



ÓRGÃO DO PODER EXECUTIVO

PREFEITO | Wladimir Garotinho / VICE - PREFEITO | Frederico Paes

CADERNO 2

Fundação Municipal de Saúde

PORTARIA SMS Nº 002/2025

Dispõe sobre a implementação dos protocolos de enfermagem no âmbito da atenção primária à saúde do município de Campos dos Goytacazes.

O Secretário Municipal da Saúde no uso de suas atribuições legais, e:

CONSIDERANDO a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto nº 94.406, de 09 de junho de 1987, em especial seu art. 8º, inciso I, que regulamenta a aplicação da Lei nº 7.498, de 26 de junho de 1986;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº. 195, de 18 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros pautados nos programas do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO o contido na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, consta as atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica, sendo atribuição do enfermeiro, dentre outras, realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 736/2024, que dispõe a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto sócio ambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem;

CONSIDERANDO A REMUNE publicada em DO através da Portaria nº. 031/2023, dispõe sobre a atualização das normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e dispensação de medicamentos e da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remune) no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde sob gestão da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes;

CONSIDERANDO a Portaria nº 005/2022 que dispõe sobre o exercício da enfermagem na assistência pré-natal de risco habitual/puerperal no âmbito da secretaria municipal de saúde;

CONSIDERANDO que PIMENTA, 2015 define que protocolo se caracteriza como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde;

CONSIDERANDO a Portaria nº 042 de 06 de julho de 2023 da Secretaria Municipal de Saúde que autorizou a implantação da Comissão para Elaboração dos Protocolos de Enfermagem do Município de Campos dos Goytacazes;

CONSIDERANDO que essa Comissão alicerçou o documento em Manuais do Ministério da Saúde, no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em publicações dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), além de protocolos, portarias já validadas de outros municípios;

RESOLVE:

Art. 1º - Ficam instituídos os Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Município de Campos dos Goytacazes, como documento de consenso técnico e de apoio para a prática do Enfermeiro e equipe, com objetivo de promover maior segurança aos usuários e profissionais, estabelecer limites de ação e cooperação entre os envolvidos, reduzir a variabilidade do cuidado e nortear o profissional para na tomada de decisão.

Art. 2º - Ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção à Saúde, com ênfase na qualidade assistencial por meio da implementação de Linhas de Cuidado:

- i. Protocolo de Enfermagem da Saúde da Criança
- ii. Protocolo de Enfermagem da Saúde do Adolescente
- iii. Protocolo de Enfermagem da Saúde do Homem
- iv. Protocolo de Enfermagem para o Pré-Natal
- v. Protocolo de Enfermagem no Planejamento Reprodutivo
- vi. Protocolo de Enfermagem de Prevenção aos Cânceres de Mama e Colo de Útero
- vii. Protocolo de Enfermagem em IST's
- viii. Protocolo de Enfermagem no atendimento da Violência Sexual
- ix. Protocolo de Enfermagem na Hipertensão
- x. Protocolo de Enfermagem no Diabetes
- xi. Protocolo de Enfermagem para o atendimento de Lesões Cutâneas
- xii. Protocolo de Enfermagem de Hanseníase
- xiii. Protocolo de Enfermagem de Tuberculose

Art. 3º - Designar que a implementação dos protocolos ocorra a partir da sua publicação, através de uma ação compartilhada entre a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, Comissão de elaboração dos Protocolos, Departamento de enfermagem e Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS);

Art. 4º - Instituir, por meio deste ato, a Comissão de implementação, em caráter permanente, monitoramento e educação continuada dos Protocolos de Enfermagem do

Município com caráter permanente, vinculada à Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde. A referida comissão será responsável por implantar, monitorar e capacitar os profissionais para a atuação na Atenção Primária;

Art. 5º – A Comissão Permanente será composta por 15 (quinze) membros titulares, podendo incluir representantes da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, Comissão de elaboração dos Protocolos de Enfermagem e Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS).

I. Os membros serão designados por meio de portaria específica emitida pela autoridade competente.

II. O mandato dos membros será de caráter permanente podendo ser renovado qualquer momento;

Art. 6º – Compete à Comissão Permanente de Implantação, Monitoramento e Educação Continuada dos Protocolos de Enfermagem:

I. Implantação dos Protocolos de Enfermagem:

- a. Planejar e coordenar as ações necessárias para a implementação dos protocolos de enfermagem nas unidades de saúde;
- b. Garantir que os protocolos estejam alinhados às diretrizes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde e dos Conselhos Profissionais de Enfermagem;
- c. Realizar a disseminação dos protocolos junto às equipes de enfermagem, promovendo sua incorporação nas práticas diárias;
- d. Identificar e propor as adaptações necessárias dos protocolos à realidade local, sempre respeitando a legislação vigente e as boas práticas.
- e. Levantamento de necessidades de aprendizado, com base em avaliações de desempenho e feedback dos profissionais;
- f. Demandas emergentes na saúde pública local.

II. Monitoramento e Avaliação:

- a. Estabelecer indicadores para avaliar a adesão e a eficácia dos protocolos de enfermagem implantados;
- b. Promover auditorias periódicas para verificar a aplicação correta dos protocolos pelas equipes de enfermagem;
- c. Analisar e propor melhorias contínuas com base nos resultados das auditorias e nos dados obtidos;
- d. Elaborar relatórios técnicos periódicos sobre a situação do cumprimento dos protocolos, apresentando-os às autoridades competentes e às unidades de saúde envolvidas;
- e. Acompanhar as atualizações normativas e científicas para garantir a constante revisão e atualização dos protocolos.

III. Educação Continuada:

- a. Desenvolver e implementar estratégias de capacitação e treinamento para os profissionais de enfermagem, garantindo conhecimento pleno dos protocolos;
- b. Realizar atividades educativas regulares, como oficinas, cursos e seminários, voltadas à aplicação prática dos protocolos;
- c. Promover a integração entre teoria e prática, incentivando o aperfeiçoamento das habilidades técnicas e éticas dos profissionais;
- d. Incentivar a troca de experiências e boas práticas entre as equipes, criando espaços para discussões e esclarecimentos de dúvidas;
- e. Elaborar materiais educativos, como manuais, cartilhas e conteúdos multimídia, para ampliar o acesso à informação.

IV. Comunicação e Articulação:

- a. Promover o diálogo constante entre a Comissão, as equipes de enfermagem e os gestores das unidades de saúde;
- b. Divulgar amplamente as atualizações e os resultados obtidos com a implantação e monitoramento dos protocolos;
- c. Atuar como canal de comunicação para receber sugestões, críticas e demandas das equipes de enfermagem e demais envolvidos.

V. Pesquisa e Desenvolvimento:

- a. Incentivar a realização de pesquisas científicas e estudos relacionados à prática de enfermagem e à eficácia dos protocolos;
- b. Buscar parcerias com instituições acadêmicas e de pesquisa para promover o desenvolvimento de novos conhecimentos e práticas na área de enfermagem.

VI. Caberá a Secretaria Municipal de Saúde ou a Direção da Unidade a responsabilidade de:

- a. Coordenar e prover os recursos necessários para a execução do plano de educação continuada;
- b. Garantir a periodicidade e a qualidade dos treinamentos;
- c. Monitorar a adesão dos profissionais aos programas de capacitação.

Art. 7º – A Comissão Permanente reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, extraordinariamente, sempre que convocada por sua presidência ou pela maioria de seus membros.

I. As reuniões deverão ser registradas em ata, que será assinada por todos os presentes.

II. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos, com a presença de, no mínimo, quórum mínimo;

Art. 8º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Paulo Roberto Hirano
Secretário Municipal de Saúde

SUMÁRIO

- Apresentação
- Introdução
- Protocolo de Enfermagem: Pré Natal
- Protocolo de Enfermagem: Saúde da Criança
- Protocolo de Enfermagem: Saúde do Adolescente
- Protocolo de Enfermagem: Saúde do Homem
- Protocolo de Enfermagem: Prevenção de Ist's e aos Cânceres de Mama e Colo

Do Útero

- Protocolo de Enfermagem: Violência Sexual
- Protocolo de Enfermagem: Hipertensão
- Protocolo de Enfermagem: Diabetes
- Protocolo de Enfermagem: Lesões Cutâneas
- Protocolo de Enfermagem: Tuberculose
- Protocolo de Enfermagem: Hanseníase
- Protocolo de Enfermagem: Planejamento Reprodutivo

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada e mais adequada forma de acesso das pessoas ao sistema de saúde, estando diretamente associada a uma Distribuição equitativa da saúde entre as populações, seguindo os princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade. Com a APS, podemos melhorar os resultados em saúde do município através da redução de internações e de mortes preveníveis, beneficiando as populações mais vulneráveis e reduzindo a iniquidade do território.

Uma das principais funções da APS é a organização do acesso, porém, cabe ressaltar, que esta organização não deve ser vista apenas como uma porta de entrada do usuário aos serviços de saúde e sim integrar políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, contemplando a vida do usuário na sua totalidade.

A ampliação do acesso aos serviços da APS, combinada à necessidade constante do aprimoramento da equipe de enfermagem, para torná-la mais resolutiva, fortalece a necessidade de criação dos protocolos de enfermagem, que ampliarão as competências clínico assistenciais desta categoria profissional.

Protocolos são documentos que norteiam a atuação do profissional de saúde e devem estar baseados em evidências científicas, atentando sempre para o limite ético e legal de cada profissão e ainda considerando as normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas três esferas de atenção. Neles devem ser apresentadas as normas e especificações sobre quem faz determinados procedimentos e como realizá-los, conduzindo assim os profissionais nas decisões da assistência à saúde de um determinado recorte populacional.

Os protocolos municipais, seguindo a mesma lógica, vêm para nortear e regularizar a atenção em saúde a nível municipal e suas vantagens têm sido descritas em diversos estudos. Além de trazer maior segurança para os profissionais com pouca experiência ou mesmo desatualizados, reduz a variabilidade de ações do cuidado e auxilia no uso mais racional de insumos, procedimentos e medicamentos, e ainda corrobora para o alcance das metas dos indicadores de saúde.

Vale ressaltar que um protocolo não anula a autonomia do profissional, sendo ele aberto para condutas mais adequadas para o recorte populacional assistido, atentando sempre para seguir as normas do SUS e as atualizações, ou seja, as práticas devem ser pautadas em evidências científicas atuais e comprovadas.

A lei no 12.401 de 28 de abril de 2011, que altera a Lei no 8.080/1990, dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, em seu artigo 19, inciso II, adota a seguinte definição para protocolo clínico e diretriz terapêutica: "documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico"

A nível municipal, foi notada a carência de protocolos de assistência da enfermagem, o que além de dificultar a já carente confiabilidade na profissão, desalinha os atendimentos, e consequentemente gera uma carência na qualidade da atenção básica.

Logo, implementando os protocolos de enfermagem, e constando nestes as consultas de enfermagem como procedimento padrão na APS, objetivamos uma melhora da assistência municipal e consequentemente um alcance maior no componente de qualidade estipulado pela legislação de financiamento da atenção básica.

INTRODUÇÃO

O decreto no 94.406, de 08 de junho de 1987, e a lei Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986 dispõem sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, naquilo que diz respeito a ser integrante da equipe de Saúde, na participação, na elaboração, execução e avaliação do processo de saúde. Nestes, temos ainda como ação privativa do Enfermeiro(a) a realização da Consulta de Enfermagem onde se garante a prescrição da assistência de enfermagem visando à garantia da integralidade/qualidade do cuidado.

A resolução COFEN no 736/2024 dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. É organizado em 5 etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, sendo elas: avaliação, compreende a coleta de dados subjetiva e exame físico; diagnóstico de enfermagem, compreende a identificação de problemas existentes; planejamento, desenvolvimento de um plano assistencial; implementação, realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento e evolução, avaliação dos resultados alcançados. De acordo com artigo quinto a consulta de enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do PE.

O objetivo da Consulta de Enfermagem é a identificação de necessidades de saúde e cuidado, planejamento e implementação de assistência, sendo essas ações embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis, descritas em protocolos e normativas institucionais.

Vale aqui identificar que a NANDA é um órgão norte-americano que regulariza os diagnósticos, lançando frequentes atualizações embasadas em evidências científicas atuais. Estes são elaborados compreendendo os usuários enquanto seres biopsicossociais e são aplicados a cada caso, pelo enfermeiro(a) a partir de um pensamento crítico e raciocínio clínico do profissional.

Ainda de forma a contemplar esse protocolo de forma legal, citamos a resolução COFEN no 195/97, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por Enfermeiros. Ela complementa a resolução COFEN no 159/93, estabelecendo que "para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exames de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco e que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente)".

Em 2018, foi instituída a lei no 13.787, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para armazenar e facilitar o manuseio de prontuários de pacientes. A vantagem, para o paciente e para o próprio profissional de saúde, é que dinamiza de forma considerável o atendimento, pois as informações ficam armazenadas de forma online acessível em qualquer unidade de saúde vinculada a rede de atenção básica, além de gerar dados de forma mais facilitada e dinâmica.

Porém entendemos que os diagnósticos de enfermagem ainda não têm um campo específico nos prontuários eletrônicos do cidadão vigentes. Estes são norteados atualmente pela forma de registros das informações "SOAP," proposto por Lawrence Weed em 1960, que consiste em uma forma de avaliação baseada no acrônimo para "Subjetivo", "Objetivo", "Avaliação" e "Plano". Weed invoca um pensamento crítico para a avaliação dos problemas de saúde apresentados por um cidadão.

Segundo o esquema SOAP, na aba "A", contamos com uma importante ferramenta, o sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2). Ele nos permite classificar questões relacionadas às pessoas, por meio de códigos alfanuméricos, subdivididos em 18 campos referentes aos diferentes sistemas corpóreos. A classificação não se limita aos problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, identificamos ainda o motivo da consulta e a resposta proposta pela equipe, O CIAP 2 pode, e deve, ser utilizado por todos os profissionais de saúde.

PE	Avaliação		Diagnóstico	Planejamento	Implementação	Evolução
SOAP	SUBJETIVO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	PLANO		
	-Coleta de dados	-Exame físico -Resultado de exames	-Relato a partir da abordagem sindrômica	-Orientações -Prescrições não-medicamentosas -Prescrições medicamentosas -Resultados esperados -Reavaliação de condutas anteriores		
CIAP-2	-Código de queixa principal (motivo da consulta)		-Código do problema e/ou condição detectada	-Código de intervenções e/ou procedimentos CIAP 2 ou tabela SIGTAP		

Reforçando o papel do profissional enfermeiro na qualidade da atenção primária de saúde, falamos agora da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) instituída pela portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova e estabelece, entre outras atribuições específicas 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.

Frete aos dados apresentados neste documento, a construção dos protocolos de enfermagem do município de Campos dos Goytacazes, objetiva a melhora na atenção e no componente de qualidade estipulado pela legislação de financiamento da atenção básica.

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Como já abordado anteriormente, a unidade de atenção primária à saúde (APS) deve ser o primeiro contato do usuário, funcionar como referência, oferecer confiança para que este inicie seu cuidado e dê continuidade a ele, mesmo quando precisar dos outros níveis de atenção, garantindo o seu retorno à APS sempre que precisar. Para que este cuidado seja efetivo, precisamos abordar uma temática essencial: o acolhimento.

Segundo Brasil, 2004: "acolhimento inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário"

O acolhimento é um processo dinâmico, contínuo, que faz parte de todo o processo de trabalho da APS e deve contar com a participação de toda a equipe, necessitando de uma abordagem multiprofissional. Seu foco central deve estar na escuta e na percepção das necessidades dos usuários de forma legítima e livre de julgamentos, e modo a alcançar o melhor nível de resolubilidade das necessidades do usuário.

Ele deve estar presente em todas as etapas percorridas pelo usuário dentro da unidade de APS até a conclusão da sua demanda, não estando limitado apenas a uma oportunidade ou espaço físico. Sendo feito de forma responsável e humanizada, o acolhimento se torna um importante potencializador de vínculo, o que aumenta a resolutividade das demandas apresentadas.

Assim, acolher de maneira satisfatória mantém o vínculo com os usuários, fortalecendo a eficácia e a continuidade das ações de saúde, além de favorecer a participação do usuário durante a oferta de cuidado e a tomada de decisão.

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL,****PARTO E PUERPÉRIO****INTRODUÇÃO**

A atenção pré-natal consiste em um acompanhamento minucioso durante a gravidez, que implica considerar os aspectos sociais, culturais, psicológicos e biológicos da mulher que está incluída no processo gravídico. O principal objetivo é acolher a mulher desde o princípio da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal.

Na assistência ao pré-natal é importante que o profissional tenha sensibilidade para compreender o ser humano, suas crenças e valores e o seu modo de vida, que esteja disponível e atento às necessidades da mulher e da família e tenha habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. O profissional de saúde faz parte da rede de apoio da gestante, contribui para fortalecer os potenciais desta para que possa conduzir o parto e assumir o protagonismo do processo de nascimento.

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância da sua atuação e da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher.

A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde. (BRASIL, 2012)

ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

No acolhimento instituímos o tipo de cuidado a ser relacionado aos pacientes e os profissionais devem estar capacitados a fim de escutar e sanar a necessidade deste ser.

A oferta de cuidados qualificados à gestante, à puérpera e ao recém-nascido exige a definição de estratégias de atendimento que envolvam todas as pessoas que, direta ou indiretamente, desempenham atividades nas unidades de saúde que compõem determinada rede regional de atenção à saúde, em particular nas unidades básicas de saúde. Deve-se, nessas unidades, sempre buscar atender às necessidades das mulheres nesse momento de suas vidas, favorecendo uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde. (BRASIL, 2006)

Para a garantia da qualidade, não se pode prescindir, nas unidades de saúde, de infraestrutura adequada, profissionais capacitados e organização dos processos de trabalho ali desenvolvidos. Esses processos devem ser fundamentados em um modelo de gestão participativa que identifique os obstáculos para um clima organizacional eficiente e apure as dificuldades estruturais para possibilitar melhorias, com a garantia de autonomia, privacidade e decisões compartilhadas sobre condutas com a mulher e seus familiares.

A satisfação das usuárias é uma das metas a ser alcançada. Há que se respeitar as normas legais e os parâmetros estabelecidos para adequação do espaço físico, recursos humanos e materiais.

Atribuições da equipe de enfermagem no acompanhamento do pré-natal humanizado.

COMPETE AO ENFERMEIRO:

- Captar a gestante para iniciar o pré-natal precocemente, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação;
- Na suspeita de gravidez, ou atraso menstrual, solicitar o teste de gravidez (BHCG) e/ou realizar o Teste Imunológico de Gravidez na própria unidade de saúde;
- Realizar a consulta de pré-natal e intercalar as suas consultas com as do médico, dependendo da classificação por grau de risco ou necessidade;
- Identificar situação de risco durante a consulta de enfermagem;
- Solicitar e avaliar os resultados de todos os exames de pré-natal;
- Prescrever medicações conforme o protocolo;
- Se for detectado algum risco, referir a gestante à avaliação médica;

- Realizar consultas subsequentes das gestantes de alto risco de sua responsabilidade; Estimular e desenvolver, junto a equipe, atividades educativas, tais como, grupo de gestantes, atividades educativas em sala de espera e roda de conversa;
- Divulgar e convidar as gestantes quanto à programação das atividades educativas;
- Encaminhar para as visitas à maternidade;
- Promover a vigilância em saúde de todas as gestantes com especial atenção às de risco;
- Realizar notificação compulsória nos diagnósticos necessários;
- Avaliar o esquema de imunização e indicar a realização das vacinas, se necessário;
- Realizar consulta puerperal entre o 7º e 10º dia pós-parto;
- Realizar registro dos dados do atendimento e-SUS.

COMPETE AO TÉCNICO E/OU AUXILIAR EM ENFERMAGEM:

- No acolhimento realizar avaliação inicial, com o objetivo de identificar situações de risco e/ou emergência, e encaminhar para avaliação do profissional enfermeiro, ou médico;
- Avaliar a situação vacinal e atualizar o esquema vacinal se necessário;
- Verificar a pressão arterial, pesar e medir a altura da paciente na primeira avaliação;
- Participar de grupos de educação em saúde;
- Realizar a busca ativa e o monitoramento das gestantes, principalmente, as de risco;
- Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando aquelas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos e puérperas, entre o 5º e o 7º dia pós-parto;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Realizar registro dos dados do atendimento no e-SUS.

AÇÕES EDUCATIVAS

As ações educativas são relevantes para esclarecer as dúvidas das mulheres e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e possíveis tratamentos. É importante que as atividades sejam registradas e incluídas como ação assistencial realizada. Tais atividades podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa ou outros mecanismos que, de maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências entre todos os envolvidos no processo.

Devem ser trabalhados alguns conceitos e cuidados, com a participação ativa da gestante, no contexto social e suas transformações, englobando a família, particularmente o companheiro, se ela assim o desejar. Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher deve receber algumas informações fundamentais; outras informações devem ser construídas com cada grupo, a partir de questões importantes e escolhidas pelas próprias mulheres participantes. (SÃO PAULO, 2010)

Alguns temas sugeridos são:

- Importância do pré-natal (Orientação para que a mulher sempre carregue consigo o cartão da gestante e os resultados dos exames complementar, imunização, atividade física, autoestima, mudanças e sinais e sintomas comuns, consultas puerperais)
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê (Alimentação, amamentação; ambiente adequado para o bebê;
- Depressão pós-parto e aspectos emocionais;
- Direitos trabalhistas na gestação;
- Gestação de risco;
- Gestante vítima de violência;
- Gravidez na adolescência;
- Planejamento familiar;
- Vinculação na Maternidade, parto e suas preocupações;
- Saúde bucal;
- Sexualidade.

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDEZ

Toda mulher, com vida sexual ativa, com história de atraso menstrual superior a 21 (vinte e um) dias, náuseas e aumento de volume abdominal deverá ser acolhida pela Equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e encaminhada para consulta de acolhimento com enfermeiro ou médico para diagnóstico da gestação e solicitação do Teste Rápido de Gravidez (TIG). Em caso positivo dispensa o BHCG sérico.

Nesta consulta de acolhimento, quando resultado positivo, deve ser indicada a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso. Deverá ser agendada a primeira consulta de Pré-Natal com o enfermeiro, sendo que a captação deve ser precoce (antes de 12 semanas). Em caso de BHCG negativo, repetir em 15 dias, permanecendo negativo, encaminhar para ginecologista avaliar causa de amenorréia.

ROTINAS DE ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

As consultas de pré-natal, segundo Cartilha Municipal, 2023 deve ser realizadas de forma intercalada entre enfermeiro (a) e médico (a) e o acesso ao agendamento das consultas deve ser garantido à gestante. No entanto, o enfermeiro pode conduzir todo o Pré-Natal de risco habitual conforme recomendação do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013).

É notório que a divisão exata para as consultas de cada profissional é inviável, devido ao período de captação dessa gestante, que deverá acontecer até a 12ª semana para ser incluída no Indicador de desempenho.

A consulta deve ser composta de anamnese abrangente, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral, incluindo exame ginecológico e mamário. Os retornos pré-natais devem ser adaptados às necessidades de cada caso.

CRONOGRAMA DE CONSULTAS:

Idade Gestacional	Periodicidade
Até a 28ª semana	Mensalmente
Da 28ª até a 36ª semana	Quinzenalmente
Da 36ª até a 41ª semana*	Semanalmente
A partir da 41ª semana, encaminhar a maternidade de referência para resolução do parto e já orientar a paciente que ela deverá voltar a UBS em até 7 dias após o parto para a consulta puerperal. *Paciente com 02 cesarianas anteriores, encaminhar para a resolução com 39 semanas.	
Em nenhuma hipótese existe alta do pré-natal.	

CONSULTAS DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL

Didaticamente iremos dividir as consultas como:

- ☐ 1a Consulta de Pré-natal,
- ☐ Consultas de Retorno ,
- ☐ Consulta Puerperal
- ☐ Consulta do Parceiro.

Na Consulta de Enfermagem, o profissional deve acolher, orientar, esclarecer as dúvidas, encorajar os indivíduos para adesão ao Pré-Natal. Deve ser composta de anamnese abrangente, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral, incluindo exame ginecológico e mamário.

O Roteiro de consulta baseado em SOAP, deve ser registrado em prontuário eletrônico.

☐ 1a Consulta de Pré-natal,

Subjetivo: Histórico de Enfermagem/Motivo da consulta (queixa). Sintomas e queixas, Planejamento reprodutivo, Rede familiar e social, Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais, Atividade Física, História nutricional Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro, Alcool e outras substâncias psicoativas lícitas e ilícitas) Antecedentes familiares, Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno, - DUM, Idade Gestacional e Cálculo da DPP;

Objetivo: Exame físico - Ao iniciar o exame, fazê-lo no sentido céfalo-caudal e manter a privacidade da gestante. O exame físico é subdividido em geral e obstétrico.

Exame Geral: determinação do peso e altura; aferir a pressão arterial; inspeção da pele e mucosas; ausculta cardiopulmonar; exame do abdome; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros).

Exame Específico: inspeção e palpação de mamas: avaliar simetria e tipo de mamilos (normais, planos, invertidos); palpação obstétrica e; medida da altura uterina (AU); ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) após a 12ª semana; avaliar genitália externa; proceder a coleta do exame colpocitológico para gestantes, se necessário e apenas ectocérvice.

Avaliação: Diagnósticos / diagnósticos em enfermagem com CIAP 2 Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC);

Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações; Avaliação de risco gestacional;

• **Diagnósticos X CIAP2 (ATENÇÃO - O CIAP2 que habilita o pré-natal é o W78,** os demais são complementares e podem ser adicionados a cada consulta). W01 Questão sobre gravidez

- W02 Medo de estar grávida
- W03 Hemorragia antes do parto
- W05 Vômitos/náuseas durante a gravidez
- W17 Hemorragia pós-parto
- W18 Sinais/sintomas pós-parto
- W19 Sinais/sintomas da mama/lactação
- W21 Preocupação com a imagem corporal na gravidez
- W27 Medo de complicações na gravidez
- W28 Limitação funcional/incapacidade
- W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros
- W70 Sepsis/infecção puerperal
- W71 Infecções que complicam a gravidez
- W72 Neoplasia maligna relacionada com gravidez
- W73 Neoplasia benigna/incerta relacionada com a gravidez
- W75 Lesões traumáticas que complicam a gravidez
- W76 Malformação congênita que complica a gravidez
- W78 Gravidez
- W79 Gravidez não desejada
- W80 Gravidez ectópica
- W81 Toxemia gravídica/ DHEG
- W82 Aborto espontâneo
- W83 Aborto provocado
- W84 Gravidez de alto risco
- W85 Diabetes gestacional
- W90 Parto sem complicações de nascido vivo
- W91 Parto sem complicações de natimorto
- W92 Parto com complicações de nascido vivo
- W93 Parto com complicações de natimorto
- W94 Mastite puerperal
- W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério
- W96 Outras complicações do puerpério
- W99 Outros problemas da gravidez/parto

ATENÇÃO: CIAP 2 QUE ENCERRAM UMA GESTAÇÃO: W82, W83, W90, W91, W92 E W93

Plano: Intervenções e condutas de enfermagem

- Orientações;
- Preencher Caderneta da Gestante (1a Consulta)
- Solicitar exames Laboratoriais de rotina do primeiro trimestre, ou se consulta subsequente, solicitar os exames pertinentes ao período gestacional;
- Solicitar e ou avaliar Ultrassonografia (de acordo com período gestacional)
- Prescrever suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, de acordo com os critérios
- Condutas frente aos sinais e sintomas apresentado (vide Item ...);
- Realizar teste rápido diagnóstico (HIV, Sífilis, Hepatite B e C);
- Solicitar cartão vacinal e/ou prescrever vacinas da gestação atual;
- Encaminhar / agendar no prontuário eletrônico, consulta odontológica;
- Realizar consulta do parceiro, caso não esteja, convidar para próxima consultas;
- Encaminhar para consulta especializada / ou alto risco, se necessário.
- Agendar consulta de retorno.

Prescrição de suplementação profilática de Sulfato Ferroso

Público	Conduta	Periodicidade	Quem faz?
Gestante	40 mg de ferro elementar	Diariamente até o final da gestação, SEM QUADRO DE ANEMIA. Posologia: 1 comprimido 30 minutos antes do almoço.	Médico/ Enfermeiro
Mulheres pós-parto e pós-aborto	40 mg de ferro elementar	Diariamente até o terceiro mês pós-parto ou pós-aborto	Médico/ Enfermeiro

*Postergar o início do uso, caso gestante com queixas ou exames compatíveis com quadro infeccioso.

Prescrição de suplementação profilática de Ácido fólico

Público	Conduta	Periodicidade	Quem faz?
Mulheres que planejam engravidar	Ácido fólico	Iniciar, no mínimo, 30 dias antes da concepção (ideal 3 meses). Posologia: 400 mcg de ácido fólico: Solução oral 0,2mg/mL - 40 gotas 1 vez ao dia, 30 minutos antes do almoço.	Médico/ Enfermeiro
Gestante	Ácido fólico	- Diariamente até o final da gestação. Posologia risco habitual: 400 mcg de ácido fólico: Solução oral 0,2mg/mL - 40 gotas 1 vez ao dia, 30 minutos antes do almoço. ou Ácido fólico 5mg - 1 comprimido 30 minutos antes do almoço	Médico/ Enfermeiro

- Consulta Subsequente

Subjetivo: abordar queixas e ou problemas que teve desde a última consulta.

OBJETIVO:

Definir idade gestacional (fazendo correções e comparações com USG, se necessário); Aferir PA e peso, registrar IMC no gráfico; Medir altura uterina; Auscultar BCF e identificação da situação, posição e apresentação fetal (a partir da 28ª semana); Verificar edema; Registrar exames complementares.

Avaliação: Diagnósticos / diagnósticos em enfermagem com CIAP 2

Avaliar os exames complementares registrados e instituir condutas adequadas diante dos resultados alterados; Avaliação de risco gestacional;

PLANO:

- Realizar orientações de acordo com a queixas e fase gestacional; Solicitar exames complementares de acordo com as rotinas de cada trimestre e resultados alterados anteriores. Exemplos: Se Rh negativo, solicitar coombs indireto; Se IgG Toxoplasmose não reagente, repetir; Se Anti-HBS não reagente, repetir pós revacinação para Hepatite B.
- Verificar se vacinas prescritas foram administradas;
- Verificar se fazendo uso da suplementação profilática de sulfato ferroso (contínuo) e ácido fólico, se necessário;
- Encaminhar para visita na maternidade (a partir de 25 semanas);
- Abordar planejamento familiar;
- Agendar retorno (de acordo com tabela de consultas ou avaliação de risco gestacional).

Observação: Se disponível na rede de atendimento do SUS, solicitar e/ou realizar rastreamento para clamídia, gonococo e estreptococos do grupo B (GBS).

- Consulta Puerperal

Recomenda-se uma visita domiciliar na 1a semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Subjetivo: Realizar levantamento das informações sobre o parto (Maternidade), idade gestacional, tipo de parto: se cesariana, qual indicação, duração do trabalho de parto, tempo de internação, intercorrências.

Objetivo: exame físico geral, exame das mamas, episiotomia ou ferida cirúrgica, avaliar perdas sanguíneas líquidos normais

Avaliação: Diagnósticos / diagnósticos em enfermagem com CIAP 2 W17 Hemorragia pós-parto

- W19 Sinais/sintomas da mama/lactação
- W70 Sepsis/infecção puerperal
- W71 Infecções que complicam a gestação
- W90 Parto sem complicações de nascido vivo (parto normal)
- W92 Parto com complicação de nascido vivo (parto assistido; parto pélvico; cesariana; distócia; parto induzido)
- W94 Mastite puerperal
- W95 Outros problemas da mama durante a gravidez/puerpério

ATENÇÃO: CIAP 2 QUE ENCERRAM UMA GESTAÇÃO: W82, W83, W90, W91, W92 E W93

Plano:

- Oferecer orientações e suporte efetivo para o aleitamento materno exclusivo, salvo em casos de contraindicações;
- Orientar sobre retorno da atividade sexual (não existe prazo definido, mas geralmente recomenda-se aguardar 2 a 3 semanas após o parto), retorno da fertilidade e instituir as medidas contraceptivas pertinentes. Orientar que mulheres que amamentam costumam apresentar atrofia vaginal, o que pode dificultar a relação sexual. Se isso ocorrer, pode ser usado lubrificante;
- Atentar para os sinais de alerta, que demandam encaminhamento;
- Realizar ou encaminhar a equipe enfermagem para retirada de pontos e curativo;
- Solicitar exames complementares somente quando indicado para situações clínicas especiais (seguimento de anemia e diabetes gestacional, por exemplo).

- CONSULTA DE PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

O procedimento "consulta de pré-natal do parceiro" foi incluído no rol do Sistema Único de Saúde. Deve ser colocado no CIAP2 o código A98 - Medicina Preventiva e deve ser incluída na finalização, em procedimentos administrativos - Consulta de pré natal do parceiro.

A estratégia Pré-natal do Parceiro pode constituir-se de uma importante estratégia "porta de entrada positiva", onde gera acesso para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população.

O termo "parceiro" se estende a qualquer pessoa quem se coloca ao lado de uma pessoa que gesta (que pode ser tanto uma mulher cisgênero como homem transgênero), apoiando e cumprindo sua função de parceiro no exercício da parentalidade.

Subjetivo: queixa principal e histórico de saúde, incluindo vacinação

Objetivo: exame físico, medições antropométricas (Aferição de Pressão Arterial; Verificação de Peso e cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal); realizar teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatite B e C e proceder a registro de seus resultados

Avaliação: Diagnóstico em CIAP2 frente ao que foi levantado na anamnese e exame físico; A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde

A29 Outros sinais/sintomas gerais e ou CIAP2 das queixas encontradas.

PLANO:

- Avaliação vacinal
- Solicitação de exames: Tipagem sanguínea e Fator RH; Hemograma; Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicérides; VDR/L, Dosagem de Glicose; eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme).

- Preencher caderneta: parte que se refere ao Parceiro;
- Encaminhamentos, se necessário;

Agendar segunda consulta para resultados dos exames

ACONSELHAMENTO SOBRE O ESTILO DE VIDA

Trabalho	Certifique-se da ocupação da gestante para identificar riscos. Reafirme às mulheres que usualmente é seguro continuar trabalhando. Informe as gestantes sobre seus direitos e benefícios (vide Legislação vigente)
E v i t a n d o Infecções	Aconselhe as mulheres sobre como reduzir o risco de listeriose e salmonela, e como evitar toxoplasmose na gestação. Deve-se evitar o consumo de leite não pasteurizado e carnes cruas. Evitar ou, na impossibilidade, reaquecer produtos prontos para o consumo. Cozinhar ou adotar cuidados higiênicos no preparo de vegetais crus. Atentar para origem, higiene e condições dos produtos que consome. Em relação à toxoplasmose, as gestantes suscetíveis devem ser orientadas a evitar contato com fezes de gatos, evitar o contato com terra, e não ingerir vegetais mal lavados e carnes mal cozidas.
Medicamentos	Prescreva o menor número possível de medicamentos, e apenas nas circunstâncias em que os benefícios superem os riscos. Aconselhe as mulheres a não utilizar medicamentos não prescritos
T e r a p i a s Complementares	Informe as mulheres de que poucas terapias complementares são comprovadamente seguras e efetivas na gestação.
Exercícios	Não há risco associado em iniciar ou continuar exercícios moderados para gestantes de baixo risco. A atividade física aeróbica regular pode melhorar o bem-estar geral, além de ser útil em situações em que são necessárias medidas para controle do ganho de peso. Esportes que podem levar ao trauma abdominal, quedas ou estresse articular excessivo, além de mergulho com cilindro, devem ser evitados. Gestantes com sangramento vaginal, risco de parto prematuro e outras situações clínicas especiais, como hipertensão gestacional, não devem praticar exercícios físicos.
Maconha	Incentive as gestantes a não fazer uso de maconha
Relação Sexual	Reafirme às mulheres que relações sexuais são consideradas seguras durante a gestação, não estando associadas a qualquer efeito adverso, em qualquer idade gestacional. As posições do casal podem sofrer mudanças com o passar do tempo: no primeiro trimestre, não há restrições, mas com o crescimento uterino deve-se evitar compressão sobre o abdome e sobrecarga da coluna
Álcool	Aconselhe às mulheres que estão grávidas ou planejando engravidar a evitar o consumo de álcool, principalmente nos primeiros 3 meses
Tabagismo	Discuta o uso de tabaco e informe sobre seus riscos durante a gestação. Forneça informações, aconselhamento e suporte sobre como parar de fumar durante a gestação. Incentive a participação em grupos para cessação do tabagismo. Discuta a terapia de reposição de nicotina, individualizando riscos e benefícios
Viagens Aéreas	Longos trajetos estão associados com risco aumentado de trombose venosa, embora a possibilidade de qualquer risco adicional na gestação não esteja clara. Na população geral, meias elásticas são efetivas para redução do risco. As regras para viagens aéreas variam entre as companhias, mas geralmente não há restrição às viagens até 27 semanas.
Viagens de Carro	Orientar que o cinto de segurança deve passar acima e abaixo da barriga, e não sobre ela.
Tinturas para Cabelo	Os produtos químicos nas tinturas para cabelo nas doses utilizadas não são altamente tóxicos, e os estudos disponíveis não mostram maiores riscos para o feto, mas as evidências ainda são escassas. Os eventuais riscos podem ser diminuídos se a gestante aguardar até 12 semanas de gestação. Tinturas naturais, como Henna, são menos tóxicas, e o risco também é menor quando não se pintam as raízes, apenas as pontas (mechas e reflexos). Se a gestante optar por pintar o cabelo por conta própria, recomenda-se uso de luvas, ambiente ventilado, deixar a tintura no cabelo pelo menor tempo possível e lavar o cabelo após a aplicação. Levantar em consideração as alterações nos cabelos durante a gestação, que inclusive podem alterar a resposta às tinturas usadas. Recomenda-se testar o produto em pequena área do cabelo antes. Formol, por exemplo para alisamento, não deve ser utilizado em nenhum momento na gestação.

QUEIXAS FREQUENTES E CONDUTAS NA GESTAÇÃO (BRASIL 2012) CIAP

As alterações fisiológicas da gravidez produzem manifestações sobre o organismo da mulher que, muitas vezes, são percebidas como "doenças". Cabe ao profissional de saúde a correta interpretação e a devida orientação à mulher, sem a banalização de suas queixas.

As orientações descritas a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas. A maioria dos sintomas e sinais diminui e/ou desaparece com orientações alimentares, posturais e, na maioria das vezes, sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

No pré-natal de risco habitual, a abordagem de queixa frequente na gestação, pode ser realizada pelo profissional enfermeiro e/ou médico, cabendo a eles prescrição e conduta.

NÁUSEAS (D09) E VÔMITOS (D10) - Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3o trimestre.

Avaliar sempre a presença de sinais de alerta: queda do estado geral, sinais de desidratação, sinais de distúrbios metabólicos.

Investigar causa, de forma a afastar a Hiperêmese Gravídica, e proceder às seguintes orientações:

1. Fazer alimentação fracionada, pelo menos três refeições e dois lanches por dia;
2. Alimentar-se logo ao acordar;
3. Evitar jejum prolongado;
4. Variar refeições conforme a tolerância individual;
5. Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
6. Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas);
7. Evitar alimentos gordurosos e condimentados;
8. Evitar doces com grande concentração de açúcar;
9. Evitar alimentos com odor forte;
10. Manter boa ingestão de água e outros líquidos;
11. Adiar o horário de escovação dos dentes, evitando os primeiros instantes após levantar-se pela manhã, pode ser útil;
12. Apoio psicoterápico, se necessário.
13. Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:
1ª ESCOLHA: Bromoprida 4mg/ml - 50 gotas de 8/8 horas ou Bromoprida 10mg - 01 comprimido 8/8h;
2ª ESCOLHA: * Metoclopramida 10mg - 1 comprimido de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições).

PIROSE (AZIA - D03) / ERUCTAÇÃO / PLENITUDE GÁSTRICA - associado as alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrica resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra abdominal, aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino. Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre. Recomenda-se

1. Ingestão de alimentos de forma fracionada (pequenas quantidades e com maior frequência);
2. Ao dormir, buscar elevar o tronco em relação ao resto do corpo (pode-se elevar a cabeceira da cama);
3. Evitar frituras, café, chá preto, mates, alimentos gordurosos e picantes e outros irritantes gástricos, doces, álcool e fumo;
4. Após as refeições, deitar-se só após uma ou duas horas;
5. Fracionar as refeições;
6. Mastigar bem os alimentos;
7. Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:
● Hidróxido de alumínio 6% - 10 a 15 mL (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se; - Orientar armazenamento na geladeira.
● Hidróxido de Magnésio Suspensão Oral - 5 a 15 mL - 01 colher de chá a 01 colher de sopa após as refeições.

SIALORRÉIA (SALIVAÇÃO EXCESSIVA) - Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação. Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.

1. Orientar alimentação semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
2. Orientar a gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor)

FRAQUEZAS (A04) E DESMAIOS (A06)

1. Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;
2. Indicar alimentação fracionada, evitando jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições;
3. Evitar vestuário desconfortável e que produza calor excessivo;
4. Evitar ambientes pouco ventilados;
5. Explicar à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

DOR ABDOMINAL (D01) E CÓLICAS

Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente e (por volta da 30a semana); Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta (febre, sinal de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo); Presença de ITU; Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas. Nos casos de epigastria ou dor no hipocôndrio direito, principalmente no 3º trimestre, estar alerta para sintomas associados à síndrome HELLP (Hipertensão na Gestação);

1. Orientar a paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta o débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe);
2. Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar a barriga;
3. Cuidados nutricionais, aumento da ingestão hídrica e bons hábitos para prevenir a constipação e flatulência;
4. Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro;
5. Em caso de trabalho de parto prematuro (TPP), orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.
6. Butilescopolamina 10mg/mL - 20 gotas de 8/8 horas ou 01 comprimido 10MG 8/8h Simeticona 75mg/mL - 16 gotas de 8/8 horas

FLATULÊNCIA (D08) E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL (D12)

Pela ação hormonal dos esteróides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e hábito de eliminação intestinal inadequado. As vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas.

1. Orientar alimentação rica em fibras, com o consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras, de preferência cruas, e cereais integrais;

2. Recomendar que aumente a ingestão de água e evite alimentos de alta fermentação, por exemplo, feijão, repolho, batata, milho, ovo, frituras, etc.;
3. recomendar caminhadas e movimentação leve;
4. Incentivar que a paciente aproveite o reflexo gastrocólico (desejo de evacuar após a refeição), evitando horários fixos para as exsenações intestinais;
5. Não se devem prescrever óleos minerais porque eles reduzem a absorção de vitaminas lipossolúveis.
6. Se não houver resposta à suplementação com fibras, podem ser utilizados: Simeticona 75mg/ml – 16 gotas duas a três vezes ao dia, para gases, e supositório de glicerina para constipação intestinal.

DOENÇA HEMORROIDÁRIA (K96)

O aumento do volume uterino, que comprime a veia cava inferior e dificulta o retorno venoso, associado à constipação, favorece a dilatação das veias retais, levando ao aparecimento de hemorroidas. Recomendar à gestante:

1. Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina;
2. Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação;
3. Pode causar alívio a aplicação de anestésicos tópicos, se necessário;
4. Fazer banhos de vapor ou compressas mornas;
5. Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente, encaminhando ao proctologista, se presentes complicações como trombose.

LEUCORREIA (X14)

O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada pelo fato das vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer e rotura prematura de membranas. Avaliar sempre se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros. Recomenda-se:

- Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível;
- Fazer higiene íntima no sentido antero posterior com sabão neutro;

ATENÇÃO As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos. Nos sintomáticos as queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento pós-coito, dispareunia e disúria. 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.

Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por 7(sete) dias (derivados imidazólicos: miconazol, terconazol, clotrimazol).

QUEIXAS URINÁRIAS (U07)

A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. Avaliar sempre:

1. Presença de sinais de alerta;
2. Presença de sintomas sistêmicos.
3. Aumentar ingestão hídrica;
4. Repouso em decúbito lateral esquerdo;

Atenção aos sintomas da infecção urinária: Cistite: aumento da frequência urinária; dor ou ardência ao urinar; dor supra púbica; sangramento na urina Pielonefrite: febre, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar.

Solicitar EAS e Urocultura com TSA
Encaminha para avaliação médica/emergência.

FALTA DE AR E DIFICULDADE PARA RESPIRAR (R02)

Esses sintomas são frequentes na gestação em decorrência do aumento do útero, elevação do diafragma ou ansiedade da gestante. Recomenda-se:

1. Repouso em decúbito lateral esquerdo.
2. Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso.
3. Atentar para outros sintomas associados e para achados no exame cardiopulmonar.

Caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico, avaliar a necessidade de investigação complementar e/ou consulta com especialista.

MASTALGIA/DESCARGA PAPILAR (X21)

Recomenda-se uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas. Não perder a oportunidade de orientar para o preparo das mamas para a amamentação. O colostro, principalmente nas fases tardias da gravidez, pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.

DOR LOMBAR (L03)

As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embelheira gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica.

Avaliar sempre:

- Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento);
 - Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral,
 - Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico);
 - História de trauma, sangramento vaginal - sintomas sistêmicos - sinais de abdome agudo; Recomendar -se:
 - 1. O uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos;
 - 2. Aplicação de calor local e massagens;
 - 3. Acupuntura;
 - 4. Corrigir postura e movimentar-se devagar;
 - 5. Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural.
 - 6. Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna;
 - 7. Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto;
 - 8. Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade;
 - 9. Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto.
 - 10. Encaminhar para fisioterapia, caso necessário.
- Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:
11. Paracetamol 500 mg de 6/6 horas, se dor.

ATENÇÃO: Em casos de dor em baixo ventre de intensidade, duração sugestivas de contração; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos ou de abdome agudo (MS.2017). Encaminhar para avaliação de urgência.

CEFALÉIA (N01)

Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais. Pode também estar relacionado à tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança, a períodos longos em jejum e ingestão hídrica inadequada.

Sempre afastar o risco de alterações de pressão arterial e sinais de pré-eclâmpsia; investigar história prevista de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos.

Recomenda-se:

1. Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;
 2. Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais;
 3. Orientar exercícios de relaxamento e respiração, prática de meditação ou yoga;
 4. Facilitar expressão de sentimentos e expectativas;
 5. Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia;
 6. Estimular a prática física;
 7. Estimular aumento da ingestão hídrica e alimentação adequada;
 8. Se dor recorrente,
 9. Orientar repouso;
 10. Se dor recorrente, orientar sobre os sinais de alerta *
- Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:
11. Paracetamol 500mg – 1 comprimido até de 6/6 horas ou Paracetamol 200mg/ml - 50 gotas de 6/6 horas.
 12. Dipirona 500mg – 1 comprimido até de 6/6 horas.
- OBS:** Se a dor for recorrente, orientar sobre os sinais de alerta e encaminhar para consulta médica.

SONOLÊNCIA / INSÔNIA (P06)

Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos e inseguranças que circundam a hora do parto.

Recomenda-se:

1. Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos;
2. Estimular o repouso;
3. Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga;
4. Estimular a meditação;
5. Avaliar Pressão Arterial;
6. Aumentar a ingestão hídrica.

SANGRAMENTO NAS GENGIVAS (D19)

Recomendar o uso de escova de dente macia e orientar a prática de massagem na gengiva e bochechos com soluções antissépticas.

Agendar atendimento odontológico - 1º e 2º trimestre de rotina e se possível, sempre que necessário.

VARIZES (K96)

Assim como as hemorroidas, as varizes podem aparecer principalmente no final da gravidez e devem -se à dificuldade do retorno venoso imposto pela compressão do útero gravídico à veia cava inferior. Variam desde a sensação de desconforto ao final do dia até casos mais graves, como trombose e tromboflebite. Manifestam -se nos membros inferiores e na vulva

Recomendar-se

1. Não permanecer muito tempo em pé ou sentada e evitar inatividade;
2. Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
3. Pode ser útil elevar os pés da cama;
4. Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; podem -se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha.

As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos profusos. Avaliar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

CÂMBRAS (L14)

Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez. A causa pode estar associada a estiramento da musculatura e da fáscia, deficiente circulação nos músculos devido à pressão uterina, redução do nível de Cálcio, compressão de raízes nervosas e problemas posturais;

Recomenda-se:

1. Aumentar a ingestão de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.);
 2. Pisar em superfície fria;
 3. Massagear músculo contraído e dolorido;
 4. Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);
 5. No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado;
 6. Nas crises, a grávida com câmbiras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens nas pernas e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé;
 7. Evitar excesso de exercício físico
- Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa.

CLOASMA GRAVÍDICO (HIPERPIGMENTAÇÃO DA PELE - S08)

O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. Se deve ao aumento dos hormônios melanina, estrogênio e progesterona. É comum na gravidez e geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regredem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico.

1. Recomendar a não exposição do rosto diretamente ao sol;
2. Recomendar o uso de filtro solar tópico, no mínimo 3 vezes ao dia.

ESTRIAS (S99)

Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdômen inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. São resultado da distensão dos tecidos e que no início apresentam cor arroxeada, tendem com o tempo a ficar de cor semelhante à da pele. Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas e cremes hidratantes, compatíveis com a gestação, na tentativa de preveni-las.

ATENÇÃO: Tratamentos de estrias estão contraindicados na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, também contraindicado na amamentação.

EDEMA (K07)

No geral, surge no 3o trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteróides dos ovários, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com a mecânica postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação. Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. Avaliar sempre a possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia. A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal, com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional.

Recomenda-se:

1. Elevar as pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min várias vezes ao dia;
2. Realizar exercícios rotatórios com tornozelos;
3. Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas se caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos, favorecendo o retorno venoso diminuindo o edema;
4. Usar roupas leves, evitando roupas apertadas que dificultem o retorno venoso;
5. Dieta normossódica e aumentar ingestão hídrica;
6. Realizar controle de peso e pressão arterial. Na presença de edema associado a hipertensão ou ganho de peso, edema generalizado ou edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos (suspeita de TVP) encaminhar para urgência obstétrica.

EPISTAXE/OBSTRUÇÃO NASAL (R06)

O aumento de estrogênio característico da gestação provoca mudanças na mucosa que favorecem o sangramento nasal, principalmente em locais menos úmidos e no inverno. Sendo em pequena quantidade e esporádico, não é motivo para preocupação, deve sempre acompanhar a pressão arterial sistêmica e capacidade de coagulação.

O prejuízo ao sono e o desconforto, por vezes limitantes de atividades laborais, podem indicar o benefício da administração de descongestionantes nasais e lubrificantes das vias aéreas superiores; devem ser usados com cautela (preferencialmente, apenas à noite).

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO (N93)

Síndrome que ocorre devido ao edema do túnel do carpo, de etiologia não perfeitamente conhecida. Sua incidência varia de 25 a 50%. Os sintomas são dores nas mãos e parestesia à noite e no início da manhã. Costuma ser autolimitada, com melhora dos sintomas em 60% das pacientes 30 dias após o parto e em 95% 1 ano depois.

O tratamento conservador é feito com imobilização da mão com tala. O tratamento cirúrgico reserva-se aos casos mais graves e, geralmente, não é realizado durante a gestação.

INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

A gestação é um fenômeno normal e na maioria dos casos sua evolução ocorre sem qualquer complicação, porém, em cerca de 10 a 20% das mulheres a gestação pode ocasionar problemas mais ou menos graves que se enquadram nas gestações de alto risco.

Durante o pré-natal pode-se diagnosticar alguns fatores de riscos que podem comprometer o desenvolvimento da gestação, aumentando significativamente a probabilidade de intercorrências.

Devem ser necessariamente referenciadas as situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes e ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas.

Cabe ressaltar que ao identificar fatores de risco, o profissional de saúde deverá encaminhar a gestante para o serviço de Pré-natal de Alto Risco. Ainda assim, o monitoramento e o acompanhamento da gestante devem ter continuidade na atenção básica (concomitante com o alto risco), através de consultas com o enfermeiro com a finalidade de manter o vínculo e facilitar o tratamento no puerpério e puericultura.

A gestante classificada como de risco habitual pode ser acometida por intercorrências que modificam o curso da evolução, com isso, a probabilidade de desfechos também se altera e pode indicar encaminhamentos para a referência, por vezes emergencial, e que idealmente deve seguir uma padronização, conforme queixas patológicas.

HIPERÊMISE (W05)

Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desde a desidratação e oligúria até perda de peso e transtornos metabólicos, como alcalose (pela perda maior de cloreto – hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos), além de hiperbilirrubinemia. Nos casos graves, pode chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores desse transtorno.

Pode, também, estar associada à gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e aloimunização Rh. Há outros fatores que podem levar a vômitos com a mesma gravidade e que devem ser afastados, tais como úlcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais, etc.

Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese gravídica. Apoio psicológico, ações educativas desde o início da gravidez e reorientação alimentar são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados.

Nos casos de hiperêmese gravídica, a internação faz-se necessária, quando o tratamento inicialmente instituído com hidratação e antieméticos não teve a resposta esperada, ou quando a gestante já apresentou complicações do equilíbrio eletrolítico e ácido básico. A internação hospitalar também está recomendada quando o tratamento ambulatorial ou na unidade básica de saúde não conseguir controlar a situação.

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS (W03)

Para o sucesso do atendimento é imperativa a realização de um diagnóstico etiológico o mais precoce possível, particularmente nas situações emergenciais. Devendo haver uma ação ágil, eficaz e sistematizada, encaminhando a gestante para a referência de alto risco o mais breve possível.

É importante ressaltar que nessas condições, considerando as alterações volêmicas fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal, a paciente frequentemente demora em exibir repercussões hemodinâmicas.

Quando elas aparecem, a descompensação circulatória já está instalada.

Na avaliação do caso o exame ginecológico deve ser realizado, particularmente o especular, para o diagnóstico diferencial de outras possíveis causas de hemorragia e como forma de se evitar o toque vaginal, que pode ser prejudicial no caso de placenta prévia.

Nas mulheres identificadas como Rh negativo, valorizar a necessidade de imunoprofilaxia Rh quando o parceiro for Rh positivo ou desconhecido. Nos casos em que houver eliminação de material pelo colo uterino, compatível com restos ovulares, providenciar exame anatomopatológico.

As situações hemorrágicas mais importantes durante a gravidez são:

- Primeira metade – abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional;
- Segunda metade – placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP).

Abortamento: Sinais de alerta para abortamento: Sangramento vaginal; Presença de cólicas no hipogástrico. Exame especular e toque vaginal. Visualizar o colo uterino para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor. Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não).

Em caso de ameaça de abortamento, deve ser solicitado ultrassom transvaginal. Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo; para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares; para o diagnóstico de aborto retido: presença de conceito morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio; no aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.

Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.

- No abortamento inevitável e aborto retido: Encaminhar para o hospital de referência obstétrica
- No abortamento infectado: Iniciar fluido terapia, para a estabilização hemodinâmica; encaminhar para o hospital de referência obstétrica.

GRAVIDEZ ECTÓPICA (W80):

- Características: História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa; USG após 5a semana de gestação não demonstrando gravidez típica.
- Sinais de alerta: sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com hipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário. Na suspeita diagnóstica, encaminhar a mulher para hospital de referência para exame ultrassonográfico, definição e tratamento.

Mola hidatiforme (W73): O diagnóstico clínico pode ser feito pela presença de sangramento vaginal intermitente, geralmente de pequena intensidade, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico). A altura uterina ou o volume uterino, em geral, são incompatíveis com o esperado para a idade gestacional, sendo maiores previamente a um episódio de sangramento e menores após (útero em sanfona). A presença de hiperêmese é mais acentuada, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólitos. Atentar para a presença de hipertensão arterial precoce, já que essa é uma das poucas condições de pré-eclâmpsia previamente à 20a semana de gestação.

O diagnóstico é ultrassonográfico e, na suspeita clínica de mola hidatiforme, os casos devem ser encaminhados ao hospital de referência. Placenta prévia (W84): Também chamada de placenta de inserção baixa, ocorre na proporção de uma para cada 200 gestações. Corresponde a um processo patológico da segunda metade da gravidez, em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. As mulheres multiparas e com antecedentes de cesáreas e outras manipulações cirúrgicas uterinas, endometrites anteriores e gestantes em idade avançada, são consideradas de maior risco.

Na anamnese é relatada perda sanguínea por via vaginal, súbita, de cor vermelha viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor. É episódica, recorrente e progressiva, e com frequência ocorre na 30a semana (sangramento sentinela).

O exame obstétrico revela volume e tons uterinos normais, frequentemente com apresentação fetal anômala. De maneira habitual, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos.

O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. O diagnóstico de certeza é dado pelo exame ultrassonográfico. O profissional de saúde deve encaminhar a gestante para continuar o pré-natal em centro de referência para gestação de alto risco ou para o hospital, dependendo da intensidade do sangramento durante a avaliação.

Descolamento prematuro da placenta: É a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto. Ocorre em cerca de 0,5 a 1% de todas as gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

Características: Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer "sangramento oculto" quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire); Causa importante de sangramento no 3o trimestre.

Realização do exame obstétrico: Na fase inicial, ocorre taquihipersístolia (contrações muito frequentes [> cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertensão uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais; o útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.

Na suspeita diagnóstica encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.

ANEMIA (B80, B81, W84)

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dl (Organização Mundial de Saúde, 1975). No entanto, os valores de hemoglobina, assim como os de hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos, ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos, variáveis nas gestantes. Assim, mesmo as mulheres saudáveis apresentam redução das concentrações de hemoglobina durante a gravidez não complicada. Essa redução manifesta-se em torno da 8a semana, progride lentamente até a 34a semana e, então, permanece estabilizada até o parto. Não causa danos à mãe ou ao feto, pois, embora a concentração da hemoglobina esteja diminuída, a hipervolemia possibilita a perfusão e a oxigenação adequadas dos tecidos.

Dessa forma, é interessante adotarem-se outros critérios para a conceituação e para o diagnóstico de anemia. Os índices corpusculares, principalmente o Volume Corpuscular Médio (VCM = 81–95 dl), não sofrem variações em relação ao volume plasmático e podem, então, ser tomados com tal finalidade. Para fins práticos, tomando-se o VCM como indicador, identificam-se três tipos de anemia: microcíticas (VCM < 85 dl), normocíticas (VCM entre 85 e 95 dl) e macrocíticas (VCM > 95 dl). As principais causas de anemia na gestação são:

- Deficiência de ferro;
- Deficiência de ácido fólico;
- Deficiência de vitamina B12;
- Hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemias);
- Perda sanguínea crônica (sangramentos gastrointestinais ocultos).

Atentar para a gravidade do caso e a importância do diagnóstico etiológico da anemia, considerando a consulta com hematologista e a transferência para pré-natal de alto risco. A correção dos níveis hematemétricos é importante, inclusive como profilaxia da morbiletalidade pós-parto.

Anemia Ferropriva (B80): A anemia ferropriva, evidenciada por alterações dos níveis de hemoglobina.

Anemia Leve a Moderada - Hemoglobina ≤ 11 g/dl e > 8g/dl e VCM > 85 dl

- Manter pré-natal risco habitual;
- Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presente;
- Iniciar dose terapêutica de ferro – Sulfato Ferroso 40 mg – 1 comp. 1 hora antes do café da manhã, almoço e jantar; + ácido fólico – 1 vez ao dia;
- Repetir o exame em 60 dias, se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento, até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser mantida a dose de 40 mg/dia e repetir o exame em torno da 30a semana.

Entre os efeitos colaterais mais importantes desse regime de alta dosagem de ferro estão os gastrointestinais, tais como: epigastralgia, náuseas, vômitos, diarreia e obstipação. Em caso de gestante com intolerância ao ferro, encaminhar ao pré-natal de alto risco.

Anemia severa (W84) (Hemoglobina < 8 g/dl e VCM < 85 dl) e os outros tipos de anemias citados abaixo: referenciar ao pré-natal de alto risco.

Anemia Megaloblástica (B81): A anemia megaloblástica é causada por um defeito na síntese de DNA, que afeta as células de renovação rápida, às quais se incluem os precursores hematológicos e as células do epitélio gastrointestinal.

As deficiências de folato, de vitamina B12 ou de cobalamina são as causas mais comuns e mais importantes de anemia megaloblástica.

Durante a gestação, a deficiência de folato é a causa mais comum de anemia megaloblástica, sendo a deficiência de vitamina B12 a causa mais rara. A necessidade diária de folato fora do período gestacional é de aproximadamente 50µg, valor que aumenta de três a quatro vezes durante a gestação. Há um declínio na absorção do ácido fólico e em contrapartida um aumento da demanda em decorrência do desenvolvimento fetal.

Em geral, as manifestações clínicas da anemia megaloblástica na gestação ocorrem antes do terceiro trimestre. Como na anemia ferropriva, pode-se suspeitar do diagnóstico de anemia megaloblástica a partir de anamnese e exame físico cuidadoso.

Nesses casos, a gestante deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco.

Hemoglobinopatias: Em termos de estrutura, a hemoglobina é uma proteína tetramérica composta por dois pares de cadeias polipeptídicas ligadas por uma molécula do grupo heme. As cadeias polipeptídicas são chamadas de α (I), β (I), γ (I), δ (I), ϵ (I) e ζ (I). A hemoglobina adulta (hemoglobina A) compreende 95% do total da hemoglobina e é formada por duas cadeias α e duas cadeias β . Os outros 5% consistem de hemoglobina A2 (formada por duas cadeias α e duas cadeias β) e hemoglobina fetal F (formada por duas cadeias α e duas cadeias γ). A hemoglobina F é primária do feto e declina no terceiro trimestre de vida intrauterina atingindo o seu nadir (ponto mais baixo) alguns meses após o nascimento. As hemoglobinopatias ocorrem quando há uma mudança na estrutura da cadeia peptídica ou uma falha em sintetizar uma cadeia específica.

Nesses casos, a gestante deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco.

Anemia Falciforme(B78): A doença falciforme é uma alteração genética hereditária causada por uma mutação do gene que produz a hemoglobina. Em vez da hemoglobina A, é produzida a hemoglobina S, que tem formato arredondado e assume uma forma de meia-lua ou foice (daí o nome "falciforme"). Nesse formato, as hemácias não exercem a função de oxigenação do corpo de forma satisfatória e causam diversas complicações em órgãos e sistemas: além da anemia crônica, há episódios de dores osteoarticulares, dores abdominais, infecções, infartos, entre outros agravos. Embora a referida doença não tenha cura, existe tratamento. (BRASIL, 2012)

Mulheres com doença falciforme apresentam maior risco de abortamento e coações durante o parto (bebê natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, entre outras).

A gestante portadora de anemia falciforme deve ser encaminhada para um serviço de referência para a realização do seu pré-natal de alto risco. Embora a referida gestante seja de alto risco, ela continuará a ser atendida, concomitantemente, pela equipe de atenção básica na sua UBS para as demais orientações de saúde.

A indicação para mulheres com doença falciforme é que o parto aconteça no oitavo mês, pois é alta a probabilidade de ocorrer calcificação da placenta no nono mês de gestação. O parto não deve ser natural/fisiológico, pois há risco de hemorragia e outras complicações (como falta de sangue na maternidade, por exemplo), que podem acarretar morte. Os eventos maternos mais graves ocorrem principalmente no terceiro trimestre de gestação, durante o parto e o puerpério.

Talassemia(B78): A talassemia caracteriza-se pelo defeito na síntese da cadeia de globina, ocasionando anemia microcítica. As talassemias são classificadas de acordo com a cadeia de globina afetada, sendo as mais comuns a α -talassemia e a β -talassemia. Indivíduos heterozigotos frequentemente são assintomáticos.

Nesses casos, a gestante deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco.

Como na anemia falciforme, o parto deve seguir a indicação obstétrica, não havendo indicação de cesárea eletiva.

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO E ECLÂMPSIA (W81)

Complicação hipertensiva na gravidez é a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal no Brasil. Ocorre em cerca de 10% de todas as gestações e são mais frequentes nos casos de pré-eclâmpsia (PE), que é mais comum em mulheres nulíparas, com gestação múltipla, hipertensão crônica, história de PE anterior, síndrome do anticorpo antifosfolípide, nefropatia, história familiar de PE, diabetes mellitus e hidropisia fetal não imune.

Além de ser uma condição muito frequente, a hipertensão arterial associada à gestação é de fundamental importância porque pode ser prevenida, diagnosticada e tratada já durante o acompanhamento pré-natal, reduzindo a ocorrência de seus efeitos negativos sobre a saúde da mulher e da criança.

Achados	Condutas
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação; Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: - Mantenha o calendário habitual; - alimentação saudável; - Pratique atividade física leve regularmente.
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação; Valores da pressão < 140/90mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: - alimentação saudável, principalmente a diminuição de alimentos processados; - Aumente a ingestão hídrica. - Pratique atividade física leve regularmente
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Aumento da PA, mantendo nível <140/90mmHg.	Sinal de alerta: - orientações anteriores e - Agende controles mais próximos.
Negação de Hipertensão Arterial Prévia; Níveis de PA na 1a consulta - PA Sistólica $\geq$ 140mmHg e/ou diastólica $\geq$ 90 mmHg.	Reavaliar a PA após 4h de repouso – paciente devidamente posicionada com uso de manguito adequado. Avaliação médica na unidade, caso não seja possível encaminhar para emergência e PNAR.
Hipertensão arterial Crônica antes da gestação com pressão arterial abaixo de 120/80 mmHg e sem lesão em órgão-alvo	Recomenda-se reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento e iniciar monitoramento cuidadoso da pressão arterial e avaliação PNAR
Hipertensão arterial Crônica antes da gestação com pressão arterial elevada	Realizar a troca do anti-hipertensivo Iniciar Metildopa 250mg 8h8h e avaliação PNAR
Hipertensão arterial Crônica antes da gestação em uso de múltiplos anti-hipertensivos	Realizar a troca do anti-hipertensivo Iniciar Metildopa 250mg 8h8h e avaliação PNAR

É fundamental classificar a síndrome hipertensiva, diferenciando-se a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vasoconstrição aumentada com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica pré-existente.

Classificação da hipertensão arterial em mulheres gestantes Os critérios de classificação da hipertensão arterial em gestantes são diversos. Entre as recomendações adotadas pela International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, aquela que indica maior especificidade diagnóstica é a do National High Blood Pressure Education Program, que caracteriza:

Pré-eclâmpsia (W81) – estado hipertensivo acima da 20a semana de gravidez, acompanhado de proteinúria em 24 horas com valor maior ou igual a 300 mg. Pode surgir mais cedo quando ocorrer concomitantemente à mola hidatiforme e hidropisia fetal. O quadro hipertensivo desaparece até a 12a semana pós-parto. • Hipertensão gestacional – hipertensão detectada apenas após a 20a semana de gravidez, sem proteinúria significativa. É denominada "transitória" quando o estado hipertensivo desaparece após a 12a semana pós-parto.

PROFILAXIA DEVE SER INICIADA:

Gestantes que apresentam UM dos fatores abaixo:

- Hipertensão Arterial Crônica;
- História de doença Hipertensiva durante a gestação anterior;
- Diabetes tipo 1 e 2;
- Doença renal crônica;
- Doenças autoimunes, tais como Lupus Eritematoso Sistêmico ou Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide.

Gestantes que apresentam **MAIS DE UM** dos fatores abaixo:

- Primeira Gestação;
- Idade materna maior ou igual a 40 anos;
- Intervalo entre as gestações superior a 10 anos;
- IMC maior ou igual a 35 na primeira consulta;
- História familiar de pré-eclâmpsia;
- Gestação múltipla

CONDUTA

1. Carbonato de Cálcio 500 mg – 1 comprimido 3 vezes ao dia (Iniciar até 16 semanas e manter até o parto).
2. AAS (Ácido Acetilsalicílico) 100 mg – 1 comprimido à noite (Iniciar entre 12 e 16 semanas e manter até 36 semanas).

Hipertensão arterial crônica (HAC) – quadro hipertensivo diagnosticado antes da gravidez ou da 20a semana gestacional e que não desaparece após o parto, sem limitação de tempo.

Pré-eclâmpsia sobreposta a HAC – diagnóstico de proteinúria significativa, podendo acometer até 30% das grávidas com HAC. Deve-se suspeitar dessa complicação quando ocorrer piora súbita dos níveis tensionais e dos valores de proteinúria, surgimento de plaquetopenia e/ou anormalidades dos valores das transaminases.

O incremento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) não é reconhecido como critério diagnóstico, mas deve servir de alerta para o surgimento de pré-eclâmpsia, assim como o ganho de peso superior a 2 kg por semana, atribuível a edema, particularmente com instalação súbita, generalizado e sem melhora após repouso.

Crise hipertensiva (K85): A PAD $\geq$ 110 mmHg pode ser diagnosticada em pacientes com HAC grave ou ser a primeira manifestação clínica de pré-eclâmpsia, sendo necessário o controle do quadro com anti-hipertensivos de ação rápida, porém evitando-se os danos de uma redução intempestiva. A atuação preliminar deve ser seguida de encaminhamento à unidade hospitalar, para observação em local com maior suporte assistencial, e avaliação complementar com terapia adicional.

Público	Conduta	Periodicidade	Quem faz?
Gestante	Carbonato de Cálcio 500 mg - 1 comprimido 3 vezes ao dia.	Iniciar até 16 semanas e manter até o parto.	Médico/ Enfermeiro
	AAS (Ácido Acetilsalicílico) 100 mg - 1 comprimido à noite.	Iniciar entre 12 e 16 semanas e manter até 36 semanas.	

Estado hipertensivo: o valor de PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg, repetido em duas medidas separadas por um intervalo mínimo de 4 horas entre elas. Ao identificar uma grávida com estado hipertensivo, a classificação poderá ser agilizada se, durante o atendimento na unidade de saúde, o profissional proceder à pesquisa de proteinúria por fita reagentes.

É importante também que a equipe multiprofissional saiba reconhecer os elementos que caracterizam a pré-eclâmpsia grave:

- PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg.
- Proteinúria de 24 horas $\geq 2,0$ gramas.
- Epigastralgia/dor no hipocôndrio direito.
- Oligúria (500 ml/24 h)
- Creatinina sérica $> 1,2$ mg/dL.
- Aumento de TGO e TGP (2 a 3 vezes ou de $\uparrow 70$)
- Acometimento do sistema nervoso central – cefaleia, tontura, perda da consciência, diplopia, visão turva, escotomas cintilantes e agitação psicomotora.
- Plaquetopenia ($<100.000/mm^3$).
- Insuficiência cardíaca, edema pulmonar.
- Hemólise microangiopática – hiperbilirrubinemia (indireta $>1,2$) aumento de desidrogenase láctica (LDH >600 UI/L), hemácias fragmentadas no sangue periférico.
- Sofrimento Fetal Crônico

DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO (W85)

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. São considerados fatores de risco para o diabetes gestacional: obesidade ou ganho de peso excessivo na gravidez atual; deposição central e excessiva de gordura corporal; história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; gestantes que nasceram com baixo peso; crescimento fetal excessivo, antecedentes obstétricos de aborto de repetição, de más formações congênitas fetais, de morte fetal ou neonatal, de macrosomia ou de diabetes gestacional.

