0,8) e o índice de massa corpórea (peso/altura) maior que 25.

Fonte: FEBRASGO, 2010

2.3.2 Atribuições do enfermeiro no período do climatério e menopausa

- Utilizar modelos teóricos para fundamentar e sistematizar as ações de cuidado de enfermagem em saúde da mulher, por meio do processo de enfermagem;
- Realizar a consulta de enfermagem com o objetivo de viabilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Prescrever cuidados de enfermagem;

- Realizar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas, tal como ocorre na coleta de exame Papanicolau;
- Solicitar exames e prescrever medicamentos estabelecidos em protocolos ou normas técnicas aprovadas pela instituição e gestor local;
- Realizar práticas integrativas e complementares em saúde dentre as ações de cuidado, se detentor de formação especializada com registro do título no conselho regional;
- Conduzir e coordenar grupos terapêuticos;
- Participar dos estudos de caso, discussão e processos de educação permanente;
- Efetuar a referência e contra referência das usuárias;
- Desenvolver e atualizar protocolos relativos à atenção de enfermagem;
- Desenvolver ações de educação permanente, de modo a garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem.

2.3.3 Atribuições comuns a técnicos e auxiliares de enfermagem no período do climatério e menopausa

- Assistir o enfermeiro na prestação de cuidados de maior complexidade técnica;
- Participar dos cuidados gerais aos usuários de acordo com a legislação e com a prescrição de enfermagem ou protocolo pré-estabelecido;
- Participar de atividades grupais junto aos demais profissionais da equipe de saúde;
- Participar de treinamento, conforme programas estabelecidos, garantindo a capacitação e atualização referentes às boas práticas da atenção à saúde da mulher.

Quadro 23: Roteiro para Entrevista Focada

- Data da primeira menstruação;
- Data da última menstruação;
- Orientação e hábitos sexuais;
- Antecedentes pessoais e familiares;
- Métodos contraceptivos;
- Hábitos alimentares;
- Hábitos de sono/repouso;
- Hábitos de atividades físicas;
- Histórico de quedas;
- Patologias existentes;
- Tabagismo e história familiar de câncer de mama;



- Última coleta de citopatológico do colo do útero – resultado;
- Sangramento genital pós-menopausa;
- Queixas;
- Realização de mamografia – último resultado;
- Medicamentos de rotina;
- Dados sobre alergias;
- Situação vacinal;
- Atentar-se para as vulnerabilidades – exemplo: violência*

*Atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual.

A violência contra a mulher por sua magnitude e complexidade é reconhecida como questão de saúde pública, visto que afeta a saúde individual e coletiva e exige ações públicas e da sociedade civil para o seu enfrentamento.

Cabe às Unidades de Atenção Primária:

- Acolher a mulher e identificar o tipo de violência;
- Orientar e prescrever: contracepção de emergência em até cinco dias, vacinação para esquemas incompletos ou não imunizadas para hepatite B + imunoglobulina;
- Preencher a notificação do Sinan e encaminhar para o serviço de referência.

2.3.4 Exames Complementares Solicitados por Enfermeiro no Climatério

Quadro 24: Exames Complementares que Podem ser Solicitados por Enfermeiro

Tipo de exame	Agravos associados	Periodicidade	Valores de referência e encaminhamentos
FSH - Hormônio folículo estimulante	Distúrbios na hipófise ou doenças que envolvem os ovários	Quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal	Hipofunção ou falência ovariana: > 40 mUI/ml
TSH – Hormônio estimulante da tireoide	Distireoidismo	Anual	Entre 0,3 e 4,0 mUI/L
Estradiol	Alterações menstruais, menopausa, menopausa precoce, doenças ovarianas.	Quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal.	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório. Baixos níveis podem indicar disfunções ovarianas e menopausa.
Glicemia de jejum	Intolerância à glicose, diabetes	Anual	<ul style="list-style-type: none"> • Desejável < 110 mg/dL; • ≥ 110 mg/dL, encaminhar para

			avaliação médica.
Triglicérides	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	<ul style="list-style-type: none"> • Desejável < 150 mg/dL; • Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto); • Se valor ≥ 500 mg/ dL, encaminhar para avaliação médica.
Colesterol total	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	<ul style="list-style-type: none"> • Desejável < 200 mg/dL; • Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto); • Se valor > 300 mg/ dL, encaminhar para avaliação médica
Colesterol HDL	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 40 mg/dL; • Se <40 mg/dL encaminhar para avaliação médica
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, processos infecciosos, alterações imunológicas	Se necessário, mediante sintomas sugestivos dos agravos relacionados	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
ALT/AST	Alteração das funções hepáticas associadas à diabetes e obesidade	Anual	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
Urina 1 e urocultura	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal	Se necessário, mediante queixas do aparelho urinário	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
PSO – Pesquisa de sangue oculto nas fezes	Anemia, alterações no aparelho digestório	Se necessário, mediante queixas do aparelho digestório	Se positivo, encaminhar para avaliação médica
ECG	Alterações cardíacas	Anual e mediante sintomas relatados	Encaminhar para avaliação médica as mulheres com traçados alterados
Mamografia	Rastreamento do câncer de mama	Vide capítulo sobre prevenção de câncer de mama	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

2.3.5 Prescrições Farmacológicas e Não Farmacológicas do Enfermeiro

Quadro 25: Abordagem Farmacológica e Não Farmacológica

Prescrição	Justificativa	Realizar/orientar	Executor
Exercícios de Kegel	São eficazes para tonificar os músculos do assoalho pélvico. A fraqueza deste grupo muscular pode contribuir para o aparecimento de incontinência urinária e diminuição do prazer sexual. (USP, 2014)	Orientar a paciente como realizar o exercício e sobre sua importância. (Anexo 1)	Enfermeiro
Banhos de assento	No período do climatério são frequentes as alterações na flora vaginal ocasionadas pela mudança hormonal. O principal objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas, tentando-se, para tal, restaurar o equilíbrio vaginal através da redução do número de lactobacilos e, consequentemente, aumento do pH vaginal.	Orientar a paciente quanto ao banho de assento (Anexo X).	Enfermeiro
Terapia de reposição hormonal* (estrogênio tópico vulvovaginal)	Diminuição de libido, 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. (COREN-SC, 2017)	Medicamentos Estriol 1 mg/g creme vaginal: 0,5 g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Verificar níveis pressóricos trimestralmente e atentar para as alterações. (COREN -SC, 2017)	Enfermeiro
Lubrificação vaginal	A diminuição do hormônio estrogênio no climatério provoca alterações na região da vulva e vagina. Podem então aparecer sintomas como secura vaginal, diminuição da elasticidade da vagina, coceira, irritação, ardência e uma sensação de pressão. (USP, 2014)	Orientar quanto à utilização de lubrificantes íntimos à base de água. Conversar sobre as mudanças no organismo durante o climatério.	Enfermeiro
Exercícios físicos	A prática regular de atividade física melhora a capacidade cardiovascular e respiratória,	Recomendar a prática de atividades físicas e exercícios aeróbicos e musculação	Enfermeiro

	promove o ganho de massa óssea, diminui a pressão arterial em hipertensas, melhora a tolerância à glicose e a ação da insulina (BRASIL, 2008).	devidamente orientados por profissionais da área. Exemplos: caminhada, natação, hidroginástica, dança, jardinagem, jogos ao ar livre, brincadeiras com crianças, andar de bicicleta, passear com o animal de estimação, etc	
Alimentação saudável	Estimular a prática de atividades físicas e exercícios aeróbicos e musculação devidamente orientados por profissionais da área. Exemplos: caminhada, natação, hidroginástica, dança, jardinagem, jogos ao ar livre, brincadeiras com crianças, andar de bicicleta, passear com o animal de estimação, etc. Enfermeiro Alimentação saudável O consumo inadequado de alimentos pode contribuir para a osteoporose e o consumo excessivo pode causar obesidade que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, Diabetes mellitus e outras (BRASIL, 2008).	Recomendar a adoção de hábitos alimentares saudáveis, devidamente orientados por profissionais da área.	Enfermeiro

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

***Terapia de reposição hormonal (TRH)**

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TRH tópica por via intravaginal e realizar a reavaliação semestral, respeitando os limites de tempo e idade máximos de uso, desde que a mulher não apresente contraindicações absolutas e/ou relativas ao método (COREN-SC, 2016).

É importante informar à paciente dos riscos associados ao uso da TRH (cardiovasculares, neoplasias, dentre outras) e do acompanhamento a ser realizado caso seja necessário tal tratamento (BRASIL, 2016).

Quadro 26: Contraindicações absolutas e relativas à terapia de reposição hormonal

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"> • Câncer de mama; • Câncer de endométrio; • Doença hepática grave; • Sangramento genital não esclarecido; • História de tromboembolismo agudo e recorrente; • Porfiria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial não controlada; • Diabetes mellitus não controlado; • Endometriose; • Miomatose uterina

Fonte: Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Coren SP. 2019

Anexo 1

Orientações Sobre os Exercícios de Kegel

Os exercícios de Kegel são feitos a partir da contração e do relaxamento dos músculos do assoalho pélvico. É uma prática que proporciona uma maior consciência corporal e o fortalecimento dos músculos envolvidos nas sensações de prazer sexual, podendo ajudar as mulheres a atingir o orgasmo. O “segredo” para fazer esses exercícios é identificar os músculos certos.

Para isso, a mulher deve colocar um ou dois dedos limpos na vagina, quando estiver tomando banho, e segurar, contraindo os músculos como se estivesse tentando parar o fluxo de urina. Depois, deve-se parar de fazer força e relaxar os músculos. Dessa forma, identifica-se o movimento básico do exercício (USP, 2014).

Quadro 27: Orientações para a realização dos exercícios de Kegel

<ul style="list-style-type: none"> • Faça os exercícios de Kegel quando estiver com a bexiga vazia; • Quando você for iniciante na prática, tente praticar os exercícios enquanto estiver deitada; • Segure suas contrações por 3 segundos e depois relaxe por 3 segundos; • A duração das contrações deve aumentar aos poucos até chegar a 10 segundos; • Conforme você for dominando a técnica, contraia e relaxe o mais rápido possível, iniciando com 30 repetições, até chegar a 200 vezes; • Quando você sentir que seus músculos do assoalho pélvico estão ficando mais fortes, tente fazer os exercícios de Kegel enquanto estiver sentada, ou em pé. Você pode fazer esses exercícios em qualquer momento, em qualquer lugar e em qualquer idade, independente da posição adotada.

Fonte: USP, 2014



Anexo 2

Banhos de assento

As vulvovaginites são inflamações do tecido da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a vários fatores, desde desequilíbrio da microflora, alterações de pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

Dentre as vulvovaginites, a candidíase vulvovaginal (CVV) a *Candida albicans* é responsável por 85 a 90% dos casos, seguida pelas espécies *C. Glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* e *C. parapsilopsis*. O banho de assento com bicarbonato e utilização de nistatina na vulva também produz boa resposta, pois seu emoliente é extremamente bem tolerado pela pele lesada (FEUERSCHUETTE *et al.*, 2015).

Lembramos que o pH da vagina constitui uma barreira de defesa, pois a acidez detém os germes (o pH normal da vagina varia entre 3,5 e 4,5). Na fase do climatério, devido a alterações hormonais, poderá haver alteração do pH vaginal. (BRASIL, 2016).

Quadro 28: Orientações sobre como realizar banho de assento

Deve-se misturar 30-60g de bicarbonato de sódio em 5 cm de água na bacia; É aconselhado realizar 2-3 banhos de assento na primeira semana de tratamento e depois 1-2 vezes por semana para prevenir a recorrência sintomática; A mulher deve sentar-se na bacia duas vezes por dia durante 15 minutos. (SOARES, 2017)

Fonte: Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Coren SP. 2019



Capítulo 3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



3.1 Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são consideradas como um agravo para a saúde pública com repercussão e danos sociais, emocionais, econômicos e sanitários (MAGALHÃES, *et al.* 2013).

As ISTs são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, protozoários e fungos), sendo transmitidas principalmente pelo contato sexual direto ou indireto e mais raramente pela corrente sanguínea. Vale salientar que a transmissão das ISTs podem acontecer da mãe para o feto durante a gravidez, parto ou amamentação (BRASIL, 2019). (Transmissão Vertical).

A APS tem papel fundamental na promoção, prevenção, detecção e controle das ISTs, não somente o tratamento imediato, mas a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de outras ISTs e complicações decorrentes das infecções (BRASIL, 2019).

3.2 Atribuições do Enfermeiro

- Organizar, planejar e supervisionar ações para diagnóstico, tratamento, acompanhamento, monitoração e prevenção de IST na APS;
- Realizar aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência;
- Participar do estabelecimento de parcerias com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde para continuidade do cuidado;
- Oportunizar o diagnóstico precoce das ISTs na realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B e C e emissão de laudo dos testes realizados pelo mesmo e/ou por técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Realizar aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais B e C;
- Realizar a solicitação de exame para confirmação de diagnóstico, encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão ou orientação;
- Realizar prescrição de tratamento adequado das IST aos usuários;

- Desencadear ações de aconselhamento/testagem e tratamento voltadas aos parceiros sexuais dos usuários com esses agravos;
- Utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao usuário com IST, levando em conta o contexto pessoal, familiar e social em que a doença se desenvolve;
- Realizar encaminhamento dos casos que não competem à Atenção Primária à Saúde, realizando acompanhamento conjunto;
- Realizar prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV;
- Promover ações para adesão das gestantes ao Pré-natal e oferecer o teste para sífilis, para hepatite B/C e para o HIV, a todas as gestantes da área de abrangência da unidade, realizando aconselhamento pré e pós-teste;
- Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico.

3.3 Atribuições Comuns dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

- Realizar a coleta de sangue para encaminhamento ao laboratório de referência na medida em que a unidade esteja organizada para essa atividade;
- Organizar e acondicionar o material coletado para envio ao laboratório de referência;
- Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico;
- Participar das ações de vigilância epidemiológica, pertinentes a cada caso;
- Realizar testes rápidos de sífilis, HIV e hepatites virais sob a supervisão do enfermeiro, encaminhando prontamente os usuários com resultado reagente;
- Realizar vacinação contra hepatites B e A e HPV, seguindo normas do programa nacional de imunização e calendário vacinal;
- Participar da busca ativa de novos casos;
- Registrar o procedimento, as orientações e os cuidados realizados em

prontuário finalizando com assinatura e carimbo;

- Contribuir e participar de atividades de educação permanente;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível da sua qualificação;
- Orientar os usuários na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem ou médicas;
- Participar do gerenciamento dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste protocolo.

Quadro 29: Exames solicitados pelo enfermeiro para ISTs

Testes Rápidos Preferencialmente
<ul style="list-style-type: none">• Sorologia HIV;• Sorologia hepatite B;• Sorologia hepatite C;• Sorologia sífilis;• Clamídia e Gonococo: detecção por biologia molecular quando disponível;• Teste rápido TB Lam - Triagem para pessoas vivendo com HIV (PVHIAids);• PCR para PVHIV/Aids, Hepatites B/C. (serviços especializados)

Fonte: DCCI/SVS/MS. (2022)

3.4 Sífilis

A sífilis é causada por infecção bacteriana cujo agente etiológico é o *Treponema pallidum*. É transmitida principalmente pelo contato sexual, sendo que muitos permanecem assintomáticos. Na ocorrência de sintomas, estes são pouco percebidos e valorizados, dificultando o tratamento e aumentando o risco da transmissão aos parceiros sexuais.

A ausência do tratamento pode colaborar com formas mais graves desta infecção, comprometendo diversos órgãos e sistemas, sobretudo, o nervoso e o cardiovascular.

Em gestantes, a transmissão transplacentária ao feto pode chegar a 80%, podendo ocorrer também durante o parto vaginal se existir lesão. O acometimento fetal varia pelo tempo que ele foi exposto, podendo evoluir para parto prematuro, morte intrauterina ou neonatal. (Brasil, 2019)

A sífilis é dividida em estágios que orientam o seu tratamento e



monitoramento, conforme segue:

- Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução;
- Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução.

Quadro 30: Classificação Clínica da Sífilis, Manifestações Clínicas de Sífilis Adquirida.

Sífilis Recente (Até um ano de evolução)		
	Incubação	Manifestações clínicas/evolução
Primária	De 10 a 90 dias (média de três semanas)	Início com lesão primária única e indolor, evoluindo em alguns casos para múltiplas lesões, podem estar acompanhadas de linfadenopatia regional. A lesão tem borda definida e regular, base endurecida e fundo limpo, (cancro duro) rica em treponemas, com duração de três a oito semanas e desaparece independente do tratamento (autolimitada), desse modo o indivíduo supõe estar curado.
Secundária	De 6 semanas até 6 meses após cicatrização da lesão inicial (podendo se estender por até 1 ano)	<ul style="list-style-type: none">• Linfonodos regionais Sífilis secundária Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão);• Micropoliadenopatia;• Linfadenopatia generalizada;• Sinais constitucionais;• Quadros neurológicos, oculares, hepáticos. <p>Nota: Toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis.</p>
Latente recente	Assintomática , a maior parte dos diagnósticos ocorre por meio de exames laboratoriais. Tem evolução de até um ano, podendo apresentar lesões características secundárias (25% dos casos).	
Sífilis Tardia (Mais de um ano de evolução)		
Latente tardia	Assintomática , os diagnósticos ocorrem após um ano da infecção inicial e por meio de exames laboratoriais	
Terciária	Entre 2 e 40 anos da infecção inicial (15 a 25%) dos casos não tratados. Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aorta e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.	

Fonte: DCCI/SVS/MS, OMS (2022).

O envolvimento do sistema nervoso central – SNC pode ocorrer durante qualquer estágio da sífilis, sendo comuns anormalidades laboratoriais do LCR em pessoas infectadas já nos estágios iniciais da doença, pois o *T. pallidum* invade precocemente o SNC dentro de horas a dias após a inoculação. A neuroinvasão pode ser transitória, e os preditores de sua persistência e do início de sinais e sintomas clínicos não estão bem estabelecidos

A neurosífilis acomete o sistema nervoso central, o que pode ocorrer já nas fases iniciais da infecção.

3.4.1 Diagnóstico de Sífilis

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado.

A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis (primária, secundária e terciária) favorece a suspeição clínica. Entretanto, não há sinal ou sintoma patognomônico da doença. Portanto, para a confirmação do diagnóstico, é necessário solicitar testes diagnósticos. Nas fases sintomáticas, é possível a realização de exames diretos, enquanto os testes imunológicos podem ser utilizados tanto na fase sintomática quanto na fase de latência.

Quadro 31: Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos

TESTES IMUNOLÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	ELISA/EQL/CMIA TPHA/TPPA/ MHA-TP Teste rápido – TR	São os primeiros a se tornarem reagentes, importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.

Fonte: DCCI/SVS/MS.(2022)



Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente.

Diagnóstico de sífilis após TR reagente: quando foi realizada a testagem rápida no serviço de saúde, com resultado reagente. Nesse momento, o laboratório iniciará a investigação com o teste não treponêmico.

Monitoramento do tratamento de sífilis: quando o diagnóstico e tratamento de sífilis já foram realizados é necessário monitorar os títulos dos anticorpos não treponêmicos. (TNT)

Figura 2: Testes Imunobiológicos para o Diagnóstico de Sífilis



Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2022

O Quadro 32 apresenta as possíveis interpretações e condutas frente ao resultado dos testes imunológicos.

