



Prefeitura Municipal de Macaé  
Secretaria Adjunta de Atenção Básica  
Coordenação de Enfermagem



# **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Município de Macaé**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ**

**ELABORADO EM 2019 /2020**

**Prefeito**

Aluizio dos Santos Junior

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**Secretária de Saúde**

Deusilane Hermes Froes Galiza de Almeida

**Secretário de Atenção Básica**

Hélio Conceição da Cruz

**COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Carla Pires Rocha Corga

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Coordenador Técnico**

Sérgio da Silva Ornellas Filho

**ELABORADO POR:**

Simone Sales Caldeira Rodrigues (Enfermeira)

**REVISADO POR:**

Ana Eleonora Feydit Arêa de Abreu (Enfermeira)

**ENFERMEIROS COLABORADORES:**

ALINE DA SILVA LOPES CEZAR

ANA PAULA DAL-CIN TEIXEIRA  
ANA PAULA TOURINHO ROBIM  
ANA ELEONORA FEYDIT AREA DE ABREU  
ANDRESA DA SILVA PINHEIRO  
ANDREIA PEREIRA DOS SANTOS  
ANDREA KIMIE YAMAMOTO  
ANGELA MIRCHELLE BARBOSA DA PAZ  
ARIANE IGREJA BUCCOS MARINHO CRUZ  
CARLA PIRES ROCHA CORGA  
CINTIA DE OLIVEIRA SOARES  
CLAUDIO AUGUSTO RODRIGUES QUITAR JUNIOR  
DALVA MARIA ASSIS DA VINHA  
DANIELA BASTOS SILVEIRA  
DANIELLY GOMES DA SILVA  
DEBORA MANCEBO ZAROOUR SARDINHA  
DULCE MARA RODRIGUES  
ELENICE SALES DA COSTA  
ELAINE DE SOUZA BARCELLOS  
ELAINE GONCALVES DE CASTRO  
ELIANE GUEDES RABELLO FERNANDES  
ELIELSON VIANA FERREIRA  
EMILIA DA COSTA MOREIRA FALCAO  
FABRIZIO DO CARMO PEREIRA  
FLAVIA BARBOSA DO ESPIRITO SANTO  
FLAVIO DE ALMEIDA CABRAL DE MELO  
GISELE RAIMUNDO PASTANA

HERICA ALMEIDA DAS CHAGAS  
IEDA MARIA LOPES PEREIRA  
IRMA TEREZINHA KOVACS  
ISABELLE DE FATIMA NOGUEIRA PEREIRA  
JANAINA DE AVILA MAGALHAES COUTINHO  
JANICE ROSA DE JESUS CONCEICAO  
JERUSA DE ARAUJO QUEIROZ  
JOYCE BECKER SILVEIRA  
JOSANE DE OLIVEIRA GEREMIAS SOARES  
KISSILA VERONICA DE ARAUJO  
JULIANA CRISTINA SEABRA TOME DA COSTA AURICHIO  
JULIANA DIAS TATAGIBA  
JULIANA NUNES AMORIM MACIEL  
JULIANA SOUZA SILVA  
LEANDRA FARIA BIZZO  
LEILA MARIA NOGUEIRA DE ARAÚJIO  
LENISE LOBO DA SILVA  
LILIA MARCIA GOMES MOREIRA  
LISA PRISCILLA DE CASTRO FLORENCIO BARCELOS CHAGAS  
LIVIA HELENA PEREIRA DA SILVA  
LUCIANE BARBOSA MARTINS  
LUCIANO DE SOUZA RAMOS  
LUCIANO FERREIRA FERNANDES  
LUCIENE DE AGUIAR DIAS BARCELOS COUTINHO  
LUZIA MARCILINA  
MANOELA GOMES NASCIMENTO GERALDO

MARIA DE NAZARE BASTOS EFIMA  
MARIA DE FATIMA RODRIGUES DE BRITO  
MARIA DO CARMO FAGUNDES DA SILVA  
MARIA NAZARETH PINHEIRO CORREA  
MAIANA MARIA DE LIMA DANTAS  
MARIANA GOMES JORGE  
MARCIO MAGALHAES MEIRELES  
MARIELLA VIAL DE SOUZA PINTO  
MAXMILIANO CEZAR PERDOMO COSTA  
MICHELE RODRIGUES DE OLIVEIRA  
MILAUDY DA CUNHA AMORIM DE MELLO  
MONIQUE DOS SANTOS MATTOS  
MYRNA BERNARDO DA CONCEICAO SILVA  
NATALIA PIRES ANTUNES  
NEISA CRISTINA PACHECO DO NASCIMENTO SOARES  
PATRICIA GONCALO MOREIRA  
PRISCILLA MOUTELLA BARROSO ARAUJO  
RAYSSA MAIA DO NASCIMENTO DE SOUZA  
RENATA RAMOS PORTELLI MAGALHAES  
RITA DE CASSIA VILAS BOAS SARMENTO  
ROBERTA FREITAS CUSTODIO DA CRUZ  
RODRIGO AZEVEDO BEZERRA  
SIMONE ABUGEBER DAMASCENO DE CARVALHO  
SIMONE SALES CALDEIRA RODRIGUES  
SORAIA VILELLA  
TATIANA AVELAR DE OLIVEIRA

THAINA RAMOS LESSA  
THALITA BARBOSA DA GAMA  
THAIS COELHO PINTO  
TEREZA RIBEIRO DA FONSECA  
VICTOR TAVARES DE SOUZA  
VILMA LUCIA ROCHA MOREIRA  
VIVIAN MOREIRA AZEVEDO VIEIRA

### **HOMOLOGADO EM 2021**

#### **PREFEITO**

Welberth Porto de Rezende

#### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

##### **Secretária de Saúde**

Liciane Furtado Cardoso

#### **SECRETÁRIO DE ATENÇÃO BÁSICA**

Luiz Carlos Braga Edmundo

#### **COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Natalia Pires Antunes

#### **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

##### **Coordenador Técnico**

Edilson Simões da Silva

##### **Coordenação de Enfermagem Estratégia de Saúde da Família**

Simone Sales Caldeira Rodrigues

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>Pág 12</b>
<b>DAS ATRIBUIÇÕES.....</b>	<b>Pág 13</b>
<b>DO ACOLHIMENTO E TRIAGEM.....</b>	<b>Pág 24</b>
<b>SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>Pág 26</b>
• Estratégia de Saúde da Família.....	<b>Pág 27</b>
• Mapeamento.....	<b>Pág 28</b>
• Cadastramento.....	<b>Pág 28</b>
• NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	<b>Pág 29</b>
• Reunião de Equipe.....	<b>Pág 30</b>
• Educação Permanente.....	<b>Pág 30</b>
• Consulta de Enfermagem/SAE.....	<b>Pág 30</b>
• Visita Domiciliar.....	<b>Pág 31</b>
• Coordenação do Cuidado.....	<b>Pág 32</b>
• Participação do Usuário.....	<b>Pág 32</b>
• Validade das prescrições medicamentosas realizadas pelo Enfermeiro.....	<b>Pág 33</b>
<b>SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL.....</b>	<b>Pág 35</b>
• Introdução.....	<b>Pág 36</b>
• Assistência ao Pré-Natal de baixo risco.....	<b>Pág 36</b>
• Atribuições do enfermeiro nas equipes da Atenção Básica.....	<b>Pág 37</b>
• Consulta de Pré-Natal.....	<b>Pág 39</b>
• Calendário das Consultas.....	<b>Pág 47</b>
• Consultas Subsequentes.....	<b>Pág 49</b>
• Solicitação de Exames.....	<b>Pág 50</b>
• Classificação de Risco gestacional.....	<b>Pág 52</b>
• Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe básica .....	<b>Pág 53</b>

- Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco... **Pág 54**
- Fatores relacionados às condições prévias... **Pág 54**
- Fatores relacionados à história reprodutiva anterior... **Pág 55**
- Fatores relacionados à gravidez atual... **Pág 55**
- Fatores de risco indicando encaminhamento à urgência/emergência obstétrica... **Pág 56**
- São fatores de risco de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica... **Pág 56**
- Encaminhamento para o alto risco e ginecologista... **Pág 57**
- Infecções Sexualmente Transmissíveis em gestantes... **Pág 58**
- Realização de testes rápidos... **Pág 63**
- Achados clínicos e condutas... **Pág 66**
- Queixas mais comuns na gravidez... **Pág 72**
- Cuidados com a mama na gravidez... **Pág 75**
- Colpocitologia oncótica na gestação... **Pág 76**
- Assistência à gestante com diabetes gestacional... **Pág 76**
- Consulta de puerpério... **Pág 78**

**SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO...Pág 84**

- Exame citopatológico... **Pág 85**
- Técnica de realização da coleta do material para o exame preventivo do câncer do colo do útero... **Pág 87**
- Recomendações prévias à mulher para a realização do exame... **Pág 87**
- Adequabilidade da amostra... **Pág 89**
- Resultados Citológicos... **Pág 91**

**SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA...Pág 95**



- Prevenção do câncer de mama.....Pág 96
- Recomendações / Observações.....Pág 97
- Classificação BI-RADS.....Pág 98

**SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO.....Pág 100**

- Climatério.....Pág 101
- Manifestações transitórias.....Pág 101
- Manifestações não transitórias.....Pág 101
- Consulta de enfermagem.....Pág 102
- Orientações de acordo com as queixas.....Pág 103

**SAÚDE DA MULHER NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....Pág 105**

- Planejamento Reprodutivo.....Pág 106
- Consulta de enfermagem.....Pág 106
- Condutas/Intervenções de enfermagem.....Pág 107
- Escolha do método anticoncepcional.....Pág 108
- Métodos hormonais.....Pág 111
- Contraceptivos ofertados na rede.....Pág 117

**SAÚDE DA MULHER NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....Pág 119**

- Infecção sexualmente transmissível (IST).....Pág 120
- Abordagem às pessoas com IST.....Pág 120
- Oferta de preservativos.....Pág 121
- Abordagem às parcerias sexuais.....Pág 122
- Comunicação por busca ativa.....Pág 122
- Princípios para comunicação das parcerias sexuais.....Pág 123
- Corrimentos vaginais.....Pág 124
- Úlcera genital.....Pág 126

- Opções terapêuticas para úlceras genitais (exceto herpes).....Pág 127
- Corrimento uretral.....Pág 129
- Desconforto ou dor pélvica.....Pág 133
- Tratamento DIP.....Pág 133

## **SAÚDE DA CRIANÇA EM PUERICULTURA.....Pág 135**

- Puericultura.....Pág 136
- Gráficos de crescimento e desenvolvimento.....Pág 137
- Avaliação do desenvolvimento.....Pág 139
- Calendário de acompanhamento das crianças.....Pág 142
- Consulta de enfermagem.....Pág 142
- Condutas de enfermagem em queixas específicas.....Pág 146
- Aspectos gerais do desenvolvimento.....Pág 147
- Sinais de alerta de problemas no desenvolvimento.....Pág148
- Orientações durante as consultas.....Pág 157
- Avaliação da alimentação da criança.....Pág 159
- Processo de desmame.....Pág 164
- Imunização.....Pág 166
- Notificação e investigação dos eventos adversos pós-vacinação (EAPV).....Pág 169
- Calendário de vacina da criança.....Pág 171

## **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....Pág 174**

- Hipertensão Arterial Sistêmica.....Pág 175
- Consulta de enfermagem.....Pág 178
- Transcrição de receita realizada pelo enfermeiro.....Pág 187

## **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) – DIABETES MELLITUS (HAS).....Pág 192**

- Diabetes Mellitus.....Pág 193
- Consulta de enfermagem.....Pág 196
- Orientações.....Pág 198
- Transcrição de receita realizada pelo enfermeiro.....Pág 203

**CONTROLE DE TUBERCULOSE .....Pág 209**

- Tuberculose.....Pág 210
- Consulta de enfermagem ao usuário com suspeita de tuberculose ou tuberculose confirmada.....Pág 210

**PROTOCOLO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO E TRATAMENTO DA PESSOA COM HANSENÍASE.....Pág 214**

- Hanseníase.....Pág 215
- Definição.....Pág 215
- Rastreamento de contato.....Pág 220

## APRESENTAÇÃO

Com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem na prática cotidiana dos serviços de saúde, a Coordenação de enfermagem de Macaé elaborou o Protocolo para Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Neste protocolo, o profissional de Enfermagem terá acesso, de forma sucinta e objetiva, às diversas publicações dos órgãos envolvidos com a saúde pública em nosso país. Desta forma, acreditamos que este material contribuirá para facilitar a implementação de iniciativas simples e resolutivas que se encaixam nas carências da saúde, o que não exclui a necessidade de consultar os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, podendo o enfermeiro realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares prescrever medicações, previamente estabelecidos nos manuais dos programas de saúde pública.

A diversidade de procedimentos hoje disponíveis na saúde, a premente necessidade de organização dos serviços e o desenvolvimento de atitudes interdisciplinares exigem dos profissionais e gestores, a elaboração, a divulgação e a adoção de ferramentas que sejam capazes de instrumentalizar as ações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações de saúde são sustentadas por processos de trabalho e procedimentos que envolvem a equipe multidisciplinar. Neste, ressalta-se a enfermagem, pois possui um papel fundamental na implementação das políticas públicas, além de representar quantitativamente a maior força de trabalho no contexto da saúde.

O protocolo trata-se de um consolidado de normativas, políticas governamentais e pesquisas científicas que dão subsídios às ações dos profissionais de enfermagem. Assim, os capítulos foram elaborados ou atualizados a partir das evidências de melhores práticas para a tomada de decisão desses profissionais com base em referencial atualizado, confiável e de acordo com os pressupostos legais.