Os sintomas decorrentes de hiperglicemia acentuada incluem perda inexplicada de peso, poliúria, polidipsia, polifagia e infecções.

A associação entre diabetes e gravidez deve ser enfrentada como um relevante desafio de saúde pública, que exige de todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal a capacitação adequada para atuar de forma sistematizada, reconhecendo essa endocrinopatia o mais precocemente possível e não adiando intervenções necessárias.

As consequências do diabetes mellitus a longo prazo decorrem de alterações micro e macro vasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Sabe-se que a retinopatia diabética pode ser agravada pela gestação e que a nefropatia diabética é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. A cetoacidose diabética, embora pouco frequente, constitui causa de morte materna.

Para a mãe, dados da literatura indicam que as gestantes diabéticas apresentaram maior prevalência de pré-eclâmpsia, maior ganho ponderal, infecções do trato urinário, vulvovaginites, infecção puerperal e óbito.

A hipertensão arterial crônica é uma complicação frequente em mulheres diabéticas.

Em pacientes com diabetes tipo 1 (definida a seguir), a HAC geralmente é decorrente de nefropatia prévia. Em diabéticas tipo 2, associa-se frequentemente com obesidade e hiperlipidemia, integrando a síndrome plurimetabólica.

Para o embrião/feto, os problemas descritos incluem:

- Abortamento;
 - Polidrâmnio;
 - Macrossomia e recém-nascido grande para a idade gestacional, que pode complicar (distócia de ombro, toco-traumatismo) ou inviabilizar a parturição via vaginal;
 - Anomalias congênitas, mais frequentemente as cardíacas (defeitos do septo ventricular, transposição dos grandes vasos e persistência do canal arterial), anomalias do sistema nervoso central, gastrintestinal, geniturinário e musculoesquelético;
 - Restrição do crescimento fetal, que pode complicar gestações em mulheres diabéticas com vasculopatias;
 - Óbito fetal, relacionado frequentemente à falta de triagem materna para o diabetes, demora para o diagnóstico e adoção tardia de cuidados.
- O recém-nascido de mãe diabética frequentemente também apresenta complicações como:
- Hipoglicemia, policitemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia;
 - Prematuridade espontânea, relacionada com o mau controle glicêmico, que provoca maiores incidências de polidrâmnio, macrossomias e infecções, principalmente do trato urinário; e prematuridade eletiva, relacionada à melhora do prognóstico materno e/ou fetal;
 - Síndrome do desconforto respiratório, mais frequente em recém-nascido de gestantes com controle irregular de sua glicemia;
 - Mortalidade perinatal.

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

Diabetes tipo 1 (ex-diabetes juvenil): cerca de 10% dos casos. O termo tipo 1 indica destruição de células beta que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando sua administração é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

Diabetes tipo 2 (ex-diabetes do adulto): cerca de 90% dos casos. O termo tipo 2 designa deficiência relativa de insulina. Nesses casos, a administração de insulina não visa evitar cetoacidose, mas sim controlar o quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e quando presente é acompanhada de infecção ou estresse muito graves. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura.

Diabetes gestacional: é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, que geralmente desaparece no período pós-parto, mas pode retornar anos depois. Essa condição metabólica tem diagnóstico controverso. É importante considerar que, segundo critérios da OMS, a incidência de diabetes gestacional no Brasil alcança cifras de 7,9%, representando, assim, uma complicação consideravelmente frequente, que requer atenção dos profissionais que atendem gestantes.

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL:

- História prévia de diabetes gestacional;
- Diabetes na família com parentesco em 1º grau;
- Baixa estatura ($< 1,50$ m);
- Idade superior a 35 anos;
- Obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação;
- Síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo;
- Uso de drogas hiperglicemiantes: corticoides, diuréticos tiazídicos;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, malformação fetal, polidrâmnio, macrossomia ou diabetes gestacional;
- Hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio.

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL:

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os "4 Ps").

Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição.

Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica alterada são:

GLICEMIA DE JEJUM (GJ) – NÍVEL DE GLICOSE SANGÜÍNEA APÓS JEJUM DE 8 A 12 HORAS.

Glicemia capilar em jejum - é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o DMG, independentemente da presença de fatores de risco. Se a gestante está no 1º trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose.

- A GJ com valor maior ou igual a 126 mg/dL, iniciar dietoterapia, com acompanhamento nutricional, e referenciar ao pré-natal de alto risco, com o mapa de controle glicêmico.

- Valor entre 92 a 125mg/dL: Fazer Hemoglicoteste (hgt) por 03 dias consecutivos e registrar em mapa de controle glicêmico. Após, retornar ao pré-natal de origem. Se algum valor for >92 mg/dL, iniciar dietoterapia, com acompanhamento nutricional, e encaminhar ao pré-natal de alto risco.

- Assim que possível, se esse exame resultar em valores normais, ou pelo menos um alterado, indicar repetição com 28 semanas de idade gestacional.

- Nos casos com glicemia de jejum menor que 92 mg/dL, realizar curva glicêmica 75 (jejum/1h/2h) entre a 24ª a 28ª semana para todas as gestantes.

Teste oral de tolerância à glicose com duas dosagens (TOTG-75g) – a paciente recebe uma carga de 75 g de glicose anidra em 250-300 ml de água, após um período de jejum entre 8 e 14 horas; a glicemia é medida antes, com 60 minutos e 120 minutos após a ingestão.

Conduta inicial para o diabetes durante a gestação:

Feito o diagnóstico de diabetes, a mulher deve ser encaminhada a uma unidade de referência para gestação de alto risco, para acompanhamento do pré-natal. Alguns exames laboratoriais complementares podem ser úteis para a avaliação do diabetes durante a gestação. Se possível, eles já podem ser solicitados na unidade básica, para evitar demora na avaliação especializada posterior.

- Creatinina sérica;
- TSH;
- Urina tipo I (para verificar infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, glicosúria) e urocultura;
- Proteinúria de 24 horas;
- Ultrassonografia obstétrica no 1º trimestre, para determinação da idade gestacional; Gestantes diabéticas prévias ou glicemia de jejum acima de 126 mg/dL na primeira consulta, solicitar Ecocardiograma Fetal entre a 26ª e 28ª semana. A insulina deve ser mantida para todas as pacientes que já faziam uso dela, assim como deve ser iniciada para diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes, ou para diabéticas gestacionais que não obtiveram controle satisfatório com dieta e exercícios físicos. Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia. O monitoramento da glicemia em casa, com fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado, é o método ideal de controle. As gestantes com diagnóstico de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe da atenção básica e pela equipe do pré-natal de alto risco

HEPATITE B (D72)

A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é transmitida por via sexual, transfusões de sangue anteriores à triagem sorológica em bancos de sangue (instituída em 1975 pela Resolução da Comissão Nacional de Hemoterapia I e mantida sucessivamente até a RDC no 153, de 2004), contato com sangue contaminado e pela transmissão vertical.

A taxa de transmissão vertical é de 70 a 90% em mulheres reagentes ao HBsAg e ao HBeAg (indicativo de replicação viral) e de 10 a 40% nas HBsAg reagentes, mas HBeAg não reagentes. Setenta a 90% dos recém-nascidos filhos de mãe portadora do VHB e contaminados desenvolvem a forma crônica da doença e podem, no futuro, apresentar suas complicações, tais como cirrose e carcinoma hepatocelular.

Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, recomenda-se triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg – antígeno de superfície do VHB. O resultado deve orientar a decisão sobre imunoprofilaxia para o recém-nascido e também conduta clínica com a gestante. Caso se detecte a presença de HBsAg na gestante, deve-se referenciá-la ao pré-natal de alto risco e contatar a maternidade onde será realizado o parto para que a mesma entre em contato com a Vigilância Epidemiológica, que disponibilizará a imunoglobulina hiperimune para hepatite B, a ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido e no máximo até o 7º dia após o nascimento (disponível nos CRIE - Centro de Imunobiológicos Especiais), além da imunização ativa através da vacina contra hepatite B. A criança deve receber doses subsequentes da vacina, com 1 e 6 meses, conforme esquema básico de vacinação.

Nessa situação específica é necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs (anticorpo contra o HBsAg) na criança, de 1 a 3 meses após a terceira dose da vacina.

Com relação à amamentação, apesar de o vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, o aleitamento em crianças filhas de mães portadoras do VHB está indicado logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana anti-hepatite B.

TOXOPLASMOSE (A78)

A toxoplasmose, causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG), adquire especial relevância quando infecta gestantes, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre as consequências da infecção aguda materna incluem-se a restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (microftalmia, lesões oculares, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais).

Diagnóstico - O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis, que devem ser orientadas sobre adoção de medidas preventivas para infecção aguda por meio de cuidados higienodietéticos. Outro aspecto relevante é a detecção precoce da infecção materna (soroconversão), visando iniciar terapia para prevenir a transmissão fetal e orientar confirmação de infecção intraútero o mais rápido possível.

Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, recomenda-se a realização da triagem sorológica independentemente de sintomas, se a gestante não tiver confirmação de infecção prévia. Nas gestantes soronegativas no início do pré-natal, o seguimento com repetição da sorologia (IgM e IgG) no 2o e no 3o trimestre poderá confirmar a soroconversão.

A maioria dos casos de toxoplasmose aguda na gestante pode acontecer sem sintomas ou com sintomas inespecíficos. Essa característica clínica respalda a decisão de se realizar triagem sorológica para detectar os casos que soro converteram, com infecção recente, que representam maior risco de infecção congênita. Assim, recomenda-se, para todas as gestantes, a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM (Elisa ou imunofluorescência) na primeira consulta de pré-natal, visto que o diagnóstico é eminentemente laboratorial. Se a gestante é proveniente de região de alta endemicidade, ela deverá ter rastreamento, com pesquisa de anticorpos IgM e IgG a cada trimestre, para detectar possível soroconversão (infecção aguda) durante a gravidez.

Na soroconversão confirmada, diagnóstica-se infecção aguda materna e deve-se encaminhar para o infectologista e pré-natal de alto risco.

Se no primeiro exame solicitado detectam-se anticorpos IgM, deve-se coletar amostra para teste de avididade de IgG o mais rápido possível. No caso de sorologia IgM e IgG positiva antes de 16 semanas deve-se solicitar IgG avididade para diferenciar infecção pré gestacional (alta avididade) daquela ocorrida durante a gestação (baixa avididade). Após 16 semanas, o teste de avididade não tem valor.

Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante provavelmente imune. Recomenda-se dar seguimento ao pré-natal de risco habitual.

Formas de prevenção primária:

- Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas.
- Lavar as mãos ao manipular alimentos.
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados.
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar.
- Usar luvas e lavar bem as mãos após contato com o solo e terra de jardim.
- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo.
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra.
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos; caso não seja possível, limpá-la e trocá-la diariamente, utilizando luvas e pазinha.
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que estes ingiram sua caixa.
- Lavar bem as mãos após contato com os animais.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (U71)

A infecção do trato urinário é comum em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais frequente na gestação. De 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, com 25 a 35% desenvolvendo pielonefrite aguda.

A gestação ocasiona modificações, algumas delas mediadas por hormônios que favorecem as ITUs: estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria, favorecendo o crescimento bacteriano e infecções.

Os microorganismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80 a 90% das infecções. Outros gram-negativos, como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*, respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B.

A bacteriúria assintomática é a mais frequente, e as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites), ou ainda o trato superior (pielonefrite).

Como medida genérica para toda grávida que apresentar qualquer sintoma ou infecção comprovada do trato urinário, a ingestão de grande quantidade de líquidos deve ser recomendada.

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml. Se não tratada, 25% das mulheres desenvolverão sintomas e progressão para pielonefrite. Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP), anemia e restrição do crescimento fetal. O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, na maior parte das vezes, o sedimento urinário pode estar normal.

Diferentemente de outras situações clínicas, a bacteriúria assintomática durante a gravidez deve ser tratada. O tratamento deve ser realizado, preferencialmente guiado pela suscetibilidade no antibiograma. (EAS + urocultura + TSA)

- Nitrofurantoína (B) 100mg de 6/6h;*
- Cefalexina (B) 500mg de 6/6h;
- Amoxicilina (B) 500mg de 6/6h

Observação: Bacteriúria assintomática por 5 dias e Cistite por 7 dias

Observação 2: A nitrofurantoína não deve ser utilizada a partir da 36ª semana de gestação, durante o trabalho de parto e parto, quando o início do trabalho de parto é iminente e em paciente com deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase). A nitrofurantoína pode danificar e destruir os glóbulos vermelhos do recém-nascido, resultando em anemia hemolítica

CISTITE (U71)

É caracterizada pela presença de sintomas clínicos evidentes, como disúria, polaciúria e urgência urinária. Neste caso, realizar exame físico para descartar uretrite e vaginite; solicitar EAS + cultura + TSA (Urgente).

A análise do sedimento urinário evidencia, geralmente, leucocitúria e hematúria francas, além do grande número de bactérias. O tratamento pode ser realizado com as mesmas opções da bacteriúria, sendo iniciado mesmo antes do resultado da urocultura, já que as pacientes são sintomáticas.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura 7 dias após o seu término. Na presença de duas infecções do trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia com nitrofurantoína 100 mg/dia, até 36 semanas, e realizar urocultura de controle a cada 6 semanas.

PIELONEFRITE AGUDA (U70)

É uma das complicações mais comuns e mais sérias durante a gestação, ocorrendo em 1% a 2% das gestantes. Clinicamente, a sintomatologia é evidente, com febre alta, calafrios e dor na loja renal (sinal de Giordano), além da referência progressiva de sintomas de infecção urinária baixa. A presença de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispnéia e hipotensão, pode sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser hospitalar.

Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para urgência/emergência obstétrica.

A pielonefrite aguda durante a gravidez é uma complicação séria que não pode ser subestimada. Atualmente é responsável por uma parcela importante de morbidade grave e até mesmo mortalidade materna.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura 7 dias após o término da antibioticoterapia.

SÍFILIS (X70)

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória. É considerada como evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, sua relativa simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico.

A sífilis na gestação, também de notificação compulsória, requer intervenção imediata, para que se reduza o risco de resposta imunológica ao treponema no feto, o que causa muitas das alterações observadas na doença congênita. Quanto mais recente for a infecção materna, maior a carga de treponemas circulantes e mais grave e frequente será o comprometimento fetal, que pode ocorrer em 70% a 100% dos casos. As manifestações clínicas podem variar do abortamento precoce, recém-nascidos sintomáticos extremamente graves e mesmo natimorto.

Entretanto, o nascimento de crianças assintomáticas é o quadro mais comum.

Deve-se realizar triagem rotineira das gestantes (Teste Rápido de Sífilis) três vezes na gestação (início do pré-natal, 2o e 3o trimestre) e no momento da internação hospitalar, seja para parto, seja para curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria GM/MS no 766/2004. O teste rápido de sífilis (teste treponêmico) reagente, confirmado pelo teste VDRL, no início do 3o trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero.

A gestante diagnosticada com sífilis deve ser inserida no Sistema de Monitoramento para agravos - Salus (módulo sífilis) conforme estipulado no Programa Sífilis Zero do Município, assim como sua classificação, tratamento e monitoramento, de acordo com o PCDT, 2022.

INFECÇÃO POR HIV (B90)

O diagnóstico durante a gestação, ou ainda no momento do trabalho de parto, com instituição de medidas apropriadas, pode reduzir significativamente a transmissão vertical (da mãe para o filho). O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal e repetido no 2o e 3o trimestre. Se não for realizada triagem a tempo, ou se houver outro questionamento diagnóstico, deve ser utilizado teste rápido na admissão à maternidade.

Condutas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:

- Encaminhar a gestante para unidade de referência em Doença Infecto-Parasitária/pré-natal de alto risco.
- Prestar o suporte psicológico necessário; - Informar sobre a redução importante da transmissão vertical com uso de terapia antirretroviral múltipla (TARV), com necessidade de acompanhamento médico especializado em serviço de referência durante toda a gestação.
- Discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais.
- Continuar o acompanhamento da gestante encaminhada, com atenção para a adesão às recomendações/prescrições.

OUTRAS IST's

O tratamento de IST's deverá ser realizado na Atenção Básica, sendo a gestante de Risco Habitual, não havendo necessidade de encaminhamento, somente para casos mais complexos

As IST's podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento para serviço especializado, sempre que houver indicação, utilizando no Município a referência da rede de atenção à saúde para doenças infecto contagiosas.

As IST's podem ser agrupadas em síndromes, como apresentadas a seguir:

A) Síndrome de úlcera genital: Presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. As causas mais comuns são, à exceção da sífilis primária, o cancro mole e o herpes genital.

- Herpes (90)
- Cancro mole

B) Síndrome de corrimento vaginal (14): Corrimento de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual, que pode ocorrer durante a gestação. As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoníase é considerada de transmissão sexual.

C) Síndrome de corrimento cervical: Caracteriza-se pela presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são infecção por gonococo e clamídia.

D) Síndrome do corrimento uretral (71): Presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento.

E) Condiloma acuminado: Caracteriza-se por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, perineo e região perianal, causadas pelo vírus HPV (Papiloma Virus Humano). A infecção viral pode ser subclínica e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados à neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

Tratamento da gestante: na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornarem-se friáveis, muitos especialistas indicam sua remoção em fases precoces da gestação, se for possível, evitando-se intervenção com grande perda de substância por cauterização (elétrica, térmica ou criocauterização) extensa ou exérese no final do 3o trimestre.

É importante orientar o uso de preservativo e avaliação do parceiro sexual, com suspensão de atividade sexual durante o tratamento.

Não há evidência de benefícios da operação cesariana no risco, que é baixo, de transmissão do HPV para o recém-nascido. Apenas em raros casos, quando o tamanho e a localização das lesões estiverem causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal puder ocasionar sangramento excessivo, a cesariana deverá ser indicada.

TRATAMENTOS DAS IST'S: A GESTANTE DEVE SER TRATADA SINDROMICAMENTE, SEGUINDO OS FLUXOGRAMAS VALIDADOS PELO PN-IST/Aids – MANUAL DE CONTROLE DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, MAIS ATUAL E OU VIDE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM MUNICIPAL PARA IST S.

TRABALHO DE PARTO PREMATURO (W84)

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas. Para diagnóstico de trabalho de parto prematuro, devem-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que existem contrações uterinas durante a gestação, denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade.

O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada 10 minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

CONDUTAS:

- Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Esses casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se a causa de base é identificada e tratada. Na eventualidade de as contrações persistirem, há necessidade de uso de tocolíticos e, portanto, a mulher deverá ser encaminhada para hospital de referência.

- Na presença de TPP com colo modificado, encaminhar a mulher para hospital de referência. O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional. Deve, portanto, ser encaminhado para a maternidade. É importante lembrar, para o profissional que faz o acompanhamento pré-natal, que a história de prematuridade anterior é o fator de risco que, isoladamente, tem a maior capacidade de prever a prematuridade na atual gestação.

O TPP com frequência é relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente a vaginose bacteriana. Por isso, nessas situações, estaria recomendado o rastreamento diagnóstico.

Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal, se estiver disponível.

A bacterioscopia da secreção vaginal é uma avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério de Nugent, que possibilita a detecção e o tratamento precoce da vaginose bacteriana. Quando realizada, a pesquisa deve ocorrer idealmente antes da 20ª semana de gestação, o que pode apresentar benefícios para a prevenção da prematuridade (verificar se na região esse exame está sendo executado).

Se a bacterioscopia estiver indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos três dos quatro critérios de Amsel:

- corrimento branco-acinzentado;
 - medida do pH > 4,5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do introito vaginal, na parede lateral da vagina;
 - liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal;
 - visualização de clue cells à microscopia.
- Na suspeita de infecção urinária, solicitar Urina tipo I e urocultura. O tratamento dessas condições, quando diagnosticadas, diminui o risco de prematuridade.

A gestante com história de parto prematuro anterior deverá ser encaminhada para a realização de um exame ultrassonográfico, idealmente entre a 20ª e a 24ª semana, quando realizará o exame morfológico para a medida do comprimento cervical.

GESTACÃO PROLONGADA

Conceitua-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas. Gravidez pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.

A incidência de pós-datismo é em torno de 5%. O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode estar falsado na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação, entre outros. Nessas situações, o exame ultrassonográfico precoce é recurso eficaz para o correto estabelecimento da idade gestacional.

Conduta: O controle da gestante nessa situação visa identificar a eventualidade de hipóxia consequente à insuficiência placentária. Dessa forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal. Ela pode ser avaliada na unidade básica de saúde pelo registro materno da movimentação fetal (moblograma) e pela normalidade na evolução do pré-natal.

Por volta da 40ª semana de idade gestacional, ou antes, se houver diminuição da movimentação fetal, encaminhar a gestante para a maternidade para outros testes de vitalidade fetal. Nesses casos, os profissionais da maternidade devem orientar adequadamente a gestante e a unidade básica de saúde responsável pelo pré-natal, segundo recomendações do manual técnico Gestação de Alto Risco.

A paciente deverá ser encaminhada com 41 semanas de gestação para indução do parto ou parto, segundo as características do caso.

É importante enfatizar que, embora seja encaminhada à maternidade para avaliação de vitalidade, nenhuma gestante deve receber alta do pré-natal da unidade básica antes de internação para o parto.

VARIZES E TROMBOEMBOLISMO (K94)

As varizes manifestam-se ou agravam-se na gestação por fatores hereditários, pela congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero grávido e por alterações hormonais.

São mais frequentes nos membros inferiores, sobretudo no direito, mas podem aparecer também na vulva. Nessa localização, habitualmente desaparecem após o parto. Na história clínica, é importante perguntar sobre a ocorrência de situação semelhante em familiares. As varizes estão associadas a edema e sensação de desconforto ou dor nas pernas.

A oclusão total ou parcial de uma veia por um trombo, com reação inflamatória primária ou secundária de sua parede, caracteriza-se como tromboembolismo, sendo mais comum nos membros inferiores e como consequência de varizes, da imobilização prolongada no leito, da obesidade e/ou de compressão da musculatura da panturrilha. Podem existir antecedentes de trombose.

A suspeita diagnóstica é feita por meio da história clínica de dor na panturrilha ou na coxa, aumento da temperatura local, edema, dificuldade de deambulação e/ou dor a dorso flexão do pé (sinal de Homans).

PARASITOSE INTESTINAIS (D96)

A incidência de helmintíases e protozooses intestinais continuam altas no Brasil. A maioria das parasitoses tem transmissão a partir de fezes humanas disseminadas no meio ambiente onde predominam condições precárias de higiene, habitação, alimentação e saneamento básico.

Helmintíases: são infecções ou infestações, sintomáticas ou inaparentes, causadas por vermes que passam a habitar o trato intestinal, geralmente limitando-se a essa localização em sua fase adulta. Na fase larvária, os helmintos podem ser encontrados no tubo digestivo e em outros órgãos, de acordo com seu ciclo biológico e com determinadas circunstâncias (imunodepressão).

As helmintíases mais comuns são: ancilostomíase, ascariíase, enterobiase, estrongiloidíase, himenolepiase, teníase e tricuriase.

Embora nenhuma dessas parasitoses, habitualmente, constitua-se em situação de grande importância clínica durante a gestação, é importante lembrar que a anemia delas decorrente pode agravar a anemia fisiológica ou a ferropriva, tão comum na gravidez.

Assim, recomenda-se a realização de exame protoparasitológico de fezes em todas as mulheres grávidas, para o adequado tratamento ainda na vigência da gestação. O momento oportuno para o tratamento é o mais precoce possível, logo após as 16–20 semanas, para evitar os potenciais riscos teratogênicos das drogas e a somatória de seu efeito emético à êmese da gravidez.

Protozooses: causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo limitados a ele, ou eventualmente invadindo outros órgãos. Alguns protozoários não são considerados patogênicos para o tubo digestivo: Entamoeba coli, Iodamoeba buetschlii, Chilomastix mesnili, Endolimax nana, Trichomonas hominis. Não necessitam, portanto, de nenhum tipo de tratamento específico.

- Amebíase: protozoose causada pela Entamoeba histolytica. Pode apresentar-se nas formas intestinal e extraintestinal. A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, manifestando-se sob a forma intestinal diarreica.

- Giardíase: as manifestações clínicas estão presentes em 50% das vezes ou mais, relacionando-se, possivelmente, com a participação de fatores predisponentes, como alterações da flora intestinal e desnutrição. A manifestação mais comum é a diarreia, às vezes acompanhada de desconforto abdominal ou dor em cólica, flatulência, náuseas e vômitos. Na giardíase não se observam, de modo geral, manifestações sistêmicas e não ocorrem alterações do hemograma, não provocando também a eosinofilia.

Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Enterobiase Ascariíase Tricuriase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditiotiona	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50 mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante 2 dias seguidos
Himenolepiase	Praziquantel Niclosamida	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200 mg, por VO, duas vezes Ao dia (manhã/noite), durante 4 dias seguidos.
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250 mg, três vezes ao dia, por VO, durante 10 dias
Giardíase	Metronidazol	250 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 7 dias seguidos.

AMNIOREXE PREMATURA

Conceitua-se amniorrexe prematura quando a rotura da bolsa se dá antes de instalado o trabalho de parto. Quando ocorre no pré-termo, constitui causa importante de partos prematuros (cerca de 1/3 dos casos), o que contribui para o aumento da morbidade perinatal. A morbidade materna também é agravada pelos riscos de infecção. O diagnóstico é basicamente clínico. A anamnese informa sobre perda líquida, em grande quantidade (molha roxas), súbita e habitualmente indolor.

O exame físico está dentro dos padrões de normalidade e o exame obstétrico mostra volume uterino adequado para a idade gestacional referida, útero normotônico, partes fetais mais facilmente palpáveis e batimentos cardíacos fetais presentes.

A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica. Essas informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo. Os casos suspeitos ou confirmados de amniorrexe prematura não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

Nesses casos, encaminhar a gestante para urgência/emergência obstétrica. Utilizam-se também outros métodos para diagnóstico, como:

- Prova de cristalização – consiste em colher material do fundo de saco vaginal e próximo do orifício do colo sobre uma lâmina. Após a secagem do material coletado, a observação ao microscópio permite confirmar a presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal, se ocorrer cristalização na forma de samambaia. Entretanto, são comuns os resultados falso-negativos, sobretudo quando decorrido maior tempo entre a rotura de membranas e o exame.

- Verificação de pH do conteúdo vaginal – a indicação direta ou indireta de valores mais elevados de pH (> 6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias situações estejam relacionadas com resultados falso-positivos e negativos.

- Exame de ultrassonografia com a medida do índice de líquido amniótico (ILA) – a estimativa de medida de ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional em uma curva de valores normais é útil na confirmação diagnóstica.

Conduta: O elemento fundamental para a conduta em cada caso diagnosticado como de amniorrexe prematura é a idade gestacional. Nas gestações de termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para o hospital ou maternidade já designado para o atendimento ao parto. Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente referidas para o hospital incumbido do atendimento às gestações de risco daquela unidade, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão providenciados.

GESTACÃO MÚLTIPLA (W84)

O acompanhamento pré-natal das gestações gemelares (mais de um feto) deve ser referenciado para o PNAR e realizar consultas subsequentes também na Unidade de saúde, preferencialmente com enfermeiro. Nessa situação específica da gestação gemelar, independente de qualquer risco específico já identificado, justifica-se a realização de outros exames ultrassonográficos no 3o trimestre, a partir das 28 semanas, a fim de monitorar o crescimento dos fetos, pelo maior risco de transfusão feto-fetal.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (W79)

A unidade básica de saúde pode conduzir a assistência pré-natal da adolescente que não apresentar comorbidade clínica, não caracterizando alto risco.

Os profissionais envolvidos no processo devem aprimorar um perfil de atendimento que engloba uma visão ampla de atenção, na qual aspectos nutricionais, psicológicos, sociais e outros sejam valorizados. O diálogo é um instrumento relevante. Para que a adolescente comunique seus eventuais questionamentos e angústias, é preciso que a consulta proporcione tempo para que ela fale, exigindo do assistente uma postura de ouvinte ativo e interessado.

Nessa fase a sexualidade manifesta-se em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, em desejos desconhecidos e na busca de relacionamento interpessoal, ocasionados por alterações hormonais, mudanças psicológicas e relações sociais.

A maneira como os adolescentes vão lidar com sua sexualidade, depende de vários fatores, que incluem: características individuais, valores, normas e crenças da família e da sociedade onde estão inseridos.

Os agravos mais significativos desencadeados pela gravidez na adolescência recaem na esfera social pela dificuldade de inserção dessas jovens no sistema educacional, o que as impede de desenvolver o projeto de vida que antes haviam planejado. Isso colabora para a continuidade do ciclo de pobreza, com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens.

Os homens adolescentes também carregam o ônus de uma gravidez precoce, quando assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, devendo ser contemplados na atenção no âmbito da saúde reprodutiva.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Título dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, art. 7º, dispõe o seguinte: "a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência". O art. 8º assegura o atendimento pré e perinatal no SUS, determinando: acompanhamento para a gestante, vinculação entre serviços e profissionais que fazem o pré-natal e os que realizarão o parto das adolescentes.

O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir esses agravos. É importante, ainda, a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa. Principalmente, é importante que a adolescente seja informada de seus direitos, como o de ter acompanhante de sua escolha durante toda a gestação e durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto (ECA e Lei nº 11.108).

Uma das estratégias para que adolescentes e jovens procurem os serviços é torná-los reservados e confiáveis, assim como caracterizá-los por atendimento que dê apoio, sem emitir juízo de valor. É importante que os profissionais de saúde assegurem serviços que ofereçam:

- Privacidade – para que adolescentes e jovens tenham a oportunidade de ser entrevistados e examinados, sem a presença de outras pessoas no ambiente da consulta, se não for estritamente necessário, ou caso assim o desejem;
- Confidencialidade – para que adolescentes e jovens tenham a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas a seus pais e/ou responsáveis, bem como a seus pares, sem a concordância explícita. Entretanto, devem ser informados das situações que requerem a quebra de sigilo, ou seja, quando houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o(a) paciente quanto para terceiros, exemplo de situações de abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros.

AVALIAÇÃO DE RISCO NO PRÉ-NATAL

O profissional enfermeiro deverá avaliar o risco gestacional em todas as consultas.

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO (NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO PARA O ALTO RISCO)

FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DESFAVORÁVEIS:

- Idade de 12 a 18 anos e maior que 35 anos.
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- Situação conjugal insegura.
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Altura menor do que 1,45 m.
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Macrossomia fetal.
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.
- Intervalo interparto menor do que dois anos ou maior do que cinco anos.
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos).
- Cirurgia uterina anterior.
- Três ou mais cesarianas.

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Ganho ponderal inadequado.
- Infecção urinária.
- Anemia.

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS

- Cardiopatias.
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada).
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados).
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertiroidismo).
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).
- Doenças neurológicas (como epilepsia).
- Doenças psiquiátricas que necessitem de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses).
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, miomas acima de 5 cm e tumores anexiais e outras).

- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma).
- Hanseníase.
- Tuberculose - Anemia grave (hemoglobina < 8).
- Isoimunização Rh.
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou Oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- Lesões de alto grau em colo uterino ou maiores;
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional; Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica; - Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria; - Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110)
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas); - IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (tax ≥ 37,8 oC), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes; -
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Oligodrâmnio.
- Óbito fetal.

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

As gestantes de alto risco deverão ser encaminhadas aos serviços de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverão continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS. Deverá haver integração entre as UBS e os serviços de PNAR de referência para melhor condução conjunta dos casos.

Em alguns casos, a necessidade de transferir cuidados pode ocorrer. O encaminhamento da gestante para a rede referenciada não deve ser entendido como uma "resolução do problema" da unidade, mas sim como uma vantagem para a mulher. A unidade que realizou o encaminhamento deve manter a responsabilidade sobre o acompanhamento dos cuidados, ainda que realizados em outra unidade.

A transferência deve representar um legítimo cuidado para com a mulher, ponderando-se sobre as vantagens desse procedimento e os eventuais transtornos que as usuárias e seus familiares podem enfrentar com os deslocamentos.

Todas as condutas devem ser registradas e a unidade deve acompanhar o desfecho do caso, estabelecendo uma estrutura para o fluxo de informações. O relatório de encaminhamento deve conter todos os dados relevantes, tais como motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e orientações particulares.

O texto deve ser legível, em impresso próprio, de preferência do sistema de prontuário eletrônico, contendo nome do profissional que encaminhou, seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e nome da pessoa que foi contatada, quando for o caso.

PARTO

Parto ou nascimento é quando um ou mais bebês deixam o útero da mulher.

O método de parto mais comum é o parto vaginal. O trabalho de parto divide-se em três períodos: a diminuição da espessura e dilatação do colo do útero; a descida e expulsão do bebê; e, por último, a expulsão da placenta. A primeira fase tem geralmente a duração de 12 a 19 horas, a segunda fase de vinte minutos a duas horas e a terceira fase de cinco a trinta minutos. A primeira fase tem início com dores abdominais ou nas costas com a duração de meio minuto e com intervalo entre elas de 10 a 30 minutos. À medida que o tempo passa, as dores tornam-se mais intensas e ocorrem a intervalos cada vez menores. Durante a segunda fase ocorrem as contrações que expulsam o bebê. Na terceira fase é expulsa a placenta e cortado o cordão umbilical. De acordo com a Portaria No 371, de 7 de maio de 2014, Considera-se:

"Art. 4º Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdome ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida. Verificar a temperatura do ambiente que deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;

II - proceder ao clameamento do cordão umbilical, depois de cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoinmunizadas ou HIV/HTLV positivas, nesses casos o clameamento deve ser imediato;

III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;

IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos.

Na maior parte dos nascimentos é a cabeça a primeira parte do corpo a passar pelo canal de parto. No entanto, em cerca de 4% verifica-se apresentação pélvica, em que o bebê apresenta os pés ou as nádegas virados para o canal de parto. Durante a maior parte do trabalho de parto a mulher geralmente pode comer e caminhar à vontade. Não é recomendado fazer força durante a primeira fase ou durante a passagem da cabeça, nem a utilização de enemas. Embora seja comum a realização de uma pequena incisão na abertura da vagina, denominada episiotomia, geralmente não é necessária. O nascimento através de um procedimento cirúrgico denomina-se cesariana. As cesarianas são recomendadas no caso de gêmeos, sofrimento fetal para o bebê ou no caso de apresentação pélvica. Este procedimento pode levar mais tempo a cicatrizar.

As maternidades de referência do Município estão de acordo com a Lei Federal no 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante seja indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um (a) amigo (a), ou outra pessoa que a gestante escolher. A Lei do Acompanhante é válida para parto normal ou cesariana e a presença do (a) acompanhante (inclusive se este for adolescente) não pode ser impedida pelo hospital ou por qualquer membro da equipe de saúde, nem deve ser exigido que o(a) acompanhante tenha participado de alguma formação ou grupo.

VINCULAÇÃO NA MATERNIDADE

Durante o pré-natal, a gestante recebe a orientação sobre qual unidade deve procurar no momento do parto. Essa orientação se chama Vinculação, e está pautada na Lei 11.634.2007 que Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O objetivo é evitar peregrinação nas maternidades, diminuir a ansiedade das gestantes, principalmente as primigestas, sobre o parto e suas etapas e alinhar o plano de parto.

Dessa forma, o atendimento fica organizado de acordo com as vagas, escolha e o caso de cada paciente, como por exemplo risco habitual ou alto risco. Encaminhamento deve ser feito a partir da 25ª semana.

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é um documento elaborado pela gestante, juntamente com seu parceiro ou parceira e a equipe de vinculação na maternidade. Ele servirá como um guia para o trabalho de parto, com descrição dos desejos e das expectativas da gestante e sobre quais situações e condutas devem ser evitadas, se possível.

O ideal é que esse documento contenha o maior número de informações sobre o que a futura mamãe espera em todas as etapas do trabalho de parto, desde o nascimento até os cuidados com o bebê.

PUERPÉRIO

O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar.

O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média (visto que o término é imprevisível), 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 influenciam a passagem desse período.

Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em **imediatos** (do 1º ao 10º dia após o parto), **tardio** (do 11º ao 45º dia) e **remoto** (após o 45º dia, com término imprevisível). Esta consulta é de responsabilidade do Enfermeiro, além do médico.

No planejamento das ações da equipe de Atenção Básica (eAB), deve-se garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, além de estimular (desde o pré-natal) o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto. Isso pode ser concretizado com:

- 1) Agendamento do primeiro atendimento na AB antes no momento da alta da maternidade;
- 2) 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);
- 3) Agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto.

O cuidado no puerpério remoto deve ser singularizado de acordo com as necessidades da mulher. O pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos.

É preciso continuar apoiando e protegendo essa mulher. Além das frustrações devido às expectativas que podem ter sido criadas em relação à experiência da maternidade confrontadas com a realidade vivida, muitas vezes a família não está preparada e organizada para tudo que se apresenta nesse momento.

É comum observar nas mulheres, durante o puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade), que podem surgir durante os primeiros momentos da mãe com o bebê. São frequentes os episódios de tristeza que, ocasionados pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas, devendo ser compreendidos pela família e pela sociedade para não culpabilizar essa mulher. É um momento muito esperado por ela, mas, apesar disso, ela pode não se sentir bem.

Esse estado depressivo mais brando é conhecido como baby blues ou blues puerperal, ocorre em 70% a 90% das mulheres e é transitório, não incapacitante e está associado às mudanças cotidianas – que exigem adaptações –, e às perdas vividas pela mulher nessa fase de transição. Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher 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.

ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO

A orientação relativa ao planejamento da vida sexual e reprodutiva deve ser o mais precoce possível, em torno de 40 dias pós-parto.

OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO PUERPÉRIO ESTÃO ALINHADOS E DESCRITOS NO PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVOS

PROBLEMAS MAIS COMUNS NA AMAMENTAÇÃO E CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Problema	Definição	Causa	Prevenção e Manejo
Ingurgitamento Mamário	O ingurgitamento pode ser fisiológico, geralmente quando a mama fica cheia na descida do leite (apojadura), não sendo	Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes,	- AME em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, logo após o parto; - Suporte emocional;
Excesso de leite (hiperlactação)	Aumento excessivo da mama, dor nas mamas e/ou mamilos, bloqueio recorrente dos ductos, mastites recorrentes, bolhas nos mamilos e vasoespasmos. A hiperlactação diferencia do ingurgitamento mamário pela ausência de edema intersticial e persistência dos sintomas além de 1 a 2 semanas após o parto. A criança costuma apresentar engasgo se a mulher, além de muito leite, tiver reflexo de ejeção exacerbado	restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê excesso de prolactina, devido a estímulos excessivos ou uso de antidepressivos, por exemplo.	- M a s s a g e m , particularmente nas Regiões mais afetadas, e ordenha manual de alívio; - Compressas frias (não mais de 20 minutos) após as mamadas; - Uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes; - Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol), se dor. - Amamentar em apenas uma mama, alternando a mama a cada ciclo de 3 horas durante o dia; à noite, amamentação em livre demanda, usando as duas mamas. A condição deve melhorar em 24 a 48 horas. - Retirada do leite manualmente da mama não usada, apenas para conforto da mulher. - Caso não haja melhora com as medidas anteriores, pode ser necessária a prescrição de medicamento para inibir a produção do leite, até a regressão dos sintomas, como o uso de contraceptivo oral combinado contendo 20mg a 35mg de estradiol. - Informar a mulher sobre a possibilidade de doação
Trauma mamilar	Eritema, edema, fissuras, bolhas, "marcas" brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou	Pega p o s i c i o n a m e n t o incorretos, uso de bico de bicos de silicone	- AME em livre demanda; - Identificação da causa e correção; - Suporte emocional;

	equimoses		- Massagem e ordenha manual de alívio antes da mamada para deixar mamilo macio; - Iniciar a mamada pela mama não machucada ou menos dolorida; - Ordenhar o leite e oferecer pelo copinho, até que a amamentação seja tolerada na mama machucada; - Uso de posições diferentes para amamentar (ex.: cavaleiro e invertida); - Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol) se dor
Bloqueio de ductos lactíferos	Nódulo mamário localizado, sensível, de margens bem definidas, em uma das mamas, quando o ducto está próximo à pele, dor, calor, eritema na área comprometida.	e s v a z i a m e n t o inadequado da mama, como quando a amamentação é infrequente ou quando a criança apresenta sucção inefetiva	- Mamadas frequentes e calor local (compressas mornas) antes das mamadas. - Massagens suaves na região atingida em direção ao mamilo, durante as mamadas. - Retirada do leite manualmente. - Amamentação em livre demanda. - Caso o nódulo não desapareça em 48 a 72 horas, é necessário excluir outras causas, como abscesso mamário, adenoma lactacional ou doença maligna.

Pouco leite	A suplementação com outros leites, muitas vezes faz com que o bebê sugue menos o peito e, pode resultar em menor produção de leite, processo que poderá culminar no desmame	Ansiedade materna, mamadas pouco frequentes, pega incorreta, suplementação com outros leites, uso de chupeta/mamadeira e intermediário.	- Massagear a mama antes da mamada; - Aumentar a frequência das mamadas; - Corrigir pega e posicionamento; - Oferecer as duas mamas em cada mamada;
			- Suspender uso de chupeta, mamadeira; - Translactação com leite materno, de preferência; - Alimentação balanceada da mãe; - Suporte emocional
Candidíase	Dor no mamilo, prurido, sensação de queimadura e fisgadas" que irradiam para a mama. A pele do mamilo e aréola podem apresentar-se avermelhadas, brilhantes, ou apenas irritadas com fina descamação.	umidade excessiva, falta de higiene, bebê com candidíase oral, baixa imunidade,	- Inicialmente, o tratamento é tóxico, com o uso de nistatina, miconazol ou cetoconazol por cerca de 14 dias. Pode ser aplicado o creme após cada mamada, não havendo necessidade de removê-lo para a criança mamar. Embora a nistatina seja muito utilizada, muitas espécies de Candida são resistentes a esse medicamento. A violeta de genciana a 0,5%, uma vez ao dia, pode ser utilizada nos mamilos/aréolas por até 7 dias. - Caso o tratamento tópico falhe, recomenda-se para a lactante fluconazol 200mg, via oral de primeira dose e, posteriormente, 100mg, por 7 a 10 dias. - Se a dor for intensa, orienta-se a combinação de ibuprofeno. - Orientar a enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas, mantendo-os ventilados e secos, e expô-los ao sol por alguns minutos, duas vezes ao dia.
Mastite	Processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama,	Mamadas com horários restritos,	- Identificação da causa e correção;
	geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (> 38°C) e calafrios.	redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, desmame abrupto	- Suporte emocional; - Esvaziamento regular com massagem e ordenha mamária; - Manter a amamentação quando tolerada. Iniciar a mamada pela mama não machucada ou menos dolorida; - Ordenhar o leite e oferecer pelo copinho, até que a amamentação seja tolerada na mama machucada; - Uso de posições diferentes para amamentar (ex.: cavaleiro e invertida); - Usar sutiã para sustentação; - Antibioticoterapia, se necessário (Em geral, indica-se o uso de antibioticoterapia com cefalexina 500mg, via oral, 6/6 horas ou amoxicilina, de preferência associada com ácido clavulânico, via oral, 8/8 horas. Em todos os casos, os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 a 14 dias); Analgésicos ou anti-inflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol)
Abscesso	Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado	Mastite não tratada ou com tratamento tardio ou ineficaz	- Suporte emocional; - Drenagem cirúrgica; - Antibioticoterapia; - Analgésicos ou anti-inflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol); - Esvaziamento regular com ordenha mamária; - Amamentar com mama afetada, se possível

CONTRAINDICAÇÕES NA AMAMENTAÇÃO

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ ou HTLV+, mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento.

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

São poucas as medicações que contraindicam a amamentação. Na eventualidade da medicação utilizada ser classificada como de uso criterioso ou contraindicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por outras alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento. Para mais detalhes, ver o Anexo 1 e o Manual de Amamentação e Uso de Drogas (MS, 2000).

Mulheres portadoras do HIV/HTLV – contraindicação para o aleitamento O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é elevado, entre 7% a 22%, e renova-se a cada exposição (mamada). A transmissão ocorre tanto pelas mães sintomáticas quanto pelas assintomáticas.

O risco de transmissão do HTLV1 e 2 (vírus linfotrófico humano de células T) pela amamentação é variável e bastante alto, sendo mais preocupante pelo HTLV1.

Há referências que apontam para risco de 13% a 22%. Quanto mais a criança mama, maior será a chance de ela ser infectada.

As gestantes HIV+ e HTLV+ deverão ser orientadas para não amamentar. Quando por falta de informação o aleitamento materno tiver sido iniciado, torna-se necessário orientar a mãe para suspender a amamentação o mais rapidamente possível, mesmo em mulheres em uso de terapia anti-retroviral. Após o parto, a lactação deverá ser inibida mecanicamente (enfaixamento das mamas ou uso de sutiã apertado) e deve-se considerar o uso de inibidores de lactação, como a cabergolina, bromocriptina e outros, respeitando-se as suas contraindicações. A amamentação cruzada – aleitamento da criança por outra nutriz – está formalmente contraindicada.

A criança deverá ser alimentada com fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida, necessitando posteriormente da introdução de outros alimentos, conforme orientação do Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses que não Podem Ser Amamentadas.

Para mais informações sobre esse assunto, consultar o documento de consenso Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. Femina, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em: < <http://goo.gl/A2KTYB> > Acesso em: 12 mar. de 2015.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes: Assistência Pré-Natal. Brasília: AMB, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde/ Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: Acesso em 17 jun. 2016.

CAMPOS, Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Protocolo de Assistência Pré-natal, Parto, Aborto e Puerpério, 2019

CAMPOS, Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Criança, Cartilha com Rotina de Pré-Natal na Atenção Básica, 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde da Criança: Nutrição infantil: Aleitamento Materno e Alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria No2.436, de 21 de setembro de 2017. PNA.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS no 650, de 5 de outubro de 2011. Brasília, 2011.



PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

INTRODUÇÃO

A elaboração do protocolo de enfermagem no atendimento a crianças de 0 a 12, tem como finalidade qualificar a assistência, prestando um cuidado de forma integral, acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças da área de abrangência, sobretudo para aquelas que apresentem um maior grau de vulnerabilidade social e familiar. Dentre os objetivos temos: detectar, tratar e encaminhar para tratamento precoce as crianças com patologias ou agravos que venham a incidir nesta faixa etária, através de consultas de enfermagem de rotina ou eventuais. Monitoramento da situação vacinal, com garantia da aplicação das vacinas do esquema básico de imunização, a fim de promover aumento na cobertura vacinal.

Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, e promoção da alimentação saudável na primeira infância.

E por fim, desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças ou agravos, para as crianças residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

CALENDÁRIO DE CONSULTAS

Conforme critério profissional, a frequência das consultas será aumentada sempre que for verificado a necessidade de mais avaliações.

RISCO	FAIXA ETÁRIA	Nº DE CONSULTAS	QUANDO?
RISCO HABITUAL	1º ano de vida	7	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês
	2º ano de vida	2	18º e 24º mês
	A partir do 2º ano de vida	1	Consultas anuais próximas ao mês do aniversário
MÉDIO E ALTO RISCO	1º ano de vida	12	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 5º mês, 6º mês, 7º mês, 8º mês, 9º mês, 10º mês, 11º mês e 12º mês
	2º ano de vida	4	15º mês, 18º mês, 21º mês e 24º mês
	A partir do 2º ano de vida	2	Consultas semestrais

Fonte: Adaptado Brasil (2012): Sociedade Brasileira de Pediatria (2012)

CONSULTA DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA DE 0 A 12 ANOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Realizar anamnese e exame físico.
- Avaliar situação vacinal;
- Avaliar crescimento e desenvolvimento; Aleitamento materno e alimentação saudável;
- Queixa e diagnóstico de enfermagem;
- Preenchimento dos gráficos do crescimento e desenvolvimento
- Fazer orientações ao cuidador
- Registro de enfermagem

AVALIAÇÃO DE SINAIS DE PERIGO

Criança de 0 a 02 meses

Observar	Determinar	Conduta
- Letargia, inconsciência ou "não está bem" - Vômito - Tiragem intercostal - Apnéia - Batimentos de asas de nariz; - Gemido, estridor ou sibilação - Cianose, palidez e icterícia; - Pústulas ou vesículas na pele; - Equimose, petéquias, hemorragias - Secreção purulenta no umbigo, olhos e ouvido - Distensão abdominal - Movimentos anormais.	- Peso - Frequência respiratória; - Temperatura axilar - Enchimento Capilar - Observar outros problemas	- Encaminhar para consulta médica imediata; - Caso não tenha médico na UBS no momento, providenciar transporte da criança para a Urgência.

Criança de 02 meses a 05 anos

Observar	Determinar	Conduta
- Perguntar a mãe: se a criança consegue beber ou mamar no peito; Vômito tudo que ingere; se apresentou convulsão; - Observar: Letargia ou inconsciência; inquietação ou irritação; tiragem intercostal, estridor e sibilação em repouso; Respiração rápida; olhos fundos; sianose de prega cutânea volta muito lentamente; febre (maior de 38º); Rigidez nuchal, petéquias; abaulamento de fontanelas, secreção purulenta de ouvido, palidez palmar, cianose.	- Determinar temperatura axilar; - Peso; - Verificação de PA (maior de 03 anos) - Palpar Tumefação dolorosa atrás da orelha	- Encaminhar para consulta médica imediata - Caso não tenha médico na UBS no momento, providenciar Transporte da criança para a Urgência.

Criança de 05 a 12 anos

Observar	Determinar	Conduta
comprometimento das vias aéreas, respiração ineficaz; se a criança está reativa; sinais de choque; alteração do estado de consciência; dor moderada a severa; hemorragia; criança com febre alta, pequenas hemorragias, vômitos persistente, febre, rigidez de nuca, petéquias, convulsão, cianose	- Temperatura; - Frequência respiratória (normal até 30rpm) - Peso/ Altura - Verificar Pressão Arterial; - Sinais de violência e psicossocial - Outros problemas	- Encaminhar para consulta médica imediata; - Caso não tenha médico na UBS no momento, providenciar Transporte da criança para a Urgência.

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Familiar	Gestacional	Neonatal
Criança residente em área de risco	Mães adolescentes, menos de 18 anos	Prematuridade (menor que 37 semanas)
Mais de três crianças morando no mesmo domicílio	Mães com baixa escolaridade	Baixo peso ao nascer (menos de 2500g)
Problemas familiares e socioeconômico	Ausência de Pré-Natal	Asfixia grave ou APGAR menor de 7 no quinto minuto
História familiar de morte de criança menor de cinco anos	Mães em situação de sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental	Parto traumático
Suspeita ou evidência de violência	Gravidez de alto risco, ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação	Malformação Congênita
Famílias com problemas múltiplos, (drogas, álcool, condições crônicas, pobreza)	Gestação gemelar	Interações / intercorrência
Separação ou luto na família	Ruptura e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez	Não vacinadas
Problema específico da criança que interfira na sua saúde		Atraso no desenvolvimento
Pais com dificuldade de assumir parentalidade		Aleitamento materno ausente ou não exclusivo

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO VACINAL

A redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por imunização só será possível se os índices de cobertura vacinal forem altos e homogêneos. Para isto, a caderneta de vacina da criança deve ser avaliada a cada ida da mesma na unidade. Não se deve perder nenhuma oportunidade de vacinação, para que consigamos reverter o atual quadro de baixa de cobertura vacinal.

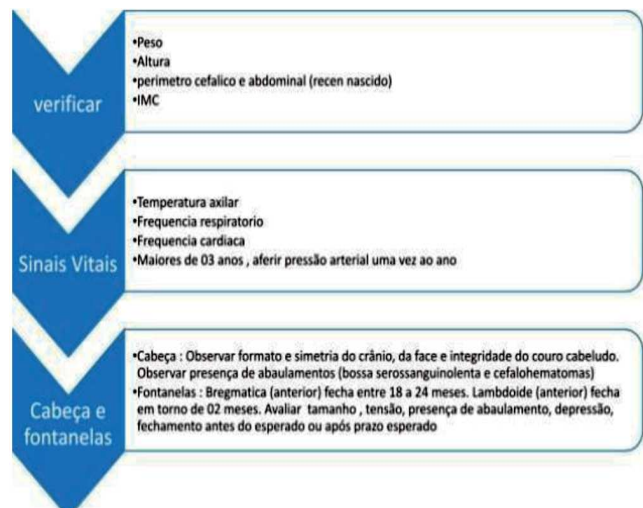
As vacinas devem sempre estar disponíveis na UBS, na quantidade suficiente para atender a população de abrangência.

VACINA	ESQUEMA VACINAL	IDADE
BCG	Dose única	Ao nascer
Hepatite B	1 dose	Ao nascer
Penta (DTP/Hib/Hep B)	3 doses	2, 4, 6 meses
Vacina Pneumocócica 10 valente	2 doses e reforço	2, 4 meses 12 meses
VIP (Vacina Inativada Poliomielite)	3 doses	2, 4, 6 meses
VRH (Vacina Rotavírus Humano)	2 doses	2, 4 meses
Meningocócica C (conjugada)	2 doses 1 reforço	3, 5 meses 12 meses
VOP (Vacina Oral Poliomielite)	1ª reforço 2ª reforço	15 meses 4 anos
Febre amarela	1 dose reforço	9 meses 4 anos
Tríplice viral (Sarampo, rubéola, caxumba)	1 dose	12 meses
Tetraviral (Sarampo, rubéola, caxumba, varicela)	1 dose	15 meses
Hepatite A	1 dose	15 meses
DTP (tríplice bacteriana)	1 reforço 1 reforço	15 meses 4 anos
Varicela	1 dose	4 - 6 anos
HPV quadrivalente (Papilomavírus Humano)	2 doses	9 a 14 anos

TRIAGEM NEONATAL

Certificar-se se o neonato fez os testes para triagem neonatal e encaminhá-lo, caso verifique a ausência dos testes.

- Teste do pezinho
 - Teste da orelhinha
 - Teste do olhinho
 - Teste da língua
- EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO



Genitália	- MASCULINO: Observar a integridade da pele, presença da secreção, presença dos testículos na bolsa escrotal, localização da urtiga uretral, presença de fissura e balanço (inflamação da glande e prepúcio devido a fissura, contaminação por fungos e irritação e estreitamento do prepúcio). - FEMININA: Avaliação anatômica (presença de prepúcio e grandes lábios e hímen). Presença de esclerose. Presença de secreção vaginal. Nas recém-nascidas pode ocorrer secreção sangüinolenta ou mucosa nos primeiros dias de vida. - ANUS: Inspeção da pele do perianete/verificar presença de fissuras e fístulas. Verificar padrão das eliminações (frequência e características).
MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR	- Verificar: presença de dedos exanumerários (polidactilias) e fusão dos dedos das mãos ou pés (sindactilia). - Verificar presença de pés tortos.
Reflexos	Avaliar os reflexos primitivos: Reflexo de Moro, (desaparece até os 6º mes), Pressão palmar (entre 4 e 6 meses), Pressão plantar (15 meses), Marcha Reflexa (desaparece entre 4 e 8 semanas de vida), Reflexo de voracidade (desaparece até o 4 mes de vida), Reflexo de sucção (desaparece até os 2 meses).
Genitália	- MASCULINO: Observar a integridade da pele, presença da secreção, presença dos testículos na bolsa escrotal, localização da urtiga uretral, presença de fissura e balanço (inflamação da glande e prepúcio devido a fissura, contaminação por fungos e irritação e estreitamento do prepúcio). - FEMININA: Avaliação anatômica (presença de prepúcio e grandes lábios e hímen). Presença de esclerose. Presença de secreção vaginal. Nas recém-nascidas pode ocorrer secreção sangüinolenta ou mucosa nos primeiros dias de vida. - ANUS: Inspeção da pele do perianete/verificar presença de fissuras e fístulas. Verificar padrão das eliminações (frequência e características).
MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR	- Verificar: presença de dedos exanumerários (polidactilias) e fusão dos dedos das mãos ou pés (sindactilia). - Verificar presença de pés tortos.
Reflexos	Avaliar os reflexos primitivos: Reflexo de Moro, (desaparece até os 6º mes), Pressão palmar (entre 4 e 6 meses), Pressão plantar (15 meses), Marcha Reflexa (desaparece entre 4 e 8 semanas de vida), Reflexo de voracidade (desaparece até o 4 mes de vida), Reflexo de sucção (desaparece até os 2 meses).

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

A avaliação do Crescimento e desenvolvimento da criança deverá ser realizada em todas as consultas e o profissional de enfermagem e a equipe deverá se manter vigilante com aquelas crianças que estiverem fora do padrão esperado para a sua idade. Para que o crescimento ocorra de maneira adequada, é fundamental que a criança receba os nutrientes necessários, em um ambiente que ofereça bem-estar emocional, social e rico em estímulos.

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento permite o acompanhamento do progresso individual da criança, e o diagnóstico precoce de doenças e da desnutrição. Auxilia também, na avaliação da eficácia da conduta terapêutica, através da mudança da direção da curva de crescimento.

Facilita o diálogo e o aconselhamento com a mãe ou responsável, por ser um indicador de fácil compreensão.

As medidas antropométricas básicas utilizadas na avaliação do crescimento são o peso, a estatura e o perímetro cefálico, que sempre estarão relacionados a idade e ao sexo da criança.

AVALIANDO O DESENVOLVIMENTO

Durante a consulta é importante perguntar a mãe ou cuidador como ela percebe o desenvolvimento do seu filho. A avaliação requer uma observação cuidadosa dos avanços da criança ao longo do tempo e se o mesmo estão de acordo com a faixa etária.

O objetivo da avaliação do desenvolvimento é identificar precocemente os fatores de risco e as eventuais alterações, para que o encaminhamento e intervenção seja realizada de maneira oportuna.

A cada consulta deve-se avaliar os marcos de desenvolvimento presente, correlacionado com a faixa etária da criança.

Orientar a mãe a brincar com a criança, e criar um ambiente estimulante para o desenvolvimento da mesma. Orienta-la no preenchimento do gráfico.

Ficha de acompanhamento do desenvolvimento	
Registro:	Nome:
Data de nascimento: / /	Idade (meses):
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 15
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)
	Postura: barriga para cima, pernas e braços flexionados, cabeça lateralizada
	Olha para a pessoa que o observa
	Di: mostra de prazer e desconforto
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente
	Arreliha e sorri espontaneamente
	Começa a diferenciar dia/noite
	Postura: passa da posição lateral para linha média
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço
	Emite sons - Balbúcia
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva
	Rolla da posição supina para prona
	Levantando pelos braços, ajuda com o corpo
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro
	Reconhece quando se dirigem a ela
	Senta-se sem apoio
	Segue e transfere objetos de uma mão para a outra
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhas
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras
	Atrai-se ou engatinha
	Pega objetos usando o polegar e o indicador
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)

Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)		Idade (meses)						Idade (anos)										
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	Anda sozinho, raramente cai																	
	Tira sozinho qualquer peça do vestuário																	
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras																	
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista																	
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão																	
	Come e/ou sobe degraus baixos																	
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente																	
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu																	
	Veste-se com auxílio																	
	Fica sobre um pé, momentaneamente																	
	Usa frases																	
	Começa o controle esfincteriano																	
	Reconhece mais de duas cores																	
	Pula sobre um pé só																	
	Brinca com outras crianças																	
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)																	
	Veste-se sozinho																	
	Pula alternadamente com um e outro pé																	
	Alterna momentos cooperativos com agressivos																	
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias																	

Período em que 90% das crianças adquirem o marco
Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado
Elaborado por Brasil, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M. L. C.

ALIMENTAÇÃO E ALEITAMENTO MATERNO

A alimentação da criança deve ter qualidade, quantidade, frequência e consistência adequadas para cada faixa etária. Para crianças com até 06 meses de idade o leite materno é o melhor alimento e deverá sempre ser estimulado.

O leite materno deve ser ofertado sob livre demanda. Oferecer somente o leite materno, não sendo necessário ofertar a criança nenhuma outra comida ou líquidos, como água, chá e sucos.

Fazer a avaliação da mamada nas primeiras visitas da mãe e bebê ao serviço, é importante também detectar precocemente os problemas relacionados à amamentação enfrentados pela mãe e orientar quanto à conduta adequada para cada caso.

POSIÇÃO PARA AMAMENTAÇÃO

A mãe deve sentar-se confortável, com a coluna alinhada. O bebê deve estar com a cabeça e a coluna alinhadas, apoiadas no braço da mãe. A barriga da mãe e do bebê deve estar em contato.

Pega e Sucção: O seio deve ser abocanhado pelo bebê, pegando a maior área possível da parte inferior da aréola; a boca deve estar aberta, com o lábio inferior evertido (peixinho); o queixo encostado no seio; e as bochechas devem estar cheias.

PRINCIPAIS QUEIXAS NO ALEITAMENTO

Engurgitamento	CONDUTA: Fazer ordenha manual da mama e ensinar a mãe como fazer Orientar ao uso de compressas frias após as mamadas Uso de sutiã com alças largas e firmes Colocar a criança para mamar no peito Orientar sobre a doação ao banco de leite Desaconselhar o uso de compressa e banhos quentes, esfregar pente na mama etc...
Peito rachado	CONDUTA: Avaliar a pega da mama e a posição da mamada Orientar a mãe a forma correta de tirar o bebê da mama após a mamada. Ordenhar a mama e ofertar o leite no copinho, até que a mãe consiga oferecer a mama ao bebê Tomar banho de sol nas mamas no início da manhã e final da tarde Manter a amamentação
Mastite	CONDUTA: Manter as orientações Solicitar avaliação médica
Meu leite é fraco	CONDUTA: Avaliar mitos e comportamentos Avaliar pega e tempo de mamada
Meu Leite é pouco	CONDUTA: Avaliar posição e pega, mitos e comportamentos; avaliar a causa da falta de estímulo para a produção do leite. Orientar para evitar outros alimentos ou bicos artificiais; Orientar para que a produção seja estimulada através do aumento da oferta hídrica materna: Orientar descanso materno e consequente diminuição da ansiedade

ORIENTAÇÕES PARA CRIANÇAS QUE NÃO PODEM SER AMAMENTADAS OU QUE FORAM DESMAMADAS ANTES DE UM ANO DE VIDA

Existem diversas situações, condições e escolhas que ocorrem no período da amamentação e podem fazer com que a criança menor de 6 meses deixe de ser alimentada no peito, ou mesmo receba outros alimentos junto com o Leite materno.

Mas há também aquelas com condição médica que a amamentação estará contra indicada, bem como por questões maternas, tais como, mães portadoras do vírus HIV, HTLV. Nesses casos, o enfermeiro deverá estar atento as orientações alimentares para as crianças que fazem uso de fórmulas e/ou leite de vaca.

Nesses casos usar de preferência as fórmulas infantis e preparar de acordo com informação do fabricante. Oferecer à criança no copinho ou colher, evitando uso da mamadeira.

Na impossibilidade de dar fórmula infantil orientar a diluição correta do leite integral fluido ou em pó (leites de vaca não modificados)

DILUIÇÃO DE LEITE DE VACA FLUIDO

Criança menor de 04 meses	Criança maior de 04 meses
Leite de vaca fluido a 2/3: 2 partes de leite/1 parte de água. * Acrescentar 1 colher de sopa rasa de açúcar para cada 100ml de água + 01ml (1 colher café) de óleo de soja ou milho para cada 100ml de água.	Leite de vaca fluido sem diluição Nas crianças com peso adequado, não é mais necessário o acréscimo de óleo no preparo.

Reconstituição do leite em pó integral (a 10%)

Criança menor de 04 meses	Criança maior de 04 meses
1 colher das de sobremesa rasa para 100 ml de água fervida; 1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150 ml de água fervida; 2 colheres das de sobremesa rasas para 200 ml de água fervida. * Acrescentar 1 colher de sopa rasa de açúcar para cada 100ml de água + 01ml (1 colher café) de óleo de soja ou milho para cada 100ml de água. Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.	Fazer a diluição a 15 %: 01 colheres de sopa cheia para 100 ml de água Nas crianças com peso adequado, não é mais necessário o acréscimo de óleo no preparo.

INTRODUÇÃO ALIMENTAR

A partir de seis meses oferecer gradualmente os alimentos complementares, que devem ser variados e coloridos, com consistência macia (tipo purê grosso), como papa de frutas e papa salgada de cereais, leguminosas, tubérculos, hortaliças, carnes, vísceras, peixes, ovos inteiros cozidos e outros. Dar preferência aos alimentos de época e habituais da família, modificados na consistência, amassados com garfo e não liquefeitos ou peneirados, a fim de estimular a mastigação e auxiliar no funcionamento intestinal.

A partir do 9º mês, oferecer alimentos picados em pequenos pedaços ou amassados grosseiramente. Após um ano a criança deverá receber o mesmo alimento da família.

Crianças amamentadas no peito de 6 meses a 1 ano: Além do peito, iniciar a alimentação complementar, oferecendo à criança 03 refeições ao dia (02 papas salgadas e 01 papa de frutas). A papa deverá ser amassada, evitar o uso do liquidificador, a fim de estimular a mastigação.

Crianças não amamentadas de 6 meses a 1 ano: Para a criança que não mama no peito, oferecer 05 a 06 refeições ao dia: 02 papas salgadas, 01 papas de fruta e 02 a 03 refeições com leite.

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS

O Enfermeiro durante o atendimento à criança, deverá se certificar que a mesma esteja recebendo a suplementação de ferro e vitamina A afim de evitar a deficiência das mesmas. Devido ao crescimento acelerado na primeira infância, a disponibilidade de ferro é mais crítica e a indisponibilidade desse nutriente pode levar a alterações imunológicas, alimentares, gastrointestinais, de crescimento (baixo ganho de peso e altura), neurológicas/comportamentais (irritabilidade, apatia, dor em membros).

SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Criança a termo de 3 a 24 meses independente do regime de aleitamento	Sulfato ferroso 1mg/kg peso/dia (SBP)

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

A suplementação com vitamina A reduz o risco de morte em crianças em 24%, sendo o risco de mortalidade por diarreia reduzido em 28%.

A deficiência de vitamina A, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), aumenta o risco de morbidades e mortalidade e também de desenvolverem anemia.

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Criança de 6 meses a 11 meses e 29 dias	Dose de Vitamina A 100.00 UI (dose única)
Criança de 12 meses a 24 meses	Dose de Vitamina A 200.00 UI (a cada seis meses)

CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS QUEIXAS ESPECÍFICAS

ESCABIOSE

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Prurido intenso no corpo , com piora no período da noite •Apresenta exsudato purulento: sim? Encaminhar paciente a consulta médica	•Orientar sobre transmissibilidade , prevenção e higiene e identificação dos contatos •Orientar fervura das roupas de cama e do paciente •Orientar os sinais de agravamento: Piora do estado geral, Aparecimento de novas lesões com exsudato purulento	•Loção de Permetrina 1%: A partir de 2 meses. Aplicação única a noite . Retira a aplicação após 8 horas . ou duas aplicações com intervalo de 03 dias a uma semana. •Aplicar devesa ser do pescoço para baixo •Reavaliar entre 07 e 14 dias , nao havendo melhora do quadro, encaminhar a consulta médica

CIAP: S02 PRURIDO ; S72 ESCABIOSE / OUTRAS ACARIASES

DERMATITE AMONIAL OU DE FRALDAS

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Dermatite irritativa causada por contato da pele com fezes e urina •Hiperemia poderá ser acompanhada de pápulas ou crostas	•Lavar o local com água morna a cada troca de fraldas •Suspender uso de lenço umedecido , assim como uso de outros produtos tais com talco , óleos etc •Suspender uso de fraldas descartáveis •Lavar as fraldas com sabão neutro , evitar uso de produtos perfumado	•Usar Amido de milho na água do banho ; •Nistatina creme a cada troca de fraldas, após limpeza com água morna •Para prevenção: Óxido de zinco após cada troca de fraldas •Reavaliar em 05 dias •Em caso de não melhora , encaminhar para consulta médica

CIAP : S88 DERMATITE DE CONTATO/ALERGICA- S89 DERMATITE DE FRALDAS

CANDIDÍASE DE FRALDA

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•A candidíase de fralda e uma complicação da dermatite amoniacal, acomete as pregas cutâneas, podendo causar pústulas e pápulas	•Lavar o local com água morna a cada troca de fralda; •Suspender uso de lenço umedecido; •Suspender uso de fraldas descartáveis e produtos perfumados.	•Nistatina creme após cada troca de fraldas durante 05 dias •Retorno com 05 dias •Caso não houver melhora do quadro, encaminhar para consulta médica;

CIAP: S75 MONILÍASE ORAL/CANDIDÍASE NA PELE

CRIANÇA COM MONILÍASE ORAL (SAPINHO)

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Apresenta-se como placas brancas e com grumos, aderidas na cavidade oral	•Orientar a higiene com água e sabão e a ferver, chupetas, bicos de mamadeira e objetos de mordedura; •Evitar beijo próximo a boca da criança ; •Orientar as mães que estão amamentando à higiene das mamas e mãos, antes e após a amamentação.	•Nistatina solução 100.000/ml, aplicar a cada 6 horas por 07 dias. •Realizar higiene oral com água bicarbonatada: 01 colher (cha) de bicarbonato de sódio em 75 ml de água filtrada. 04 vezes ao dia •Retorno em 02 dias, caso haja dificuldade na alimentação (Encaminhar consulta médica) •Retorno 07 dias, se não houver melhora do quadro. Encaminhar para consulta médica

CIAP S75 MONILÍASE ORAL/CANDIDÍASE NA PELE

INTRODUÇÃO ALIMENTAR

A partir de seis meses oferecer gradualmente os alimentos complementares, que devem ser variados e coloridos, com consistência macia (tipo purê grosso), como papa de frutas e papa salgada de cereais, leguminosas, tubérculos, hortaliças, carnes, vísceras, peixes, ovos inteiros cozidos e outros. Dar preferência aos alimentos de época e habituais da família, modificados na consistência, amassados com garfo e não liquefeitos ou peneirados, a fim de estimular a mastigação e auxiliar no funcionamento intestinal.