Quadro 32: Resultados de Testes Treponêmicos e não Treponêmicos de Sífilis, Interpretação e Conduta

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	SENSIBILIDADE /ESPECIFICIDADE
Teste treponêmico (TT): reagente	+	Teste não treponêmico (TNT): 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 de 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 não 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 monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: não reagente	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste. • 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 de 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 não treponêmico: não reagente ou Teste treponêmico: não reagente	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente. obs: No período do cancro duro é esperado TR não reagente (falso).	Em caso de suspeita clínica e/ ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da

acha que foi alergia à penicilina?

Fonte: Adaptado DCCI/SVS/MS. (2022)

É importante destacar que, devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as seguintes situações independentemente dos sinais e sintomas:

- Gestantes;
- Vítima de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento;
- Pessoas com sinais e/ou sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

Quadro 34: Tratamento e Monitoramento de Sífilis

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa (Exceto gestante)	Seguimento com teste não treponêmico
Sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, 12/12 h, VO, por 15 dias.	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, 12/12 h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV, 1x/ dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: Adaptado DCCI/SVS/MS - PCDT (2022)



Prescrição pelo enfermeiro e administração do tratamento pela equipe de enfermagem

A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara, 0,002% (BRASIL, 2015).

Em nota técnica (Cofen/CTLN Nº 03/2017), o Cofen deixa claro que:

1. A penicilina benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem. 2. Os enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde, secretarias estaduais, secretarias municipais, distrito federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde. 3. A ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da penicilina benzantina por profissionais de enfermagem.

Portanto, o receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de benzilpenicilina benzatina na Atenção Básica, desde que haja o suporte para o atendimento de urgência para eventuais situações que possam ocorrer com quaisquer medicações e/ou vacinas.

3.4.3 Monitoramento

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/ RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses até o 12º mês de acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses).

A pessoa tratada com sucesso pode ser dispensada de novas coletas após um ano de seguimento pós-tratamento. Entretanto, a aquisição de uma nova IST, especialmente sífilis, é um fator de risco para outras IST. Deve-se considerar fortemente a realização de rastreamento de acordo com a história sexual e o gerenciamento de risco para sífilis e outras IST na população de pessoas curadas de sífilis.

Os testes não treponêmicos não são automatizados; portanto, pode haver diferença entre leituras em momentos diferentes e/ou quando estas são realizadas por mais de um observador. Por essa razão, variações do título em uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) devem ser analisadas com cautela.



3.4.4 Critérios de Retratamento

Após tratamento adequado, se não ocorrer diminuição da titulação em 2 diluições no intervalo de 6 meses (sífilis recente, primária e secundária) ou não ocorrer diminuição da titulação em 2 diluições no intervalo de 12 meses (sífilis tardia), deve-se retratar.

Outro critério de retratamento é o aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16) ou persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

O monitoramento mensal das gestantes e da população geral aos três e aos nove meses não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas principalmente descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configura reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.

Importante: Realizar carta de alta para todos tratamentos de sífilis com a titulação do TNT de alta, para melhor avaliação em caso de suspeita de **reinfecção**, pois este será o exame para diagnóstico e controle. Vez que o TT pode permanecer reagente o resto da vida.

Definição de cura: Atualmente, para a definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

3.5 Infecções que Causam Corrimento Vaginal e Cervicite

Quadro 35: Infecções que Causam Corrimento Vaginal e Cervicite

Causa	Agente etiológico	Manifestações clínicas	Tratamento medicamentoso	Gestantes e nutrízes	Observações
Candidíase Vulvovaginal	<i>Candida albicans</i> (mais frequente); <i>Candida spp</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo uterino; • Sem odor; • Prurido vaginal intenso; 	A 1ª escolha é a via vaginal: Primeira escolha: Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal, ao deitar-se, por 7 dias; ou Durante a gravidez, o tratamento deve 	<p>Orientar medidas higiênicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); • Evitar calças apertadas;

		<ul style="list-style-type: none"> • Edema de vulva; • Dispareunia de introito; • Disúria. Período de incubação: 2 a 5 dias. 	ao deitar-se, por 7 noites; ou A via oral deve ser reservada para os casos de candidíase resistentes ao tratamento tópico: <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; 	ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Assintomático (70% a 80% dos casos). Sintomas: <ul style="list-style-type: none"> • Corrimento vaginal; • Sangramento intermenstrual; • Sangramento pós-coito; • Dispareunia; • Disúria; • Polaciúria; • Dor crônica. Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino. Período de incubação: 10 a 14 dias.	Primeira escolha: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única; Segunda escolha: Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias.	Primeira escolha: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única.	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações sobre as ISTs e suas prevenções; • Ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B, gonorreia e clamídia (quando disponíveis); • Ofertar preservativos e gel lubrificante; • Ofertar vacinação contra hepatite B; • Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado; • Convocar e tratar as parcerias sexuais. Notificação das ISTs, conforme a portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. As demais, se considerado conveniente, notificar de acordo com a lista estabelecida nos estados/municípios. Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única. Devido à possibilidade de reinfecção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e

					gonorreia em todos os casos. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Complicações: Risco aumentado de prenhez ectópica, endometrite pós-parto, infertilidade.
Gonorreia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Assintomático (70% a 80% dos casos). Nos sintomáticos: <ul style="list-style-type: none"> • Disúria; • Secreção vaginal amarelada; • Odor desagradável; • Sangramento vaginal intermenstrual; • Dor pélvica. Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino Período de incubação: 2 a 5 dias.	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única mais Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única.	Primeira escolha: Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única mais Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única.	Cuidados de enfermagem (vide orientações quanto a Clamídia) Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única. Devido à possibilidade de reinfecção do desenvolvimento da DIP, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em todos os casos. As principais complicações quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Complicações: Risco de desenvolver DIP, gravidez ectópica, oclusão tubária, infertilidade.
Vaginose Bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> ; <i>Mobiluncus spp.</i> ; <i>Bacteroides spp.</i> ; <i>Mycoplasma hominis</i> ; <i>Peptococcus</i> e	• Secreção vaginal acinzentada, cremosa, odor fétido, mais acentuada após o coito e durante o período menstrual; • Dispareunia.	Via oral: Metronidazol , 500 mg, VO, a cada 12 horas por 7 dias; Via intravaginal: Metronidazol , gel vaginal 100 mg/g, 1 aplicador	Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrízes): • Metronidazol , 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; ou	Orientar medidas higiênicas: • Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); • Evitar calças apertadas; • Retirar roupa íntima



	outros anaeróbios.	Sem sintomas inflamatórios	(5g), 1x dia, por 5 dias. Alternativa: Via oral: Clindamicina , 300 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.	• Metronidazol gel vaginal 100 mg/, à noite ao deitar-se, por 5 dias.	para dormir. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Orientar quanto ao efeito antabuse – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento
Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Secreção vaginal, espumosa, amarelo esverdeada e fétida; •Queimação e prurido vulvovaginal intenso; •Sinusiorragia (sangramento relacionado à atividade sexual); •Dispareunia; •Edema vulvar; •Disúria pouco frequente; •Eritema vaginal; • Colo uterino com petéquias e em “framboesa”. Período de incubação: 5 a 28 dia	Metronidazol , 2g, VO, dose única; ou Metronidazol , de 250 mg, 2 cp, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.	Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrízes): Metronidazol , 2g, VO, dose única; ou Metronidazol , de 250 mg, 2 cp, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.	Cuidados de enfermagem (vide orientações quanto a Clamídia). Orientar quanto ao efeito antabuse – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento. Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais. Manter o tratamento durante a menstruação. O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), quando indicado, deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras ISTs (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão. As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.

Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2019

Na impossibilidade de diagnóstico etiológico nas cervicites, vaginites e uretrites realizar a abordagem síndrômica. Conforme PCDT do MS.

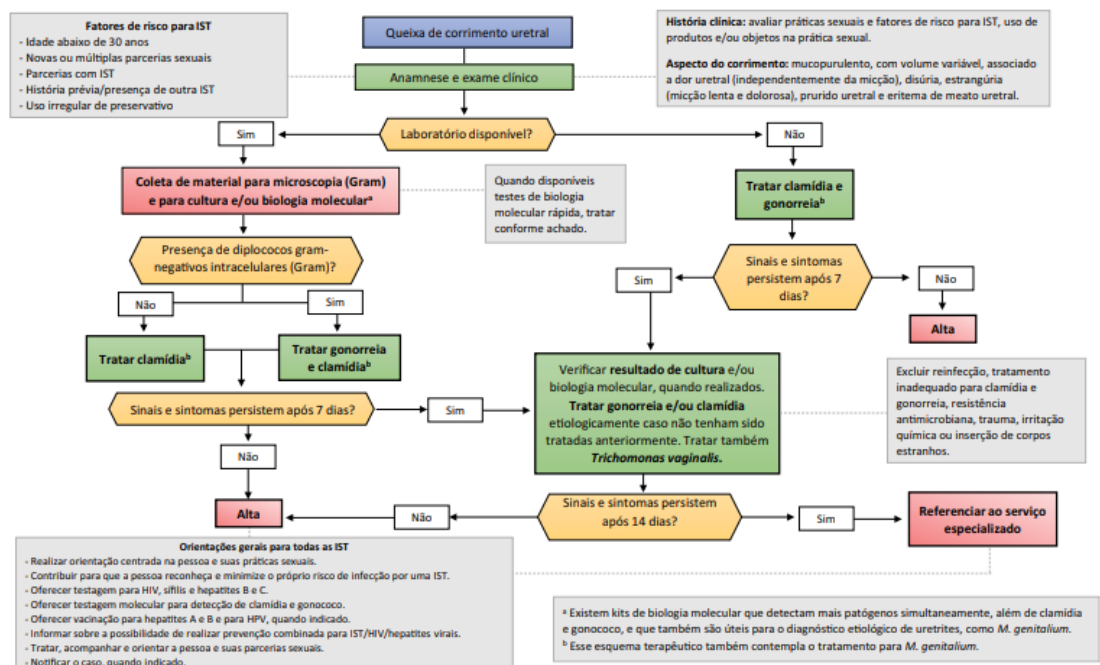
3.6 Uretrites: Infecções que causam Corrimento Uretral

As uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral costuma ter aspecto de mucoide a purulento, com volume variável, estando associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral associados ao uso irregular dos preservativos. Os agentes etiológicos mais frequentes das uretrites são:

- Uretrite gonocócica: Agente *Neisseria gonorrhoeae*;
- Uretrite não gonocócica: Agentes: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, entre outros.

Fluxograma 2: Manejo do corrimento uretral

Fluxograma para o manejo de corrimento uretral



Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2022.



3.6.1 Tratamento de uretrites

Quadro 36: Tratamento de uretrites

CONDIÇÃO CLÍNICA	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
Uretrite sem identificação do agente etiológico	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	–
Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas NÃO complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Uretrite não gonocócica	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais
Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Uretrite por <i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	–
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única	–	–
<ul style="list-style-type: none"> Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g). Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única). 			

Fonte: DCCI/SVS/MS.

3.7 Infecções que Causam Úlceras Genitais

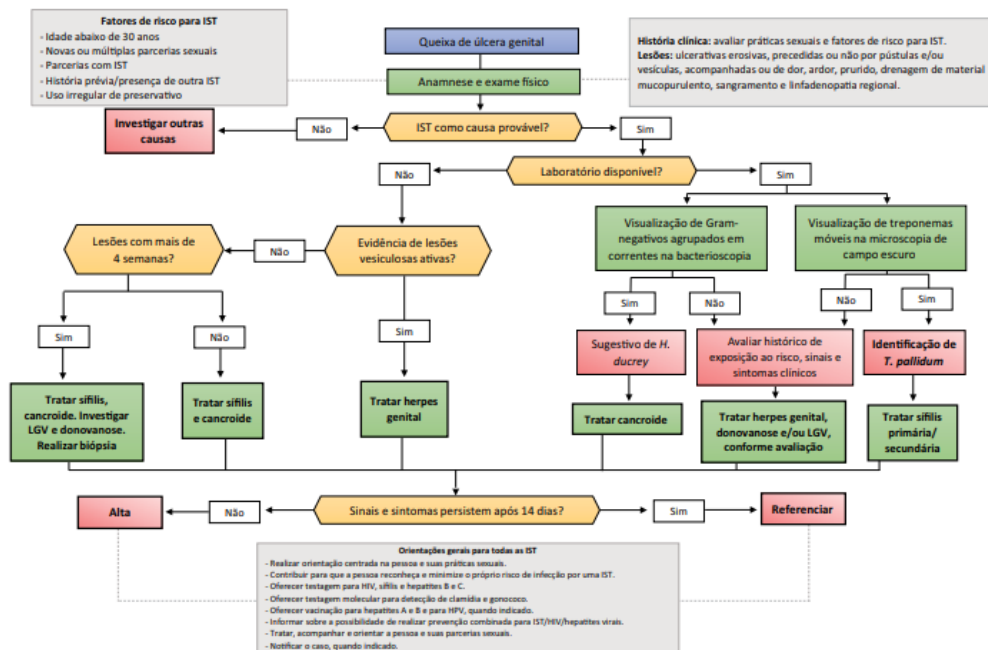
As úlceras genitais estão frequentemente associadas às ISTs em população sexualmente ativa, principalmente em adolescentes e adultos jovens, podendo também estarem associadas às infecções inespecíficas por fungos, bactérias ou vírus. Manifestam-se como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional. (Protocolo de Enfermagem de ISTs, Florianópolis, 2017)

A presença de úlcera genital está associada a elevado risco de transmissão e aquisição do HIV e tem sido descrita como a principal causa para a difusão do vírus nas populações de maior vulnerabilidade; portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constituem medidas de prevenção e controle da epidemia de HIV. (Protocolo técnico de diretrizes terapêuticas, atenção integral às pessoas com ISTs, Brasília, 2019).

Em todos os casos em que houver 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.



Fluxograma 3: Manejo de infecções que causam úlcera genital



Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2022.

Quadro 37: Síntese para Tratamento de Lesões Anogenitais

IST	Agente	Sinais mais comuns	Tratamento	Quem pode tratar?
Cancro mole	<i>Haemophilus ducrey</i>	Lesões múltiplas e dolorosas com bordas irregulares e contorno eritemato – edematoso e fundo irregular, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido e que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.	Primeira opção: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única Segunda opção: Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única OU Ciprofloxacino 500 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 3 dias	Enfermeiro/ médico
Linfogranuloma venéreo – LGV	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Feridas nos órgãos genitais e outros (pênis, vagina, colo do útero, ânus e boca), as quais, muitas vezes, não são percebidas e desaparecem sem tratamento. • Entre uma a seis semanas	Primeira opção: Doxiciclina 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias Segunda opção: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO,	Enfermeiro/ médico



		<p>após a ferida inicial, surge um inchaço doloroso (caroço ou íngua) na virilha, que, se não for tratado, rompe-se, com a saída de pus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pode haver sintomas por todo o corpo, como dores nas articulações, febre e mal-estar. • Quando não tratada adequadamente, a infecção pode agravar-se, causando elefantíase (acúmulo de linfa no pênis, escroto e vulva). 	1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	
Sífilis (cancro duro)	<i>Treponema pallidum</i>	Úlcera genital, indolor, geralmente única com fundo limpo, infiltrada, aumento de linfonodos inguinais.	Ver sífilis	Enfermeiro/ médico

Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2022

Quadro 38: Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital

Causa	Como identificar	O que fazer	Quem faz
Úlcera Genital	Se paciente sexualmente ativa, considerar as principais causas de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Considerar diagnósticos diferenciais com outras doenças ulcerativas infecciosas e não infecciosas.	Orientações gerais: fornecer informações sobre as ISTs e sua prevenção, ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B, gonorreia e clamídia (quando disponíveis); ofertar preservativos e gel lubrificante; ofertar vacinação contra hepatite B.	Equipe multiprofissional
		Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado; notificar o caso; convocar e tratar parcerias sexuais.	Enfermeiro (a) / médico (a)
	Se laboratório não disponível, tratar conforme história clínica e exame físico (ver colunas O que fazer e Quem faz):	Se úlcera sintomática, podem ser necessários analgesia e cuidados locais, com compressas frias, analgésicos ou anti-inflamatórios tópicos ou orais e banhos perineais.	Enfermeiro (a) / médico (a)
		• se história de vesículas dolorosas e/ou visualização de	Herpes simples: primeira infecção Médico (a)



	<p>parede rota de vesícula, tratar herpes genital;</p> <ul style="list-style-type: none"> • se não for caso evidente de herpes simples, tratar empiricamente como sífilis primária e cancro mole (cancroide); • se úlcera com mais de quatro semanas, tratar sífilis, cancro mole e donovanose; • se úlcera persistente ou irresponsiva ao tratamento, encaminhar para biópsia. 	<p>pode se beneficiar de tratamento com aciclovir, 400 mg, 3x/dia (ou 200 mg 5x/dia), por 7 dias. Em casos recorrentes, pode ser necessário tratamento com aciclovir, 400 mg, 3x/dia, por 5 dias, a partir do início dos prodromos. Se seis ou mais episódios por ano, considerar tratamento supressivo contínuo, com aciclovir, 400 mg, 2x/dia (realizar controle laboratorial de funções renal e hepática). Gestantes: tratar o primeiro episódio, em qualquer idade gestacional, conforme o tratamento das primoinfecções</p>	
		<p>Sífilis: realizar teste rápido para sífilis, solicitar VDRL e tratar com penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); Alternativa (exceto para gestantes): doxiciclina 100 mg, 2x/dia, por 15 dias. Gestantes alérgicas à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização em serviço terciário de referência</p>	Enfermeiro (a) / médico (a)
		<p>Cancro mole (cancroide): tratamento em dose única com azitromicina 1 g, VO, OU ceftriaxona 250 mg, IM, OU ciprofloxacino 500 mg, VO</p>	Enfermeiro (a) / médico (a)
		<p>:Donovanose: Primeira Opção: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x/ semana, por, pelo menos, três semanas, ou até a cicatrização das lesões Segunda opção: Ciprofloxacino 500 mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750 mg)</p>	Médico (a)

Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2022

3.8 Infecção pelo HPV

As infecções causadas pelo Papiloma vírus humano (HPV) caracterizam-se por lesões anogenitais, as quais podem ser únicas e localizadas ou múltiplas e disseminadas. O diagnóstico é basicamente clínico através da visualização dos condilomas ou verrugas em região peniana, anal ou vaginal. O paciente pode permanecer assintomático por anos.

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.

Situações especiais como gestantes e pessoas imunodeprimidas devem ser avaliadas criteriosamente. Nas gestantes, avaliar se o tempo esperado para tratamento encerra antes da data mínima esperada para o parto, caso contrário, discutir com médico da equipe e encaminhar para atenção secundária, se necessário.

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle, mas os pacientes devem ser avisados sobre a possibilidade de recorrência, principalmente nos 3 primeiros meses.

Quadro 39: Síntese de Tratamento de Verrugas Genitais

IST	Agente	Sinais mais comuns	Tratamento	Quem pode tratar?
Verrugas condilomas	Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)	Verrugas, condilomas únicos e localizados ou múltiplos e disseminados. Se diagnosticada após a menopausa, encaminhar para colposcopia.	Referenciar ao médico em casos especiais: gestantes, crianças, imunossuprimidos, doença disseminada ou verrugas de grande volume. Se lesão única ou poucas lesões, especialmente se assintomáticas, considerar apenas observar a evolução. Uma opção terapêutica viável na Atenção Primária é aplicar nos condilomas ácido tricloroacético a 80%-90% em solução alcoólica, em pequena quantidade, com cotonete, microbrush ou escova endocervical montada com algodão. Ao secar, a lesão ficará branca. Se dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se	Enfermeiro/ médico

			necessário. Se refratário ao tratamento com ácido tricloroacético, encaminhar para ginecologista.	
--	--	--	---	--

Fonte: Adaptado do Protocolo de Enfermagem de ISTs, Florianópolis, 2017/ Protocolo de saúde das mulheres, MS, 2016

A infecção pelo HIV envolve várias fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral.