## **DAS ATRIBUIÇÕES:**

Em 2017, o Ministério da Saúde por meio da portaria 2436, aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a reorganização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesta portaria são definidas as atribuições de toda a equipe de saúde, inclusive da enfermagem. São consideradas atribuições comuns a todos os profissionais:

### **ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS MEMBROS DAS EQUIPES QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA:**

I- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

IV- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

XI- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contra

referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção,

buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXI-Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII- Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;e

XXVII- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.



## **E QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA?**

A prática da Enfermagem no âmbito da atenção básica em saúde deve estar fundamentada na Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987. Cabe ressaltar que essa prática deve ser respeitada em todas as suas dimensões e graus de habilitação: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

## **ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO A LEI Nº 7.498/1986 E DECRETO Nº 94.406/1987.**

### **1. ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO SEGUNDO A LEI 7.498/1986**

#### **Art. 11 – I – Privativamente:**

- a.** Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b.** Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c-** Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- h.** Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- i.** Consulta de Enfermagem;
- j.** Prescrição da assistência de Enfermagem;
- l.** Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m.** Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

#### **1.1. COMO INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE:**

- a.** Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

- b. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c. Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d. Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f. Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;
- g. Assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- h. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i. Execução do parto sem distocia;

**Parágrafo Único: às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica desta lei incumbe, ainda:**

- a. Assistência à parturiente e ao parto normal;
- b. Identificação das distocias obstétricas e tomada de providencias até a chegada do médico;
- c. Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

## **2- ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO SEGUNDO O DECRETO 94.406/1987**

### **Art. 8 – I – Privativamente:**

- a. Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b. Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

- c. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d. Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e. Consulta de Enfermagem;
- f. Prescrição da assistência de Enfermagem;
- g. Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h. Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

## **2.1- COMO INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE:**

- a. Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c. Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d. Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f. Participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g. Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h. Prestação de assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i. Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

- l- Execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m-Participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n. Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o. Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p. Participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q. Participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r. Participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

**Art. 9º – Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:**

- I. Prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II. Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III. Realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

### **3- ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SEGUNDO A LEI 7.498/1986:**

**Art. 12 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:**

- a. Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b. Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo Único do Art. 11 desta lei;
- c. Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d. Participar da equipe de saúde.

**Art. 13 – O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:**

- a. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b. Executar ações de tratamentos simples;
- c. Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d. Participar da equipe de saúde;

#### **4- ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SEGUNDO O DECRETO 94.406/1987:**

**Art. 10 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:**

##### **I – Assistir o Enfermeiro:**

- a. No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
- b. Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
- c. Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- d. Na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;

- e. Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- f. Na execução dos programas referidos nas letras “i” e “o” do item II do Art. 8º.

**II- Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:**

**III- Integrar a equipe de saúde.**

**Art. 11 – O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:**

**I – Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;**

**II – Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;**

**III – Executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:**

- a. Ministrando medicamentos por via oral e parenteral;
- b. Realizando controle hídrico;
- c. Fazendo curativos;
- d. Aplicando oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
- e. Executando tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f. Efetuando o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g. Realizando testes e procedendo à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
- h. Colhendo material para exames laboratoriais;
- i. Prestando cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
- j. Circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
- k. Executando atividades de desinfecção e esterilização;

**IV – Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:**

- a. Alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b. Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

**V – Integrar a equipe de saúde;**

**VI – Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:**

- Orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas. Auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

**VII- Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;**

**VIII- Participar dos procedimentos pós-morte.**

## **5- ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.**

### **5.1- ENFERMEIRO (PNAB 2017):**

I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), em todos os ciclos de vida;

II. 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;

III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

- V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII. Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados à sua área de competência na UBS;
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

## **5.2-TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM**

I – Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II- Realizar procedimentos de Enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo Enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;

III- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **DO ACOLHIMENTO E TRIAGEM:**

Na perspectiva de se garantir acesso aos usuários e aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza o Acolhimento à demanda espontânea nas unidades como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários. O Acolhimento permite conhecer a população que está demandando serviços de saúde, sendo subsídio para a construção das agendas das equipes



enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Todos os profissionais têm por atribuição participar do acolhimento desde que se garanta a escuta qualificada das necessidades de saúde com uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos dos usuários que procurem a unidade de saúde.

“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” (Brasil, 2004).

A triagem caracteriza uma ação pontual, focada no evento clínico (na queixa-clínica), limitando-se à divisão: quem não deverá ser atendido x quem deverá ser atendido. O foco está na doença, e, neste caso, a coordenação do cuidado, a vinculação e a responsabilização das equipes pelo acompanhamento contínuo do usuário nos diferentes momentos do processo saúde-doença-cuidado não se constitui como base do trabalho. Outro aspecto importante relaciona o modo como a triagem foi incorporada no funcionamento dos serviços de saúde, em algumas realidades, não sendo incomum critérios como: nº de vagas na agenda (definidos previamente) e ordem de chegada (independente da necessidade clínica) definir o acesso do paciente ao serviço. É fato encontrar a triagem setorizada e realizada por funcionários administrativos.

O Acolhimento como diretriz, caracteriza um processo dinâmico, contínuo, que integra ações, profissionais, serviços, ferramentas e tecnologias para o alcance do melhor nível de resolubilidade às necessidades das pessoas usuárias, envolvendo todas as etapas da produção do cuidado. Organiza-se sob orientação decididamente inclusiva, de modo que, ao abordar o usuário e escutá-lo em sua demanda.

# SAÚDE DA FAMÍLIA

## **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

A atenção à Saúde da Família está inserida no sistema de saúde brasileiro – Sistema Único de Saúde (SUS), como a estratégia capaz de consolidar as propostas do sistema e de fortalecer a Atenção Básica (AB) como força motora das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Dentre as características mais marcantes da AB, está seu alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, chegar o mais próximo possível da vida das pessoas. A AB se torna o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada deles no SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

As ações podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio:

- Nas unidades de saúde: geralmente, são os locais onde se realizam os procedimentos de enfermagem, médico e odontológico. Entretanto, podem ser feitas consultas, palestras, rodas de conversa, atividades de educação permanente, reuniões entre outras ações.
- Na comunidade: com a identificação de equipamentos sociais, é possível desenvolver diversas ações na comunidade, utilizando os espaços como as creches, escolas, igrejas, centros comunitários entre outros.

- No domicílio: o domicílio representa o epicentro da maioria dos processos e ações da ESF, pois é nesse local que tem o acesso aos condicionantes individuais, coletivos, sociais de cada indivíduo e família cadastrada. Nesse aspecto, a visita domiciliar se torna uma ferramenta indispensável para a efetividade das ações de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade.

### **Mapeamento:**

O mapeamento é o conhecimento sobre a sua área, um retrato de sua microárea vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente. Ao desenhar o mapa, você representa, no papel, o que existe na microárea: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes.