A partir do 9º mês, oferecer alimentos picados em pequenos pedaços ou amassados grosseiramente. Após um ano a criança deverá receber o mesmo alimento da família.

Crianças amamentadas no peito de 6 meses a 1 ano: Além do peito, iniciar a alimentação complementar, oferecendo à criança 03 refeições ao dia (02 papas salgadas e 01 papa de frutas). A papa deverá ser amassada, evitar o uso do liquidificador, a fim de estimular a mastigação.

Crianças não amamentadas de 6 meses a 1 ano: Para a criança que não mama no peito, oferecer 05 a 06 refeições ao dia: 02 papas salgadas, 01 papas de fruta e 02 a 03 refeições com leite.

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS

O Enfermeiro durante o atendimento à criança, deverá se certificar que a mesma esteja recebendo a suplementação de ferro e vitamina A afim de evitar a deficiência das mesmas. Devido ao crescimento acelerado na primeira infância, a disponibilidade de ferro é mais crítica e a indisponibilidade desse nutriente pode levar a alterações imunológicas, alimentares, gastrointestinais, de crescimento (baixo ganho de peso e altura), neurológicas/comportamentais (irritabilidade, apatia, dor em membros).

SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Criança a termo de 3 a 24 meses independente do regime de aleitamento	Sulfato ferroso 1mg/kg peso/dia (SBP)

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

A suplementação com vitamina A reduz o risco de morte em crianças em 24%, sendo o risco de mortalidade por diarreia reduzido em 28%.

A deficiência de vitamina A, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), aumenta o risco de morbidades e mortalidade e também de desenvolverem anemia.

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Criança de 6 meses a 11 meses e 29 dias	Dose de Vitamina A 100.00 UI (dose única)
Criança de 12 meses a 24 meses	Dose de Vitamina A 200.00 UI (a cada seis meses)

CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS QUEIXAS ESPECÍFICAS

ESCABIOSE

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Prurido intenso no corpo , com piora no período da noite •Apresenta exsudato purulento: sim? Encaminhar paciente a consulta médica	•Orientar sobre transmissibilidade , prevenção e higiene e identificação dos contatos •Orientar fervura das roupas de cama e do paciente •Orientar os sinais de agravamento: Piora do estado geral, Aparecimento de novas lesões com exsudato purulento	•Loção de Permetrina 1%: A partir de 2 meses. Aplicação única a noite . Retira a aplicação após 8 horas . ou duas aplicações com intervalo de 03 dias a uma semana. •Aplicar devesa ser do pescoço para baixo •Reavaliar entre 07 e 14 dias , nao havendo melhora do quadro, encaminhar a consulta médica

CIAP: S02 PRURIDO ; S72 ESCABIOSE / OUTRAS ACARIASES

DERMATITE AMONIAL OU DE FRALDAS

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Dermatite irritativa causada por contato da pele com fezes e urina •Hiperemia poderá ser acompanhada de pápulas ou crostas	•Lavar o local com água morna a cada troca de fraldas •Suspender uso de lenço umedecido, assim como uso de outros produtos tais com talco, óleos etc •Suspender uso de fraldas descartáveis •Lavar as fraldas com sabão neutro, evitar uso de produtos perfumado	•Usar Amido de milho na água do banho; •Nistatina creme a cada troca de fraldas, assim limpeza com água morna •Para prevenção: Óxido de zinco após cada troca de fraldas •Reavaliar em 05 dias •Em caso de não melhora, encaminhar para consulta médica

CIAP : S88 DERMATITE DE CONTATO/ALERGICA- S89 DERMATITE DE FRALDAS

CANDIDÍASE DE FRALDA

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•A candidíase de fralda e uma complicação da dermatite amoniacal, acomete as pregas cutâneas, podendo causar pústulas e pápulas	•Lavar o local com água morna a cada troca de fralda; •Suspender uso de lenço umedecido; •Suspender uso de fraldas descartáveis e produtos perfumados.	•Nistatina creme após cada troca de fraldas durante 05 dias •Retorno com 05 dias •Caso não houver melhora do quadro, encaminhar para consulta médica;

CIAP: S75 MONILÍASE ORAL/CANDIDÍASE NA PELE

CRIANÇA COM MONILÍASE ORAL (SAPINHO)

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Apresenta-se como placas brancas e com grumos, aderidas na cavidade oral	•Orientar a higiene com água e sabão e a ferver, chupetas, bicos de mamadeira e objetos de mordedura; •Evitar beijo próximo a boca da criança; •Orientar as mães que estão amamentando a higiene das mamas e mãos, antes e após a amamentação.	•Nistatina solução 100.000/ml, aplicar a cada 6 horas por 07 dias. •Realizar higiene oral com água bicarbonatada: 01 colher (cha) de bicarbonato de sódio em 75 ml de água filtrada. 04 vezes ao dia •Retorno em 02 dias, caso haja dificuldade na alimentação (Encaminhar consulta médica) •Retorno 07 dias, se não houver melhora do quadro. Encaminhar para consulta médica

CIAP S75 MONILÍASE ORAL/CANDIDÍASE NA PELE

CANDIDÍASE DE FRALDA

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•A candidíase de fralda e uma complicação da dermatite amoniacal, acomete as pregas cutâneas, podendo causar pústulas e pápulas	•Lavar o local com água morna a cada troca de fralda; •Suspender uso de lenço umedecido; •Suspender uso de fraldas descartáveis e produtos perfumados.	•Nistatina creme após cada troca de fraldas durante 05 dias •Retorno com 05 dias •Caso não houver melhora do quadro, encaminhar para consulta médica;

CIAP: S75 MONILÍASE ORAL/CANDIDÍASE NA PELE

CRIANÇA COM MONILÍASE ORAL (SAPINHO)

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Apresenta-se como placas brancas e com grumos, aderidas na cavidade oral	•Orientar a higiene com água e sabão e a ferver, chupetas, bicos de mamadeira e objetos de mordedura; •Evitar beijo próximo a boca da criança; •Orientar as mães que estão amamentando a higiene das mamas e mãos, antes e após a amamentação.	•Nistatina solução 100.000/ml, aplicar a cada 6 horas por 07 dias. •Realizar higiene oral com água bicarbonatada: 01 colher (cha) de bicarbonato de sódio em 75 ml de água filtrada. 04 vezes ao dia •Retorno em 02 dias, caso haja dificuldade na alimentação (Encaminhar consulta médica) •Retorno 07 dias, se não houver melhora do quadro. Encaminhar para consulta médica

CIAP S75 MONILÍASE ORAL/CANDIDÍASE NA PELE

CRIANÇA COM MILIÁRIA (BROTOEJA)

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
• Apresenta pequenas pápulas, está diretamente relacionada ao calor; • são mais comuns na face e dobras de pele • Pode apresentar prurido e/ou queimação; • Nos casos que apresentar sinais de infecção, encaminhar para consulta médica.	• Orientar o uso de roupas leves; • Orientar banhos frequentes; • Uso de roupas leves.	• Após o banho, fazer enxague da criança com 01 litro de água com 03 colheres (sopa) de amido de milho. 03 vezes ao dia • Ou aplicar o amido diretamente na pele da criança • Retorno em sete dias, se não houver melhora do quadro. Encaminhar para consulta médica

CIAP : 506 ERUPÇÃO CUTÂNEA LOCALIZADA – 502 PRURIDO

CRIANÇA COM PEDICULOSE

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Pode ocorrer prurido no couro cabeludo; •Normalmente o diagnóstico é feito pela visualização do parasita adulto e seus ovos (ledeas); •Nos casos que apresentar infecção secundária do couro cabeludo, encaminhar para consulta médica.	•Lavar os cabelos com frequência; •Não compartilhar escovas de cabelo e pentes; •Fazer catção manual dos parasitas com frequência; •Manter hábitos de higiene.	•Formas adultas (pioilho): Permetrina 1% durante 10 a 15 minutos. Durante 03 dias. Remover com pente fino •Ledeads (ovos): umedecer o cabelo com uma solução de água e vinagre morno, diluir 1:1 e aplicar no cabelo. remoção manual •Retorno em 05 dias. Caso não haja melhora do quadro. Encaminhar ao médico

LACTENTE COM CÓLICAS

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	SINAIS DE GRAVIDADE
•Episódios repetidos de choro e irritação que causam apreensão familiar •Podem estar relacionadas com a deglutição excessiva de ar, peg incorreta ou introdução de outros tipos de alimentos como leite de vaca e chás	•Colocar criança sob decubito dorsal apoiada sobre os braços; •Fazer massagens circulares •Aplicar compressas mornas (orientar bem o cuidador sobre uso da compressa) •Se o lactante não estiver em aleitamento materno, orientar a diluição e preparo do leite	•Caso a criança não receba leite materno observar a presença de: Distensão abdominal, choro persistente, quadro febril ou gemência; •Encaminhar para Consulta Médica Imediata.

CIAP : D01 DOR ABDOMINAL GENERALIZADA/ CÓLICAS

CRIANÇA COM VERMINOSE (MAIOR DE 02 ANOS)

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO E RETORNO
•Presença de vermes nas fezes e/ou roupas íntimas •Prurido anal; •Dor abdominal (afastar sinais de alerta/gravidade) •Diarréia intermitente não associada a alimentação.	•Lavar as mãos antes das refeições e após o uso do sanitário; •Manter as unhas limpas e aparadas; •Proteger os alimentos contra moscas, baratas, poeira etc •Lavar bem os alimentos, principalmente os que consomem cru, com água e deixar de molho no Hipoclorito 2% (2 gotas por litro) por 30 minutos	•Prescrever Albendazol 400 mg/ dose única OU •Mebendazol suspensão: 05 ml 2 x dia. Durante 03 dias. •Solicitar exame parasitológico

CRIANÇA COM DIARRÉIA (CRIANÇA DE 02 MESES A 5 ANOS)

SINTOMAS	CUIDADO DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO
•Aumento do número de evacuações em 24 horas (mais de 3) •Diminuição da consistência (pastoso, aquoso)	•Classificar o estado de desidratação da criança;	•Seguimento conforme Classificação. •Orientar os pais sobre os sinais de desidratação (olhos fundos, boca seca, diminuição da diurese, sede intensa) •Retorno imediato ao serviço caso apresente sinal de desidratação

CIAP: D11 DIARRÉIA

PLANO A	CRIANÇA HIDRATADA: Criança alerta, olhos brilhantes e úmidos, mucosas úmidas, fontanelas normotensas, turgor cutâneo normal, pulso chelo, diurese normal.	-Tratamento domiciliar; -Aumentar oferta de líquidos; -Aleitamento materno deve ser mantido por livre demanda -SRO: 10 ml/kg <01 ano > 01 ano de 50 ml a 100 ml após cada evacuação, conforme aceitação -
PLANO B	CRIANÇA COM DESIDRATAÇÃO: Criança irritada, bebe com avidez, olhos encovados, mucosas secas, fontanela deprimida, turgor cutâneo diminuído, pulso palpável diminuído, diurese pouco diminuída.	- Iniciar tratamento na ub -Reidratação oral. Cuidador deve oferecer SRO em pequenas quantidades de acordo com a aceitação da criança; -SRO: 50-100ml/kg em 4 a 6 horas. Avaliação periódica do enfermeiro periódica (30 a 60 minutos). Após esse período criança estiver hidratada, passar para plano A; -Ausência de melhora ou aparecimento de sinal de gravidade. Avaliação médica imediata

PLANO C	CRIANÇA MUITO DESIDRATADA: Criança deprimida/comatosa, olhos encovados e secos, mucosas muito secas, fontanela muito deprimida, turgor cutâneo muito diminuído, pulso rápido, ausente ou débil, oligúria ou a anúria	-Consulta médica imediata; -Encaminhar a criança para urgência para que receba hidratação venosa.
---------	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Primeira Infância. 2017. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br>

Brasil. Cadernos de Atenção Básica no 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília. 2012

RIBEIRO, A. A. et al. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde. 2012 Rio de Janeiro. pg 41 a 61.

GOIAS. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde no Estado de Goiás. 2017. 3ª edição. Pg 33 a 51



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – SAÚDE DO ADOLESCENTE

Introdução

A adolescência é um período de transição do desenvolvimento entre a infância e a vida adulta marcado por diversas transformações biopsicossociais que dependem dos diferentes contextos sociais, culturais e econômicos.

O Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) seguem a definição de adolescência elaborada pela Organização Mundial da Saúde, que delimita a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias. Entretanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei no 8.069 em 13 de julho de 1990, define adolescentes entre 12 e 18 anos. Neste protocolo, adotaremos a definição adotada pelo MS.

Devido às grandes transformações que ocorrem neste período da vida, o aumento dessa população, bem como suas vulnerabilidades e a ineficiência dos programas implantados para atender a esta faixa etária, a elaboração de políticas públicas voltadas para o atendimento dos adolescentes vem se tornando prioridade no Brasil, não deixando de ser um desafio para a Organização dos Serviços de Saúde.

Assim, como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde e é dever do Estado garantir este acesso, dentro dos preceitos do SUS. Diante disso, o ECA estabeleceu os seguintes direitos dos adolescentes, dentre outros: privacidade no momento da avaliação; garantia de confidencialidade e sigilo; consentir ou recusar atendimento; atendimento a saúde sem autorização e desacompanhado dos pais, a partir de 12 anos de idade; informação sobre o seu estado de saúde.

O adolescente deverá ser comunicado quando a quebra de sigilo for necessária, recebendo explicação da decisão e sendo oferecida a ele a oportunidade de se preparar para o momento da comunicação. São casos de quebra de sigilo/comunicação com a família, e/ou Conselho Tutelar e/ou outros dispositivos da rede de proteção: Diagnóstico de doenças graves, incluindo transtornos mentais; Uso de álcool e outras drogas; Autoagressão, ideações suicidas, fuga de casa, tendência homicida; Relato de Bullying; Indícios de negligência, suspeita ou confirmação de violência física, psicológica e sexual; Diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, parto, cuja idade gestacional indique que a gravidez ocorreu antes dos 14 anos completos e abortamento (ou tentativa) (BRASIL, 2022).

Mesmo após mais de 30 anos do ECA, com todo avanço na educação e facilidade de acesso às informações, muitos profissionais ainda têm receio e dúvidas ao prestar atendimento ao adolescente, principalmente na ausência de um responsável legal. Diante disso, é indispensável que as discussões sobre o atendimento ao adolescente continuem ocorrendo e também o preparo dos profissionais enfermeiros para assistir, com competência, a população de adolescentes em suas especificidades e complexidades.

Assim, visando proporcionar um atendimento qualificado ao adolescente o Protocolo de Enfermagem traz a Consulta de Enfermagem como fator preponderante para melhorar a qualidade de vida e ajudá-lo a enfrentar as dificuldades encontradas nesta fase da vida.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem com o adolescente deve estar baseada numa relação de confiança e empatia, onde o profissional deve realizar uma escuta qualificada, sem julgamentos e estar atento a todas as demandas que levaram o adolescente a procurar o atendimento.

Considerando que muitos dos agravos que acometem esse grupo podem ser prevenidos e/ou resolvidos na atenção primária, como gravidez na adolescência, aumento do consumo de álcool e outras drogas, transtornos comportamentais e ISTs por exemplo, a consulta de enfermagem deve ser fundamentada no processo de interação, investigação e diagnóstico, tendo como possíveis intervenções: ofertar os testes rápidos para ISTs, realizar orientações voltadas à sexualidade e saúde mental, realizar atividades educativas nos equipamentos sociais, entre outros.

Para que o enfermeiro consiga atender o adolescente de forma integral, com todas as particularidades inerentes a esta faixa etária, é necessário, além do que já foi mencionado, que ele conheça todas as mudanças que ocorrem no sistema reprodutivo sexual deste adolescente.

A puberdade, considerada uma etapa inicial ou biológica da adolescência, caracteriza-se pela ocorrência de dois tipos de mudanças no sistema reprodutivo sexual: em primeiro lugar, as características sexuais primárias que nas "meninas" referem-se às alterações dos ovários, útero e vagina e nos "meninos", testículos, próstata e glândulas seminais; em segundo lugar, acontece o desenvolvimento das características sexuais secundárias: nas "meninas", o aumento das mamas, aparecimento dos pelos pubianos e axilares; nos "meninos", o aumento da genitália, pênis, testículos, bolsa escrotal, além do aparecimento dos pelos pubianos, axilares, faciais e mudança do timbre da voz (BRASIL, 2008)

Paralelamente à maturação sexual são observadas outras mudanças biológicas, como as alterações no tamanho, na forma, nas dimensões e na composição corporal (quantidade da massa muscular e tecido adiposo) e na velocidade de crescimento, que é o chamado estirão puberal. Para o sexo feminino, o marcador inicial do estirão do crescimento é a presença do broto mamário (estágio M2 de mamas) e, para indicar que a velocidade máxima já ocorreu, a menarca. Já para os meninos o marcador inicial do estirão é o aumento da genitália (estágio G3) e para indicar a velocidade máxima, o estágio quatro ou cinco de genitália e/ou a mudança da voz. Para avaliação dos adolescentes a respeito do crescimento e desenvolvimento puberal é necessário saber, com precisão a altura; o peso; e a maturação sexual (BRASIL, 2008)

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentamos como sugestão para registro da atividade, o método SOAP do prontuário eletrônico do cidadão.

Subjetivo: Queixa principal/ Motivo da Consulta/ Histórico

O Histórico de Enfermagem deve abordar/identificar: o perfil do adolescente (orientação sexual, identidade de gênero, hobbies, relacionamento familiar, crenças); aspectos sociodemográficos (idade, endereço, situação escolar); alimentação (anorexia, bulimia, obesidade); condições de saúde (doenças prévias, uso de medicações, alergias); fatores de risco

(uso abusivo de álcool e outras drogas, violência doméstica, urbana ou sexual) perspectiva de vida (planos para o futuro), queixas (perda ou aumento de peso, falta de apetite) situação de saúde atual (atentar para as emoções), sexualidade (história sexual, contracepção, gravidez na adolescência, ISTs), maturação sexual (Menarca e aparecimento dos brotos mamários nas meninas, aumento dos testículos nos meninos e aparecimento dos pelos pubianos em ambos), cobertura vacinal (vide programa nacional de imunização), entre outros.

Objetivo: Exame Físico

Considerando que os adolescentes procuram com menor frequência os serviços de saúde, o exame físico deve ser realizado de forma detalhada a fim de identificar possíveis alterações físicas, emocionais e psicológicas. Sendo assim, deve conter: pressão arterial; temperatura; peso; estatura (vide caderneta do adolescente); IMC com classificação (vide caderneta do adolescente); avaliações cardíaca, respiratória, neurológica, postural e ginecológica (leucorréias, verrugas, entre outros), avaliação da pele, dos linfonodos, da cavidade oral e do desenvolvimento puberal (tabela de TANNER – abaixo).

ATENÇÃO: Considera-se retardo puberal a ausência de qualquer característica sexual secundária em meninas após os 13 anos de idade, e em meninos após 14 anos e puberdade precoce, quando ocorre o aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos, nas meninas, e antes dos 9 anos nos meninos.

Avaliação: Problema e/ou condição detectada com código CIAP2 - Diagnóstico de enfermagem (quadro)

Plano: Intervenções/ Condutas de enfermagem (quadro).

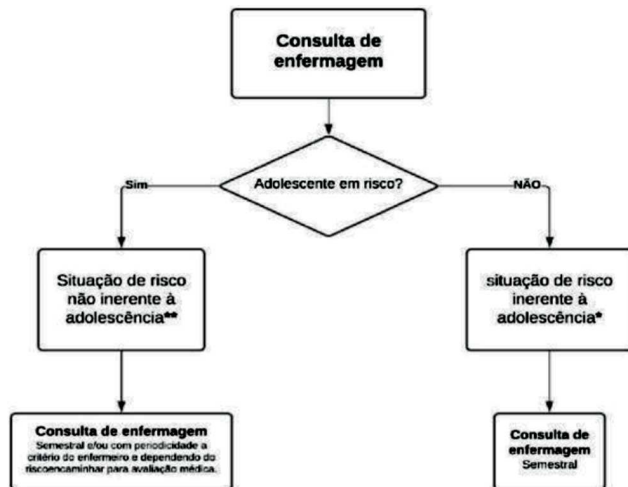
O quadro abaixo apresenta uma sugestão para os principais problemas apresentados pelos adolescentes, seguidos dos diagnósticos e das principais intervenções de enfermagem, tendo como referência a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). Porém, vale destacar que o enfermeiro possui autonomia para realização de outros diagnósticos e condutas, desde que tenha embasamento científico, considere a singularidade do indivíduo e a existência de recursos na rede de saúde para atender a demanda.

Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem, segundo CIAP

Problema Apresentado	Diagnóstico de Enfermagem com CIAP	Intervenções/ Condutas de Enfermagem
Abuso de álcool	- P15 abuso crônico de álcool - P16 abuso agudo de álcool	- Encaminhar para profissional médico ou serviço de urgência, se necessário; - Aconselhar sobre uso de álcool; - Apoiar condição psicológica; - Apoiar família; - Encaminhar para avaliação e atendimento psicológico em serviço de referência; - Monitorar abstinência; - Realizar atividades educativas de prevenção ao uso de álcool nos equipamentos sociais da comunidade (escolas, igrejas, centros comunitários...)

		- Encaminhar para o serviço de emergência, se necessário; - Encaminhar para atendimento psicológico em serviço de referência; - Orientar sobre consequências do abuso de drogas; - 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; - Reforçar conquistas; - Realizar atividades educativas de prevenção ao uso de drogas nos equipamentos sociais da comunidade - Aconselhar paciente;	- x23 ou y25 medo doença transmissível sexual - W02 medo de estar grávida - W10 contracepção pós-coital	- Orientar sobre 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 testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites virais. - TR gravidez após 7 dias de atraso menstrual.
Abuso de drogas	P19 abuso de drogas			
Abuso de tabaco ou fumo	- P17 abuso de tabaco	- Encaminhar para grupo de tabagismo mais próximo; - Encaminhar para avaliação e atendimento psicológico em serviço de referência; - Orientar sobre exposição ao tabagismo secundário (passivo); - Realizar atividades educativas de prevenção ao uso de tabaco nos equipamentos sociais da comunidade.	- W02 medo de estar grávida - W29 sinais/sintomas da gravidez.	- Realizar teste rápido de gravidez, de HIV, Sífilis e Hepatites Virais; - Solicitar BHCG na ausência do teste rápido. - Se gestação confirmada: seguir o fluxograma de pré-natal. - Se gestação não confirmada: Orientar e prescrever métodos contraceptivos; - Orientar sobre prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis.
Autoimagem negativa	- P23 sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	- Apoiar imagem corporal, positiva; - Identificar percepções alteradas; - Obter dados sobre condição psicológica; - Encaminhar para avaliação e atendimento psicológico, caso necessário.		
Automutilação	- P23 sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	- Avaliar e realizar curativos dos ferimentos; - Encaminhar para consulta e avaliação médica, caso necessário; - Obter dados sobre condição psicológica; - Reforçar comportamento, positivo; - Orientar sobre controle de impulso;		
		- Encaminhar para avaliação e atendimento psicológico; - Monitorar adesão ao regime terapêutico; - Avaliar situação vacinal.		
	- P29 sinais/sintomas psicológicos, outros - P76 perturbações depressivas - S18 laceração/corte			
Baixa autoestima	- P23 sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente - P76 perturbações depressivas - A18 preocupação com aparência	- Encorajar afirmações positivas; - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; - Obter dados sobre condição psicológica; - Encaminhar para avaliação e atendimento psicológico, caso necessário.		
- Cólica menstrual; - Descarga (ou fluxo) menstrual anormal; - Menorragia (menstruação excessiva)	- X02 dores menstruais - W06 menstruação excessiva - X07 Menstruação irregular/ frequente	- Orientar quanto a hábitos de higiene corporal e íntima; - Orientar a realizar registro dos sintomas e datas; - Orientar aplicação de calor local com média intensidade, em baixo ventre, enquanto tiver dor; - Orientar a realizar exercício físico moderado e aumentar ingestão hídrica; - Orientar sobre os riscos de automedicação; - Encaminhar para avaliação médica, se necessário; - Ibuprofeno 600mg, via oral de 8/8 horas, se necessário; - Hemoglobina e hematócrito caso a perda de sangue seja grande.		
- Comportamento sexual inadequado; - Relação sexual iniciada; - Relação sexual de risco; - Risco de gestação não planejada;	- P23 sinais/sint. comportamento adolescente - A98 medicina preventiva/ manutenção de saúde - W01 Questões sobre gravidez - w02 medo de estar grávida - x23 ou y25 medo doença transmissível sexual	- Orientar sobre métodos de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); - Orientar para prevenção de gravidez indesejada e prescrição de métodos contraceptivos e de barreira; - Em casos de sinais e sintomas de IST seguir Protocolo de IST/HIV; - Realizar atividades educativas nos equipamentos sociais da comunidade; - Ofertar testes rápidos para gravidez, HIV, Sífilis e Hepatites Virais.	- P77 suicídio/tentativa de suicídio - P76 perturbações depressivas	- Obter dados sobre condição psicológica; - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; - Gerenciar comportamento negativo; - Identificar percepções alteradas; - Encaminhar para apoio psicológico; - Monitorar adesão ao tratamento; - Promover apoio emocional; - Implementar precauções contra o suicídio com orientações aos familiares para
- Desenvolvimento de adolescente prejudicado; - Crescimento e desenvolvimento incompatíveis com a idade.	- A18 preocupação com a aparência; - T10 atraso crescimento - T99 outras doenças endoc./met./nutricionais	- Realizar o estadiamento maturacional de Tanner em todas as consultas de enfermagem; - Orientar que a maturação sexual está correlacionada a fatores ambientais e genéticos; - Vigilância contínua com consultas a cada 6 meses para monitoramento das alterações. - Orientar alimentação saudável e prática de exercícios físicos regulares; - Se menino, orientar que a ginecomastia é um evento puberal comum e desaparece espontaneamente em até três anos. - Encaminhar para avaliação médica caso a ginecomastia manifeste: secreção saindo dos mamilos, sinais inflamatórios (vermelhidão, calor), tumorção testicular, mamas aumentando muito rapidamente, ou muito dolorosas e se estiverem causando vergonha, constrangimento e retraimento social.	- P99 outras perturbações psicológicas - T08 perda peso - P86 anorexia nervosa, bulimia - T02 apetite excessivo - T07 aumento de peso - T82 obesidade	- vigilância e realização de atividades educativas nos equipamentos sociais da comunidade, entre outros; - Incentivar a participação em grupos terapêuticos. - Monitorar o IMC; - Orientar sobre alimentação saudável; - Estimular busca de atividades prazerosas como hobbies; - Solicitar apoio da equipe multiprofissional: psicólogo, nutricionista . - Monitorar o IMC; - Encaminhar para avaliação médica se constatado obesidade; - Orientar sobre alimentação saudável importância da ingestão hídrica; - Incorporar a prática de atividade física regular; - Estimular busca de atividades prazerosas como hobbies; - Solicitar apoio da equipe multiprofissional: psicólogo, nutricionista - Orientar sobre a doença; - Orientar sobre alimentação saudável; - Orientar sobre uso dos medicamentos (doses, horários, indicação, efeitos colaterais); - Orientar sobre prevenção de complicações com a manutenção de níveis pressóricos normais e controle de fatores de risco (tabagismo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo); - Estimular o autocuidado, adesão ao tratamento e envolver familiares no cuidado; - Estimular a participação em grupos educativos; - Orientar modificações do estilo de vida, alimentação saudável: dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais; - Diminuição de ingestão de sal; - Limite da ingestão diária de bebidas alcoólicas; - Perda de peso se em sobrepeso (pelo menos 10% do peso inicial); - Abandono do tabagismo. - Estimular a execução de atividades físicas de acordo com a limitação de cada cliente; - Encaminhar para nutricionista, profissional de educação física e avaliação médica.
- Diabetes - Hiperglicemia - Hipoglicemia	- T87 hipoglicemia - T89 diabetes insulino dependente - T90 diabetes não insulino dependente	- Orientar alimentação saudável e prática de atividade física; - Orientar sobre sinais de alerta para casos de glicemia alterada; - Gerenciar Hiper e hipoglicemia; - Encaminhar para o serviço de urgência, se necessário; - Encaminhar para avaliação médica para acompanhamento; - Seguir protocolo de diabetes.		

		Se necessário, encaminhar para o serviço de emergência ou avaliação médica na própria unidade; Obter dados sobre condição psicológica; Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; Gerenciar comportamento negativo; Identificar percepções alteradas;
- Tentativa de suicídio	P77 suicídio/ tentativa de suicídio	Reforçar controle de impulsos; Solicitar apoio da equipe multiprofissional: psicólogo, psiquiatra; Notificar violência autoprovocada; Monitorar adesão ao tratamento; Promover apoio emocional; Implementar precauções contra o suicídio com orientações aos familiares para vigilância e realização de atividades educativas nos equipamentos sociais da comunidade, entre outros; Incentivar a participação em grupos terapêuticos.
- Situação de violência	Z25 ato ou acontecimento violento	Reconhecer no exame físico sinais de violência: equimoses, escoriações, mordeduras, incisões com arma branca, lesões em genitália, entre outros; Utilizar metodologias lúdicas (desenho, brinquedo e artes cênicas) para identificar situações de violência; Acionar o conselho tutelar; Realizar notificação de violência; Encaminhar para atendimento médico caso necessário.



*Adolescente com riscos inerentes à faixa etária: Aquela que apresente riscos inerentes à faixa etária, como por exemplo, a impulsividade, a onipotência juvenil, o pensamento mágico, imaturidade emocional, a influência do grupo de pares e outros. No entanto, identifica-se no seu contexto de vida número maior de fatores de proteção em relação aos fatores de risco.

**Adolescente em situação de risco não inerentes à faixa etária: Aquela que apresenta riscos biológicos, emocionais, familiares e/ou sociais.

- **risco biológico:** obesidade, doenças crônicas, de risco emocional: depressão/ ansiedade, uso e abuso de drogas;

- **risco familiar:** pais alcoolistas/drogaditos, com paternidade/maternidade prejudicada (conflito no desempenho do papel materno), com transtornos mentais e déficit intelectual; - **risco social:** morar em áreas de tráfico de drogas, pobreza extrema, exploração sexual infantil, violência, negligência do cuidador. Identifica-se no seu contexto de vida um número menor de fatores de proteção em relação aos fatores de risco.

Patrício et al. (2015)

TABELA DE TANNER
ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO DOS PELOS PUBIANOS – MENINO

P1		Ausência de pelos pubianos. Pode haver leve penugem semelhante à observada na parede abdominal.
P2		Aparecimento de pelos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, principalmente na base do pênis.
P3		Maior quantidade de pelos, agora mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se esparsamente pela sínfise púbica.
P4		Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas.
P5		Pilosidade pubiana igual ao adulto, em quantidade e distribuição, invadindo face interna das coxa. Assume tamanho e forma adulta.

Fonte: (TANNER, 1962, adaptado).

Fonte: UNASUS: Saúde do Adolescente e do Jovem: crescimento e desenvolvimento físico, desenvolvimento psicossocial, imunizações e violência (FERNANDES, 2015).

TABELA DE TANNER
ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO DAS MAMAS – MENINA

M1		Mama infantil, elevação somente da papila.
M2		Broto mamário: aumento inicial da mama, elevação da aréola e papila, uma pequena saliência. Aumenta o diâmetro da aréola, modifica-se a textura.
M3		Maior aumento da mama e da aréola, sem separação de seus contornos.
M4		Maior crescimento da mama e da aréola, esta agora forma uma segunda saliência acima do contorno da mama.
M5		Mamas com aspecto adulto. O contorno areolar novamente incorporado ao contorno da mama.

Fonte: (TANNER, 1962, adaptado).

Fonte: UNASUS: Saúde do Adolescente e do Jovem: crescimento e desenvolvimento físico, desenvolvimento psicossocial, imunizações e violência (FERNANDES, 2015).

TABELA DE TANNER
ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO DOS PELOS PUBIANOS – MENINA

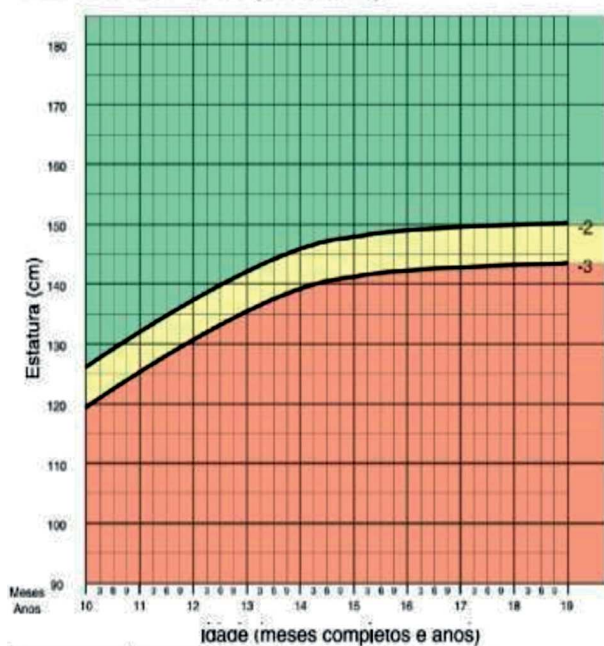
P1		Ausência de pelos pubianos. Pode haver leve penugem semelhante à observada na parede abdominal.
P2		Aparecimento de pelos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, ao longo dos grandes lábios.
P3		Maior quantidade de pelos, agora mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se esparsamente pela sínfise púbica.
P4		Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas.
P5		Pilosidade pubiana igual ao adulto, em quantidade e distribuição, invadindo a face interna das coxas, que assume tamanho e forma adulta.

Fonte: (TANNER, 1962, adaptado).

Fonte: UNASUS: Saúde do Adolescente e do Jovem: crescimento e desenvolvimento físico, desenvolvimento psicossocial, imunizações e violência (FERNANDES, 2015).

Estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)

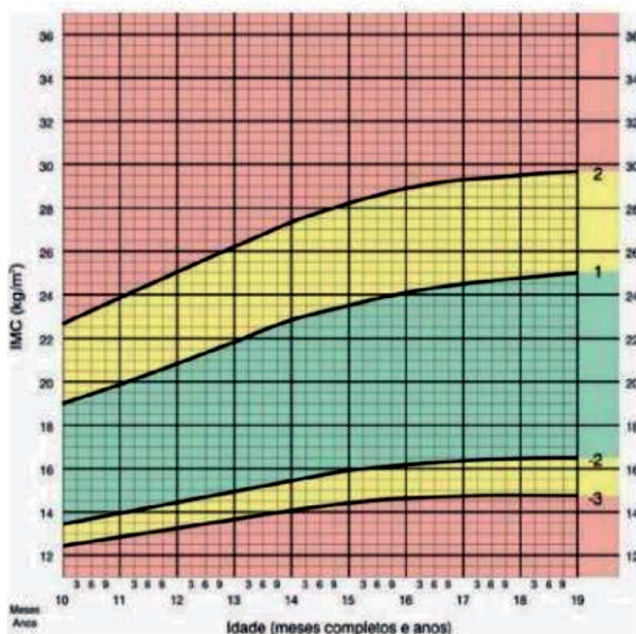


VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
$\geq$ Escore-z +2	Estatura adequada para a idade
$\geq$ Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
$<$ Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2007
(<http://www.who.int/growthref/en/>)

IMC por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
$>$ Escore-z +2	Obesidade
$>$ Escore-z +1 e $<$ Escore-z +2	Sobrepeso
$>$ Escore-z -2 e $<$ Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
$>$ Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Magreza
$<$ Escore-z -3	Magreza acentuada

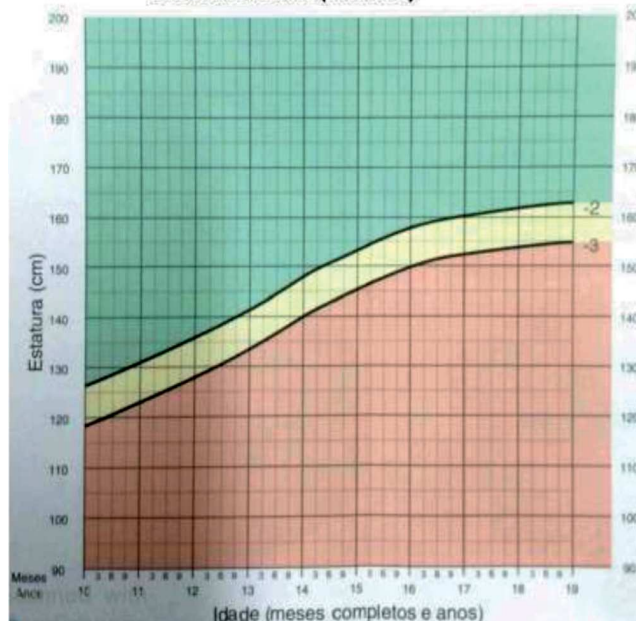
Fonte: WHO Child Growth Standards, 2007
(<http://www.who.int/growthref/en/>)

GRÁFICOS

MENINOS

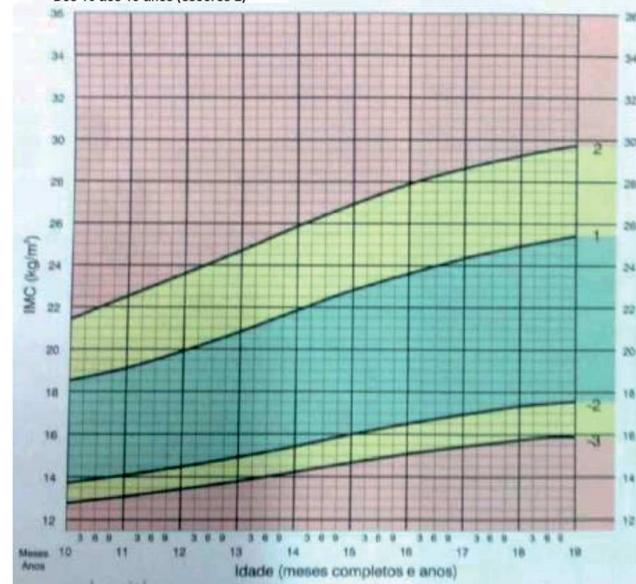
Estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
$>$ Escore-z +2	Obesidade
$>$ Escore-z +1 e $<$ Escore-z +2	Sobrepeso
$>$ Escore-z -2 e $<$ Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
$>$ Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Magreza
$<$ Escore-z -3	Magreza acentuada

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2007
(<http://www.who.int/growthref/en/>)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA No 2/2022-COSAJ/CGC/IV/DAPES/SAPS/MS.**

Brasília, Brasil: [s. n.], 2022.

Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde: saúde do adolescente (livro eletrônico). 1ed – Campo Grande, MS: Conselho regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul, 2020

Protocolo de enfermagem na atenção primária - fascículo enfermagem no cuidado dos ciclos de vida no contexto da atenção primária à saúde – RJ, 2017

PATRÍCIO, et al. Manual Técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde. São Paulo: SMS, 2015.

Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Rio de Janeiro - 2012 Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no Estado de Goiás [livro eletrônico]. 4ed. Goiânia, GO: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2022



PROTÓCOLOS DE ENFERMAGEM: SAÚDE DO HOMEM

A saúde da população masculina tem sido um problema de grande magnitude no Brasil e no mundo, sendo necessário investimentos tanto pelos gestores quanto na área científica (PAULA et al, 2002).

A situação epidemiológica da população do sexo masculino é marcada por elevados índices de acidentes, violência e neoplasias. Ainda, determinados comportamentos dessa população são identificados como fatores de risco para o processo de saúde-doença, como o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e atitudes violentas no trânsito. (ROCHA, 2021).

Os homens são mais propensos a desenvolver doenças crônicas, além da expectativa de vida ser inferior em comparação com o público feminino. O número de hospitalizações e óbitos por patologias graves e principalmente preveníveis tem aumentado a cada dia. O preconceito, o machismo, a falta de tempo e a incapacidade de se ausentar das suas atividades laborais, são desencadeadores da ausência desse público em se ausentar dos serviços de saúde de atenção primária (JUNIOR, 2021).

A Atenção primária de saúde (APS) pode ser considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) já que possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, cumprindo papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde, servindo como base para o seu ordenamento e efetivação da integralidade da assistência, considerando a singularidade dos sujeitos e sua inserção sociocultural, numa perspectiva de atenção integral à Saúde (BRASIL, 2017). Além de ser um potencializador na integralidade da assistência através do acolhimento e criação de vínculo com a população (STORINO, 2013).

As ações de prevenção objetivam o aumento do acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e fortalecimento do vínculo entre população e equipe de saúde, afirmando a responsabilização dos gestores e dos profissionais pela assistência aos usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2019). Dentre as possibilidades de ações de prevenção, para fins deste plano de pesquisas, destaca-se as ações de atenção à saúde do homem, considerando que esse grupo de usuários apresenta altos percentuais de morbimortalidade, situações de risco específicas e baixa adoção de práticas de cuidado (FERREIRA, 2016).

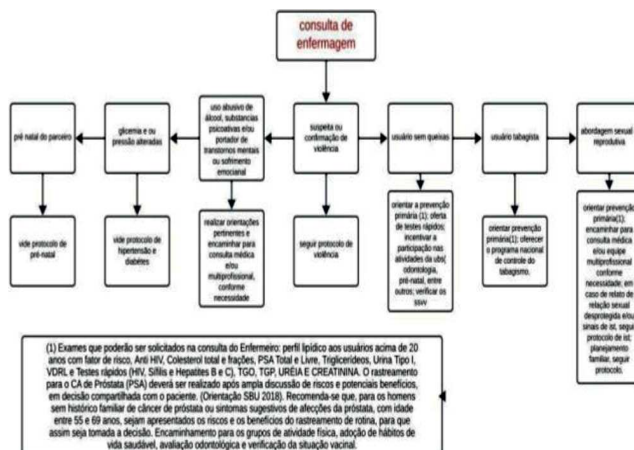
Diante desse cenário, o estado brasileiro estabeleceu, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) através da Portaria GM/MS nº 1944, em 27 de agosto.

A PNAISH tem como diretriz a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina, nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios (BRASIL, 2009). Destaca-se ainda que a PNAISH foi implementada diante da necessidade urgente de atender a população masculina, visto a baixa procura pelos mesmos aos serviços de promoção e prevenção, e ao mesmo tempo pela necessidade de diminuir altos custos produzidos pelas internações hospitalares (CESARO, 2018). Além da baixa procura dos homens em relação ao cuidado de saúde nas unidades básicas, é visto também que muitos profissionais que trabalham e acolhem essa população desconhecem a PNAISH, precisando melhor ser divulgada e trabalhada nas equipes de saúde. (CARVALHO, 2013)

Este capítulo tem o objetivo de direcionar as ações do enfermeiro voltadas à saúde do homem dentro do contexto da atenção primária, contemplando a consulta de enfermagem: histórico de enfermagem e exame físico, fluxograma de atendimento, os principais diagnósticos e intervenções (farmacológicas e não farmacológicas) de enfermagem correlacionados com o CIAP2 e outras informações relevantes à assistência de enfermagem ao homem, como a realização do pré-natal.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente aos contextos que envolvem a saúde do homem



CONSULTA DE ENFERMAGEM NA 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. NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) APRESENTAMOS COMO SUGESTÃO PARA REGISTRO DA ATIVIDADE, O MÉTODO SOAP DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC e-SUS). RECOMENDA-SE UTILIZAR O INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM COM ADOLESCENTE – ESUS/SOAP.

SUBJETIVO

Motivo da consulta (queixa) e Histórico de Enfermagem

- Identificação: nome, idade, estado civil, crença/religião, profissão, naturalidade, procedência (área de abrangência), escolaridade e Cartão Nacional do SUS/Prontuário.
- Condições de saúde: queixa principal/atual, diagnóstico(s) médico(s) anterior(es), tratamento(s) anterior(es), cirurgia(s) prévia(s) e alergia(s).
- Doenças crônicas, comorbidades e fatores de risco: investigar quanto a doenças crônicas (HAS, DM, AVC, IAM, ICC, IRC, DPOC, Câncer, entre outras) e histórico familiar. Avaliar presença de fatores de risco (obesidade, dislipidemia, tabagismo, etilismo, uso de substâncias ilícitas, entre outros).
- Medicamentos: identificar a utilização de medicamentos em uso contínuo (substância, dose e frequência). Investigar reação adversa/alergia a algum composto medicamentoso.
- Hábitos de Vida: avaliar o cuidado corporal, realização de atividade física, sono/repouso, recreação e lazer, hábitos alimentares, hidratação, atividade sexual e eliminações urinárias e intestinais.

OBJETIVO

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: Avascular o tipo de som (Claro pulmonar, timpânico, maciço e submaciço). Ausculta Pulmonar: murmúrios vesiculares e ruídos adventícios (roncos, sibilos, estertores/crepitações e estírides). 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 hidroaéreos, normoativos, hipoativos, hiperativos. Percussão: timpânico, maciço e submaciço. Palpação: investigar nódulações, 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 eliminação 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, popliteo, 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.

AVALIAÇÃO

Elencar os principais diagnósticos CIAP de Enfermagem (vide quadro).

PLANO

Elencar as principais intervenções de enfermagem: orientações e encaminhamentos, prescrições de medicamentos e solicitação de exames (vide quadro).

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O quadro abaixo apresenta uma sugestão para os principais diagnósticos de enfermagem, tendo como referência a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) 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 1. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

CIAP	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
	Orientações e Encaminhamentos	Prescrição Farmacológica	Solicitação de exames
(P15) Abuso crônico de álcool (P16) Abuso agudo de álcool	- 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).
- P19 Abuso de drogas	- 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 dano		Hemograma Completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(P17) Abuso do tabaco	- 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)
(Y06) Sinais/ Sintomas da próstata	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), PSA.
(Y04) Sinais/ Sintomas do pênis; (Y05) Sinais/ Sintomas do escroto/testículo, outros; (Y08) Sinais/Sintomas da função sexual masculina; (Y24) Medo de disfunção sexual masculina, (Y28) Limitação funcional/ incapacidade	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).

(U01) Disúria/ Micção dolorosa; Y71 Gonorreia masculina ^[1] _[SEP]	Investigar causas; orientar quanto ao aumento da ingestão de líquidos (água, sucos naturais, entre outros). Encaminhar ao médico para tratar ITU.	Ver protocolo de IST para tratamento de corrimento uretral.	Hemograma completo, Urina tipo I e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(U08) Retenção urinária (U29) Sinais/sintomas aparelho urinário, outros (U04) Incontinência urinária ^[1] _[SEP]	investigar causas; fazer rastreamento de câncer; Encaminhar para consulta médica.		PSA, se indicado.
(B04) Sinais/ Sintomas do sangue, (B90) Infecção por VIH/ SIDA (Y70) Sífilis masculina ^[1] _[SEP] ; (D72) Hepatite viral ^[1] _[SEP]	- Seguir protocolo de IST diante de TR reagentes; - Solicitar exames de testagem da(s) parceria(s) sexuais; - Ofertar preservativo masculino e/ ou feminino; - Encaminhar para serviço de referência, conforme protocolo municipal.	Seguir protocolo de IST.	Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Seguir protocolo de IST.
Y14 Planejamento familiar, outros ^[1] _[SEP]	- Orientar sobre a 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.	Encaminhar para prescrição da medicação de Profilaxia Pós Exposição, conforme fluxo municipal, se indicado.	Realizar testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
Y25 Medo doença transmissível sexual ^[1] _[SEP]	- Orientar sobre a 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 testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais
(A03) Febre	Investigar causa; encaminhar para consulta médica; Aplicar compressa fria.	Dipirona 500mg de 6/6 horas, se necessário.	Hemograma completo; Urina tipo I (conforme queixa)
(Y16) Sinais/ Sintomas da mama masculina	Encaminhar para consulta médica.		Hemograma Completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(T29) Sinais/Sintomas endocrinológicos/ metabólicos/ nutricionais, outros (T87) Hipoglicemia (T89) Diabetes insulino dependente (T90) Diabetes não insulino-dependente	- 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 necessário; - Encaminhar para equipe multidisciplinar, se necessário.	Seguir protocolo de Diabetes	Seguir protocolo de Diabetes e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(K85) Pressão Arterial Elevada (K86) Hipertensão sem complicações (K87) Hipertensão com complicações	- Seguir protocolo de Hipertensão Arterial; - 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.	Seguir protocolo de Hipertensão Arterial e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).

(Y 1 4) Planejamento familiar, outros	Encaminhar para participação da palestra de Planejamento Familiar; Orientar e oferecer preservativos masculino e/ou feminino; Orientar e oferecer demais métodos contraceptivos disponíveis.	Seguir protocolo de Planejamento Familiar em Saúde da Mulher, se necessário.	Hemograma Completo, Urina tipo I, Colesterol total e frações, Triglicerídeos e Testes Rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(P29) Sinais/ Sintomas psicológicos, outros	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, NASF, entre outros); Promover comportamento de busca de saúde		
(P77) Suicídio/ tentativa de suicídio	Se necessário, encaminhar para o serviço de emergência ou consulta e avaliação médica; - 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.		
(A98) Medicina preventiva/ manutenção de saúde. (pré-natal parceiro)	-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. - Esclarecer os direitos da gestante e do parceiro e incentivar a visita do casal à maternidade.		Tipagem sanguínea e Fator Rh (no caso de a 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).
- A98 Medicina preventiva/ manutenção de saúde	- Reforço positivo e práticas saudáveis e eficientes; Promover comportamento de busca de saúde. - Reforço positivo da capacidade de executar o autocuidado. - Orientar plano de cuidado; - Orientar o paciente sobre a importância do autocuidado. - Realizar reforço positivo para manter esquema vacinal em dia.		Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Glicemia de jejum; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites), Tgo, Tgp, uréia e creatinina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.

CARVALHO, F.P.B. et al. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. Rev. APS. 2013.

CESARO, B.C, Santos HB, Silva FNM. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. Rev Panam de Saúde Pública. 2018;42:e119.

COREN-MS. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Mato Grosso do Sul. 1ªed. Campo Grande, MS: Coren MS, 2021.

FERREIRA, S.R. Atuação do enfermeiro na atenção primária de saúde, Rio de Janeiro: ATHENEU, 2017.

GIL, A.C. Como Elaborar Projetos de pesquisa – 4. Ed. São Paulo. ATLAS, 2002.

ROCHA, J.M. et al. As compreensões da população masculina acerca do cuidado em saúde. Revista Ciência Plural. 2022; 8(2): e26582

STORINO, L.P; SOUZA, K.V; SILVA, K.L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem 17(4): 638-645, 2013



IST's E PREVENÇÃO DOS CANCERES DE COLO

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM IST'S DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

Baseando-se nos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, equidade e integralidade, a UBS está de porta aberta para os pacientes, livres de preconceitos, tabus e crenças pessoais. O profissional de saúde deve estar preparado para atender toda a diversidade de corpos presentes no mundo atual.

O município de Campos dos Goytacazes é rico territorialmente, tendo sua população muito diversa podemos citar por exemplo as mulheres na pesca, na agricultura, população remanescente de quilombo, profissionais do sexo, os homens trans, seres não monogâmicos, etc. Ou seja, uma gama enorme de seres coabitando o mesmo espaço territorial, e o profissional necessita estar atento a toda essa diversidade e gerar ações de saúde que atendam as especificidades de cada recorte populacional

Abordagem a uma mulher cis, marisqueira, vivendo em um relacionamento monogâmico é totalmente diferente da abordagem direcionada a um jovem trans não monogâmica, ou a uma mulher lésica casada, ou a uma mulher que mora em uma comunidade remanescente de quilombo, etc.

A consulta de enfermagem, é ação privativa da enfermeira, sistematizada pela resolução Cofen nº736/24 dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem-PE em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem, e independentemente da teoria de enfermagem que a embasa, tende a olhar os corpos como seres biopsicossociais. Os diagnósticos de enfermagem são nessa mesma vertente, o tratamento da clínica é importante e será realizado conforme legislação atual, porém o foco da consulta de enfermagem é a melhora da paciente de uma forma mais ampla e holística, criando planos de cuidado e garantindo o retorno da homeostase para a vida dessa paciente.

Caso o paciente relate qualquer das exposições e se o tempo transcorrido entre a exposição e o entendimento seja menor do que 72h, pensa-se na possibilidade de se realizar as profilaxias para as IST's, realizando as testagens para avaliar se o/a paciente estão aptos a iniciar o PEP e os demais profilaxias seguindo recomendação para cada caso: vide **Protocolo de atendimento à violência sexual nas Unidades Básicas de Saúde de Campos dos Goytacazes**.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem são de extrema importância no atendimento, entendendo os corpos como seres biopsicossociais, abrangemos uma série de fatores que influenciam na homeostase. Esses diagnósticos já são taxonomizados e determinados, neste protocolo usaremos os diagnósticos de NANDA (American Association of Nurses' Diagnoses). Seguem alguns exemplos: eliminação urinária prejudicada, incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência, risco de incontinência urinária de urgência, baixa autoestima crônica, risco de baixa autoestima crônica, baixa autoestima situacional, risco de baixa autoestima situacional, distúrbio na imagem corporal, paternidade ou maternidade prejudicada, risco de paternidade ou maternidade prejudicada, tensão do papel de cuidador, risco de tensão do papel de cuidador, processos familiares disfuncionais, processos familiares interrompidos, disposição para

1 Nota de rodapé: no caso de detecção de IST, a enfermeira está apta a realizar o tratamento e investigação laboratorial da pareceria(as) sexual(is) processos familiares melhorados, risco de vínculo prejudicado, conflito no papel de pai/mãe, desempenho de papel ineficaz, interação social prejudicada, relacionamento ineficaz, risco de relacionamento ineficaz, disposição para relacionamento melhorado, disfunção sexual, padrão de sexualidade ineficaz, processo de criação de filhos ineficaz, risco de processo de criação de filhos ineficaz, disposição para processo de criação de filhos melhorado, enfrentamento familiar comprometido, enfrentamento familiar incapacitado, disposição para enfrentamento familiar melhorado, enfrentamento ineficaz, enfrentamento ineficaz da comunidade, disposição para enfrentamento melhorado, disposição para enfrentamento melhorado da comunidade, disposição para bem-estar espiritual melhorado, risco de quedas, etc.

PLANOS DE CUIDADOS:

Orientar e demonstrar o modo correto de usar os preservativos interno e externo e importância do mesmo em todas as práticas sexuais;

Demonstrar como utilizar os preservativos para relação sexual oral e entre vulvas; Orientar sobre a importância e como deve ser realizada a higienização de acessórios sexuais, higiene íntima a corte adequado das unhas;

Abordar sobre os tipos de vestimentas mais adequadas (tecidos que permitam ventilação);

Explicar sobre a importância de uma alimentação saudável e balanceada, diminuição dos açúcares, gordura e alimentos altamente processados, dando preferência a alimentos e temperos naturais. Atentar para a área geográfica onde a unidade está inserida e criar o fortalecimento da economia local, por exemplo nas regiões de praia, incentivar o consumo de peixes e frutos do mar, nas áreas onde é comum o plantio de alimento, incentivar o mesmo e o consumo de alimentos sem agrotóxicos, etc.

Orientar sobre a correta higienização das mãos, das ervas e utensílios utilizados nos banho de assento - ATENÇÃO - Todo e qualquer uso de fitoterápico deve ser estudado e utilizado apenas os com comprovação científica, nesse protocolo incentivamos o uso da aroeira por sua ação antifúngica comprovada.

Orientar em como utilizar o creme vaginal e demais medicamentos. Caso precise criar esquemas de desenhos para que a paciente consiga compreender e seguir corretamente o esquema.

Orientação sobre periodicidade de coleta de material para exame citopatológico do câncer de colo uterino.

O tratamento das parcerias sexuais é de extrema importância a fim de cessar a cadeia de transmissão das IST's. Uma abordagem direta e não discriminatória para identificar todas as parcerias sejam elas quantas e quais forem.

Educação em saúde de uma forma em geral, específica para caso.

Vale ressaltar que o atendimento é individual, garantindo a autonomia dos seres, os exemplos supracitados são algumas possibilidades de planos e diagnósticos, porém o profissional está livre para acrescentar outros diagnósticos da NANDA e planos de cuidado em sua conduta.

Agora apresentaremos as síndromes e doenças que são possíveis de se diagnosticar em uma consulta de enfermagem com seus respectivos sinais e sintomas, tratamentos e condutas de enfermagem.

CERVICITES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL CANDIDÍASE

A candidíase não é considerada uma infecção sexualmente transmissível, tendo em vista que a cândida está presente na flora vaginal dita "normal", porém quando ocorre algum desequilíbrio da biota vulvo/vaginal a quantidade de esporos desse fungo aumenta causando os sinais e sintomas clássicos da candidíase.

A candidíase pode ser classificada enquanto "CVV (candidíase vulvo-vaginal) não complicada", "CVV complicada" ou mesmo "CVV de repetição", que é quando temos 4 ou mais episódios ao ano.

	Sintomas	Frequência	Agente etiológico	Comorbidade
Candidíase não complicada	leves/moderados	esporádica	<i>Candida Albicans</i>	Ausente
Candidíase Complicada (quando está presente ao menos um dos sintomas)	Intensos	Recorrente (4 ou mais episódios ao ano)	Não <i>albicans</i> . (<i>glabrata</i> , <i>kruzei</i>)	Presente (diabetes, HIV, gestação)

Sinais e sintomas : prurido vulvar ou vaginal, disúria, dispareunia, leucorreia branca geralmente grumosa e sem odor aderida a parede vaginal e/ou colo uterino, edema vulvar, escoriações e lesões satélites por vezes pustulosas devido a intensa coceira alegada pelos pacientes.

No casos de candidíase de repetição ou de difícil controle devemos investigar diabetes e imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV e uso de corticoides.

Vale a observação que o contato vulva com vulva desencadeia uma alteração da biota vaginal, podendo ocorrer um episódio de candidíase após o ato. Como já citado, a carência de métodos de barreira para esses casos dificulta a prevenção.

O diagnóstico da candidíase pode ser realizado de forma clínica na ausência de laboratórios específicos, ou mesmo na demora do resultado. No exame especular a enfermeira deve estar atenta aos sinais e sintomas supracitados. A abordagem síndrome nesse caso auxilia no diagnóstico precoce, diminuindo os incômodos relatados pelas pacientes, otimizando o tempo.

Realização de exames desnecessários sobrecarrega a rede e gasta desnecessariamente verba pública, devemos estar sempre atentas para seguir corretamente os protocolos federais e suas sistematizações sobre os atendimentos.

Fatores que predis põem à candidíase vulvovaginal

- Gravidez - Obesidade - Diabetes mellitus (descompensado) - Uso de corticoides - Uso de antibióticos - Uso de contraceptivos orais - Uso de imunossupressores ou quimio/radioterapia - Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência) - Habitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local - Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (ex: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos) - Infecção pelo HIV

Fonte: DCC/SVS/MS.

Tratamento

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	TRATAMENTO
Primeira opção	Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia
CVV complicada e CVV recorrente	Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
- As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. - É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. - Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.	

Fonte: DCC/SVS/MS.

VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana é a afecção mais comum que acomete o trato genital, é causada geralmente pela bactéria *Gardnerella vaginalis*, porém encontramos inúmeras bactérias, bacilos e cocos Gram-negativos anaeróbios que podem causar vaginose, como as *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus* spp., *Mobiluncus curtisii*, *Mobiluncus mulieris*, *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Streptococcus agalactiae* (grupo B).

As bactérias causam a diminuição dos lactobacillus, que consequentemente acarreta em um aumento do pH vaginal transformando-o em um meio mais propício para a proliferação das mesmas bactérias anaeróbicas. Nesse processo são gerados aminoácidos, que quando quebrados produzem aminas voláteis que produzem um odor fétido, principalmente após o coito e relação sexual de penetração.

Os sinais e sintomas mais comumente relatados são: leucorreia, odor desagradável, principalmente pós menstruação e após relação sexual de penetração, a dispareunia pode estar presente e ao exame físico detectamos facilmente a leucorréia bolhosa e as paredes vaginais geralmente estão íntegras. Estudos falam que em média 50% dos casos são assintomáticos, por isso o profissional deve estar atento ao exame físico e realizar uma anamnese bem detalhada, focando na abordagem síndrome. Se possível realizar o teste de Whiff, que basicamente se aplica hidróxido de potássio (KOH) a 10% em uma gaze com muco cervical, caso o odor fétido se intensifique, o teste é considerado positivo.

Tratamento

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
Segunda opção	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
Recorrente	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses
- O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. - Para as puerperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCC/SVS/MS.

A vaginose de repetição segue a mesma lógica da candidíase, e o **regime triplo de tratamento** tem se mostrado eficaz: metronidazol gel dez dias + ácido bórico 21 dias, + metronidazol gel duas vezes por semana, por quatro a seis meses. O biofilme natural da vagina facilita a permanência de bactérias patogênicas e o ácido bórico remove esse biofilme, facilitando assim o tratamento.

É importante frisar aqui o efeito antabuse, devido a interação do metronidazol com o álcool, esse efeito leva a um gosto metálico na boca, além de mal estar, náusea e tontura.

A paciente deve ser orientada a manter o tratamento caso inicie o período menstrual. E as relações sexuais de contato e de penetração devem ser interrompidas, durante o tratamento. O incentivo ao uso de preservativos em todas as formas de contato sexual e as testagens das IST's anuais devem sempre ser estimuladas.

TRICOMONÍASE

A Tricomoníase é a vulvovaginite menos frequente atualmente, causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, mais comum na flora vaginal do que na biota peniana.

A inflamação causada na parede vaginal, causa transudação, elevando o pH da vagina, deixando-o alcalino, o que favorece a proliferação de diferentes patógenos. A nível de colo uterino, causa microulcerações deixando-o com aspectos de frambosagem.

Os **sinais e sintomas** comumente presentes são : leucorréia intensa amarelo esverdeada, por vezes acinzentada, bolhosa e espumosa, também está presente, com um odor clássico de "peixe". Prurido, disúria, dispareunia e sinusiorragia são menos frequentes porém podem estar presentes. A Tricomoníase é considerada uma IST, diferentemente das infecções já citadas neste protocolo. Logo **o tratamento das parcerias sexuais é indicado**.

É indicado ofertar testes rápidos no momento do diagnóstico ou o quanto logo possível, ter sempre preservativos externos e internos à disposição dos pacientes, orientação sobre forma de utilizá-los, encaminhamento para centros de referência para avaliação para uso de PreP e PeP.

A abordagem síndrome nesse caso é de extrema importância para início imediato do tratamento logo após a interrupção da cadeia de transmissão. A paciente sai do consultório com receita medicamentosa para ela/ele e para parceria sexual, além de cartas de convocação (ANEXO ...) para o caso de diversas parcerias sexuais.

O não tratamento correto da Tricomoníase pode facilitar a infecção por novas IST's, evoluir para DIP e em caso de gestação pode ocasionar rotura prematuras de membranas.

Tratamento

TRICOMONÍASE	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total 2g)
	OU
	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias
As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN.	
Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Atendendo para o efeito antabuse, incentivar a interrupção de ingestão alcoólica durante o tratamento.

A paciente deve ser orientada a manter o tratamento caso inicie o período menstrual. E as relações sexuais de contato e de penetração devem ser interrompidas, durante o tratamento. O incentivo ao uso de preservativos em todas as formas de contato sexual e as testagens das IST's anuais devem sempre ser estimuladas.

Caso o resultado da citologia oncológica apresente "alterações celulares e tricomoníase" deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia em 3 meses para avaliar se as alterações persistem ou não.

GONORRÉIA E CLAMÍDIA

As infecções são causadas principalmente por dois agentes etiológicos respectivamente, *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Diversos estudos atuais alteraram o tratamento da gonorréia devido a percebida resistência da bactéria ao tratamento que era realizado por muitos anos e orientado em diversos cadernos e manuais do Ministério da Saúde.

A carência de exames de diagnóstico na rede pública é um fator que corrobora com o imenso número do gonorréia e clamídia não tratadas. Ao exame físico, uma triagem de sinais e sintomas nos aponta para a presença dessas bactérias: dor à mobilização do colo uterino + teste do cotonete positivo + colo frável a espátula ou escova.

As infecções gonocócicas podem ser classificadas dependendo do local da infecção, por exemplo: uretrite, cervicite, proctite, e conjuntivite. O risco de infecção por contato sexual sem preservativo é em média 50%.

Temos como sinais e sintomas da infecção uretral, a leucorréia de aspecto mucóide e purulento está presente em 80 % dos casos, disúria em 50% dos casos, estrangúria, dor uretral (independente da micção), prurido uretral e eritema do meato. Nos corpos com vagina a infecção geralmente é assintomática, precisando do olhar atento e uma anamnese bem elaborada pelo profissional de saúde.

Já as uretrites não gonocócicas, são causadas por vários agentes, como *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, entre outros. Porém as infecções por clamídia são responsáveis por 50% das infecções não gonocócicas, a transmissão no ato sexual sem uso de preservativo é de 20% por ato.

Os sinais e sintomas são corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente.

As infecções por clamídia e gonorréia são atualmente um desafio para a saúde pública, estudos revelam que 2/3 das parcerias estáveis de homens com uretrites não gonocócica, hospedam *Chlamydia trachomatis* em suas endocervixes. O manejo incorreto, a carência de profissionais qualificados e atentos para as atualizações e a falta dos diagnósticos por abordagem síndromica, nos levam a um momento de risco iminente de bactérias resistentes ao tratamento atuais, e consequentemente a disseminação desenfreada.

Tratamento

Quadro 31 – Tratamento de gonorréia e clamídia

GONORRÉIA/CLAMÍDIA	TRATAMENTO
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada	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
Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

RESUMO DE SINAIS E SINTOMAS DAS CERVICITES

INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTOS	
INFECÇÕES	SINAIS E SINTOMAS
CANDIDÍASE	Prurido vulvar e vaginal Disúria Dispareunia Leucorréia branca, geralmente grumosa e sem odor Edema vulvar Escoriações em canal vaginal
VAGINOSE BACTERIANA	Leucorréia bolhosa, acinzentada homogênea, cremosa ou fluida Odor fétido principalmente pós-coito e pós período menstrual.
TRICOMONÍASE	Leucorréia amarela/esverdeada e bolhosa e espumosa Odor de peixe Dispareunia Sinusiorragia Prurido eventual
GONORRÉIA E CLAMÍDIA	Dor à mobilização do colo uterino Mucopus no orifício externo do colo uterino Edema cervical Colo frável ao toque da espátula Dor em baixo ventre

INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL

As lesões que apresentam ulcerações precisam de uma atenção redobrada do profissional de saúde, temos estudos que abordam que uma úlcera genital eleva consideravelmente o risco de se adquirir o HIV. Logo identificando-a, realizar o tratamento e o encaminhamento para a testagem rápida é a abordagem indicada, realizado de preferência na mesma consulta que foi detectada a úlcera.

Essas úlceras variam de acordo com a gente causador, que podendo ser encontradas isoladamente ou mesmo em associação em uma mesma lesão. Porém estudos comprovam que diferentemente das IST's que causam corrimento, a abordagem síndrome tem baixo poder preditivo, logo o tratamento concomitante de um ou mais agente causador é indicado, apresentamos de forma mais detalhada abaixo. A incidência destes agentes sofrem influência de fatores socioeconômicos, de gênero, uso de drogas, práticas sexuais e número de parcerias sexuais.

DONOVANOSE

Essa IST, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, é pouco frequente, porém ocorre em maior frequência em regiões tropicais e subtropicais, sua transmissibilidade é baixa. O paciente apresenta como sinal e sintoma clássico, múltiplas úlceras de borda definidas, plana e hipertróficas, o leito da úlcera é granuloso de vermelho vivo e friável, frequentemente em "espelho" nas regiões genital, perianal e inguinal. Nos seres com vagina e vulva, uma seqüela tardia é a forma elefantíase quando ocorre obstrução linfática, logo é importante estar atento para as possíveis obstruções causadas por linfonodos infartados.

Não existe um diagnóstico clínico fechado, geralmente é analisada a úlcera e de acordo com o tempo de lesão é fechado o diagnóstico.

Tratamento

Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclina* 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, IV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões.
		Ciprofloxacino* 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 7500mg)	Em PV/HV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.
		Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.
			Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais.

Dependendo do tempo de infecção da sífilis é classificada recente (primária, secundária e latente recente), até um ano de evolução e tardia (latente tardia e terciária) com mais de um ano de evolução cada estágio tem os seus sinais e sintomas e conduta terapêutica.

Sinais e sintomas: a primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que surge no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais do tegumento), sendo denominada "cancro duro". A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (que acomete linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Geralmente dura de 3 a 8 semanas e desaparece independentemente do tratamento.

Já a sífilis secundária: ocorre em média entre seis semanas e seis meses após a cicatrização do cancro. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia inicialmente, apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas em mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas.

As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas e eritematosas acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, acometem a região plantar e palmar, com um colarinho de descamação característico, em geral não pruriginoso.

Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital. Trata-se de lesões úmidas e vegetantes, que são frequentemente confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareira e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia.

A **sintomatologia desaparece em algumas semanas**, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente, têm-se tomado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes. A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos pares cranianos, além de quadros meníngeos e isquêmicos, pode acompanhar essa fase, contrariando

a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. Há que se considerar esse diagnóstico, especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão.

TODA ERUPÇÃO CUTÂNEA SEM CAUSA DETERMINADA DEVE SER INVESTIGADA COM TESTES PARA SÍFILIS.

Sífilis latente: período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com períodos de latência.

Sífilis terciária: ocorre em aproximadamente 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre um e 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento dos sistemas nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência à liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.

Segue um quadro resumo dos estágios da sífilis e suas respectivas manifestações clínicas:

ESTÁGIOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis primária	Cancro duro (úlcera genital) 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
Sífilis latente recente (até um ano de duração)	Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Sífilis terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justo-articulares Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite 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, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O diagnóstico da sífilis se faz através de teste treponêmicos (testes rápidos) e não-treponêmicos (VDRL), estando o enfermeiro apto a realizar, interpretar e realizar a proposta terapêutica de cada caso.

Os teste treponêmicos são os que detectam os anticorpos específicos, sendo o resultado simples reagente ou não reagente, em no máximo 30 minutos. Utilizam amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa. Têm a vantagem de serem realizados no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato. Em 85% dos casos eles permaneceram reagentes por toda a vida, não sendo indicado para monitoramento de caso. Ao "reagente" em um teste rápido, deverá ser solicitado o VDRL a fim de detectar carga viral, segue a tabela de possíveis interpretação dos testes.