Em 2013, foi publicada a Portaria nº 29 do ministério da saúde, que normatiza a testagem para o HIV. Duas das recomendações apresentadas baseiam-se na utilização de testes rápidos (TR). Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR, o diagnóstico do HIV foi ampliado, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais. Considerando o parecer de conselheiros nº 259/2016/Cofen, o nível médio de enfermagem, devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar TR para triagem do HIV, sífilis, hepatites B e C encaminhando prontamente para o enfermeiro, os clientes com resultado reagente. Não podendo emitir laudo, que é privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior.

3.9 Infecção pelo HIV

A infecção pelo HIV envolve várias fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral.

Em 2013, foi publicada a Portaria nº 29 do ministério da saúde, que normatiza a testagem para o HIV. Duas das recomendações apresentadas baseiam-se na utilização de testes rápidos (TR). Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR, o diagnóstico do HIV foi ampliado, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais. Considerando o parecer de conselheiros nº 259/2016/Cofen, o nível médio de enfermagem, devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar TR para triagem do HIV, sífilis, hepatites B e C encaminhando prontamente para o enfermeiro, os clientes com resultado reagente. Não podendo emitir laudo, que é privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior.

3.9.1 Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV

A pessoa candidata ao uso da PrEP deve compreender no que consiste essa estratégia e como ela se insere no contexto do gerenciamento do seu próprio risco de adquirir a infecção pelo HIV, de forma a avaliar sua motivação para iniciar o uso da profilaxia.

Cabe ao profissional de saúde avaliar a motivação do usuário em aderir ou não à PrEP. Para as pessoas que demonstram claramente sua vontade de iniciar a profilaxia e apresentam práticas de alto risco de infecção pelo HIV, estudos demonstrativos indicam que a PrEP é significativamente mais protetora quanto menor o tempo de espera do usuário.

Convém reforçar que a efetividade dessa estratégia está diretamente relacionada ao grau de adesão à profilaxia. O uso diário e regular do medicamento é fundamental para a proteção contra o HIV1. No entanto, deve-se enfatizar que o uso de PrEP não previne as demais infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou as hepatites virais, sendo necessário, portanto, orientar a pessoa sobre o uso de preservativos e outras formas de prevenção.

A) Indicação da PrEP

- Deve-se excluir, clínica e laboratorialmente, o diagnóstico prévio da infecção pelo HIV;
- Realiza-se um teste rápido (TR1) e, caso o resultado seja não reagente, a amostra deve ser considerada como “não reagente para HIV” e a pessoa poderá se candidatar à PrEP. Caso o TR1 seja reagente, deve-se realizar um segundo teste rápido (TR2) que utilize antígeno diferente, de acordo com o fluxograma do “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças”. Se o TR2 apresentar resultado não reagente, discordante em relação ao TR1, deve-se repetir o fluxograma completo de diagnóstico com os mesmos conjuntos diagnósticos utilizados anteriormente e na mesma ordem. Persistindo a discordância entre os resultados, uma amostra deve ser colhida por punção venosa e enviada ao laboratório para ser submetida a um dos fluxogramas de diagnóstico definidos para laboratório também no “Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças”. Nesse caso, será necessário aguardar o resultado da análise laboratorial para indicação de PrEP ou terapia antirretroviral (TARV).
- Caso seja confirmada a infecção pelo HIV, a **PrEP não está mais indicada**.



B) Esquema Antirretroviral para PrEP

Prescrição:

A PrEP é realizada com 1 comprimido combinado de Tenofovir 300 mg associado a Emtricitabina 200 mg (TDF/FTC). Existem dois esquemas de prescrição de PrEP oral disponíveis no Brasil: a PrEP diária e a PrEP sob demanda [2].

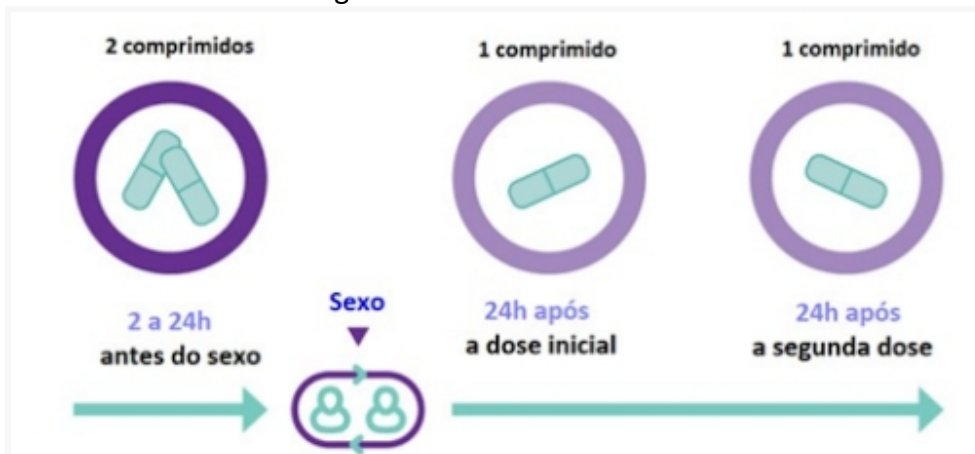
A PrEP diária é realizada com o esquema de [1]:

- Dose de ataque de 2 comprimidos de TDF/FTC no primeiro dia de uso, seguido de:
- dose fixa combinada de TDF/FTC, 1 comprimido/dia, em uso contínuo.

A PrEP **sob demanda** é realizada com o esquema 2 + 1 + 1, conforme a Figura 2 abaixo:

- Dose de ataque de 2 comprimidos com TDF/FTC, de 2 a 24 horas antes da relação sexual, seguido de:
- 1 comprimido, 24 horas depois da primeira dose;
- 1 comprimido, 24 horas após a segunda dose.

Figura 3: PrEP sob demanda



Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2022

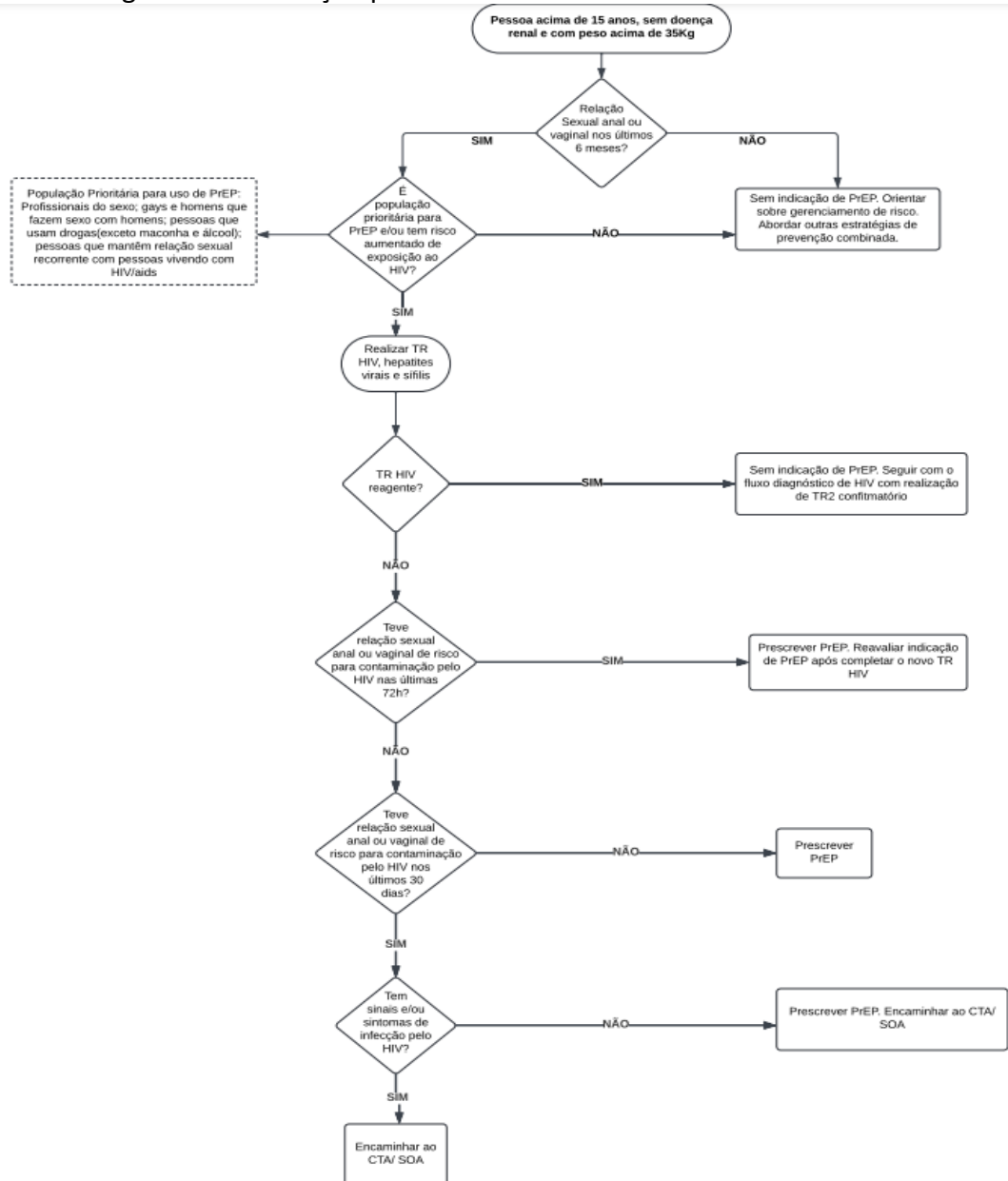
Obs: A primeira dispensa será para 30 dias, retornando com exames até 30 dias, se elegível prescreve para 90 dias. O exame anti-HIV é obrigatório a cada retirada e tem validade de até 7 dias.

Dados de estudos clínicos e de farmacocinética sugerem que altos níveis de concentração celular dos fármacos ocorrem, na mucosa anal, a partir de sete dias de uso contínuo de um comprimido diário (com adesão mínima de quatro comprimidos por semana) e, no tecido cervicovaginal, a partir de aproximadamente 20 dias de uso contínuo de um comprimido diário, sem perda de doses. Neste período aconselhar o uso associado ao preservativo a depender da prática sexual.



C) Fluxograma de Avaliação para Uso da PrEP

Fluxograma 4: Fluxograma de Avaliação para Uso da PrEP



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Ministério da Saúde (2022)



Para qualquer indivíduo com um ClCr estimado ≥ 60 mL/min, pode-se prescrever com segurança a PrEP oral contendo TDF.

a. Fórmula de Cockcroft–Gault Homens:

Homens: $\text{ClCr} = [140 - \text{idade (anos)}] \times \text{peso (kg)} \times \text{creatinina sérica (mg/dL)} \times 72$

Mulheres: $\text{ClCr} = [140 - \text{idade (anos)}] \times \text{peso (kg)} \times 0,85 \times \text{creatinina sérica (mg/dL)} \times 72$

b. Fórmula de CKD – EPI19 Sugere-se utilizar a Calculadora Virtual de ClCr, disponível em: <https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas>.

D) Profilaxia Pós Exposição (PEP)

Esquema Preferencial para PEP HIV em Adultos
1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300 mg/300 mg, 1x/dia + 1 comprimido de dolutegravir (DTG ¹) 50 mg, 1x/dia. A duração da PEP é de 28 dias [2].

Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2022

Contraindicações

- Insuficiência Renal Crônica*
- Uso de medicações anticonvulsivantes com interação medicamentosa.

*TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco), quando a taxa de filtração glomerular for menor que 50 mL/min, ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal. Nesses casos, a indicação deve ser avaliada, já que a duração da exposição ao medicamento será curta (28 dias) e provavelmente reversível com a suspensão dos medicamentos. Em caso de taxa de Filtração glomerular persistir alterada após 3 meses encaminhar ao médico para investigar outras causas, já que a alteração pelo TDF é reversível.

PARECER DE CÂMARA TÉCNICA Nº 12/2020/CTAS/COFEN

Parecer Técnico sobre a Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros.

Os enfermeiros após indicação podem mediante parecer prescrever o esquema preferencial da PEP, em casos de indicação de esquemas alternativos este deve ser analisado pelo médico.

3.10 Hepatites Virais

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Podem se apresentar como infecções agudas ou crônicas e constituem uma das principais causas de transplantes hepáticos no mundo.

Os testes são rápidos e de triagem e, uma vez que apresentem resultados reagentes, devem ser realizados exames confirmatórios de carga viral para hepatite C (HCV-PCR), e/ou hepatite B (HBV-DNA), ou outros marcadores conforme disponibilidade do serviço e fluxograma de diagnóstico proposto pelo ministério da saúde. (Brasil, 2017f; Brasil, 2018c; Brasil, 2017g).

Ainda, sobre atuação do nível médio de enfermagem, no auxílio à informação e vigilância em saúde, podemos relatar a oferta de preservativos e gel lubrificantes, oferta de testes para IST, com ênfase na adesão ao tratamento, vacinação para hepatites A e B, notificação de casos, conforme estabelecido, busca ativa e orientações de tratamento de parcerias sexuais mesmo que assintomáticas.

A maioria das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece seu diagnóstico, constituindo elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções.

3.10.1 Hepatite A

O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A (HAV) é o fecal-oral, por ingestão de água e/ou alimentos contaminados. A transmissão sexual desse vírus é infrequente.

A transmissão por via sexual do vírus da hepatite A provavelmente é subestimada; assim sendo, para a diminuição do risco de sua transmissão sexual, é de suma importância incentivar medidas de higiene antes e após as relações sexuais, assim como uso de preservativos, no contexto das práticas sexuais que envolvam a possibilidade de contato oral-fecal.

3.10.2 Hepatite B

A hepatite viral B é uma infecção de transmissão parenteral, predominantemente pela via sexual. O sangue é o veículo de transmissão mais importante, mais fluido, mas sêmen e saliva também podem transmitir o HBV. A transmissão vertical também pode ocorrer e ocasionar uma evolução desfavorável,



com maior chance de tornar-se crônica.

Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente da idade e/ou condições de vulnerabilidade (Nota Informativa nº 149/2015 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS).

Em casos de pessoas em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto para hepatite B, o Ministério da Saúde recomenda vacinação para HBV e imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB).

Quadro 40: Interpretação dos testes sorológicos para Hepatite B

Testes sorológicos	Resultado	Interpretação
HBsAg	Não reagente	Ausência de contato prévio com o HBV Susceptível à infecção pelo HBV
Anti-HBc IgM	Não reagente	
Anti-HBc total	Não reagente	
Anti-HBs	Não reagente	
HBsAg	Não reagente	Imune após infecção pelo HBV
Anti-HBc IgM	Não reagente	
Anti-HBc total	Reagente	
Anti-HBs	Reagente	
HBsAg	Não reagente	Imune após vacinação contra o HBV
Anti-HBc IgM	Não reagente	
Anti-HBc total	Não reagente	
Anti-HBs	Reagente	
HBsAg*	Reagente	Infecção recente pelo HBV (menos de seis meses)
Anti-HBc IgM	Reagente	
Anti-HBc total	Reagente/Não reagente	
Anti-HBs	Não reagente	
HBsAg*	Reagente	Infecção pelo HBV
Anti-HBc IgM	Não reagente	
Anti-HBc total	Reagente/Não reagente	
Anti-HBs	Não reagente	

Fonte: DA CONCEIÇÃO; SICILIANO; FOCACCIA, 2013.

*A hepatite B crônica é definida pela presença continuada do HBsAg no sangue por um período superior a seis meses.



3.10.3 Hepatite C

A hepatite C é uma infecção de transmissão principalmente parenteral. A história natural do HCV é marcada pela evolução silenciosa. Muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas após a infecção, e os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado, manifestando-se apenas em fases mais avançadas.

O risco de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) está aumentando em determinadas populações, como usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, e atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, entre outros que, não obedecendo às normas de biossegurança, expõem-se a sangue pela via percutânea.

A transmissão sexual do HCV é pouco frequente e ainda muito discutida, ocorrendo em pessoas com parcerias múltiplas e que têm relações sexuais sem preservativo.



Capítulo 4. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA



A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma complicação importante das ISTs em mulheres e é considerada um problema em saúde pública. A abordagem oportuna pode evitar internações por condições sensíveis à Atenção Primária ou mesmo óbito por complicações sistêmicas, infertilidade feminina, além de outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica (Brasil, 2019). Entre os microrganismos sexualmente transmissíveis, merecem destaque *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*. Entretanto, bactérias que compõem a flora vaginal, como *G. vaginalis*, *H. influenza*, *S. agalactiae*, entre outras, têm sido associadas à DIP. Todas as mulheres que têm DIP aguda devem ser rastreadas para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e testadas para HIV, sífilis e hepatites virais.

4.1 Sinais e Sintomas

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. O exame clínico deve incluir:

- Aferição de sinais vitais;
- Exame abdominal;
- Exame especular vaginal, incluindo inspeção do colo de útero para friabilidade (sangramento fácil) e corrimento mucopurulento cervical;
- Exame bimanual, com mobilização do colo e palpação dos anexos.

É importante considerar que devido ao impacto que a DIP tem e as complicações que poderá implicar à vida da usuária.

O atendimento à mulher com dor pélvica deverá ser realizado pela equipe multiprofissional, sendo a prescrição medicamentosa de responsabilidade do médico. Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los, e oferecer teste rápido para HIV, sífilis, HEP B e C.

Quadro 41: Resumo dos Esquemas Terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Doença inflamatória pélvica		
Primeira opção	Segunda opção	Prescritor
Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única; MAIS Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 14 dias; MAIS Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	Cefotaxima 500 mg, IM, dose única; MAIS Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias; MAIS Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/ dia, por 14 dias.	Médico
Alívio da dor		
Anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias); Ibuprofeno 600 mg; ou Diclofenaco sódico 50 mg, de 8/8 horas; Piroxicam 20 mg ou Nimesulida 100 mg de 12/12 horas.	Analgésicos, se necessário: dipirona ou paracetamol 500 mg de 6/6 horas	Enfermeiro ou médico

Fontes: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). (MS, 2019)

Quadro 42: Sinais de alerta para DIP

Sinais de Alerta
<ul style="list-style-type: none"> • Atraso menstrual, amenorreia ou gravidez confirmada. • Parto ou aborto recentes. • Febre, calafrio, hipotensão, taquicardia, taquipneia. • Separar resultados anteriores para comparativo. • Distensão ou rigidez abdominal, sinais de irritação peritoneal; • História de Violência Sexual.

Fonte: Protocolo de saúde da mulher, MS, 2016

4.2 Cuidados Pós-tratamento

Pode-se observar a melhora clínica das pacientes com DIP nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano. A paciente deverá retornar à Atenção Primária para seguimento na primeira semana após a alta hospitalar, mantendo abstinência sexual até a cura clínica.



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.



Capítulo 5. RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO



5.1 Introdução

O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papiloma vírus humano (HPV) (chamados de tipos oncogênicos) (INCA, 2019).

Tendo em vista que o câncer cervical é uma doença totalmente previsível e, em muitos casos, insidiosa, as ações de rastreamento são primordiais para a detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero. O enfermeiro tem papel fundamental para a consolidação da cobertura adequada do exame de prevenção do câncer de colo uterino, pois é um dos responsáveis pela realização deste durante as consultas ginecológicas que realiza.