A partir do reconhecimento da área através da confecção do mapa e do estudo da área, é possível desenhar a cobertura de assistência necessária para o território. No caso do número de ACS que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, é preciso considerar que uma ACS pode ter cadastrado em sua microárea um máximo de 750 pessoas e que cada equipe pode ter no máximo 12 ACS, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de SF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

## **Cadastramento:**

O cadastramento, praticamente delegado exclusivamente ao Agente Comunitário de saúde (ACS), é realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas que ajudará na definição precisa do território. Esse cadastro está organizado nas dimensões domiciliar e individual.

O cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adscrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que esse é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de SF e as famílias. A meta sempre será de 100% das famílias de sua área de responsabilidades cadastradas.

## **NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

O NASF faz parte da AB, mas não se constitui um serviço com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (esses, quando necessários devem ser regulados pela ESF). Os mesmos foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012).

São constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de AB para populações específicas, atuando diretamente no apoio matricial às equipes as quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2012, p.70), são atividades desenvolvidas pelo NASF:

“discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc...”

### **Reunião de equipe:**

Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações da ESF tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas que estejam integrados e sejam capazes de desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto para cada paciente e/ou família.

Por meio das reuniões com todos os membros da equipe, é possível conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade; compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe; participação na formação e no treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. É atribuição comum de todos os componentes da ESF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis (BRASIL, 2012).

### **Educação Permanente:**

A Educação Permanente na SF deve ser constitutiva, garantindo a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. “A Educação Permanente deve ir além de sua dimensão pedagógica, a mesma deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com o objetivo de permitir mudanças no cotidiano dos serviços e deve ser embasada num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho que podem ser definidos por múltiplos fatores” (BRASIL, 2012).

### **Consulta de Enfermagem / SAE:**

Faz-se importante que a equipe de enfermagem que atua na ESF, atue de forma sistematizada, com registro de todas as ações planejadas e desenvolvidas para o indivíduo, família e/ou comunidade. Atualmente, uma das formas de atuação

sistematizada acontece por meio do Processo de Enfermagem, que é composto por cinco etapas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento (meta, objetivos e prescrições); implementação e evolução. O profissional de enfermagem precisa lançar mão de teorias e terminologias em enfermagem, capazes de contemplar a realização do processo de enfermagem e sistematizar sua assistência.

Algumas teorias são muito usadas e são mais adequadas para a atuação do enfermeiro na AB, tais como a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar e a teoria do Autocuidado de Oren. Quanto às terminologias que são fundamentais para a construção de diagnósticos e prescrição estão a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

### **Visita domiciliar:**

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho. Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

### **Coordenação do cuidado:**

Trata-se da elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, bem como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que seja implementada a coordenação do cuidado são necessários a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera para consultas especializadas, procedimentos e exames, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros (BRASIL, 2012).

### **Participação do usuário:**

Direito de todo cidadão, a saúde vem sendo assumida desde a Constituição de 1988 como uma responsabilidade do Estado, regulamentado pela Lei n. 8080 (Lei Orgânica da Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Decreto n. 7408 e Lei 8.142, que 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.

A participação do usuário ou a participação social se dá em diversos níveis, passando do vínculo do usuário à equipe de saúde da família, destacando-se, preponderantemente, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conquistou a empatia do usuário e representa o elo entre o poder público e a comunidade, além de ser o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da Equipe de Saúde da Família.

Outra forma de participação social do usuário é através dos Conselhos de Saúde que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local sendo instâncias coletivas com poder de decisão, ligadas ao Poder Executivo. São compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços, nos quais se consolidam o controle social e a gestão no processo de construção coletiva do cuidado em saúde no País



## Validade das prescrições medicamentosas realizadas pelo Enfermeiro

As receitas prescritas pelo Enfermeiro terão validade de noventa (90) dias.

### Referências:

ALVES, US – Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. In: Inteface, BA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_ 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 Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. \_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família – volume 2 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. E-SUS. Atenção Básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: Manual para preenchimento das fichas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Copilada. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. DF, 2011.

CONASS. Coleção Para entender a Gestão do SUS. Brasil, 2011.

FIOCRUZ, Sumula. Conselhos de Saúde a Controle Social, Ed Especial. RJ, 2001.

MARTINS JS, et al. Estratégia Saúde da Família: População Participativa, saúde ativa. In:

Revista de Enfermagem Integrada. MG. 2008.

MONKEN M.; BARCELLOS C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2005, vol.21, n.3, p. 898-906.

NERY, AA, et al. Saúde da Família: Visão do Usuário. In: Revista de Enfermagem, RG, 2011.

NEVES, RTN de A. Mapeamento do Território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no município de São José do Belmonte. Recife: [s.n.], 2011. 33 p.

Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.:

il. (NAVEGADORSUS, 2)

PENA RO. Protagonismo do Usuário no SUS e a Promoção da Saúde. DF, 2010.

RONZANI TM, et al. Programa Saúde da Família segundo Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários. IN. Revista Ciência e Saúde Coletiva, MG, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- SP. Cartilha para Orientação aos Conselheiros da Saúde. SP, 2008.

TEIXEIRA CF; PAIM JS; VILLASBOAS AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *InfEpidemiol SUS*, 7:7-28, 1998.

# SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL

## **INTRODUÇÃO:**

O Ministério da Saúde com a finalidade de organizar a rede assistencial normatizou as práticas de saúde através da criação de vários programas, entre eles o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, que introduz a perspectiva da atenção à mulher em todas as fases de sua vida (desde a adolescência até a terceira idade), objetivando a assistência integral a saúde da mulher, considerando sua individualidade, necessidades e direitos.

Esse programa consiste em um conjunto de ações básicas que propõe ao setor da saúde assumir a promoção de educação em saúde à mulher, como objetivo de reduzir a morbimortalidade. As suas práticas assistenciais e educativas envolvem os programas nacionais de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mamas, assistência ao parto, puerpério e ao climatério, proporcionando uma melhor qualidade no atendimento ao público feminino.

Além da competência técnica para atuar na atenção à saúde da mulher, o enfermeiro, deverá promover acolhimento humanizado com escuta qualificada. Ao exercer o papel educativo, esse profissional poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da mulher, família e comunidade.

### **1- Assistência ao pré-natal de baixo risco:**

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal de baixo risco objetiva assegurar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações sobre a saúde materna e perinatal, inclusive com enfoque psicossocial e educativo, para garantia do parto de um recém-nascido saudável (BRASIL, 2012).

O acesso à assistência pré-natal é um indicador importante do prognóstico ao nascimento, sendo recomendadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Caso o parto não ocorra até a 41ª semana, encaminhar a gestante para a avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

O acompanhamento pré-natal de baixo risco pelo enfermeiro na rede básica de saúde é respaldado pelo MS e a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de Atenção Básica (AB), são preconizadas a assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, a solicitação de exames complementares e testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e de rotina aprovada pela instituição de saúde.

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher.

Além das questões de saúde, a gestante precisa ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas. E, no caso de uma gestação indesejada é importante acompanhamento e abordagem multidisciplinares, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integral, com atenção para a detecção precoce de problemas.