O VDRL, um teste não treponêmico, disponível no município, detecta anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Uma vez observada reatividade no teste, a amostra deve ser diluída em um fator dois de diluição, até a última diluição em que não haja mais reatividade no teste. O resultado final dos testes reagentes, portanto, deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8 etc.). Os testes não treponêmicos são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.

Os testes não treponêmicos tornam-se reagentes em cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos nesses testes. Títulos baixos ($\leq 1:4$) podem persistir por meses ou anos. Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas.

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 com 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.	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 pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Tratamento

O tratamento da sífilis é realizado preferencialmente com a Benzilpenicilina benzatina. O cenário atual da sífilis nyos leva ao tratamento imediato com apenas um resultado, independente de sintomatologia, em casos de: gestantes; vítimas de violência sexual; pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço, pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária; pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis. Lembrando que o início do tratamento não exclui a realização do segundo teste.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPEÚTICO	ALTERNATIVA* (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/ semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: 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 ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	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 2g, IV, 1x/ dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^b No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose^d.

^c Em não gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado^e. Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado^f.

A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular. A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, o que resulta em poucos efeitos adversos e dor local. Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo.

A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nos locais recomendados pode impossibilitar a aplicação IM da medicação. Nestes casos, optar pela medicação alternativa VO.

Alguns profissionais têm receio de aplicar a penicilina na APS com receio de reação anafilática porém estudos apontam que o índice da possibilidade de reação anafilática à administração de benzilpenicilina benzatina é de 0,002%. Cabe ao enfermeiro desmistificar essa ideia e persistir com a administração na unidade tendo em vista o tratamento precoce e eficaz da doença. Vale relatar aqui a reação de Jarisch-Herxheimer que é um evento que pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária. O profissional deve orientar o paciente em relação a possível condição e orientar caso ocorra. A síndrome caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, sem ser preciso descontinuar o tratamento.

Relembre-se que dor e reação local, rash maculopapular, náusea, prurido, mal estar, cefaleia, história de algum evento suspeito há mais de dez anos ou história familiar, entre outras manifestações, isoladamente não configuram alergia à penicilina.

MONITORAMENTO

Os pacientes precisam realizar testes não treponêmicos a cada 3 meses por um período de 1 ano. Deve-se analisar a redução das taxas de titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em até três meses e quatro diluições em até seis meses, com evolução até a sororeversão (teste não treponêmico não reagente). Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve ser mantido, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfeção.

O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfeção e definir a conduta correta para cada caso. Didaticamente, a resposta ao tratamento é classificada em: resposta imunológica adequada e critérios de retratamento: reativação e/ou reinfeção.

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

Deve-se realizar a coleta do teste não treponêmico, sempre que possível, no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos podem aumentar significativamente se o tratamento só for iniciado após alguns dias do diagnóstico. Isso é importante para a documentação da titulação no momento do início do tratamento e servirá como base para o monitoramento clínico.

A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos após o tratamento adequado e com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de "cicatriz sorológica" (serofast) e não caracteriza falha terapêutica.

Lembrando que quando os títulos da amostra diminuem em duas diluições (ex.: de 1:64 para 1:16), isso significa que o título da amostra caiu quatro vezes. Tal se dá porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a dois títulos.

CONDUTA DE ENFERMAGEM

Caso o teste rápido se apresente como reagente - inicia o tratamento com penicilina G benzatina 2.4 milhões UI, IM (1,2 milhões UI em cada gluteo). Solicitar um VDRL quantitativo de preferência para o mesmo dia e marcar retorno em no 7 dia com o paciente trazendo o resultado do VDRL quantitativo para avaliação da titulação viral no organismo.

Orientar sobre a necessidade de uso de preservativo em todas as relações sexuais, afim de interromper cadeia de transmissão e possível recontaminação. Convocar todas as parcerias sexuais para testagem. Investigar demais IST's.

HPV

O papilomavírus, HPV, é um DNA-vírus de cadeia dupla com mais de 200 tipos identificados até hoje, sendo que aproximadamente 40 desses acometem o trato anogenital. A transmissão é por via sexual e excepcionalmente no momento do parto.

A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea, em um período aproximado de até 24 meses. Os tipos de HPV que infectam o trato genital são divididos em dois grupos, de acordo com seu potencial oncogênico e as lesões às quais costumam estar associados: baixo risco oncogênico: tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81,; e alto risco oncogênico: tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82.

Os tipos 26, 53 e 66 provavelmente são de alto risco oncogênico, enquanto os tipos 34, 57 e 83, de risco indeterminado. E a infecção por um determinado tipo viral não impede a infecção por outros tipos de HPV, podendo ocorrer infecção múltipla. Os tipos que causam verrugas genitais são quase sempre diferentes daqueles que causam câncer. O tempo médio entre a infecção pelo HPV de alto risco e o desenvolvimento de câncer cervical é de aproximadamente 20 anos, de acordo com o tipo do vírus, sua carga viral, sua capacidade de persistência e o estado imunológico do hospedeiro. Tabagismo e deficiências imunológicas, incluindo aquelas causadas pela infecção pelo HIV, desnutrição, cânceres e drogas imunossupressoras são fatores predisponentes.

Os tipos virais de baixo risco oncogênico são geralmente associados a padrão de lesões escamosas de baixo grau (low grade intraepithelial lesions – LSIL), que equivalem ao quadro histopatológico de displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau 1 – NIC 1.

Os tipos de alto potencial oncogênico são em geral associados a lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (high grade intraepithelial lesions – HSIL), que correspondem à histopatologia dos quadros de displasia moderada e grave ou carcinoma in situ – também denominadas neoplasias intraepiteliais cervicais grau 2 – NIC 2, ou grau 3 – NIC 3. Esta última é considerada carcinoma in situ. Como mencionado, outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, originando neoplasias intra epiteliais vaginais – NIVA, vulvares – NIV, perineais – NIPE, penianas – NIP e anais – NIA.

SINAIS E SINTOMAS

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas; quando pontiagudas, denominam-se condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir alguns centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos de HPV.

Nos corpos com pênis, as lesões ocorrem mais frequentemente no folheto interno do prepúcio, no sulco bálsano-prepucial ou na glândula. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto. Já nos corpos com vagina, as lesões costumam ser observadas na vulva, vagina e/ou cérvix. Em ambos, podem ser encontradas nas regiões inguinais ou perianais. As manifestações perianais são mais frequentes, ainda que não exclusivas, em pessoas que tenham atividade sexual anal receptiva. Menos frequentemente, as lesões podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas e mucosas nasal, oral e laríngea.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. As mulheres com verrugas anogenitais requerem um exame ginecológico completo, incluindo o exame preventivo de câncer de colo do útero e, quando indicado pelas alterações citológicas, colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Pacientes com lesões anais, idealmente, devem realizar um exame proctológico com anuscopia e toque retal.

O estudo citológico de material colhido do canal anal ainda é objeto de debate, mas pode ter importância em populações especiais (HSH e pessoas com prática sexual anal receptiva) em razão do aumento da incidência de câncer anorretal.

Não são recomendados testes que identifiquem os diferentes tipos de HPV na rotina clínica ou mesmo no rastreamento de pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico de infecção pelo HPV.

Caso apresente o HPV no citopatológico de colo uterino a enfermeira deve encaminhar a paciente para o profissional médico.

HIV

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV envolve diversas fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica e da carga viral do indivíduo. A primeira fase da infecção (infecção aguda) é o período do surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias.

A transmissão do HIV se dá por meio de secreções corpóreas em contato com mucosa de pessoas não infectadas. Podendo ser também a transmissão vertical (no momento do parto de mãe para filho) ou por meio do leite materno - melhor explicado no manual de pré natal.

DIAGNÓSTICO

O vírus após entrar no organismo e alcançar a corrente sanguínea, utiliza especialmente os linfócitos CD4 (células de defesa) para se multiplicar, em um processo que os levam à morte. Assim, com o decorrer da infecção, ocorre a diminuição dessas células no organismo, e consequentemente começam as doenças oportunistas relacionadas à baixa imunidade.

Com a presença do HIV no corpo, o organismo tenta se defender e começa a produzir anticorpos contra o vírus. Esses anticorpos são detectados em alguns tipos de exames como por exemplo o teste rápido para HIV é realizado com uma gota de sangue da ponta do dedo ou por meio do fluido oral (material coletado entre a bochecha e a gengiva do indivíduo) e o resultado sai em até 30 minutos.

Para o diagnóstico do HIV com o teste rápido, é necessário fazer um teste de triagem (primeiro teste de HIV) e, se este for reagente, outro teste deve ser realizado para confirmar o diagnóstico (teste confirmatório).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Encontra-se e todas as UBS do município os teste rápidos. A capacitação para os profissionais realizarem os testes são feitas no CDIP, e a descentralização do teste para as UBS foi de grande significância seguindo a estratégia do DCCI/SVS, do Ministério da Saúde, é promover o cuidado compartilhado da atenção às PVHIV entre os serviços especializados e a Atenção Básica. A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial da rede SUS, sendo responsável por acolher as PVHIV e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

Após a detecção REAGENTE em um teste rápido deve-se encaminhar com laudo para o CDIP. O tratamento e acompanhamento do HIV é centralizado no CDIP, porém o vínculo com a UBS não deve ser quebrado, o enfermeiro deve realizar visitas frequentes à casa do paciente, acompanhar seu estado nutricional, se está seguindo corretamente o esquema terapêutico, se está frequentando o CDIP, enfim realizar todo o cuidado pertinente a esse paciente.

TRATAMENTO

O tratamento e acompanhamento das PVHIV é centralizado no CDIP, porém essa pessoa ainda estará cadastrada e assistida pela ESF. O enfermeiro deve realizar consultas constantes e solicitar ao ACS um acompanhamento desse paciente e dessa família. O tratamento é de extrema importância, se realizado direito somado a uma alimentação controlada, consegue - se zerar carga viral, deixando esse paciente não transmissíveis.

Com o tratamento, o CD4 volta a aumentar. O tratamento antirretroviral é eficaz na redução da carga viral. Assim, o sucesso do tratamento é sinônimo de carga viral indetectável, medida pelo exame de sangue.

Outra frente farmacológica de extrema importância é o PREP e PEP, as profilaxias pré e pós exposição consecutivamente. A PEP se inicia em até 72h e mantida por 28 dias, tem a eficácia comprovada de 99% em impedir o contágio do HIV. Tendo esse fato em vista a PEP será realizada nas UBS, sendo dispersadas pelas enfermeiras após violação sexual contra os corpos com vulva e vagina, e após a comprovação da não infecção pregressa dessa pessoa (mediante teste rápido NÃO REAGENTE PARA O HIV).

Ao considerarmos o vínculo das profissionais da UBS com a população, o tabu envolto da sexualidade, o medo em se viver em uma relação marital violenta, o crescente número de infecção no município de Campos dos Goytacazes, e/ou mesmo o local de moradia dessa paciente, a oferta da profilaxia nas UBS tende a ser benéfica para a toda a população.

Para as demais profilaxias e mais detalhes sobre violação sexual, consultar o Protocolo de atendimento à violência sexual nas Unidades Básicas de Saúde de Campos dos Goytacazes.

O enfermeiro deve estar atento às orientações a serem passadas para os pacientes, a infecção por HIV ainda é cheia de tabus e crenças, a desmistificação é dever da enfermeira, transmitir apenas informações baseadas em evidências científicas.

Seguem tabelas com conduta e tratamento

**PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV**

OS QUATRO PASSOS DA AVALIAÇÃO PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV

- O tipo de material biológico e de risco para transmissão do HIV?
- O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
- O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
- A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A EXPOSIÇÃO E O ATENDIMENTO	O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição. Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico (ver quadro), além das orientações de prevenção combinada.
STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA EXPOSTA A indicação ou não de PEP irá depender do status sorológico para HIV da pessoa exposta, que deve sempre ser avaliado por meio de testes rápidos (TR) em situações de exposições consideradas de risco	• Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP está indicada pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV. • Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP não está indicada. • Amostra com resultados discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente): não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica. Nesse caso, a decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.
STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA-FONTE Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à ausência da pessoa-fonte. Esse critério é o único não obrigatório, pois nem sempre a pessoa-fonte está presente e disponível.	• Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP não está indicada. Contudo, a PEP poderá ser indicada para a pessoa exposta quando a pessoa-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias (janela imunológica). No caso de utilização de testes de fluido oral, considerar janela imunológica de 90 dias. • Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP está indicada para a pessoa exposta. • Se desconhecido avaliar caso a caso.

A seguir são apresentados os **ESQUEMAS PREFERENCIAIS** do PCDT PEP ao HIV.

ESQUEMA PREFERENCIAL PEP HIV - ADULTOS

1 comprimido coformulado de Tenofovir/Lamivudina (TDF¹/3TC) 300mg/300mg
+
1 comprimido de Dolutegravir (DTG)² 50 mg ao dia.
A duração da PEP é de 28 dias.

¹ Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

² O DTG está indicado para pessoas com idade >6 anos e peso >20kg.

ESQUEMAS ALTERNATIVOS PARA A PEP - ADULTOS

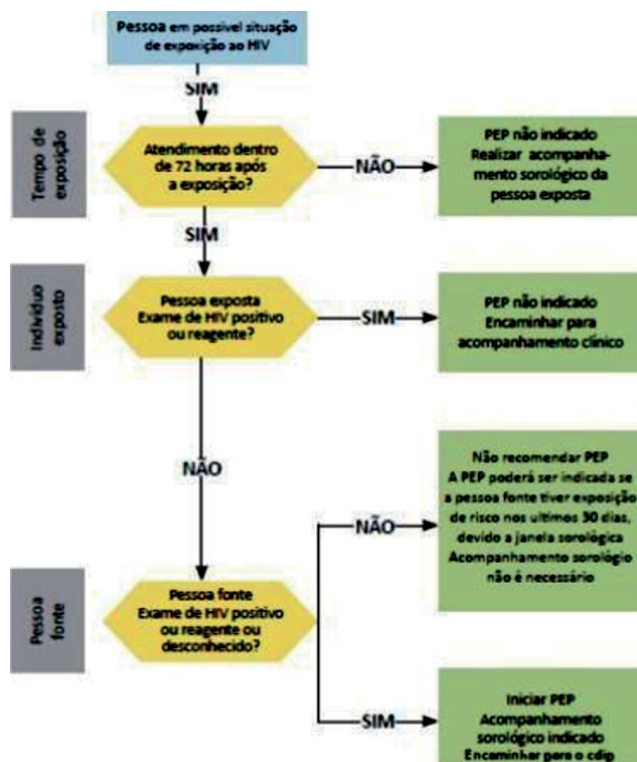
Impossibilidade de TDF: AZT/3TC + DTG

Impossibilidade de DTG: TDF/3TC + ATV + RTV

Impossibilidade de ATV + RTV: TDF/3TC + DRV + RTV

A DURAÇÃO DA PEP É DE 28 DIAS.

- Esquema preferencial para pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenobarbital: tenofovir/lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC), 1 comprimido ao dia + dolutegravir 50mg (DTG), 1 comprimido de 12/12h.
- O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o ATV/r é o medicamento alternativo.
- O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos.



Na próxima coluna apresentamos uma tabela com os antirretrovirais (ART) recomendados pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição de Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (PCDT PEP). Essa tabela não contempla TODOS os antirretrovirais oferecidos pelo SUS, apenas os contemplados nos esquemas do PCDT PEP ao HIV.

As consultas de enfermagem na prevenção das IST's são de extrema importância, considerando o vínculo que os pacientes têm com a Enfermeira. É necessário o estudo e atualização constante a fim de prestar uma assistência pautada na ciência.

O encaminhamento para os serviços especializados deve ser no modo referência x contrarreferência, lembrando que a Atenção Primária em Saúde é responsável por esse paciente, realizando seu acompanhamento durante todo ciclo da vida.

ANEXO

TRATAMENTO	ORIENTAÇÃO	EXAME COMPLEMENTAR	SINAIS E SINTOMAS	AFECÇÃO
Primeira opção Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, um aplicador Nuvona 100/200 UI, uma aplicação, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Segunda opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Terceira opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Quarta opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses	Primeira opção Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Segunda opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Terceira opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Quarta opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses	Primeira opção Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Segunda opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Terceira opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Quarta opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses	Primeira opção Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Segunda opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Terceira opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Quarta opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses	Primeira opção Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Segunda opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Terceira opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses Quarta opção (para pessoas com insuficiência renal aguda) Mantenha o esquema a 2% ou sobre dose de manutenção, via vaginal, 3 vezes ao dia por 14 dias Segunda opção - Fuzonator 100mg, VO, duas vezes, OM Fuzonator 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias CVT coformulada + CVT recente Indagator - Fuzonator 100mg, VO, 2x/dia, uma 1 + 4 + 1 OM 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias, OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 14 dias Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Mantenha o esquema vaginal 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses OM Dado vaginal, 1 comprimido, durante 8 meses

Cefaléia	Paracetamol 500mg - VO - 8h/8h ou Dipirona 500mg 1 - VO - 8h/8h
Tensão pré menstrual	Incentivar o consumo de Oleaginosas (feijão, lentilha, ervilhas...), banana, aveia, peixes de mar, verduras escuras.
	Orientar sobre a redução do consumo de bebidas ricas em cafeína, álcool e alimentos ricos em sódio e condimentos.
	Estimular estilo de vida saudável + atividade física regular
Mastalgia	ECM alterado - <30 anos - solicitar USG de mama / > 30 anos - solicitar USG de mama + mamografia
	ECM sem alteração - investigar trauma
	Investigar sobre fatores ligados a CA de mama
	Orientar sobre ciclo menstrual e possíveis alterações consideradas fisiológicas das mamas
	Investigar causas hormonais
Descarga papilar	Solicitar dosagem de prolactina e TSH e reavaliar
	Encaminhar para mastologista
Metrorragia	Solicitar USG transvaginal
	Investigar possível aborto
	Investigar DIP
Dispareunia	Investigar gonorréia e clamídia
	Investigar ressecamento vaginal
	Realizar exame especular e coleta de citopatológico de necessário
	Solicitar USG transvaginal
	Prescrever ibuprofeno 600mg de 8/8h (não ultrapassar 7 dias)
	Prescrever 2ª opção - Paracetamol ou dipirona de 500mg de 6/6horas
Dor baixo ventre	Investigar gestação, histórico de alteração intestinal
	Realizar exame especular e se indicado coleta de material para exame citopatológico do colo uterino.
	Solicitar USG transvaginal
	Oferar testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C
	Investigar DIP / gonorréia / clamídia
Amnorréia	Oferar teste rápido de gestação
	Solicitar Beta Hcg
	Solicitar USG transvaginal
	Solicitar exame laboratorial hemograma completo, de hormônios sexuais e tireoidianos.

	Avaliar se o citopatológico de colo uterino está no período correto
Prurido vulvar/vaginal	Indicar banho de asento com chá de arceira
	Investigar candidíase
Fogacho	Orientar se tratar de um fenômeno natural e que tende a diminuir com o passar do tempo
	Orientar a utilizar vestimentas leves e frescas
	Dormir em ambiente ventilado
	Evitar uso de bebidas alcoólicas, cafeína e tabaco
	Praticar atividade física
Ressecamento vaginal	Orientar que a prática de tabagismo colabora com o ressecamento vaginal
	Orientar ao uso de lubrificantes a base de água
	Estimular a continuidade da prática sexual e masturbação
Emergência miccional	Orientar sobre restrição hídrica algumas horas antes de dormir
	Orientar a não segurar a urina por muito tempo
	Encaminhar para urologista
Cistocele	Exercício de Kegel
	Encaminhar a urologista
Fruxidão do canal vaginal	Exercício de Kegel
Cisto de Bartholin	Assintomático - explicar sobre benignidade do quadro
	Explicar sobre anatomia
	Orientar sobre banho de asento morno 4 vezes ao dia
	Sintomático - prescrever paracetamol em caso de dor
	Encaminhar para ginecologista
Hemorroidas	Banho de asento 3x ao dia
	Compressas geladas
	Incentivar dieta rica em líquidos e fibras
	Estimular a troca do papel higiênico por ducha íntima
	Em caso de sangramento - encaminhar para proctologista,0
Cisto de Naboth	Tranquilizar paciente - achado benigno

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA – PREVENÇÃO DE CÂNCERES DE COLO UTERINO E MAMA

A resolução Cofen nº 736/24 dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem-PE em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Nós apresentamos que o PE deve ser sempre fundamentado por um suporte teórico e pode estar associado às Teorias e Modelos de cuidados pertinentes a Enfermagem e se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas que serão implementadas nas suas determinadas abas do SOAP. São elas: Avaliação de Enfermagem (aba S e O - subjetivo e Objetivo); Diagnóstico de enfermagem (aba A - avaliação); Planejamento de enfermagem (aba P - planejamento); Implementação de Enfermagem (aba P - planejamento) e Evolução de enfermagem, que só se dá nas consultas subsequentes, é onde o profissional avalia os resultados do seu Processo de Enfermagem.

O processo de enfermagem é essencial para o atendimento de enfermagem, ele é único para cada paciente atendido, atentando para todo o quadro psico socioambiental do paciente.

Abordaremos neste protocolo as consultas de enfermagem ginecológica focando na prevenção dos cânceres de mama e colo uterino, seguindo os pilares do SUS, realizando um atendimento livre de preconceitos e tabus, entendendo as pessoas como seres biopsicossociais, gerar garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de toda cidadã e cidadão brasileiros, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais. Saúde sem preconceito e sem discriminação!

ROTEIRO PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PREVENÇÃO DOS CÂNCERES DE MAMA E COLO DE ÚTERO

Subjetivo - Avaliação de enfermagem - entrevista Histórico pessoal

Antecedentes ginecológicos / obstétricos: data do último preventivo; DUM (data da última menstruação; Idade da menarca e/ou início do climatério; uso de método contraceptivo, quais e forma que utiliza; número de parcerias sexuais; tipo de relacionamento (hetero/ homo, mono/não monogâmico); características do ciclo menstrual (duração, volume, cor, odor), dismenorréia (dor menstrual); dispareunia (dor à relação sexual), número de gestações, partos e abortamentos; histórico sobre amamentação e demais antecedentes obstétricos.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Histórico de cânceres de mama e ginecológicos principalmente em parentes maternos de primeiro grau.

Fatores de risco para Câncer de mama

Fatores de Risco:

- Idade
- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Primeira gravidez após os 30 anos
- Nuliparidade
- Exposição à radiação
- Terapia de reposição hormonal
- Obesidade
- Ingestão regular de álcool
- Sedentarismo
- História familiar

Fonte caderno 13 2013

Queixa principal

Sinais e sintomas dos cânceres:

Mamas:

Identificação de sinais e sintomas suspeitos

Questão norteadora Quais os sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama que merecem encaminhamento a um especialista para investigação diagnóstica de câncer de mama?

O Ministério da Saúde recomenda que os seguintes sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos):

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos
- Homens com mais de 50 anos com tumor palpável unilateral
- Presença de linfadenopatia axilar
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja
- Retração na pele da mama
- Mudança no formato do mamilo

Recomendação

Fonte: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.st.inca.local/files/media/document/diretrizes_detectao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf

Útero: o câncer do colo uterino tem progressão lenta e pode não apresentar sinais e sintomas em suas fases iniciais sendo a única forma de diagnóstico precoce, a coleta do material para análise citopatológica (exame preventivo). Porém nas fases mais avançadas da doença, pode apresentar sangramento vaginal intermitente ou, após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais. A infecção pelo HPV e as lesões precursoras do câncer são assintomáticas, entretanto se não tratadas podem evoluir para os mesmo sinais e sintomas supracitados acrescidos de sangramento vaginal após esforço físico e nos casos mais avançados e perda de peso. É extremamente importante a detecção e tratamento do HPV, sendo ele precursor do câncer de colo uterino.

ATENÇÃO A INSERÇÃO CORRETA DOS DADOS NO PRONTUÁRIO.

Nesse momento da consulta a enfermeira deve passar informações concisas, importantes e pontuais de forma clara e adequada ao nível de conhecimento da paciente. Deve-se explicar para a paciente como serão realizados os exames de mama e a coleta do citopatológico, deve-se utilizar recursos visuais (imagens ou vídeos na internet, álbum seriados, folhetos, etc) para explicar sobre anatomia dos corpos com vulva e/ou vagina, como é realizada a coleta do preventivo. Sempre abordando sobre a periodicidade da coleta do citopatológico e da diferença da coleta para o exame ginecológico especular.

E ainda nesse momento da consulta que simultaneamente a inserção dos dados no prontuário eletrônico deve-se preencher o impresso próprio de requisição do exame citopatológico do colo uterino (folha rosa), que já vem previamente preenchida pelo técnico de enfermagem e solicita para a paciente assinar.

RECOMENDAÇÕES DE RASTREIO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O exame citopatológico é realizado em mulheres de 25 a 64 anos, que já iniciaram a vida sexual, após dois (2) resultados sem alteração essa coleta passa a ser trienal (de 3 em 3 anos). Mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram o exame devem se submeter a dois (2) exames com intervalo de 1 a 3 anos, caso os dois estejam sem alteração está suspensa a coleta.

Estudos demonstram que a realização do exame fora da faixa etária está contraindicado devido a não identificação de uma redução de mortalidade em diagnósticos de CA de colo em pessoas com menores de 24 anos, a auto regressão de lesões em mulheres menores de 24 anos, gerando custo desnecessário, além de impacto psíquico em jovens, podendo afetar sua autoestima e sexualidade.

Fonte: Diretrizes para o Rastreamento do câncer do colo do útero 2016

Gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreio

Mulheres na pós-menopausa, sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino, apresentam baixo risco para desenvolvimento de câncer (SASINI; CASTAÑON; CUZICK, 2010). O rastreamento citológico em mulheres na menopausa pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipotrofenismo, gerando ansiedade na paciente e procedimentos diagnósticos desnecessários.

Mulheres no climatério devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres; e, em casos de amostras com atrofia ou ASC-US, deve-se proceder à estrogenização local ou sistêmica prévia à realização da coleta, conforme resultado indicando atrofia com inflamação explicado a seguir. O seguimento de mulheres na pós-menopausa deve levar em conta seu histórico de exames. demais mulheres.

Histerectomizadas o rastreamento realizado em mulheres sem colo do útero devido à histerectomia por condições benignas apresenta menos de um exame citopatológico alterado por mil exames realizados (USA/NCI, 2011). Mulheres submetidas à **histerectomia total** por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

Mulheres sem história de atividade sexual Considerando os conhecimentos atuais em relação ao papel do HPV na carcinogênese do câncer do colo uterino e que a infecção viral ocorre por transmissão sexual, o risco de uma mulher que não tenha iniciado atividade sexual desenvolver essa neoplasia é desprezível. Recomendação: não há indicação para rastreamento do câncer do colo do útero e seus precusores nesse grupo de mulheres.

OBJETIVO - AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM - EXAME FÍSICO

A sexualidade humana ainda é um tabu para muitos, mas cabe ao profissional de saúde, realizar seus atendimentos sem preconceitos e livre de crenças pessoais, não permitindo que esse fatos interfiram na sua conduta profissional. Tornar o ambiente acolhedor e garantir um espaço seguro para a paciente é dever de todos os profissionais de saúde.

O exame ginecológico é também permeado de tabus e timidez. Deve-se informar a paciente todos os passos que norteiam seu exame físico, pedir autorização a paciente antes de tocar em seu corpo e caso tenha alguma negativa argumentar o motivo e explicar a importância de um exame completo a fim de garantir um atendimento integral à pessoa. Porém é necessário respeitar a recusa da paciente, e relatar no prontuário de forma clara e objetiva.

Após ser autorizado o exame, encaminha-se a paciente para o banheiro, lhe é entregue o roupão descartável e é realizada a orientação de vesti-lo e realizar o esvaziamento da bexiga antes do exame, considerando que a bexiga cheia gera desconforto ao exame especular.

Nesse momento prepara-se a lâmina e o frasco identificando-os, a enfermeira prepara a maca com um lençol descartável e os leva a mesa de mayo que estará previamente preparada com caixa de luva, kits de espêculos dos 3 tamanhos, espátula de Fumagalli e spray fixador celular.

Encaminha a paciente para a maca ginecológica e a orienta em como deitar e auxiliar se necessário a colocação das pernas nas pernas da maca. Em seguida deve-se informar que o exame se iniciará pelo ECM. Atenção: "O Ministério da Saúde recomenda contra o ensino do auto exame das mamas, como método de rastreamento do câncer de mama (recomendação contrária fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)" - fonte: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_p_recoce_cancer_mama_brasil.pdf

Dando seguimento a consulta, inicia-se o Exame Clínico das Mamas (ECM) atentando para informar ao paciente todas as etapas e pedir permissão para tocar o seu corpo, o profissional lava as mãos e inicia o ECM.

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

O ECM ainda é controverso, porém para o Ministério da Saúde ele é um exame preventivo e de diagnóstico, e deve ser realizado em todas as consultas de enfermagem ginecológica, ou sempre que pacientes apresentarem queixas. ECM inclui a inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares.

Inspeção estática - A inspeção estática tem o objetivo de identificar visualmente sinais sugestivos de câncer. É importante a comparação entre as mamas, a paciente deve estar sentada com os braços pendentes ao lado do corpo. Deve-se observar qualquer alteração na: cor; grandes assimetrias; retração da pele da mama e/ou do mamilo; padrão de circulação venosa; feridas; lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos e mudança no formato do mamilo, ou qualquer outra alteração encontrada.

Inspeção dinâmica - Solicitar que eleve e abaixe os braços lentamente, e realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as mamas das mãos uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado.

Figura 12 - Inspeção dinâmica



Foto: Amanda R. P. Rodrigues.

Figura 13 - Inspeção dinâmica - alteração do contorno da mama



Foto: Amanda R. P. Rodrigues.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterino_2013.pdf

Palpação - ela não se restringe somente a nível mamário, se estende aos linfonodos axilares e supraclaviculares. Para palpar as cadeias ganglionares axilares a paciente deve estar sentada, o braço homolateral relaxado e o antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador. A palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares deve ser realizada com a paciente sentada, mantendo a cabeça semi fletida e com leve inclinação lateral.

Figura 15 - Palpação da axila



Foto: Amanda R. P. Rodrigues.

A palpação das mamas é feita com a paciente em decúbito dorsal, com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça. Cada área de tecido deve ser examinada aplicando-se três níveis de pressão em sequência: leve, média e profunda, correspondendo ao tecido subcutâneo, ao nível intermediário e mais profundamente à parede torácica. Deve-se realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se estivesse contornando as extremidades de uma moeda. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida. No caso da mulher mastectomizada deve-se palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica. Durante a palpação, deve-se observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos. A descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização. A pesquisa de descarga papilar deve ser feita aplicando-se compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila. A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo ou área de espessamento, que pode estar localizado em qualquer região da mama. A descrição da descarga deve informar se é uni ou bilateral, uni ou multiductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.

Informe ao paciente os achados, caso encontre alguma alteração mostre a paciente, argumente se já tinha percebido, e investigue sobre início e evolução. Os achados, ou ausência deles, devem ser informados detalhadamente no prontuário eletrônico. fonte: Caderno de Atenção Primária nº 29.

Deve-se informar a localização seguindo o esquema dos quadrantes mamários, aspecto e tamanho do nódulo encontrado.

Quadrantes mamários



QSL = Quadrante Superior Lateral ou QSE (Quadrante Superior Externo)

QIL = Quadrante Inferior Lateral ou QIE (Quadrante Inferior Externo)

QSM = Quadrante Superior Medial ou QSI (Quadrante Superior Interno)

QIM = Quadrante Inferior Medial ou QII (Quadrante Inferior Interno)

Após o ECM inicia-se a coleta do citopatológico do colo uterino, é necessário relatar a paciente que iniciará o procedimento, enquanto a profissional está abrindo o pacote do kit de coleta de citopatológico, tranquilize-a, lembrando-a que é geralmente um exame indolor porém pode vir acompanhado de um certo desconforto, e que a paciente deve informar ao profissional qualquer desconforto maior. Peça para que a paciente relaxe, ligue-se o foco de luz e inicia-se o exame.

INSPEÇÃO

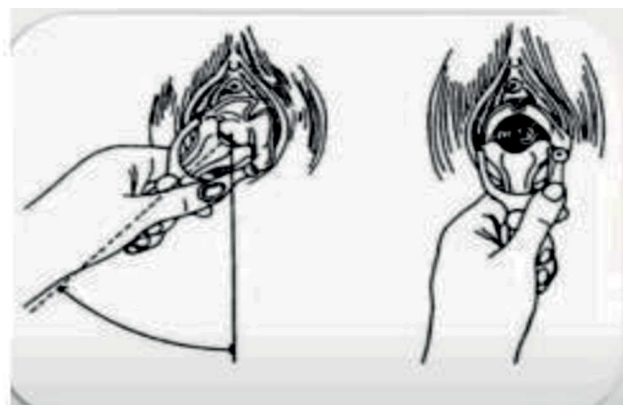
Vulva: presença de lesão/abrasão; alopecia; condilomas; alterações epiteliais (cor e edema por exemplo);

Intróito vaginal: frouxidão vulvar (definir tamanho do espêculo); presença de secreção e/ou condilomas.

EXAME FÍSICO:

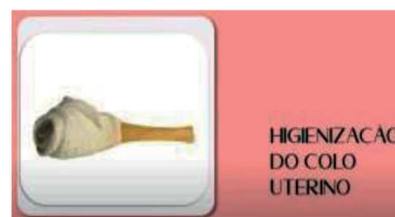
Lembrando que o objetivo do exame é realizar uma análise das células uterinas, logo deve-se mantê-las o mais íntegras o possível.

Procedimento de coleta: Comunicar a paciente que se iniciará o exame, respeitar as particularidades anatômicas da vagina, escolher o espêculo mais adequado, abrir o intróito vaginal com o auxílio de uma mão, caso perceba ressecamento vaginal pode molhar o espêculo com soro fisiológico (nunca com lubrificante). O espêculo deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta. Iniciada a introdução fazer uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espêculo fique na posição horizontal até alcançar o fundo de saco.



Perguntar se está sentindo algum desconforto; comunicar que a paciente sentirá uma leve pressão com a abertura do espêculo; abrir o espêculo; centralizar colo uterino; observar presença de lesões ou alterações significativas, dor a mobilização especular e/ou sangramento. Nessa fase do exame, também é importante a observação das características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como as do colo do útero. Os dados da inspeção do colo do útero são muito importantes para o diagnóstico citopatológico e devem ser relatados na requisição do exame citopatológico.

Segundo o método Fumagalli, utiliza-se a espátula Fumagalli, que consiste em uma espátula de Ayres, com uma das extremidades fixado por fita gaze a fim de realizar a higienização do colo uterino antes de iniciar a coleta do material, passando - a por todo colo uterino.



Após higienização, a coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única. Para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina,

procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.



Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.



Fonte: (INCA, 2002)

O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material. É importante observar a validade do fixador. Na fixação com spray de polietilenoglicol borra-se a lâmina, que deve estar em posição horizontal, imediatamente após a coleta, com o spray fixador, a uma distância de 20 a 30cm, acomoda a lâmina no frasco.

Em seguida deve-se fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher, retirá-lo delicadamente inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais, retirar as luvas, auxiliar a mulher a descer da mesa, solicitar que ela troque de roupa e informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinha.

Retornar a mesa e informar toda observação do exame no prontuário eletrônico, iniciando a segunda etapa da avaliação.

AVIAÇÃO - DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS E DE ENFERMAGEM.

É neste momento que o profissional deve relatar no prontuário eletrônico todos os sinais e sintomas observados no exame físico, preencher corretamente os CIAPS, com o máximo de códigos possíveis, a fim de uma correlação entre eles para um melhor fechamento dos diagnósticos de enfermagem, frisando que o atendimento é individual, cada corpo apresenta sinais e sintomas diversos, esta lista de diagnósticos não é limitadora, explore a NANDA e diversifique seus diagnósticos de enfermagem. Seguem alguns exemplos que podem ser utilizados:

Risco de baixa autoestima crônica, baixa autoestima situacional, risco de baixa autoestima situacional, distúrbio na imagem corporal, tensão do papel de cuidador, risco de tensão do papel de cuidador, processos familiares disfuncionais, processos familiares interrompidos, disposição para processos familiares melhorados, risco de vínculo prejudicado interação social prejudicada, relacionamento ineficaz, disfunção sexual, padrão de sexualidade ineficaz, enfrentamento familiar comprometido, enfrentamento familiar incapacitado, disposição para enfrentamento familiar melhorado, enfrentamento ineficaz, enfrentamento ineficaz da comunidade, disposição para enfrentamento melhorado, disposição para enfrentamento melhorado da comunidade, disposição para bem-estar espiritual melhorado, são alguns exemplos.

Seguem ainda alguns CIAPS que podemos usar nas consultas ginecológicas, seguindo a mesma lógica não limitadora dos exemplos acima, cabe ao profissional se detectar algo que não está presente na listagem acrescentar, a lista completa dos CIAPS se encontra nos ANEXOS.

PROBLEMAS SOCIAIS	Z	GENITAL FEMININO	X
201. Pobreza/problemas econômicos		X01. Dor genital	
202. Problemas relacionados a água/alimentação		X02. Dores menstruais	
203. Problemas de habitação/vizinhança		X03. Dores intermenstruais	
204. Problema socio-cultural		X04. Relação sexual dolorosa na mulher	
205. Problemas com condições de trabalho		X05. Menstruação escassa/ausente	
206. Problemas de desemprego		X06. Menstruação excessiva	
207. Problemas relacionados com educação		X07. Menstruação irregular/frequente	
208. Problema relacionado com sistema de segurança social		X08. Hemorragia intermenstrual	
209. Problema de ordem legal		X09. Sinais/sintomas pré-menstruais	
210. Problema relacionado com sistema de saúde		X10. Desejo de abortar a data menstruação	
211. Problema relacionado com estar doente		X11. Sinais/sintomas da menopausa/ climatério	
212. Problema de relacionamento com parceiro/ conjugal		X12. Hemorragia pós-menopausa	
213. Problema comportamental do parceiro/ companheiro		X13. Hemorragia pós-coital	
214. Problema por doença do parceiro/companheiro		X14. Secreção vaginal	
215. Perda ou falecimento do parceiro/companheiro		X15. Sinais/sintomas da vagina	
216. Problema de relacionamento com criança		X16. Sinais/sintomas da vulva	
217. Problema com criança doente		X17. Sinais/sintomas da pelve feminina	
218. Perda ou falecimento de criança		X18. Dor na mama feminina	
219. Problema de relacionamento com familiares		X19. Tumor ou nódulo na mama feminina	
220. Problema comportamental de familiar		X20. Sinais/sintomas do mamilo da mulher	
221. Problema por doença familiar		X21. Sinais/sintomas da mama feminina, outros	
222. Perda/falecimento de familiar		X22. Preocupação com a aparência da mama feminina	
223. Problema de relacionamento com amigos		X23. Medo de doença de transmissão sexual	
224. Alto ou acontecimento violento		X24. Medo de disfunção sexual	
225. Medo de problema social		X25. Medo de câncer genital	
226. Limitação funcional/incapacidade		X26. Medo de câncer na mama	
227. Problema social NE		X27. Medo de outra doença genital/mama	
		X28. Limitação funcional/incapacidade	
		X29. Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outros	
		X30. Neoplasia maligna do colo	
		X31. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X32. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X33. Fibromioma uterino	
		X34. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X35. Neoplasia benigna genital	
		X36. Neoplasia benigna genital	
		X37. Sífilis feminina	
		X38. Gonorreia feminina	
		X39. Candidíase genital feminina	
		X40. Tricomoníase genital feminina	
		X41. Doença inflamatória pélvica	
		X42. Neoplasia maligna do colo	
		X43. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X44. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X45. Fibromioma uterino	
		X46. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X47. Neoplasia benigna genital	
		X48. Sífilis feminina	
		X49. Gonorreia feminina	
		X50. Candidíase genital feminina	
		X51. Tricomoníase genital feminina	
		X52. Doença inflamatória pélvica	
		X53. Neoplasia maligna do colo	
		X54. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X55. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X56. Fibromioma uterino	
		X57. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X58. Neoplasia benigna genital	
		X59. Sífilis feminina	
		X60. Gonorreia feminina	
		X61. Candidíase genital feminina	
		X62. Tricomoníase genital feminina	
		X63. Doença inflamatória pélvica	
		X64. Neoplasia maligna do colo	
		X65. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X66. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X67. Fibromioma uterino	
		X68. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X69. Neoplasia benigna genital	
		X70. Sífilis feminina	
		X71. Gonorreia feminina	
		X72. Candidíase genital feminina	
		X73. Tricomoníase genital feminina	
		X74. Doença inflamatória pélvica	
		X75. Neoplasia maligna do colo	
		X76. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X77. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X78. Fibromioma uterino	
		X79. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X80. Neoplasia benigna genital	
		X81. Sífilis feminina	
		X82. Gonorreia feminina	
		X83. Candidíase genital feminina	
		X84. Tricomoníase genital feminina	
		X85. Doença inflamatória pélvica	
		X86. Neoplasia maligna do colo	
		X87. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X88. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X89. Fibromioma uterino	
		X90. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X91. Neoplasia benigna genital	
		X92. Sífilis feminina	
		X93. Gonorreia feminina	
		X94. Candidíase genital feminina	
		X95. Tricomoníase genital feminina	
		X96. Doença inflamatória pélvica	
		X97. Neoplasia maligna do colo	
		X98. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X99. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X100. Fibromioma uterino	
		X101. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X102. Neoplasia benigna genital	
		X103. Sífilis feminina	
		X104. Gonorreia feminina	
		X105. Candidíase genital feminina	
		X106. Tricomoníase genital feminina	
		X107. Doença inflamatória pélvica	
		X108. Neoplasia maligna do colo	
		X109. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X110. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X111. Fibromioma uterino	
		X112. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X113. Neoplasia benigna genital	
		X114. Sífilis feminina	
		X115. Gonorreia feminina	
		X116. Candidíase genital feminina	
		X117. Tricomoníase genital feminina	
		X118. Doença inflamatória pélvica	
		X119. Neoplasia maligna do colo	
		X120. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X121. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X122. Fibromioma uterino	
		X123. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X124. Neoplasia benigna genital	
		X125. Sífilis feminina	
		X126. Gonorreia feminina	
		X127. Candidíase genital feminina	
		X128. Tricomoníase genital feminina	
		X129. Doença inflamatória pélvica	
		X130. Neoplasia maligna do colo	
		X131. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X132. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X133. Fibromioma uterino	
		X134. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X135. Neoplasia benigna genital	
		X136. Sífilis feminina	
		X137. Gonorreia feminina	
		X138. Candidíase genital feminina	
		X139. Tricomoníase genital feminina	
		X140. Doença inflamatória pélvica	
		X141. Neoplasia maligna do colo	
		X142. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X143. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X144. Fibromioma uterino	
		X145. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X146. Neoplasia benigna genital	
		X147. Sífilis feminina	
		X148. Gonorreia feminina	
		X149. Candidíase genital feminina	
		X150. Tricomoníase genital feminina	
		X151. Doença inflamatória pélvica	
		X152. Neoplasia maligna do colo	
		X153. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X154. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X155. Fibromioma uterino	
		X156. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X157. Neoplasia benigna genital	
		X158. Sífilis feminina	
		X159. Gonorreia feminina	
		X160. Candidíase genital feminina	
		X161. Tricomoníase genital feminina	
		X162. Doença inflamatória pélvica	
		X163. Neoplasia maligna do colo	
		X164. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X165. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X166. Fibromioma uterino	
		X167. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X168. Neoplasia benigna genital	
		X169. Sífilis feminina	
		X170. Gonorreia feminina	
		X171. Candidíase genital feminina	
		X172. Tricomoníase genital feminina	
		X173. Doença inflamatória pélvica	
		X174. Neoplasia maligna do colo	
		X175. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X176. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X177. Fibromioma uterino	
		X178. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X179. Neoplasia benigna genital	
		X180. Sífilis feminina	
		X181. Gonorreia feminina	
		X182. Candidíase genital feminina	
		X183. Tricomoníase genital feminina	
		X184. Doença inflamatória pélvica	
		X185. Neoplasia maligna do colo	
		X186. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X187. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X188. Fibromioma uterino	
		X189. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X190. Neoplasia benigna genital	
		X191. Sífilis feminina	
		X192. Gonorreia feminina	
		X193. Candidíase genital feminina	
		X194. Tricomoníase genital feminina	
		X195. Doença inflamatória pélvica	
		X196. Neoplasia maligna do colo	
		X197. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X198. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X199. Fibromioma uterino	
		X200. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X201. Neoplasia benigna genital	
		X202. Sífilis feminina	
		X203. Gonorreia feminina	
		X204. Candidíase genital feminina	
		X205. Tricomoníase genital feminina	
		X206. Doença inflamatória pélvica	
		X207. Neoplasia maligna do colo	
		X208. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X209. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X210. Fibromioma uterino	
		X211. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X212. Neoplasia benigna genital	
		X213. Sífilis feminina	
		X214. Gonorreia feminina	
		X215. Candidíase genital feminina	
		X216. Tricomoníase genital feminina	
		X217. Doença inflamatória pélvica	
		X218. Neoplasia maligna do colo	
		X219. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X220. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X221. Fibromioma uterino	
		X222. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X223. Neoplasia benigna genital	
		X224. Sífilis feminina	
		X225. Gonorreia feminina	
		X226. Candidíase genital feminina	
		X227. Tricomoníase genital feminina	
		X228. Doença inflamatória pélvica	
		X229. Neoplasia maligna do colo	
		X230. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X231. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X232. Fibromioma uterino	
		X233. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X234. Neoplasia benigna genital	
		X235. Sífilis feminina	
		X236. Gonorreia feminina	
		X237. Candidíase genital feminina	
		X238. Tricomoníase genital feminina	
		X239. Doença inflamatória pélvica	
		X240. Neoplasia maligna do colo	
		X241. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X242. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X243. Fibromioma uterino	
		X244. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X245. Neoplasia benigna genital	
		X246. Sífilis feminina	
		X247. Gonorreia feminina	
		X248. Candidíase genital feminina	
		X249. Tricomoníase genital feminina	
		X250. Doença inflamatória pélvica	
		X251. Neoplasia maligna do colo	
		X252. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X253. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X254. Fibromioma uterino	
		X255. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X256. Neoplasia benigna genital	
		X257. Sífilis feminina	
		X258. Gonorreia feminina	
		X259. Candidíase genital feminina	
		X260. Tricomoníase genital feminina	
		X261. Doença inflamatória pélvica	
		X262. Neoplasia maligna do colo	
		X263. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X264. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X265. Fibromioma uterino	
		X266. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X267. Neoplasia benigna genital	
		X268. Sífilis feminina	
		X269. Gonorreia feminina	
		X270. Candidíase genital feminina	
		X271. Tricomoníase genital feminina	
		X272. Doença inflamatória pélvica	
		X273. Neoplasia maligna do colo	
		X274. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X275. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X276. Fibromioma uterino	
		X277. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X278. Neoplasia benigna genital	
		X279. Sífilis feminina	
		X280. Gonorreia feminina	
		X281. Candidíase genital feminina	
		X282. Tricomoníase genital feminina	
		X283. Doença inflamatória pélvica	
		X284. Neoplasia maligna do colo	
		X285. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X286. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X287. Fibromioma uterino	
		X288. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X289. Neoplasia benigna genital	
		X290. Sífilis feminina	
		X291. Gonorreia feminina	
		X292. Candidíase genital feminina	
		X293. Tricomoníase genital feminina	
		X294. Doença inflamatória pélvica	
		X295. Neoplasia maligna do colo	
		X296. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X297. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X298. Fibromioma uterino	
		X299. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X300. Neoplasia benigna genital	
		X301. Sífilis feminina	
		X302. Gonorreia feminina	
		X303. Candidíase genital feminina	
		X304. Tricomoníase genital feminina	
		X305. Doença inflamatória pélvica	
		X306. Neoplasia maligna do colo	
		X307. Neoplasia maligna da mama feminina	
		X308. Neoplasia maligna genital feminina, outros	
		X309. Fibromioma uterino	
		X310. Neoplasia benigna da mama feminina/fibroadenoma	
		X311. Neoplasia benigna genital	

Orientação sobre periodicidade de coleta de material para exame citopatológico do câncer de colo uterino, seguindo as recomendações do ministério da saúde.

Educação em saúde de uma forma em geral, específica para caso.

Vale ressaltar que o atendimento é individual, garantindo a autonomia dos seres, os exemplos supracitados são algumas possibilidades de planos e diagnósticos, porém o profissional está livre para acrescentar outros diagnósticos da NANDA e planos de cuidado em sua conduta.

IMPORTANTE: O PROFISSIONAL QUE REALIZOU A CONSULTA É RESPONSÁVEL POR ELA, SENDO NECESSÁRIO O RETORNO PARA A AVALIAÇÃO E CONTINUIDADE DO TRATAMENTO.

CONSULTA SUBSEQUENTE

É de extrema importância que o enfermeiro dê continuidade a sua consulta para avaliar os exames solicitados e realizar a última etapa do Processo de Enfermagem (PE) onde é avaliado os resultados (Evolução de Enfermagem).

SUBJETIVO - AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM - ENTREVISTA

Avaliar se existe alguma queixa atual, ou dúvidas, argumentar se seguiu plano terapêutico caso tenha sido prescrito, e se trouxe os resultados dos exames. É necessário ter conhecimento do histórico da(o) paciente, é importante abrir o último atendimento para analisar e argumentar sobre as condutas e achados.

AVALIAÇÃO -

Avaliar o resultado do citopatológico do colo uterino, analisar os resultados dos demais exames solicitados. É atribuição do profissional da Saúde que colheu o exame citopatológico explicar detalhadamente o significado do resultado normal ou anormal, as condutas recomendadas, os encaminhamentos necessários e os procedimentos que possivelmente serão realizados.

Avaliar os diagnósticos de enfermagem, se necessário iniciar outros diagnósticos.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DOS EXAMES

Mamografia: O resultado da mamografia de rastreamento deve ser analisado pelo profissional solicitante, seguindo a conduta de acordo com a classificação BI-RADS®.

Tabela 3 - Categorias BI-RADS® no exame mamográfico, interpretação e recomendação de conduta

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

Fonte: Autoria própria.

*O estudo histopatológico está indicado nas lesões Categoria 3 quando houver impossibilidade de realizar o controle; quando a lesão for encontrada em concomitância com lesão suspeita ou altamente suspeita mono ou contralateral; ou em mulheres com indicação precisa para terapia de reposição hormonal.

Mulheres com resultado BI-RADS® 1 e 2 devem ser orientadas para acompanhamento e rotina, na unidade de atenção primária, com repetição do exame de acordo com a faixa etária. Mulheres com resultado BI-RADS® 3 devem permanecer em acompanhamento por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. Devem ser acompanhadas pelo especialista, preferencialmente na unidade de atenção secundária. Uma vez confirmada a estabilidade da lesão, as mulheres deverão retornar para o acompanhamento na unidade de atenção primária de acordo com a faixa etária. As mulheres com resultado BI-RADS® 4 ou 5 deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação por exame histopatológico da lesão, preferencialmente por meio de PAG orientada por método de imagem. Mulheres com resultado BI-RADS® 0 deverão ser submetidas a novos exames de imagem para reclassificação da lesão e deliberação da conduta conforme categoria final. O resultado Categoria 6 é pouco provável na Atenção Primária à Saúde pois a mulher com diagnóstico de câncer já deve estar inserida em unidade terciária para tratamento.

CITOPATOLÓGICO DO COLO DE ÚTERO

Amostra insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por algumas razões de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada (SHIRATA et al., 1998): Material celular ou hipocelular (menos de 10% do esfregaço). 2. Leitura prejudicada (mais de 75% do esfregaço) por presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular. **Recomendação:** a mulher deve repetir o exame entre 6 e 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

Amostra satisfatória para avaliação, designa amostra que apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

Logo é de extrema importância a higienização do colo uterino, a dispersão celular na lâmina e a fixação correta a fim de preservar as células e garantir uma análise correta.

Células presentes na amostra: Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas, células glandulares e células metaplásicas. As células glandulares podem ter origem em outros órgãos que não o colo do útero, o que nem sempre é identificável no exame citopatológico. A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolumnar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. Estudo realizado no Brasil, entre 1992 e 1996, mostrou que a detecção de NIC foi cerca de dez vezes maior no grupo em que as células da JEC estavam representadas (SHIRATA et al., 1998).

A presença exclusiva de células escamosas, necessita a repetição do exame em um intervalo de um ano, e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos.

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS

Essas alterações geralmente são causadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular (GHORAB; MAHMOOD; SCHINELLA, 2000; MALIK et al., 2001). Ocasionalmente, podem-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intrauterino (DIU), em células endometriais e mesmo endocervicais (AGARWAL; SHARMA; ACHARYA, 2004; HUGHES et al., 2005).

Inflamação sem identificação de agente, e exame papanicolau apresenta evidentes limitações no estudo microbiológico, de forma que tais alterações podem se observar a patógenos não identificados. Os achados colposcópicos comuns são ectopias, vaginites e cervicitis (MALIK et al., 2001; HALFORD, 2002). **Recomendação:** seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico. Havendo queixa clínica de leucorreia, a paciente deverá ser encaminhada para exame ginecológico. Porém seguindo a abordagem síndrome é preferencialmente já tratada a leucorreia no momento da coleta do citopatológico. O tratamento deve seguir recomendação específica, vide protocolo de IST's.

Metaplasia escamosa imatura A palavra "imatura", em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos buscando caracterizar que esta apresentação é considerada como do tipo reparativa (MALIK et al., 2001). **Recomendação:** seguir a rotina de rastreamento citológico. **Reparação**, decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser originada por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório (MALIK et al., 2001). **Recomendação:** seguir a rotina de rastreamento citológico.

Atrofia com inflamação Na ausência de atipias, é um achado normal do período climatérico e somente demanda atenção ginecológica caso esteja associado a sintomas como secura vaginal e dispareunia. Foram encontradas evidências de qualidade para tratamento da vaginite atrófica (LYNCH, 2008; AL-BAGHDADI; EWIES, 2009; CHOLLET et al., 2009). **Recomendação:** seguir a rotina de rastreamento citológico. Na eventualidade do laudo do exame citopatológico, mencionando dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, deve ser prescrito um preparo estrogênico seguindo esquemas descritos a seguir, utilizados para tratamento da colpíte atrófica, e a nova citologia será coletada sete dias após a parada do uso. O tratamento da colpíte atrófica, ou seja, administração vaginal de creme de estrogênios conjugados ou de creme de estriol

(CARDOZO et al., 1998). Ambas as drogas devem ser utilizadas, de preferência à noite, por um a três meses, em dois esquemas alternativos: durante 21 dias, com intervalo de sete dias, ou duas vezes por semana, sempre nos mesmos dias. Na situação em que é contraindicado o uso de estrogênios conjugados, parece recomendável o uso de estriol. Devido à absorção sistêmica do estrogênio tóxico ser mínima, não há contraindicação do uso do mesmo nas mulheres com história de carcinoma de mama. O esquema recomendado é o mesmo utilizado para as demais mulheres, como descrito acima (DERZKO; ELLIOT; LAM, 2007). Nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase, como os utilizados no tratamento do câncer de mama, a terapia com estrogênios para a melhora da vaginite atrófica está contraindicada (KENDALL et al., 2006).

Radiação, este achado pode ocorrer nos casos de mulheres tratadas por meio de radioterapia para câncer do colo uterino (CHIEN et al., 2005; ZANNONI; VELLONE, 2008). O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame. **Recomendação:** seguir a rotina de rastreamento citológico.

Segue tabela com resumo das alterações benignas

Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)	CONDUTA
Inflamação sem identificação de agente	Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico
Metaplasia escamosa imatura	Seguir a rotina de rastreamento citológico
Reparação	Seguir a rotina de rastreamento citológico
Atrofia com inflamação (somente demanda atenção ginecológica caso esteja associado a sintomas como secura vaginal e dispareunia.)	Tratamento tópico com estrogênios conjugados por quatro semanas seguir a rotina de rastreamento citológico.
Dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia,	O tratamento da colpíte atrófica pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estrogênios conjugados ou de creme de estriol.
	Ambas as drogas devem ser utilizadas, de preferência à noite, por um
	a três meses, em dois esquemas alternativos: durante 21 dias, com
	intervalo de sete dias, ou duas vezes por semana, sempre nos
	mesmos dias.
	A nova citologia será coletada sete dias após a parada do uso
Radiação	seguir a rotina de rastreamento citológico

Resultado indicando achados microbiológicos, *Lactobacillus*, *Coccus* e outros *Bacillus*, são considerados achados normais. Fazem parte da microbiota e, na ausência de sinais e sintomas, sua presença não caracteriza infecção que necessite de tratamento (AGARWAL; SHARMA; ACHARYA, 2004). **Recomendação:** seguir a rotina de rastreamento citológico.

Caso seja apresentado outros como *Candida* sp, *Gardnerella* m obiluncus, *Trichomonas* vaginalis ou HPV, seguir conduta vide protocolo de IST.

O quadro abaixo lista os possíveis diagnósticos citopatológicos anormais e resume as respectivas recomendações iniciais.

Quadro 3 – Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal

Resultados			Grau de suspeição	Conduta
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau		Menor	Repetição da citologia em seis meses
	Lesão intraepitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermoide invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i>		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: (BRASIL, 2011).

Atentar para lançar todos achados e resultados no prontuário eletrônico do cidadão, com seus respectivos CIAPS.

PLANO - PLANEJAMENTO + IMPLEMENTAÇÃO

Finalizando o atendimento, realizando os devidos encaminhamentos segundo os fluxogramas e quadros apresentados.

Orientar sobre a periodicidade da coleta do citopatológico do colo uterino, do exame das mamas e da mamografia.

Solicitar retorno anual para consulta de enfermagem ginecológica ou quando tiver queixas ginecológicas, e aprazar nova coleta de cito seguindo as recomendações para cada caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasília, DF: Senado, 1988. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

Lei 14.758 de 19 de dezembro de 2023
Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília DF, 19 de dez. de 2023

Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 26 jun. 1986

RESOLUÇÃO COFEN Nº 736 DE 17 DE JANEIRO DE 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Publicado no Diário Oficial da União no dia, Brasília DF, 23 de jan. de 2024

Política Nacional de Atenção Básica.
Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Brasília- DF. 2015. Disponível em: 73
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 24 nov. 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizassus>.

Acesso em: 24 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 381/2011. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncotática pelo método de Papanicolaou. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 181, p. 128, 22 jul. 2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3812011_7447.html. Acesso em: 24 nov. 2021.

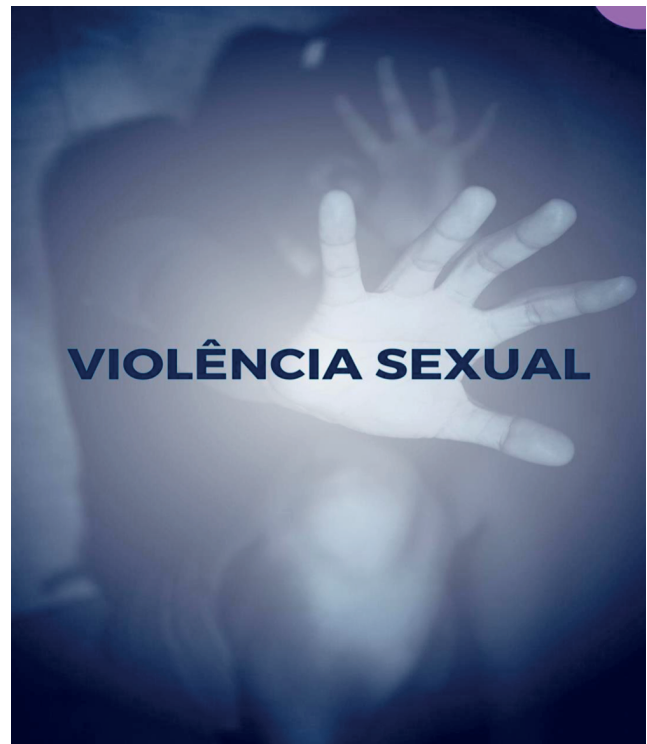
BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 13: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 29: Rastreamento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais - LGBT. Brasília: MS; 2008.

Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2006.

SILVA, L.F.S. Dinâmica para consulta de enfermagem humanizada às mulheres para realização do exame citopatológico do colo uterino, 2022, 169p. Dissertação de mestrado - Programa de pós graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 202



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ.

A Organização Mundial de Saúde definiu a violência sexual como "qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção" (OMS, 2012).

Trata-se de um problema social e de saúde pública, considerando os inúmeros impactos que esta violência pode acarretar para a saúde da mulher. A articulação e integração dos serviços assistenciais e do atendimento é um dos grandes desafios para o enfrentamento dessa questão que visa evitar a revitimização destas mulheres a partir da prestação de um atendimento humanizado e integral (MS, 2015).

A taxa das ocorrências de violência sexual é subestimada. A OMS (2018), estimou que apenas cerca de 5% das vítimas adultas de violência sexual denunciaram o crime à polícia, ou um serviço de saúde. Há muitas razões pelas quais as mulheres não denunciam a violência sexual, dentre elas: falta de apoio; vergonha; medo de represálias; sentimento de culpa; receio de que não acreditem nela; temor de ser maltratada ou socialmente marginalizada.

Em 24 de novembro de 2003, foi sancionada a Lei nº 10.778 que estabelece a **notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviço de saúde público ou privado**. Após 15 anos de publicação, esta Lei sofre alteração a partir da Lei nº 13.931 de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre a sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita da violência contra a mulher. Os casos onde houver indícios ou confirmação da violência contra a mulher deverão ser obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos (BRASIL, 2019, §4). Esta notificação, realizada pelos profissionais de saúde entre outros, é uma ferramenta de informação que possibilita conhecer a situação de violência em questão, norteadora a intervenção junto a rede de proteção e atendimento, favorecendo a garantia de direitos para as mulheres. Salienta-se que nas situações de violência sexual esta notificação é obrigatória e imediata.

As prioridades de atenção às mulheres em situação de violência foram estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, considerando ações intersetoriais representativas dos direitos humanos das mulheres, estabelecendo em suas prioridades a atenção para mulheres em situação de violência sexual e doméstica. Os desdobramentos dessa política estão dispostos nas normas técnicas afetas ao tema da violência sexual e na legislação em vigor que potencializa as especificidades da atenção à saúde, descritas nesse protocolo.

A Lei 11.340/2006, mundialmente conhecida como Lei Maria da Penha, define a violência contra a mulher como "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" (BRASIL, 2006, art. 5º), tanto na esfera pública ou privada. Além de definir, tipificar e criminalizar a violência contra a mulher, a Lei Maria da Penha ainda prevê ações de diversos serviços governamentais para seu enfrentamento. No bojo desta lei, a violência sexual, é entendida como: "qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos" (BRASIL, 2006, art.7º).

Já o estupro é definido pelo Código Penal Brasileiro como um crime de ação pública, que consiste no ato de "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso" (CP, art.213). Tal tipificação passou a vigorar no título VI, que trata de crimes contra a dignidade sexual, conforme disposto na Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009.

Com relação ao atendimento à mulher em situação de violência sexual, o art.9º da Lei Maria da Penha prevê e determina a assistência de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso. Conforme o § 3º:

A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual (BRASIL, 2006, art.9).

Com intuito de cumprir um dos principais eixos da PNAISM, o Ministério da Saúde pública, em 2012, a terceira edição Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2012), expandindo e qualificando redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência, afirm de configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual. Pretende, assim, auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços de atendimento a violência, a partir de uma atuação eficaz, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres (MS, 2012).

O decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013, estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Conforme este decreto, o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS observará as seguintes diretrizes:

- Acolhimento em serviços de referência;
- Atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;
- Disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima;
- Informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- Identificação e orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência e de unidades do sistema de garantia de direitos;
- Divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento de vítimas de violência sexual;
- Disponibilização de transporte à vítima de violência sexual até os serviços de referência, e;
- Promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados. Neste Decreto fica assegurado que durante o atendimento é preciso observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade

Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 485 que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Art.4, § 2º desta portaria, os serviços ambulatoriais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades e outros, compõem a rede de cuidado a pessoas em situação de violência sexual, devendo realizar o atendimento conforme suas especificidades e atribuições. Tal portaria redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que:

§ 1º Sem prejuízo da atuação do Instituto Médico Legal (IML), os estabelecimentos de saúde poderão realizar, no âmbito dos serviços de referência dispostos no "caput", a coleta, guarda provisória, preservação e entrega de material com vestígios de violência sexual, conforme o disposto no Decreto no 7.958, de 13 de março de 2013 (BRASIL, 2014, art.5).

A Portaria determina que os serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão "oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na Saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos" (MS, 2015, art. 10).

Parágrafo único. Os medicamentos para profilaxias indicadas, inclusive anticoncepção de emergência, deverão ser dispensados e administrados nos serviços ambulatoriais às vítimas de violência sexual (MS, 2015, art.10).

A Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, publicada pelo Ministério da Saúde em 2015, compõe uma das ações do Programa Mulher Viver sem Violência lançado em 2013, e busca assegurar e garantir o acesso ao atendimento integral e humanizado, contribuindo para o enfrentamento da impunidade dos agressores. Esta Norma Técnica trás diretrizes para a realização do registro de informações e da coleta de vestígios no momento do atendimento em saúde à mulher em situação de violência sexual, considerando a oportunidade de sua realização nas primeiras horas após a violência.

Compõe o atendimento integral à saúde de pessoas em situação de violência, o registro da notificação compulsória de suspeita ou evidência de violências interpessoais e autoprovocadas definidas pela legislação (violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas) de acordo com a Portaria GM/MS no 1.271 de 06/06/2014. Esse registro é feito pelos(as) profissionais de saúde e de outras áreas, em conformidade com pactuações locais, sendo esta notificação uma ferramenta de informação, que possibilita conhecer para intervir e também um instrumento de garantia de direitos ao acionar a rede de atenção e proteção. Salienta-se que nas situações de violência sexual esta notificação é obrigatória e imediata para mulheres e homens em todos os ciclos de vida.

Quando do atendimento de crianças e adolescentes é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais (Lei no 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente). Nos casos de violência contra pessoas idosas é obrigatório comunicar a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso (Lei no 10.741/2003).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, publicou em 2019 o OFÍCIO CIRCULAR No 21/2019/CGA/HV/DCCI/SVS/MS. Esse documento foi destinado às Coordenações Estaduais e Municipais de HIV/Aids, para trata de Informações sobre a oferta, acolhimento, prescrição e dispensa de antirretrovirais para Profilaxia Pós-Exposição ao risco de HIV, IST e Hepatites Virais (PEP) nos serviços de saúde, com determinações, dentre outras questões, que a organização da oferta de PEP deve contar com serviços de atendimento 24 horas para a realização do primeiro atendimento de PEP, com devido encaminhamento para seguimento clínico. Além disso, a PEP pode ser ofertada nos demais serviços, como Serviços de Assistência Especializada (SAE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), policlínicas, entre outros.

A partir da Portaria Municipal nº043/2023, o município Campos dos Goytacazes/RJ instituiu o Programa Sífilis Zero com o objetivo de reduzir o número de casos da doença, além de interromper a transmissão e estabelecer fluxo de monitoramento aos pacientes em tratamento. A portaria define as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) como pontos fixos de tratamento para a Sífilis, com a administração da medicação indicada nos protocolos e dispensação de medicamentos padronizados para tratamento da doença em gestantes, homens e mulheres adultos. Dentre as orientações para protocolo terapêutico, recomenda-se também o tratamento para vítimas de violência sexual (art.6º, § 4º).

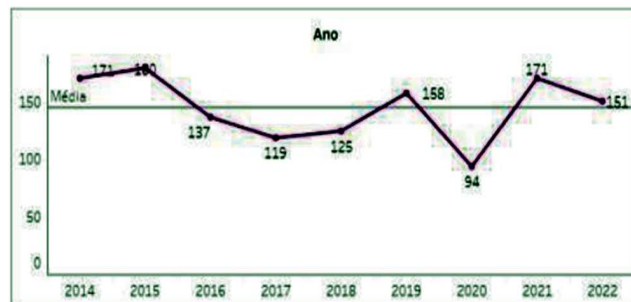
Com relação as condutas de imunização em casos específicos de violência sexual, em 2023, a partir da Nota técnica nº 63/2023, o Ministério da Saúde determinou a incluiu as vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, garantindo proteção a homens, mulheres e crianças (de nove a 45 anos de idade) ainda não vacinados contra HPV. De acordo com esta nota técnica assinada de forma conjunta pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente (SVSA), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Secretaria da Saúde Indígena (SESAI), a oferta da vacina será incluída de forma imediata ao protocolo de atendimento existente e realizada nos pontos de atenção à saúde do SUS que prestam assistência às vítimas de violência sexual.

Alicerçado na Lei Maria da Penha, na Lei nº 13.931/2019, na portaria nº485/2014 do Ministério da Saúde, na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2012), na Norma Técnica: Atenção humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2015), e no Programa Sífilis Zero, apresenta-se o Protocolo de Atendimento à Violência Sexual nas Unidades Básicas de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ. Este protocolo destina-se a orientar e auxiliar os profissionais de saúde no atendimento dos casos de violência sexual, vítimas a partir de 18 anos, explicando os passos para uma resposta efetiva à essa demanda, com a finalidade de que os serviços de saúde melhor cumpram a sua fundamental função de acolher e cuidar das mulheres que sofrem essa grave violação de direitos humanos de extrema relevância para a saúde pública.

DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ.

O gráfico a seguir trata das estatísticas de violência sexual contra a mulher em Campos dos Goytacazes/RJ. Nesta categoria trata do somatório dos delitos: Assédio sexual, ato obsceno, estupro, importunação sexual, tentativa de estupro e violação sexual mediante fraude.

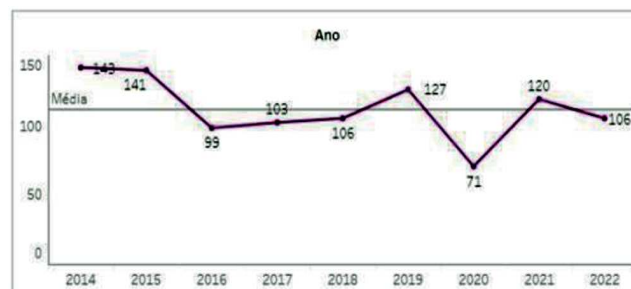
Gráfico: Ocorrências de Violência sexual contra Mulheres em Campos dos Goytacazes (2014-2022).