Quadro 43: Atribuições do Enfermeiro no rastreamento de câncer de colo de útero

Atribuições do Enfermeiro durante o rastreamento de câncer de colo de útero
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta de enfermagem e registrar sistematicamente os dados coletados; • Solicitar exames de acordo com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde/INCA; • Avaliar resultados dos exames solicitados ou coletados, e de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas; • Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, conforme protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ou normas técnicas estabelecidas em protocolos; • Realizar cuidado paliativo, na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária; <ul style="list-style-type: none"> • Estimular ações de prevenção dos fatores de risco, encorajando a prática de sexo seguro por meio de abordagem da prevenção combinada (múltiplos parceiros aumentam o risco da doença); • Monitorar as coberturas de vacinação contra o HPV na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde; • Incentivar hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada, abandono do uso de álcool, tabagismo (a doença está diretamente relacionada ao número de cigarros fumados) e outras drogas, e prática de exercícios físicos regulares; <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente para todos os membros da equipe; • Supervisionar (planejar, coordenar, executar e avaliar) a assistência de enfermagem no preparo e esterilização de materiais para assistência à mulher; • Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a realização da coleta de material para exame do rastreamento do câncer de colo; • Realizar a coleta do exame citopatológico do colo pelo método de Papanicolaou, atividade privativa do enfermeiro; • Monitorar população feminina na faixa etária para rastreamento no território; • Acompanhar fluxos com os laboratórios de referência atentando-se para o prazo dos laudos, a necessidade de coleta, a inserção nos sistemas de produção e acompanhamento (SISCOLO ou SISCAN); • Supervisionar equipe na busca de casos avaliados de risco que não comparecerem à Unidade, e realizar visita domiciliar a usuária quando necessário.

Fonte: Adaptado INCA, 2021.

Quadro 44: Atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero

Atribuições comuns a Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem durante o rastreamento de câncer de colo de útero
<ul style="list-style-type: none"> • Participar das ações de prevenção dos fatores de risco; • Incentivar hábitos de vida mais saudáveis, como alimentação adequada, abandono do uso de álcool, tabagismo (a doença está diretamente relacionada aos números de cigarros fumados) e outras drogas, e prática de exercícios físicos regulares; • Realizar cuidado norteado por um plano assistencial elaborado pelo enfermeiro na Unidade de Saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária; • Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a adequada realização do exame

citopatológico;

- Contribuir, participar e realizar atividades de educação em saúde;
- Auxiliar no encaminhamento dos exames (logística da unidade)

Fonte: Adaptado INCA, 2021

5.2 Faixa Etária para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero e das Lesões Precursoras

Quadro 45: Recomendações para a coleta de exame citopatológico, de acordo com faixa etária e quadro clínico da usuária

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

Fonte: BRASIL, 2016.

5.3 Recomendações para Coleta do Exame Citopatológico de Colo Uterino em Situações Especiais

Quadro 46: Recomendações diante das situações especiais

Sem história de atividade sexual	Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres
Gestantes	O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. Devendo sempre ser considerada uma oportunidade à procura da unidade de saúde para a realização do Pré-Natal. *Recomenda-se que a coleta de citopatológico ocorra a partir do segundo trimestre.



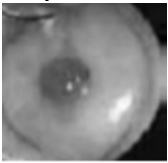


Histerectomizadas	<p>Recomenda-se que em caso de histerectomia subtotal, seguir com o rastreamento de rotina. Em caso de histerectomia total por condições benignas, não se recomenda o rastreamento, desde que apresente exames anteriores normais.</p> <p>Exceção: se a histerectomia foi realizada devido a uma lesão precursora ou câncer de colo do útero, seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais. • Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.
Imunossuprimidas	<p>Recomenda-se o exame citopatológico após o início da atividade sexual a cada seis meses no primeiro ano; se normais anualmente, enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.</p> <p>Em casos de mulheres HIV positivas, deve ser realizado o rastreamento a cada seis meses até a correção dos níveis de CD4+ > 200 células /mm³. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina</p>

Fonte: BRASIL, 2016.

Quadro 47: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta

Situação	O que fazer
Vaginismo	<p>Caracterizada pela contração involuntária dos músculos próximos da vagina durante a penetração, podendo dificultar a coleta. Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adiar a coleta, para evitar desconfortos ou mesmo lesões à mulher. Buscar tranquilizar e apoiar a mulher, reagendando a avaliação; • Considerar o encaminhamento ao ginecologista, caso seja identificado causa orgânica que necessite tratamento na atenção especializada ou quando necessário, o apoio psicológico.
Ressecamento vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres em menopausa: o exame deve ser cuidadoso para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias, pois o resultado pode levar a falsos positivos. • Mulheres no climatério: caso haja esta queixa, o enfermeiro poderá prescrever o tratamento específico (estrogenização), se houver dificuldade na coleta ou o laudo mencionar dificuldade diagnóstica causada por atrofia; <p>Tratamento: Prescrever a administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses, preferencialmente à noite, durante 21 dias com pausa de 7 dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). Suspender o uso no mínimo de 48 horas antes da coleta. (BRASIL, 2016);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres que fazem uso dos inibidores de aromatase a terapia com estrógeno está contraindicada.

<p>Ectopia</p>  <p>Fonte: Brasil, 2016</p>	<p>Presente no período de atividade menstrual e fase reprodutiva da mulher.</p> <p>Geralmente a junção escamo-colunar (JEC) situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, sendo uma situação fisiológica. Intervenções: não há.</p>
<p>Cisto de Naboth</p>  <p>www.uicc.org</p>	<p>É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes.</p> <p>Intervenções: não há.</p>
<p>Pólipos</p> 	<p>São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramentos vaginais fora do período menstrual e, principalmente, após relação sexual.</p> <p>Intervenções: encaminhar para avaliação do ginecologista.</p>

Fonte: Adaptado BRASIL, 2016



5.4 Adequabilidade da amostra

Uma amostra satisfatória deve apresentar células em quantidade representativa dos epitélios presentes em endocérvice e ectocérvice (representativa da JEC), bem distribuídas e fixadas adequadamente.

A amostra insatisfatória tem a avaliação prejudicada por material acelular ou hipocelular e por leitura prejudicada por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular. Devendo ser coletada uma nova amostra em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório (INCA, 2016)

Quadro 48: Recomendações diante dos resultados de exames normais

Diagnóstico citopatológico	Conduta inicial
Dentro dos limites da normalidade	Seguir rotina de rastreamento citológico
Metaplasia escamosa imatura	
<p>Inflamação sem identificação do agente; Alterações celulares benignas (reativas ou reparativa)</p> <p>Achados microbiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactobacillus sp; • Cocos; • Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Moliluncus); • Candida sp. 	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico;</p> <p>Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal segundo capítulo de ISTs.</p>
<p>Achados microbiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clamydia sp; • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes; • Trichomonas vaginalis; • Actinomyces sp 	<p>Herpes Vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital conforme capítulo de ISTs;</p> <p>Clamydia, Gonococo e Trichomonas: Mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos por Clamydia e Gonococo) seguir esquema de tratamento de mulher e parceiro, além das orientações e sorologias conforme capítulo de ISTs;</p> <p>Actinomyces: Bactéria encontrada no trato genital de usuárias de DIU (cerca de 10% a 20%); raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata e não se retira o DIU (Dispositivo Intrauterino).</p>



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

Fonte: BRASIL, 2016

Quadro 49: Recomendações diante do resultado de exames citopatológicos anormais

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

Lesão de alto grau (HSIL)	Encaminhar para a colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão	
Carcinoma escamoso invasor	
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor	

Fonte: INCA.2021.

Capítulo 6. RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA



6.1 Introdução

De acordo com o instituto nacional de câncer (INCA), o câncer de mama é hoje um relevante problema de saúde pública, sendo a neoplasia maligna mais incidente em mulheres na maior parte do mundo. As estimativas de incidência de câncer de mamas no Brasil, para o ano de 2019 são de 59.700 casos novos, o que representa 29,5% dos cânceres em mulheres (INCA, 2019)

Quadro 50: Atribuições do enfermeiro no rastreamento de câncer das mamas

Atribuições do enfermeiro no rastreamento de câncer das mamas
<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar o trabalho da equipe de enfermagem acerca da saúde da mulher; • Realizar a escuta qualificada das necessidades da mulher em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo; • Planejar e coordenar a busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando o exame físico das mamas e as mulheres com indicação de rastreamento do câncer de mama; • Realizar consulta de enfermagem com exame clínico das mamas; investigar outras patologias pessoal e/ou familiar; solicitar exames complementares e prescrever medicamentos conforme protocolos e outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; e encaminhar para atendimento médico, caso necessário; • Solicitar mamografia de rastreamento dentro das faixas etárias preconizadas neste protocolo; • Realizar a visita e promover cuidados no domicílio, frente a saúde da mulher, quando necessário; • Prever a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações de educação em saúde para a comunidade; • Planejar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe e parceiros; • Acompanhar anualmente as mulheres que possuem alto risco para o desenvolvimento de câncer de mama; • Orientar as mulheres de sua área de abrangência sobre a forma correta de realização do autoexame das mamas; • Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informações vigentes

Fonte: Adaptado INCA, 2021

Quadro 51: Atribuições comuns de auxiliares e técnicos de enfermagem no rastreamento de câncer de mamas

Atribuições comuns de auxiliares e técnicos de enfermagem no rastreamento de câncer de mamas
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cuidados diretos de enfermagem à mulher sob a supervisão do enfermeiro; • Atender as mulheres de maneira integral através de uma postura acolhedora e humanizada, viabilizando a construção de vínculos; • Participar do gerenciamento dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste protocolo; • Orientar a usuária para consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos; • Realizar e participar de ações de educação em saúde para a comunidade;

- Participar de capacitação e educação permanentes;
- Realizar visita domiciliar e procedimentos em domicílio, à saúde da mulher, quando necessário e norteado pelo enfermeiro;
- Realizar busca ativa das mulheres com indicação de rastreamento do câncer de mama;
- Realizar a convocação de pacientes para consulta de enfermagem, com histórico de alteração em exames previamente avaliados pelo enfermeiro.

Fonte: Adaptado INCA, 2021

6.2 Faixa Etária para Rastreamento

Quadro 52: População alvo e periodicidade dos exames no rastreamento

Mamografia	A partir de 40 anos ou mais com risco elevado*	Conduta deve ser individualizada considerando riscos e benefícios dos exames de rastreamento.(SBM)
	50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)
	60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)
	70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
	75 anos ou mais	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
	Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).
Ultrassonografia		A ultrassonografia mamária pode ser considerada como método adicional à mamografia em mulheres jovens com elevado risco de câncer de mama e mulheres com alta densidade mamária.



		<p>O enfermeiro poderá solicitar mediante resultados da mamografia que apresentarem os seguintes resultados:</p> <p>Bi Rads: 0</p> <p>Bi Rads: Maior ou igual a 3.</p>
Autoexame das mamas		<p>Contra o ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama (recomendação fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).</p>

Fonte: Adaptado de Manual Operacional da Rede Nacional de Câncer Familiar, INCA, 2009;

*** Risco elevado para Câncer de mama:**

- Histórico Familiar: Primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com CA de mama em idade < 50 anos; Familiar de primeiro grau com de CA de ovário, em qualquer faixa etária; ou Familiar homem com diagnóstico de câncer de mama, independentemente da idade.
- Mulheres com história pessoal de câncer de mama;
- Mulheres com história de radiação torácica

Quadro 53: Fatores de risco para o câncer de mama

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

Fonte: INCA, 2021.



6.3 Recomendações Diante dos Problemas Mais Comuns Durante Avaliação das Mamas

As alterações funcionais benignas da mama, antes equivocadamente denominadas “displasias mamárias”, são variações da fisiologia normal da glândula nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo do ciclo de vida da mulher e são relatadas com frequência pelas mulheres nas consultas (Brasil, 2016). Segue abaixo quadro dos principais achados e condutas de enfermagem:

Quadro 54: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante avaliação das mamas

Situação	Definição	Conduta do enfermeiro
Mastalgia sem febre	Dor nas mamas. Está relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino, uso de terapias hormonais ou gestação. Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos (GOYAL, 2016). Podem vir acompanhadas de febre ou não.	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar dor; • Em caso de 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)		<ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar febre ou dor; • Em caso de 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o uso de medicações que podem causar aumento de prolactina; • Investigar gestação; <p>Características a serem pontuadas no exame físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espontânea ou provocada: a descarga papilar espontânea sugere sinais de anormalidade e pode estar relacionada

	Devem ser investigadas as descargas espontâneas, unilateral, uni papilar, persistente, purulenta ou sanguinolenta (PRIMO, 2017);	<p>a processos hormonais; Em ambos, sugere-se colher amostra de citopatológico de mama e retorno para reavaliação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Se associada com amamentação, a conduta está descrita no capítulo específico deste protocolo; • Se a alteração ocorreu repentinamente, deve-se encaminhar a usuária para avaliação médica e conduta.
Cistos mamários	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).	<ul style="list-style-type: none"> • Na anamnese deve-se avaliar a idade, fatores hormonais, sinais e sintomas associados (dor, alteração cutânea, linfadenomegalia axilar ou supraclavicular) e medicamentos em uso; • Avaliar fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama; • Encaminhar ao acompanhamento médico.
Assimetria mamária	Refere-se a qualquer diferença visual nas mamas: tamanho, posição da aréola, formato, inserção no tórax, peso. Falsas assimetrias podem ocorrer	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a alteração foi súbita e se há outros sinais ou sintomas, caso afirmativo, encaminhar à consulta médica; • Ao exame físico deve-se avaliar a



	como resultado de postura distorcida, rotações de ombros, escolioses entre outras causas. (HORTA, 2016).	postura da usuária; • Reavaliar em tempo oportuno.
Alterações infecciosas (mastites)	Apresentam-se com sinais inflamatórios clássicos: dor, calor, rubor e edema, em resposta a algum tipo de agressão podendo ocorrer abaulamento ou aumento do volume mamário. Dependendo do tipo de agressão e da fase em que se apresenta o processo, percebe-se a combinação e a intensidade dos sinais inflamatórios. Podem ser divididas em puerperal e não puerperal (RUIZ, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar histórico de amamentação; • Há possibilidade de apresentar sinais sistêmicos da infecção (febre, mal-estar); • Orientar cuidados locais, curativos, se necessário; • Encaminhar para avaliação médica
Siliconomas	O silicone líquido industrial tem sido introduzido no organismo humano (inclusive na região de mama) de forma clandestina, com a finalidade de corrigir defeitos, e aumentar volume em homens e mulheres ampliando chances de complicações como infecções, necroses teciduais, migração do produto pelo sistema linfático, venoso ou por força da gravidade (DORNELAS, 2011).	<ul style="list-style-type: none"> • Exame físico geral amplo e detalhado com o histórico de uso do silicone industrial; • Encaminhamento médico a especialista para avaliação e conduta.
Fibroadenomas	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)	<ul style="list-style-type: none"> • No exame clínico das mamas (ECM) o fibroadenoma normalmente se apresenta como uma nodulação móvel, não aderido ao tecido que o rodeia, bem delimitado, com dimensões em geral de 2 a 3 cm; • Nas usuárias de maior faixa etária devido a alterações fisiopatológicas o nódulo pode passar a ter consistência endurecida; • O diagnóstico é predominante clínico, porém a USG de mamas pode ser indicada tanto quanto a PAAF; • A realização da trílice análise é a mais indicada, portanto viabilizar consulta médi

Fonte: Adaptado a partir de Florianópolis, 2016.



6.4 Recomendações Diante do Resultado Da Mamografia

Quadro 55: Interpretação, risco de câncer, recomendações e condutas mediante o resultado de mamografia

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

Fonte: Adaptado INCA, 2021

6.5 Exames de Imagem Complementares

A ultrassonografia de mamas é um método de diagnóstico por imagem considerado o principal complementar à 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 Primária.

6.6 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.

Quadro 56: Métodos invasivos que auxiliam no diagnóstico final

Método	Descrição
Biópsia Cirúrgica	Exérese de nódulo de mama, guiada por meio da ultrassonografia. É o meio mais tradicional e mais utilizado. Pode ser incisional (retirada de parte da lesão) ou excisional (retirada total da lesão).
Biópsia Percutânea com Agulha Grossa (PAG)	A punção por agulha grossa (PAG), ou core biopsy, é um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que retira fragmento de tecido mamário para o exame histopatológico por meio de dispositivo automático para biópsia (pistola).
Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)	Procedimento ambulatorial, simples e de baixo custo. A PAAF pode ser utilizada tanto na abordagem das lesões palpáveis como de não palpáveis, não fornece diagnóstico de invasão tumoral, somente material para estudo citopatológico.



Biopsia Percutânea a Vácuo (Mamotomia)	Utiliza um sistema de aspiração a vácuo em conjunto com sistema de corte. Este método pode ser guiado por raios-X (estereotaxia), ultrassonografia ou ressonância magnética. Em comparação com a PAG, é mais eficaz obtendo maior número de fragmentos com melhor desempenho nas microcalcificações, porém seu custo é mais elevado.
--	--

Fonte: Adaptado de PRIMO, 2017.

Capítulo 7. PLANEJAMENTO FAMILIAR



7.1 A Escolha de Métodos Contraceptivos

Mulheres /casais com necessidade de contracepção

Em caso de reconhecimento da necessidade por contracepção, o(a) enfermeiro(a), durante a consulta de enfermagem, poderá subsidiar a mulher/casal na escolha do método anticoncepcional considerando, em primeiro lugar, suas intenções reprodutivas e suas escolhas contraceptivas, respeitando as contraindicações relativas e absolutas de cada método e os critérios clínicos de elegibilidade.

Na consulta de enfermagem, é importante associar o histórico e a preferência individual com um adequado levantamento de riscos cardiovasculares e comorbidades, patologias crônicas, uso de medicações, dentre outras. A escolha do método está condicionada aos critérios de elegibilidade estipulados pela OMS. O enfermeiro, atuando em equipe multiprofissional, é fundamental no processo de informações de cada método e da escolha adequada às necessidades de cada mulher.

A atenção em anticoncepção é norteadada pela oferta de informações, de aconselhamento, visando à integralidade e longitudinalidade do cuidado com a apresentação de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, num contexto de escolha livre e informada.

É imprescindível oferecer todas as opções de métodos contraceptivos nos serviços de saúde, respeitando as preferências da mulher / casal, que devem se basear em:

- Efeitos Adversos;
- Facilidade de uso para a mulher/casal;
- Reversibilidade;
- Proteção contra ISTs / HIV;
- Fatores individuais: fase da vida, condições econômicas, clínicas, padrão de comportamento sexual, desejos reprodutivos, fatores religiosos e culturais e sentimentos como medo, dúvidas e vergonha.