#### **Quadro 1. Atribuições do enfermeiro nas equipes de Atenção Básica**

9Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação.
--

9Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a
--

consultado(a) médico(a).
9Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de assistência pré-natal.
9Realizar testes rápidos.
9Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica).
9Referenciar a gestante para atendimento odontológico e médico.
9Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista, assistente social de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional).
9Orientar e encaminhar a gestante para a vacinação contra tétano e hepatite B quando não estiver imunizada.
9Identificar gestantes com sinal de alarme e/ou de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso haja dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para esse atendimento), encaminhar diretamente ao serviço de referência.
9Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.
9Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera).
9 Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
9Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas.
9Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

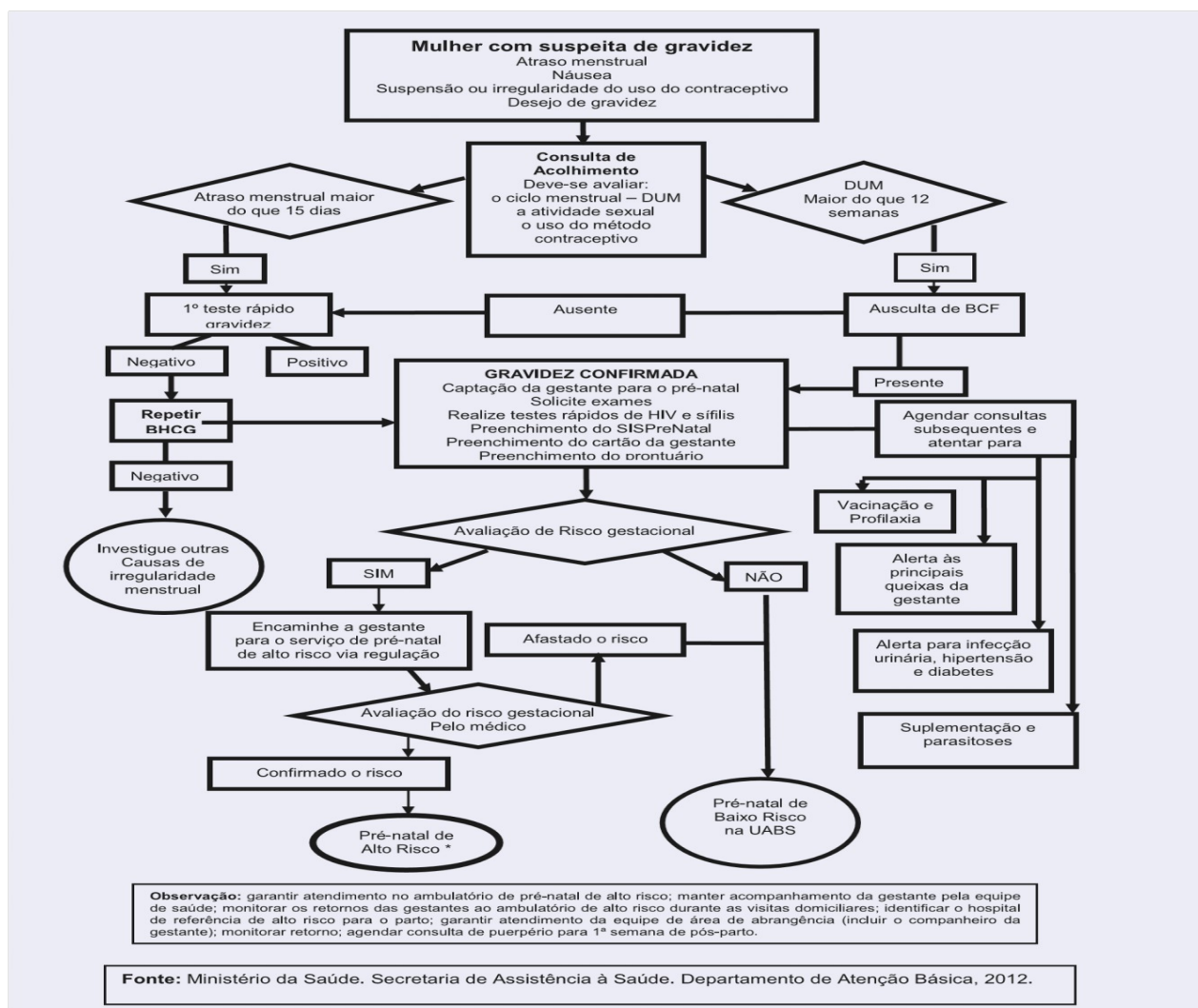
**Fonte:** Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Em todas as consultas de pré-natal é necessário realizar a avaliação de risco gestacional para identificar os fatores que permitem o acompanhamento pela equipe

de atenção básica. Os fatores de risco devem ser identificados em destaque no Cartão da Gestante. A caracterização de uma situação de risco que envolve risco real e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica deve ser, necessariamente, referenciada. Depois de realizado o atendimento especializado, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada. Informações sobre a evolução da gravidez e os tratamentos administrados à gestante podem ser obtidos por meio da contra-referência e da busca ativa durante visita domiciliar (BRASIL, 2012).

## FLUXOGRAMA 2- Pré-natal na Atenção Básica

### Pré-natal de baixo risco



O enfermeiro tem papel fundamental na captação precoce das gestantes para o pré-natal. Preferencialmente, o pré-natal deve ser iniciado até a 12ª semana de gestação

com acolhimento e classificação de risco, observando-se as singularidades e vulnerabilidade das gestantes para encaminhamentos, caso necessário, à equipe multiprofissional.

Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de AB, está incluído o atendimento ao pré-natal. É preconizada a assistência de forma humanizada, com a realização de consultas de enfermagem, solicitação de exames, realização de testes rápidos e prescrição de medicamentos, previamente estabelecidos nas políticas de saúde e protocolos instituídos pela gestão municipal.

A Primeira consulta pré-natal deverá ser realizada pelo enfermeiro. A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

### **NA PRIMEIRA CONSULTA O ENFERMEIRO DEVERÁ:**

#### **REALIZAR ENTREVISTA:**

- presença de 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;
- álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas);
- antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno;



- saúde sexual;
- imunização;
- saúde bucal;
- antecedentes familiares.

## **REALIZAR EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL**

### **EXAME FÍSICO GERAL:**

- Medir e monitorar peso para avaliar o estado nutricional da gestante;
- Medir estatura;
- Calcular Índice de Massa Corporal - IMC mensalmente;
- Monitorar pressão arterial;
- Monitorar frequência cardíaca, se necessário;
- Medir temperatura axilar, se necessário;
- Inspeccionar pele e mucosas;
- Palpar tireóide;
- Realizar ausculta cardiopulmonar;
- Palpar gânglios axilares e inguinais;
- Monitorar presença de edemas (face, tronco, membros);
- Verificar a imunização antitetânica e Hepatite B da gestante;
- Realizar educação em saúde para a gestante e familiares: orientar quanto as alterações fisiológicas que acometem a gestante, sintomas frequentes e condutas; os cuidados com a alimentação e com a pele; importância de exercícios físicos;
- Avaliar o grau de risco reprodutivo e encaminhar para unidades de referência quando necessário (mantendo a assistência na ESF).