Fonte: Dossiê da Mulher, Instituto de Segurança Pública (2023).

Conforme o ISP (2023), no período de 2014 a 2022, o município, através da Delegacia Civil e Delegacia Especializada do Atendimento à Mulher (DEAM), reportou 1306 (mil trezentos e seis) ocorrências de violência sexual, ou seja, vítimas que realizaram ocorrência policial em delegacia. Com relação especificamente ao crime de estupro, o gráfico a seguir trata das estatísticas deste delito, discriminando a quantidade de registro de ocorrências por ano.

Gráfico: Ocorrências de estupro de mulheres em Campos dos Goytacazes/RJ (2014-



Fonte: Dossiê da Mulher, Instituto de Segurança Pública (2023).

No período de 2014-2022, Campos dos Goytacazes/RJ reportou 1016 (mil e dezesseis) ocorrências de estupro contra mulheres, uma média de 127 ocorrências por ano. Destaca-se que em 2020, o ano mais crítico da pandemia pela Covid-19, os registros ficaram abaixo da média, podendo representar a dificuldade por parte das mulheres de acessar os serviços policiais para registro de ocorrências.

Um dos desafios do enfrentamento da violência contra a mulher, que também contribui para a impunidade dos autores da violência é a questão da subnotificação dos casos, especialmente, de violência sexual. Conforme Kind et al (2013) trata-se da (in)visibilidade da violência contra mulheres, decorrente tanto da falta de reconhecimento da violência como problema de saúde pública quanto a invisibilidade que impede o seu enfrentamento. Em seu estudo Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde (2013), os autores observaram que a notificação é frequentemente tomada como denúncia, o que dificulta o avanço nas discussões e ações concernentes ao problema.

SITUAÇÕES DE ATENDIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL:

A- Quando a pessoa procura inicialmente o sistema de segurança pública – Nesses casos o sistema de segurança registra todas as informações da ocorrência e a encaminhada aos órgãos de medicina legal para a realização da perícia, que irá caracterizar o tipo de lesão encontrada e coletar os vestígios que podem auxiliar na identificação da autoria e materialização do crime. Em seguida a pessoa é encaminhada ao sistema de saúde para os cuidados pertinentes. Caso haja uma situação de urgência ou emergência, a vítima é encaminhada inicialmente ao sistema de saúde.

B. Quando a pessoa procura inicialmente o serviço de saúde – Nesse contexto não é necessário o registro de boletim de ocorrência (BO) para continuidade do atendimento. Deve-se respeitar

o desejo da mulher caso ela não queira registrar a ocorrência, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde e de todas as orientações necessárias sobre seus direitos. Em todas as situações, a equipe de saúde deve orientar sobre a importância do registro do boletim de ocorrência, pois este é um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do(a) agressor(a).

Os serviços de saúde NÃO substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal, posto que atuam de forma complementar e integrada.

É importante registrar que não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão-somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios.

Se a pessoa em situação de violência decidir pelo registro policial, tais informações e materiais serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitado.

As pactuações locais de atendimento intersectorial às pessoas em situação de violência sexual podem ser desenvolvidas em parceria entre a equipe de perícia oficial e a equipe do hospital, de modo que tanto a assistência por parte da saúde quanto a perícia ocorram no mesmo local, mas são realizadas por equipes distintas, num só momento.

Enfrentar a violência contra as mulheres exige, acima de tudo, a construção de condições para que possam escolher e decidir, a partir das informações qualificadas sobre todos os seus direitos, sobre os serviços especializados e sobre os procedimentos para a denúncia da violência sofrida, contribuindo dessa forma para sua autonomia.

A DECISÃO DA MULHER DEVERÁ SEMPRE SER RESPEITADA! PROCEDIMENTOS TÉCNICOS PARA O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ÂMBITO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO CLÍNICO:

Este protocolo se destina a atendimento de pacientes homens ou mulheres, acima de 18 anos de idade. Idosos e crianças em situação de violência devem ser acolhidos e devidamente encaminhados, conforme determinações do ECA e Estatuto do Idoso. O atendimento ambulatorial de violência sexual dispensa a necessidade de regulação ou agendamentos prévios, devendo assim, ser prioritário. O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização dessa assistência. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais.

Faz parte do acolhimento dessas vítimas a orientação da importância de se registrar o boletim de ocorrência (BO), pois este é um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do(a) agressor(a). Em casos de menores de 18 anos a comunicação ao Conselho Tutelar é obrigatória, sendo esta realizada pelo serviço social, assim como em casos de maiores que 60 anos, nestes casos a comunicação deve ser feita ao Conselho do Idoso.

Deve ser garantido a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente de confiança e respeito. Além de ouvir atentamente o relato da situação, de forma a poder avaliar a possibilidade de risco de morte ou de repetição da violência sofrida. Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas no prontuário eletrônico (e-sus). Com descrição da história completa e exame físico minucioso, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado. É importante registrar o relato da ocorrência de forma mais completa possível para que a paciente não necessite repetir a história em atendimentos posteriores e desta forma reviver toda violência novamente.

SUBJETIVO

Descrição e motivo da consulta

Todas as informações coletadas durante a anamnese devem ser cuidadosamente registradas em prontuário eletrônico (e-sus). No item descrição é importante registrar o relato da ocorrência de forma mais completa possível para que a paciente não necessite repetir a história em atendimentos posteriores e desta forma reviver toda violência novamente. Deverá ter informações como: local, dia e hora aproximada da violência sexual; tipo (s) de violência sexual sofrido (s); forma (s) de constrangimento utilizada (s); tipificação e número de autores da violência. Ainda nesse campo é importante registrar as queixas/sintomas relatados pelas vítimas, tanto em aspectos físicos quanto emocionais.

OBJETIVO

Caso seja necessário realizar exame físico, as informações também deverão ser registradas no campo descrição. O registro do exame físico deve ser completo, descrevendo as lesões em sua localização, tamanho, número e forma, preferencialmente no sentido craniocaudal, inclusive as lesões genitais e extragenitais. O exame deverá ser realizado por profissionais preferencialmente do sexo feminino, ou na presença deste. Explicar a importância do exame físico e a possibilidade de coleta de material; informar os passos do exame, os locais do corpo a serem tocados, explicando os procedimentos que serão realizados e os materiais que serão coletados. Se a vítima desejar realizar a coleta de vestígios, deverá ser encaminhada para o Instituto Médico Legal (IML). Havendo a recusa, a decisão e autonomia da pessoa devem ser respeitadas.

A descrição das lesões corporais mais frequentemente observadas em casos de violência sexual encontra-se no quadro abaixo:

REGIÃO		POSSÍVEL LESÃO
Craniana	Couro cabeludo	Equimose, escoriação, edema traumático e ferida contusa
	Face	Fratura (malar, mentoniana e nasal), marcas de mordida, escoriação, equimose facial e edema traumático
	Olhos	Equimose periorbitária (olho roxo) e da esclerótica (hemorragia em esclera) e edema traumático
	Orelhas	Equimose, escoriação e edema traumático
	Boca	Equimose labial, equimose intraoral, escoriação, marca de mordida, fratura e trauma dentário
Cervical	Externa	Marca de mordida, equimose por sucção, equimose e escoriação
	Interna	Trauma laringeo, alteração na voz (rouquidão, disfonia) e dificuldade de deglutição
Torácica e abdominal		Equimose, equimose por sucção, escoriação, marca de mordida e corpos estranhos presentes na pele: terra, graveto, etc.
Mamária		Marcas de mordida ou sucção, equimose, escoriação e laceração nos mamilos
Membros Superiores		Equimose (especialmente nos antebraços e mãos); lesões de defesa, escoriação, edema traumático e fraturas
Mãos		Equimose, escoriação, edema traumático e fratura
Membros Inferiores		Equimose (especialmente nas faces mediais das coxas); lesões de defesa, escoriação, marca de mordida e edema traumático
Genital		Equimose, escoriação, edema traumático e rotura himenal
Anal		Equimose, escoriação, edema traumático, laceração e dilatação
*A existência dessas lesões não caracteriza por si a violência sexual, uma vez que podem ser resultantes da prática sexual		

Fonte: EBSERH. Protocolo: Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual. UFTM, 2021.

A coleta de material biológico (vestígios) durante o atendimento às vítimas de violência sexual é de extrema importância para a identificação do agressor por meio de exame de DNA. Com intuito de agilizar o processo de criminalização e evitar a impunidade do agressor. A pessoa em situação de violência sexual ou seu responsável legal, deverá ser esclarecida sobre a possibilidade de coleta de material biológico. A possibilidade de coleta de material biológico em quantidade suficiente reduz com o passar do tempo, devendo ser realizada dentro das 72h após a agressão.

Os serviços de saúde não substituem as funções e atribuições de segurança pública, portanto não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), mas é importante salientar que o exame físico deve ser realizado com a descrição das lesões e o registro de informações.

ATENÇÃO: Considerando que as Unidades Básicas de Saúde não possuem condições para coleta e armazenamento de material biológico, além de estarem localizadas, em sua maioria, em áreas com risco para violência, esta etapa do atendimento não será realizada pelos profissionais da atenção básica. A vítima deverá ser esclarecida quanto à coleta, e caso deseje, será devidamente encaminhada para o IML.

EXAMES DA CONSULTA

Na oportunidade do atendimento deverão ser realizados os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais, além do Teste Imunológico para Gravidez (TIG). O βHCG deverá ser solicitado/realizado na oportunidade da consulta (para avaliar possível gestação anterior a violência sexual) e sua repetição deverá ser programada a partir do 7º dia após a violência sexual.

AValiação

No item Problema deverão ser registrados os códigos conforme os problemas identificados nas etapas anteriores.

- D01 – Dor abdominal
- D04 – Dor anal/retal
- D06 – Outras dores abdominais localizadas
- Y25 – Medo de doença sexualmente transmissível
- X01 – Dor Genital
- X18 – Dor na mama feminina
- X23 – Medo de doença de transmissão sexual
- X14 – Secreção Vaginal
- Z25 – Atto ou acontecimento violento

PLANO

Esta etapa do atendimento consiste nas condutas profissionais relacionada as profilaxias, afim de evitar danos decorrentes da violência sexual.

MEDICAMENTOS

Anticoncepção de Emergência (AE)

A AE deve ser prescrita, pelo médico (a) ou enfermeiro (a), para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação (ou que já apresentem sinais de puberdade) e que estejam antes da menopausa. Também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência,

cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual aplicada, deve-se considerar o uso da AE.

A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticoncepcivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, implante de etnorgestrel, esterilização cirúrgica ou DIU. Porém deve-se considerar o estado de orientação e concentração da pessoa, em função do trauma causado pelo abuso.

Os efeitos secundários mais frequentes do uso da AE são as náuseas e os vômitos. Se o vômito ocorrer nas primeiras 2 horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida. Caso o vômito ocorra novamente, dentro do mesmo prazo, recomenda-se a administração da AE por via vaginal. AAE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso. Porém entre o 4º e 5º dia da violência sexual a AE ainda oferece razoável proteção, embora com taxas de falha maiores. Sendo assim, a AE pode ser administrada até o 5º dia após a violência sexual.

Esquemas de AE:

Método	Dose	Posologia
Levonorgestrel (primeira escolha)	1,5 mg de levonorgestrel	1 comprimido dose única
	0,75 mg de levonorgestrel	2 comprimidos dose única
Anticoncepcionais orais combinados (segunda escolha)	0,05 mg etinilestradiol + 0,25mg levonorgestrel	2 comprimidos de 12/12h (total de 4 comprimidos)
	0,03 mg etinilestradiol + 0,15mg levonorgestrel	4 comprimidos de 12/12h (total de 8 comprimidos)

Fonte: EBSERH. Protocolo: Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual. UFTM, 2021

Profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis não virais Considerando a ampla gama de infecções sexualmente transmissíveis, a profilaxia pós-violência sexual contemplará os agravos mais prevalentes, de repercussão clínica de relevância e está indicada em situações de exposição com risco de transmissão, mesmo não sendo observadas lesões. Uma parcela significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada. Doenças como gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia.

Nos casos de abuso crônico ou quando houver uso de preservativo durante todo o crime sexual, a profilaxia de ISTs não virais não está recomendada, porém, a avaliação deverá ser individualizada. O esquema recomendado para profilaxia de ISTs não virais é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina. Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações medicamentosas significativas, a administração profilática do metronidazol é facultativa ou pode ser postergada, principalmente em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento.

Os esquemas recomendados para prescrição médica e de enfermagem:

IST	Medicação	Posologia Adultos e adolescentes acima de 45kg
Sífilis	Penicilina Benzatina	2,4 milhões UI, intramuscular 1,2 milhões UI em cada nádega.
Gonorréia	Ceftriaxona	500 mg Intramuscular dose única
	+ Azitromicina	+ 500mg, 2 comprimidos via oral, dose única (dose total 1g).
Clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos via oral, dose única (dose total 1g).
	OU Doxiciclina	100mg via oral 2x/dia, por 7 dias. (Exceto Gestante)
Cancro Mole	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos via oral, dose única (dose total 1g).
		2g via oral dose única
Tricomoníase	Metronidazol	OU 5 comprimidos de 400 mg, via oral, dose única.
		OU 8 comprimidos de 250 mg, via oral, dose única.

Fonte: EBSERH. Protocolo: Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual. UFTM, 2021

ATENÇÃO: Uma única prescrição de Azitromicina dose total de 1g será considerada para tratamento concomitante para gonorréia, clamídia e cancro mole, não sendo necessário triplicar a prescrição.

Agravidez não contraindica este esquema profilático recomendado, porém o Metronidazol deve ser evitado no primeiro trimestre de gestação. Para evitar o uso concomitante de diversas medicações que poderia levar à intolerância gástrica, a administração profilática do metronidazol pode ser postergada ou ser prescrita no retorno ambulatorial.

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade à penicilina, pode ser utilizado esquema alternativo com eritromicina, 500mg, de 6 em 6 horas, por 15 dias e alternativamente à ceftriaxona pode ser utilizado ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única (contraindicado para gestantes crianças e adolescentes).

Conforme determinação do Programa Sífilis Zero, a aplicação de Penicilina Benzatina deverá ser realizada na UBS na oportunidade da consulta.

PEDIDO DE EXAMES

Durante o atendimento, o profissional médico/enfermeiro deverá colher/solicitar/agendar amostras sanguíneas para sorologias, avaliação de gestação prévia e avaliação bioquímica para aquelas que realizarão profilaxia com antiretrovirais, conforme a seguir:

- Sorologias: Anti-HIV; Hepatite B (HbsAG e anti Hbs); Hepatite C (anti- HCV); Sífilis (VDRL);
- Bioquímica: Hemograma, TGO/TGP, Bilirrubinas, Uréia, Creatinina.

ENCAMINHAMENTOS INTERNOS

Profilaxia para Tétano

Na ocorrência de traumatismos físicos, principalmente quando há contaminação com terra das lesões durante a agressão ou no caso de lesões provocadas por objetos contendo poeira e ou terra deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o status vacinal da mulher:

HISTÓRIA VACINAL	Ferimento limpo ou superficial		Outro tipo de ferimento	
	Vacina	IGHAT*	Vacina	IGHAT*
Incerta ou menos de 3 doses	Sim	Não	Sim	Sim
3 doses completas, última há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não
3 doses completas, última entre 5 e 10 anos	Não	Não	Sim	Não
3 doses completas, última há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: EBSERH. Protocolo: Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual. UFTM, 2021

*IGHAT: 5.000 unidades de SAT (soro antitetânico) via intramuscular, após realização de teste de sensibilidade. Ao alérgicos ao SAT será indicado IGHAT dose única de 250 unidades. Pacientes que necessitem dessa profilaxia deverão ser devidamente encaminhados para o serviço de referência.

PROFILAXIA CONTRA PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Essa conduta visa garantir proteção a pessoas de 09 a 45 anos de idade, vítimas de violência sexual, que ainda não são vacinados ou que não completaram o esquema de imunização contra o vírus.

A vacina HPV administrada em situação de violência sexual deverá ser registrada na estratégia ESPECIAL, com o seguinte motivo de indicação CID 10 (T742) no SIPNI, conforme modelo de dados da Rede Nacional de Dados em Saúde. No e-SUS APS o registro ocorrerá na estratégia ESPECIAL com seus respectivos esquemas vacinais para a vacina HPV, até a evolução do sistema com o motivo de indicação, conforme modelo de dados da Rede Nacional de Dados em Saúde.

O Programa Nacional de Imunização, por meio de Nota Técnica (NT41/24) determina esquema de 3 doses para situação de violência sexual: A dose 1 (D1) deverá ser administrada no momento do atendimento ambulatorial. A dose 2 (D2) deverá ser administrada com intervalo de 60 dias (2 meses). A dose 3 (D3) deverá ser administrada 6 meses após a dose 1 (ex: 0; 2 e 6 meses).

ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS

Profilaxia pós exposição ao HIV – PEP

A PEP é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: Violência sexual; Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha); Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico). Em caso de descentralização da assistência e organização do serviço para atendimento à violência sexual, a dispensação da PEP pode ser realizada na UBS. Do contrário, o paciente deverá ser encaminhado para serviço de referência.

Na PEP os medicamentos antiretrovirais para HIV devem ser tomados durante 28 dias, sem interrupção, sob orientação médica após avaliação do risco. O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição. Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se o encaminhamento para acompanhamento sorológico na unidade de referência (CDIP).

A indicação ou não de PEP irá depender do status sorológico para HIV da pessoa exposta, que deve sempre ser avaliado por meio de testes rápidos, conforme as situações a seguir:

- Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP está indicada pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV.
- Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP não está indicada.
- Amostra com resultados discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente): não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial, em instituição de referência, para elucidação diagnóstica. Nesse caso, a decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.

Em caso de violência sexual, não há obrigatoriedade de conhecimento do status sorológico da pessoa-fonte (agressor) para indicação da PEP.

Esquemas Preferenciais do PCDT PEP ao HIV - Portaria SCTIE/MS no 54, de 24 de agosto de 2021

Esquema Preferencial PEP HIV – adultos

1 comprimido coformulado de Tenofovir/Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg
+
1 comprimido de Dolutegravir (DTG) ² 50 mg ao dia. A duração da PEP é de 28 dias.

¹ Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

² O DTG está indicado para pessoas com idade >6 anos e peso >20kg.

Esquemas alternativos para PEP – Adultos

Impossibilidade de TDF: AZT/3TC + DTG	Esquema preferencial para pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenobarbital: tenofovir/lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC), 1 comprimido ao dia + dolutegravir 50mg (DTG), 1 comprimido de 12/12h. O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o ATV/r é o medicamento alternativo. O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos.	
Impossibilidade de DTG: TDF/3TC + ATV + RTV		
Impossibilidade de ATV + RTV: TDF/3TC + DRV + RTV		
A DURAÇÃO DA PEP É DE 28 DIAS.		

Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em Gestantes.

Esquema preferencial	Medicações alternativas
	Impossibilidade de TDF: AZT
TDF/3TC + DTG ¹	Impossibilidade de DTG ² : ATV + RTV Impossibilidade de ATV + RTV: DRV + RTV

¹ O DTG está indicado a partir da 12ª semana de gestação.

² Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV + RTV

ATENÇÃO: Pessoas que estejam amamentando e que tenham exposição de risco ao HIV devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão vertical do HIV pelo leite materno. Em tais situações, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação, até a definição diagnóstica. Durante o período de janela imunológica, deve-se realizar orientação quanto ao cuidado das mamas e extração e descarte do leite ordenhado. O exame de controle (12a semana após o início da PEP) com resultado HIV não reagente autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

IMUNOPROFILAXIA CONTRA HEPATITE B

A imunoprofilaxia contra a hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor. Nos casos em que não haja contato com fluidos, uso de preservativo durante todo o ato de violência sexual ou nos casos de violência crônica, a imunoprofilaxia contra hepatite B não está recomendada. Mulheres imunizadas contra hepatite B, com comprovação de esquema vacinal completo (3 doses), não necessitam de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

A IGHAB poderá ser administrada em até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, mas recomenda-se aplicação nas primeiras 48 horas após a violência nos casos de não imunização, esquema vacinal desconhecido ou incompleto das vítimas. A gestação não contraindica a imunização com vacina ou soro, em qualquer idade gestacional.

História Vacinal Hepatite B	Vacina	IGHAB
Completa (3 doses) Anti-HBs positivo	Não	Não
Completa (3 doses)	Reforço	Não
Anti-HBs negativo		
Incompleta ou desconhecida Anti-HBs negativo	Completar vacinação: 0,1 e 6 meses).	Sim

Fonte: EBSERH. Protocolo: Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual. UFTM, 2021

Após avaliação do histórico vacinal, a imunização deverá ser realizada na oportunidade, na UBS. Em caso de necessidade de administração de IGHAB, a vítima de violência sexual deverá ser devidamente encaminhada, pelo profissional médico/enfermeiro para o Centro de Referência de Imunológicos Especiais.

Registrar providências instituídas e verificar eventuais medidas prévias: atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas; realização do Boletim de ocorrência Policial; realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal; comunicação ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes); outras medidas legais cabíveis. Registrar o acesso à Rede de Atenção: Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A violência sexual é um agravado de notificação compulsória imediata em todo território nacional, todo caso suspeito ou confirmado deverá ser registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação compulsória (SINAN). A ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada deverá ser preenchida pela equipe de saúde envolvida no atendimento ambulatorial. Após adequado preenchimento com carimbo e assinatura do responsável, a ficha de notificação deverá ser encaminhada para a Vigilância Epidemiológica.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Todas as vítimas de violência sexual, assim como também as que iniciam a PEP, devem ser encaminhadas e acompanhadas para o serviço de referência (CDIP), onde será realizado o monitoramento ativo. Na presença de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV, é recomendada investigação laboratorial para HIV. Também devem ser orientadas a procurar atendimento caso surjam quaisquer sinais ou sintomas clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa grave.

Todas as pessoas potencialmente expostas ao HIV devem ser orientadas sobre a necessidade de repetir a testagem em 30 dias após a exposição, mesmo depois de completada a profilaxia com ARV. Durante o acompanhamento, a pessoa exposta deve ser orientada a manter medidas de prevenção à infecção pelo HIV. Os exames laboratoriais não devem se configurar como barreira para a oferta de PEP.

Levando em consideração a possibilidade de uma infecção, deve ser reforçada a necessidade do uso do preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais subsequentes à violência por período de 6 meses.

2.6 - SEGUIMENTO AMBULATORIAL – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A pessoa agredida sexualmente, após ser atendida em situação ambulatorial na UBS/ESF deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em seguimento ambulatorial multiprofissional, no CDIP.

O primeiro retorno ambulatorial (UBS/ESF) deve ser realizado entre 7-14 dias. No primeiro retorno deve-se:

- Checar os exames de bioquímica colhidos entre 7 e 14 dias de uso das medicações antirretrovirais.
- Avaliar Bhgc. Em caso de gravidez em decorrência de violência sexual, a paciente deverá ser informada quanto a aborto previsto em lei, e encaminhada para serviço de referência caso manifeste desejo em interromper a gestação.
- Avaliar e orientar quanto os efeitos colaterais e adesão às medicações;
- Avaliar queixas ginecológicas ou de possíveis ISTs.
- Realizar coleta de citopatológico de colo uterino;
- Orientar quanto a adesão a programação da vacinação de profilaxia.

O seguimento ambulatorial não substitui a necessidade de acompanhamento/seguimento especializado no CDIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIÁRIO OFICIAL. Portaria Municipal nº043/2023. Institui em âmbito municipal o Programa Sífilis Zero com o objetivo de reduzir o número de casos, interromper a transmissão e estabelecer fluxo de monitoramento aos pacientes em tratamento. Campos dos Goytacazes, RJ, 10 de julho de 2023.

EBSERH. Protocolo: Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual. UFTM, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/protocolos-assistenciais/AssistenciaisMulhereseMeninasviolenciassexualfinal.pdf>

SES. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003.

ISP. Dossiê Mulher 2022 [livro eletrônico]. 17. ed. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Segurança Pública, 2022. Disponível em: https://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossiêMulher2022.pdf

Kind, L., Orsini, M. de L. P., Nepomuceno, V., Gonçalves, L., Souza, G. A. de., & Ferreira, M. F. F. (2013). Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cadernos De Saúde Pública, 29(9), 1805–1815. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWwVSXcQzZbDH3vVwV3Kc/#>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/ investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 3. ed. atual. e ampl. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES.

Norma Técnica: Atenção humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. 1ª Edição Brasília - DF 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. DF, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. OFÍCIO CIRCULAR No 21/2019/CGAHV/DCCI/SVS/MS de 12 de julho de

2019. Informações sobre a oferta, acolhimento, prescrição e dispensa de antirretrovirais para Profilaxia Pós-Exposição ao risco de HIV, IST e Hepatites Virais (PEP) nos serviços de saúde. Brasília, 2019. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/infomres/Informe%2016_19%20-%20Of%20C3%A7%20Circular%20N%20C2%BA%2021_Dispensa%20C3%A7%20C3%A3o%20ARV%20p ara%20PEP.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica nº 63/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Trata-se da inclusão de vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, para pessoas de nove a 45 anos de idade, ainda não vacinados contra HPV. DF, 02/08/2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/arquivos/nota-tecnica-63-2023-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Profilaxia Pós Exposição De Risco (PEP) À Infecção Pelo Hiv, Ist E Hepatites Virais. Portaria Scie/ Ms No 54, de 24 de agosto De 2021.

WHO (World Health Organization). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2012 e 2018.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT): HIPERTENSÃO
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO
ARTERIAL

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. É uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-2020)

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), referiram ter hipertensão arterial 23,9 % dos indivíduos com 18 anos ou mais. Nosso município conforme o Censo do IBGE 2002 apresenta 483.551 habitantes. Com base nos registros de atendimentos das equipes de atenção primária registrados no SISAB no 3o quadrimestre de 2022 tínhamos registrado como hipertensos a quantia de 54.261 habitantes dentre os 229.00 usuários cadastrados pelos serviços de atenção primária.

A maioria dos brasileiros procura pelas unidades públicas quando apresenta algum problema de saúde. Pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que 71,1% da população foram a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atuação do enfermeiro nas linhas de cuidado das doenças crônicas é de suma importância, por sua visão holística de abordagem não farmacológica e medicamentosa, além de estar presente junto ao usuário e a família em todas as fases do ciclo de vida, garantindo melhores chances de adesão e continuidade ao tratamento.

O ministério da saúde define através de portarias o cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde, um dos componentes para repasse financeiro é o componente de qualidade onde são estipulados as metas/indicadores que devem ser alcançados dentro de cada linha de cuidado, a Hipertensão Arterial faz parte desse componente. Um deles envolve o atendimento do usuário Hipertenso. São válidos para o cálculo deste indicador todos os usuários identificados como hipertensos, por meio do cadastro do ACS, cadastro simplificado ou identificado por meio de um atendimento médico ou de enfermagem com os códigos do CID 10 ou CIAP-2 de hipertensão arterial.

O diagnóstico de Hipertensão é realizado pelo médico, mas tem participação importante de todos os integrantes da equipe dentro desse processo. O diagnóstico consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão. O diagnóstico só é feito em uma única visita se a PA do paciente estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular. Sempre que possível, incluir a medição da PA fora do consultório, tanto para diagnóstico quanto para avaliação de pacientes com PA elevada com tratamento otimizado.

A auto medida de pressão arterial (Ampa) é realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de saúde, fora do consultório, geralmente no domicílio, representando uma importante fonte de informação. Na Ampa não há padronização do equipamento utilizado e conferência da técnica de aferição utilizada. A medida residencial da pressão arterial (MRPA) é o método capaz de realizar registros da pressão arterial (PA) por longo período de tempo, fora do ambiente do consultório. Pode ser feito pelo paciente ou por indivíduo treinado, com equipamento de braço, validado e calibrado.

A hipertensão do avental branco ou hipertensão mascarada é quando há uma alteração na medida da pressão arterial no consultório e apresentação de medidas normais quando medida em domicílio. Nestes casos recomenda-se a realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) para confirmar ou excluir diagnóstico. A seguir temos os valores e classificação segundo os métodos utilizados:

	Consultório	Mapa Vigília	Ampa	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	< 140/90	≤ 130/85	≤ 130/85	≤ 130/85
Hipertensão	≥ 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão do avental branco	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85

Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica.

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

Antes de iniciar a padronização da Consulta de enfermagem ao usuário Hipertenso ou para o usuário adulto que não tem a doença, faz-se necessário o conhecimento dos conceitos de prevenção primária da hipertensão arterial, estratificação do risco cardiovascular e o rastreamento para hipertensão arterial bem como apresentação do fluxograma para rastreamento da hipertensão em indivíduos adultos e o fluxograma de acompanhamento do usuário hipertenso vinculado a equipe.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: PROMOÇÃO DE MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA (MEV)

A promoção de mudança no estilo de vida tem foco no processo educativo com orientações de medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, são medidas equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV), entre elas:

- Hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável,
- Estimulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares,
- Redução da ingestão de sódio,
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas,
- Redução do estresse e abandono do tabagismo

Essas indicações são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (necessitando de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular (SEGA et al., 2005).

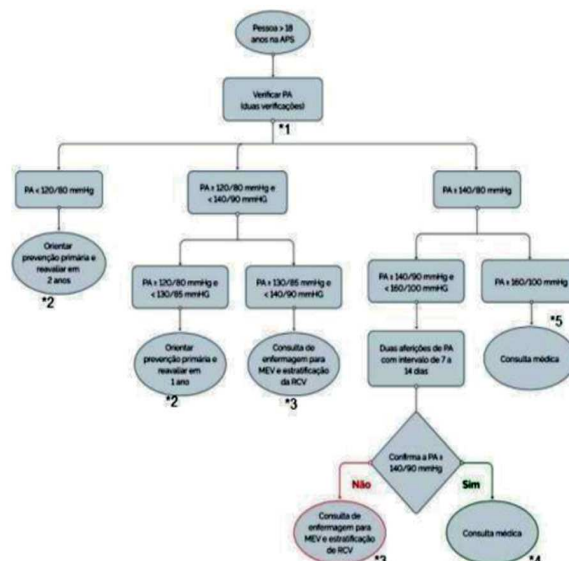
RASTREAMENTO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O rastreamento para hipertensão deve ser realizado em todo adulto com 18 anos ou mais, quando este vier para Unidade Básica de Saúde para consulta, atividade educativa ou procedimentos, entre outros. Para a realização do mesmo, deve-se: aferir a pressão arterial do paciente sentado, com o braço apoiado à altura do precórdio, estar em repouso há pelo menos 05 minutos e não deve ter ingerido bebidas estimulantes ou uso de cigarro nos 30 minutos que antecedem o procedimento. Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço. O incentivo para rastreamento deve ser realizado por todos os profissionais que integram a equipe.

Na aferição da pressão arterial deve-se utilizar aparelhos com manguitos (câmara inflável) adequados para a circunferência do braço da pessoa, ou seja, a largura deve ser pelo menos 40 % do comprimento do braço e o comprimento, de pelo menos 80 % de sua circunferência. Recomenda-se 6 tamanhos de manguitos para uma unidade que atende crianças e adultos, e acordo com a tabela abaixo

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤10	4	8
Criança	11-15	6	12
Infantil	16-22	9	18
Adulto Pequeno	20-26	10	17
Adulto	27-34	12	23
Adulto Grande	35-45	16	32

Fluxograma para rastreamento



Fonte: Adaptado de Cadernos de Atenção Básica nº 37, Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013.

APS: Atenção Primária em Saúde; PA: Pressão Arterial; MEV: Mudança no Estilo de Vida; RCV: Risco Cardiovascular.

*1 O rastreamento é iniciado a qualquer momento nas atividades rotineiras da equipe de APS. Numa aferição rotineira na sala de triagem a pedido do usuário ou após incentivo de qualquer profissional da APS, pela aferição domiciliar em visitas domiciliares do Agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico, em triagem pré-consulta para qualquer especialidade e em atividades educativas realizadas na UBS ou fora dela.

*2 Orientação realizada por qualquer profissional da APS que esteja iniciando o rastreamento. Reavaliar em até 2 anos.

*3 Consulta de enfermagem imediata ou agendada para estratificação do risco cardiovascular. RCV baixo: MEV e reavaliação em 1 ano, RCV Moderado: MEV e reavaliação em 6 meses e RCV alto: MEV e reavaliação em 3 meses.

*4 Em caso de confirmação de PA ≥ 140/90 encaminhar para consulta médica ou agendar o mesmo para o médico da equipe nos próximos dias.

*5 Em caso de confirmação de PA ≥ 160/100 imediatamente para consulta médica. Após o diagnóstico médico de Hipertensão arterial o usuário deve ser inserido na linha de cuidado Hipertensão arterial desenvolvida pela equipe de assistência, bem como comunicado ao agente comunitário de saúde responsável por este usuário caso o mesmo tenha. O mesmo passará a seguir o fluxograma de atendimento do usuário com Hipertensão.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Para mensuração do risco cardiovascular do usuário é preciso que na consulta seja identificado os fatores de risco cardiovasculares presentes, doenças associadas e se há lesões em órgão-alvo (LOA).

Fatores de risco cardiovasculares
Idade: Homens > 55 anos e Mulheres > 65 anos
Tabagismo
Dislipidemias: Colesterol total > 190 mg/dL e/ou Triglicérides > 150 mg/dL e/ou HDL-C < 40 mg/dL e/ou LDL-C > 100 mg/dL
Diabetes mellitus
História familiar prematura de DCV: Homens < 55 anos e Mulheres < 65 anos
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)
Consumo de álcool
Síndrome da apnéia obstrutiva do sono
Síndrome metabólica
Estilo de vida sedentário: combinação dos dois comportamentos abaixo: -Longo tempo em comportamento sedentário: a maior parte do dia sentado -Não praticar nenhuma atividade física regular na semana

Doenças associadas
Doença cerebrovascular
Doença arterial coronariana
Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada
Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores
Doença renal crônica estágios 4 e 5 (taxa de filtração glomerular estimada < 30 ml/min/1,73m²), albuminúria ≥ 300 mg/24 horas ou albuminúria/creatininúria em 24h ≥ 300 mg/g
Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema

Lesão em órgão-alvo caracteriza-se pela presença de alterações estruturais e/ou funcionais em artérias ou órgãos, causadas pela elevação da PA. Na avaliação do paciente hipertenso, devemos sempre estar atentos a:

Lesão de órgão-alvo (LOA)
Hipertrofia ventricular esquerda
Doença renal crônica a partir do estágio 3 (TFGe < 60 mL/min/1,73 m²)
Microalbuminúria: albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina urinária 30 a 300 mg/g
Retinopatia hipertensiva classificada como: - Moderada: hemorragias e manchas algodoadas - Severa: edema de disco óptico

Os exames para rastreio de LOA devem ser solicitados pelo profissional que for realizar a consulta de estratificação de risco cardiovascular como rotina do atendimento e qualquer exame alterado o usuário deverá ser encaminhado para consulta médica para avaliação e definição se há lesão em órgão-alvo. Os exames são:

- Eletrocardiograma;
- Creatinina plasmática (taxa de filtração glomerular);
- Exame de EQU (exame qualitativo de urina) / urina tipo 1 / EAS (elementos anormais do sedimento)
- Potássio plasmático
- Glicemia de jejum
- Colesterol total, HDL-C e triglicérides plasmáticos
- Ácido úrico plasmático

Alguns exames adicionais podem ser solicitados pelo médico para melhor avaliação: ecocardiograma, albuminúria, Ultrassom (US) renal ou com doppler e Hemoglobina glicada (HbA1c).

Obtendo as informações necessárias acima conseguimos mensurar através da tabela abaixo o risco cardiovascular do usuário em Risco baixo, Risco moderado e Risco Alto.

Fatores de risco	PA normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 160-179 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 180-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Adaptado de 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2017.

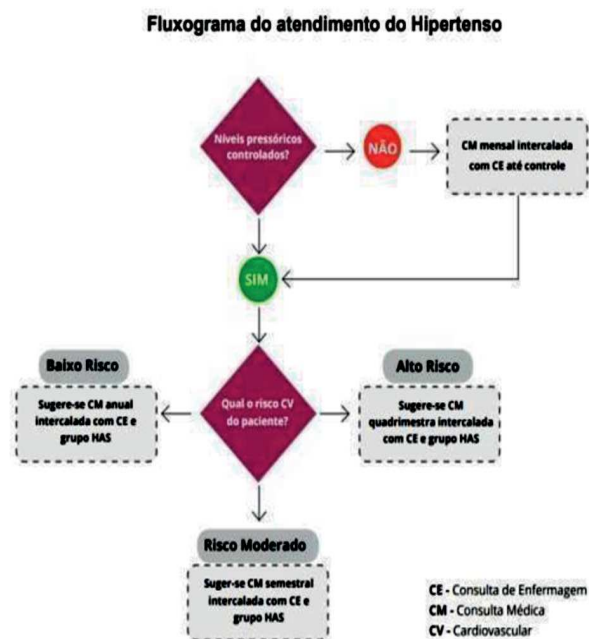
A estratificação de risco cardiovascular deve ser realizada anualmente para os usuários com risco cardiovascular baixo, de 6 em 6 meses para os usuários com risco moderado e a cada 3 meses para risco cardiovascular alto. Ao realizar a estratificação numa consulta o enfermeiro deve inserir no campo SIGTAP do prontuário eletrônico o código da realização do procedimento: Estratificação do risco cardiovascular, código 0301010382.

ATENDIMENTO DO USUÁRIO NA LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO

A atenção aos usuários com doença crônica devem estar dentro das prioridades das ações de uma equipe de saúde, pois ações efetivas comprovadamente aumentam a adesão ao tratamento e reduzem as chances do desenvolvimento de agravos relacionados ao descontrole da pressão arterial.

Todo usuário já com diagnóstico de Hipertensão arterial deve ser monitorado por toda a equipe, garantindo acesso a consulta de rotina dentro dos prazos estabelecidos e caso necessário deve ser realizada a busca ativa do usuário faltoso pelo agente comunitário de saúde ou qualquer outro membro da equipe.

Abaixo segue-se o fluxograma de atendimento ao Hipertenso dentro da linha de cuidado.



* Utilizar a última estratificação de risco cardiovascular realizada para seguimento deste fluxograma, caso não tenha sido realizado, o mesmo deve ser realizado na primeira consulta de enfermagem.

** O usuário que não apresenta níveis pressóricos controlados será acompanhado pela equipe de 15 em 15 dias, uma CM e na data posterior uma CE até o controle da pressão arterial. Usuário controlado: Baixo risco será acompanhado de 6 em 6 meses, intercalando CM e CE. Risco Moderado será acompanhado de 3 em 3 meses e Alto risco de 2 em 2 meses, sempre intercalando CM e CE.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem a todos os usuários, independente da idade, deve sempre estar ligada ao processo educativo motivando a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde.

Representa importante instrumento de estímulo à adesão às ações na Atenção Básica e tem sido fundamental no acompanhamento de pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, sensibilizando-as sobre a sua condição de saúde e pactuando com elas metas e planos de como seguir o cuidado. A consulta de enfermagem para pessoas com pressão arterial limítrofe tem o objetivo de trabalhar o processo de educação em Saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares.

A todo adulto acima de 18 anos deve-se realizar o rastreamento para hipertensão arterial. Toda a equipe deve estar alinhada e incentivar o usuário a realizar o rastreamento para Hipertensão arterial. Inclui aqui o importante papel do Agente comunitário de saúde na busca ativa de indivíduos adultos para consulta de rotina anual e participação em atividades educativas na UBS com aferição de pressão arterial nos procedimentos de triagem e inclusão do usuário no fluxograma de rastreamento, seguindo com consulta de enfermagem nos casos necessários conforme fluxo apresentado.

SUBJETIVO: HISTÓRICO E MOTIVO DA CONSULTA

Nesta etapa deve-se indicar o motivo da consulta através da lista de códigos CIAP-2 e realizar a entrevista com o usuário para 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:

- 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, dispnéia, 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, principalmente relacionados aos medicamentos anti-hipertensivos. Verificar adesão ao tratamento e adequabilidade do medicamento. Conferir os dados informados pelo usuário com a prescrição dos medicamentos anti-hipertensivos realizados em consulta anterior pelo médico, que deve ser devidamente registrado em prontuário eletrônico pelo médico da equipe.
- 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: – 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.

OBJETIVO: EXAME FÍSICO E RESULTADO DE EXAMES

Nesta etapa o enfermeiro deve registrar os dados observados no exame físico, bem como dados antropométricos. Registrar os resultados de exames anteriores trazidos pelo usuário na aba "Adicionar resultados de exames".

DEVE-SE REGISTRAR:

- 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 (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

AValiação

Esta etapa compreende a identificação dos problemas encontrados e realização da estratificação do risco cardiovascular.

a. Deve-se inserir no campo **Problemas e/ou condições avaliados** do prontuário eletrônico os seguintes códigos mediante avaliação do caso:

- Numa consulta de rastreamento:
K22: Fator de risco para doença cardiovascular K86: Pressão arterial elevada
K24: Medo de doença cardíaca K25: Medo de hipertensão
K27: Medo de outra doença cardiovascular K29: Outros sinais/sintomas cardiovasculares

A98: Medicina preventiva/manutenção da saúde

-Numa Consulta para usuário com diagnóstico de Hipertensão:

- K86: Hipertensão sem complicações K87: Hipertensão com complicações.

Obs. 1: O registro correto da condição de hipertensão arterial é item obrigatório para validação do atendimento do Hipertenso.

Obs. 2: Inserir o usuário na Aba de **Lista de problemas/condições**, caso o mesmo ainda não esteja inserido, para facilitar a visualização dos problemas ativos do usuário quando o mesmo passar por um atendimento.

Obs. 3: Só deve ser informado no **Campo Problemas e/ou condições avaliados** a condição Hipertensão quando o usuário já tiver diagnóstico médico confirmado da doença, mesmo o usuário informando que já possui há algum tempo algum tipo de alteração de níveis pressóricos. Aguardar diagnóstico médico.

b. Realizar a Estratificação do Risco cardiovascular, caso o usuário já tenha os exames necessários para a estratificação, caso negativo solicitar exames no Planejamento e marcar retorno para seguimento e continuação da estratificação.

-Registrar a faixa de risco que o usuário se encontra em prontuário eletrônico e utilizar essa informação no planejamento das ações para com este usuário.

PLANO: PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas para o usuário, pois o ponto mais importante no tratamento é o processo de educação em Saúde e o vínculo com a equipe. Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Orientar quanto à doença e o processo de envelhecimento. Prescrever tratamento não medicamentoso como: modificação de hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo), perda de peso, alimentação saudável.
- Usuário com medida de pressão arterial limítrofe deve-se implementar sempre a prevenção primária da hipertensão arterial como plano do atendimento de enfermagem caso for uma consulta para rastreamento.
- Solicitar exames laboratoriais de rotina caso necessário e/ou para fins de estratificação de risco:
 - Hemograma completo: solicitar como rotina.
 - Glicemia de jejum: solicitar como rotina de triagem para diabetes mellitus.
 - Colesterol total: necessário para realizar a estratificação do risco cardiovascular.
 - Colesterol HDL: necessário para realizar a estratificação do risco cardiovascular.
 - Colesterol LDL: solicitar como rotina.
- Prescrição dos medicamentos em uso caso consulta para usuário já com diagnóstico: deverão ser prescritos os medicamentos utilizados pelo usuário seguindo as regras de prescrição dos medicamentos anti-hipertensivos descritas no próximo tópico (Orientações gerais quanto à prescrição de medicamentos anti-hipertensivos pelo enfermeiro). Deve ser orientado quanto ao uso correto dos medicamentos, incluindo orientação sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos e possíveis efeitos adversos.

Ao realizar a prescrição de qualquer medicamento deve-se inserir os medicamentos na aba **Prescrição de medicamentos** do prontuário eletrônico, informando medicamento, via, dose, frequência da dose e duração da prescrição. Conforme rotina administrativa de cada unidade a prescrição poderá ser impressa, ou feita a mão, contanto que seja mantida a informação de toda prescrição em prontuário eletrônico.

Solicitar exames previstos neste protocolo e/ou avaliar os exames já realizados pelo usuário e trazidos pelo mesmo para a consulta de enfermagem. Todo usuário com hipertensão arterial deve anualmente realizar os seguintes exames:

- ECG
- Glicemia de jejum
- Colesterol total e frações
- Triglicerídeos
- Uréia
- Creatinina
- Sódio
- Potássio
- EAS
- Avaliação oftálmica para fundoscopia

Obs.: Ao realizar a prescrição dos exames laboratoriais, ECG e Fundoscopia, deverá ser registrado no campo Solicitação de exames do prontuário eletrônico. Conforme rotina administrativa de cada unidade a prescrição poderá ser impressa, ou feita a mão, contanto que seja mantida a informação de toda prescrição em prontuário eletrônico.

Ao avaliar os exames de rotina numa consulta subsequente ou mesmo se o usuário já trouxer os exames realizados, o profissional deve estar atento a alguns aspectos:

EXAME	AValiação	CONDUTA
ECG	É razoavelmente sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga de ventrículo esquerdo.	Caso o usuário apresente alteração neste exame encaminhar para consulta médica para avaliação e solicitação de exames complementares (raio x de tórax, Ecocardiograma).
Glicemia de jejum	Glicemia de jejum normal: inferior a 99 mg/dL; Glicemia de jejum alterada:	Glicemia de jejum maior que 100 mg/dL encaminhar para triagem de diabetes mellitus.
	entre 100 mg/dL e 125 mg/dL; Diabetes: igual ou superior a 126 mg/dL;	
Colesterol total e frações e triglicerídeos	Alteração nas taxas é fator agravante de risco cardiovascular	Reforçar MEV
Uréia e Creatinina	Avalia a função renal. Valores alterados podem sugerir lesão renal	Encaminhar para consulta médica para avaliação
Sódio	A presença de níveis baixos de sódio tem muitas causas, inclusive o consumo de um excesso de líquidos, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, cirrose e uso de diuréticos.	
Potássio	O potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos.	Exclua essa causa, o paciente deve ser encaminhado para consulta médica para investigação de hiperaldosteronismo primário.

EAS	Exclua essa causa, o paciente deve ser encaminhado para consulta médica para investigação de hiperaldosteronismo primário.	No caso de detecção de alguma das alterações acima encaminhar para consulta médica.
Fundoscopia	Exame alterado pode ser indicio de retinopatia hipertensiva	Encaminhar para consulta médica para avaliação

- Ao final do Plano deve-se informar todas as Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados. Se a estratificação do risco cardiovascular foi realizada na avaliação, deverá ser inserido no campo SIGTAP do prontuário eletrônico o código da realização do procedimento: Estratificação do risco cardiovascular, código 0301010382.

Finalização do atendimento

- Retorno para nova consulta de enfermagem imediatamente após realização dos exames necessários para a realização da Estratificação do risco cardiovascular ou;
- Retornos para reavaliação em 2 anos, 1 ano, 6 meses e 3 meses conforme fluxograma de rastreamento para nova avaliação;
- Retorno conforme fluxograma de atendimento do usuário hipertenso. Se possível garantir o agendamento imediato da próxima consulta.

ORIENTAÇÕES GERAIS QUANTO À PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS E HIPOGLICEMIANTE PELO ENFERMEIRO

Este protocolo tem como objetivo normatizar a prescrição dos medicamentos anti-hipertensivos estabelecidos na Relação Municipal de medicamentos-REMUME deste município para os usuários com hipertensão arterial acompanhados pela equipe de ESF ou EAP.

O enfermeiro poderá prescrever os medicamentos previamente estabelecidos neste protocolo desde que estáveis, manterá a prescrição iniciada pelo médico, contanto que:

- O usuário esteja presente à consulta de enfermagem;
- A última receita tenha sido realizada pelo médico pertencente à equipe e/ou unidade de atuação do enfermeiro, esteja devidamente registrada em prontuário eletrônico com descrição completa dos medicamentos, dose e posologia e não esteja vencida há mais de 30 dias, ou seja, que o usuário não esteja sem o uso dos medicamentos.
- O usuário esteja estável, esteja em uso correto dos medicamentos e não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata. Caso contrário e o usuário esteja com receita vencida, realizar a prescrição apenas para o período em que o mesmo aguarde o agendamento de uma consulta médica, caso a mesma não seja realizada no mesmo dia, até o período máximo de 30 dias.
- Não seja realizada a retirada de medicamentos prescritos por profissional médico ou alteração de dose/posologia. Havendo qualquer questionamento quanto a necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao tratamento medicamentoso, o enfermeiro deverá encaminhar o usuário à consulta médica.
- Não será renovada receita do usuário insulino-dependente.

LISTA DE MEDICAÇÕES ANTI-HIPERTENSIVAS

As medicações anti-hipertensivas padronizadas no município (Remume) Conforme a Portaria Nº 031/2023 publicada em 25 de maio de 2023 para prescrição são:

- Agentes que atuam no sistema Renina-angiotensina:

- Captopril: comprimido 25 mg
- Enalapril, maleato: comprimido 5 mg
- Enalapril, maleato: comprimido 10 mg
- Losartana, potássica: comprimido 50 mg
- Vasodilatador arteriolar
- Hidralazina, cloridrato: comprimido de 25 mg
- Simpatomiméticos de ação central
- Metildopa: comprimido 250 mg
- Betabloqueadores
- Atenolol: comprimido 50 mg
- Carvedilol: comprimido 3,125 mg
- Carvedilol: comprimido 12,5 mg
- Propranolol, cloridrato: comprimido 40 mg
- Bloqueadores do canal de cálcio
- Anlodipino, besilato: comprimido 5 mg
- Anlodipino, besilato: comprimido 10 mg
- Nifedipino: comprimido 10 mg
- Nifedipino: comprimido 20 mg retard
- Verapamil, cloridrato: comprimido 80 mg
- Diuréticos
- Espironolactona: comprimido 25 mg
- Furosema: comprimido 40 mg
- Hidroclorotiazida: comprimido 25 mg

Na necessidade de informações sobre classe dos medicamentos, mecanismos de ação, efeitos adversos e interações medicamentosas, consultar o Caderno de atenção básica no 37/ MS 2014.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial-2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 516- 658. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

BRASIL. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica. 2021. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/>.

BRASIL. Cadernos de atenção básica no 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. 2014.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>

CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ. Linha de cuidado: Hipertensão arterial. 2022

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT): DIABETES MELLITUS****DIABETES MELLITUS**

O termo "diabetes mellitus" (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLDHEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), referiram ter diabetes 7,7 % dos indivíduos com 18 anos ou mais. Nosso município conforme o Censo do IBGE 2002 apresenta

483.551 habitantes. Com base nos registros de atendimentos das equipes de atenção primária registrados no SISAB no 3º quadrimestre de 2022 tínhamos registrado como diabético a quantia de 17.958 habitantes dentre os 229.00 usuários cadastrados pelos serviços de atenção primária.

A maioria dos brasileiros procura pelas unidades públicas quando apresenta algum problema de saúde. Pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que 71,1% da população foram a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008). As

complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde.

A finalidade da linha de cuidado do DM é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

A atuação do enfermeiro nas linhas de cuidado das doenças crônicas é de suma importância, por sua visão holística de abordagem não farmacológica e medicamentosa, além de estar presente junto ao usuário e a família em todas as fases do ciclo de vida, garantindo melhores chances de adesão e continuidade ao tratamento.

O ministério da saúde define através de portarias o cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde, um dos componentes para repasse financeiro é o componente de qualidade onde são estipulados as metas/indicadores que devem ser alcançados dentro de cada linha de cuidado, a Diabetes mellitus faz parte desse componente. Um deles envolve o atendimento do usuário Diabético. São válidos para o cálculo deste indicador todos os usuários identificados como diabéticos, por meio do cadastro do ACS, cadastro simplificado ou identificado por meio de um atendimento médico ou de enfermagem com os códigos do CID 10 ou CIAP-2 relacionados a diabetes.

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8%.

SINAIS E SINTOMAS**Sinais e sintomas clássicos:**

- Polúria;
- Polidipsia;
- Perda inexplicada de peso;
- Polifagia.

Sintomas menos específicos:

- Fadiga, fraqueza e letargia;
- Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
- Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.

Complicações crônicas/doenças intercorrentes:

- Proteinúria;
- Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano);
- Retinopatia diabética;
- Catarata;
- Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);
- Infecções de repetição.

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c).

Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: duas horas após 75 g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<100	<140	<200	< 5,7
Glicemia alterada	100 a <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e < 200		5,7 a 6,4
Diabetes mellitus	≥126	≥ 200	≥200 (com sintomas clássicos***)	≥6,5%

Pessoas com hiperglicemia intermediária (glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/dl, e duas horas pós-carga de 140 mg/dl a 199 mg/dl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%), também denominadas de casos de pré-diabetes, pelo seu maior risco de desenvolver a doença, deverão ser orientadas para prevenção do diabetes, o que inclui orientações sobre alimentação saudável e hábitos ativos de vida, bem como reavaliação anual com glicemia de jejum. A hemoglobina glicada, hemoglobina glicosilada ou glico-hemoglobina, também conhecida pelas siglas A1C e HbA1C, indica o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose. Como ele reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos dois a três meses, é recomendado que seja utilizado como um exame de acompanhamento e de estratificação do controle metabólico. Tem a vantagem de não necessitar de períodos em jejum para sua realização.

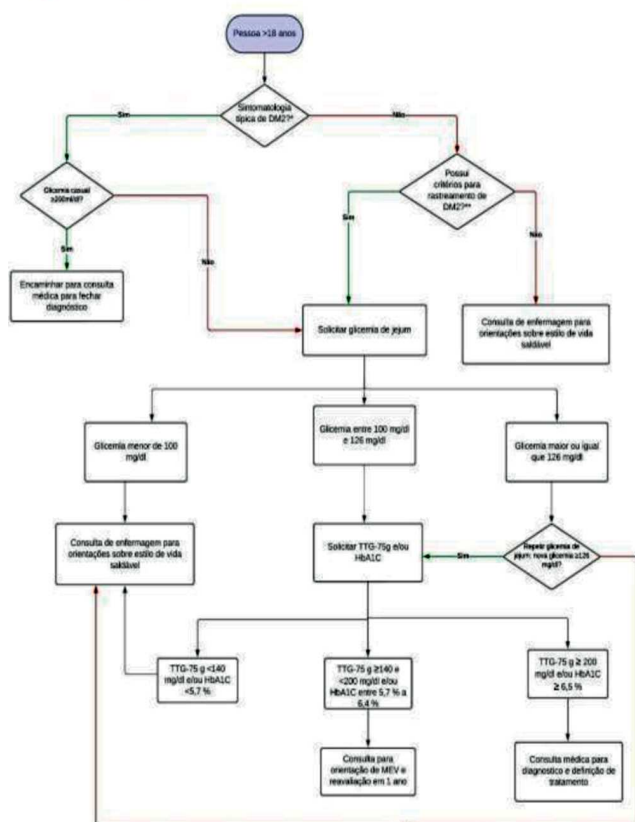
RASTREAMENTO DA DIABETES MELLITUS**Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos****Excesso de peso (IMC >25 kg/m2) e um dos seguintes fatores de risco:**

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, acanthosis nigricans;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

OU Idade ≥ 45 anos;

OU Risco cardiovascular moderado a alto (conforme estratificação do risco cardiovascular apresentado no protocolo de hipertensão arterial).

Os usuários que apresentarem os critérios acima deverão passar por uma consulta para rastreamento da doença. Não existem evidências para a frequência do rastreamento ideal. Alguns estudos apontaram que as pessoas que apresentam resultados negativos podem ser testadas a cada 3 a 5 anos. Casos de tolerância diminuída à glicose, glicemia de jejum alterada ou diabetes gestacional prévio, podem ser testados mais frequentemente, por exemplo, anualmente. Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de Saúde seja realizada pelo enfermeiro da UBS seguindo o fluxograma de rastreamento abaixo, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos

Fluxograma de rastreamento**ATENDIMENTO DO USUÁRIO NA LINHA DE CUIDADO DIABETES**

Para acompanhamento do usuário com diabetes iremos adotar a Estratificação de risco do usuário com diabetes descrita abaixo e os seguintes acompanhamentos:

RISCO	CRITÉRIO	ACOMPANHAMENTO
BAIXO	Pessoa com glicemia de jejum alterada ou tolerância diminuída à glicose	Usuário ainda não tem diagnóstico de diabetes, consulta de rastreamento anual.
MÉDIO	Pessoa com DM2 diagnosticado e: Controle metabólico (HbA1c < 7,5%) e pressórico adequados; Sem interações por complicações agudas nos últimos 12 meses; Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia);	Consulta trimestralmente intercalando consulta de enfermagem e consulta médica.
ALTO	Pessoa com DM1 ou DM2 diagnosticado e: Controle metabólico (7,5% < HbA1c < 9%) ou pressórico inadequado, com interações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)	Consulta médica conforme protocolo municipal e consulta de enfermagem, no mínimo, semestralmente.
MUITO ALTO	Pessoa com DM1 ou DM2 diagnosticado e: Controle metabólico (7,5% < HbA1c < 9%) ou pressórico inadequado com interações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado); ou Controle metabólico e pressórico adequados + interações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas.	Consulta médica conforme protocolo municipal e consulta de enfermagem, no mínimo, semestralmente.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem de acompanhamento para usuário com diagnóstico de Diabetes ou para usuário adulto para fins de rastreamento da diabetes deve ser realizada e registrada devidamente em Prontuário eletrônico seguindo o método SOAP: Subjetivo, Objetivo,

Avaliação e Plano. Juntamente com a classificação CIAP, o sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária: Segunda Edição (CIAP2).

Todo adulto que apresentar os critérios para o rastreamento da diabetes conforme quadro de critérios para rastreamento, deve passar por uma consulta de enfermagem para tal. O usuário já com diagnóstico de diabetes irá seguir a rotina de consultas conforme o fluxograma de acompanhamento do diabético.

SUBJETIVO: HISTÓRICO E MOTIVO DA CONSULTA

- 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 (caso usuário já com diagnóstico de diabetes).
- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado.
- Medicamentos utilizados para DM (caso usuário já com diagnóstico de diabetes) 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).

OBJETIVO: EXAME FÍSICO E RESULTADO DE EXAMES

Nesta etapa o enfermeiro deve registrar os dados observados no exame físico, bem como dados antropométricos.

Registrar os resultados de exames anteriores trazidos pelo usuário na aba "Adicionar resultados de exames".

Deve-se registrar:

- 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). Seguir orientações do exame dos pés na seção final.
- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de cândida albicans.

AValiação

Esta etapa compreende a identificação dos problemas encontrados e realização da estratificação do risco cardiovascular, caso ainda não tenha sido realizado.

Deve-se inserir no campo **Problemas e/ou condições avaliados** do prontuário eletrônico os seguintes códigos mediante avaliação do caso: Em caso de consulta de rastreamento, onde não há diagnóstico definido de diabetes temos os possíveis códigos CIAP-2:

- K22: Fator de risco para doença cardiovascular
- K27: Medo de outra doença cardiovascular
- K29: Outros sinais/sintomas cardiovasculares
- T27: Medo de outra doença endócrino-metabólica
- A98: Medicina preventiva/manutenção da saúde
- Numa consulta de enfermagem para o usuário já com diagnóstico médico de diabetes as opções de códigos CIAP-2 são:
- T89: Diabetes insulino-dependente T90: Diabetes não insulino-dependente

Obs: Só deve ser informado no Campo Problemas e/ou condições avaliados a condição Diabetes quando o usuário já tiver diagnóstico médico confirmado da doença.

PLANO: PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas para o usuário, pois o ponto mais importante no tratamento é o processo de educação em Saúde e o vínculo com a equipe. Pontos importantes no planejamento da assistência:

Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar sobre: o Sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações; o Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo); o Percepção de presença de complicações;
- A doença e o processo de envelhecimento;
- O Uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença; o Uso da insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízio dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia.
- Solicitar e/ou avaliar os exames laboratoriais:

PARA CONTROLE DO PACIENTE DIABÉTICO CASO USUÁRIO JÁ COM DIAGNÓSTICO:

- Lipidograma: semestralmente;
- Hemograma: semestralmente
- Ureia, Creatinina e ácido úrico: semestralmente;
- TSH: anualmente;
- Hepatograma (TGO, TGP E GAMA GT): anual
- Clearance de creatinina e microalbuminúria: anual
- Hemoglobina glicada (a cada 3 meses).
- Avaliação oftalmológica anual
- Avaliação neurológica (Teste com monofilamento de nylon 10g)
- Para rastreamento da diabetes:
- Glicemia de jejum.

e. Prescrever tratamento não medicamentoso como: modificação de hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo), perda de peso, alimentação saudável.

f. Prescrição dos medicamentos em uso: deverão ser prescritos os medicamentos utilizados pelo usuário seguindo as regras de prescrição dos medicamentos descritas no tópico -Orientações gerais quanto à prescrição de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes pelo enfermeiro. Deve ser orientado quanto ao uso correto dos medicamentos, incluindo orientação sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos e possíveis efeitos adversos.

Após a realização de qualquer medicamento deve-se inserir os medicamentos na aba **Prescrição de medicamentos** do prontuário eletrônico, informando medicamento, via, dose, frequência da dose e duração da prescrição. Conforme rotina administrativa de cada unidade a prescrição poderá ser impressa, ou feita a mão, contanto que seja mantida a informação de toda prescrição em prontuário eletrônico.

FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Finalizar a consulta com orientação de retorno conforme fluxograma de atendimento.

Se possível garantir o agendamento imediato da próxima consulta.

-Caso consulta de rastreamento: retorno para nova consulta de enfermagem imediatamente após realização dos exames necessários.

ORIENTAÇÕES GERAIS QUANTO À PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS E HIPOGLICEMIANTE PELO ENFERMEIRO

Este protocolo tem como objetivo normatizar a prescrição dos medicamentos anti-hipertensivos estabelecidos na Relação Municipal de medicamentos-REMUME deste município para os usuários com hipertensão arterial acompanhados pela equipe de ESF ou EAP.

O enfermeiro poderá prescrever os medicamentos previamente estabelecidos neste protocolo desde que estáveis, manterá a prescrição iniciada pelo médico, contando que:

- O usuário esteja presente à consulta de enfermagem;
- A última receita tenha sido realizada pelo médico pertencente à equipe e/ou unidade de atuação do enfermeiro, esteja devidamente registrada em prontuário eletrônico com descrição completa dos medicamentos, dose e posologia e não esteja vencida há mais de 30 dias, ou seja, que o usuário não esteja sem o uso dos medicamentos.
- O usuário esteja estável, esteja em uso correto dos medicamentos e não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata. Caso contrário e o usuário esteja com receita vencida, realizar a prescrição apenas para o período em que o mesmo aguarde o agendamento de uma consulta médica, caso a mesma não seja realizada no mesmo dia, até o período máximo de 30 dias.
- Não seja realizada a retirada de medicamentos prescritos por profissional médico ou alteração de dose/posologia. Havendo qualquer questionamento quanto a necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao tratamento medicamentoso, o enfermeiro deverá encaminhar o usuário à consulta médica.
- Não será renovada receita do usuário insulino-dependente.

LISTA DE MEDICAÇÕES HIPOGLICEMIANTE

As medicações hipoglicemiantes padronizadas no município (Remume) conforme a Portaria No 031/2023 publicada em 25 de maio de 2023 para prescrição são:

- Glibenclâmida: comprimido 5 mg
- Gliclazida: comprimido 30 mg liberação prolongada
- Insulina Humana NPH: suspensão injetável 100 UI/mL, 10 mL
- Insulina Humana NPH: suspensão injetável 100 UI/mL, 3 mL (caneta)
- Insulina Humana Regular: solução injetável 100 UI/mL, 10 mL
- Insulina Humana Regular: solução injetável 100 UI/mL, 3 mL (caneta)
- Metformina, cloridrato: comprimido 500 mg
- Metformina, cloridrato: comprimido 850 mg

Na necessidade de informações sobre classe dos medicamentos, mecanismos de ação, efeitos adversos e interações medicamentosas, consultar o Caderno de atenção básica no 36/ MS 2014.

AVALIAÇÃO DOS PÉS

O Pé Diabético está entre as complicações mais frequentes do Diabetes Mellitus (DM) e suas consequências podem ser dramáticas para a vida do indivíduo, desde feridas crônicas e infecções até amputações de membros inferiores. O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações do Pé Diabético. (BRASIL, 2013).

Denomina-se Pé Diabético a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com DM.

Mais de 282 mil cirurgias de amputação de membros inferiores (pernas ou pés) foram realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) entre janeiro de 2012 e maio de 2023. É o que mostra levantamento produzido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV). Ao analisar a série histórica, percebe-se o aumento desses procedimentos por todo o País. Há estados onde o volume de amputações aumentou mais do que 200% entre 2012 e 2013. Só em 2022, no País, os registros alcançaram a marca de 31.190 procedimentos realizados, o que significa que – a cada dia – pelo menos 85 brasileiros tiveram seus pés ou pernas amputadas na rede pública de saúde.

As alterações de ordem neurológica e vascular em extremidades, provocadas pelo quadro de DM, produzem distorções na anatomia e fisiologia normais dos pés. A alteração do trofismo muscular e da anatomia óssea dos pés provoca o surgimento dos pontos de pressão, enquanto o ressecamento cutâneo prejudica a elasticidade protetora da pele e o prejuízo da circulação local torna a cicatrização mais lenta e ineficaz. Em conjunto, essas alterações aumentam o risco de úlceras nos pés, podendo evoluir para complicações mais graves, como infecções e amputações.

O Pé Diabético pode ser classificado em:

- Neuropático.
- Vascular (também chamado isquêmico).
- Misto (neurovascular ou neuroisquêmico).

O pé neuropático é caracterizado pela perda progressiva da sensibilidade. Os sintomas mais frequentes são os formigamentos e a sensação de queimação (que tipicamente melhoram com o exercício). A diminuição da sensibilidade pode apresentar-se como lesões traumáticas indolores ou a partir de relatos, como perder o sapato sem se notar.

O pé isquêmico caracteriza-se tipicamente por história de claudicação intermitente e/ou dor à elevação do membro. Ao exame físico, pode-se observar rubor postural do pé e palidez à elevação do membro inferior. À palpação, o pé apresenta-se frio, podendo haver ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso dorsal

SINAIS/SINTOMAS	PÉ NEUROPATICO	PÉ ISQUEMICO
TEMPERATURA DO PÉ	QUENTE OU MORN	FRIO
COLORAÇÃO DO PÉ	COLORAÇÃO NORMAL	PALIDO COM ELEVACÃO OU CIANÓTICO COM DECLIVE
ASPECTO DO PÉ	PELE SECA E FISSURADA	PELE FINA E BRILHANTE
DEFORMIDADE DO PÉ	DEDO EM GUARRA, DECOEM MARTELO, PÉ DE CHARCOT OU OUTRO	DEFORMIDADES AUSENTES

SENSIBILIDADE DO PÉ	DIMINUIDA, ABOLIDA OU ALTERADA (PARESTESIA)	SENSAÇÃO DOLOROSA, ALIVIADA QUANDO AS
PULSO PEDIAIS	PULSOS AMPLOS E SIMÉTRICOS	PERNAS ESTÃO PENDENTES
CALOSIDADE	PRESENTES, PRINCIPALMENTE NA REGIÃO PLANTAR	AUSENTE
EDEMA	PRESENTE	AUSENTE
LOCALIZAÇÃO MAIS COMUNS DA ÚLCERA (SE HOUVER)	1º E 5º METACARPOS E CALCÂNEO (POSTERIOR); REDONDAS, COM HIPERQUERATOSE PERIÚLCERATIVA; NÃO DOLOROSAS	LATERO-DIGITAL; SEM ANEL QUEROTÁSICO DOLOROSA

No Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), é possível detalhar a avaliação do pé do usuário diabético conforme o método orientado por problemas, SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), garantindo um registro seguro e qualificado.

Os seguintes códigos CIAP 2 podem ser utilizados na consulta:

N93 NEVRITE/NEUROPATIA PERIFÉRICA
K99 OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO S20 CALOS CALOSIDADES
L 17 SINAIS E SINTOMAS PÉ /DEDOS PÉ

Há evidências consistentes de que programas organizados de avaliação e acompanhamento de pessoas com DM para lesões de Pé Diabético reduzem as taxas de amputações, quando comparados ao cuidado convencional. Dadas a frequência e a gravidade desta complicação na população com DM, torna-se, portanto, mandatório que a equipe de saúde da Atenção Básica se organize para prover este cuidado à sua comunidade.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO

São fatores de risco para desenvolvimento de úlceras e amputações (as duas principais complicações do Pé Diabético), quase todos identificáveis durante a anamnese e o exame físico do indivíduo:

- História de ulceração ou amputação prévia.
- Neuropatia periférica.
- Deformidade dos pés.
- Doença vascular periférica.
- Baixa acuidade visual.
- Neuropatia diabética (especialmente nos pacientes em diálise).
- Controle glicêmico insatisfatório.
- Tabagismo.

Quadro: Classificação de risco do Pé Diabético

Quadro: Periodicidade recomendada para avaliação dos pés da pessoa com DM, segundo a classificação de risco do Pé Diabético.

CATEGORIA DE RISCO	SITUAÇÃO CLÍNICA
Grau 0	Neuropatia ausente
Grau 1	Neuropatia presente com ou sem deformidades (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot)
Grau 2	Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente
Grau 3	História de úlcera e/ou amputação.

CATEGORIA DE RISCO	PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO
0	Anual, preferencialmente com médico ou enfermeiro da AB.
1	A cada 3 a 6 meses, com médico ou enfermeiro da AB
2	A cada 2 a 3 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB. Avaliar necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção.
3	A cada 1 a 2 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB, ou equipe especializada.

No Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), é possível detalhar a avaliação do pé do usuário diabético conforme o método orientado por problemas, SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), garantindo um registro seguro e qualificado.