Quadro 57: Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

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

Fonte: OMS, 2018. Adaptado a partir do Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres

Quadro 58: Critérios de Elegibilidade de contraceptivos por condição clínica

Condição atual	Contraceptivo Oral	Anticoncepcional Injetável		Minipílula	Diu de Cobre	Método de Barreira
		Combinado (Mensal)	Progestágeno (Trimestral)			
Idade <40 anos	1	1	1	1	1 A:2	1
Idade >= 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável. (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção, entre eles o vírus Zika)
Amamentação: menos de 6 semanas do parto	4	4	3	3	D:1 E:3	1
Amamentação: de 6 semanas a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1

Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e Hepatite)	1	1	1	1	F:4 G:2	1
Fumo: < 35 anos; <= a 15 cigarros / dia	3	3	1	1	1	1
Fumo:>35 anos; >=1 a 15 cigarros / dia	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamen to	3	3	2	2	1	1
HAS controlada em acompanhamen to	3	3	2	1	1	1
HAS: PA 140- 159 e PAD 80-89 mmHg HAS com PAS.180 e PAD>=100mmH g	4	4	3	2	1	1
	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/TVP +uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP / TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2	1	1

AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2	1	1
Dislipidemia	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes a mais de 20 anos ou com doença vascular	3/4	3/4	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2	2	3	1	1	1
Enxaqueca sem aura (≥35 anos)	3	3	2	2	1	1
Enxaqueca com aura	4	4	2	2	1	1
Câncer de mama atual	4	4	4	4	1	1
Histórico de CA de mama - ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	1
Uso atual de anticonvulsivantes	3	2	1	3	1	1

Fonte: Protocolo Saúde da Mulher; Coren PR. 2020

Legenda:

A – O DIU de cobre é categoria 2.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez.

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

D – O DIU de cobre é categoria 1 se: a) For introduzido em menos de 48 horas do parto,

com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); b) For introduzido após quatro semanas do parto.

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

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

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

Notas:

* Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

*** Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valproico.

7.2 Métodos Contraceptivos

7.2.1 Temporários e reversíveis

a) Hormonais

- Orais: combinados, monofásicos, bifásicos, trifásicos e minipílulas;
- Injetáveis: mensais e trimestrais;
- Implantes subcutâneos (Implanon) - vide Protocolo Implanon [Acesse aqui](#)
- Percutâneos: adesivos;
- Vaginais: anel;
- Sistema liberador de levonorgestrel (SIU);
- DIU com levonorgestrel.



b) Barreira

- Feminino: diafragma, espermicida, preservativo feminino, DIU de cobre;
- Masculino: preservativo masculino.

7.2.2 Definitivos e irreversíveis (esterilização)

- Feminino: Laqueadura tubária;
- Masculino: Vasectomia.

7.2.3 Métodos indicados na adolescência

- As pílulas combinadas;
- Injeção mensal;
- Dispositivo intrauterino (DIU);
- Implante Subdérmico de Etonogestrel;
- Anticoncepção de emergência (AE).

7.2.4 Métodos contraindicados na adolescência (BRASIL, 2013)

- Minipílula e injeção trimestral para menores de 18 anos pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea;
- Tabela;
- Muco cervical;
- Temperatura basal;
- Métodos definitivos (laqueadura e vasectomia)

Considerando a vulnerabilidade do adolescente, a enfermagem tem importante papel na orientação sobre o não abandono do preservativo e na utilização da AE, enfatizando as possíveis consequências.

A Lei nº 9.263, de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, determina que os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante do conjunto de ações em uma visão holística e integral à saúde. Acrescenta-



se que o adolescente tem direito à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, segundo os artigos 11, 102 e 103 do Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Quadro 59: Métodos Anticoncepcionais no Pós-parto

Métodos que podem ser usados por mulheres que estejam amamentando	<ul style="list-style-type: none"> • Minipílula (seu uso deve ser iniciado 6 semanas após o parto); • Injetável trimestral (seu uso deve ser iniciado 6 semanas após o parto); • DIU; • Implanon.
Métodos que não podem ser usados por mulheres que estejam amamentando	<ul style="list-style-type: none"> • Pílulas combinadas; • Injeção mensal.

Fonte: Adaptado; BRASIL 2016.

Quadro 60: Medicções hormonais contraceptivas da Rede Municipal Araucária

Medicação	Periodicidade	Via de Administração
ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5 MG	mensal	intramuscular
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERO NA 150MG	trimestral	intramuscular
ETINILESTRADIOL 0,03 MG. + LEVONORGESTREL 0,15 MG	mensal	via oral
NORETISTERONA 0,35MG	mensal	via oral
LEVONORGESTREL 0,75MG	“pílula do dia seguinte”	via oral

Fonte: REMUNE;municipal de Araucária

Capítulo 8. PROTOCOLO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO ARBOVIROSES



As arboviroses são doenças infecciosas causadas por vírus transmitidos principalmente por mosquitos, como o *Aedes aegypti*, e incluem condições como dengue, zika e chikungunya. Essas doenças apresentam sintomas clínicos diversos, como febre, dor nas articulações, erupções cutâneas e, em casos graves, podem levar a complicações severas, como hemorragias ou lesões neurológicas. O manejo adequado das arboviroses é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade, exigindo um cuidado clínico contínuo e multidisciplinar. O enfermeiro, como membro essencial da equipe de saúde, desempenha um papel crucial na avaliação, monitoramento e orientação dos pacientes, assim como na implementação de intervenções para controle e alívio dos sintomas.

8.1 Manejo da Dengue pelo Enfermeiro

- Acolher o paciente;
- Realizar o estadiamento em **Grupo A, B, C ou D**;
- Notificar o paciente;
- Realizar Prova do Laço;
- Avaliar hipotensão postural através da medida da pressão arterial sentado e em pé;
- Realizar Consulta de Enfermagem;
- Solicitar exames para diagnóstico, controle e acompanhamento: hemograma, albumina, TGO, TGP, sorologia e isolamento viral;
- Prescrever medicação sintomática oral para dor e febre: Dipirona e Paracetamol, conforme manuais do Ministério da Saúde e protocolos institucionais;
- Prescrever medicação sintomática oral para náusea e vômitos: metoclopramida e bromoprida, conforme manuais do Ministério da Saúde e protocolos institucionais;
- Prescrever Soro de Reidratação Oral, conforme manuais do Ministério da Saúde e protocolos institucionais;
- Prescrever Hidratação Venosa com Soro Fisiológico 0,9% para **pacientes adultos classificados no Grupo B, que apresentem intolerância a hidratação oral e pacientes classificados no grupo C, desde que não tenham comorbidades associadas**;
- Pacientes do Grupo A, poderão ser atendidos, prescrito e orientados exclusivamente pelo Enfermeiro, com solicitação de retorno para seu acompanhamento;

- Pacientes do Grupo B, poderão ser atendidos e orientados pelo Enfermeiro, com solicitação de hemograma.
- Aqueles que apresentarem hemoconcentração, deverão ser tratados como Grupo C;
- Os pacientes do Grupo B que não apresentarem hemoconcentração no hemograma, poderão ser atendidos, prescritos e orientados pelo Enfermeiro com orientação sobre sinais de alarme e retorno ao serviço em 48h ou em caso de agravamento;
- Os pacientes do Grupo C cuja hidratação foi iniciada pelo Enfermeiro, que não apresentarem melhora do quadro em até 8h após início da hidratação, deverão ser assistidos pelo médico, bem como pacientes com indicação de internação hospitalar.

8.2 Medicamento e Prescrição

1) Soro de reidratação oral, pó: Na tabela de hidratação para pacientes com dengue, do Ministério da Saúde, o volume total diário indicado varia de 3 a 4 litros para pacientes com 50 kg, até 6 a 8 litros, para pacientes com 100 kg. Já para crianças, a dose varia de meio litro (10 kg) até 2 litros (40 kg). Dependendo da gravidade, o paciente terá que ser hidratado pela via endovenosa de acordo com critério médico.

Se FEBRE:

2) Paracetamol 500 mg comprimido via oral ou Paracetamol 200 mg/ml via oral: Prescrever Paracetamol 500 mg de 6/6h ou Paracetamol 200 mg/ml 45 gotas de 6/6h. Para crianças (Paracetamol 200 mg/ml): 10 a 15 mg/Kg/dose de 6 em 6 horas. Não ultrapassar o limite de 35 gotas por dose.

Principais reações adversas (Paracetamol): Hepatotoxicidade: estudos demonstram que o paracetamol está relacionado a uma importante proporção das ocorrências de danos ao fígado, sendo assim a dose terapêutica máxima em 24 horas usualmente aceita como segura para adulto é de 4000 mg (4g). Pode ocorrer reação de hipersensibilidade, sendo descritos casos de erupções cutâneas, urticária, eritema pigmentar fixo, broncoespasmo, angioedema e choque anafilático

Dipirona 500 mg/ml: Para crianças, se a temperatura for maior que 37,8°C, prescrever 1(uma) gota a cada 2Kg de 6 em 6 horas por via oral. Caso persista retornar à unidade



de saúde. Para adultos, prescrever 20-40 gotas de 6/6 horas por via oral)

Principais reações adversas:

- **Dipirona:** Reações anafiláticas. Raramente a Dipirona monoidratada pode causar reações anafiláticas que, em casos muito raros, podem se tornar graves. Reações anafiláticas leves manifestam-se na forma de sintomas cutâneos ou nas mucosas (prurido, ardor, rubor, urticária, inchaço), dispneia e, menos frequentemente, sintomas gastrintestinais. Estas reações leves podem progredir para formas graves com urticária generalizada, angioedema grave, broncoespasmo grave, arritmias cardíacas e queda da pressão sanguínea.

Observar o [Plano Municipal De Contingência Para Epidemias De Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya e Febre de Oropouche](#) do município de Araucária.

Capítulo 9. PROTOCOLO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO - HIPERTENSÃO ARTERIAL



Importante: O enfermeiro nunca deve iniciar tratamento para pessoas com Hipertensão e Diabetes; só poderá na consulta de enfermagem, manter uma prescrição iniciada pelo médico. Manter a prescrição médica, em pacientes estáveis, desde que o paciente seja reavaliado periodicamente (a cada 120 dias) pelo médico. Mesmo se o paciente fizer uso de insulinas ou medicamentos para cardiopatias o enfermeiro poderá manter a prescrição.

Quadro 61: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual na consulta (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: Diretrizes Hipertensão Arterial-20 Brasileiras de H20

Quadro 62: Fatores de baixo risco/intermediário e alto risco

Baixo Risco / Intermediário	Alto Risco
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo; • Hipertensão; • Obesidade; • Sedentarismo; • Sexo Masculino; • História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) • Idade <65 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio; • Infarto Agudo do miocárdio (IAM) prévio; • Lesão periférica - Lesão de órgão - alvo (LOA); • Ataque Isquêmico Transitório (AIT); • Hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE); • Nefropatia; • Retinopatia; • Aneurisma de aorta abdominal; • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

Fonte: Ministério da Saúde, 2013a



Quadro 63: Anamnese / Coleta de dados para consulta de enfermagem para Hipertensão

Histórico
<p>Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações ou reações. O profissional deverá estar atento para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado). • Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde). • Queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores. • Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado. • Medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais • Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas. • Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse). • Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> – Doenças cardíacas: hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca. – Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico. – Nefropatia. – Doença vascular arterial periférica. – Retinopatia hipertensiva.

Fonte: Adaptado do Protocolo de Consulta de Enfermagem para Hipertenso e Diabético, SMSA. 2024

Quadro 64: Exame Físico na consulta de enfermagem para Hipertensão

Exame físico
<ul style="list-style-type: none"> • Altura, peso, circunferência abdominal e IMC. • Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada. • Frequência cardíaca e respiratória. • Pulso radial e carotídeo. • Alterações de visão. • Pele (integridade, turgor, coloração e manchas). • Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico). • Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen. • Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações

Fonte: Adaptado; Protocolo de Consulta de Enfermagem para Hipertenso e Diabético, SMSA. 2024



Quadro 65: Periodicidade de solicitação de exames

Exame Complementar	Periodicidade	Valores de Referência
Glicose de jejum	anual	Desejável <110 mg/dL
Colesterol total	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	Desejável <200 mg/dL - Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor > 300 mg/dL, repita o exame. Se mantiver > 300 mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar diagnóstico de hipercolesterolemia familiar
Colesterol HDL	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	≥40 mg/dL - Se paciente usa estatinas (ex. sinvastatina) a meta é que em 3 meses após o início o paciente atinja uma redução de > 40% do colesterol não HDL (colesterol total menos HDL). Se o paciente não atingir a meta, repita o exame de colesterol total e HDL. Se confirmar redução ≤ 40% solicite avaliação médica para confirmar e discutir manejo
Colesterol LDL	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <100 mg/dL - Acima do ideal de 100 a 129 mg/dL - Tolerável de 130 a 159 mg/dL (limítrofe alto)
Triglicerídeos	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	Desejável <150 mg/dL - Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor ≥ 500 mg/dL, repita o exame. Se mantiver ≥ 500 mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo
CNH- Colesterol não HDL é a soma de todos os tipos de colesterol considerados ruins: IDL+LDL+VLDL.	Anual	O colesterol não-HDL é um marcador mais sensível de risco de aterosclerose do que o LDL isoladamente. Valores do colesterol não-HDL: Menor que 130 mg/dL Ótimo
Creatinina	Anual ou após 2 semanas do início/ aumento da dose de losartana	Clearance de creatinina ≥90 ml/min - Se clearance estimado de creatinina (ou taxa de filtração glomerular estimada - TFG _e) < 60 mL/min, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo. - Se diminuição > 25%, repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica.
Potássio (para pacientes que fazem uso de diuréticos – hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona – e/ou inibidor do	Anual ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	≥3,5 mmol/L e <5,0 mmol/L (mEq/L) - Se 5,0 mmol/L, repita imediatamente e solicite avaliação médica imediata para considerar redução de dose de enalapril ou losartana ou espironolactona



sistema RAA – captopril, enalapril, losartan)		
Parcial de urina	Anual	Sem glicose e sem proteinúria (se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico)
Microalbuminúria	Se proteinúria no exame de urina	Encaminhar para avaliação médica
Eletrocardiograma	Anual	Encaminhar para avaliação médica

Fonte: Adaptado da LG Hipertensão Arterial do Estado do Paraná, 2018.

Quadro 66: Tratamento não-medicamentoso

Orientações
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável*; • Redução da ingestão de bebidas alcoólicas; • Abandono do tabagismo; • Prática regular de atividade física • Controle do estresse

Fonte: Adaptado do Protocolo de Consulta de Enfermagem para Hipertenso e Diabético, SMSA. 2024

*O Enfermeiro deve realizar encaminhamento quando necessário a Nutrição.

9.1 Medicamentos Passíveis de Renovação da Prescrição pelo Enfermeiro

O enfermeiro poderá prescrever as receitas de medicamentos por um período de até 6 (seis) meses. Pode-se renovar receita desde que o paciente possua receita prévia emitida no último ano por médico da atenção primária do município devidamente credenciado no respectivo conselho e não apresente sinais/sintomas ou demandas que exigem avaliação médica imediata. 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).



Quadro 67: Condições para Renovação de Receita de Medicamentos Anti-hipertensivos por Enfermeiros

Condições para Renovação de Receita de Medicamentos Anti-hipertensivos por Enfermeiros
<ol style="list-style-type: none">1. A última receita tenha sido emitida por médico da Atenção Primária do município devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);2. Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;3. O paciente não apresente sintomas ou demandas que exigem avaliação médica imediata;4. O paciente não tenha histórico (registro no prontuário ou laudo médico) das seguintes comorbidades ou complicações (indicam necessidade de consultas médicas mais frequentes): insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;5. O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na APS;6. O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa, de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de Enfermagem e, caso seja necessário, encaminhar para consulta médica;7. O enfermeiro, no momento da consulta, solicite os exames complementares (de rastreio ou acompanhamento) indicados para a situação clínica da pessoa atendida;8. O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos, caso seja identificado alguma dificuldade no uso correto dos medicamentos, encaminhar o paciente ao profissional farmacêutico;9. 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;10. 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;11. O paciente esteja presente à consulta;12. O paciente seja maior de 18 anos;13. Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidado <p>Atenção: Alguns medicamentos anti-hipertensivos podem ser utilizados para o controle de outras morbidades, como os beta bloqueadores 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.</p>

Fonte: Adaptado; Protocolo de Consulta de Enfermagem para Hipertenso e Diabético, SMSA. 2024

Quadro 68: Lista de medicamentos anti-hipertensivos preconizados pelo município de Araucária

Medicamento	Apresentação
AAS	100 mg
Amiodarona	200 mg
Anlodipino, besilato	5 mg
Atenolol	50 mg
Digoxina	0,25
Carvedilol	3,125 mg/ 6,25 mg/ 12,5 mg/ 25 mg
Enalapril	20 mg
Espironolactona	25 mg
Furosemida	40 mg
Hidroclorotiazida	25 mg
Isossorbida	5 mg e 20 mg
Losartana	50 mg
Metildopa*	250 mg
Propranolol	40 mg
Verapamil	80 mg

Fonte: Adaptado de REMUNE Araucária, 2024.

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

Quadro 69: Medicamentos da farmácia especial que podem ser renovados pelo enfermeiro

Medicamento	Apresentação
Bisoprolo	5 mg / 2,5 mg
Metoprolol siccinato	50 mg
Indapamida	1,5 mg comprimidos revestidos de liberação controlada
Manidipina	10 mg

Nimodipino	30 mg
Ramipril	5 mg / 2,5 mg
Trimetazidina	35 mg
Valsartana	160 mg
Ezetimiba (Dislipidemia)	10 mg

Fonte: Adaptado de REMUNE Araucária, 2024.

Capítulo 10. PROTOCOLO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO - *DIABETES MELLITUS*



O objetivo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1 ou 2 (DM1/DM2) é manter as glicemias ao longo do dia entre os limites da normalidade, evitando a ampla variabilidade glicêmica.

10.1 Classificação do Diabetes Segundo sua Etiologia

Diabetes tipo I

Doença autoimune, decorrente de destruição das células β pancreáticas. Mais frequente em crianças, adolescentes e em alguns casos, adultos jovens, sendo comprovada por exames laboratoriais. Pode ser subdividida em DM 1 do tipo 1A, pela presença de anticorpos e do tipo 1B onde os anticorpos não são detectados na circulação. Sua manifestação é súbita, sendo comum quadro de cetoacidose.

Diabetes tipo II

Há uma perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à ação da insulina. Geralmente é assintomática ocorre após os 40 anos. Corresponde a 90-95% dos casos de DM estando relacionado com fatores hereditários, obesidade e sedentarismo.

O diagnóstico de diabetes mellitus (DM) é normalmente realizado a partir da dosagem alterada da glicemia de jejum. O enfermeiro poderá solicitar esse exame em pacientes que não possuam o diagnóstico da doença em duas situações:

1. Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas):

- Solicitar glicemia de jejum quando o IMC for ≥ 25 e a pessoa tiver pelo menos mais um dos seguintes fatores: - Idade entre 40-70 anos, hipertensão, doença cardiovascular (DCV), sedentarismo, histórico familiar de diabetes em pais ou irmãos, etnia de alto risco (Asiática, Hispânica ou Africana), história prévia de diabetes gestacional ou bebê grande ($> 4,5$ kg), história prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, Acanthose nigricans, síndrome do ovário policístico ou HIV.
- hipertensão ou HIV, repetir rastreamento anualmente. Se valor da glicemia de jejum for $>$ ou $= 110$ mg/dl, verifique Protocolo de Diabetes [Link Protocolo de Diabetes da APS](#), caso o paciente não se enquadre no descrito acima não há necessidade de rastrear.