### **EXAME FÍSICO ESPECÍFICO:**

- Examinar mamas e incentivar aleitamento materno;
- Medir a altura do fundo uterino e comparar com a IG;
- Auscultar e monitorar batimentos cardíacos fetais;

- Realizar palpação obstétrica;
- Inspecionar os genitais externos;
- Realizar exame especular, quando necessário;
- Realizar coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Realizar educação individual e em grupo respondendo às dúvidas e inquietações da gestante, orientando o preparo das mamas para o aleitamento materno; esclarecer dúvidas; esclarecer os sinais de alerta e o que fazer nestas situações; orientar sobre os cuidados após o parto e os direitos da gestante; orientar a prevenção de IST/HIV; informação sobre métodos anticoncepcionais e intervalos das gestações.
- Estimular parto normal.

## **REALIZAR PLANO DE CUIDADO**

### **PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA NA GRAVIDEZ:**

- cefaléia;
- contrações regulares;
- diminuição da movimentação fetal;
- edema excessivo;
- epigastralgia;
- escotomas visuais;
- febre;
- perda de líquido;
- sangramento vaginal.

### **- Avaliação do risco gestacional:**

- fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco;
- fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco;
- sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica.

### **- CADASTRAMENTO E PREENCHIMENTO DA CADERNETA DA GESTANTE:**

- preenchimento do cartão da gestante;

- preenchimento da ficha de cadastramento em sistema de informação já na primeira consulta de pré-natal.

#### **- IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS QUEIXAS E INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL:**

- Estabilização e encaminhamento das situações de urgência, quando necessário.
- Verificar o grau de segurança na gestação e na lactação.

#### **- ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA:**

- Manter o acompanhamento da gestante com sua equipe de Atenção Básica;
- Solicitar contrarreferência para manter as informações a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante;
- Realizar busca ativa e acompanhamento das gestantes por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

#### **-VINCULAÇÃO COM A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA E DIREITO A ACOMPANHANTE NO PARTO:**

- Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto.
- Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher.

#### **- SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO:**

- ferro elementar (40 mg/dia);
- ácido fólico (5 mg/dia).

*Prescrever Ácido Fólico 5mg 1x/dia cedo para as gestantes na primeira consulta pré-natal. Indicado até três meses após o parto ou aborto;*

*Prescrever sulfato Ferroso 40mg 1x/dia 30 minutos antes do almoço para as gestantes na primeira consulta pré-natal. Indicado até três meses após o parto ou aborto, preferencialmente associado com uma fruta cítrica para auxiliar na absorção do ferro.*

#### **- IMUNIZAÇÃO:**

A gestação é uma ótima oportunidade para atualizar o calendário vacinal da mulher. O objetivo da vacinação nesse período é proporcionar proteção para a gestante e também para o feto. Idealmente, mulheres em idade fértil e/ou que desejam gestar, devem ser orientadas a manter a vacinação em dia.

A única vacina administrada especificamente em função da gestação é a vacina dTpa.

#### **dTpa e/ou dT**

São indicadas para proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal. A administração da vacina dTirá depender da situação vacinal encontrada.

A vacina dTpa deverá ser realizada a cada gestação, independentemente do esquema vacinal anterior, e está indicada a partir da 20<sup>a</sup> semana gestacional até 45 dias após o parto. Apesar de a vacina poder ser administrada no puerpério, é importante ressaltar que esta estratégia só deve ser realizada como última opção, pois ao vacinar uma gestante após o parto, não haverá transferência de anticorpos para o feto, mas impede que a mãe adoça e possa ser uma fonte de infecção para o seu filho.

#### **Esquema de vacinação dT e/ou dTpa conforme histórico vacinal:**

- **Gestante não vacinada/sem comprovação vacinal:** administrar as duas primeiras doses de dT e a última dose de dTpa a partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação.

- **Esquema incompleto de dT (uma dose)**: administrar uma dose de dT e uma de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.
- **Esquema incompleto de dT (duas doses)**: administrar uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.
- **Esquema completo de dT (três doses há menos de 05 anos)**: administrar uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.
- **Esquema completo de dT (três doses há mais de 05 anos)**: administrar uma dose de reforço de dT e uma de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.

### **OBSERVAÇÕES:**

- Nunca reiniciar o esquema, apenas completá-lo de acordo com histórico vacinal.
- O intervalo ideal entre as doses é de 60 dias. Quando necessário, o intervalo mínimo deve ser de 30 dias. A última dose ou reforço com dTpa deve ser administrado pelo menos 20 dias antes da data provável do parto.
- Mesmo com esquema completo (três doses da vacina) e/ou reforço em dia, a gestante deverá receber uma dose de dTpa a cada gestação.
- Em todos os casos, após completar o esquema, é necessário administrar uma dose de reforço a cada 10 anos.

### **Influenza**

A vacina protege contra o vírus da *influenza* e contra as complicações da doença (gripe), principalmente as pneumonias bacterianas secundárias. Ela é oferecida em períodos específicos do ano e pode mudar sua formulação de um ano para o outro, devido às mudanças das características do vírus influenza.

Gestantes devem ser imunizadas com dose única em qualquer idade gestacional. Configura-se como uma estratégia eficaz de proteção para a mãe e para o lactente.

### **OBSERVAÇÃO:**

A vacina influenza pode ser administrada na mesma ocasião de outras vacinas procedendo a administração com seringas e agulhas diferentes em locais anatômicos diferentes.

### **Hepatite B**

A vacina hepatite B está indicada para todas as gestantes, de qualquer faixa etária, e em qualquer idade gestacional, a depender da situação vacinal encontrada, para prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B.

Esquema de vacinação da hepatite B conforme histórico vacinal:

- **Gestante não vacinada/sem comprovação vacinal**: administrar três doses da vacina hepatite B com intervalo recomendado de 30 dias entre a 1º e a 2º dose e de 6 meses entre a 1º e a 3º dose (0, 1 e 6).
- **Esquema incompleto de hepatite B (uma dose)**: completar o esquema com duas doses da vacina hepatite B com intervalo mínimo de 2 meses entre as doses.
- **Esquema incompleto de hepatite B (duas doses)**: completar o esquema com uma dose da vacina hepatite B.

### **OBSERVAÇÕES:**

- Nunca reiniciar o esquema, apenas completá-lo de acordo com histórico vacinal.
- A vacina pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas dos calendários de vacinação do Ministério da Saúde.

- Solicitar anti-Ag-HBs preferencialmente na primeira consulta de pré-natal em caso de gestante previamente vacinada, e seguir esquema do quadro abaixo:

- 

<b>Situação do profissional</b>	<b>Esquema vacinal</b>
Sorologia (anti-AgHBs) negativa de 1 a 2 meses após a terceira dose	Repetir esquema vacinal completo
Sorologia (anti-AgHBs) negativa 1 a 2 meses após terceira dose do segundo esquema	Não vacinar mais, considerar suscetível não respondedor; testar AgHBs para excluir portador crônico
Sorologia (anti_AgHBs) negativa seis meses ou mais após a terceira dose do primeiro esquema	Aplicar uma dose e repetir sorologia um mês após, caso positiva considerar vacinado, caso negativa completar esquema.