Os seguintes códigos CIAP 2 podem ser utilizados na consulta:

N93 NEVRITE/NEUROPATIA PERIFÉRICA
K99 OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO
S20 CALOS CALOSIDADES
L 17 SINAIS E SINTOMAS PÉ /DEDOS PÉ

Anamnese: Uma boa avaliação dos pés da pessoa com diabetes começa por uma anamnese adequada. Por meio da anamnese, identificam-se fatores de risco para o desenvolvimento do Pé Diabético e levanta-se a suspeita da presença e da gravidade de complicações, como neuropatia e vasculopatia. Deve-se, portanto, buscar no prontuário ou indagar sistematicamente os fatores de risco a seguir

- Tempo de doença do Diabetes Mellitus e controle glicêmico O tempo de doença do DM relaciona-se diretamente com o risco de desenvolvimento de complicações como neuropatia e vasculopatia, assim como a falha em alcançar as metas para o controle glicêmico.
- História de complicações micro e macrovasculares Complicações macro (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença arterial periférica) e microvasculares (retinopatia e nefropatia diabética) indicam doença mais avançada e apontam para um maior risco de desenvolvimento de complicações do pé diabético.
- História de úlceras, de amputações ou by-pass em membros e/ou de amputações indicam igualmente doença mais avançada. A história progressiva positiva para uma dessas condições classifica o Pé Diabético em grau 3 (alto risco).

- História de tabagismo O tabagismo, além de importante fator de risco cardiovascular, aumenta também o risco de ulceração e dificulta o processo de cicatrização de feridas.
 - Dor ou desconforto em membros inferiores. Durante a anamnese, deve-se indagar sobre dor e/ou desconforto nos membros inferiores, buscando identificar a causa do problema. Sintomas de dor ou desconforto, do tipo queimação, formigamento ou "picada", começando nos dedos e ascendendo proximalmente (padrão em bota ou em luva), com piora no período noturno e aliviados ao movimento, indicam para o diagnóstico de neuropatia. A neuropatia pode se manifestar ainda da forma "negativa", como dormência e perda de sensibilidade (hipoestesia). Já sintomas de dor do tipo câimbra ou peso ao caminhar, que é aliviada ao repouso, levanta a suspeita de dor isquêmica por doença vascular periférica. Um componente importante da avaliação é caracterizar a intensidade da dor, para direcionamento das opções de tratamento farmacológico e monitoramento da resposta terapêutica. Para tanto, pode-se utilizar escalas visuais analógicas como a Escala de Faces ou escalas numéricas (como a Escala Numérica de 0 a 10).
 - Cuidados de higiene e proteção dos pés
- Parte significativa das complicações do Pé Diabético é evitável. É essencial, portanto, certificar-se do conhecimento e da prática pelo indivíduo dos cuidados diários recomendados, que estão sumarizados no próximo capítulo. MINISTÉRIO DA SAÚDE 26

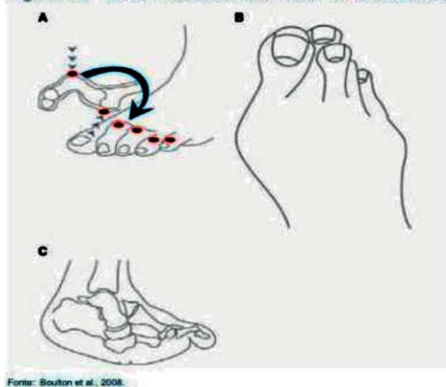
- Qualidade da acuidade visual
- A baixa acuidade visual dificulta a auto inspeção dos pés e pode predispor o indivíduo a traumas nos pés, principalmente quando acompanhada da insensibilidade provocada pela neuropatia diabética.

O exame físico deve ser sistematizado, buscando pelos fatores de risco e pelas complicações do Pé Diabético. O exame clínico, associado à anamnese, é capaz de confirmar a presença e a gravidade da neuropatia periférica (neuropatia diabética) e da doença arterial periférica, os dois mais importantes fatores de risco para ulceração dos pés.

O exame clínico dos pés deve ser abrangente, capaz de identificar as diversas alterações que elevam o risco de desenvolvimento de úlceras. Dessa maneira, durante o exame físico, deve-se sempre avaliar:

- Anatomia do pé: A neuropatia diabética predispõe às deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra, dedos em martelo, joanetes (Fg) e perda o arco plantar, também chamada de Artropatia de Charcot.

Figura 3.3 - Deformidades anatómicas no Pé Diabético



- Hidratação: O profissional deve avaliar a hidratação dos pés. Na presença de neuropatia diabética, os pés frequentemente encontram-se com a pele ressecada (xerodermia), o que predispõe às fissuras e às ulcerações.
- Coloração, temperatura, distribuição dos pelos: Anormalidades da coloração da pele (pele pálida, avermelhada, azulada ou arroxeada), pele fria e rarefação de pelos são sinais de insuficiência arterial e devem ser complementados com o exame da palpação dos pulsos.
- Integridade de unhas e pele
 - Atrofia de pele e/ou unhas (pele e/ou unhas quebradiças) pode ser um sinal de insuficiência arterial, devendo ser correlacionada com os demais sinais e sintomas característicos do quadro.
 - Lesões esfoliativas, úmidas nos espaços interdigitais habitualmente (mas não obrigatoriamente) pruriginosas podem ser encontradas, indicativas de dermatofitose (tinea pedis ou micose superficial). Podem também ocorrer em outras localizações dos pés. São, frequentemente, porta de entrada para infecção bacteriana, devendo sempre ser buscadas e tratadas.
 - Distrofias ungueais (alterações do aspecto, da forma, da cor e/ou da espessura da unha, com ou sem perda da integridade) devem levantar suspeita de onicomicose, idealmente devendo ser confirmada por raspado ungueal, sempre que disponível. São mais frequentes em pessoas com diabetes. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com espessamento ungueal.
 - O corte das unhas deve ser avaliado quanto a sua técnica. Elas devem ser cortadas sempre retas (Figura). O corte inadequado pode predispor um quadro de unha encravada.
 - Calosidades (espessamento epidérmico causado por traumatismos locais recorrentes) são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar. São frequentemente predispostos por uso de calçado inadequado.

Figura 3.4 - Técnica para corte de unhas dos pés

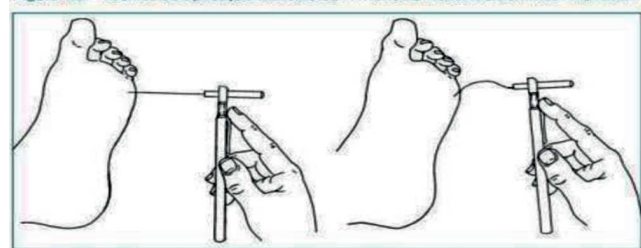


Fonte: Adaptado de Bix, 2015.

Avaliação Neurológica: Tem como objetivo principal a identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés, para classificação de risco e prevenção de complicações.

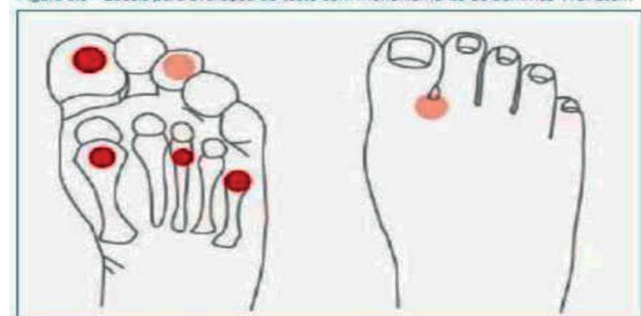
1. Avaliação da sensibilidade tátil com monofilamento de Semmes-Weinstein
 - É realizado com monofilamento de 10 gramas
 - É o método de escolha recomendado como exame de rastreamento de neuropatia diabética: tem boa relação custo benefício, alta reprodutibilidade confirmada por estudos prospectivos e elevada especificidade. A técnica para avaliação da sensibilidade protetora utilizando o monofilamento de 10 gramas.
- 1o – Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitar ao mesmo que diga "sim" cada vez que perceber o contato com o monofilamento.
- 2o – Aplicar o monofilamento adequado (10 gramas) perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque (Figura).
- 3o – Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele.
- 4o – O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento e sua remoção não deve exceder 2 segundos.
- 5o – Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde está sendo tocado (Pé Direito ou Esquerdo).
- 6o – Serão pesquisados quatro pontos (pontos vermelho-escuro na Figura 4.3), em ambos os pés.
- 7o – Aplicar duas vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação.
- 8o – A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
- 9o – A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

Figura 3.5 - Técnica de aplicação do teste com monofilamento de Semmes-Weinstein



Fonte: Aguiar et al., 2008.

Figura 3.6 - Locais para avaliação do teste com monofilamento de Semmes-Weinstein



Fonte: Boulton et al., 2008.

Avaliação Vascular

- O exame físico do componente vascular deve contemplar, no mínimo, a palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores.
- Os achados da palpação vascular devem ser correlacionados com os achados gerais na avaliação de pele (coloração, temperatura, distribuição dos pelos) e unhas (trofismo), cuja técnica é mostrada na (Figura).
- Caso o exame clínico levante a suspeita de vasculopatia (por exemplo, pulsos diminuídos ou não palpáveis) e não consiga se palpar os pulsos, deve-se encaminhar o paciente para avaliação vascular complementar

Figura 3.9 - Técnica palpatória para identificação de artérias



Fonte: Makadise, 2004.

Isquemia crítica de membro: A isquemia crítica de membro é uma urgência médica, com elevado risco de perda da viabilidade do membro. Os seis sinais clássicos de isquemia aguda de membro são dor, paralisia, parestesia, ausência de pulso, paralisia por frio e palidez. Deve-se suspeitar de isquemia crítica de membro com os seguintes sintomas (PARASKEVAS, 2015):

- Dor na perna em repouso.
- Gangrena. • Feridas/úlceras que não cicatrizam no pé.
- Atrofia muscular.
- Rubor dependente.
- Palidez quando a perna é elevada.
- Perda de pelos sobre o dorso do pé. • Unhas do hálux espessadas.
- Pele brilhante/descamativa.

Cuidados recomendados para o Pé Diabético, segundo a Classificação de Risco Classificação:

- 0- Sem PSP (Perda de Sensibilidade Protetora dos pés). Sem DAP (Doença Arterial Periférica). Orientações sobre calçados apropriados. Estímulo ao autocuidado.
- 1- PSP com ou sem deformidade. Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica, caso não haja adaptação.
- 2- DAP com ou sem PSP Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.
- 3- História de úlcera ou amputação. Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica, caso não haja adaptação. Se houver DAP, avaliar a necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.

Orientações para o autocuidado no Pé Diabético – prevenindo as feridas

- Realize a inspeção diária dos pés (seja por você mesmo ou com a ajuda de um familiar ou um cuidador orientado), incluindo as áreas entre os dedos.
 - Realize a higiene regular dos pés, seguida da secagem cuidadosa deles, principalmente entre os dedos.
 - Cuidado com a temperatura da água! Ela deve estar sempre inferior a 37°C, para evitar o risco de queimadura.
 - Evite andar descalço, seja em ambientes fechados ou ao ar livre.
 - Sempre use meias claras ao utilizar calçados fechados.
 - Use, sempre que possível, meias com costura de dentro para fora ou, de preferência, sem costura.
 - Procure trocar de meias diariamente.
 - Nunca use meias apertadas e evite usar meias altas acima do joelho.
 - Inspeção e palpe diariamente a parte interna dos calçados, à procura de objetos que possam machucar seus pés.
 - Use calçados confortáveis e de tamanho apropriado, evitando o uso de sapatos apertados ou com reentrâncias e costuras irregulares.
 - Use cremes ou óleos hidratantes para pele seca, porém, evite usá-los entre os dedos.
 - Corte as unhas em linha reta.
 - Não utilize agentes químicos ou emplastros para remover calos.
 - Calos e calosidades devem ser avaliados e tratados pela sua equipe de saúde.
 - Faça a reavaliação dos seus pés com a sua equipe de saúde uma vez ao ano (ou mais vezes, se for solicitado).
 - Procure imediatamente sua Unidade de Saúde se uma bolha, corte, arranhão ou ferida aparecer.
 - Em caso de dúvidas, procure sempre a sua equipe de saúde!
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Caderno de atenção básica no 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus. 2014

Campos dos Goytacazes. Linha de Cuidado: Diabetes Mellitus. 2022

Brasil. Manual do pé diabético. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2016.

**PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM: LESÕES CUTÂNEAS**

O tratamento de lesões cutâneas vem sendo um tema destacado em diversos segmentos profissionais da área de saúde no mundo todo. É uma prática milenar que, nos primórdios da civilização, estava intimamente ligada a costumes e hábitos populares e, com o desenrolar da história e o desenvolvimento tecnológico, conquistou sua merecida abordagem científica.

Deve-se considerar também que, apesar do crescente interesse dos diversos profissionais no tratamento das feridas, ainda permanece no meio assistencial uma grande desinformação sobre o assunto, o que muitas vezes contribui para o insucesso do tratamento.

O cliente portador de lesões cutâneas apresenta um tempo maior de internação e, consequentemente, está mais suscetível ao desenvolvimento de infecções hospitalares, onerando assim o tratamento, além de promover incapacidade física, gerando problemas psicossociais.

O número elevado de clientes portadores de feridas sobrecarrega os serviços ambulatoriais e hospitalares que, frequentemente, não estão dotados de recursos necessários para tratá-los.

O tratamento da ferida vai muito além da realização de um curativo. O cliente procura a unidade de saúde para ficar curado. A ferida fragiliza e muitas vezes causa incapacidade para o trabalho, ou simplesmente o incapacita para atividades mais simples, como o autocuidado.

Allman (1999) afirma que "no Brasil a prevalência de úlceras crônicas no grupo etário entre 45 a 64 anos eram de 120/100.000, elevando-se para 800/100.000 no grupo de mais de 75 anos".

A insuficiência venosa crônica representa 60 a 70% de todas as úlceras de perna, possuindo caráter incapacitante por acometer os membros inferiores. Em torno de 30% dos que necessitam de ajuda previdenciária ou dos cofres públicos apresentam essa enfermidade.

O indivíduo predisposto a diabetes mellitus que não pratica atividade física e que apresenta modificações nos hábitos alimentares (favorecendo a obesidade) acelera o aparecimento do diabetes.

O diabetes mellitus é responsável por 40 a 60% de todas as amputações não traumáticas dos membros inferiores. Programas educacionais podem reduzir esse número em até 45 a 85%(Allmann, 1999).

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

As atribuições da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas são regulamentadas pela resolução COFEN no 0567/2018.

ANATOMIA DA PELE

- A pele é o maior órgão do nosso corpo;
- Recebe 1/3 do sangue circulante;
- Tem aproximadamente 30% do peso corpóreo;
- Tem um pH ácido, que varia de 4,5 a 6 e este pH é responsável pela manutenção da flora normal da nossa pele;

• **Pode ser classificada quanto às camadas da pele e quanto às funções da pele:**

CAMADAS DA PELE

- Epiderme - Organiza-se em camadas e, à medida que as mais superficiais são eliminadas, as camadas mais profundas são restauradas por divisão celular. É constituída por cinco camadas: germinativa, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea.
- Derme - É bem vascularizada, rica em colágeno e em anexos da pele, como glândulas sudoríparas, sebáceas e folículo piloso; É responsável pela manutenção do pH e pela proteção antimicrobiana e antifúngica; Produz pêlos, regula a temperatura do corpo, abriga receptores sensoriais, supre nutrientes e oxigênio e sintetiza várias substâncias químicas.
- Hipoderme - É rica em tecido adiposo, tendo como função principal a proteção mecânica e o isolamento térmico, suporte e amortecimento para a pele, além de armazenar energia.

FUNÇÕES DA PELE

- Proteção - Proporcionar barreira efetiva contra perda hídrica e fatores externos ambientais. É a base para a organização e regeneração tecidual, permeabilidade seletiva, barreira física, junção entre epitélio e camadas adjacentes.
- Sensação - As funções receptoras da pele, devido às terminações nervosas, são: sentir temperatura, dor, toque suave e pressão.
- Equilíbrio Hídrico - Absorver água, impedindo a perda excessiva de água e eletrólitos a partir da porção interna do corpo, retendo a umidade nos tecidos subcutâneos.
- Regulação da Temperatura - Reduzir a perda de calor do corpo através da contração dos vasos sanguíneos
- Síntese de Vitaminas - A pele exposta à luz ultravioleta tem a capacidade de transformar substâncias necessárias para sintetizar a vitamina D.

FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO

Processo de cicatrização - O processo cicatricial é sistêmico e dinâmico, estando diretamente relacionado às condições gerais do organismo.

CLASSIFICAÇÃO**Quanto ao processo de cicatrização**

- Agudas - São originadas de cirurgias, trauma e infecção e a reparação ocorre em tempo adequado, sem complicações. Ocorrem por até 30 dias.
- Crônicas - Ferida que continua a necessitar de tratamento depois de seis semanas do seu aparecimento. São exemplos: úlceras de perna (arteriais, venosas, flebites, celulites, neoplásicas, neuropáticas), úlceras de pressão, feridas traumáticas, feridas cirúrgicas, feridas neoplásicas

QUANTO ÀS FORMAS DE CICATRIZAÇÃO

- Cicatrização por 1a. intenção (primária) - Quando não há perda de tecido e as extremidades da pele ficam justapostas uma à outra;
- Cicatrização por 2a. intenção - Ocorre em feridas onde houve perda de tecido e as extremidades da pele ficam distantes umas das outras, sendo necessário formação de tecido de granulação até que a contração e epitelização aconteçam;
- A cicatrização por 3a. intenção - Ocorre quando as feridas não são suturadas primariamente ou quando ocorrem complicações do tipo deiscência da sutura, em que a ferida é deixada aberta para permitir a drenagem, seja para descompressão ou para controle de contaminação. Quando as condições da ferida melhoram, a pessoa é submetida a uma nova cirurgia para fechamento.
- A cicatrização por 4a. intenção - Quando a cura de uma ferida é acelerada por meio de cirurgia plástica, através de enxertos cutâneos.

QUANTO AO CONTEÚDO MICROBIANO

- Limpas - Ferida em condições assépticas, sem contaminação. Realizada em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, são resultantes de uma cirurgia eletiva, não traumática, não infectada.
- Contaminadas - Apresentam agentes patogênicos
- Colonizadas - Apresentam agentes patogênicos, porém não estimulam resposta orgânica;
- Infectadas - Apresentam agentes patogênicos e estimulam resposta orgânica (hiperemia e exsudato purulento).

FASES DA CICATRIZAÇÃO

- Fase Inflamatória - Inicia-se após o trauma resultando em reparo e substituição de células mortas e danificadas por células saudáveis. Sinais clássicos da inflamação, como edema, hiperemia, calor moderado e queixa de dor. Duração: 4 a 5 dias.

• Fase Proliferativa ou Fibroplasia - Processo de produção do colágeno, angiogênese, formação do tecido de granulação, contração da ferida e reepitelização. Halo palpável entre 5o e 9o dias após a lesão. A duração desta fase é, em média, de 12 a 14 dias.

• Fase de Contração - Ocorre diminuição do tamanho da ferida. Começa por volta do quinto ou sexto dia. Reduz consideravelmente a área de superfície aberta. É responsável por algo como 40- 80% do fechamento

- Fase de Epitelização - Fase em que a ferida está coberta por células epiteliais.
- Os macrófagos liberam fator de crescimento da epiderme que estimula a proliferação e a migração das células epiteliais.
- As células epiteliais só se movem sobre tecido viável.
- Fase de Maturação - Nesta fase ocorrem dois eventos importantes: deposição, agrupamento e remodelação do colágeno e regressão endotelial. Pode durar de meses a anos; Clinicamente a cicatriz se torna menos espessa, passando de uma coloração rosada para esbranquiçada.

FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

• Perfusão tecidual ou irrigação sanguínea- alterações da irrigação sanguínea periférica reduzem a perfusão tecidual, comprometendo a oxigenação local e o aporte de outros nutrientes. A isquemia prejudica a cicatrização e aumenta o risco de infecção da ferida.

• Desequilíbrios Nutricionais- diversos desequilíbrios nutricionais podem interferir no processo de cicatrização. Deficiência de proteínas, vitaminas A e E, zinco, arginina e glutamina alteram a cicatrização, assim como a desnutrição e a obesidade.

• Desidratação - a epitelização, a contração e a granulação da ferida ocorrem mais rapidamente num ambiente úmido que num ambiente seco

- Flutuações da temperatura- Temperaturas extremas produzem lesões teciduais.
- Patologias associadas/comorbidades - diabetes, doenças imunológicas, câncer, insuficiências vasculares, entre outras, interferem no processo de cicatrização.

• Câncer e tratamento oncológico - a pessoa com câncer geralmente apresenta má nutrição e hipoalbuminemia. A quimioterapia e a radioterapia também inibem a proliferação celular.

• Medicação associada- os corticóides têm um efeito anti-inflamatório, anti-mitótico, com diminuição da síntese dos componentes da matriz e atraso na epitelização. Esteróides também interferem no processo de cicatrização, inibindo a proliferação de fibroblastos e também interferem na estrutura e entrelaçamento do colágeno, tornando o tecido que recobre a ferida frágil.

• Dor e estresse - aumentam a produção de glicocorticóides, que acarretam o aumento da glicose no sangue. Também dificultam a migração de granulócitos e macrófagos, deprimem o sistema imunológico e a resposta inflamatória.

• Idade - à medida que a idade avança o ritmo do metabolismo celular diminui. Apresentam maior risco para desnutrição pela má absorção.

• Tabagismo - está associado a maior incidência de complicações por reduzir a síntese de colágeno, provoca vasoconstrição e redução da oxigenação tecidual.

• Infecção- retarda o processo de cicatrização por competir com a ferida por nutrientes, além de prolongar a fase inflamatória e atrasar a síntese de colágeno e epitelização.

• Tecido inviável (necrose)- impede a migração epitelial e de nutrientes para o leito da ferida. Além disso, propicia a proliferação de bactérias.

FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO TISSULAR:

- Inflamação: (eritema, edema, calor, dor, exsudato limpo ou seroso);
- Infecção local: (processo inflamatório persistente, drenagem purulenta, aumento do exsudato, odor fétido, calor local perilesional, ausência de cicatrização ou aumento do tamanho da ferida).

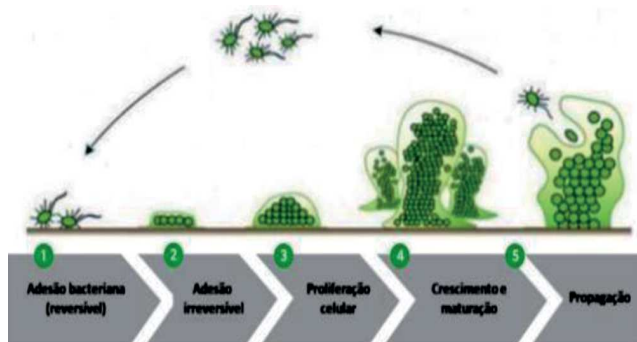
- Infecção sistêmica (febre, aumento de leucócitos, taquicardia, fadiga, hipotensão, confusão)

BIOFILME

Biofilme é definido e descrito como uma comunidade complexa, formada pelo agrupamento de um ou mais tipos de microrganismos, geralmente bactérias e fungos. Estes são envolvidos em uma estrutura polimérica chamada de matriz extracelular produzida pelas próprias bactérias, que forma uma barreira por meio da qual os microrganismos se protegem da resposta imunológica da pessoa, tolerantes aos antibióticos e antissépticos, levando a uma infecção subclínica prolongada na ferida.

O biofilme pode se formar em horas e atingir a maturidade entre 48-72 horas, comprometendo o processo de cicatrização.

Atualmente, muitas feridas crônicas estão associadas à presença de biofilme. Embora seu diagnóstico de certeza seja complexo, foi visto que mais de 80% das feridas crônicas têm biofilme. No entanto, feridas que progredem favoravelmente em direção à cicatrização não têm bactérias no tipo biofilme. As substâncias compostas por PRATA e PHMB realizam bom controle do biofilme.



CONSULTA DE ENFERMAGEM

As pessoas serão acompanhadas por toda equipe de saúde, levando em consideração suas particularidades e as atribuições de cada profissional. A primeira avaliação e condutas iniciais serão realizadas pelo Enfermeiro. A partir disso, a equipe realizará o cuidado compartilhado.

PRIMEIRA CONSULTA

O roteiro de consulta baseado SOAP, deve ser registrado em prontuário eletrônico.

SUBJETIVO: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM/MOTIVO DA CONSULTA (QUEIXA).

Registrar a queixa principal; registrar as informações relativas ao perfil socioeconômico-cultural da pessoa; registrar situação de vulnerabilidade.

OBJETIVO: EXAME FÍSICO:

Avaliar a pessoa realizando exame físico céfalo-caudal e sua lesão, registrar localização, tipo de ferida, fase, atual condição do processo de cicatrização, fazer registros de achados laboratoriais e de imagens, caso tenha, fazer medições antropométricas.

AValiação: DIAGNÓSTICOS / DIAGNÓSTICOS EM ENFERMAGEM COM CIAP 2

- DOR/SENSIBILIDADE DOLOROSA DA PELE - S01
- OUTRA LESÃO CUTÂNEA - S19
- CALOS/CALOSIDADES - S20
- SINAIS/SINTOMAS DA TEXTURA DA PELE - S21
- PRURIDO - S02
- ÚLCERA CRÔNICA DA PELE - S97

PLANO: INTERVENÇÕES E CONDUTAS DE ENFERMAGEM

- Prescrever o curativo de acordo com as avaliações
- Executar o curativo e explicar para o técnico as demais trocas secundárias;
- Realizar, se necessário, o desbridamento mecânico/ instrumental;
- Determinar o período de troca do curativo;
- Fazer recomendações ao paciente (dieta, higiene, vestuário, repouso, hidratação oral e tópica, troca de curativo, cuidado com a cobertura secundária);
- Fazer encaminhamento, se necessário;
- Solicitar exames complementares;
- Agendar retorno

CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Avaliar aspecto do curativo anterior;
- Avaliar o aspecto da ferida;
- Mensurar a ferida a cada 15 dias (feridas crônicas);
- Registrar a evolução;
- Trocar curativo juntamente à equipe de enfermagem;
- Agendar retorno;
- Programar os retornos após a epitelização da ferida;
- Realizar as avaliações de retorno após cura, anotando na evolução os aspectos tópicos da área de epitelização e considerações gerais.

EXAMES COMPLEMENTARES

Na primeira consulta de Enfermagem e ao longo do processo de avaliação da ferida, poderão ser solicitados os seguintes exames laboratoriais:

Exame Complementar	Indicação	Valor de referência	Quando solicita
Hemograma completo	Dificuldade na cicatrização, suspeita clínica de anemia e/ou infecção.	Hb: 12.8 - 17.8 g/dL (homens) 12-16,5 g/dL (mulheres) Ht: 40 - 54% (homens) 35-47% (mulheres) Leucócitos: 4000 - 11000/mm3.	1ª. consulta se não houver resultados no período anterior a 6 meses. Repetir conforme protocolos ou após consulta compartilhada com médico.
Albumina sérica	Dificuldade na cicatrização, perda de peso, avaliação do estado nutricional.	3.5 - 5.2 g/dl	1ª. consulta se não houver resultados no período anterior a 6 meses. Repetir conforme protocolos ou após consulta compartilhada com médico.

Glicemia de jejum	Dificuldade na cicatrização, suspeita clínica de diabetes	< 99 mg/dL.	1ª. consulta se não houver resultados no período anterior a 6 meses. Repetir conforme protocolos ou após consulta compartilhada com médico.
Hemoglobina glicada - HbA1C	Dificuldade na cicatrização. Para diabéticos em tratamento	< 7% (tolerável de 7 - 7,9%)	1ª. consulta se não houver resultados no período anterior a 6 meses. Repetir conforme protocolos ou após consulta compartilhada com médico.
Vitamina B12	Dificuldade na cicatrização, suspeita clínica de anemia.	300-900pg/mL	1ª. consulta se não houver resultados no período anterior a 1 ano. Repetir conforme interconsulta com médico (a) da unidade.

Vitamina D	Dificuldade de cicatrização, perda muscular.	Deficiência: < 20 ng/mL; Insuficiência: 21-29 ng/mL; Suficiência: 30-100 ng/mL.	1ª. consulta se não houver resultados no período anterior a 1 ano. Repetir conforme interconsulta com médico (a) da unidade.
Zinco	Dificuldade de cicatrização	70-120ug/dL	1ª. consulta se não houver resultados no período anterior a 1 ano. Repetir conforme interconsulta com médico (a) da unidade.
Swab - Coleta de material microbiológico para bactérias e fungos, se necessário	Sinais clínicos de infecção.	cultura positiva ou negativa.	-Feridas agudas com sinais de infecção e não melhoram com antibióticos; Feridas crônicas com sinais de infecção sistêmica**; Feridas infectadas que não responderam ao uso de antibiótico ou que não estão melhorando, apesar do uso correto de antibiótico

AVALIAÇÃO DA FERIDA

O exame da ferida e da região perilesão inclui:

- localização,
- mensuração,
- identificação e mensuração de túneis/graú de lesão tecidual,
- exsudato,
- odor,
- dor,
- observação do leito da ferida,
- área perilesional
- presença de infecção.

Itens e características	Descrição	Como avaliar
Localização	Permite obter dados sobre o fator causal da ferida, sobre os riscos em potencial para complicações e colabora para avaliação da terapia a ser adotada.	Observação direta: MMII, MMSS, proeminência óssea; pés, mãos, abdome, perineal, perigenital, perianal, face, pescoço, tórax superior, oral, dorsal, entre outros.
Mensuração	Mostra o tamanho da ferida, sua extensão. Pode ser: Linear – Quando inclui comprimento e largura. Bidimensional – quando inclui comprimento, largura e profundidade (C x L x P).	Traçar uma linha na maior extensão vertical e outra na maior extensão horizontal. Multiplicar uma medida pela outra para obter a área em cm². Pode-se realizar a medição das seguintes formas: * Medição linear simples – com régua descartável ou os materiais disponíveis na Unidade (swab, espátula, sonda, cateter, entre outros), realizando a marcação no material e posteriormente a medição com uma régua disponível. * Com decalque da ferida – colocar parte interna do acetato (parte transparente da embalagem das coberturas) ou dos pacotes de curativo (parte transparente estéril do papel grau cirúrgico) sobre a ferida; desenhar o contorno da ferida com caneta para retroprojetor e posteriormente realizar a medição no decalque. * Métodos computadorizados – programas e aplicativos específicos para realizarem a medição das feridas, tais como: imitoMeasure, +WoundDesk e WoundDoc. Profundidade – introduzir material estéril disponível (swab, sonda, cateter, seringa sem agulha, espátula, entre outros) até a parte mais profunda da ferida, realizando a marcação no ponto mais próximo a borda e depois realizar a medida com a régua. Observações: - Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm ou durante o processo cicatricial com formação de ilhas, deve-se

		considerar como ferida única. Mensurar as feridas, calcular a área lesada e somá-las
Túnel	Túnel: Quando uma ferida tem canais se espalhando a partir da lesão central. Descolamento do tecido subjacente da pele íntegra devido à destruição tecidual.	Introduzir sonda ou cateter na ferida; fazer varredura da área no sentido horário; identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas), sendo a referência de 12 horas deverá estar no sentido cefálico; marcar na sonda o ponto mais próximo da borda; medir na régua o segmento marcado; registrar na ficha o tamanho (cm) e direção (H) da medida feita para comparação posterior. Exemplo: 2 cm em direção a 3 horas, conforme abaixo.
Exsudato	O exsudato presente na ferida é variável conforme a fase da cicatrização e pode indicar complicações.	Classificar o exsudato quanto a: Quantidade (parâmetro: 12 gazes = 100% do curativo): Seco ou escasso (ferida seca ou com exsudato não mensurável); Pouca – até 3 gazes (até 25% do curativo padrão saturado) Moderada – 4 a 9 gazes (25 a 75% do curativo saturado); Abundante – acima de 10 gazes (+ 75% do curativo saturado). Cor: Seroso (amarelado/transparente); sanguinolento (vermelho), serosanguinolento (amarelado com vestígios de vermelhos) Consistência: fluido, espesso, purulento.
Odor	A presença de odor poderá ser indicativa do seu estado de colonização ou infecção.	Pode ser classificado de 2 formas: Ausente, discreto e acentuado. Indicador de Teler: (5) Sem odor; (4) Odor é detectado ao remover a cobertura; (3) Odor é evidente na exposição da cobertura; (2) Odor é evidente na distância de um braço da pessoa;

		(1) Odor evidente ao entrar no quarto; (0) Odor é evidente ao entrar na residência.
Dor	Perceber se existe, como, quando e com que intensidade se torna fundamental no processo de avaliação e no processo de cicatrização / tratamento da ferida. É importante entender que dor é mais do que sensação; é uma experiência desagradável, individual, pessoal e subjetiva	Caracterizar: Dor aguda - de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e / ou causal; Dor crônica: dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e / ou causal, gerando sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas; Dor irruptiva: exacerbação transitória da dor, que surge sobre uma dor crônica controlada; Dor incidental: repentina e agravada severamente em consequência do movimento ou procedimentos terapêuticos4 Avaliar: Padrão/Ritmo da dor: Questionar se a dor é constante, intermitente ou breve, e ainda sobre a data e horário do seu início e quando foi o último episódio. Localização: pode ser utilizado um diagrama corpóreo, para que a pessoa demonstre, assinalando em um desenho, as áreas dolorosas ou questionar o indivíduo sobre os locais do corpo que doem e realizar o registro descritivo ou assinalar no diagrama de localização. Intensidade: utilizar escala visual analógica
Leito da ferida	Permite identificar o estágio da cicatrização e/ou se existe alguma complicação.	Classificar de acordo com a cor do tecido presente no leito. Sistema RYB (Red, Yellow, Black), vermelho, amarelo e preto: Cor vermelha, brilhante, granular – tecido viável – tecido de granulação Coloração amarelada ou esbranquiçada – esfalelo – estágio final da fase inflamatória – tende a desaparecer. Coloração preta – tecido necrótico decorrente de isquemia prolongada.

		No caso de presença de diferentes tipos de tecido ou cores no leito da ferida, classificar pela cor que apresenta situação mais crítica
Área perilesional (20 cm da borda)	As condições dos bordos da ferida e pele peri-lesional são importantes para a resolução da ferida4 .	Recomenda-se avaliar a área peri-lesional em torno de 4 cm da borda da ferida. Ela pode apresentar alterações como: maceração, hiperqueratose, endurecimento, alterações na coloração, sinais flogísticos (calor, rubor, edema e dor), dermatites e descamação.
Infecção	As feridas estão naturalmente colonizadas, mas estados de colonização crítica e infecção atrasam, estagnam ou impedem o processo de cicatrização, podendo ter consequências sistêmicas graves se não controlados.	Avaliar: presença de sinais flogísticos. Febre pode estar associada1 . Solicitar cultura e antibiograma do exsudato – Swab - se necessário.

ASPECTO NUTRICIONAL NO TRATAMENTO DE FERIDAS

O estado nutricional da pessoa reflete no processo de cicatrização. A composição corporal adequada, a hidratação e uma provisão suficiente de nutrientes são essenciais para o bom processo de cicatrização de feridas.

Algumas pessoas, conforme patologias prévias, deverão ter orientação dietética avaliada e adaptada a sua necessidade individual.

Abaixo, os principais nutrientes que devem ser ingeridos nas refeições:

Nutriente	Função	Onde encontrar
Vitamina A	Estimula a síntese de colágeno e a resposta inflamatória. Antioxidante.	Ovos, peixes gordos (sardinha, truta, robalo), legumes e hortaliças amarelos, laranja e verde-escuros
Vitaminas do complexo B	Função linfocitária e produção de anticorpos. Ligação cruzada de colágeno	Castanha do Pará, aveia, amendoim, fígado, peixe, banana, abacate, ovos, espinafre, lentilha, feijão.
Vitamina C	Síntese de colágeno, função dos neutrófilos, migração dos macrófagos, síntese de complemento e imunoglobulina, aumenta a epitelização; melhora a ligação cruzada de colágeno.	Frutas cítricas, morango, tomate, legumes e hortaliças verdes
Vitamina E	Efeito antioxidante com formação de radicais livres	Óleos vegetais, azeite e sementes.
Oligoelementos (zinco, ferro, cobre e manganês)	Transporte de oxigênio, síntese de colágeno, aumenta a proliferação de células e epitelização, formação de leucócitos, antioxidante.	Carnes, vísceras, cereais integrais e vegetais verdes
Água	Compõe todas as atividades celulares e funções fisiológicas.	*****
Proteínas	Angiogênese, formação de linfócitos, proliferação de fibroblastos, síntese de colágeno, remodelagem da ferida, resposta imunológica, fagocitose, transporte.	Produtos lácteos, ovos, carnes, vísceras e leguminosas
Carboidratos	Fornecem energia para as atividades dos leucócitos e dos fibroblastos.	Pão integral, cereais integrais, batatas
Gordura	Provisão de energia, formação de novas células	Produtos lácteos, óleo vegetal, óleo de peixe, castanhas

TRATAMENTO DAS LESÕES LIMPEZA

A técnica de limpeza ideal para a ferida é aquela que respeita o tecido de granulação, preserva o potencial de recuperação, minimiza o risco de trauma e/ou infecção.

Aspectos gerais da limpeza:

- Remover debris
- Reduzir o número de microrganismos
- Diminuir colonização na ferida
- Preservar tecidos viáveis

Indicações: Aumentar a formação de tecido de granulação, reduzir os níveis de biocarga, preparação do leito da ferida para enxertos cutâneos ou equivalentes cutâneos vivos, remoção de tecido necrótico ou outro material particulado.

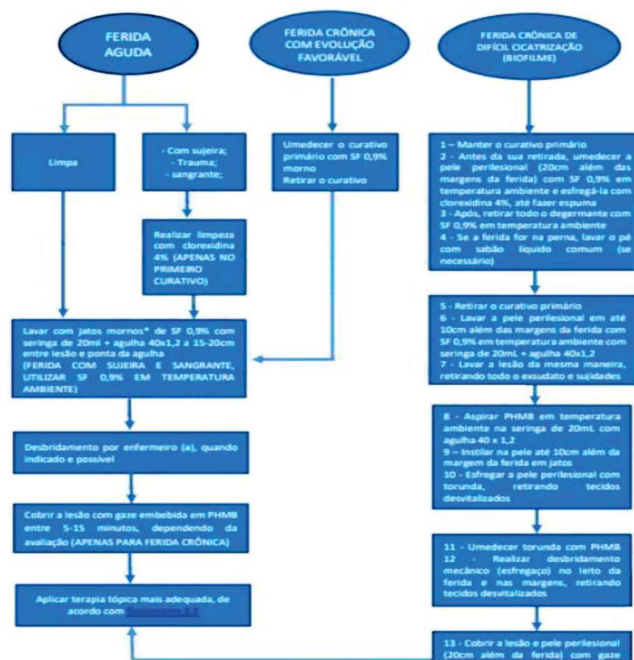
Precauções

- Usar pressões mais baixas de impacto e de aspiração em tecido frágil;
- Evitar pressão direta nos nervos e vasos sanguíneos expostos;
- Evitar alta pressão de impacto no tecido maligno. A limpeza deve ser realizada com solução fisiológica a 0,9% ou água destilada utilizando irrigação com frasco do perfurado com agulha 40X12 em temperatura ambiente.

O atraso na cicatrização se deve, em grande parte, à presença de biofilme, que retarda o processo de cicatrização natural. Assim, utilizar solução fisiológica 0,9% em temperatura ambiente diminui o risco de sangramento.

Nessa condição o manejo do biofilme é a principal intervenção, e sendo esta a prioridade, a temperatura da solução de limpeza não irá influenciar de modo a atrapalhar o processo de cicatrização.

FLUXOGRAMA: LIMPEZA DA FERIDA



Alteração fluxograma - tirar soro morno
tirar referência ao fluxograma

Desbridamento

O desbridamento é o processo de remoção de corpos estranhos e tecidos desvitalizados ou necróticos com o objetivo de limpeza, deixando em condições adequadas para a cicatrização.

Objetivos: promover a limpeza da ferida fornecendo condições adequadas para cicatrização; redução do conteúdo bacteriano, impedindo a proliferação; promover um meio ótimo para cicatrização; preparar para intervenção cirúrgica (ex. enxerto).

Quando desbridar e quando não desbridar

Quando desbridar		Quando não desbridar
Pessoa	Necrose	
Avaliar: - Condições clínicas - Doença de base - Perfusão Sanguínea - Condições Mentais e emocionais	Avaliar: - Tipo - Quantidade - Aderência	- Pessoa em fase terminal - Escara estável em calcâneo - Escara seca em membros isquêmicos - Terapias anticoagulantes e distúrbios hemorrágicos

Tipos de desbridamentos, indicações e contraindicações

Tipo	Descrição	Indicação Contra indicação	Procedimento
Autolítico	Trata-se de um método seletivo e traumático, porém pode ser mais prolongado.	Indicação: feridas com tecido necrótico. Contraindicações: úlceras isquêmicas e fúngicas.	1) Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% em temperatura ambiente, em jato. 2) Para melhorar a ação é útil a realização de "cortes" paralelos com bisturi no tecido necrosado duro e seco 3) Secar a pele íntegra da periferia, aplicar a cobertura que garanta um ambiente propício * A aplicação de hidrogeis (constituídos em 70% a 90% por água) intensifica o processo fisiológico do desbridamento
Enzimático (químico)	Aplicação local de enzimas, que removem o tecido desvitalizado através da degradação do colágeno	Indicações: feridas com tecido necrótico, independente da sua característica. Contraindicações: úlceras isquêmicas, fúngicas e neoplásicas; pessoas com distúrbios de coagulação.	1) Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% em temperatura ambiente, em jato. 2) Secar pele íntegra da periferia, aplicar fina camada do produto indicado sobre o leito da lesão. Os mais utilizados são: colagenase (pode danificar o tecido viável) e papaína (não danifica o tecido viável) 1- não padronizada. A pele perilesional deve ser protegida com produto barreira dado o risco de maceração. 3) Occluir a lesão.
Instrumental	Técnica estéril. Mais rápida e barato. Emprega-se e tesouras, agitação, lâminas de bisturi e outros instrumentos.	Indicações: úlcera estágio III. Mais rápido e barato. Emprega-se e tesouras, agitação, lâminas de bisturi e outros instrumentos.	1) Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% em temperatura ambiente, em jato. Para o desbridamento instrumental, pode-se utilizar as seguintes técnicas: * Slicar - remoção da necrose é feita com auxílio de tesoura ou bisturi. Pinçar o tecido necrótico na borda, com a pinça de dissecação; dissecar o tecido necrótico em finas lâminas, em um único sentido, utilizando a lâmina de interface entre o bisturi realizar pequenos quadradinhos (de 2 mm a 0,5 cm) no tecido necrótico que posteriormente podem ser delicadamente removidos da ferida um a um, sem risco de comprometimento tecidual mais profundo. Esta técnica também pode ser utilizada para facilitar a penetração de substâncias desbridantes no tecido necrótico. * Cover - a necrose é removida em forma de tampa, as bordas do tecido necrótico são deslocadas, assim, é possível visualizar e retirar o tecido comprometido do inteiro. O enfermeiro devidamente habilitado poderá realizar o desbridamento instrumental, conforme protocolo instituído. * Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável, em caso de sangramento, queixa de dor, cansaço (da pessoa ou do profissional), tempo prolongado e insegurança do profissional.
Mecânico	Remoção do tecido morto usando	Indicação: lesões agudas com sujidade;	Fricção: 1) Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% em temperatura ambiente, em jato; 2) Esfregar a gaze ou esponja

	força física: fricção, hidratação, irrigação, entre outros. Pode prejudicar o tecido de granulação	Contraindicação: lesão crônica.	embebida com solução salina no leito da lesão em um único sentido; 3) Arrancar, num movimento único, a gaze do leito da lesão após 24h da aplicação desta embebida em soro fisiológico 0,9%.
Cirúrgico	Consiste na ressecção da necrose e parte do tecido viável, tornando a ferida crônica em aguda.	Método rápido para a retirada de tecido desvitalizado, no entanto tem custo elevado, risco anestésico, sangramentos e infecção.	Procedimento médico

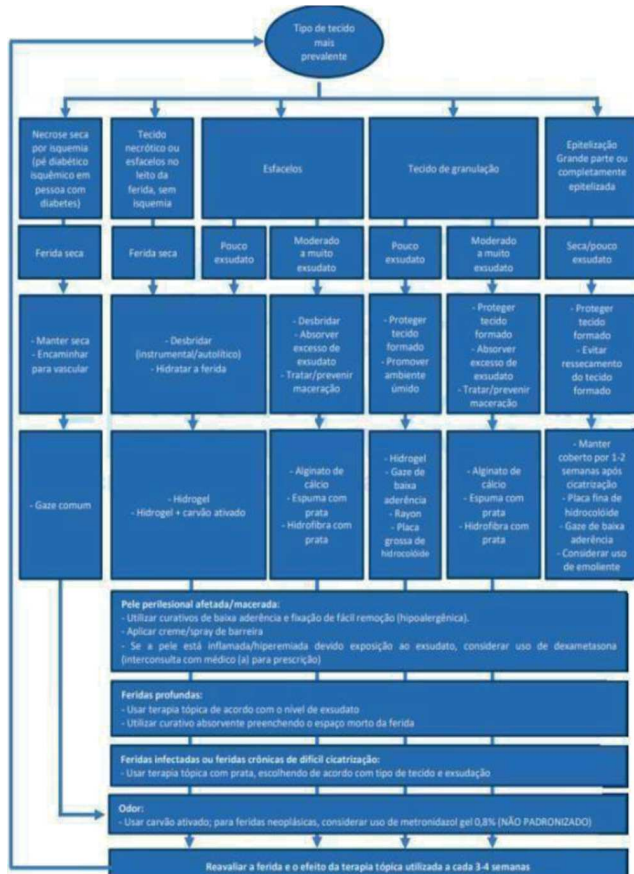
Técnicas de desbridamento

Cover	- Descolamento das bordas do tecido necrótico; - Uso de bisturi; - Indicado para necrose de coagulação.	
Slice	- Uso de bisturi e tesoura de iris; - Remoção da necrose de coagulação ou liquefação	
Square	- Facilita penetração de substâncias desbridantes no tecido; - Uso de lâmina de bisturi; - Riscar o tecido necrótico em pequenos quadrados (2 mm a 0,5 cm); - Indicado para necrose de coagulação.	

Coberturas utilizadas no tratamento das feridas

A seleção correta da cobertura da ferida contribui para o processo de cicatrização, reduz a dor, promove conforto à pessoa e recuperação do tecido lesionado. Hoje temos ao nosso dispor uma variedade enorme de produtos para o tratamento e prevenção de feridas cujos efeitos terapêuticos se baseiam em princípios favorecedores da cicatrização com menos efeitos secundários e maior qualidade. Realizamos uma seleção dos produtos mais comuns, contendo descrição.

Fluxograma: Coberturas



Categoria do Produto	Descrição do Produto	Considerações de Uso do Produto
Antimicrobianos	Curativos de vários tipos e formatos, compostos de hidrofibras, espumas, camadas de contato, impregnados com prata, PHMB.	Antimicrobianos tópicos de amplo espectro para reduzir carga bacteriana; indicados para feridas infectadas; não substitui antibióticos sistêmicos por infecções teciduais mais profundas; não deve ser usado se houver hipersensibilidade aos componentes dos produtos; os curativos antimicrobianos devem ser reavaliados regularmente.
Alginato de Cálcio	Placas e fitas de fibras de alginato de cálcio e sódio (derivado de algas marinhas)	Usar em lesões com exsudato moderado a intenso, nunca utilizar em lesões secas. Tem efeito hemostático; requer curativo secundário
Membranas de Biocelulose	Membranas de biocelulose, em placas	Curativo para redução da dor, auto-aderente ao leito da ferida, permite a drenagem de baixa exsudação. Necessita de curativo secundário. Indicado para escoriações, skin tears, lacerações e queimaduras de 1º grau.
Crema Reestruturante	Frasco com 100ml de crema reestruturante à base de bioativos naturais	Crema reestruturante para limpeza de feridas e estímulo à granulação. Necessita de curativo secundário, deve ser aplicado diariamente. Indicado para Úlceras vasculogênicas, úlceras por pressão, queimaduras, pé diabético.
Espumas (com ou sem silicone)	Curativos de espuma de poliuretano hidrofílico, multicamadas, absorventes. Algumas marcas possuem camada de silicone, que não aderem ao leito da ferida. Minimizam traumas, dor e reduzem a maceração; superfícies	Usado em feridas com vários níveis de exsudato, do moderado ao intenso; permitem absorção de grandes quantidades de secreção. Usado em feridas traumáticas e dolorosas, pode ser usado como curativo primário em feridas superficiais que

Categoria do Produto	Descrição do Produto	Considerações de Uso do Produto
	semipermeáveis que permitem a passagem e retenção do exsudato no curativo.	exsudam. As espumas se adaptam aos contornos do corpo;
Hidrofibras/Fibra Gelificante	Placa ou fita de carboximetilcelulose de sódio; converte-se em gel quando ativado por umidade e estimula o desbridamento autolítico.	Curativo para absorção de moderada a alta exsudação do leito da ferida. Não deve ser usado em feridas secas. Alguns produtos precisam ser associados a um curativo secundário.
Curativo para Controle da Dor	Curativos de espuma com liberação contínua de ibuprofeno, com baixa aderência ao leito da ferida para facilitar a remoção;	Indicado para o tratamento de feridas dolorosas; Pode permanecer no leito da ferida por até 07 dias, conforme exsudação da mesma.
Curativos Não Aderentes	Curativo poroso ou de baixa aderência ao leito da ferida, serve como camada de contato e permite transferência do exsudato pro curativo secundário	Pode ser usado em conjunto com soluções tópicas, usado para feridas dolorosas ou friáveis, necessita de curativo secundário quando não houver a base de silicone;
Curativo de Pressão Negativa	Consiste em kit curativo de espuma de poliuretano poroso, equipamento de vácuo e sistema coletor de secreção. Aplica a pressão negativa localizada na superfície e margens da ferida, removendo secreção, reduzindo o edema e estimulando a granulação.	Habilidade técnica necessária para a seleção paciente/diente. Não use se a ferida conter: fistulas não exploradas, tecido necrosado, presença de osteomielite (não tratada) e/ou malignidade na ferida. Não pode ser colocado sobre vasos sanguíneos ou órgãos expostos e deve seguir protocolo de troca das espumas no leito da ferida e dos reservatórios de secreção
Protetores Cutâneos	Protetores cutâneos, que promovem uma barreira protetora. Podem ser em spray ou na versão creme barreira.	Promovem barreira para uso em áreas perilesional, não ardem e não são irritantes. As apresentações em spray devem ser usadas em áreas peri-lesão, peri-gastrostomia, ileostomia. As apresentações em creme barreira, devem ser usadas na prevenção de

Categoria do Produto	Descrição do Produto	Considerações de Uso do Produto
		DAI (dermatite associada à incontinência).
Fixação de Curativos	Servem como proteção e promovem a fixação de curativos. Possuem malha tubular suave.	Indicadas para fixação dos curativos e compressas; não apresentam costuras, são reutilizáveis. Deve-se escolher conforme tamanho da área a ser utilizada / localização da área a ser usada
Limpeza de Feridas Infectadas ou Criticamente Contaminadas	Soluções para limpeza de feridas potencialmente infectadas ou contaminadas.	Solução a base de PHMB, que realizam limpeza no tecido atuando na redução da carga bacteriana ou em lesões criticamente colonizadas. Recomenda-se o uso em pacientes diabéticos, imunossuprimidos
Hidrogel	Gel de Phmb 0,2%, indicado para manter equilibrada a umidade do leito da ferida, com ação antimicrobiana.	Phmb Gel 0,2%, com propriedades hidratantes e antimicrobianas, usado para reidratar tecidos, criando um ambiente úmido, facilitando o desbridamento autolítico e controle da carga bacteriana. Requer um curativo secundário e deve-se observar proteção nos bordos da ferida, evitando a maceração. Deve ser trocado entre 48 a 72h.

ANTIMICROBIANOS

- Usado para controlar ou reduzir bactérias localizadas no leito das feridas, sejam contaminadas e/ou infectadas;
- Os curativos contêm prata ou PHMB que diminuem o níveis microbianos na ferida;
- Não substitui antibióticos sistêmicos para infecção em tecidos mais profundos;
- Não deve ser usado se houver hipersensibilidade à prata ou PHMB.

ESPUMAS COM OU SEM SILICONE

- Promovem o equilíbrio da umidade e reduzem a troca de curativos – bloqueiam o exsudado para evitar vazamento e maceração do leito e bordos da ferida;
- Usadas em feridas com exsudação moderada ou intensa;
- Preencha o espaço morto sob uma espuma;
- As espumas são à prova d'água;
- Algumas espumas possuem tecnologia anti-aderente ao leito da ferida, com camada de silicone suave, que aderem suavemente e com segurança na pele intacta, não aderindo ao leito da ferida;
- Espumas são atraumáticas para o leito da ferida.
- Não use hidratantes ou cremes ao redor da lesão antes de aplicar a espuma.

HIDROFIBRA

- Uso: Converte em um gel quando ativado com umidade e estimula desbridamento autolítico;
- Usar quando houver quantidades moderadas de exsudato; Não deve ser usado em feridas secas;
- Requer um curativo secundário.

HIDROGEL – GEL COM PHMB 0,2%

- Uso: É um hidrogel amorfo, com propriedade hidratante;
- Adiciona umidade (tecido necrosado reidratado), absorve uma pequena quantidade de exsudato e evita o ressecamento do leito da ferida, criando um ambiente úmido e favorecendo assim o desbridamento autolítico;
- A pele peri-lesional deve ser protegida da maceração, com uso de creme/spray barreira;
- Requer um curativo secundário e mudar pelo menos a cada 3 dias.

TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA PARA FERIDAS (NPWT)

- Uso: Aplicar pressão negativa localizada na superfície e margens da ferida e auxilia na remoção de fluidos da ferida, reduz o edema local e aumenta a perfusão tecidual;
- Consiste em curativo (espuma), contendo também bomba de vácuo e reservatório para coletar o exsudato;
- É necessário treinamento para esta terapia;
- É necessário solicitação especial para o uso da terapia, com relatório médico, fotos da lesão e previsão de quantidade de insumos para o tratamento. (Preenchimento de ficha de solicitação na SMS);
- Solicitar manual de uso de Terapia por pressão negativa.

CURATIVOS NÃO ADERENTE

- Uso: Curativos não absorventes, flexíveis e porosos com baixa aderência ao tecido – evita que o curativo grude na ferida;
- Serve como uma camada de contato que permite a transferência de exsudado para curativo secundário
- Indicado para feridas que são dolorosas ou friáveis;
- Reduz a dor durante as trocas de curativos;
- Pode ser composto de silicone, tules, malhas;
- Facilita a aplicação de produtos tópicos.

MEMBRANAS DE BIOCELULOSE

- Membrana fina, transparente, reduz a dor pois protege as terminações nervosas;
- Tem uma taxa de transmissão de vapor de umidade (MVTR) – respirável; deixa o O2 entrar e o vapor de umidade sai;
- Usado para proteger a pele, estimular a regeneração tecidual da pele, em áreas doadoras, escoriações e skin tears;
- Não deve ser usado em feridas infectadas ou com grande exsudação.

CURATIVO PARA CONTROLE DA DOR

- O curativo de espuma combina gerenciamento de exsudato e liberação contínua de ibuprofeno localmente sem efeito sistêmico;
- Na presença de exsudato – 50 mg de ibuprofeno é continuamente liberado no leito da ferida por até 7 dias;
- Baixa aderência para facilitar a remoção, sendo atraumático;
- Indicado para o tratamento de feridas dolorosas e exsudativas;
- Não exceda a dose recomendada.

PROTETORES CUTÂNEOS/CREME BARREIRA

- Protege a pele peri-ferida de maceração, irritação ou ferimento causados pelos adesivos;
- Na apresentação líquida, de secagem rápida deve ser usado para fornecer uma fina camada de proteção na pele;
- Aumenta a adesão aos curativos de cobertura;
- Na apresentação creme, deve ser usado em áreas de risco de maceração, como bordos de lesões exsudativas, peri gastrostomia, peri ileostomia, área genito urinária, quando uso de fraldas e/ou presença de lesão.

CONTROLE DA DOR E USO DE ANALGÉSICO

O controle da dor deve ser prioritário na abordagem da pessoa portadora de ferida. O controle da dor passa por intervenções farmacológicas e não farmacológicas. As estratégias não farmacológicas incluem a distração, técnicas de relaxamento e o envolvimento informado e esclarecido do doente. O ambiente onde ocorre o tratamento é também de extrema importância e não deve ser desconsiderado.

Práticas Integrativas Complementares também podem colaborar no controle da dor na pessoa com ferida.

No que diz respeito ao tratamento local, conceitos como tratamento em meio úmido e preparação do leito da ferida, são favorecedores do controle da dor.

Para o tratamento farmacológico é recomendado:

- Dor leve: analgésicos não opióides (dipirona, paracetamol, ibuprofeno, entre outros)
- Dor moderada: analgésicos não opióides + opióides fracos (codeína e tramadol)
- Dor intensa – opióides fortes (morfina).

Nos casos complexos associam-se medicações adjuvantes como antiespasmódicos, ansiolíticos, antidepressivos, relaxantes musculares, entre outros.

No tratamento farmacológico, o (a) enfermeiro (a) poderá realizar intervenção farmacológica na dor leve, com prescrição, por tempo limitado de analgésicos não opióides, conforme quadro abaixo:

Medicamentos úteis para alívio da dor de feridas,

Medicamentos	Dose	Observação
Paracetamol 500 mg	1 comprimido 30 minutos antes do curativo. 6/6 horas, se necessário	Enfermeiro deverá optar por um dos fármacos. Caso avaliar que necessita de associação, realizar consulta compartilhada com médico. Para dores leves decorrentes de feridas agudas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo 7 dias. Para dores leves decorrentes de feridas crônicas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo
Dipirona 500mg	1 comprimido 30 minutos antes do curativo. 6/6 horas, se necessário.	Enfermeiro deverá optar por um dos fármacos. Caso avaliar que necessita de associação, realizar consulta compartilhada com médico. Para dores leves decorrentes de feridas agudas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo 7 dias. Para dores leves decorrentes de feridas crônicas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo
Ibuprofeno 300 mg	1 comprimido de 8/8 horas, se não tiver controle da dor com analgesia anterior	Enfermeiro deverá optar por um dos fármacos. Caso avaliar que necessita de associação, realizar consulta compartilhada com médico. Para dores leves decorrentes de feridas agudas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo 7 dias. Para dores leves decorrentes de feridas crônicas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo
Ibuprofeno 600mg	1 comprimido de 8/8 horas por até 5 dias, se não tiver controle da dor com analgesia anterior.	Enfermeiro deverá optar por um dos fármacos. Caso avaliar que necessita de associação, realizar consulta compartilhada com médico. Para dores leves decorrentes de

		feridas agudas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo 7 dias. Para dores leves decorrentes de feridas crônicas, o enfermeiro poderá prescrever para no máximo
--	--	---

Ao longo de todo este processo os profissionais de saúde devem estar sempre atentos a possíveis efeitos adversos

LESÕES VASCULARES

Doença venosa

A úlcera venosa (também conhecida como úlcera varicosa) é caracterizada por uma ferida na perna, próxima ao tornozelo, que ocorre devido à dificuldade do retorno do sangue das pernas ao coração.

É o estágio mais avançado e grave de uma condição chamada Insuficiência Venosa Crônica.

Dor	Geralmente vespertina, após período de atividade em ortostatismo. Melhora com repouso e elevação das extremidades ou com a deambulação.
Claudicação venosa	Dor acentuada durante o exercício indicando obstrução ao retorno venoso.
Cãibra	Ocorre em portadores de IVC, à noite, após longos períodos sentados ou ortostatismo.
Telangiectasias:	É o alongamento, dilatação e tortuosidade dos capilares venosos e vênulas, que adquirem um aspecto glomerular.
Varizes	Não é a causa freqüente de úlcera por estase venosa, visto que o sistema superficial participa em pequena porcentagem no retorno venoso (10 a 15%).
Edema vespertino	Geralmente discreto, perceptível ao final do dia, aumentando com o calor, em região perimaleolar, cedendo após repouso prolongado. Geralmente é unilateral e acomete a perna.
Dermatite ocre	É a consequência do extravasamento de hemácias, que se desintegram no intertício, liberando a hemoglobina degradando em hemossiderina promovendo uma pigmentação definitiva da pele.

Eczema de estase	É uma infecção crônica da pele, com reações de liberação de histamina e formação de hiperqueratose, e aparecimento de vesículas na derme, chamado também de eczema bacteriano.
Lipodermatosclerose	Leva a um quadro irreversível de fibrose da pele e tecido subcutâneo podendo apresentar-se de forma aguda com dolorimento e aumento da temperatura local com área de hiperemia, não apresentando entarçamento ganglionar, leucocitose ou febre. Na forma crônica apresenta-se com pele fina, rígida, brilhante, com coloração acastanhada sobre subcutâneo endurecido
Atrofia branca	Constitui-se de área de tecidos cicatricial com milímetro de diâmetro que surge espontaneamente não tendo havido ulceração pregressa

Classificação CEAP das doenças venosas crônicas.

Classificação Clínica:



Classificação etiológica	Ec – Congênita Ep – Primária Es – Secundária Em – Sem causa venosa identificada
Classificação fisiopatológica	Pr – Refluxo Po – Obstrução Pr.o – Refluxo + Obstrução
Classificação anatômica	As – Envolvendo o sistema venoso superficial Ad – Envolvendo o sistema venoso profundo Ap – Envolvendo o sistema venoso perfurante En – Sem causa venosa identificada.
Classificação fisiopatológica	Pr – Refluxo Po – Obstrução Pr.o – Refluxo e obstrução Pn – Sem causa venosa identificada

Tratamento

Terapia contensiva	Bota de unha
Terapia compressiva	- Ataduras elásticas - Ataduras inelásticas - Compressão com Multicamadas

7.2 Doença arterial

A doença arterial periférica oclusiva consiste no bloqueio ou estreitamento de uma artéria nas pernas (ou raramente, nos braços), geralmente devido a aterosclerose e resultando em diminuição do fluxo sanguíneo.

Dor	Manifesta-se como formigamento, queimação, constrição e aperto localizado ou difuso, câibras, sensação de peso ou fadiga. Geralmente a dor intensifica a noite.
Claudicação intermitente	Ocorre quando o paciente deambula. Com o progresso da doença, a distância que consegue deambular vai diminuindo, e depois de algum tempo não consegue se locomover dentro de pequenos limites. EXERCÍCIO ► DOR ► PARADA ► ALÍVIO DA DOR ► EXERCÍCIO ► DOR
Alterações da cor da pele	- Palidez - Cianose - Eritrocianose - Rubor - Alterações da temperatura - Edema - Gangrena úmida - Gangrena seca
Edema	Ocorre em doenças arteriais isquêmicas, advém de inúmeros fatores como, aumento da permeabilidade capilar devido à isquemia, tendência do paciente a manterem os pés pendentes para alívio da dor, dificultando o retorno venoso/linfático, processo inflamatório nas arterites, e muitas vezes a presença de TVP associada.
Pulsos	Pulsos distais ausentes
Alterações atróficas	- Atrofia de pele - Diminuição do tecido subcutâneo - Queda de pêlos - Alterações ungueais - Calosidades

Procedimentos para diagnóstico

Palpação de pulsos	• Pulso femoral • Pulso poplíteo • Pulso tibial anterior • Pulso tibial posterior • Pulso pedioso
--------------------	---

ITB - Índice Tornozelo Braço	É um sensível marcador de aterosclerose sistêmica da DAOMI, sintomáticas ou não. • Normal > ou = 1,0 • Claudicação 0,9 a 0,6 • Dor em repouso 0,5 a 0,4 Isquemia crítica < 0,3
Duplex scan	É um exame utilizado anterior a arteriografia. Permite visualizar ao mesmo tempo a imagem vascular e a medida do fluxo sanguíneo pelo efeito Doppler.
Arteriografia	Indicado nos casos de AOP em que se esteja cogitando um tratamento cirúrgico, fibrinolítico ou por angioplastia transluminal.

Tratamento

By pass	Consiste na construção de um novo caminho para o fluxo de sangue através de um enxerto que pode ser uma parte de uma das veias ou um tubo sintético conectado acima e abaixo de um bloqueio, permitindo que o sangue flua.
Angioplastia	É um procedimento cirúrgico de desobstrução das artérias, realizado por meio de uma punção na pele com o uso de cateteres e próteses endovasculares.

Classificação de Rutherford para DAP

Categorias	Diagnóstico
0	Assintomático
1	Leve
2	Claudicação moderada
3	Claudicação severa
4	Dor em repouso
5	Lesão trófica pequena
6	Necrose extensa

O principal indício de que a etiologia da úlcera possa ser mista é que, geralmente, é mais resistente à terapia conservadora (curativo com compressão, farmacoterapia, uso de meias de compressão, elevação da perna, massagem, mudança do estilo de vida e prática de exercício físico regular).

A definição de úlcera mista não é simples e depende, em grande parte, do grau de comprometimento arterial.

Para auxílio diagnóstico, é necessário exame de imagem (Doppler arterial e venoso), que identificará se há alterações venosas e/ou arteriais (realizar interconsulta/encaminhar para médico (a) da equipe para avaliar necessidade do exame).

O ITB é um dos parâmetros clínicos mais usados para auxiliar no diagnóstico e guiar a terapêutica, conforme abaixo:

Principal componente da úlcera mista

ITB	Principal componente da úlcera
>0,8	Venoso (Mínimo de comprometimento arterial)
<0,5	Arterial (Comprometimento severo)

ÚLCERA HIPERTENSIVA (DE MARTORELL)

A úlcera hipertensiva (de Martorell) é uma complicação da hipertensão arterial sistêmica (HAS) grave de longa duração e mal controlada. É uma úlcera isquêmica dolorosa de membro inferior que é mais comum em mulheres.

A fisiopatologia não é bem esclarecida, mas acredita-se que pode ocorrer pelo aumento da resistência vascular, que acarreta diminuição da pressão de perfusão cutânea e da perfusão tecidual, resultando na formação de úlcera por isquemia.

Características da úlcera	Dor intensa principalmente a noite; Pouco secreta; Geralmente rasa; De difícil cicatrização
Diagnóstico	- Doppler venoso e arterial
Prevenção e Tratamento	- Controle adequado da pressão arterial - Medicamentos que diminuem a vasoconstrição - avaliar as características da lesão e prescrever o que for mais adequado.

Úlcera de Marjolin

Quando neoplasia maligna, especialmente carcinoma espinocelular, ocorre sobre úlceras crônicas, fístulas ou cicatrizes.

Sinais e Sintomas	- Úlceras que não cicatrizam - Aumento da consistência da lesão, -Vegetação, -Odor desagradável, -Bordas elevadas ou irregulares 25,30 -Formação de nódulo sobre a cicatriz.
-------------------	---

QUEIMADURAS

São feridas traumáticas normalmente causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, que podem destruir parcialmente ou totalmente a pele e seus anexos.

DIAGNÓSTICO - DOPPLER VENOSO E ARTERIAL

- Elétrica: causada por exposição à voltagem baixa, intermediária e alta, produzindo lesões locais e sistêmicas.
- Química: são lesões causadas por exposição aos produtos químicos industriais ou domésticos.
- Radioativa: Causadas por radioatividade, ou seja, pela energia que é gerada através da emissão de partículas ou radiações de núcleos de átomos.
- Térmica: Causadas por calor, líquidos quentes, chama, ou ainda por contato com objetos quentes.

Grau de profundidade	Características
Primeiro grau	Envolvem apenas a epiderme (espessura superficial). Apresentam dor, eritema e rubor. São secas, não formam flictena (bolhas) e descamam dentro de 5 a 6 dias. São autorregeneráveis. Típicas de queimadura solar.
Segundo grau superficial	Envolvem a epiderme e a derme superior (espessura parcial). Apresentam dor, eritema e formam flictenas (bolhas). A base da bolha é rósea, úmida e dolorosa. São autorregeneráveis, com perda de características e com processo mais prolongado. Geralmente existe epiteliação sem sequelas. Restauração das lesões entre 7 e 21 dias. Típica lesão por escaldadura.
Segundo grau profunda	Envolvem a epiderme e a derme profunda (espessura parcial). Apresentam dor e formam flictenas (bolhas). A base da bolha é branca, seca e indolor. A epiteliação depende de diversos fatores. Há possibilidade de sequelas. As vezes há necessidade de enxertia. Típica lesão por escaldadura.
Terceiro grau	Envolvem a epiderme, derme e lesões nos apêndices (espessura total). Não apresentam dor, nem flictenas. A pele geralmente é esbranquiçada, castanha ou escura dependendo do agente causal. A cicatrização depende de diversos fatores. Difícil reepiteliação. Podem necessitar de enxertia. Sequelas frequentes e prováveis. Típicas de lesão por fogo ou contato
Quarto grau	Envolvem o tecido subcutâneo subjacente, tendões ou ossos. Típicas de lesão elétrica de alta voltagem.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM URGENTES EM QUEIMADURA

É importante destacar as situações que necessitam de atendimento ou encaminhamento urgente. Nestes casos, realizar atendimento inicial e interconsulta com o médico da unidade.

Situações que exigem atendimento urgente:

- Superfície corporal queimada (SCQ) > 15%;
- Queimadura em face/pescoço/tórax superior;
- Queimadura inalatória (se tosse, dificuldade para respirar ou voz rouca, saturação de O₂ < 90% e sonolência ou confusão);
- Sonolência ou confusão mental;
- Saturação de oxigênio < 90%.

Nesses casos, proceder da seguinte maneira:

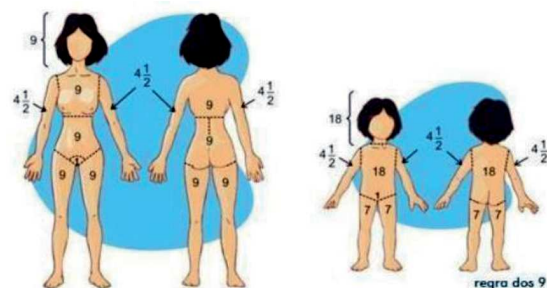
- Aplicar O₂ (1-2L/min) via cânula nasal;
- Remover fontes de calor; - Mergulhar pele queimada em água à temperatura ambiente ou aplicar compressas molhadas por 30 minutos;
- Aquecer a pessoa; - Calcular a SCQ
- Iniciar acesso venoso calibroso em área longe da queimadura;
- Realizar curativo com material não aderente; - Monitorar sinais vitais;
- Solicitar atendimento médico conjunto.