2. Investigação clínica

Realizar glicemia capilar nos pacientes com sintomatologia característica (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações visuais de aumento súbito, dificuldade de cicatrização, neuropatia diabética) e que não se enquadrem nos critérios descritos no rastreamento

Quadro 70: Critérios de valores laboratoriais preconizados para normoglicemia, pré-diabetes e DM adotados pela sociedade brasileira de diabetes (SBD)

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso (mg/ dL)	HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	-	< 5,7	
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	> ou = 100 e < 126	> ou = 140 e < 200	-	> ou =5,7 e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré diabetes.
Diabetes estabelecido	> ou = 126	> ou = 200	> ou = 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	> ou = 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

Fonte: Sociedade Brasileira Diabetes (2019-2020)

Quadro 71: Meta glicêmica de indivíduos com e sem DM1 em diferentes momentos do dia

Glicemia	Sem diabetes (mg/dL)	Crianças e Adolescentes em DM1 (mg/dL)	Adultos com DM1(mg/DdL)
Jejum ou pré-prandial	65 a 100	70 a 145	70 a 130
Pós - prandial	80 a 126	90 a 180	Menor que 180
Ao deitar	80 a 100	120 a 180	
Na madrugada	65 a 100	80 a 162	

Fonte: Sociedade Brasileira Diabetes (2019-2020)

Quadro 72: Consulta de enfermagem aos portadores de DM

Histórico
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado); • Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional); • Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio; • Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado; • Medicamentos utilizados para DM e outros problemas de saúde e presença de efeitos colaterais; • Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas; • Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo)

Fonte: Sociedade Brasileira Diabetes (2019-2020)

Quadro 73: Exame Físico aos portadores de DM

Exame Físico
<ul style="list-style-type: none"> • Altura, peso, circunferência abdominal e IMC; • Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada; • Alterações de visão; • Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase; • Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar; • Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas; • Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas); • Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de cândida



albicans.

Fonte: Sociedade Brasileira Diabetes (2019-2020)

Atenção:

Toda mulher grávida com glicemia de jejum <92 mg/dL inicial deve ser submetida a teste de sobrecarga oral com 75 g de glicose anidra entre 24 e 28 semanas de gestação, sendo o diagnóstico de diabetes gestacional estabelecido quando no mínimo um dos valores a seguir encontrar-se alterado:

- Glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL;
- Glicemia 1 hora após sobrecarga ≥ 180 mg/dL;
- Glicemia 2 horas após sobrecarga ≥ 153 mg/dL.

Fonte: Sociedade Brasileira Diabetes (2019-2020)

Quadro 74: Exames solicitados por Enfermeiros para o acompanhamento da Diabetes

Exame	Periodicidade	Valores de Referência para Diabéticos (Tipo II)
HBA1C (hemoglobina glicada)	TRIMESTRAL se fora da meta estabelecida pela equipe SEMESTRAL se paciente dentro da meta estabelecida	- Desejável <7% - *Tolerável de 7% e 7,9% (para renovação de receitas pelo enfermeiro deve estar até 7,5%)
Colesterol total	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <200 mg/dL - Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor > 300 mg/dL, repita o exame. Se mantiver > 300 mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar diagnóstico de hipercolesterolemia familiar
Colesterol HDL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatina	≥ 40 mg/dL - Se paciente usa estatinas (ex. sinvastatina) a meta é que em 3 meses após o início o paciente atinja uma redução de > 40% do colesterol não HDL (colesterol total menos HDL). Se o paciente não atingir a meta, repita o exame de colesterol total e HDL. Se confirmar redução $\leq 40\%$ solicite avaliação médica para confirmar e discutir manejo.
Colesterol LDL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <100 mg/dL - Acima do ideal de 100 a 129 mg/dL - Tolerável de 130 a 159 mg/dL (limítrofe alto)

Triglicerídeos	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <150 mg/dL - Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor ≥ 500 mg/dL, repita o exame. Se mantiver ≥ 500 mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo. ANUAL ou 3 meses após
Creatinina	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	Clearance de creatinina ≥ 90 ml/min - Se clearance estimado de creatinina (ou taxa de filtração glomerular estimada - TFG _e) < 60 mL/min, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo. - Se diminuição > 25%, repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica
POTÁSSIO (para pacientes que fazem uso de diuréticos – hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona – e/ou inibidor do sistema RAA – captopril, enalapril, losartan)	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	$\geq 3,5$ mmol/L e <5,0 mmol/L (mEq/L) - Se 5,0 mmol/L, repita imediatamente e solicite avaliação médica imediata para considerar redução de dose de enalapril ou losartan ou espironolactona
Parcial urina	ANUAL	Sem glicose e sem proteinúria (se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico).
Microalbuminúria	Se proteinúria no exame de urina	Encaminhar para avaliação médica.

Fonte: [Protocolo de Consulta de Enfermagem para Hipertenso e Diabético](#), SMSA. 2024

Obs.: Glicemia de jejum não deve ser solicitado como exame para acompanhamento de DM. Este exame serve, apenas, para rastreamento e diagnóstico de tal doença. Para acompanhamento, os parâmetros observados são os da HbA1C (hemoglobina glicada)

10.2 Medicações Possíveis para Renovação por Enfermeiros

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.

O enfermeiro não deverá 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).

Quadro 75: Condições para Renovação de Receita de Medicamentos Hipoglicemiantes por Enfermeiros

Condições para Renovação de Receita de Medicamentos Hipoglicemiantes por Enfermeiros
<ul style="list-style-type: none">• O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos hipoglicemiantes contanto que: A última receita tenha sido emitida por médico da atenção primária do município devidamente credenciado no respectivo conselho profissional (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);• Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;• O paciente não apresente sintomas ou demandas que exija avaliação médica imediata;• O paciente não tenha histórico (registro no prontuário ou laudo médico) das seguintes condições: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, acidente vascular cerebral prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;• O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na APS;• O enfermeiro, durante a consulta de Enfermagem, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa (incluindo exame dos pés), de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de Enfermagem e, caso seja necessário, encaminhar 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 para diabetes 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, caso seja identificado alguma dificuldade no uso correto dos medicamentos, encaminhar o paciente ao profissional farmacêutico;• 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 ;• O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;• O paciente esteja presente à consulta;• O paciente seja maior de 18 anos;• O paciente esteja com valores de pressão arterial* iguais ou menores aos estipulados abaixo (independentemente da idade): - Pacientes com retinopatia: 130/80 mmHg - Pacientes sem retinopatia: 140/80 mmHg.• O paciente não esteja em insulino terapia (uso de insulina para controle do DM);• A última dosagem de hemoglobina glicada (HbA1C) seja menor que 7,5% e tenha sido realizada



em um intervalo igual ou inferior a sete meses (seis meses recomendados mais 30 dias de tolerância) à data consulta.

Fonte: Adaptado do Protocolo de Consulta de Enfermagem para Hipertenso e Diabético, SMSA. 2024

Quadro 76: Lista de medicamentos Hipoglicemiantes

Medicamentos	Apresentação
Gliclazida	30 mg
Metformina	80 mg
Insulina NPH	frasco
Insulina Regular	frasco
*Insulina NPH	caneta
*Insulina Regular	caneta

Fonte: Nota técnica 84/2021 CGAFB/DAF/SCTIE/MS

* As insulinas na apresentação da caneta são restritas a pacientes DM 1 ou DM 2 com idade inferior a 19 anos ou superior a 50 anos.

10.3 Tratamento Insulínico

As insulinas devem ser utilizadas por via subcutânea. Os melhores locais para aplicação são no abdômen, nas nádegas, na coxa e na parte superior dos braços mostradas na figura abaixo:

- Orientar que o paciente faça o rodízio adequado das aplicações, prevenindo a lipo-hipertrofia e descontrole glicêmico;
- Para que esse planejamento seja eficaz, é necessário considerar: número de aplicações por dia; atividades diárias; exercício físico e respectivos horários; fatores que interferem na velocidade de absorção da insulina - como os locais de aplicação. (abdômen, braço, coxa e glúteo, do maior para a menor respectivamente.)

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva



habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado.

As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos.

10.4 Pré Diabético

Entende-se como pé diabético uma infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores.

- Dor Neuropática

Medicações e Prescrição:

- 1) Paracetamol 500 mg comprimido: Prescrever 1(um) comprimido de 6/6 horas via oral. Não exceder o uso por mais de 5 (cinco) dias.
- 2) Ibuprofeno 300 ou 600 mg comprimido: Prescrever 1 (um) comprimido de 8/8 horas via oral, em caso de dor, sem alívio satisfatório com paracetamol. Tempo de tratamento: 5 dias.

- Infecção Fúngica (*Tinea pedis*)

Medicações e Prescrição:

- 1) Nitrato de Miconazol creme dermatológico 2% uso tópico: Aplicar 2x ao dia, por 10 dias.

2) Se recorrente, Fluconazol 150 mg comprimido: Prescrever 1 (uma) cápsula 1x/semana via oral, durante 1 a 4 semanas.

- Lesões/Úlceras:

- Graus I e II: Consulta de enfermagem.
- Graus III e IV: Consulta médica e de enfermagem.



Classificação das úlceras:

- Grau I: ocorre um comprometimento da epiderme; a pele se encontra íntegra, mas apresenta sinais de hiperemia, descoloração ou endurecimento.
- Grau II: ocorre a perda parcial de tecido envolvendo a epiderme ou a derme; a ulceração é superficial e se apresenta em forma de escoriação ou bolha.
- Grau III: existe comprometimento da epiderme, derme e hipoderme (tecido subcutâneo).
- Grau IV: comprometimento da epiderme, derme, hipoderme e tecidos mais profundos.

Medicamento e prescrição:

1) Sulfadiazina de prata 1% (pasta): Aplicar no máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada.

2) Neomicina + bacitracina Pomada 0,5%/250 UI/g: Aplicar nas lesões 1 x ao dia.

Prevenção de úlceras - Pé Diabético
<ul style="list-style-type: none">● Identificar o pé de risco para ulceração;● Inspeccionar e examinar regularmente o pé de risco;● Educar o paciente, a família e os profissionais de saúde;● Garantir o uso rotineiro de calçados adequados;● Tratamento de fatores de risco para ulceração* <p>* Fatores de risco que contribuem para ulcerações nos pés:, deformidades motora e biodinâmica,, histórico de úlcera e amputação; trauma; doença arterial periférica nos membros inferiores; polineuropatia diabética; doença renal do diabetes e retinopatia, condição socioeconômica.</p>



Capítulo 11. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TUBERCULOSE



11.1 Cuidados e Tratamentos com a Tuberculose

A tuberculose (TB) pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A apresentação da TB na forma pulmonar, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, pois é dessa forma, especialmente a bacilífera, a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. A busca ativa de sintomático respiratório (SR) (ver capítulo Detecção de Casos de Tuberculose) é uma importante estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares. No entanto, o diagnóstico de TB é mais amplo do que a busca ativa e deve considerar os vários aspectos descritos neste capítulo.

Sintomático respiratório

Pessoa que, durante a estratégia programática de busca ativa, apresenta tosse por 3 semanas ou mais*. Essa pessoa deve ser investigada para tuberculose através de exames bacteriológicos.

11.2 Diagnóstico e Controle da Tuberculose

Para o diagnóstico da tuberculose são utilizados, principalmente, os seguintes exames: exame microscópico direto (baciloscopia direta), cultura para micobactéria com identificação de espécie, teste de sensibilidade antimicrobiana, teste rápido para tuberculose (TR-TB) e radiografia de tórax. Além desses exames, recomenda-se que o teste anti-HIV seja oferecido a todas as pessoas com tuberculose.

Conforme Nota Orientativa emitida pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – SESA, em 2023, o Teste Rápido Molecular (TRM-TB), passa a substituir a baciloscopia como ferramenta inicial no diagnóstico da Tuberculose.

Seguem as orientações para a coleta e armazenamento das amostras laboratoriais para diagnóstico e controle dos casos de Tuberculose.

11.3 Exames Laboratoriais Disponíveis para o Diagnóstico

- TRM – Teste Molecular para a detecção do complexo *Mycobacterium tuberculosis*;
- CBA – Cultura para BAAR
- PBA – Baciloscopia Direta para BAAR



11.4 Exames Laboratoriais Disponíveis para o Controle do Tratamento

- PBA – Baciloscopia Direta para BAAR
- CBA – Cultura para BAAR

11.5 Exames Laboratoriais Disponíveis para o Monitoramento dos Contatos

- PPD – Intradermorreação com Derivado Proteico Purificado

Orientações para coleta de escarro disponível em:
<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia-de-orientacoes-para-coleta-de-escarro/view>

Todo paciente com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV.

O diagnóstico precoce de infecção pelo HIV em pessoas com TB tem importante impacto no curso clínico da doença. Portanto, o teste diagnóstico para HIV, preferencialmente o rápido, deve ser oferecido, o mais cedo possível, a toda pessoa com diagnóstico estabelecido de TB.

11.6 Tratamento

A tuberculose é uma doença curável em praticamente todos os casos, em pessoas com bacilos sensíveis aos medicamentos antituberculose (antiTB), desde que obedecidos aos princípios básicos da terapia medicamentosa e que haja a adequada operacionalização do tratamento.

Para o sucesso do tratamento da tuberculose, é fundamental que o profissional de saúde acolha o usuário no serviço de saúde, desde o diagnóstico até a alta. A abordagem humanizada e o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e usuário, com escuta de saberes, dúvidas, angústias e a identificação de vulnerabilidades, auxiliam tanto no diagnóstico como na adesão ao tratamento.

O paciente deve ser orientado, de forma clara, quanto às características clínicas da TB e do tratamento ao qual será submetido. Informações referentes aos medicamentos, consequências do uso irregular, eventos adversos, controle de contatos e duração do tratamento devem ser fornecidas desde o primeiro contato com o paciente.

A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o tratamento da tuberculose, evitando a



persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos e, assim, assegurando a cura do paciente. A esses princípios se soma o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como estratégia fundamental para o sucesso do tratamento. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão.

Quadro 77: Esquema de tratamento de Tuberculose em Adultos e adolescentes(>10 anos)

Regime	Fármaco	Faixa de Peso	Dose diária	OBS
Fase Intensiva 2 MESES	RHZE Rifampicina (R) 150 mg Isoniazida (H) 75 mg Pirazinamida (Z) 400 mg Etambutol (E) 275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35Kg	2 comprimidos	Ingerir via oral o medicamento em jejum e com água.
		36 a 50Kg	3 comprimidos	
		51 a 70 Kg	4 comprimidos	
		Acima de 70Kg	5 comprimidos	
Fase de Manutenção 4 MESES	RH Rifampicina (R) 300/150mg ¹ Isoniazida (H) 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35Kg	1 comprimido 300/150 mg ¹	Ingerir via oral o medicamento em jejum e com água.
		36 a 50Kg	1 comprimido 300/150 mg ¹ + 1 comprimido 150/75 mg	
		51 a 70 Kg	2 comprimidos 300/150 mg ¹	
		Acima de 70Kg	2 comprimidos 300/150 mg ¹ + 1 comprimido 150/75 mg	

Fonte: Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil. 2019 – 2ª Edição Atualizada (2022).

1 – Na indisponibilidade da apresentação Rifampicina/Isoniazida 300/150 mg, verificar no Manual de Recomendações as indicações para substituição.

2 – Eventos adversos aos medicamentos consultar o Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil.

11.7 Considerações sobre o Tratamento

Em todos os esquemas de tratamento, os medicamentos devem ser ingeridos diariamente e de uma única vez.

- O tratamento das formas extrapulmonares tem a duração de seis meses, exceto as formas meningoencefálica e osteoarticular.
- O tratamento da TB em PVHIV tem a duração de seis meses, independentemente da fase de evolução da infecção viral (ver capítulo Esquemas de Tratamento para a Tuberculose).
- Em casos individualizados, independentemente da presença de outras morbidades, quando a TB apresentar evolução clínica não satisfatória, o tratamento poderá ser prolongado na sua segunda fase, de quatro para sete meses.
- O prolongamento da fase de manutenção deve ser definido, idealmente, na referência secundária da tuberculose. Algumas indicações para a ampliação do tempo de tratamento da segunda fase são descritas a seguir:
 - pacientes com baciloscopias de acompanhamento negativas, com evolução clínica e/ou radiológica insatisfatórias;
 - pacientes com baciloscopia positiva (poucos bacilos) no quinto ou sexto mês de tratamento, isoladamente, com boa evolução clínica e radiológica. Investigar a possibilidade de TB resistente;
 - pacientes com apresentação radiológica evidenciando múltiplas cavidades, especialmente se exibem baciloscopia positiva ao final do segundo mês de tratamento. Investigar a possibilidade TB resistente.
- Uma vez iniciado o tratamento, ele não deve ser interrompido, salvo após uma rigorosa revisão clínica e laboratorial que determine mudança de diagnóstico (LOPES, 2006).
- **Importante:** A rifampicina interfere na ação dos contraceptivos orais, devendo as mulheres, em uso deste medicamento, receber orientação para outros métodos contraceptivos.

Quadro 78: Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos

Procedimentos	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Observações
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico

Oferta de teste para diagnóstico do HIV	X						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento.
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloscopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares.
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente nos casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	X						No início e repetir a critério clínico

Fonte: Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil. 2019

11.8 Infecção Latente da Tuberculose (ILTb): investigação e indicação do tratamento

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da TB, tem 30% de chance de infectar-se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais. As pessoas infectadas, em geral, permanecem saudáveis por muitos anos, com imunidade parcial ao bacilo.

Essa condição é conhecida como infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb). A OMS estima que um quarto da população mundial tenha ILTB. Esses indivíduos não apresentam nenhum sintoma e não transmitem a doença, mas são reconhecidos por testes que detectam a imunidade contra o bacilo.

Antes de se afirmar que um indivíduo tem ILTB, é fundamental excluir a TB ativa, por meio da anamnese, exame clínico e radiografia de tórax.

A prova tuberculínica (PT) é utilizada para diagnóstico de ILTB e pode também auxiliar o diagnóstico de tuberculose ativa em crianças (WHO, 2015). Consiste na inoculação intradérmica de um derivado protéico purificado do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a esses antígenos.

Os ensaios de liberação do interferon-gama (*Interferon-Gamma Release Assays* – IGRA) foram desenvolvidos como alternativa diagnóstica para detecção de ILTB. Tais ensaios baseiam-se na premissa de que as células anteriormente sensibilizadas com os antígenos da tuberculose produzem altos níveis de interferon-gama.



Quadro 79: Indicações de tratamento da ILTB por população

Avaliação	Indicações em adultos e adolescentes
Sem PT e sem IGRA realizados	<ul style="list-style-type: none"> ● Recém-nascidos coabitantes de caso-fonte confirmado por critério laboratorial; ● PVHA contatos de TB pulmonar confirmada; ● PVHA com CD4+ < 350 céls/mm³; ● PVHA com registro documental de ter tido PT ≥ 5 mm e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião; ● PVHA com radiografia de tórax apresentando cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.
PT ≥ 5 mm ou IGRA positivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG; ● PVHA com CD4+ > 350 céls/mm³ ou não realizado; ● Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB; ● Uso de inibidores de TNF-α ou corticoesteroides (dose equivalente a > 15 mg de prednisona por mais de 1 mês); ● Indivíduos em pré-transplante de órgãos que farão terapia imunossupressora.
PT ≥ 10 mm ou IGRA positivo	<ul style="list-style-type: none"> ● Silicose; ● Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas; ● Neoplasia em terapia imunossupressora; ● Insuficiência renal e diálise; ● Diabetes mellitus; ● Baixo peso (<85% do peso ideal); ● Tabagistas (>1 maço/dia); ● Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia.
Conversão (2ª PT com incremento de 10 mm em relação à 1ª PT)	<ul style="list-style-type: none"> ● Contatos de TB confirmada por critério laboratorial; ● Profissionais de saúde. ● Trabalhadores de instituições de longa permanência

Fonte: Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil. 2019



Conforme Parecer No 40/2023 do Cofen, o profissional da enfermagem pode solicitar:

- O IGRA, tecnologia que quantifica a resposta imune celular dos linfócitos T pela detecção da liberação da citocina interferon-gama (IFN- γ), a partir de amostras de sangue periférico, mediante ao estímulo, in vitro, a antígenos específicos de M. tuberculosis (NOTA INFORMATIVA No 2/2022b);
- IO teste tuberculínico ou prova tuberculínica (PT) (Brasil, 2014) 5 ;
- O Raio-X de tórax (Brasil, 2022c)6 .