- Encaminhar para avaliação odontológica e nutricional;
- Registrar a consulta em prontuário (todas as consultas e procedimentos);
- Preencher “Ficha Perinatal” e anexar ao prontuário;

### **CALENDÁRIO DAS CONSULTAS:**

As consultas de Pré-natal de risco habitual podem ser realizadas por Enfermeiros e Médicos, devendo sim ser avaliado o risco gestacional a cada consulta.

Nas Unidades de Saúde da Família a Equipe Multidisciplinar deve participar ativamente com avaliação dos casos e atendimento conjunto entre os profissionais, podendo intercalar as consultas este processo fortalece o atendimento e cria um

vínculo entre a equipe e a gestante. Estas consultas poderão ser realizadas na unidade de saúde ou em visitas domiciliares, quando necessário.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

É muito importante que a gestante e seus familiares não esqueçam de levar o Cartão da Gestante e seus exames.

Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a 2ª consulta de puerpério.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana – mensalmente;
- Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

As consultas podem, também, serem agendadas conforme necessidade médica ou do enfermeiro.



## **CONSULTAS SUBSEQUENTES:**

**Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos dentre outros:**

- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Deve-se avaliar o resultado dos exames complementares;
- Devem ser feitas a revisão e a atualização da Caderneta da Gestante e da “Ficha Perinatal”.

**Além disso, devemos executar as seguintes tarefas:**

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Medidas antropométricas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo;

**Controles fetais:**

- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/ registro dos movimentos fetais;

### **Condutas:**

- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- Verifique o agendamento das consultas subsequentes.

### **SOLICITAÇÃO DE EXAMES:**

#### **Exames do 1º Trimestre:**

- Hemograma Completo;
- Glicemia de jejum;
- Tipagem sanguínea/RH;
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgG e IgM;
- Citomegalovírus IgG e IgM;
- Rubéola IgG e IgM;
- Sorologia p/ Hepatite B (HBsAg);
- Sorologia p/ Hepatite C;
- EAS (Urina);
- Urocultura;
- EPF (Fezes).

- USG transvaginal obstétrica (até 12 semanas de gestação), ou USG Obstétrica (a partir de 12 semanas de gestação).

#### **Exames do 2º Trimestre:**

- Hemograma Completo;
- Glicemia de jejum;
- Teste de tolerância oral à glicose (se acima de 85 mg/dl ou se houver risco – preferencialmente entre 24ª e 28ª semana de gestação);
- VDRL;
- Coombs indireto (se Rh negativo);
- EAS (Urina).

#### **Exames do 3º Trimestre:**

- Hemograma Completo;
- Glicemia de jejum;
- Coombs indireto (se Rh negativo);
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgG e IgM (se no 1º trimestre não foi reagente);
- Sorologia p/ Hepatite B (HBsAg);
- Sorologia p/ Hepatite C;
- EAS (Urina);
- Urocultura.
- USG Obstétrica

**OBS: O VDRL deverá ser realizado mensalmente (coleta de sangue ou teste rápido).**

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento. De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.

A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Nas situações de emergência obstétrica, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço

de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco.

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde. A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

### **Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica**

- Idade menor do que 15 e maior do 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 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

## **Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco**

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

## **Fatores relacionados às condições prévias**

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (ex: Lúpus eritematoso sistêmico);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, 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;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

## **Relacionados à história reprodutiva anterior**

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

## **Fatores relacionados à gravidez atual**

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligidrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.
- 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 ISTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- 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);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

### **Fatores de risco indicando o encaminhamento à urgência/emergência obstétrica**

As altas taxas de mortalidade materna representam um desafio à saúde pública em nosso país. Ao não se garantir o acesso seguro ao evento da maternidade, impõe-se às mulheres o mais sério limite ao exercício dos direitos reprodutivos e, portanto, à condição de cidadania. Embora o risco de óbito tenha se reduzido no Brasil com a ampliação do acesso ao pré-natal e ao parto institucional, ainda há muito a fazer. Para evitar a morte de muitas mulheres, é fundamental o pronto e adequado atendimento às emergências obstétricas.

Para isso, são fundamentais, o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte disponíveis no âmbito do serviço. Entre as atitudes que atrapalham o sucesso desse atendimento figuram frequentemente a desvalorização da queixa da paciente ou a ansiedade de encaminhamento para locais de referência. Ao avaliar a gestante em situação de urgência/emergência, o profissional de saúde deve encaminhá-la ao local de referência.

### **São fatores de risco de urgência/ emergência obstétrica:**

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à



proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria; Obs.: Edema isolado 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);
- 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;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente, rubor e calor);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnia.

### **Encaminhamento para o Alto-Risco e Ginecologista**

- Para o encaminhamento para o pré-natal de alto risco, o profissional deverá preencher por completo a Guia de Referência/Encaminhamento;

- O agendamento de alto-risco é realizada pela própria gestante com a Guia de Referência/Encaminhamento;
- Quando for necessário o médico do ESF (equipe da saúde da família) encaminhar a gestante para avaliação com o ginecologista, o profissional da ESF deve preencher a Guia de Referência/Encaminhamento e encaminhá-la à unidade de referência. Após a avaliação e condutas do ginecologista, o mesmo pode preencher a “Guia de Contra-Referência” e retorná-la a unidade de origem para dar seguimento ao pré-natal.

### **Infecções Sexualmente Transmissíveis em Gestantes**

A presença de IST na gestação pode afetar a criança, podendo causar aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do RN. Essas infecções também podem ter efeito debilitante nas gestantes.

Todas as gestantes e as parcerias sexuais devem ser investigadas sobre IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. O rastreamento de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz (oferta de testes diagnósticos e tratamento) cuja efetividade depende de vários fatores (ex: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, cobertura adequada, entre outros).

Todas as gestantes devem ser rastreadas, quando disponível, para:

- **HIV** – a testagem para o HIV é recomendada na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e terceiro trimestre da gestação. Mas, no caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do teste rápido para HIV.
- **Sífilis** – o teste para diagnosticar a sífilis deve ser feito na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e repetido mensalmente preferencialmente por realização de teste rápido.
- **Hepatite B** – o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão

vertical. Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta do pré-natal – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;

## **Hepatites virais**

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Nesta seção, serão consideradas as hepatites virais B e C, devido à sua morbimortalidade e via de transmissão comum a outras IST. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos dessas infecções têm diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão, o que lhes garante epidemiologia distinta. São de grande importância para a saúde pública, em razão do número de pessoas acometidas, transmissibilidade, cronicidade e potencial para complicações.