Excluídas situações que demandam atendimento urgente, realizar a consulta de enfermagem e, se apresentar alguma condição das abaixo, encaminhar com urgência para o serviço de emergência hospitalar mais próximo:

- Queimaduras químicas, elétricas ou radioativas
- Queimaduras de segundo grau profunda, queimaduras de terceiro grau e queimaduras de quarto grau;
- Se a pessoa com queimadura não puder ingerir líquidos;
- Lesão por inalação;
- Lesão por queimadura em pessoas que exigem intervenção social, emocional ou de reabilitação especial;
- Pessoas com queimaduras e trauma concomitante (como fratura) nos quais a lesão por queimadura apresenta grande risco de morbidade ou mortalidade.

Para realizar o cálculo da SCQ em adultos e crianças maiores de 10 anos, usa-se a regra dos nove.

Superfície corporal queimada



Queimaduras dispersas ou irregulares e superfície palmar da pessoa contam aproximadamente 1% da SCQ. Áreas como região genital, palma das mãos e sola dos pés, mesmo que com porcentagem baixa podem ser consideradas graves.

Tratamento	Limpar a lesão • Remover tecido desvitalizado, se necessário
	• Em queimaduras de primeiro grau, prescrever AGE; • Aplicar produtos/coberturas que apoiem o processo cicatricial, consoante a fase em que a ferida se encontra, não esquecendo a clínica apresentada.

Características e orientações na presença de flictenas (bolhas)

Características	Orientação
Integras, sem sinais de infecção, sem risco de rompimento (idade, localização e ocupação)	1 - Manter flictena, protegê-la do trauma, orientar a pessoa a não romper. 2 - Utilizar sulfadiazina de prata 1% pomada e cobrir com curativo não aderente, trocar a cada 24 horas. Tempo máximo de uso: 10 dias.
Integras, sem sinais de infecção e com risco de rompimento (idade, localização e ocupação)	1 - Limpeza delicada com SF 0,9% em jato, aspirar flictena na base, com seringa de insulina e agulha 25x8mm e preservar a pele queimada. OU Desbridar flictena: 1 - Avaliar presença de sujidades; 1 - Realizar limpeza com SF 0,9% em jato; fazer uso de luvas cirúrgicas; retirar tecido desvitalizado com auxílio de tesoura ou pinças estéreis; 2 - Utilizar sulfadiazina 1% pomada e cobrir com curativo não aderente, trocar a cada 24 horas. Tempo máximo de uso: 10 dias. Não há

Tratamento	Limpar a lesão • Remover tecido desvitalizado, se necessário
	• Em queimaduras de primeiro grau, prescrever AGE; • Aplicar produtos/coberturas que apoiem o processo cicatricial, consoante a fase em que a ferida se encontra, não esquecendo a clínica apresentada.

Características e orientações na presença de flictenas (bolhas)

Características	Orientação
Integras, sem sinais de infecção, sem risco de rompimento (idade, localização e ocupação)	1 - Manter flictena, protegê-la do trauma, orientar a pessoa a não romper. 2 - Utilizar sulfadiazina de prata 1% pomada e cobrir com curativo não aderente, trocar a cada 24 horas. Tempo máximo de uso: 10 dias.
Integras, sem sinais de infecção e com risco de rompimento (idade, localização e ocupação)	1 - Limpeza delicada com SF 0,9% em jato, aspirar flictena na base, com seringa de insulina e agulha 25x8mm e preservar a pele queimada. OU Desbridar flictena: 1 - Avaliar presença de sujidades; 1 - Realizar limpeza com SF 0,9% em jato; fazer uso de luvas cirúrgicas; retirar tecido desvitalizado com auxílio de tesoura ou pinças estéreis; 2 - Utilizar sulfadiazina 1% pomada e cobrir com curativo não aderente, trocar a cada 24 horas. Tempo máximo de uso: 10 dias. Não há

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

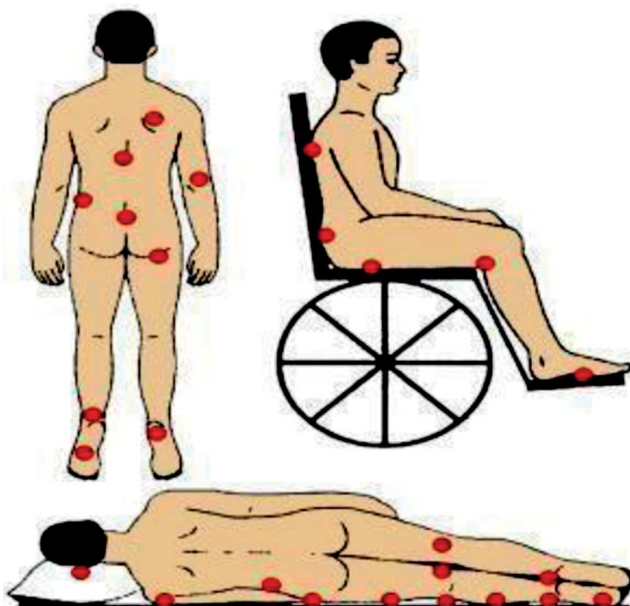
- Prescrever analgesia (conforme item controle da dor);
- Cuidar da pele cicatrizada (a lesão destrói grande parte da capacidade própria de hidratação / proteção da pele);
- Orientar/oferecer cuidados de reabilitação em zonas articulares de modo a limitar/ impedir as perdas de mobilidade / elasticidade da pele;
- Verificar imunização antitetânica: se última dose maior que 5 anos ou sem registro, vacinar conforme PNI;
- Avaliar/orientar hidratação e a alimentação;
- Orientar uso de protetor solar quando exposto(a) ao sol

LESÕES POR PRESSÃO

A lesão por pressão (LPP) é um dano na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, em resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Ocorrem quando uma pressão aplicada à pele é superior à pressão capilar normal, levando à oclusão do vaso com redução da irrigação sanguínea, anóxia, formação do processo inflamatório e morte celular². As LPP são um indicador da qualidade dos cuidados e também um problema de saúde pública que acarreta sofrimento e diminuição da qualidade de vida das pessoas e seus

cuidadores. Há estudos que relatam que as LPP são evitáveis, no entanto, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos mantêm-se, sugerindo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento.

- As altas taxas de incidência e prevalência, morbidade e custos apontam as LP como uma séria complicação em populações de pacientes institucionalizados, o que leva à imperiosa necessidade de conhecer sua etiopatogenia.
- A LP surge em áreas localizadas sobre proeminências ósseas, sujeitas a pressão contínua contra uma superfície externa.
- Áreas de Risco para UP



• Pressão	• É o fator mais importante. • Pressão contínua por um tempo prolongado - isquemia (redução do aporte de oxigênio e de nutrientes aos tecidos) - necrose e morte tecidual.
• Forças de deslizamento	• Deslizamento do doente ao longo do leito ou da cadeira (esqueleto move-se mas a pele permanece no mesmo sítio).

	• Ocorre destruição dos pequenos vasos sanguíneos com interrupção do aporte sanguíneo - isquemia
• Fricção	• Surge quando duas superfícies roçam entre si. Ocorre quando o doente é arrastado ao longo do leito. Isto faz com que as células epiteliais das camadas superiores sejam "varridas". • A umidade exacerba o efeito da fricção.

• Estado Nutricional Deficiente	• A cada grama de perda de proteína, triplica a possibilidade de abertura de lesão.
• Desidratação	• Desidratação e desequilíbrio eletrolítico contribuem para o agravamento do estado geral de saúde do doente.
• Idade	• Idoso - pele mais fina e menos elástica. O colágeno da derme reduz-se em quantidade e qualidade
• Incontinência Urinária e Fecal	• Maceração da pele e aumento de risco de infecção. Lavagens constantes removem os óleos naturais da pele secando-a.
• Umidade	• A umidade excessiva criada pela transpiração ou pela incontinência (fecal e/ou urinária), ou por uma secagem inadequada da pele.
• Temperatura Ambiente	• É um fator importante que, quando superior a 30°C, aumenta consideravelmente o risco de úlcera.

Estadiamento/Categoria

É um sistema de valor que classifica as LPPs tomando como base profundidade anatômica do tecido danificado, sendo apropriado apenas para esse fim. Poderemos determiná-lo depois que o tecido desvitalizado tenha sido eliminado

Estágio 1 - Pele íntegra Eritema não branqueável ao toque digital. Em pele de pigmentação escura, a sua cor pode ser diferente a área circundante. Pode ser mais dolorido, intumescimento/ amolecimento, quente/ frio que o tecido adjacente	
Estágio 2 - Perda da pele em sua espessura parcial Leito de coloração rosa ou vermelha, sem tecido desvitalizado. Úmido. Pode apresentar-se em bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. A equimose é um indicador de suspeita de lesão nos tecidos profundos.	
Estágio 3 - Perda da pele em sua espessura total Tecido adiposo visível, granulação, epibole (lesão com bordas enroladas). Pode haver tecido desvitalizado, descolamento, túneis.	
Estágio 4 - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular Leito com exposição ou palpção direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso, tornando possível a osteomielite. Tecido desvitalizado (úmido) ou necrose (seco), epibole, deslocamentos e túneis podem estar presentes.	
Não classificável ou não estádiável - Perda da espessura total da pele e a perda tissular não é visível Dano não pode ser confirmado porque está encoberto por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito	

da ferida. Ao ser removido estágio 3 ou 4. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida	
Lesão por Pressão Tissular Profunda Pele íntegra ou não, com área de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica de leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura.	

PREVENÇÃO

A prevenção das úlceras por lesão visa a compensação dos fatores de risco prevalentes e a avaliação da fisiopatologia subjacente. Ao planejar intervenções, assegure-se de adotar uma abordagem holística e de considerar todas as necessidades do paciente.

1. – Avaliação do Grau de risco Objetivo: Individualizar Cuidados
2. Considerar todo paciente acamado ou em cadeira de rodas = fator de risco
3. Pacientes com trauma raquimedular = fator de risco
4. Sistematizar fatores de risco individuais = escala de Norton/Braden
5. Identificar fator de risco e direcionar tratamento preventivo
6. Modificar cuidados conforme fatores individuais

II – Tratamento precoce da pele

Objetivo:

Manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão Avaliação diária da pele

- Saliências ósseas Estado da pele
- Documentar a avaliação Otimizar estado da pele Utilizar hidratantes – AGE
- Filmes Transparentes Películas de Barreira Otimizar estado da pele
- Identificar e tratar incontinência
- Evitar água quente
- Não massagear: proeminência óssea Identificar área de hiperemia
- Identificar área de isquemia
- Suporte nutricional
- Manter ou melhorar mobilidade
- Monitorar e documentar intervenções e resultados

III – Medidas de suporte mecânico

Objetivo: Proteger / evitar complicações adversas de forças mecânicas externas

Reposicionamento regular

A cada 2 horas ou conforme necessidade específica Promover decúbito de alívio Mudança de posição de membros entre as mudanças de decúbito completa Posicionamento e apoio corretos para minimizar a fricção e o cisalhamento na cama e na cadeira.

- Evitar Fowler alto
- Não arrastar paciente.
- Colchão redutor de pressão (pressão > que pressão de oclusão capilar) Colchão com revestimento de espuma
- Colchão aliviador de pressão (pressão < que pressão de oclusão capilar). Colchão de ar alternado com grandes células
- Evite o contato direto das proeminências ósseas entre si Mudança de decúbito Com 2-3 h. Pacientes acamados Com 1 h. Pacientes sentados Com 15' Autonomia: mobilidade/posições
- Elabore um plano que melhore a atividade e mobilidade do paciente

Educação

Objetivo: Reduzir a incidência de úlceras por pressão através de programas educativos

ELEMENTOS CHAVES PARA MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO EM PREVENÇÃO:

- Considerar que todas as Lpp como um importante problema para o sistema de saúde;
- Considerar que a maior parte das Lpp são evitáveis;
- Proporcionar uma atenção integral ao paciente;
- Avaliar de maneira sistemática e sistematizada o risco do desenvolvimento de Lpp;
- Proporcionar cuidados específicos a pele;
- Manipular de maneira efetiva a pressão;
- Contemplar a dimensão nutricional;
- Considerar os aspectos gerais de um paciente propenso a desenvolver ulcera por Lpp;
- Proporcionar educação contínua em prevenção de Lpp;

Além da aplicação da ferramenta, avaliar especialmente :

- Na pessoa:
 - Inspeção da pele:
 - Explorar visualmente toda a superfície corporal, em especial nas regiões mais susceptíveis.
 - Palpação da pele:
 - Pressionar o dedo durante três segundos sobre o eritema e verificar o branqueamento após retirada.
 - Dor localizada, o peso e as perdas de peso relevantes ($\geq 5\%$ em 30 dias ou $\geq 10\%$ em 180 dias), e a capacidade de o indivíduo comer de forma independente.
- No ambiente:
 - Inspeção da superfície de apoio (cadeira e cadeira de rodas) para verificar desgastes, de acordo com as recomendações do fabricante. Avaliação do tempo de vida útil funcional da superfície de apoio de acordo com o fabricante.
 - Verificação dos dispositivos médicos: adequadamente dimensionados, ajustados e protegidos para evitar uma pressão excessiva.

É importante lembrar que adultos e crianças com dispositivos médicos são considerados em risco de desenvolver Lesão por pressão.

Quanto a periodicidade de avaliação, sugere-se utilizar os seguintes critérios:

- Semanal (alto e altíssimo risco)
- Quinzenal (risco moderado)
- Mensal (baixo risco)

Considerar e avaliar os benefícios relativos do uso de colchão pneumático de pressão alternada ou colchonete pneumático de sobreposição para indivíduos em risco de lesões por pressão. É contraindicada a aplicação de dispositivos em forma de anel/argola e de aquecimento na pele (sacos de fluidos intravenosos, luvas, sacos de água quente, almofadas térmicas, sistemas integrados de aquecimento das superfícies de apoio).

LESÃO POR ESPOROTRICOSE

A esporotricose humana é uma micose subcutânea que surge quando o fungo do gênero *Sporothrix* entra no organismo, por meio de uma ferida na pele. A doença pode afetar tanto humanos quanto animais.

Em humanos: nódulos avermelhados que se transformam em feridas, principalmente, na região das mãos, braços, pés, pernas e rosto. Muitas vezes, essas lesões aparecem enfileiradas. A pessoa também pode apresentar dores articulares e febre.

Os fungos se reproduzem ao espalhar esporos microscópicos. Esses esporos estão muitas vezes presentes no ar e no solo, onde podem ser inalados ou entrar em contato com a superfície corporal de uma pessoa, principalmente a pele. Assim, as infecções fúngicas iniciam-se geralmente nos pulmões ou na pele.

Em caso de suspeita da doença, o usuário deve procurar uma unidade básica de saúde, para que seja feita a avaliação das lesões e o agendamento do exame. A coleta do material é realizada por meio do SWAB, com a retirada de um pouco da secreção da ferida com um cotonete e encaminhado para análise.

A doença se manifesta na forma de lesões na pele, que começam com um pequeno caroço vermelho, que pode virar uma ferida. Geralmente aparecem nos braços, nas pernas ou no rosto, às vezes formando uma fileira de carocinhos ou feridas.

Os sintomas da esporotricose aparecem após a contaminação do fungo na pele. O desenvolvimento da lesão inicial é bem similar a uma picada de inseto, podendo evoluir para cura espontânea. Em casos mais graves, por exemplo, quando o fungo os pulmões, podem surgir tosse, falta de ar, dor ao respirar e febre. afeta

Os antifúngicos utilizados para o tratamento da esporotricose humana são o itraconazol, o iodeto de potássio, a terbinafina e o complexo lipídico de anfotericina B, para as formas graves e disseminadas.

**LESÕES POR FRICÇÃO (SKIN TEARS)**

As lesões por fricção (LPF) - skintears (do inglês, skin= pele; e tear = rasgo ou rompimento) , são lesões advindas de trauma, seja por fricção, contusão ou cisalhamento da pele. Podem ser de espessura parcial ou total.

As topografias corporais mais atingidas são o dorso das mãos, os braços, os cotovelos e as pernas de pessoas idosas ou muito jovens, como neonatos .

Sua ocorrência diminui quando o risco é avaliado e as medidas preventivas corretamente implementadas.

Fatores determinantes

São fatores determinantes relacionados às LPF, dentre outros:

- Idade avançada;
- Dependência para as atividades básicas de vida diárias;
- Gênero feminino;
- Etnia branca;
- História prévia desse tipo de lesão;
- Pele seca e descamativa;
- Equimose ou hematoma nas extremidades;
- Púrpura senil;
- Ceratose actínia ou seborreica;
- Edema de extremidades; rigidez, espasticidade; transferências e reposicionamentos no leito;
- Quedas e batidas;
- Utilização de dispositivos invasivos e curativos adesivos;
- Uso de próteses e órteses;
- Foto envelhecimento .

1- CLASSIFICAÇÃO

Ocorre através do sistema Skin Tear Classification System (STAR), que pontua instruções sobre os cuidados com a ferida e com a pele perilesional.

O sistema oferece cinco classificações possíveis para as lesões por fricção, conforme abaixo

Sistema de classificação STAR (para lesões por fricção)

Classificação	Descrição
1 A	Reavaliar a ferida e o efeito da terapia tópica utilizada a cada 3-4 semanas
1 B	A aba de pele pode ser realinhada às margens da ferida principal sem excesso de tensão. Contudo, esta se encontra pálida, opaca ou escurecida
2 A	Lesão por fricção na qual não é possível realinhar o retalho às margens da lesão primária sem haver excesso de tensão, muito embora a coloração da pele ou do retalho não esteja pálida, opaca ou escurecida
2 B	O retalho de pele não pode ser realinhado às margens da lesão original sem que haja tensão excessiva e há alteração de sua coloração e/ou da pele
3	Lesão por fricção na qual está ausente o retalho de pele. O retalho quando não se encontra mais viável precisa ser retirado de acordo com a rotina preconizada por cada instituição

2 - AVALIAÇÃO

A avaliação ocorre através da classificação da lesão.

O curativo ideal deve ser simples, rápido, sem dor, confortável, facilmente removível, funcionar como uma barreira protetora contra invasão bacteriana, ser forte e resistente o bastante sem, no entanto, prejudicar as atividades do cotidiano. Sua aplicação consiste:

- Limpeza da área com solução, "ordenhamento" das bordas da lesão para que seja removido, com o auxílio de gaze estéril, o máximo de exsudato sanguinolento possível.
- Aproximação do retalho de pele das bordas (caso exista), aplicação da cobertura, desde que respeitadas as indicações e contraindicações de cada produto
- Coberturas primárias ou secundárias, não ou pouco aderentes, como hidrocolóide, espuma, cobertura de hidrogel, gaze embebida com petrolatum, hidrofibras ou alginato de cálcio (as duas últimas para lesões muito exsudativas) podem ser empregadas por enfermeiros (as) após a limpeza da lesão por fricção, por meio de irrigação com solução preferencialmente fisiológica morna e secagem com gaze estéril.
- Lesões por fricção com sinais flogísticos devem ter seu prazo de troca diminuído em comparação àquelas sem sinais de infecção/inflamação.

O último consenso sobre o assunto defende, inclusive, que tecidos necróticos ou desvitalizados precisam ser removidos e, de acordo com cada instituição, a vacinação contra o tétano precisa constar no plano terapêutico.

3- CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Limpar com solução salina a lesão e o retalho de pele;
- Secar cuidadosamente a pele perilesional;
- Controlar o sangramento, quando presente;
- Realinhar o retalho;
- Reavaliar a viabilidade do retalho em 24 horas;
- Cobrir a lesão com curativo de baixa aderência gaze não aderente
- Proteger a pele perilesional com creme barreira
- Retirar o curativo cuidadosamente, sempre a favor do retalho

DOENÇA DO PÉ DIABÉTICO

Constitui uma síndrome, que se refere à combinação de distúrbios dos sistemas orgânicos que em conjunto, produzem uma variedade de problemas clínicos no pé dos pacientes com DM – ulceração, celulite, abscesso e/ou destruição de tecidos profundos, gangrenas.

É a principal causa de amputação de membro não traumática no mundo. O DM eleva o risco de amputação em 15 vezes.

A neuropatia diabética sozinha é responsável por 45 a 60% dos problemas do pé diabético, a angiopatia por 7 a 13% e a associação destes por 25 a 45%. É a principal causa de amputação de membro não traumática no mundo.

A úlcera precede 85% das amputações de membro inferior entre diabéticos, gangrena em 50-70% dos casos e infecção em 20-50% dos casos. Portanto na maioria das amputações de membro inferior há uma combinação de isquemia e infecção. 80 a 90% das úlceras nos pés são precipitadas por trauma extrínseco (sapatos inadequados).

ANAMNESE

- Diabetes: Informar se o paciente já tem o diagnóstico de diabetes firmado
- Ano de Diagnóstico: É importante pois as complicações ocasionadas são dependentes do tempo de exposição do indivíduo às taxas elevadas de glicemia.
- Peso: Dado importante epidemiologicamente e para calcular o IMC.
- Altura: Dado importante para calcular o IMC
- Creatinina: Reflete o estado da função renal.

A mensuração anual da creatinina permitem o acompanhamento da Taxa de Filtração Glomerular com um diagnóstico mais precoce de IRC.

- Filtração Glomerular Calculada pela aplicação da fórmula de Cockcroft-Gault. Seu resultado gera ações específicas de gerenciamento para estadiamento, classificação e orientação dos diabéticos com lesão renal. $(140 - \text{idade em anos}) \times \text{peso em Kg} \times \text{FG} = \text{-----}$
 $\text{-----} \times 0,85 (\text{mulheres}) / 72 \times \text{valor da creatinina}$

- IMC (Índice de Massa Corporal) ajuda na classificação do grau de obesidade do paciente. Os obesos têm maior facilidade de desenvolver e mais dificuldade de controlar o diabetes. É calculado pela divisão do peso em Kg pela altura, em metros, ao quadrado.

Graus de Obesidade pelo IMC:

Abaixo do peso	< 18,5
Peso normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidade grau I	30 a 34,9
Obesidade grau II	35 35,9
Obesidade grau III	> 40 (Obesidade mórbida)

- Circunferência Abdominal O excesso de peso pode ser agravado, em termos de risco de saúde, pelo acúmulo de gordura na cavidade abdominal. Isso vale mesmo para indivíduos com IMC normal
- Hipoglicemiante Oral Fornece dados à secretaria de Saúde sobre a quantidade de pacientes que usam estes medicamentos. Especificar o nome da medicação e a posologia/insulina Pacientes dependentes de insulina possuem maior índice de complicações do que aqueles não-insulino dependentes.
- Hipertensão Arterial. É muito mais alta a presença de complicações entre os pacientes diabéticos que também são hipertensos.
- Tabagismo Causando vasoespasmos e edema da íntima vascular, aumentando a adesividade plaquetária e outras funções inerentes a este elemento sanguíneo trombótico, principalmente em artérias de pequeno calibre. Causa aumento do fibrinogênio circulante; adesividade plaquetária; redução de HDL colesterol; vasoconstricção periférica; lesão do endotélio arterial; vasoespasmos e edema da íntima vascular
- Etilismo É muito comum e prevalece em homens.
- Álcool causa neuropatia periférica, podendo piorar as complicações do diabetes.
- Vacina Antitetânica- Pacientes diabéticos sofrem lesões em que há risco de contaminação pela referida doença
- Avaliar presença de deformidades:
 - Hálux valgo e ou joanete

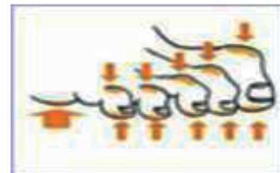
É uma deformidade articular do primeiro dedo do pé, chamado de Hálux. Esta alteração se dá por uma inclinação do dedo no sentido de aproximação com o segundo dedo.

**Hálux Varo**

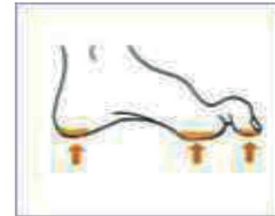
É a projeção do Tendão de Aquiles para a parte externa do corpo, fazendo com que o calcâneo se projete para dentro. Causa calosidades em toda extensão externa dos pés.

**Dedo em Garra**

Os músculos flexores do pé debilitam-se desproporcionalmente aos músculos extensores, os dedos são repuxados, ocasionando a deformidade em garra. Esta ação puxa para fora o coxim adiposo das cabeças dos metatarsos.

**Dedo em Martelo**

É uma deformidade definitiva osteoarticular, formando novos pontos de pressão, levando ao Mal Perfurante Plantar.

**Dedo Sobreposto**

Leva a ulcerações por esmagamento de dedos e aumento de pontos de fricção nos calçados.

**Queda do arco Transverso Causada pela debilidade dos músculos flexores****Pé de Charcot**

É considerado a complicação mais devastadora do pé. Há uma destruição progressiva dos ossos do pé. O arco do pé geralmente desaparece. As protuberâncias ósseas levam a maiores pontos de pressão em lugares incomuns do pé.

**Avaliar Hiperkeratose**

Ocorre nos locais de pressão e fricção e geralmente está associado ao uso de calçados inadequados

**Avaliar presença de Micose****-Micose Interdigital**

As infecções fúngicas dos pés e unhas nos diabéticos tem importância fundamental devido ao risco de infecções secundárias. Constitui uma porta de entrada para infecções mais graves

-Onicomicoses

-A patologia ungueal é a manifestação dermatológica mais frequente no pé diabético.

-Acomete o leito ungueal causado por fungos.

>Avaliar Presença de Rachaduras

>Constitui um fator de risco para o pé diabético, podendo levar a infecções ampla seguida de amputações.



>Investigar Presença de Necrose ou Gangrena

-Gangrena Seca

A infecção causa oclusão ou trombose dos pequenos vasos



-Gangrena Úmida

O vaso mais alto sofre oclusão brusca deixando grande parte sem sangue, seguindo de palidez, rubor, dor, pele bolhosa com tecido azul escuro subjacente.



Palpação

REALIZAR PALPAÇÃO DE PULSOS

- Pulso femoral
- Pulso poplíteo
- Pulso tibial anterior
- Pulso tibial posterior
- Pulso pedioso



Realizar o Índice Tornozelo Braço quando não conseguir palpar os pulsos.

•É um exame não invasivo e de baixo custo que apresenta alta arteriografia de membros inferiores;

- Medir Índice Tornozelo-Braço
- O ITB deve ser medido nos dois braços e considerar a maior pressão.
- ITB = Pressão sistólica do tornozelo
- Pressão sistólica do braço
- Normal > ou =1,0
- Claudicação 0,9 a 0,6
- Dor em repouso 0,5 a 0,4
- Isquemia crítica < 0,3



Realizar Teste de Sensibilidade

A perda da sensibilidade devido à neuropatia pode ser avaliada usando-se as seguintes técnicas:

Percepção Térmica

Usa-se dois tubos de ensaio; sendo um com água quente com temperatura de mais ou menos 40°C e outro com água gelada.

Realizar Teste de Sensibilidade

A perda da sensibilidade devido à neuropatia pode ser avaliada usando-se as seguintes técnicas:

Percepção Térmica

Usa-se dois tubos de ensaio; sendo um com água quente com temperatura de mais ou menos 40°C e outro com água gelada.



Percepção vibratória Percepção Vibratória

-É realizado com Diapazão 128 Hz;

-Este teste sensitivo deve ser aplicado sobre o pulso, ou o cotovelo, ou a clavícula de modo que ele saiba o que será testado;

-É aplicado perpendicular com uma pressão constante sobre a parte óssea dorsal da falange distal do hálux e face interna do tornozelo.

O teste é positivo se o paciente responde corretamente a pelo menos duas das três aplicações e negativo com duas de três respostas incorretas.



Teste de Sensibilidade

-A sensação é considerada ausente diante de duas das três respostas incorretas, então o paciente é considerado em risco de ulceração.

-Pontos de aplicação:

-Hálux. 3o, 5o e regiões de metatarso correspondentes.



-Testar Reflexos

>Realiza Reflexo

▪Patelar

▪Aquileu

Avaliar e orientar quanto aos calçados e palmilhas



Avaliar alterações da pele:

-Palidez

-Cianose

-Eritrocianose

-Rubor

▪Avaliar Mal Perfurante Plantar (Úlcera Neuroisquêmica)

O ossos podem parecer proeminências devido a deformidade ou às alterações de tecidos moles que os recobrem



>Observe diariamente seus pés; (Se não conseguir, peça ajuda).

>Lave os pés todos os dias;

>Enxugue-os bem, inclusive entre os dedos.

>Aplique um creme ou loção nas pernas e pés;

>Não aplique entre os dedos.

>Corte as unhas com cuidado;

>Mantenha um bom tamanho com auxílio de uma lixa;

>As unhas devem ter forma reta sem entrar nos cantos.

>Não usar lixas, lâminas para retirar calosidades.

Triade do Pé Diabético:

•Patologia Neural,

•Patologia Vascular

•Patologia Infecçiosa.

Fatores de Risco:

Diabetes de longa data Neuropatia
Doença Vascular Periférica Controle da Glicemia Deformidade do pé
História Pregressa de úlcera do pé

Amputação pregressa/

Fatores de Riscos Predisponentes:

- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Aterosclerose
- Dislipidemia
- Tabagismo Patologia Neural
- Polineuropatia Distal Simétrica + Polineuropatia Autônoma:
- Envolve nervos motores e sensitivos
- Há comprometimento de fibras curtas e/ou longas
- Queixa de dor, dormência e/ou diminuição da sensibilidade
- Diminuição do nível de oxigênio transcutâneo na região plantar
- Diminuição da função sudomotora
- Perda do tecido adiposo subcutâneo no pé
- Hiperglicemia

Degeneração das fibras nervosas desmielinizadas

Focos de desmielinização

Degeneração das fibras nervosas mielinizadas

Perda de percepção sensorial

O Pé Neuropático:

- Sensibilidade precária
- Boa circulação
- Sadio
- Nutrido
- Pêlos Normais
- Pulsos Normais
- Arco plantar elevado
- Artelhos em formato de martelo
- Formação de calosidades nos pontos de pressão das regiões plantares
- Infecções como osteomielite
- Neuro-osteopatia
- "Pé de charcot"

PATOLOGIA ARTERIAL

Apresenta comprometimento vascular difuso:

➤ Arteriosclerose Obliterante (Macroangiopatia)

• A hiperglicemia constante leva a uma glicação aumentada patológica das gorduras plasmáticas, com aumento da oxidação e formação de complexos lesivos à parede vascular, causando estenose e/ou oclusão de vasos de diversos tamanhos.

➤ Mediocalcinose de Moenckeberg

• Extensa calcificação (esclerose) da camada média, transformando as artérias em tubos rígidos e pouco funcionais, levando a estenose e oclusões das artérias, com isquemia de graus variados.

➤ Microangiopatia

• Comprometimento de artérias a nível de pele. Pode ser responsável pela evolução desfavorável de uma lesão ou de uma infecção, mas não deve ser encarada como causa primária de lesões tróficas.

Pé Isquêmico:

- Atrófico
- Seco
- Escamoso
- Subnutrido Frio ao toque Unhas:
- Espessas: Com escamas seca empilhadas debaixo da unha
- Pulsos pedioso e tibial posterior reduzido ou ausentes Claudicação intermitente
- Dor
- Fissuras no calcanhar
- Pode apresentar uma pequena infecção em unhas
- Dor em pontos infectados
- Pode apresentar pequenas úlceras planas, secas e queixa de dor.

Pé Diabético Isquêmico X Neuropático

	Isquêmico	Neuropático
Coloração	-Pálido ou cianótico -Rubor quando pendentes em caso de grave comprometimento	Normal ou avermelhado no caso de vasodilatação por auto simpactectomia.
Pele	Ausência ou redução de pêlos	Seca, com fissuras e/ou calosidades plantares.
Unhas	Atróficas, grossas com sulcos(	Observar a presença de infecções fúngicas em unhas e entre os dedos.
Deformidade	Ausente	Podem estar presentes (pé cavo, cabeças dos metatarsos proeminentes, hálux varus ou valgus.
Temperatura	Diminuída	Normal ou aumentada
Pulsos	Diminuídos ou ausentes	Presentes
Sensibilidade	Presente	Diminuída ou ausente
Queixas	Dor tipo claudicação evoluindo para dor em repouso que piora com a elevação dos membros inferiores,	Parestesia, anestesia, dor tipo queimação ou lancinante.
Úlceras	Em geral nas regiões marginais e dedos.	Em geral plantar (Mal perfurante)

Patologia infecciosa

É o fator mais agravante, tendo como consequência amputações.



GRAU DE INFECÇÃO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sem Infecção	• Sem sinais de inflamação. • Úlcera sem exsudato purulento.
Infecção leve	• Presença de exsudato purulento e/ou dois ou mais sinais de inflamação. • Quando há celulite ou eritema, eles não ultrapassam 2 cm do bordo da úlcera. • A Infecção é limitada à pele ou aos tecidos subcutâneos superficiais. • Não há outras complicações locais ou acometimento sistêmico.
Infecção moderada	• Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação (ver acima) em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveis. • Além disso, deve apresentar pelo menos um dos seguintes: • Celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera. • Presença de linfangite. • Acometimento abaixo da fáscia superficial. • Abscesso de tecidos profundos. • Gangrena. • Envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso.
Infecção grave	• Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave, azotemia).

FERIDAS NEOPLÁSICAS

Conceitos/características

O cuidado à pessoa com ferida neoplásica é um grande desafio, visto que muitos outros aspectos estão envolvidos além da lesão, e essa representa, frequentemente, uma progressão do quadro clínico da pessoa.

Pode levar ao isolamento social, depressão e sobrecarga para cuidadores/familiares. Esse tipo de ferida ocorre devido à infiltração das células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e/ou linfáticos, e podem ser derivadas do tumor primário e/ou de metástase e da implantação acidental de células malignas sobre o epitélio, durante processos de diagnósticos ou cirúrgicos.

As alterações criam um meio propício para desenvolver infecções, causando mau cheiro, exsudato purulento, risco aumentado de hemorragia e dor.

O tratamento da infecção com antibiótico sistêmico ajuda no controle da dor. Outras complicações podem estar presentes, como fístulas, compressão ou bloqueio de vasos, hemorragia e obstrução da via aérea.

Classificação da ferida neoplásica quanto ao seu aspecto

Classificação	Características
Ulcerativa maligna	Lesão em forma de cratera
Fungosa proliferativa	Aspecto de couve flor
Fungóide ulcerada	Lesão mista

Estadiamento das feridas neoplásicas

Estádio Características	
1	Nódulo visível, bem delimitado, porém, sem o rompimento da pele, que é mantida na mesma íntegra. Poderá apresentar coloração rósea ou avermelhada. Assintomática
1N	Ferida tumoral fechada, que pode ou não apresentar orifício superficial que drena exsudato, o qual pode ser límpido, purulento ou amarelado. Portanto, essa ferida poderá ser seca ou úmida, mas já cursará com alguns sintomas, como dor ou prurido intermitente. Normalmente sem odor.
2	Ferida tumoral com perda da integridade da pele, que acomete a epiderme e a derme. Pode ser friável, seca ou úmida. Região perilesional com características de processo inflamatório. Pode causar dor e odor.
3	Ferida tumoral que acomete o tecido subcutâneo; pode apresentar lesões satélites. A coloração amarelada é predominante em seu leito; pode ser friável, com odor fétido e tecido necrótico
4	Ferida tumoral que acomete as estruturas anatómicas profundas, difícil de visualizar limites; pode apresentar exsudato abundante, odor fétido e dor.

FATORES DETERMINANTES

Cerca de 5% a 20% das pessoas com câncer avançado desenvolvem feridas neoplásicas, sendo os locais mais frequentes cabeça e pescoço, mama, pelve e membros inferiores.

AVALIAÇÃO

Importante avaliar quais as outras condições de saúde associadas, o prognóstico do processo oncológico, órgãos acometidos, capacidade funcional da pessoa, estado nutricional e aspectos psicológicos. Verificar presença de dor, o efeito de massa em relação à localização da lesão, o distress relacionado com a aparência, exsudato, odor, prurido, presença de fistulas e hemorragia (leve, moderada ou intensa). Importante verificar o conhecimento e as necessidades de orientação da pessoa e dos cuidadores/familiares sobre os cuidados com a ferida.

INTERVENÇÃO: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

A abordagem deve ser interdisciplinar, envolvendo a pessoa e familiar/cuidador, com terapias sistêmicas e locais. Ao cuidar de alguém com uma ferida neoplásica, deve-se ajustar com a pessoa e cuidador/familiar os objetivos do tratamento, focando no alívio dos desconfortos relacionados com a própria lesão (dor, exsudação, odor, hemorragia etc.), e dos efeitos psicossociais que isso causa (medo, ansiedade, depressão, raiva, negação, culpa, baixa autoestima etc.).

Promover conforto, confiança e sensação de bem-estar, prevenindo o isolamento e manter ou melhorar a qualidade de vida. A cicatrização nem sempre é alcançada. O odor é manejado conforme quadro abaixo:

Classificação e manejo do odor

Odor	Características	Opções de conduta
I	Odor é sentido somente ao se abrir o curativo	Hidróxido de alumínio após limpeza com SF 0,9%, deixando as gazes umedecidas em contato
II	Sentido ao se aproximar da pessoa, sem abrir o curativo	Metronidazol gel 0,8% após limpeza com SF 0,9% (NÃO PADRONIZADO)
III	Odor nauseante, sentido no ambiente, mesmo sem se abrir o curativo	Clorexidina, Metronidazol gel 0,8% e considerar metronidazol sistêmico (interconsulta com médico (a) da equipe / encaminhar para avaliação hospitalar)

CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA PESSOA COM FERIDA NEOPLÁSICA

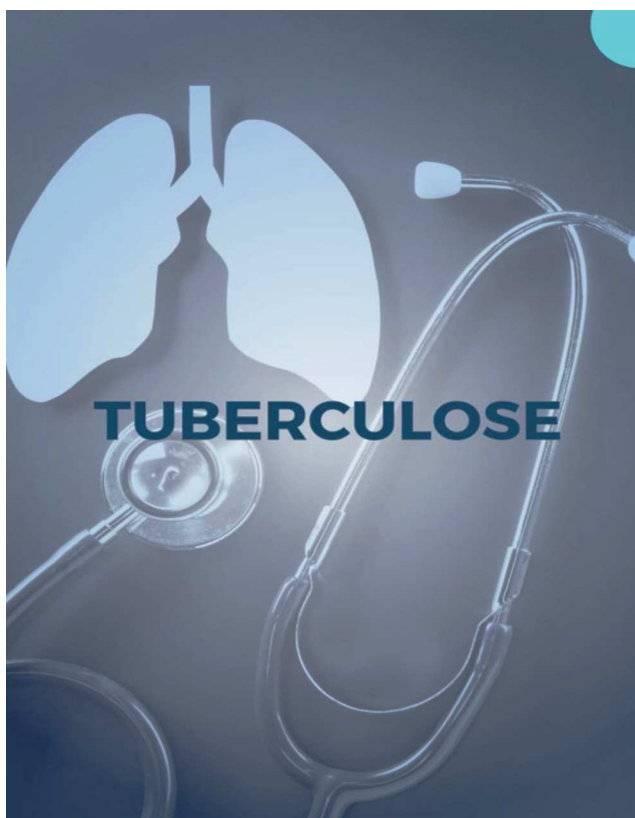
- Administrar analgésico VO 30 minutos antes do curativo
- Remover fita microporosa com SF 0,9% ou vaselina ou óleo mineral
- Remover cobertura primária com cuidado para reduzir o risco de sangramento, se necessário umedeça com SF antes da retirada.
- Irrigar abundantemente com SF 0,9% frio ou em temperatura ambiente.
- Avaliar a necessidade de usar lidocaína 2% na lesão.
- Limpar a ferida com clorexidina degermante
- Utilizar compressão, adrenalina nos pontos sangrantes ou alginato de cálcio para conter hemorragia
- Utilizar roupa de cama escura para auxiliar a conter o sangramento
- Realizar desbridamento apenas se extremamente necessário (optar por desbridamento autolítico)
- Não realizar esfregão no leito da lesão
- Utilizar PHMB Utilizar espuma com prata devido alta absorção vertical e baixa aderência Utilizar curativo secundário de alta absorção para diminuir a frequência de troca do curativo primário
- Considerar uso de carvão ativado com prata para diminuir o odor
- Contra-indicar uso de terapias que promovem a granulação (AGE, pasta de hidrocolóide)
- Utilizar óxido de zinco, placa de hidrocolóide, creme ou spray de barreira para proteção da pele perilesional
- Avaliar pele perilesional para presença de infecção por fungos
- Tratar infecção cutânea por fungo com miconazol 2% de 12/12 horas por 7 dias
- Adaptar bolsa de colostomia, caso haja fistula
- Caso haja irritação/coceira perilesional, discutir com médico a prescrição de dexametasona 0,1%
- Solicitar cultura da lesão de acordo com quadro 2.2 (não solicitar para pessoas com cuidados paliativos instituídos).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. NT no 05/2023. Práticas de segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão. Brasília. 2023

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução no 0567/2018. Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Brasília. 2018.

Brasil. Manual do pé diabético. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2016.



PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica e transmissível, de notificação obrigatória, de grande relevância para saúde pública.

Dados epidemiológicos: O estado enfrenta uma alta taxa de mortalidade por tuberculose. No ano passado, o RJ apresentou o maior risco de morte relacionada à doença em todo o Brasil, com 775 óbitos em todo estado. Em 2023, o município de Campos registrou uma taxa de incidência de 95,75 casos a cada 100 mil habitantes, de acordo com o Link do Painel de Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro, com 586 casos, sendo 463 casos novos e uma taxa de mortalidade de 5,17% (total de 25 óbitos).

A Tuberculose afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. Tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch que, a partir de uma infecção pode evoluir para doença ativa ou manter-se em estado de latência, denominada Infecção Latente por Tuberculose (ILT). O desequilíbrio do sistema imunológico causado por doenças como a AIDS, diabetes, uso de drogas imunossupressoras, envelhecimento e hábitos como o etilismo e o uso de drogas ilícitas ou ilícitas, favorecem a progressão da infecção latente para doença ativa (WHO, 2020).

O M. tuberculosis é transmitido por via aérea, de uma pessoa com TB pulmonar ou laringea, que elimina bacilos no ambiente (caso fonte), a outra pessoa, por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro.

O risco de transmissão da TB perdura enquanto o paciente eliminar bacilos no escarro. Como início do tratamento, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias, ela encontra-se muito reduzida. (BRASIL, 2019)

O profissional de enfermagem é reconhecido pela capacidade de compreender o ser humano holisticamente, de atuar para a integralidade da assistência e do cuidado à saúde e de acolher fragilidades, além de identificar-se com as necessidades da comunidade, o que demanda desses profissionais resoluções práticas no processo de trabalho.

E de acordo com o Parecer do COFEN 180/2018, que fala de regulamentações e normas vigentes para o exercício profissional do enfermeiro no que se refere à prescrição medicamentosa do esquema padronizado de tratamento da tuberculose e solicitação de exames para o diagnóstico da tuberculose na atenção básica, tem em sua conclusão que: "...Ante ao exposto, entendemos que o enfermeiro tem competência técnica e legal para realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames (BAAR, raio x de tórax, cultura, identificação e testes de sensibilidade para BK, prova tuberculínica, aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para diagnóstico de HIV sob autorização), iniciar o tratamento e prescrever medicações do esquema básico de TB, realizar encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão ou orientação, observando os limites legais, técnicos e éticos da profissão."

Nessa lógica, em se tratando da TB, pode-se considerar que a prática ampliada do enfermeiro se alinha à proposta do "Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose" (BRASIL, 2017b), lançado pelo Ministério da Saúde, o qual recomenda o tratamento de forma adequada e oportuna a todas as pessoas com TB diagnosticadas no país, com as seguintes ações propostas:

- Garantia de elevada cobertura da vacina BCG;
- Descentralização das ações de detecção, diagnóstico e acompanhamento da TB para a APS;
- Ampliação da participação da sociedade civil no enfrentamento da doença;
- Desenvolvimento de estratégias de análise de dados para o monitoramento das ações de controle da TB no âmbito da APS;
- Formação e fortalecimento de rede de pesquisa em TB;
- Implantação de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento da doença;
- Vigilância do óbito por TB, da infecção latente e da tuberculose resistente;
- Fortalecimento das ações de controle da doença nas populações mais vulneráveis;
- Abordagem da TB na perspectiva dos determinantes sociais
- Melhoria dos indicadores de desfecho do tratamento; e
- Melhoria nos sistemas de informação.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO e equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde para o manejo da tuberculose, segundo o livro Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Enfermagem. (Brasil, 2021)

- Identificar a pessoa com sintomas respiratórios.
- Realizar consulta de enfermagem.
- Solicitar exames para o diagnóstico de TB ativa e ILTB: teste de escarro, teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade (TS), raio-X de tórax, prova tuberculínica (PT) e ensaio de liberação de interferon- γ (Igra).
- Solicitar teste de HIV após consentimento e aconselhamento.
- Iniciar o tratamento de TB sensível, prescrevendo o esquema básico (rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol), conforme as disposições legais da profissão, protocolos ou normas técnicas do MS.
- Solicitar exames de acompanhamento dos casos de TB. Orientar a pessoa para a coleta de escarro.
- Registrar em prontuário a evolução clínica dos casos de TB e de seus contatos.
- Coordenar a busca ativa das pessoas que não retornaram com o material coletado ou resultado de exame.
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias, inclusive, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Administrar vacina BCG, após capacitação.
- Realizar PT, após capacitação.
- Convocar/convidar contatos de TB para investigação.
- Orientar a pessoa em tratamento e seus familiares quanto ao uso de medicações, reações adversas e demais questionamentos relativos ao tratamento, seguimento e controle de contatos.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário (ESF).
- Investigar e notificar os casos confirmados e os casos de ILTB.
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo programa de TB, incluindo os procedimentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.
- Orientar os técnicos e auxiliares de enfermagem quanto ao acompanhamento de Tratamento Diretamente Observado (TDO).
- Contribuir e participar nas atividades de educação permanente
- Notificação no SINAN e/ou outros sistemas de informação

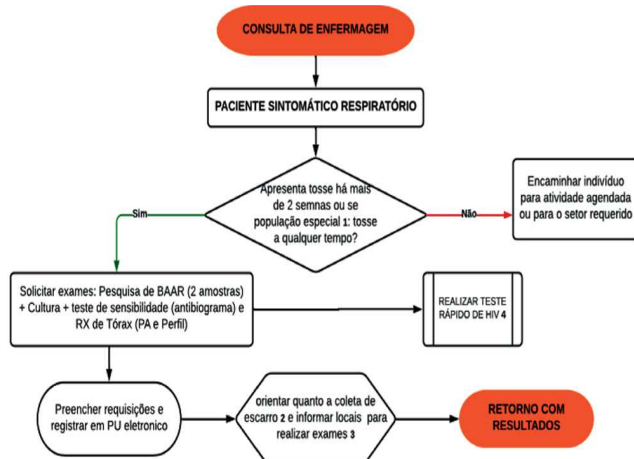
ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Identificar a pessoa com sintomas respiratórios.
- Identificar o pote para a coleta do escarro com o nome da pessoa.
- Orientar a pessoa para coleta do escarro.
- Preencher adequadamente o formulário de requisição de exames e do raio-X de tórax.
- Receber os resultados dos exames, protocolá-los e/ou anexá-los ao prontuário.
- No caso de recebimento eletrônico, via Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), emitir a cópia do resultado do exame e anexá-la ao prontuário.
- Preencher livro de registro do "Sintomático Respiratório nos Serviços de Saúde" e de "Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento".
- Buscar as pessoas que não retornaram com o material coletado e/ou que não receberam o resultado do exame.
- Auxiliar a equipe na assistência integral às pessoas e famílias, inclusive, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Administrar vacina BCG, após capacitação.
- Realizar PT, após capacitação.
- Orientar as pessoas em tratamento e seus familiares quanto ao uso de medicações, reações adversas e demais questionamentos relativos ao tratamento, seguimento e controle de contatos.
- Convocar/identificar doentes faltosos às consultas médicas e/ou seus contatos que não compareceram à unidade de saúde para a realização de exames.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Notificar casos confirmados.
- Realizar o TDO em todas as pessoas com TB.
- Supervisionar o TDO, na UBS ou no domicílio, fazendo o registro diário na "Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação".
- Agendar consultas médicas e de enfermagem para a pessoa com TB ou para seus contatos.
- Participar da programação e avaliação das ações de controle da TB na UBS.
- Realizar ações educativas junto à comunidade.
- Observar os cuidados relativos à biossegurança na unidade de saúde.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

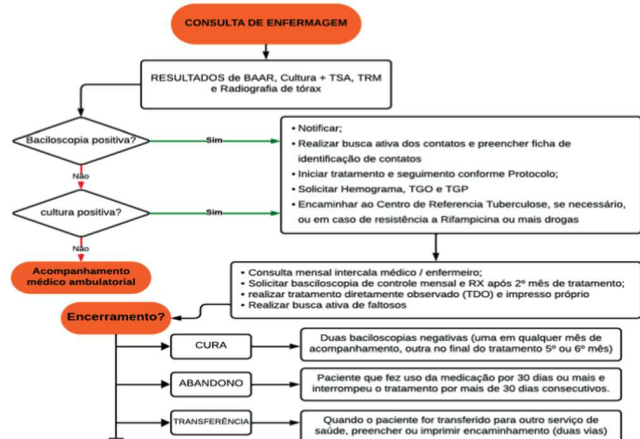
A escuta qualificada da queixa na APS se configura como um dispositivo da prática clínica de toda a equipe de saúde multiprofissional para o conhecimento das necessidades de saúde ou a minimização das dificuldades da pessoa, sendo assim, um indivíduo que chega a unidade de saúde com sintomas respiratórios (SR), queixa de tosse com mais de 2 semanas, deve ser ofertado ao mesmo máscara cirúrgica e encaminhado para uma escuta qualificada através de uma consulta de enfermagem ou médica, por demanda espontânea.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA SUSPEITA DE TUBERCULOSE



1. População Especial: PVHIV, Usuários de Álcool e outras Drogas, Profissionais de Saúde, População privada de liberdade, Indígenas, Diabéticos e População em situação de rua (consultar Manual TB 2019). População de rua: contactar consultório na rua
 2. Orientações sobre coleta, armazenamento e transporte: Guia de Orientações para a Coleta de Escarro (BRASIL, 2014b)
 3. Seguir o fluxo municipal.
 4. HIV positivo encaminhar para referência secundária CEDIP
- Observação:** o Exame de cultura e TSA são considerados padrão ouro, porém deve ser solicitado para alguns casos, como população especial e outros casos de acordo com o Protocolo do MS, e também deve ser solicitado quando o município não possui TRM-TB, para verificar resistência aos medicamentos.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO COM DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE



RASTREIO DE CONTATOS

Avaliar contatos de casos de TB pulmonar ou laringea e demais formas clínicas: a estratégia de avaliar contatos atende a duas finalidades;

- uma delas é diagnosticar a doença ativa nos casos não diagnosticados,
- e a outra, identificar as pessoas infectadas e com maior vulnerabilidade para desenvolver a TB ativa (BRASIL, 2022).

Nesse caso, deve-se providenciar o exame de todos os contatos da pessoa com TB, independentemente da forma clínica, logo após a realização do diagnóstico da doença.

Investigar os acompanhantes da pessoa com TB, seja na consulta de controle ou durante a realização de exames de acompanhamento; **se sintomático** (tosse, sudorese e emagrecimento) seguir fluxograma de caso suspeito e **se assintomático** acompanhar e avaliar sintomas, e necessidade de PPD ou se disponível IGRA, se pós leitura indicar ILTB, encaminhar a consulta médica ou centro de referência para avaliar se necessitada de tratar.

DIAGNÓSTICO

O principal sintoma da TB é a tosse por tempo igual ou superior a três semanas, acompanhado de perda acentuada de peso, falta de apetite, febre ao entardecer e sudorese noturna; e nos casos graves, o paciente pode apresentar episódios de hemoptise.

O diagnóstico rápido e o tratamento oportuno são de extrema importância no combate da doença, em especial ao tratar-se de formas pulmonares bacilíferas, uma vez que o tratamento quebra a cadeia de transmissão da doença evitando novas infecções e novos doentes. Para o diagnóstico da TB podem ser utilizados um ou mais dos seguintes critérios: clínico, bacteriológico, por imagem, histopatológico e teste tuberculínico ou IGRA (para avaliar infecção latente – ILTB). Os tipos de exames disponíveis e particularidades sobre cada um, podem ser consultados em (WHO, 2017; BRASIL, 2019), pontuados abaixo:

A coleta de escarro deve ser realizada no momento da identificação do SR, seguida da entrega do pote e das orientações da equipe de enfermagem, de acordo com o "Guia de Orientações para Coleta de Escarro" (BRASIL, 2014).

QUADRO 1. Tipos de exames disponíveis para o diagnóstico e controle da TB, e suas particularidades .

Tipo de exame	Como funciona	Material colhido/Exame realizado	Quando solicitar
Baciloscopia de escarro (BAAR)	A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pelo método de Ziehl-Nielsen, é uma técnica simples e de baixo custo, sendo a mais utilizada. Examinadas sob microscopia para verificar a existência de bactérias. Esta técnica, quando executada corretamente, permite detectar a maioria dos casos pulmonares (BRASIL, 2017).	Escarro espontâneo ou induzido, lavado brônquico, lavado gástrico (crianças). Observação: O lavado brônquico e lavado gástrico (crianças), devem ser colhidos em serviços especializados.	Início de tratamento, e controle de tratamento. Desejável: 2º, 4º e 6º mês.
Testes rápidos moleculares (TRM)	O teste rápido para diagnóstico de TB atualmente recomendado pela OMS é o Xpert® Ensaio MTB / RIF (Cepheid, Sunnyvale USA). É um teste de amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção de DNA do M. tuberculosis e triagem de cepas resistentes à rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real.	Escarro ou lavado brônquico. Poderá ser utilizado para amostras extrapulmonares de líquido, lavado gástrico, ganglios linfáticos e outros tecidos (BRASIL, 2017). Procedimentos de coletas invasivas, devem ser realizados em unidades secundárias ou terciárias.	Para diagnóstico. Não deve ser solicitado para controle e retratamento. *Verificar se em seu município, o equipamento Gene Xpert está disponível para diagnóstico.
Métodos por cultura	Estes são considerados padrão ouro de referência atual, mas requer capacidade laboratorial mais desenvolvida e pode levar até 12 semanas para fornecer o resultado	Escarro ou quaisquer outros espécimes coletados a partir da suspeita clínica de localização da doença.	Para diagnóstico e controle do tratamento.

Radiografia de tórax	É um importante meio de diagnóstico da TB primária. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar, pois a TB apresenta lesões características fundamentais para a definição do diagnóstico.	Radiografia de Tórax (Perfil antero-posterior).	Para diagnóstico e controle de tratamento. Não deve ser utilizado sozinho.
Histopatológico	É empregado na investigação das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares que se apresentam na radiografia como doença difusa, por exemplo, na TB miliar, ou em indivíduos imunossuprimidos.	Biópsia de tecido	A critério médico, para diagnóstico diferencial
Prova Tuberculínica (PT)/PPD	É utilizada como uma importante avaliação de contatos assintomáticos com pessoas doentes por TB para identificação de infecção latente (ILT), ou seja, quando o paciente tem o bacilo no organismo, mas não desenvolve a doença (primo-infecção da doença)	Consiste na inoculação de um derivado proteico purificado de M. tuberculosis com a finalidade de medir a resposta imune celular a estes antígenos (BRASIL, 2017).	Solicitar para contactantes

Caso o laboratório não realize o TRM-TB para o diagnóstico da TB, além dessa amostra, no dia seguinte, a pessoa deve trazer um segundo escarro para realização da baciloscopia, além da solicitação de cultura e do TS. Quando o laboratório realizar o TRM-TB, a cultura e o TS devem seguir as recomendações do MS (BRASIL, 2019).

As amostras devem ser enviadas imediatamente ao laboratório executor, acompanhadas das Fichas de Solicitação de Exames digitadas no GAL ou outro instrumento e de acordo com fluxo estabelecido pelo Município. O laboratório deve disponibilizar para a APS o resultado dos exames de baciloscopia e TRM-TB no GAL em até 48 horas. Os resultados de cultura antimicrobiana devem aguardar o tempo de crescimento do microrganismo para que sejam disponibilizados no GAL. Esse tempo leva, em média, cerca de 15 a 30 dias. (BRASIL, 2019).

TRATAMENTO

O "Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil" descreve alguns aspectos que corroboram a não adesão ao tratamento de TB, dentre os quais se destacam: dificuldade de acesso à unidade de saúde; reações adversas aos medicamentos; conflitos domésticos; falta de vínculo entre as pessoas com TB e os profissionais de saúde; melhora clínica do indivíduo; dificuldades financeiras para comparecer às consultas e buscar a medicação na unidade de saúde (BRASIL, 2019).

Frente às dificuldades listadas, o enfermeiro, juntamente com a equipe de enfermagem, possui um papel fundamental na promoção da adesão ao tratamento da TB. A adesão pode ser potencializada por algumas estratégias e tecnologias:

- Instituição de projeto terapêutico singular (PTS);
- Realização de ações educativas;
- Oferta de benefícios e apoio social;
- Busca de faltosos;
- Realização do tratamento diretamente observado (TDO);
- Melhoria do acesso às ações e serviços de saúde;
- Identificação de reações adversas aos medicamentos;
- Outras estratégias propostas na literatura. (BRASIL, 2022)

O Tratamento Diretamente Observado (TDO), visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e mortalidade, bem como aumentando a probabilidade de cura. Será considerado TDO, para fins operacionais, a observação de 24 tomadas na fase de ataque e 48 tomadas na fase de manutenção, assistida por um profissional de saúde ou uma pessoa capacitada para tal função.

A Ferramenta Instrumentalizadora: "Assistência do Enfermeiro à Pessoa com Tuberculose na Atenção Primária". BRASIL, 2021 deve ser consultada pelo enfermeiro para o manejo da pessoa com tuberculose. Este utiliza algoritmos simples para avaliar, diagnosticar, tratar e acompanhar pessoas com sinais e sintomas de tuberculose, além de oferecer apoio para a integração do cuidado com outras equipes e serviços de saúde e de assistência social.

CONDIÇÕES GERAIS PARA PRESCRIÇÃO/RENOVAÇÃO PELO ENFERMEIRO

O enfermeiro poderá prescrever somente o esquema básico de tratamento para tuberculose pulmonar, incluindo a fase intensiva e a fase de manutenção. A prescrição do tratamento (início ou renovação) só poderá ser realizada nas seguintes situações:

- Nos casos novos - paciente que nunca usou medicamento anti-TB ou usou por menos de 30 dias.
- No 1º retratamento após cura - indivíduo com tuberculose pulmonar em atividade que já se tratou anteriormente com esquema básico e recebeu alta por cura. Neste caso o enfermeiro poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- No retratamento após abandono - doente que após iniciado o tratamento básico de tuberculose pulmonar, deixou de realizar o tratamento por mais de 30 dias consecutivos após data de início do mesmo. Neste caso o enfermeiro poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- O enfermeiro poderá iniciar tratamento básico para tuberculose pulmonar em dependentes químicos nos casos novos, 1º retratamento ou retratamento após abandono de tratamento básico, porém deverá agendar consulta médica subsequente para reavaliação. O acompanhamento destes casos deverá ser compartilhado com o médico.

É importante destacar que o enfermeiro não poderá iniciar o tratamento para tuberculose pulmonar nas seguintes situações:

- menores de 18 anos;
- gestantes;
- pacientes com história de doença hepática e renal prévia;
- pacientes com 60 anos de idade ou mais;
- pacientes com desnutrição severa;
- coinfeção por HIV;
- TB multirresistente.
- Pacientes com Infecção Latente-TB (ILT)

Nestes casos, o enfermeiro poderá realizar acompanhamento compartilhado com o médico e solicitar exames de controle/acompanhamento (baciloscopias e cultura) e/ou encaminhar para centros de referência ou serviços especializados. (Protocolo Enfermagem de Goiânia, GO, 2022 e Brasil, 2021 Brasil, 2022)

ESQUEMA BÁSICO

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	UNIDADE/DOSE	MESES
2 RHZE* Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg comprimido em dose fixa combinada (4 em 1)	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2 (fase intensiva)
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		51 a 70 kg	4 comprimidos	
4RH** Fase de manutenção	RH 150/75 mg Comprimido em dose fixa combinada (2 em 1)	Acima de 70 kg	5 comprimidos	4 (fase de manutenção)
		20 kg a 35 kg	2 comprimidos	
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		51 kg a 70 kg	4 comprimidos	
		Acima de 70 kg	5 comprimidos	

RHZE: combinação de rifampicina(R), isoniazida(H), pirazinamida(Z) e etambutol(E).
RH: combinação de rifampicina (R) e isoniazida (H). (Brasil, 2019)

Efeitos adversos ao tratamento da tuberculose

- Informe a pessoa sobre a possibilidade de efeitos adversos aos medicamentos em todas as consultas mensais. Questione sobre dúvidas a respeito do tratamento e efeitos adversos e explique quantas vezes for necessário. Atente para o uso da linguagem mais adequada.
- Orientar a não interromper o tratamento por conta própria e a procurar atendimento de saúde.

Explique que poucos casos precisam de internação. Maneje os efeitos adversos que forem possíveis na Atenção Primária; para os maiores, encaminhe ao serviço de referência secundária ou terciária.

Efeito adverso menor

Sintomas	Prováveis fármacos responsáveis	Conduta
Náusea; vômito, dor abdominal	Rifampicina	Reformular o horário da administração da medicação (2 horas após o café da manhã); considerar o uso de medicação sintomática; e avaliar a função hepática.
	Isoniazida	
	Pirazinamida	
	Etambutol	
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar quanto a possibilidade de ocorrência.
Prurido ou exantema leve	Isoniazida	Medicar com anti-histamínico.
	Rifampicina	
Dor articular	Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais.
	Isoniazida	
Neuropatia periférica	Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6), na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução.
	Etambutol (incomum)	
Hiperuricemia com ou sem sintomas	Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
	Etambutol	
Cefaleia e mudança de comportamento (ansiedade, euforia, insônia, depressão e sonolência)	Isoniazida	Medicar, quando pertinente, e orientar.
Febre	Isoniazida	Orientar e medicar com antitérmico.
	Rifampicina	

Efeito adverso maior

Sintomas	Prováveis fármacos responsáveis	Conduta
Exantema ou hipersensibilidade moderada a grave	Etambutol	Suspender o tratamento. Nos casos moderados, reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do quadro. Substituir o fármaco identificado como alérgico. Nos casos graves, após a resolução do quadro, iniciar esquema especial alternativo.
	Isoniazida	
	Rifampicina	
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	Isoniazida	Suspender a isoniazida e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.
Neurite óptica	Etambutol	Suspender o etambutol e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento. A neurite óptica é dose-dependente e, quando detectada precocemente, reversível. Raramente se desenvolve toxicidade ocular durante os 2 primeiros meses com as doses recomendadas.
	Pirazinamida	
Hepatotoxicidade	Isoniazida	Suspender o tratamento até a resolução da alteração hepática. Reintroduzir os medicamentos um a um após a avaliação da função hepática (RE, seguidos de H e por último Z). Avaliar possível substituição do medicamento responsável ou mudança do esquema.
	Rifampicina	
	Estreptomicina	
Hipoacusia, vertigem, nistagmo	Estreptomicina	Suspender a estreptomicina e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.
Nefrite intersticial	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.
Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender a pirazinamida e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento.

Fonte: Assistência do Enfermeiro à Pessoa com Tuberculose na Atenção Primária, 2021.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM TUBERCULOSE

Na Consulta de Enfermagem, o profissional deve acolher, orientar, esclarecer as dúvidas, encorajar os indivíduos para adesão e vínculo ao tratamento da tuberculose, para que assim haja redução dos riscos de manutenção da cadeia de transmissão, abandono do tratamento e resistência ao fármaco em decorrência da descontinuidade e/ou abandono e/ou tomada irregular; promovendo, desse modo, um elo importante entre o serviço de saúde e o doente de TB, contribuindo para melhoria nas taxas de sucesso de tratamento.

Roteiro de consulta baseado **SOAP**, deve ser registrado em prontuário eletrônico.

Subjetivo: Histórico de Enfermagem/Motivo da consulta (queixa).

O Histórico de Enfermagem deve conter dados que permitam uma análise geral e prática das alterações apresentadas pelo doente de Tuberculose (TB). Esta avaliação inclui a identificação de grupos populacionais mais vulneráveis, investigação por contato prévio com a TB, cicatriz da BCG, condições de moradia, se é privado ou ex-privado de liberdade ou faz visita em prisões, indígena, pessoa vivendo com HIV, pessoa vivendo em situação de Rua, riscos ocupacionais, situação familiar, nível socioeconômico, dentre outros. É importante identificar neste momento, se a consulta de enfermagem será direcionada para:

1 - **INVESTIGAÇÃO DE POSSÍVEL TB** ou

2 - **Diagnóstico confirmado**, avaliando a fase de tratamento em que o doente se encontra, ou

3 - **RETORNANDO AO TRATAMENTO APÓS ABANDONO**.

Objetivo: Exame físico - Convém ressaltar que a infecção por M. tuberculosis ocorre pelas vias respiratórias e, após a infecção, quando o sistema de defesa consegue bloquear a evolução para o adocimento, é denominada de infecção latente. No entanto, quando a bactéria consegue vencer as barreiras de defesa, a doença pode instalar-se no pulmão ou pode disseminar-se e acometer qualquer órgão. No exame físico, é necessário avaliar os elementos psicobiológicos incluindo a Oxigenação, Regulação Vascular, Eliminação e a Integridade Cutâneo-mucosa. **Avaliar:** Peso atual, o peso habitual, aparência geral, condições nutricionais, condições de pele e mucosa, hidratação, avaliação pulmonar, avaliação cardíaca, abdominal, registrando: Tosse, tosse com sangue, dor torácica, expectoração, dificuldade de respirar (histórico de asma, DPOC ou pneumonia?), febre, sudorese noturna, se perdeu peso, falta de apetite, se em tratamento, relação dos medicamentos e adesão, reações adversas; e, se em abandono.

Avaliação: Diagnósticos / diagnósticos em enfermagem com CIAP 2

- Função do sistema respiratório prejudicada / R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros / A70 Tuberculose
- Falta de apetite / A45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta A 0 4

Debilidade/Cansaço/ Fadiga

- Estado de fadiga, Condição nutricional prejudicada / A04 Debilidade/Cansaço/ Fadiga

- Tosse / R05 Tosse
- Tosse com sangue / R24 Hemoptise
- Termorregulação prejudicada / A03 Febre
- Deficiência imunológica / B02 Gânglio linfático aumentado/doloroso
- Polifármacos (ou Polifarmácia)
- Adesão ou não ao Regime Medicamentoso
- Efeito Colateral da Medicação ou Ausente / A85 Efeito adverso de fármaco dose correta

- Interação Medicamentosa Adversa (Obter dados sobre risco de interação Medicamentosa ex: rifampicina e anticoncepcional / A87 Complicações de tratamento médico / A58 Aconselhamento/ terapêutica

- Resposta à Terapia, Eficaz
- Dependência de Alcool - Abuso de Alcool / 15 Abuso crônico de álcool / P16 Abuso agudo de álcool

- Abuso de Tabaco / P17 Abuso do tabaco
- Socialização, Prejudicada / Z04 Problema sociocultural
- Apoio Social, Eficaz

Plano: Intervenções e condutas de enfermagem

- Orientação;
- Gerenciar exames - Baciloscopia de escarro (BAAR), - Teste Rápido Molecular para Tuberculose, Cultura e teste de sensibilidade, Radiografia de tórax, Teste rápido para HIV, Prova tuberculínica;

- Gerenciar / prescrever Medicação: Esquema básico de Tuberculose (Fase intensiva, Fase de manutenção - Conforme indicação terapêutica);

- Direcionar o profissional a ser responsável pelo TDO;
- Reforçar Adesão;
- Avaliar Resposta à Medicação e seus efeitos adversos

- Fazer rastreamento de Tuberculose na família/ comunidade, convocar os contatos para investigação (Realizar prova tuberculínica em contatos de sintomáticos respiratórios);

- Notificar doença compulsória (caso suspeito ou confirmado)
- visita domiciliar, caso necessário;

- Agendar retorno e intercalar consultas com médico;
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- Realizar atividades de educação permanente em saúde sobre

Tuberculose; REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de Orientação para Coleta de Escarro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

COFEN. Parecer do Conselho Federal nº 180. Regulamentações e normas vigentes para o exercício profissional do enfermeiro no que se refere à prescrição medicamentosa do esquema padronizado de tratamento da tuberculose e solicitação de exames para o diagnóstico da tuberculose na atenção básica, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

WHO. Global Tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Assistência do Enfermeiro à Pessoa com Tuberculose na Atenção Primária/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde [livro eletrônico]: tuberculose e hanseníase / [organização]. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. 1ª ed. Campo Grande, MS: Coren-MS, 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no Estado de Goiás [livro eletrônico]. 4. ed. – Goiânia, GO : Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2022.

Painel de Tuberculose so Estado do Rio de Janeiro - <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/78351e85-1f17-4bf9-8a15-de6cb8713a29/page/63EsD>



PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica que, embora curável, ainda permanece endêmica em várias regiões do mundo, o Brasil está entre os 22 países em número de casos, ocupa a 2ª posição do mundo, atrás apenas da Índia.

Causada pelo Mycobacterium leprae (bacilo de Hansen), um bacilo álcool-ácido resistente, de multiplicação lenta, adoece pouco, porém apresenta considerável poder incapacitante. Possui uma alta infectividade, porém baixa patogenicidade (PCDT Hanseníase, 2022)

As vias aéreas superiores são a principal via de eliminação do bacilo e a mais provável porta de entrada. A maioria das pessoas não adoece, pois, em geral, tem imunidade para o bacilo. As que adoecem têm predisposição genética. Acomete em ambos os sexos, inclusive crianças, e o maior risco é observado entre contatos domiciliares e de comunicantes. O ambiente fechado, a ausência de ventilação e de luz solar também favorecem a transmissão (BRASIL, 2007).

A vacina BCG que compõe o calendário do Programa de imunização do Ministério da Saúde no Brasil, administrada ao nascer para a prevenção de formas graves da tuberculose, pode conferir proteção contra o bacilo. (BRASIL, 2016)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio do exame geral e dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas (BRASIL, 2017).

DEFINIÇÃO DE CASO, SEGUNDO PCDT 2022

O diagnóstico da hanseníase é eminentemente clínico e a maioria dos casos pode ser confirmada no nível da Atenção Primária à Saúde.