A solicitação dos testes e procedimentos acima descritos, a indicação do tratamento da ILTB e a capacitação dos enfermeiros devem seguir as recomendações vigentes do Ministério da Saúde (Brasil, 2022c).

Seguimento do tratamento da ILTB pelo enfermeiro:

1. Todas as pessoas com indicação de tratamento ou em tratamento de ILTB nos serviços de saúde, podem ser avaliadas e acompanhadas por enfermeiros;
2. Ao final do tratamento, ou seja, na alta, a pessoa precisa ter cumprido as doses adequadas conforme recomendações vigentes (NOTA INFORMATIVA No 1/2022 ; NOTA INFORMATIVA No 2/2022 ; NOTA INFORMATIVA No 4/2023)

Quadro 80: Esquema para tratamento de ILTB – Adultos e Adolescentes

MEDICAMENTO	TEMPO DE TRATAMENTO	DOSE	POSOLOGIA	Observações
Isoniazida (H)* 6H	6 meses	180 doses	Em adultos (≥ 10 anos): 5 a 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 300 mg/dia.	<ul style="list-style-type: none"> • O esquema de 270 doses possui melhor eficácia quando comparado com o esquema de 180 doses. • Tomar 270 doses diárias durante 9 a 12 meses ou 180 doses diárias durante 6 a 9 meses.
Isoniazida (H)* 9H	9 meses	270 doses	Em adultos (≥ 10 anos): 5 a 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 300 mg/dia.	
Isoniazida(H) + Rifapentina(P)* 3HP	3 meses	12 doses semanais	Em adultos (>14 anos ≥ 30 Kg): Isoniazida: 900 mg/semana Rifapentina: 900 mg/semana	Tomar 12 doses semanais durante 12 a 15 semanas.

Rifampicina (R)* 4R	4 meses	120 doses diárias	Em adultos (≥ 10 anos): 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 600 mg/dia.	Tomar 120 doses diárias durante 4 a 6 meses.
<p>Fonte: CGTM/Dathi/SVSA/MS</p> <p>*Isoniazida (H): disponível em comprimidos de 100 mg e 300 mg (uso restrito); rifampicina (R): disponível em cápsulas de 300 mg; rifapentina (P): disponível em comprimido de 150 mg ou dose fixa combinada com isoniazida (300 mg + 300 mg).</p>				
<p>TRATAMENTO DE ILTB EM CRIANÇAS, ORIENTAÇÕES NA NOTA INFORMATIVA Nº 6/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS</p>				

Fonte: CGTM/Dathi/SVSA/MS. 2024

11.9 Seguimento do tratamento da ILTB

- Estabeleça um cronograma de consultas regulares mensais para seguimento, avaliação do tratamento e estímulo constante da adesão;
- Se abandono do tratamento (R – dois meses sem a medicação e H – três meses sem medicação, consecutivos ou não), proceda com a avaliação clínica e, afastada a possibilidade de TB ativa, avalie o risco-benefício do reinício do tratamento, principalmente nas situações consideradas de risco elevado de má adesão;
- Para a retomada do tratamento, considere doses/tempo efetuado;
- Não repita o tratamento da ILTB em pessoas que já se trataram para TB ou que fizeram o tratamento completo da ILTB, com exceção de nova exposição de risco de pessoas sabidamente imunocomprometidas, como no caso das pessoas vivendo com HIV.

Capítulo 12. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE FERIDA



O tratamento de feridas é amplo e envolve uma equipe multidisciplinar: enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistente social, toda a equipe deverá estar bem integrada para que ocorra uma efetiva assistência, pois são vários os fatores que favorecem o aparecimento de feridas, bem como interfere no processo de cicatrização como idade, alimentação, higiene da residência, doença de base, tipo de pele, tabagismo, alcoolismo, hipertensão e diabetes.

12.1 Atribuições do Enfermeiro ao Paciente Portador de Ferida

- Realizar a consulta de enfermagem;
- Prescrever, quando indicadas, coberturas, soluções e cremes para curativo das feridas, bem como terapia compressiva e creme hidratante, conforme padronizado neste protocolo;
- Realizar busca ativa aos faltosos;
- Coordenar as ações na unidade;
- **Solicitar, quando necessário, os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, albumina sérica, glicemia jejum e cultura com antibiograma;**
- Executar o curativo;
- Encaminhar o paciente para clínico ou generalista para avaliação clínica e determinação da etiologia da ferida e em caso de intercorrências;
- Definir o desligamento do paciente conforme os critérios estabelecidos;
- Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo;
- Registrar em prontuário as ações;
- Realizar a orientação da família, paciente ou cuidador;
- Registrar a dispensação e verificar o consumo dos produtos de curativo através do impresso;
- Realizar o teste de sensibilidade dos pés com monofilamento de 10 g.

12.2 Atribuições do Técnico e Auxiliar de Enfermagem ao Paciente Portador de Ferida

- Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento;
- Receber o paciente, acomodando-o em posição confortável que permita boa



visualização da ferida;

- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser executado;
- Explicar a técnica do soro em jato para o paciente no primeiro atendimento;
- Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro;
- Orientar o paciente quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais;
- Registrar o procedimento executado no prontuário, caracterizando o aspecto da ferida, queixas do paciente e conduta;
- Organizar a sala de atendimento;
- Proceder à limpeza do instrumental;
- Fazer a desinfecção da superfície.

12.3 Recursos e Materiais de Curativos Disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Araucária

Quadro 81: Tipo de Curativo e o seu descritivo

Material	Descrição
ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL	Óleo vegetal de ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vit. A e E, com apresentação em frasco de 100ml.
HIDROGEL	Gel composto de água, carboximetilcelulose, alginato de cálcio, sorbato de potássio, hidantoína e ácido bórico em apresentação de tubos com 85 gramas.
HIDROCOLÓIDE	Cobertura oclusiva de carboximetilcelulose, alginato de cálcio e poliuretano com apresentação em placas de 15x15cm.
GAZE NÃO ADERENTE	Tela de acetato de celulose impregnada de petrolatum ou parafina com apresentação em placas.
HIDROFIBRA COM PRATA	Cobertura composta de carboximetilcelulose pura e 1,2% de prata iônica, apresentação: placas de 10X10cm.
BOTA DE UNNA	Bandagem inelástica contensiva impregnada com óxido de zinco, acácia, óleo de rícino, vaselina, apresentação: 10 cm X 3 m.
SULFADIAZINA DE PRATA	Sulfadiazina de prata micronizada a 1% e nitrato de cério hexahidratado a 0,4%.

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA A 0,9% (SF 0,9%) (CURATIVO CONVENCIONAL)	Composição: Cloreto de sódio a 0,9%.
--	--------------------------------------

Fonte: Colaboradores, SMSA.2024

Quadro 82: Indicações para cada modalidade de curativo e o seu manejo adequado

Material	Indicação	Ação	Contraindicação	Aplicação e Troca
Soro Fisiológico (SF 0,9%)	Manutenção da umidade da ferida	Mantém a umidade da ferida, favorece o desbridamento autolítico e a formação de tecido de granulação. Amolece os tecidos desvitalizados.	Não há.	Umedecer as gazes de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmida até a próxima troca, ocluir com gazes estéreis e secas. As trocas deverão ser feitas conforme a saturação das gazes e a umidade da ferida ou no máximo a cada 24 horas.
Hidrogel	Fornecer umidade ao leito da ferida.	Mantém a umidade e auxilia o desbridamento autolítico. Não adere ao leito da ferida.	Feridas excessivamente exsudativas.	Deve ser usado sempre associado a coberturas oclusivas ou gaze. As trocas são de acordo com a saturação da cobertura associada, ou até 72 horas quando associado com gaze.
Placa de Hidrocolóide	Feridas com baixa a moderada exsudação, com ou sem tecido necrótico, queimaduras superficiais.	Estimula a granulação e a angiogênese (devido hipóxia no leito da ferida), absorve o excesso de exsudato, mantém a umidade e temperatura em torno de 37°C facilitando o crescimento celular e a regeneração tissular, também promove o desbridamento autolítico e alivia a dor por manter protegidas, úmidas e aquecidas as terminações nervosas.	Feridas infectadas e altamente exsudativas.	Deve ser aplicada diretamente sobre a ferida, deixando uma margem de 1 a 2 cm para perfeita aderência à pele íntegra. Pode ser recortada. Deve ser trocada quando ocorrer extravasamento do gel o descolamento das margens da placa, não ultrapassando 7 dias. Não exige cobertura secundária



Fibra de Carboximetilcelulose	<p>Ferida com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção</p> <p>(prioritariamente e com infecção), com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias (utilizar fita), queimaduras de profundidade parcial (2º grau) e feridas estagnadas.</p>	<p>Apresenta-se em forma de fita ou placa, impregnado com prata, cuja função é de inativar as bactérias retiradas do leito da ferida e retidas dentro da fibra da cobertura. Tem capacidade de absorver de moderado a intenso exsudato formando um gel coeso, que se adapta à superfície da ferida formando meio úmido, promovendo desbridamento autolítico. Sua absorção ocorre na vertical e horizontal.</p>	<p>Reações alérgicas ou de sensibilidade aos componentes da cobertura.</p>	<p>Aplicar diretamente sobre a ferida de forma que ultrapasse a margem em pelo menos 1 cm em toda a sua extensão. Requer cobertura secundária. Trocar quando houver saturação da cobertura ou extravasamento de exsudato, não ultrapassando 7 dias após a aplicação. Em feridas cavitárias introduzir a fita preenchendo o espaço parcialmente, deixando margem mínima de 2,5 cm da fita para fora da superfície para facilitar a retirada.</p>
Fibra de Carboximetilcelulose com prata	<p>Ferida com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção (prioritariamente e com infecção), com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias (utilizar fita), queimaduras de profundidade parcial (2º grau) e feridas estagnadas.</p>	<p>Apresenta-se em forma de fita ou placa, impregnado com prata, cuja função é de inativar as bactérias retiradas do leito da ferida e retidas dentro da fibra da cobertura. Tem capacidade de absorver de moderado a intenso exsudato formando um gel coeso, que se adapta à superfície da ferida formando meio úmido, promovendo desbridamento autolítico. Sua absorção ocorre na vertical e horizontal.</p>	<p>Reações alérgicas ou de sensibilidade aos componentes da cobertura.</p>	<p>Aplicar diretamente sobre a ferida de forma que ultrapasse a margem em pelo menos 1 cm em toda a sua extensão. Requer cobertura secundária. Trocar quando houver saturação da cobertura ou extravasamento de exsudato, não ultrapassando 7 dias após a aplicação. Em feridas cavitárias introduzir a fita preenchendo o espaço parcialmente, deixando margem mínima de 2,5 cm da fita para fora da superfície para facilitar a retirada.</p>



Creme de Sulfadiazina de Prata	Priorizado para tratamento de queimaduras.	Atua contra uma grande variedade de microorganismos, como: bactérias gram negativas e positivas, fungos, vírus e protozoários. Quando associada ao cério, inibe a liberação do LPC (Lipoprotein Complex).	Presença de hipersensibilidade aos componentes. Disfunção renal ou hepática, leucopenia transitória, raríssimos casos de hiposmolaridade, raríssimos episódios de aumento da sensibilidade à luz solar.	Aplicar uma fina camada do creme sobre o leito da ferida, ocluir com gazes estéreis. As trocas deverão ser feitas conforme a saturação das gazes ou período máximo de 24 horas.
Alginato de Cálcio	Feridas com ou sem infecção, com exsudação de moderado a intenso, com ou sem tecido necrótico e com ou sem sangramento.	Através da troca iônica promove a hemostasia; absorve exsudato, forma um gel que mantém a umidade, promove a granulação, auxilia o desbridamento autolítico.	Feridas com pouca drenagem de exsudato	A frequência de trocas é de acordo com a quantidade de exsudato presente na ferida podendo ser de até 7 dias. A cobertura secundária deverá ser trocada quando houver necessidade.
Espuma com Prata	Ferida com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção (prioritariamente com infecção), com ou sem tecido necrótico, queimaduras de 2º ou 3º grau e feridas estagnadas.	A espuma com prata proporciona meio úmido, favorecendo a cicatrização; a prata dispersa na estrutura da espuma é dispensada no leito da ferida quando em contato com o exsudato e é contínua à medida que a cobertura é mantida. Pode causar coloração escura no leito da ferida.	Deve ser utilizado em pacientes com sensibilidade à prata. Não deve ser utilizado com soluções de hipoclorito ou peróxido de hidrogênio, pois ocorre inativação da prata.	<p>Preparação da ferida: lavar bem a perna (membro afetado) com água morna e sabão neutro ou apenas com soro fisiológico. Secar bem. Se houver lesões secar completamente a pele ao redor da ferida, mas não a superfície da ferida. Lavar as mãos antes de aplicar a faixa.</p> <p>Aplicar diretamente sobre a ferida com o lado liso sem impressão para baixo de forma que ultrapasse a borda da ferida em pelo menos 2 cm em toda a sua extensão. Trocar quando houver saturação da cobertura/extravasamento do exsudato, não ultrapassando 7 dias após a aplicação. Não necessita de cobertura secundária.</p>

Bota de Unna	Tratamento de feridas crônicas, especialmente as úlceras venosas nas pernas e edemas linfáticos.	Auxilia no retorno venoso e diminui o edema	<ul style="list-style-type: none"> - É contraindicado para úlceras arteriais e úlceras mistas (comprometimento venoso e arterial). - Não utilizar em caso de alergia conhecida, ou de suspeita de alergia, a qualquer um dos componentes do produto. - Em caso de reação alérgica ou hipersensibilidade, suspender o uso imediato do produto e procurar orientação médica. 	<p>1. Comece a aplicar a bandagem pela base do pé. Mantenha o pé e o calcanhar em ângulo reto. A bota de Unna envolverá suavemente a perna sem deixar aberturas ou enrugamentos.</p> <p>2. Continuar o enfaixamento sobrepondo a cada rotação completa 50% da faixa já instalada. É importante que durante o enfaixamento não seja deixado nenhum espaço entre as faixas.</p>
Carvão Ativado com Prata	Feridas com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção, com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias e feridas fétidas.	Curativo estéril com ação bactericida, favorece desbridamento autolítico, mantém umidade e temperatura adequadas à cicatrização, elimina odores desagradáveis. Não deve ser cortado devido à liberação da prata no leito da ferida, o que pode ocasionar queimadura dos tecidos ou formar granuloma devido aos resíduos do carvão.	Reações alérgicas ou sensibilidade aos componentes do produto. Feridas com pouco exsudato, com presença de sangramento, exposição óssea ou tendinosa, queimaduras.	Promover limpeza da ferida com SF 0,9% em jato anteriormente a aplicação da placa. Aplicar diretamente sobre a ferida em qualquer uma das faces usando luvas ou materiais estéreis. Requer cobertura secundária. Trocar quando houver saturação da cobertura, não ultrapassando 7 dias após aplicação. A cobertura secundária pode ser trocada sem a troca da placa se ainda não estiver saturada. Em feridas cavitárias unir as 4 pontas da cobertura formando uma “trouxa” e introduzir na ferida mantendo as pontas para fora da superfície, facilitando a retirada.

Fonte: Câmara Técnica de Cuidados com a Pele, DF.2019

Capítulo 13. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO HOMEM



13.1 Consulta de Enfermagem da Saúde do Homem

A Consulta de Enfermagem deve abordar o perfil masculino, aspectos sociodemográficos, condições de saúde, doenças crônicas, comorbidades, fatores de risco, queixas, enfermidades ou situação de saúde atual e cobertura vacinal.

Exame Físico e Resultados de Exames O exame físico deverá ser céfalo-caudal de maneira a analisar qualquer anormalidade, tendo foco em alterações que podem ter sido citadas pelo paciente, segue abaixo sugestão de roteiro que deve ser utilizado conforme histórico de enfermagem.

- **Antropometria:** peso, altura e IMC, circunferência abdominal (sendo que a medida acima de 94 cm é considerada fator de risco para doenças cardiovasculares, segundo a OMS).
- **Sinais Vitais:** PA, P, FR, T, SatO₂, dor e glicemia capilar.
- **Cabeça e pescoço:** avaliar crânio, turgência da pele, couro cabeludo – identificar o tipo de alopecia (se houver) ou descamações; olhos, pupila, conjuntiva, ouvido, mucosa nasal, oral e os gânglios do pescoço.
- **Tórax:** inspeção geral, identificar presença de assimetria, lesões, cicatrizes, edema, eritema, tiragem intercostal, padrão e esforço respiratório. Palpação: Verificar expansão torácica, presença de frêmito vocal e nódulo em mamas. Percussão pulmonar: Averiguar o tipo de som (Claro pulmonar, timpânico, maciço e submaciço). Ausculta Pulmonar: murmúrios vesiculares e ruídos adventícios (roncos, sibilos, estertores/crepitações e estridores). Ausculta Cardíaca: bulhas cardíacas (arritmias, sonoridade, presença de sopros).
- **Exame das mamas:** realizar a avaliação das mamas, com base na inspeção estática e dinâmica e palpação.
- **Abdome:** inspeção/palpação: plano, globoso, flácido, distendido, protuberante, normotenso. Presença de incisão, lesão, ferida, hérnia, ostomia. Ausculta: presença de ruídos hidroaéρος, normoativos, hipoativos, hiperativos. Percussão: timpânico, maciço e submaciço. Palpação: investigar nodulações, presença de massas, abaulamentos e dor (local, frequência e intensidade).
- **Aparelho geniturinário e seguimento do sistema digestório:** investigar presença de mácula, pápula, verruga, escoriações, fissuras, vesículas, edema escrotal, hérnia, cisto ou abscesso. Avaliar eliminação urinária (quantidade, frequência, característica, coloração, jato, presença de dispositivo, incontinência urinária e urgência miccional), região anal (presença de fissuras, sangramentos, hemorroidas e pólipos) e eliminações intestinais (quantidade, frequência, característica, constipação e tenesmo).
- **Exame de próstata:** a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda que os

homens acima de 50 anos e os homens acima de 45 anos de pele negra, obesos ou que possuem histórico familiar de câncer de próstata (CaP), devem verificar o valor sérico da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) e toque retal, mesmo que não apresentem sintomas específicos (INCA, 2015; SBU, 2016). O enfermeiro deve solicitar dosagem de PSA Total e Livre e encaminhar para avaliação médica se alterado.

- **Sistema Locomotor** (Membros superiores e inferiores): identificar presença de lesões, cicatrizes, pulsos (axilar, braquial, radial, femoral, poplíteo, tibial e pedioso), amputações, aspecto das unhas (higienização, formato, presença de micoses e fungos). Avaliar condições musculares, força muscular (paresia, parestesia e plegia), perfusão periférica e presença de edemas.

- **Resultado de Exames:** investigar a realização de exames laboratoriais e de imagem.

13.2 Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

O quadro abaixo apresenta uma sugestão para os principais diagnósticos de enfermagem, tendo como referência a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e seguida das principais intervenções de enfermagem. Neste contexto é importante destacar que o Enfermeiro mediante a avaliação, embasado em conhecimento científico, possui autonomia para realização de outros diagnósticos e estabelecer um plano de cuidados, considerando sempre a singularidade do indivíduo, a integralidade do cuidado e recursos que a rede de saúde para atender as necessidades dos usuários. Uma vez que os homens procuram menos os serviços de saúde optou-se, dentre as possíveis intervenções de enfermagem, pela oferta de testes rápidos para IST na maioria dos atendimentos. Enxergamos que se trata de uma oportunidade de investigação de dados objetivos de grande importância para a saúde desta população.

Quadro 83: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Saúde do Homem

Principais diagnósticos / resultados de enfermagem - CIPE	Orientações e Encaminhamentos	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	- Discutir estratégias de redução de danos de uso de álcool; - Facilitar acesso ao tratamento; - Encaminhar para serviço de referência; - Orientar quanto ao serviço de AA (Alcoólicos Anônimos).	-	Hemograma Completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; TGO/TGP; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).

Abuso de drogas; Abuso de substâncias	- Encaminhar para o serviço de emergência, se necessário; - Encaminhar para serviço de referência; - Encaminhar para terapia de grupo de apoio; - Facilitar acesso ao tratamento; - Orientar sobre consequências do abuso de drogas e substâncias; - Orientar sobre manejo (controle) dos sintomas de abstinência; - Orientar sobre prevenção de recaída; - Apoiar processo familiar de enfrentamento; - Avaliar adesão ao regime terapêutico; - Promover (proporcionar, fornecer) apoio emocional; - Promover adesão ao regime de exercício físico; - Promover comportamento de busca de saúde; - Reforçar conquistas; - Discutir estratégias de redução de danos	-	Hemograma Completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites)
Abuso de tabaco (ou de Fumo)	- Orientar quanto ao Programa Antitabagismo e encaminhar ao mais próximo; - Aconselhar paciente; - Obter dados sobre disposição para abandono de tabagismo; - Orientar sobre exposição ao tabagismo secundário (passivo).	-	Hemograma Completo, Urina tipo I, Colesterol total e frações, Triglicerídeos e Testes Rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites)
Resultado Anormal de exame (PSA)	Encaminhar para consulta médica e/ou serviço de referência.	-	Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
Resultado normal de exame (PSA)	- Orientar a retornar à consulta de enfermagem em 1 ano ou menos se necessário; - Orientar aos sinais e sintomas possíveis diante de alterações da próstata.	-	Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
Comportamento sexual prejudicado; Desempenho sexual prejudicado; Falta de conhecimento sobre comportamento sexual; Funcional	Encaminhar para consulta médica e/ou serviço de referência.	-	Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes



sexual prejudicado; Sistema reprodutor masculino prejudicado; Risco de Função Reprodutiva, Prejudicada			rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
Diarreia	Orientar quanto ao aumento da ingestão de líquidos (água, sucos naturais, entre outros); Investigar febre.	Sais para reidratação oral	Hemograma completo.
Infecção do Trato Urinário (ITU); Disúria presente	Investigar causas; Orientar quanto ao aumento da ingestão de líquidos (água, sucos naturais, entre outros). Encaminhar ao médico para tratar ITU.	Primeira escolha: Nitrofurantoína 100 mg , 01 cápsula de 6/6 hs, por 10 dias; Segunda escolha: Cefalexina 500 mg , 01 cápsula de 6/6 horas, por 07 a 10 dias; ou Última escolha: Clavulanato 500 mg – 01 cápsula de 8/8 horas, de 07 a 10 dias	Hemograma completo, Urina tipo I, urocultura e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites). • Repetir urocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento; • Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição; • Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU, deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.
Retenção urinária Micção, prejudicada Incontinência urinária	Investigar causas; Fazer rastreamento de câncer; Encaminhar para consulta médica.	-	PSA, se indicado.
Capacidade para manejar o cateter urinário prejudicada; Capacidade para manejar o dispositivo externo de continência prejudicada	Reforço positivo para a prática correta de manejo do cateter ou dispositivo externo de continência urinário.	-	-
Dor; Controle de dor, inadequado	Encaminhar para consulta médica.	Dipirona 500 mg de 6/6 horas, se necessário Paracetamol 500-750 mg, 6/6 horas; Ibuprofeno 300 ou 600 mg comprimido de 6/6 hs por via oral	Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites)
Dor, controlada.	- Orientar controle da dor; -	-	Hemograma Completo;

	Reforçar a necessidade de retorno, se necessário.		Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
Resultado de teste (rápido) alterado	Solicitar exames de testagem da(s) parceria(s) sexuais; - Ofertar preservativo masculino e/ou feminino; - Encaminhar para serviço de referência, conforme protocolo municipal.	-	Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; Solicitar sorologias se necessário.
Resultado de teste (rápido) normal	- Reforçar o uso de preservativo masculino e/ou feminino; - Orientar sobre a janela imunológica; - Orientar retorno.	-	-
Exposição Sexual desprotegida Comportamento sexual problemático Potencial para risco de promiscuidade Relação sexual de risco	importância do uso de métodos contraceptivos; - Orientar sobre prevenção de IST; - Promover apoio emocional; - Realizar atividades educativas sobre prevenção de IST's. - Seguir Protocolo de Profilaxia Pós-Exposição, se necessário.	Realizar prescrição da medicação de Profilaxia Pós Exposição, conforme fluxo se indicado.	Realizar testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
Febre	Investigar causa; Encaminhar para consulta médica; Aplicar compressa fria.	Dipirona 500 mg de 6/6 horas, se necessário. Paracetamol 500-750 mg, 6/6 horas;	Hemograma completo; Urina tipo I (conforme queixa).
Integridade da pele, prejudicada	Orientar higiene e proteção da área afetada. Encaminhar a consulta médica, se necessário.	Prescrever curativo, se necessário.	-
Exame físico alterado em mama	Encaminhar para consulta médica.		Hemograma Completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
Diabetes Hiperglicemia Hipoglicemia	- Seguir protocolo de Diabetes; - Orientar hábitos alimentares saudáveis e associados a atividades físicas; - Orientar quanto ao abuso de álcool e tabaco; - Atentar para sinais de complicações; - Encaminhar para o serviço de urgência, se	Seguir protocolo de Hipertensão e Diabetes.	Seguir protocolo de Hipertensão e Diabetes e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).

	necessário; - Encaminhar para equipe multidisciplinar, se necessário		
Ingestão de alimentos, excessiva	- Investigar fatores de risco (HAS, DM, Histórico familiar de obesidade); - Orientar realização de atividade física; - Incentivar mudanças de estilo de vida (autocuidado apoiado); - Encaminhar a equipe multiprofissional, se necessário.	-	Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Glicemia de jejum; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites)
Pressão arterial alterada; Risco de função cardíaca, prejudicada	- Seguir protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes ; - Incentivar mudanças de estilo de vida; - Orientar ingestão de dieta hipossódica; - Controlar o excesso de peso; - Monitorar pressão arterial frequentemente, - Reforçar a prática de atividades físicas regulares	Seguir protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes	Seguir protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
Tosse presente	- Investigar possíveis causas; - Orientar aumento da ingestão hídrica; - Orientar para evitar alimentos crus e secos; - Seguir protocolo de Tuberculose.	XAROPE GUACO Mikania glomerata 15 ml 2x ao dia Indicação: Auxiliar no tratamento sintomático de afecções respiratórias com tosse produtiva, como broncodilatador e expectorante Contraindicações Uso concomitante com anti-inflamatórios não esteroidais, risco de alteração na coagulação, Gestantes , Lactação, Alcoolistas, Diabéticos , pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia a qualquer um dos componentes do fitoterápico.	BAAR (Escarro) Obs: Sintomático respiratório conforme Protocolo de Tuberculose.
Planejamento Familiar, estado de	Encaminhar para participação	Seguir protocolo de	Hemograma Completo,



prescrição Planejamento familiar, potencial de risco Planejamento familiar, potencialidade Falta de conhecimento sobre contracepção	da palestra de Planejamento Familiar; Orientar e oferecer preservativos masculino e/ou feminino; Orientar e oferecer demais métodos contraceptivos disponíveis.	Planejamento Familiar em Saúde da Mulher, se necessário.	Urina tipo I, Colesterol total e frações, Triglicerídeos e Testes Rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites)
Autoimagem, negativa Imagem corporal, perturbada; Baixa autoestima Ansiedade Comportamento, violento Condição Psicológica, Prejudicada Medo Vergonha	Realizar escuta qualificada; Apoiar imagem corporal, positiva; Identificar percepções alteradas; Obter dados sobre condição psicológica; Solicitar apoio da equipe multiprofissional, se necessário Encaminhar para o serviço de referência (CAPS, entre outros); Promover comportamento de busca de saúde	-	-
Tentativa de suicídio	Encaminhar para a Unidade de Proto Atendimento (UPA); - Obter dados sobre condição psicológica; - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; - Gerenciar comportamento negativo; - Identificar percepções alteradas; - Reforçar controle de impulsos; - Solicitar apoio da equipe multiprofissional, se necessário; - Notificar violência autoprovocada; - Monitorar adesão ao tratamento; - Promover apoio emocional; - Implementar precauções contra o suicídio com orientações aos familiares para vigilância; - Incentivar a participação em grupos terapêuticos.	-	-
Parentalidade, prejudicada Parentalidade, eficaz Papel de prevenção, eficaz	-Atualizar cartão de vacina, se necessário. -Incentivar a participação nas atividades educativas, nas consultas e exames de pré-natal da parceira. - Orientar a importância da participação no momento do parto, pós-parto e amamentação. - Realizar avaliação antropométrica. - Aferir a pressão arterial. -	-	Tipagem sanguínea e Fator Rh (no caso da mulher ser Fator Rh negativo), Hemograma Completo, Glicemia de jejum; Urina tipo I, Colesterol total e frações, Triglicerídeos e Testes Rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).

	Esclarecer os direitos da gestante e do parceiro e incentivar a visita do casal à maternidade.		
Adesão ao regime terapêutico Adesão ao regime de exercício físico Adesão ao regime dietético Resposta a terapia eficaz	- Reforço positivo e práticas saudáveis e eficientes; - Promover comportamento de busca de saúde.	-	-
Capaz de executar o autocuidado	- Reforço positivo da capacidade de executar o autocuidado.	-	-
Déficit de autocuidado	- Orientar plano de cuidado; - Orientar o paciente sobre a importância do autocuidado.	-	-
Adesão ao Regime de Imunização	- Realizar reforço positivo para manter esquema vacinal em dia.	-	-
Não Adesão ao Regime de Imunização	- Atualizar ou encaminhar para a atualização do esquema vacinal; - Realizar busca ativa dos faltosos	-	-
Pediculose	Aplicar loção de permetrina 1% no couro cabeludo, incluindo a região retroauricular e nuca; Lavar os cabelos com xampu de preferência, enxaguar e enxugar com toalha. Testar o produto em uma pequena área do couro cabeludo para identificar hipersensibilidade. Agitar a loção antes do uso, aplicando-a nos cabelos ainda úmidos, cobrindo e esfregando abundantemente em toda a extensão, atentando para a região da nuca e atrás das orelhas (locais de maior concentração dos piolhos e lêndeas). Deixar agir por 10 minutos, enxaguar com água morna, passar o pente fino para remoção dos piolhos e lêndeas, e enxugar os cabelos. Em caso de contato com os olhos, lavar	Permetrina 1% e Ivermectina Tratamento: obedecendo à escala de peso corporal (Kg) 36 a 50 Kg - 1 ½ comprimido; 51 a 65 Kg - 2 comprimidos; 66 a 79 Kg - 2½ comprimidos; ≥ 80 Kg - 3 comprimidos ou 200mcg/kg. A dose pode ser repetida após uma semana.	

	<p>abundantemente com água e sabonete neutro. Repetir o tratamento após 7 dias, se ainda houver piolhos e lêndeas.</p> <p>Além da retirada mecânica das lêndeas com uso de pente fino é indicada a troca diária de vestuário e de roupas de cama, se possível as roupas devem ser fervidas e passadas a ferro bem quente, para não haver nova infestação; Necessário investigar infestação em familiares ou pessoas próximas.</p>		
Escabiose	<p>Aplicar permetrina a 5% em todo o corpo (exceto rosto e região genital). Agitar a loção antes do uso, aplicando-a na pele íntegra, da cabeça às solas dos pés, incluindo os espaços interdigitais, deixar agir de 8 a 12 horas e a seguir tomar banho; Aplicar novamente nas mãos se as mesmas forem lavadas em menos de 8h; Repetir este procedimento após 7 dias. Realizar a troca e lavagem das roupas e roupas de cama, realizando a lavagem, exposição ao sol e passando-as com ferro quente. Verificar e tratar também os contatos intradomiciliares.</p>	<p>Permetrina loção 5% Ivermectina Tratamento: obedecendo à escala de peso corporal (Kg)</p> <p>36 a 50 Kg - 1 ½ comprimido; 51 a 65 Kg - 2 comprimidos; 66 a 79 Kg - 2½ comprimidos; ≥ 80 Kg - 3 comprimidos ou 200mcg/kg.</p> <p>A dose pode ser repetida após uma semana.</p> <p>*Se prurido, prescrever Loratadina 10 mg ao dia por até 5 dias.</p>	
Micose Interdigital	Lavar e secar bem os pés;	Miconazol creme	

	Orientar o uso de calçados abertos/sandálias. Orientar exposição solar de sapatos fechados. Prescrever Miconazol creme dermatológico de 12/12 horas por 7 a 14 dias. Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar/discutir com médico (a) da equipe.	dermatológico de 12/12 horas por 7 a 14 dias. Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar/discutir com médico (a) da equipe.	
--	---	--	--

Fonte: Adaptado pelo protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde do homem, MS. 2021



14. REFERÊNCIAS

Capítulo 1

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde criança: crescimento desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/unidade-de-atencao-primaria/recem-nascido/#pills-exame-clinico>>. Acesso 03 jul. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde**.- P edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ (COREN-PR). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Módulo 4: Saúde da Criança e do Adolescente, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). **Caderno Atenção à Saúde da Criança Primeiro Ano de Vida**. Equipe Técnica da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. 2018

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA (SMSA). **Plano de Consulta para Enfermeiros em Saúde da Criança no contexto da Atenção Primária**. Araucária, PR. 2024.

Capítulo 2

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA (SMSA). **Protocolo Pre Natal Alto Risco e Fluxos**. Araucária, PR. 2024.

COREN-PB, Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. **Enfermeiro: protocolo da estratégia de saúde da família do estado da paraíba** 2ª Edição. 2015





CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo Saúde da Mulher.** São Paulo, SP, 2019

COREN-RJ. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Coren, v. 3, p. 191, 2012.

COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Protocolo de Enfermagem: Saúde da mulher.** 3ª ed. Florianópolis-SC. 2017

COREN – PR. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária.** Módulo II – Saúde da Mulher. 1 ed. Curitiba – PR. 2020

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA – SMSA - **Protocolo de Diabetes Mellitus Gestacional adotado na Rede de Atenção à Saúde de Araucária.** Araucária, PR. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Enfermagem: Saúde da Mulher, Coordenação da Atenção Básica.** 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS. **Prescrição de Medicamentos pelo Enfermeiro.** Dourados. MS.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Doenças Maternas Infeciosas e Amamentação.** Departamento Científico de Aleitamento Materno. 2 ed. 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Instrução normativa nº3. Estabelecem as condutas, rol de procedimentos, exames e prescrições de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros. Curitiba, PR. 2021.

Capítulo 3

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do



HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2018.

NUNES, Jacqueline Targino, *et al.* **Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro.** Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 12, p. 4875, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2021.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública.** 1. ed. Florianópolis - SC: [s.n.], 2016.

MAGALHÃES, D.M.S *et al.* **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Guia de Orientações para a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte, MG, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo Saúde da Mulher.** São Paulo, SP, 2019

Capítulos 4 5 e 6

BARROS SMO; BARBIERI M; GERK MAS. Exame dos genitais. In: LÚCIA A; BARROS BL. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** 3 ed. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2019.

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



BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de **Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Atenção integral à saúde das mulheres: controle dos cânceres do colo de útero e mama**. Belo Horizonte-MG. 2018.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem: Acolhimento às demandas da saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida**. v. 3. 2017.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

Capítulo 7

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2ª Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed., – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

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.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde** – 2. ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde**. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

FEBRASGO, OMS. Manual de Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para uso de Métodos Anticoncepcionais, 4 ed, 2009

Capítulo 8

ARAUCÁRIA. Secretaria Municipal de Saúde de Araucária (Smsa). Plano Municipal de Contingência para Epidemias de Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya e Oropouche. Araucária, PR, 2024/2025. Disponível em: <<https://araucaria.atende.net/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1728926341953&file=2C203C4228D7369345CDC302EDDD048BF4C4C4F8&sistema=WPO&classe=UploadMidia>> Acesso em 14 nov. 2024.

Capítulo 9 e 10

Milech A.; Egidio J, Oliveira P. et. al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** São Paulo. 2015/2016

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Protocolo de Enfermagem - Hipertensão, Diabetes e Outros Fatores Associados a Doenças Cardiovasculares**. Versão 1. Volume 1. 2017.

USP. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem. **É tempo de se cuidar mais**. São Paulo, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA – SMSA - **Protocolo de Consulta de Enfermagem para Hipertenso e Diabético no Contexto da Atenção Primária** Araucária, PR. 2021.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo Saúde da Mulher.** São Paulo, SP, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 164. Brasília. 2017

Capítulo 11

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Protocolo de Enfermagem – Hipertensão, Diabetes e Outros Fatores Associados a Doenças Cardiovasculares.** Versão 1. Volume 1. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil.** 2ª Edição Atualizada, 2022. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/@download/file>

>. Acesso em 06 dez. 2024

BRASIL. Nota informativa – Nº6/2024. **Disponibilização dos comprimidos dispersíveis rifampicina 75mg + isoniazida 50 mg para o tratamento da Infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis ou tratamento preventivo da tuberculose em crianças menores de 10 anos, com peso corporal entre 4 e inferior a 25Kg.** Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-6-2024-dispersiveis-rifampicina-e-isoniazida.pdf>>. Acesso em 06 dez. 2024.

COFEN. Nota-Técnica - COFEN/CTLN - Nº 03/2017. **Prescrição e Administração de Penicilina.** Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em:

<<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA->



[COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf](#)>. Acesso em: 20 de nov. 2024.

Capítulo 12

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ª ed. Goiânia-GO: [s.n.], 2017

BRASIL. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes** - 2ª edição – Ministério da Saúde, 2008.

BORGES, E. L., *et al.* **Feridas: Como tratar** - 2ª Edição, 2008.

SANTOS, V. L. C. de G. **Assistência em Estomaterapia**, vol I, 2000.

BORGES, E.L. & CHIANCA, T.C.M. **Tratamento e cicatrização de feridas**. Parte 1. Nursing, n.21, ano 3. fev/2000.

CÂMARA TÉCNICA DE CUIDADOS COM A PELE. **Indicação dos curativos nos produtos padronizados pela secretaria do Distrito Federal**. DF. 2019

Capítulo 13

COREN-MS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde do homem** - Mato Grosso do Sul 2021.

FLORIANÓPOLIS-SC. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4 - **Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto** – FLORIANÓPOLIS, PR. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem: Acolhimento às demandas da saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida**. v. 3. 2017.



15. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Protocolo de Condutas Assistenciais de Enfermagem no Manejo Clínico ao Paciente			
Edição	Elaborado por	Aprovado por	Descrição da Edição
0	Priscila Lopes Nogueira Berveglieri 10/12/2024	Patrícia Beleski de Carvalho Lucas Foltz Conforme processo administrativo nº 162474/2024.	Criação do documento