O Ministério da Saúde do Brasil define um caso de hanseníase pela presença de **pelo menos um ou mais dos seguintes critérios**, conhecidos como sinais cardinais da hanseníase:

1. Lesão(ões) e/ou áreas(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
2. Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
3. Presença do M. leprae, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES DA HANSENÍASE

- Lesão/lesões, manchas e/ou áreas da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;

- Comprometimento dos nervos periféricos, geralmente espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- Áreas com diminuição dos pelos e do suor;
- Áreas do corpo com sensação de formigamento e/ou fisgadas;
- Diminuição e/ou ausência da força muscular na face, mãos e pés;
- Nódulos no corpo, em alguns casos hiperemiados e dolorosos (BRASIL, 2017)

MONOFILAMENTOS DE SEMMES-WEINTEN (ESTESIÔMETRO)

Embora a sensibilidade tátil seja frequentemente a última a ser perdida, deve-se buscar as diferenças de sensibilidade sobre a área a ser examinada e a pele normal circunvizinha, utilizando o monofilamento kit estesiômetro, e classificação deve ser avaliada de acordo com a tabela de Classificação de Incapacidade, em anexo. O estesiômetro é utilizado para auxiliar no diagnóstico precoce e monitorar a solução da lesão nervosa periférica

Classificação operacional: a classificação com base no número de lesões seja suficiente para a escolha adequada do esquema terapêutico.

- **Hanseníase paucibacilar (PB)** Caracteriza-se pela presença de uma a cinco lesões cutâneas e baciloscopia obrigatoriamente negativa.
- **Hanseníase multibacilar (MB)** Caracteriza-se pela presença de mais de cinco lesões de pele e/ou baciloscopia positiva.

Todos os casos de hanseníase que suscitem dúvida sobre a classificação operacional devem ser tratados como MB

BACILOSCOPIA DIRETA PARA BACILOS ÁLCOOL-ÁCIDO RESISTENTES (BAAR)

É um exame laboratorial complementar ao diagnóstico clínico, que busca detectar a presença do M. leprae em esfregaços de raspado intradérmico e estimar a carga bacilar apresentada pelo paciente.

Teste Rápido - o Brasil é o primeiro país do mundo a incorporar, no âmbito do SUS, um teste rápido para detecção de anticorpos anti-M. leprae como método auxiliar nas ações de controle da hanseníase. **O uso do teste rápido da hanseníase, no âmbito do SUS, está aprovado para uso exclusivo na investigação de contatos de casos confirmados de hanseníase.** PCDT, 2022

TRATAMENTO

O tratamento é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados e combinação de medicamentos (PQT/OMS). De acordo com a classificação operacional, uma dose mensal é administrada na unidade de saúde (dose supervisionada), e as demais doses autoadministradas (pelo paciente em sua moradia), conforme esquematizado e detalhado no quadro abaixo (BRASIL, 2021).

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia	Duração do tratamento	
			MB	PB
Pacientes com peso acima de 50kg	PQT-U Adulto	Dose mensal supervisionada: • Rifampicina 600mg • Clofazimina 300mg • Dapsona 100mg Dose diária autoadministrada: • Clofazimina 50mg diariamente • Dapsona 100mg diariamente	12 meses	6 meses
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50kg	PQT-U Infantil	Dose mensal supervisionada: • Rifampicina 450mg • Clofazimina 150mg • Dapsona 50mg Dose diária autoadministrada: • Clofazimina 50mg dias alternados • Dapsona 50mg diariamente	12 meses	6 meses

Fonte: Guideline for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy (WHO, 2018)127, 104 / PCDT HANSENÍASE 2022

A regressão das lesões dermatológicas da hanseníase, durante e após o uso da poliquimioterapia, é bastante variável, podendo levar meses ou anos para ocorrer. Essa resposta pode ser ainda mais lenta nos MB, especialmente em pacientes com hansenomas, lesões infiltradas e índice baciloscópico (IB) elevado. PCDT,2022

REAÇÕES ADVERSAS A PQT

Considerando a definição de Reação Adversa a Medicamento (RAM) como "qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas"127 e que o tratamento da hanseníase é feito com associação de medicamentos, alguns pacientes podem apresentar reações adversas a um ou mais componentes do esquema de primeira linha (PQT-U).

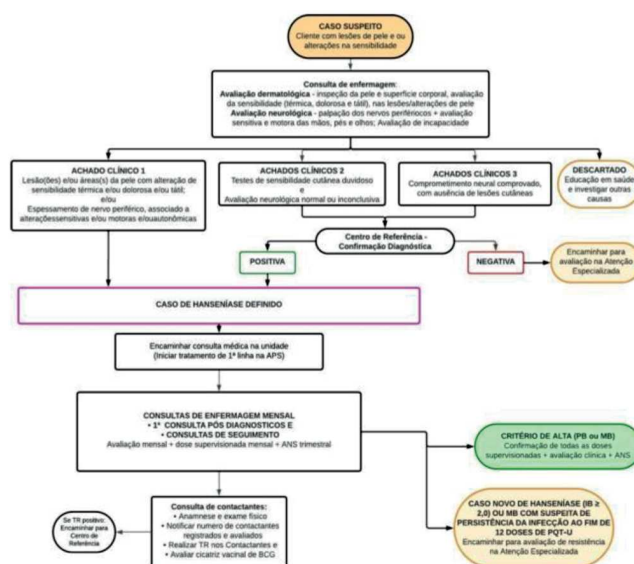
Dentre os medicamentos utilizados para o tratamento da hanseníase, o mais frequentemente associado a reações adversas é a dapsona, especialmente as alterações hematológicas. Na maioria dos estudos, as principais reações adversas à dapsona são registradas no primeiro trimestre do tratamento. A anemia pela dapsona é mais frequente nas mulheres do que nos homens, o que indica necessidade de vigilância mais cuidadosa das queixas sugestivas de anemia e o monitoramento mais frequente do hemograma em indivíduos do sexo feminino128,129. Independentemente do sexo, a idade é um fator de risco para as reações adversas à poliquimioterapia, que são mais reportadas em idosos, ensejando cuidado especial com os indivíduos nessa faixa etária.

A reação mais grave à dapsona é a síndrome sulfônica, menos frequentemente relatada em estudos retrospectivos.

Quando as reações adversas são relevantes e consideradas irreversíveis, elas caracterizam falha terapêutica, e os medicamentos implicados podem ser substituídos por outros considerados de segunda linha. PCDT, 2022

REAÇÕES HANSÊNICAS

As intercorrências agudas que ocorrem por manifestação do sistema imunológico aparecem no início da doença, durante o tratamento e após a alta. Não exige a suspensão ou início da PQT: Reação Tipo I - aparecem novas lesões dermatológicas, com alterações de cor e edema nas lesões antigas. Ocorre antes de iniciar o tratamento, após o tratamento e raramente após 5 anos da alta medicamentosa. Reação tipo II - nódulos subcutâneos, febre, dores articulares e mal-estar generalizado. Surge, geralmente, durante os três primeiros anos, após o início da PQT, podendo ocorrer antes do seu início ou até cinco anos após seu término (ANDRADE et al., 2007)

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HANSENÍASE**

ROTEIRO DE CONSULTA BASEADO SOAP, DEVE SER REGISTRADO EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO.

Subjetivo: Histórico de Enfermagem/Motivo da consulta

Abordar a queixa principal do paciente, o que levou ele a procurar o serviço de saúde. No caso da Hanseníase, queixas como lesões e manchas na pele, perda da sensibilidade tátil ou térmica, formigamento. Deve ser abordado também doenças crônicas concomitantes, histórico familiar, contactantes, condições habitacionais e apoio familiar e social

Objetivo: Exame físico: avaliação dermatoneurológica

Examinar face, principalmente nariz e olhos, membros superiores e inferiores, avaliando lesões, palpção dos nervos, força e tônus muscular e sensibilidade e classificar a incapacidade física (utilizar o Formulário para avaliação neurológica simplificada e classificação do grau de incapacidade física em Hanseníase, em anexo)

Avaliação: Diagnósticos / diagnósticos em enfermagem com CIAP 2

- Risco de lesão; - Integridade da pele prejudicada / S17 Abrasão/arranhão / bolhas S19 Outra lesão cutânea S20 Calos/calosidades S14 Queimadura/ escaldão; S16 Traumatismo/ contusão A80 Lesão traumática/ acidente NE_{SEP}
- Mucosa nasal alterada / A99 Outras doenças gerais NE
- Membrana mucosa ocular seca e alterada / F99 Outras doenças oculares/anexos
- Visão prejudicada /
- Deambulação prejudicada - Risco de queda - Alteração física em pernas, pés e mãos / A99 Outras doenças gerais NE
- - Exame físico alterado com perda de força física - Exame físico alterado com perda de sensibilidade / A99 Outras doenças gerais NE
- Autoimagem negativa / Baixa autoestima /

Plano: Intervenções e condutas de enfermagem

- Cuidados com a pele, quanto à risco de ferimentos;
- Orientações para autocuidado;
- Discutir com o paciente os riscos de trauma e queimadura, advindos da dormência;
- Orientar e ensinar o paciente a adaptar artefatos utilizados em sua vida diária e laboral, para evitar traumas e queimaduras;
- Proteger as mãos com luvas; -
- Usar panelas de cabo longo e de madeira; -
- Usar colher de pau para cozinhar; -
- Massagear, indo da palma das mãos até a ponta dos dedos, bem devagar para não provocar ferimento;
- Orientar o paciente a: Evitar exposição solar; -Usar bonés, chapéu, sombrinhas, camisa de manga comprida quando for exposto ao sol; -Usar protetor solar em toda pele, com troca a cada 2 horas; - Ingerir água e líquidos em quantidade suficiente para o seu peso corporal;
- Hidratar e lubrificar a pele;
- Observar a presença de manchas novas e alteração nas já existentes (tamanho, cor e consistência);
- Avaliar o nível de hidratação da pele; -
- Orientar o paciente a evitar água quente no banho; -
- Orientar o paciente a usar sabonete de glicerina;
- Orientar o paciente a observar a presença de sangue, crosta e secreção na mucosa nasal;
- Monitorar o aspecto da mucosa nasal;
- Orientar o paciente a: - Realizar lubrificação artificial dos olhos; -Realizar proteção diurna (óculos de sol);
- Aplicar colírio, a critério médico;
- Avaliar perda de sensibilidade; -
- Avaliar perda de força;
- Avaliar perda da capacidade de preensão (dedos em garra);
- Identificar comportamentos e fatores que aumentem o risco de queda;
- Identificar as características do ambiente capazes de aumentar potencial de quedas
- Avaliar acuidade visual através da tabela de Snellen;
- Se resultado alterado, encaminhar para oftalmologista, via sistema de regulação local
- Orientar sobre alimentação saudável;
- Orientar sobre uso dos medicamentos (doses, horários, indicação, efeitos colaterais) Ex.: Rifampicina: deixa urina avermelhada e pode reduzir a eficácia do anticoncepcional; Clofazimina - costuma aumentar a pigmentação da pele (vermelho a castanho escuro);
- Orientar sobre prevenção de complicações com a manutenção de níveis pressóricos normais e controle de fatores de risco (tabagismo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);
- Estimular o autocuidado, adesão ao tratamento e envolver familiares no cuidado;
- Estimular a participação em grupos educativos.

Particularidades nas Consultas de Enfermagem, dependendo da situação

AÇÕES DO ENFERMEIRO NA SUSPEITA DE HANSENÍASE

Consulta de enfermagem:

- Anamnese: história epidemiológica, sinais e sintomas, duração e evolução das lesões;
- Avaliação dermatoneurológica: pesquisa de sensibilidade nas lesões de pele (têrmica, dolorosa e tátil), palpação de troncos nervosos e avaliação da força muscular;
- Ações de educação e comunicação em saúde;
- Encaminhar para consulta médica na unidade, se houver alguma dúvida entre ambos os profissionais, encaminhar para Centro de Referência;

AÇÕES DO ENFERMEIRO APÓS A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DE HANSENÍASE

1ª Consulta de Enfermagem:

- Realizar anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica, e registrar na
- Administrar a dose supervisionada e fornecer a autoadministrada;
- Orientar sobre a realização de exames complementares: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum, hemoglobina glicada, vitamina D e exame parasitológico de fezes;
- Encaminhar para outras especialidades, se necessário, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, oftalmologia, serviço social, dentre outras;
- Agendar e avaliar os contatos intradomiciliares;
- Realizar atividades de educação em saúde: orientações para o autocuidado, sobre episódios reacionais, efeitos colaterais dos hansenostáticos.

CONSULTAS SUBSEQUENTES:

- Realizar anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica
- Investigar possíveis sinais e sintomas de efeitos colaterais da PQT e/ou reação hanseniana;
- Suspende PQT, quando as reações são adversas consideradas relevantes e irreversíveis, e encaminhar para consulta médica;
- Encaminhar para consulta médica, em caso de reação hanseniana;
- Supervisionar a tomada da dose mensal da PQT, e fornecer as doses diárias autoadministradas;
- Agendar consulta de retorno para 28 dias, a contar da dose supervisionada;
- Monitorar o comparecimento do paciente, e proceder à busca de casos faltosos.

ANEXO DO PCDT HANSENÍASE, 2022; PÁGINAS 148-150

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE

Nome: _____ Sexo: ☐ M ☐ F ☐ O
Ocupação: _____ Data Nasc: ____/____/____
Município: _____ UF: _____
Classificação Operacional PB: ☐ MB: ☐
Data início PQT-U: ____/____/____ Data Alta PQT-U: ____/____/____

FACE	1°	2°	3°	4°
Nariz	D	E	D	E
Queixas				
Ressecamento	(S/N)			
Ferida	(S/N)			
Perfuração de septo	(S/N)			
Olhos	D	E	D	E
Queixas				
Diminuição da sensibilidade da córnea	(S/N)			
Diminuição da força muscular das pálpebras superiores	(S/N)			
Fecha olhos sem força	(Fenda)			
Fecha olhos com força	"mm" ou "0"			
Triquitase	(S/N)			
Ectrópio	(S/N)			
Opacidade corneana	(S/N)			
Acuidade visual	(Anotação em decimal)			

Legenda: Sim = S; Não = N. Em caso de fenda anotar em milímetros (mm), em caso de ausência de fenda anotar 0 (zero).
Utilizar a tabela de optotipos "E" a distância a 3 metros para medida da acuidade visual.

MEMBROS SUPERIORES	1°	2°	3°	4°
Palpação de nervos	D	E	D	E
Radial				
Ulnar				
Mediano				
Legenda: Normal = N; Espessado = E; Dor = D; Choque = C				
AVALIAÇÃO DE FORÇA	D	E	D	E
Elevação do punho / Extensão do punho (nervo radial)				
Abrir dedo mínimo / Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)				
Elevação do polegar / Abdução do polegar (nervo ulnar)				
Legenda: Forte = 5; Resistência Parcial = 4; Movimento completo = 3; Movimento Parcial = 2; Contração = 1; Paralisado = 0 OU Forte = F; Diminuída = D; Paralisado = P				

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA									
1°	2°	3°	4°						
D	E	D	E	D	E	D	E		
Legenda: Seguir as cores dos monofilamentos conforme instruções do fabricante. Garra móvel = M; Garra rígida = R; Reabsorção = ; Lesões tróficas = ; Lesões traumáticas =									
MEMBROS INFERIORES									
1°	2°	3°	4°						
Queixas	D	E	D	E	D	E	D	E	
Palpação de nervos									
Fibular									
Tibial									
Legenda: Normal = N; Espessado = E; Dor = D; Choque = C									
AVALIAÇÃO DE FORÇA									
D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Elevação do hálux / Extensão de hálux (nervo radial)									
Elevação do pé / Dorsiflexão do pé (nervo ulnar)									
Legenda: Forte = 5; Resistência Parcial = 4; Movimento completo = 3; Movimento Parcial = 2; Contração = 1; Paralisado = 0 OU Forte = F; Diminuída = D; Paralisado = P									
INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA									
1°	2°	3°	4°						
D	E	D	E	D	E	D	E		

GRAU	OLHOS	MÃOS	PÉS	Monofilamentos
0	Força muscular das pálpebras preservada. • Consegue fechar com força e formação de pregas palpebrais simétricas e com grande resistência à abertura da pálpebra forçada pelo examinador. E Sensibilidade da córnea preservada. E Acuidade visual > 0,1 (Tabela logarítmica) ou Conta dedos a 6 metros	Força muscular das mãos preservada. E Sensibilidade palmar preservada: sente o monofilamento 2g (violeta/roxa).	Força muscular dos pés preservada. E Sensibilidade plantar preservada: sente o monofilamento 2g (violeta/roxa).	Verde (0,07g) – preencher círculo na cor verde. Azul (0,2g) – preencher círculo na cor azul. Violeta (2,0g) – preencher círculo na cor violeta/roxa.
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiência visível: • Apresenta resistência mínima à abertura forçada pelo examinador. E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: • Resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar.	Diminuição da força muscular das mãos sem deficiência visível. E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (violeta/roxa).	Diminuição da força muscular dos pés sem deficiência visível. E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (violeta/roxa).	Vermelho (4,0g) – preencher círculo na cor vermelho. Laranja (10,0g) – marcar o círculo com X na cor vermelho. Rosa (300g) – circular na cor vermelho sem preencher. Não sente Rosa (300g) – preencher na cor preto.
2	Deficiência(s) visível(ões) causada(s) pela hanseníase, como: • Lagofalmo • Ectrópio • Triquitase • Indocitose • Opacidade corneana. E/OU Acuidade visual < 0,1 (Tabela logarítmica) ou não conta dedos a 6 metros, excluídos outros causas.	Deficiência(s) visível(ões) causada(s) pela hanseníase, como: • Garra • Reabsorção óssea • Atrofia muscular • Mão caída • Lesões tróficas* • Lesões traumáticas*	Deficiência(s) visível(ões) causada(s) pela hanseníase, como: • Garra • Reabsorção óssea • Atrofia muscular • Pé caído • Lesões tróficas* • Lesões traumáticas*	NOTAS: Inspeção e avaliação sensitiva: 1. O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º dedo, preservado pelo fibular. 2. O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º dedo, preservado pelo fibular. ATENÇÃO: As deficiências classificadas como grau 1e/ ou 2, somente serão atribuídas a hanseníase quando excluídas outras causas. *Lesões considerar lesões em áreas com alteração de sensibilidade (foto sente 2g)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no Estado de Goiás [livro eletrônico]. 4. ed. – Goiânia, GO : Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2022.

Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde [livro eletrônico]: tuberculose e hanseníase / [organização]. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. 1ª ed. Campo Grande, MS: Coren-MS, 2021



PROTÓCOLOS DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O planejamento reprodutivo, também denominado planejamento familiar, é um direito sexual e reprodutivo, assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 e alterações feitas pela Lei 14.443/ 2022. Assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos, a partir da escolha informada sobre os meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2008, 2016).

O planejamento reprodutivo deve ser orientado à mulher e ao parceiro (a) durante a consulta pelo enfermeiro.

As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação dos homens, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres.

O acolhimento da pessoa deve preferencialmente ser na Unidade Básica de Saúde – UBS, e deve ser realizado por meio de uma escuta orientada para as suas necessidades e demandas.

O acolhimento é o momento oportuno para oferecer ações de prevenção e promoção de saúde dentro da Linha de Cuidados.

PLANEJAMENTO FAMILIAR: CONTRACEPÇÃO

No que se refere à anticoncepção, a orientação/aconselhamento constitui a informação correta, completa e de acordo com as necessidades do(a) usuário(a) sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis e cientificamente comprovados, bem como reflexões sobre conhecimentos, valores, atitudes e práticas dos(as) usuários que facilitem ou dificultem a utilização de anticoncepcionais. Por meio de uma orientação efetiva o (a) usuário(a) pode escolher o método mais adequado às suas necessidades, seu estilo e seu momento de vida atual (BEMFAM, 2007).

As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Ela pode ser realizada em pequenos grupos, usando metodologia participativa, tendo o objetivo de estabelecer um processo contínuo de educação que vise trabalhar a atenção integral, focalizando outros aspectos da saúde reprodutiva, tais como sexualidade, conhecimento do corpo, questões de gênero, vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, violência, direitos sexuais e reprodutivos e, também, sobre as diferentes opções anticoncepcionais, de maneira que a usuária seja capaz de realizar uma escolha livre e informada. Devem ser fornecidas as informações de maneira clara e completa sobre mecanismo de ação dos anticoncepcionais, modo de uso, eficácia, efeitos colaterais e efeitos não contraceptivos.

CONTRACEPÇÃO EM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS:

De acordo com o Guia Prático de Planejamento Sexual e Reprodutivo do Rio de Janeiro/ RJ, 2023

ADOLESCÊNCIA

O atendimento a adolescentes deve respeitar os princípios de privacidade, confidencialidade, sigilo e autonomia. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entende como adolescência o período compreendido entre os 12 e 18 anos. Nessa faixa etária, se assim desejar, o adolescente tem direito a ser atendido sem a presença de acompanhante, salvo quando não há capacidade de discernimento pelo menor, como em casos de déficit intelectual importante. A necessidade de quebra de sigilo ocorre quando há risco ao adolescente ou a terceiros, como situações de abuso sexual. Pela lei brasileira, a idade mínima para consentimento de relação sexual é 14 anos. Não se deve exigir a presença de um responsável para o atendimento de adolescente que demanda cuidado, inclusive com solicitação de método contraceptivo, pois essa obrigatoriedade fere o direito do mesmo de acesso à saúde. Todo contato do adolescente no serviço de saúde deve ser encarado como uma oportunidade para a promoção de informações sobre saúde sexual. Alguns temas importantes são consentimento, prevenção de ISTs e opções de métodos contraceptivos, mesmo dia da consulta, independentemente da fase do ciclo menstrual.

CLIMATÉRIO

A idade, por si só, não é contraindicação ao uso de métodos específicos, porém com a progressão da idade as pessoas apresentam maior prevalência de condições de saúde como hipertensão arterial sistêmica ou tabagismo, que limitam ou contraindicam o uso de determinados métodos, em particular os métodos combinados. O uso de métodos hormonais, em particular os que provocam amenorréia, podem mascarar o início da menopausa e dificultar a identificação do melhor momento para suspender o método. Ao mesmo tempo, na perimenopausa o risco de complicações na gestação é maior, de modo que a interrupção do uso de métodos contraceptivos deve ocorrer apenas quando há certeza do estado de menopausa, em geral 12 meses depois da última menstruação ou após confirmação laboratorial.

PESSOAS TRANS EM HORMONIZAÇÃO

O uso de hormônios para modificação das características sexuais corporais pode reduzir a fertilidade do indivíduo, porém não necessariamente a suprime por completo. O uso de métodos contraceptivos, em particular por homens trans usuários de testosterona, deve ser orientado caso a pessoa tenha práticas sexuais passíveis de gerar gravidez, inclusive porque a gestação é contraindicação absoluta para o uso da testosterona. Essa informação deve ser reforçada aos usuários trans masculinos, uma vez que é frequente a crença equivocada de que a testosterona teria efeito contraceptivo ao provocar amenorréia, expondo o sujeito ao risco de gestação indesejada. Da mesma forma, mulheres trans e travestis que possuem gônadas preservadas devem ser aconselhadas quanto ao risco de engravidar com parcerias que possam gestar.

O uso de terapia hormonal masculinizante por homens trans não contraindica contraceptivos hormonais, mesmo os que contenham estrogênio. Não se espera que a dose de estrogênio contida nos anticoncepcionais combinados tenha efeito feminilizante em indivíduos que fazem uso de testosterona. Há, contudo, certa ressalva pelo aumento teórico do risco de eventos tromboembólicos, aumento que, no entanto, não foi observado nos estudos científicos até o momento.

Dessa forma, a escolha do método contraceptivo é em função da existência ou não de contraindicações e, principalmente, das expectativas e desejos da pessoa em relação ao método. Alguns homens trans têm desejo de interromper a menstruação, que costuma gerar amenorréia, podem ser interessantes. Outros preferem não fazer uso de métodos hormonais, podendo, nesses casos, o DIU de cobre ser uma boa opção. A disforia e o desconforto intenso com exames ginecológicos ou manipulação genital podem ser limitantes para a realização da inserção de DIU ou o uso de preservativos internos ou diafragma, devendo ser considerados no processo de escolha do método.

PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA)

Idealmente, a dupla proteção é a estratégia mais recomendada para PVHA, uma vez que os preservativos impedem a aquisição de outras ISTs, e o segundo método garante proteção adicional contra gestação não planejada. O esquema básico de TARV atual (Tenofovir/Lamivudina + Dolutegravir) pode ser utilizado com qualquer método contraceptivo hormonal (Categoria 1). Esquemas com efavirenz, nevirapina ou ritonavir podem reduzir a eficácia contraceptiva de métodos hormonais (Categoria 2), sendo medroxiprogesterona considerado o método hormonal mais seguro nesses casos (Categoria 1). Os métodos LARC (métodos de longa duração) como o DIU de cobre e o DIU hormonal também são boas opções, evitando-se a inserção somente em contextos de imunodepressão (CD4 < 350 células/mm3), pelo risco aumentado de infecção pós-procedimento. Nesses casos, recomenda-se a recuperação dos valores de CD4 antes da inserção do DIU. Por outro lado, caso uma pessoa já usuária de DIU evolua em algum momento de seu cuidado com imunossupressão, não há necessidade de retirada do dispositivo.

ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo ministério da saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: a escolha da mulher, do homem ou do casal, as características dos métodos, fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método.

Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos: OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition 2015

Os critérios de elegibilidade de um método anticoncepcional são definidos pelo conjunto de características apresentadas pela candidata ao uso de um determinado método, e que indicam se aquela pessoa pode ou não utilizá-lo.

Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais não devem ser considerados norma estrita, mas sim recomendação, que pode ser adaptada às condições locais. Consistem em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classificam em quatro categorias, conforme descrito a seguir:

- **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.
- **Categoria 2:** o método pode ser usado com restrições. As condições listadas na Categoria 2 significam que o método em questão pode ser utilizado com alguma precaução. São situações nas quais as vantagens de usá-lo geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar. As condições 108 da Categoria 2 fazem com que o método não seja a primeira escolha e, se usado, um acompanhamento mais cuidadoso faz-se necessário.
- **Categoria 3:** os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios. Quando há condição da Categoria 3 para um método, este deve ser o de última escolha e, caso seja escolhido, é necessário acompanhamento rigoroso da(o) usuária(o).
- **Categoria 4:** o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável. Considerando que as situações que se enquadram na Categoria 3 exigem acompanhamento rigoroso, recomenda-se, nesta publicação, adaptar a classificação da OMS supramencionada, de modo a englobar as Categorias 3 e 4 como a categoria em que o método não deve ser usado.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS DE CONTRACEPTIVOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA: LEGENDA:

- A** – O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.
- 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 gonorréia.

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 IST que não as listadas na letra.

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCION AL ORAL COM 35MG OU MENOS DE EE	ANTICONCEPCION AL ORAL COMBINADO ACOC	ANTICONCEPCION AL INJETÁVEL AIC	MINIPILULA A pp	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA NA AMP	DIU
MULHERES < 40 ANOS	1	1	1	1	1	1A2
MULHERES > 40 ANOS	2	2	2	1	2	1
OBESIDADE (IMC >= 30)	2	2	2	1	1	1
HIPERLIPIDEMIAS	3	3	3	2	2	1
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1	1	1	1	1	1
MOMAS UTERINOS	1	1	1	1	1	4
DIP	1	1	1	1	1	4
IST (EXCETO HIV E HEPATITE)	1	1	1	1	1	F4 G2
NULIPARA	1	1	1	1	1	2
MULTIPARA	1	1	1	1	1	1

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCION AL ORAL COM 35MG OU MENOS DE EE	ANTICONCEPCION AL ORAL COMBINADO ACOC	ANTICONCEPCION AL INJETÁVEL AIC	MINIPILULA A pp	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA NA AMP	DIU
MULHERES < 40 ANOS	1	1	1	1	1	1A2
MULHERES > 40 ANOS	2	2	2	1	2	1
OBESIDADE (IMC >= 30)	2	2	2	1	1	1
HIPERLIPIDEMIAS	3	3	3	2	2	1
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1	1	1	1	1	1
MOMAS UTERINOS	1	1	1	1	1	4
DIP	1	1	1	1	1	4
IST (EXCETO HIV E HEPATITE)	1	1	1	1	1	F4 G2
NULIPARA	1	1	1	1	1	2
MULTIPARA	1	1	1	1	1	1

HISTÓRIA DE DHEG	3	3	3	2	2	1
HAS+PORTADORA DE DOENÇA VASCULAR	4	4	3	3	2	1
HISTÓRIA DE TVPIEP	4	4	4	3	3	1
HISTÓRIA DE TETIVP - USO ATUAL DE ANTICOAGULANTE ORAL	4	4	4	2	2	1
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL	2	2	2	1	1	1
VARIZES		1	1	1	1	1
CARDIOPATIA ISQUEMICA	4	4	4	3	3	1
AIVE	4	4	4	3	3	1
VALVULOPATIA CARDÍACA COM COMPLICAÇÕES	4	4	4	1	1	2
CEFALEIA LEVE	2	2	2	1	1	1
ENXAQUEÇA SEM AURA MENOR DE 35 ANOS	2	2	2	2	1	1
	MANUTENÇÃO 3	MANUTENÇÃO 3	MANUTENÇÃO 3	MANUTENÇÃO 02	MANUTENÇÃO 2	1
ENXAQUEÇA SEM AURA MAIOR OU IGUAL 35 ANOS	3	3	2	2	2	1
	MANUTENÇÃO 4	MANUTENÇÃO 4	MANUTENÇÃO 3	MANUTENÇÃO 03	MANUTENÇÃO 3	1
ENXAQUEÇA COM AURA	4	4	4	3	3	1
CÂNCER CERVICAL	2	2	2	1	2	4
ENFERMIDADE BENIGNA DA MAMA	1	1	1	1	1	1

HISTÓRIA FAMILIAR DE CA DE MAMA	1	1	1	1	1	1
HISTÓRIA DE CA DE MAMA - AUSÊNCIA DE EVIDÊNCIAS POR 5 ANOS	4	4	4	4	4	1
CÂNCER DE MAMA	4	4	4	4	4	1
BK	1***	1***	1	1***	1	1
DIABETES SEM ENFERMIDADE VASCULAR	2	2	2	2	2	1
DIABETES	4	4	4	2	3	1
NEFROPATIA/RETINOPATIA/NEUROPATIA						
TRASTORNOS TIROIDEOS	1	1	1	1	1	1
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR TRATADA	2	2	2	2	2	1
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR ATUAL	3	3	3	2	2	1
HEPATITE VIRAL ATIVA	4	4	4	3	3	1
PORTADORA DE HEPATITE VIRAL	1	1	1	1	1	1
CIRROSE/TUMORES DE FÍGADO	4	4	4	3	3	1
TALASSEMIA	1	1	1	1	1	2
ANEMIA FALCIFORME	2	2	2	1	1	2
EPILEPSIA	1	1*	1*	1*	1*	1

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**						
TRANSPLANTADAS RENAI***						
HIV/AIDS	1	1*	1*	1*	1*	3

Notas:

*a condição em si não restringe o uso da pílula. Entretanto, algumas drogas podem diminuir a eficácia da pílula, como: Lopinavir, Ritonavir, Nelfinavir e Nevirapina.

** Para pacientes com IRC avançada, os métodos indicados são: DIU ou métodos de barreira

*** Para transplantadas renais, podemos indicar: 1) Métodos de Barreira, 2) Anticoncepcionais orais de baixa dosagem, de preferência uso contínuo para evitar flutuações hormonais, as quais podem alterar a biodisponibilidade dos imunossuppressores e prednisona (a drosperinona pode aumentar o potássio sérico), 3) Medroxiprogesterona. O DIU nesse caso é contra-indicado, já que as medicações imunossupressoras diminuem a reação inflamatória do mesmo.

**** Para pacientes em tratamento com Rifampicina lembrar que diminui a eficácia dos contraceptivos hormonais orais.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:

Em face da anticoncepção, é de suma importância ofertar diferentes opções de métodos contraceptivos em todas as etapas da vida reprodutiva para que o usuário possa escolher o método mais apropriado às suas necessidades. Diante dos crescentes e recorrentes casos de IST, é necessário esclarecer a importância da dupla proteção (uso dos métodos contraceptivos descritos a seguir associados ao uso do preservativo).

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO:**MÉTODOS REVERSÍVEIS****MÉTODOS NATURAIS** (muco cervical, tabela e coito interrompido)

São métodos associados ao maior número de falhas (até 25%), recomenda-se um aconselhamento especial para assegurar que o método seja utilizado corretamente. É necessário observar as condições e circunstâncias que possam afetar a função ovariana ou a regularidade dos ciclos menstruais.

MÉTODOS DE BARREIRA: Condom (camisinha/ preservativo externo e interno):

Deverá ser sempre recomendado para a prevenção de ISTs/AIDS (não existem contraindicações, exceto a rara ocorrência de alergia ao látex), disponibilizar camisinha de acordo com a demanda do usuário. Falha de 2% podendo chegar a 15% se uso inadequado.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO- DIU

Em relação ao mecanismo de ação do DIU, existem evidências mostrando um complexo e variado conjunto de alterações espermáticas, ovulares, cervicais, endometriais e tubárias que causam a inibição da fertilização. É indicado para toda e qualquer pessoa com útero (adolescente ou adulta), que preencha critérios de elegibilidade. A taxa de falha varia de 0,5 a 0,8%. A inserção pode ser realizada em qualquer período do ciclo menstrual, desde que a paciente não esteja grávida. A mulher deve apresentar exame de gravidez negativo recente (realizado até 48 horas antes do procedimento) ou teste rápido realizado na UBS. Ressalta-se que o período menstrual é bem indicado, pois o colo do útero apresenta-se mais pérvio.

Na amenorréia por lactação ou por uso de outros métodos hormonais, o DIU pode ser inserido, após afastar-se a possibilidade de gravidez (realizar teste rápido de urina na UBS quando disponível ou solicitar o teste BETA HCG quantitativo).

O DIU poderá ser inserido no pós-parto imediato (até 48h) nas maternidades (antes de receber alta) e deve ser oferecido ainda no pré-natal com Termo de Consentimento Esclarecido assinado pela mulher. Ou então, 4 semanas após o parto, a mulher poderá ser encaminhada para a inserção do DIU, desde que haja certeza que não esteja grávida. A paciente deverá apresentar o resultado do último citopatológico com menos de 1 ano da coleta.

A primeira revisão clínica deve ser feita pelo profissional que inseriu o DIU em até 30 dias após a inserção. Nesse período, a paciente deve ser orientada a evitar relações sexuais. É necessário solicitar uma USG transvaginal. Posteriormente, as revisões são anuais podem ser realizadas pelo enfermeiro e/ou médico da UBS e a USG para seguimento e controle anual somente deverá ser solicitado em casos de inserção difícil, não visualização dos fios ou fios mais longos do que o esperado (geralmente os fios são cortados a 2 cm do orifício externo do colo uterino) sugerindo mal posicionamento do DIU.

CONTRAINDICAÇÕES PARA USO DO DIU

Gravidez confirmada ou suspeita, infecção pós-parto ou pós-aborto, doença Inflamatória Pélvica (DIP) atual ou nos últimos 3 meses, cervicite purulenta, sangramento vaginal sem diagnóstico etiológico, tuberculose pélvica, antecedente pessoal de DIP por duas ou mais vezes, câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário e coriocarcinoma, alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU, sangramento menstrual aumentado (aumento da quantidade ou do número de dias), risco aumentado de IST (parcerias múltiplas ou parceria com múltiplas parcerias) doença trofoblástica benigna. Avaliar risco benefício da inserção do DIU nos seguintes casos, nuliparidade, anemia ferropriva, talassemia, anemia falciforme, pós-parto e pós-aborto de segundo trimestre (inserção antes de completar 48 horas), mioma ou outros problemas anatômicos que não alteram a cavidade uterina, história de DIP sem gravidez recente, vaginite sem cervicite (preferencialmente, tratar antes da inserção), endometriose, dismenorréia, doença cardíaca valvar complicada (fibrilação com risco de tromboembolismo).

Atenção, pessoas vivendo com HIV/AIDS que estejam em tratamento com antirretroviral e estejam clinicamente bem podem colocar o DIU e devem ser acompanhadas sempre que surgirem sintomas como dor pélvica ou corrimento.

Orientações gerais sobre o DIU: A paciente deverá apresentar o resultado do último exame citopatológico, que deve ter sido realizado em até um ano. Alertar sobre sinais de febre, nos primeiros 20 dias após a inserção (pode ser indicativo de pelviperitonite, encaminhar para CMI); dismenorréias intensas podem ser mais frequentes nas usuárias do DIU, solicitar US para verificar posicionamento inadequado e infecção. Atraso menstrual: realizar o teste rápido de gravidez ou solicitar BHC; resultado negativo, repetir com 15 dias, e se persistir encaminhar para avaliação do ginecologista; resultado positivo, encaminhar para ginecologista.

MÉTODOS HORMONAIS:**CONTRACEPTIVO ORAL COMBINADO:**

Associação de estrogênio e progestogênio, com taxa de falha de 0,3 a 0,7% podendo chegar a 8% se usado incorretamente.

Prescrição inicial feita por médico ou enfermeiro. A manutenção da receita poderá ser feita para até seis meses;

Padronização: Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg

A receita pode ser de uso contínuo, tendo validade de 6 meses.

Efeitos colaterais mais comuns: náuseas, cefaleia, nervosismo, ganho de peso, hipersensibilidade mamária, melasma, hipertensão transitória. Reavaliação se persistir sintomas.

VANTAGENS

Diminuição do risco de câncer de ovário e endométrio, regulação do ciclo menstrual e dos sangramentos; redução de cólicas e volume do sangramento; redução do risco de DIP, gravidez ectópica e doença trofoblástica gestacional; melhoria da artrite reumatóide, anemia, acne, seborréia e hirsutismo.

CONTRAINDICAÇÕES

- Avaliar risco benefício, alguns medicamentos (Ampicilina, Tetraciclina, Carbamazepina, Hidantoína, barbitúricos e antialérgicos) podem diminuir o efeito da pílula; história de cirurgia bariátrica;
- amamentação com < 6 meses do parto;
- situações de vômito e diarreia também reduzem a eficácia das pílulas. Usar método de barreira até o fim do ciclo;
- enxaqueca com ou sem aura;
- diabetes com nefropatia, retinopatia, neuropatia;
- obesidade com IMC > 35;
- lactação;
- neoplasia hormônio-dependente ou suspeita;
- câncer de mama diagnosticado ou suspeito; doença tromboembólica; coronariopatia;
- doença cerebrovascular;
- doença ocular;
- sangramento uterino anormal não diagnosticado;
- gravidez confirmada ou suspeita;
- hepatopatias;
- lúpus eritematoso sistêmico;
- algumas doenças cardiovasculares (prótese valvar, hipertensão pulmonar, estenose mitral com fibrilação atrial ou aumento do átrio esquerdo, cardiomiopatia, Síndrome de Marfan, coarctação de aorta complicada);
- tabagismo em mulheres > 35 anos, em uso de até 15 cigarros/dia: contraindicação relativa, tabagistas pesados, em uso > 15 cigarros/dia: contraindicação absoluta do uso de ACO;
- HAS descompensada: PA > 160x100 mmHg;
- história prévia de TEP e TVP;
- AVC.

INTERAÇÕES

As interações relevantes que diminuem o efeito da pílula são com Rifampicina, Fenitoína, Fenobarbital, Carbamazepina, Oxcarbamazepina e Topiramato acima de 200mg. *Associar o método de barreira durante o tratamento e por mais 7 dias depois.*

A associação com Lamotrigina está contraindicada sob risco de reduzir o controle de convulsões.

ORIENTAÇÃO QUANTO AO USO:

Iniciar o uso entre 1º e 5º dia da menstruação, ingerir as pílulas diariamente, preferencialmente no mesmo horário, após final da cartela (21 pílulas) pausa de 7 dias, iniciarnova cartela no 8º dia de intervalo. Não é necessário método complementar no 1º ciclo (desde que seguidas as orientações acima). Em caso de esquecimento de uma pílula, lembrando-se do fato até 24 horas depois do horário habitual, ingeri-la imediatamente. A proteção do anticoncepcional ainda está mantida. Seguir a cartela normalmente. Já o esquecimento de uma ou mais pílulas, terminar a cartela normalmente, mas associar método de barreira até o fim deste ciclo;

CONTRACEPTIVO ORAL SIMPLES (MINIPÍLULA)

Tem sua eficácia elevada quando em aleitamento materno exclusivo. Indicada para uso no puerpério.

PADRONIZAÇÃO

Noretisterona 0,30 mg – Uso contínuo e sem interrupção

Contraceptivo composto de progesterona isolada, que atua promovendo o espessamento do muco cervical, dificultando a movimentação dos espermatozoides. A inibição da ovulação ocorre apenas em cerca de metade dos ciclos. Por esse motivo, minipílulas como a de noretisterona precisam ser tomadas sem pausa e sempre no mesmo horário, pois o atraso de poucas horas leva a uma marcada redução do efeito contraceptivo. Isso torna a eficácia do uso perfeito do método consideravelmente mais difícil de ser atingida na prática do que a de anticoncepcionais orais combinados. A exceção é a minipílula de desogestrel 75mcg, que tem efeito anovulatório e, dessa forma, uma taxa de falha menor. De forma geral, as minipílulas são recomendadas para uso durante o aleitamento materno, uma vez que não há interferência sobre a produção de leite e considerando que, nesses contextos, a fertilidade é naturalmente menor, o que aumenta a sua eficácia.

Tomar 1 comprimido ao dia, sempre no mesmo horário sem atrasos. Fazer uso contínuo sem pausa

INJETÁVEL MENSAL

A taxa de falha: 0,3 a 0,5% podendo chegar a 3% se uso inadequado

PADRONIZAÇÃO

Valerato de Estradiol 5 mg + Enantato de Noretisterona 50 mg.

Pode-se iniciar em qualquer momento do ciclo desde que se tenha certeza que não está grávida ou iniciar no 1º dia da menstruação. As próximas aplicações deverão ocorrer a cada 30 dias (entre 27 e 33 dias); via administração IM nos glúteos. É indicado usar método de barreira por 7 dias na primeira injeção. Pode ocorrer sangramento irregular nos primeiros 3 meses, se persistir orientar a retornar.

CONTRAINDICAÇÕES

São as mesmas do ACO (anticoncepcionais orais), acrescidas de neoplasias estrogênicos- dependentes.

INJETÁVEL TRIMESTRAL

Tem taxa de falha: 0,3% podendo chegar a 3% se uso inadequado. **Padronização**

Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg

Iniciar a aplicação em qualquer momento do ciclo, preferencialmente do 1º ao 5º dia, desde que se tenha certeza que não está grávida. As próximas aplicações deverão ocorrer a cada 90 dias; via administração IM nos glúteos. É indicado usar método de barreira por 7 dias na primeira injeção.

EFEITOS COLATERAIS

Irregularidade menstrual, amenorreia, pequeno ganho de peso, 2 a 3 kg no primeiro ano, cefaléia, alterações do humor, demora no retorno da fertilidade, redução da densidade óssea (evitar o uso nos primeiros 2 anos após a menarca).

CONTRAINDICAÇÕES

São as mesmas do injetável mensal.

ANTICONCEPÇÃO HORMONAL DE EMERGÊNCIA - AHE

Mais efetivo quando utilizado nas primeiras 72h após a relação, com taxa de falha de 1,2 a 2,4%. Pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva

É preciso reconhecer e ressaltar que a AE representa um direito sexual e reprodutivo, na medida em que oferece mais uma opção de prevenção à gravidez não planejada. É um método amplamente estudado e aprovado, com relação à eficácia e segurança, sendo legítima a sua divulgação e acesso para todas as mulheres. Não deve ser utilizada como rotina, uma vez que outros métodos podem ser mais eficazes e com menos efeitos colaterais. Pode ser prescrita até cinco dias após a relação sexual desprotegida, mas, quanto mais precoce a sua utilização, maior a eficácia.

Padronização:

Levonorgestrel 0,75 mg - 2 comprimidos em dose única OU um comprimido de 12 em 12 horas por um dia; OU Levonorgestrel 1,5 mg – 1 comprimido em dose única.

Indicações

Relação sexual desprotegida, quando ocorrer um acidente contraceptivo ou uso incorreto do anticoncepcional, rompimento ou uso incorreto do preservativo, esquecimento prolongado do anticoncepcional oral ou atraso superior a 3 dias do injetável, coito interrompido em que ocorre derrame do sêmen na vagina, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal, nos casos de violência sexual, quando a mulher não estiver usando um método contraceptivo de alta eficácia (método hormonal, DIU ou Salpingotripsia bilateral STB). É necessária a abordagem sobre o possível contágio das IST, indicando as realizações dos testes rápidos respeitando as janelas imunológicas.

MÉTODOS DEFINITIVOS:

CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA:

SALPINGOGRAFIA BILATERAL FORA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL CRITÉRIOS

Mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos. Ter o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade (assinatura do Termo de Consentimento) e o ato cirúrgico (período para refletir sobre os métodos reversíveis e evitar a esterilização precoce).

SALPINGOGRAFIA BILATERAL DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL CRITÉRIOS

Mulheres com 2 ou mais cesáreas prévias podem realizar a próxima cesárea eletiva com salpingotripsia. **IMPORTANTE:** O Termo de Consentimento deve ter data com 60 dias antes da previsão do parto.

VASECTOMIA

Critérios

Homens com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos. Também deve-se respeitar o intervalo mínimo de 60 dias antes do ato cirúrgico, cópia do comprovante de endereço e da certidão de nascimento dos filhos.

DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS TEMPORÁRIOS REVERSÍVEIS E IRREVERSÍVEIS:

MÉTODOS TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)			
HORMONAL	Orais	- Combinados; - Monofásicos; - Bifásicos; - Trifásicos; - Minipílulas.	Os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS são: -Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg); -Minipílula (noretisterona 0,35 mg); - Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg)
	Injetáveis	- Mensais; - Trimestrais.	Disponível pelo SUS: - Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg); - Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg).

BARREIRA	Femininos (ou pessoas com vagina)	Preservativo interno	Disponível pelo SUS
	Masculino (ou pessoas com pênis)	Preservativo externo	
	Não medicados	DIU de cobre	

MÉTODOS DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
FEMININO	Ligadura tubária	Conforme Lei nº. 9.263, de 12/01/96 e alterações feitas pela LEI 14.443/ 2022
Masculino	Vasectomia	

Para o estabelecimento da escolha do método contraceptivo, alguns fatores devem ser considerados para a eficácia do mesmo, como a preferência da mulher, homem e/ou casal, as características do método como a eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade do uso, desejo de reversibilidade e proteção contra IST, HIV/AIDS.

Quando se elege um método de longa duração, há a necessidade do estímulo e agendamento para a participação em atividades educativas. E já os métodos definitivos como a laqueadura e a vasectomia devem obedecer aos critérios pré-estabelecidos, respeitando a legislação vigente, Lei nº. 9.263, de 12/01/96 (14.443/ 2022).

Tabela com Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU):

Método	Tipo disponível na rede	Como usar/ Condutas do enfermeiro	Efeitos colaterais mais
Dispositivo Intrauterino (DIU)	DIU de Cobre (DIU-Cu)	• O enfermeiro encaminhará paciente para a inserção ou retirada do DIU; • Descartar sempre gravidez, priorizar inserção durante o quadro menstrual (facilidade de inserção do método e descarte de gestação ao mesmo tempo); • Realizar preventivo, antes da inserção;	• Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer; • Logo após a inserção, os efeitos mais comuns, os quais geralmente desaparecem ao longo das semanas, é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; caso apresente fluxo intenso avaliar, em

		• No caso de aumento importante do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá encaminhar o paciente para o médico ou solicitar avaliação conjunta.	conjunto com médico da equipe.
Injeção de progestágeno, (trimestral)	Acetato de medroxiprogesterona, na 150 mg	• Injeção IM a cada 12 semanas (ou 90 dias); • Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia); • Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação; • Em caso de atraso: • Até 2 semanas: aplique nova injeção; • Mais de 2 semanas: descarte primeiro a possibilidade de gravidez e, após, aplique o método.	• Amenorreia (comum); • Ganho de peso; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.
Injeção de estrogênio/ progestágeno.	Enantato de noretestisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg	• Injeção IM a cada 4 semanas (ou 30 dias); • Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual); • Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método; • Em caso de atraso:	• Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura; tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea; • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea;

		• Até 7 dias: aplique nova injeção; • Mais que 7 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após, inicie novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias.	• Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.
Pílula combinada estrogênio/ progestágeno. (mensal)	Ethinilestradiol/ levonogestrel. 0.03/0,15 mg Ethinilestradiol/ desogestrel. 0.03/0,15mg Ethinilestradiol/ gestodeno. 0.02/0,075mg	• Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; • Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método; • Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela; • Em caso de esquecimento: • Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar; • Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; • Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. Em caso de vômitos: Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela.	• Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura; tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea; • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.

Pílula de progestágeno, isolado	Noretisterona. 0.35 mg	• Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto; • Tomar na mesma hora, todo o dia e manter aleitamento materno exclusivo. - Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias.	• Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses. Avaliar com médico da equipe conforme guia de prática clínica (PACK)*; • Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente e se necessária avaliar com médico da equipe conforme guia de prática clínica (PACK)*
Métodos cirúrgicos (irreversíveis)	Laqueadura tubária e Vasectomia	• Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários; • Entregar termo de consentimento livre e esclarecimento, lendo em conjunto com o mesmo a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhando, lembrando sempre ao usuário sobre o risco de uma cirurgia e, que ambos os métodos são considerados na prática IRREVERSÍVEIS;	• Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Para os homens orienta-se evitar carregar peso, por um período não inferior a 5 dias. Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica; • Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciado para serviço de urgência.

		• Solicitar exames pré-operatórios: Glicose, Hemograma, TAP, TTPa, EAS, Beta HCG e ECG para maiores de 40 anos (somente após marcação da consulta para avaliação com o especialista); • Solicitar espermograma, após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar sucesso do procedimento cirúrgico.	
--	--	---	--

Fonte: COREN/ SC (2016).

COMPARAÇÃO ENTRE INJEÇÃO MENSAL E TRIMESTRAL

DESCRIPTOR	INJETÁVEL MENSAL (AIM)	INJETÁVEL TRIMESTRAL (AIT)
Intervalo entre as doses	1 mês	3 meses
Flexibilidade na data da dose	3 dias antes ou depois da data programada	2 semanas antes ou depois da data programada
Efeitos no padrão menstrual	Sangramento irregular ou aumentado nos primeiros 3 meses, tendendo a regularizar com o passar dos meses. Raramente (2%) provoca amenorreia.	Sangramento irregular ou aumentado nos primeiros meses, tendendo à redução do volume de sangue e da frequência menstrual com o passar dos meses. Cerca de metade das pessoas usuárias evoluem com amenorreia no primeiro ano de uso.
Efeitos adversos	Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, mudanças na libido, piora da acne, aumento da pressão arterial e do risco de eventos tromboembólicos.	Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, mudanças na libido, acne, ganho de peso e redução leve da massa óssea.
Retorno da fertilidade após interrupção	Rápido, em média após 1 mês.	Pode ser demorado — em média após 4 meses.
Taxa de falha	3%	4%

Fonte: Guia Prático de Planejamento Sexual e Reprodutivo do Rio de Janeiro/RJ, 2023

CONTRACEPÇÃO EM ADOLESCENTE

Considera-se adolescente indivíduos entre 12 e 18 anos (Artigo 2 do ECA, Lei 8069/1990) e em casos expressos em lei, excepcionalmente, pessoas até 21 anos de idade.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

É direito do adolescente a garantia da privacidade e sigilo de consulta, independente da idade, de ser atendido sozinho ou acompanhado por adulto, inclusive durante o exame físico. A quebra de sigilo é prevista em casos de suspeita e/ou certeza de violência sexual, em diagnóstico confirmado de HIV/AIDS e de gravidez em menores de 18 anos, devendo ser realizado com o conhecimento do adolescente, mesmo que ele não concorde. (Artigo 74 do Código de Ética Médica).

Respaldo importante à anticoncepção para adolescentes foi a estruturação do documento Marco Teórico e Referencial - Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006, que reforça direitos anteriormente determinados pelo ECA, 1990, e pela ONU em 1991 e 1995. Os principais direitos são a privacidade e a confidencialidade no atendimento, além do direito ao sigilo profissional, educação sexual e à prescrição de métodos anticoncepcionais.

Os adolescentes têm direito a educação sexual e acesso aos métodos contraceptivos, com boa indicação clínica. O profissional de saúde não fere nenhum preceito ético, não devendo temer nenhuma penalidade legal.

Em relação à prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos, a presunção de estupro deixa de existir quando o profissional possui informação de sua não-ocorrência. *Porém a nível municipal, indicamos métodos contraceptivos hormonais para a população acima de 14 anos, para prescrição feita pelo enfermeiro.*

ESPECIFICIDADES DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA

O uso de anticoncepcionais em adolescentes, apesar de ampla evidência científica sobre o assunto, ainda é tabu entre os profissionais de saúde que ainda são permeados de dúvidas e preconceitos, dificultando acesso à contracepção para esse público, seja por desconhecimento técnico ou por desaprovação pessoal à atividade sexual nessa fase de vida, porém vale ressaltar que o atendimento de enfermagem deve ser livre de preconceitos e baseado em evidências científicas. O número de gestação e IST em adolescentes segue em escala descendente, e é necessária a imediata atuação com esse recorte populacional, principalmente para populações com vulnerabilidade social, onde a prevalência de gravidez na adolescência é maior.

Esse é um método alternativo para a prevenção da gravidez visando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada e suas consequências na Saúde Pública, particularmente na saúde reprodutiva e serão os métodos atualmente em uso, supracitados.

Além da questão da gravidez precoce e não desejada, o início da vida sexual expõe os adolescentes às IST e HIV/ AIDS, gestação de risco e aborto, além de transtornos de saúde mental. Nesse sentido é importante que os serviços de saúde, em especial na Atenção Primária, tenham condições de oferecer acesso ao uso a todos os métodos contraceptivos disponíveis na rede, sejam eles de barreira ou hormonais como outros métodos contraceptivos.

FATORES ASSOCIADOS A COMPORTAMENTOS SEXUAIS DESPROTEGIDOS EM ADOLESCENTES

A falta de acesso aos métodos contraceptivos, falta de orientação sobre o uso correto dos mesmos, desconhecimento sobre os aspectos fisiológicos do próprio corpo, negativa dos profissionais de saúde em prescrever, ou recusa de pais e educadores em informar, receio de prejuízo à fecundidade e dos efeitos colaterais em longo prazo, crenças religiosas, falta de projeto de vida, mau desempenho escolar e/ou profissional, pressão social para casar ou para engravidar, dentre outras questões de gênero, instabilidade e/ou falta de vínculo familiar, baixa autoestima, dificuldade em assumir a própria sexualidade por medo ou repressão sociofamiliar, abuso de álcool, tabagismo e outras drogas, passado de abuso sexual, iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, ou não monogamia, ter mãe, irmãs ou amigas que engravidaram na adolescência, falta de diálogo, informação adequada e comunicação não eficiente dos profissionais de saúde, professores e familiares.

A enfermagem tem papel importante na abordagem ao adolescente e deve criar meios para chegar nesse público, a parceria com as escolas e instituições de ensino tem se mostrado extremamente eficiente, abordar o adolescente no local que é familiarizado e pertencente a sua rede de apoio é reconfortante para abordar um tem tão permeado de tabus e preconceitos e desinformação.

Uma vez identificado a necessidade da contracepção e/ou o desejo do adolescente, o profissional de saúde deve estar apto a oferecer e orientar sobre todos os métodos anticoncepcionais, vantagens e desvantagens, contraindicações, segurança e riscos, além de informar sobre quais estão disponíveis na rede SUS do município, sempre embasados em evidências científicas atuais.

A escolha do método deve ser orientada conforme a melhor indicação clínica, avaliar questões culturais, sociais, crenças e mitos de forma individualizada. Merece consideração especial os fatores que podem contribuir para não adesão ao método

A dupla proteção – prevenção de gravidez e ISTs, deve ser reforçada durante todas as consultas.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

As adolescentes podem utilizar ACO e/ou injetável desde a menarca, reconhecendo seus benefícios além da anticoncepção, como ação adjuvante no tratamento da tensão pré-menstrual, regularização de ciclos em casos de anovulação crônica e demais irregularidades menstruais; redução da dismenorrea, controle da endometriose e outros.

Apesar de não ser ideal na adolescência, devido a dificuldade de adesão e disciplina para não falhar em uso incorreto, a via oral é a mais utilizada.

O profissional de saúde deve avaliar contraindicações absolutas do uso de estrogênios como hepatopatias graves, tireoideopatias descompensadas, doenças tromboembólicas, gestação confirmada ou suspeita e avaliar o histórico de cefaleia com aura.

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS

Bem indicado para adolescentes considerando a “facilidade” do controle de aplicação. O acetato de Medroxiprogesterona que provoca espessamento do muco cervical, altera o endométrio e inibe a ovulação, é de baixo custo e disponível pelo SUS, é indicada para usuárias de drogas antiepilépticas e em diabéticas sem doença vascular. Pode causar aumento de peso (de 2kg a 3 kg), mastalgia, depressão, alterações no fluxo menstrual, amenorria e atraso no retorno da fertilidade em até um ano após sua descontinuidade. Há evidências de diminuição da densidade mineral óssea ao longo do tempo de uso em adolescentes, além de prejudicar a aquisição de massa óssea naquelas que ainda não atingiram seu pico de ganho ósseo. Ainda não há conclusão definitiva sobre os efeitos sobre o futuro ósseo: para pacientes maiores de 18 anos, não há restrição para sua prescrição; *para pacientes entre a menarca e 18 anos, seu uso continuado depende de avaliação individual de riscos e benefícios.*

MENSAL

Inibe a ovulação e torna o muco cervical espesso. Por utilizarem estrogênio natural e não sintético, apresentam poucos efeitos comuns aos orais, como aqueles sobre a pressão arterial, homeostase e coagulação, metabolismo lipídico e função hepática. É uma boa opção para adolescentes que não tenham a disciplina da tomada diária da pílula ou apresentem intolerância gástrica com a via oral.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Tem indicação de uso após uma relação sexual sem proteção, falha potencial de um método já utilizado ou às vítimas de violência sexual. Deve ser usada até 72 horas, reduz a possibilidade de gravidez em 75%. Mas pode ser utilizada até o quinto dia após a relação sexual desprotegida.

DIU

O uso de DIU, em qualquer idade, está associado a dois mitos frequentes: suposta ação abortiva e aumento da incidência de doença inflamatória pélvica (DIP). O mecanismo de ação do DIU de cobre ocorre pela promoção de resposta inflamatória endometrial, gerando um ambiente hostil à função dos espermatozoides. Com relação ao aumento da incidência de DIP e utilização de DIU, essa associação é rara e, quando ocorre, está predominantemente relacionada ao período de inserção. Se bem indicado, o DIU pode ser utilizado por adolescentes. Não existe uma contra-indicação absoluta e a decisão deve ser individualizada. Além disso, este método tem alta eficácia por não depender da adesão e observância da adolescente e independe do fator “esquecimento”. O DIU apresenta boa aceitação em longo prazo em adolescentes e pode ser inserido em qualquer momento do ciclo, desde que se tenha certeza que não está grávida.

O DIU pode ser utilizado em adolescentes obesas, nulíparas, primíparas, diabéticas, hipertensas, com mutações trombotogênicas, com HIV, doença hepática, doença cardiovascular ou imunossuprimidas. Não afetam o ganho de massa óssea.

Não são aconselhados no caso de mulheres ou adolescentes com malformações uterinas. Além disso, é contraindicado o uso de DIU se existe DIP no momento da inserção.

DUPLA PROTEÇÃO

Jamais deve ser esquecido, em virtude da grande incidência de IST/AIDS. Portanto, os adolescentes devem ser lembrados de que, mesmo usando um método contraceptivo não podem dispensar o uso do preservativo, seja interno ou externo.

O planejamento familiar deve ser abordado em toda sua plenitude preferencialmente durante as consultas de enfermagem ginecológica, no pré natal e nas consultas de saúde do homem, porém a demanda espontânea de uma paciente deve sempre ser acolhida e prestado os devidos cuidados, segue o roteiro para a consulta de enfermagem com ênfase no planejamento familiar.

ROTEIRO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Roteiro de consulta baseado **SOAP**, deve ser registrado em prontuário eletrônico.

SUBJETIVO - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM + ANAMNESE.

O enfermeiro deve investigar todas as condições que contraindicam o uso do contraceptivo. Deve-se ter uma noção da pessoa como um ser biopsicossocial, deve-se nesse momento investigar a vida da paciente, se tem histórico de IST (qual, tempo de duração, qual tratamento lhe foi prescrito e se foi realizado de forma certa ou não). Investigar ainda, gesta, para e aborto, tipo de relacionamento (monogâmico ou não), identidade de gênero (como a pessoa se manifesta socialmente, mais ligado a construção do sujeito: cisgênero, transgênero ou mesmo não binário), orientação sexual (atração afetiva e sexual que uma pessoa manifesta por outra: heterossexual, homossexual, bissexual, pansexual, etc), idade, meio social em que vive, é vítima de vulnerabilidades, etc.

Objetivo - Nesse momento da consulta é abordado todos os métodos de planejamento reprodutivo supracitados, é importante o auxílio de material visual como por exemplos álbuns seriados, cartazes, vídeos e fotos na internet, etc. Esclarecer à mulher que é frequente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses de uso da pílula combinada de baixa dosagem. Nessa situação, ela deve ser orientada a continuar o uso da pílula. Durante o período de uso, se o sangramento persistir por mais de 10 dias, a mulher deve procurar o serviço de saúde. Permanecendo o sangramento intermenstrual após três meses em mulheres que usam a pílula corretamente, impõe-se a realização de exame ginecológico minucioso, para afastar outras etiologias. Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, com sinais neurológicos; hemorragias; dor abdominal de causa indeterminada; alteração visual de aparecimento súbito; dor torácica ou de membros inferiores de aparecimento súbito.

Nas consultas subsequentes é necessário avaliar as condições de uso do método (regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade, entre outras) , indagar sobre a satisfação com o método em uso, checar o modo de uso do método (reorientar), indagar sobre possíveis efeitos secundários e avaliar a gravidade dos mesmos, pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método escolhido, avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.

Esclarecer que a pílula não protege contra as DST/HIV/Aids.

AValiação - DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS E DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem são de muita valia para se acompanhar os casos nas consultas de planejamento familiar, os CIAPs devem ser escolhidos e colocados no prontuário eletrônico da/do paciente a fim de uma melhor avaliação. Seguem alguns CIAPs que podem ser utilizados, lembrando que são apenas alguns exemplos, o profissional não deve se limitar a eles, a avaliação é individual e cada caso requer uma conduta diferenciada.

- A18 Preocupação com aparência,
- P07 Diminuição do desejo sexual,
- P08 Diminuição da satisfação sexual,
- P09 Preocupação com a preferência sexual,
- P15 Abuso crônico de álcool,
- P16 Abuso agudo de álcool,
- P17 Abuso do tabaco,
- P18 Abuso de medicação,
- P19 Abuso de drogas,
- P20 Alterações da memória,
- W02 Medo de estar grávida,
- W10 Contracepção pós-coital,
- W11 Contracepção oral,
- W12 Contracepção intra-uterina/ Dispositivo Intrauterino/ DIU,
- W13 Esterilização,
- W14 Contracepção/outras,
- X23 Medo de doença de transmissão sexual,
- Z01 Pobreza/problemas econômicos,
- Z04 Problema socio-cultural, etc

PLANO - PLANEJAMENTO + IMPLEMENTAÇÃO

Nessa aba se dá a prescrição do método escolhido em parceria com o paciente.

Na primeira consulta as pílulas devem ser prescritas para três meses de uso. Agendar retorno dentro de 30 dias.

Nas consultas subsequentes as receitas terão validade por 6 meses. Deve-se orientar os pacientes ao retorno caso tenha qualquer queixa ou dúvida sobre o método escolhido.

Lembre-se da dupla proteção, todo e qualquer método contraceptivo deve ser acompanhado por um método de barreira.

Praza-se o retorno em caso primeira consulta para 30 dias e em caso de consultas subsequentes para 6 meses.

A enfermagem tem papel extremamente atuante no planejamento reprodutivo, indica-se um acompanhamento constante e próximo ao paciente para que se atinja a eficiência do método escolhido em parceria enfermeiro paciente.

ROTEIRO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM**Pré-Concepção**

A orientação pré-concepcional tem como objetivo a identificação e o controle de fatores de risco e condições de saúde que possam contribuir para desfechos gestacionais negativos, além da promoção de cuidados e hábitos de vida saudáveis à pessoa que deseja gestar e sua parceria.

SUBJETIVO - ANAMNESE.

Abordar sentimentos, ideias, funcionalidades e expectativas em relação à gestação. Buscar compreender o contexto da pessoa e da família, identificando rede de apoio e vulnerabilidades. Investigar riscos ocupacionais e situações de violência doméstica (o risco de agressões aumenta durante a gravidez).

Indagar sobre história ginecológica e obstétrica prévia, com ênfase na história de parto prematuro, abortamentos tardios ou recorrentes (> 2), natimorto, malformações, infertilidade e na experiência de parto e de aleitamento. Investigar história pessoal e familiar (parentes de primeiro grau) de eclâmpsia e pré-eclâmpsia. Atentar para a recomendação de intervalo mínimo de dois anos entre gestações com nascidos vivos.

Perguntar sobre história atual e prévia de doenças e condições de saúde, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemia, tireoidopatias, condições psiquiátricas e doenças infectocontagiosas. Avaliar queixas e sintomas que possam apontar para condições ainda não diagnosticadas, como tuberculose.

Questionar sobre o uso de medicações. Atentar especialmente para neuro/psicofármacos. Abordar o estilo de vida, a alimentação e a prática de atividade física. Indagar sobre o uso de tabaco, álcool e outras drogas

OBJETIVO - EXAME FÍSICO

Aferir pressão arterial, peso, altura e calcular IMC. O restante do exame físico, inclusive ginecológico, deve ser direcionado às queixas e história clínica. Tanto o baixo peso como o sobrepeso se relacionam com a redução da fertilidade e piores desfechos obstétricos. Atentar para desnutrição, transtornos alimentares, hábitos alimentares e alterações do peso secundárias a doenças de base. Sempre que necessário, compartilhar cuidado com a equipe e-Multi.

Avaliação - diagnósticos clínicos e de enfermagem baseados nos CIAPs

PLANO - PLANEJAMENTO + IMPLEMENTAÇÃO

- Ensinar a calcular o período ovulatório do ciclo (orientar o registro sistemático das datas das menstruações). A chance de gravidez é maior quando há prática de atividade sexual pelo menos três vezes por semana durante o período fértil;

- A chance de gravidez é maior quando há prática de atividade sexual pelo menos três vezes por semana durante o período fértil;

- Uma vez confirmada a gestação, o pré-natal deve ter início imediato, idealmente antes da 12ª semana de gestação;

- Exames recomendados: Tipagem sanguínea com fator Rh; Eritrograma; Eletroforese de hemoglobina; Glicemia de jejum; Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG); Testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; Quando indicado, oportunizar exame citopatológico do colo uterino.

- Suplementação de ácido fólico: Iniciar, pelo menos, um mês antes da concepção, mantendo até completar 12 semanas de gestação. A dose mínima recomendada para a população geral é 0,2mg/dia, porém quando há fator de risco para doença do tubo neural (DTN) são recomendadas doses mais altas de até 5mg. Alguns fatores de risco são: diabetes, doença falciforme, uso de carbamazepina e história prévia ou familiar de DTN. Apresentação disponível na rede municipal: ácido fólico 5mg. Posologia: 1 comprimido/dia.

- Prescrição e condições de base: Manter e controlar condições de saúde, idealmente antes da concepção. Realizar ajustes ou substituições de medicamentos, quando necessário, pensando em uma prescrição com menor risco teratogênico possível.

- Vacinas: Atualizar a caderneta vacinal conforme recomendado para a faixa etária. Caso haja indicação de imunizante de vírus vivo atenuado (p.ex.: tríplice viral, febre amarela), é recomendado aguardar 30 dias após a aplicação da última dose antes de iniciar as tentativas de engravidar.

- Estilo de vida: Estimular hábitos de vida saudáveis, prática de atividade física e cessação de tabagismo, álcool e outras drogas. Em caso de pessoas soronegativas para toxoplasmose, atentar para cuidados de higiene e de alimentação mais rigorosos. Vegetarianas ou com outras restrições alimentares devem ter cuidado compartilhado com a equipe de nutrição. Objetivar um IMC próximo da faixa adequada, até 15% acima ou abaixo.

- Abordagem da parceria (sempre que possível) solicitar: Tipagem sanguínea com fator Rh; Eletroforese de hemoglobina; Testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; Orientar atualização do cartão vacinal; estimular hábitos de vida saudáveis e cessação de tabagismo, álcool e outras drogas. Perguntar sobre história de infertilidade ou doenças congênitas na família ou pessoal em gestações prévias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>.

Lei nº 14.443 de 02 de setembro de 2022 que altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002. BRASIL

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

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., 1. reimpr. — Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition 2015

Atenção primária à saúde: ciclos da vida: guia rápido planejamento sexual e reprodutivo: versão profissional / Rio de Janeiro (RJ). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro, 2023. -- (Série F. comunicação e educação em saúde

DOE SANGUE!

TOME A ATITUDE DE SALVAR VIDAS



PREFEITURA DE
CAMPOS

Wladimir Garotinho
PREFEITO

Frederico Paes
VICE-PREFEITO

DIÁRIO OFICIAL
PUBLICAÇÕES

Setor de Publicações Oficiais
TELEFONE: (22) 9 8168-1379

OUIDORIA

www.campos.rj.gov.br
E-mail – ouvidoria@campos.rj.gov.br

PODER EXECUTIVO

EQUIPE DE PUBLICAÇÃO

Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos

SIC

Serviço de Informação ao Cidadão
sistemas.campos.rj.gov.br/sic

Lei Municipal Nº 8794/2017 e Dec. 249/2017

Prefeitura de Campos dos Goytacazes - Rua Coronel Ponciano de Azevedo Furtado, 47 - Pq. Santo Amaro - CEP 28030-045 - Campos dos Goytacazes-RJ



Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICP-Brasil, em conformidade com a MP nº 2.200-2, de 2001. O Município de Campos dos Goytacazes garante a autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.campos.rj.gov.br