As hepatites virais, apesar das inúmeras discussões sobre a origem, hoje é um acometimento que impacta sobremaneira a saúde pública em todo mundo. A perda da qualidade de vida do paciente e comunicantes, e os gastos no SUS, requerem esforços para desenvolver medidas eficazes de promoção à saúde, na vigilância, prevenção e controle desses agravos. Uma das estratégias eficazes foi com surgimento dos testes rápidos para triagem das hepatites virais (B e C). Estes testes são práticos pela simplicidade de execução e por não necessitarem de equipamentos para leitura. Os resultados aparecem por meio da formação de linhas coloridas de fácil interpretação, no entanto, esses testes devem ser continuamente monitorados e avaliados. Os testes sorológicos específicos, apesar de todos os avanços tecnológicos, se mantêm como o método eficaz para avaliar o decorrer da infecção viral, determinando as fases da infecção e os procedimentos a serem seguidos.

## **Hepatite B**

A hepatite viral B é uma infecção de transmissão parenteral, predominantemente, pela via sexual. A transmissão vertical também pode ocorrer, e ocasiona uma

evolução desfavorável, com maior chance de cronificação. Diferentemente da hepatite viral A, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas em mais de dois terços das pessoas infectadas.

O HBV apresenta elevada infectividade e permanece viável durante longo período quando fora do corpo (ex.: em uma gota de sangue). Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente da idade e/ou condições de vulnerabilidade (Nota Informativa nº 149/2015).

Considerando-se a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, o que reduz sobremaneira a transmissão vertical. Está disponível nas unidades de saúde o Teste Rápido de Triagem das Hepatites.

- Se for HBsAg reagente, solicite HBeAg.
- A gestante com HBsAg reagente e com HBeAg reagente deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto-risco;
- Toda gestante HBsAg não reagente e com idade abaixo de 20 anos deve receber a vacina para hepatite B.

Apesar da progressão da cobertura vacinal e acesso ampliado às orientações para prevenção das IST, ainda há um crescente número de diagnósticos de hepatite B.

## **Hepatite C**

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

O risco de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV, do inglês *Hepatitis C virus*) está aumentando em determinadas populações, como usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, e atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, entre

outros, que, não obedecendo às normas de biossegurança, expõem-se a sangue pela via percutânea.

A transmissão sexual do HCV é pouco frequente e ainda muito discutida, ocorrendo em pessoas com parcerias múltiplas e que têm relações sexuais sem preservativo. Como em outras infecções de transmissão sexual, a presença de outras IST, especialmente com úlceras na região anogenital, e práticas sexuais de risco para aquisição de IST/HIV, constituem um importante facilitador de transmissão, particularmente na população HSH. Há também a possibilidade de transmissão vertical, em uma menor parcela dos casos.

### **Infecção pelo HIV**

A evolução da epidemia da Aids no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, trouxe como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV. Sendo assim, é necessário o Teste Rápido para HIV na primeira consulta pré-natal e na 28ª semana de gestação.

As IST's são fatores de risco para aquisição e transmissão do HIV. Estudos demonstram que pessoas com IST e infecções não ulcerativas do trato reprodutivo têm um risco aumentado em três a 10 vezes de se infectar pelo HIV, o qual sobe para 18 vezes se a doença cursa com úlceras genitais.

A infecção pelo HIV envolve várias fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. A primeira fase da infecção (infecção aguda) é o tempo para o 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 (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi). A presença desses eventos definem a aids.

A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV. Nesse caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional. Os fatores biológicos podem limitar a precisão dos testes rápidos, o que também pode

ocorrer com os testes convencionais usados em laboratório. Todavia, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias.

Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2).

Gestante portadora do vírus deve realizar o acompanhamento de alto risco, porém deve permanecer o vínculo e o pré-natal na unidade de saúde.

Realizar o Teste Rápido no parceiro, sempre que possível.

## **SÍFILIS**

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deverá ser realizado mensalmente. O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.

Sífilis congênita é a transmissão da doença de mãe para filho. A infecção é grave e pode causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê, quando este nasce gravemente doente. Por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado é positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro. Só assim se consegue evitar a transmissão da doença. Seguir protocolo municipal de conduta de Sífilis.

Parceiros sexuais devem ser tratados concomitantemente, caso contrário o recém-nato será considerado caso de sífilis congênita. O tratamento do parceiro deve ser concomitante ao da gestante. O tratamento concomitante significa que o tratamento do parceiro deve ser iniciado no máximo na última dose do tratamento da gestante.

O comprovante de tratamento da sífilis em gestante e parceiro deve ser anexado à caderneta de gestante e à ficha Perinatal.

A sífilis é uma patologia de notificação compulsória.

### **Realização dos Testes Rápidos**

Os Testes Rápidos enviados às unidades podem ser de vários laboratórios. Podem ser utilizados testes de plataforma de único e de duplo percurso, que permite detectar anticorpos específicos para a patologia.

### **Conservação e estocagem do material**

Os kits devem ser mantidos/armazenados entre 2°C e 30°C. Recomenda-se a conservação dos kits em geladeira somente em locais onde a temperatura ambiente ultrapasse 30°C. Não congele os kits ou seus componentes. Os tampões de corrida também devem ser mantidos entre 2°C e 30°C, em seu recipiente original (frasco conta-gotas).

### **Resultados dos Testes Rápidos**

#### **- Os resultados possíveis do Teste Rápido de Sífilis**

- Para a amostra com resultado Não Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. "Amostra Não Reagente para Sífilis";
- Para a amostra com resultado Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. "Amostra Reagente para Sífilis".

#### **- Os resultados possíveis do Teste Rápido de HIV**

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1), terá o diagnóstico definido como "Amostra Não Reagente para HIV";

- A amostra que apresentar resultado reagente no teste rápido 1 (TR1) deverá passar obrigatoriamente para a realização do segundo teste (com Kit de outro laboratório - TR2);

Amostras reagentes nos TR1 E TR2 terão o diagnóstico definido como “Amostra Reagente para HIV”;

### ***Encaminhar para Vigilância Epidemiológica.***

Amostras reagentes no TR1 e não reagente no TR2 (DISCORDANTES), não terão o resultado definido e uma nova amostra deverá ser solicitada por punção venosa para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV.

**NOTA:** Caso não apareça a banda controle ou ocorra algum problema no processo de realização e leitura do teste, esses serão considerados INVÁLIDOS e o teste deverá ser repetido com a mesma metodologia e com mesmo conjunto diagnóstico, de preferência com outro lote.

## **PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO**

- Deixar os reagentes necessários atingir a temperatura ambiente antes da utilização;
- Retirar o dispositivo do sachê selado;
- Colocar o dispositivo numa superfície plana e limpa.
- Utilizar EPI;
- Identificar as lâminas dos Testes Rápidos;
- Identificar o frasco para diluição com o nome do indivíduo ou número de identificação e desenrosque o dosador (parte branca) do frasco mantendo a tampa de cima rosqueada no dosador;
- Escolha o dedo para realizar a punção;
- Massagear para aumentar fluxo sanguíneo;
- Realizar a antissepsia do local a ser perfurado – lateral do dedo;

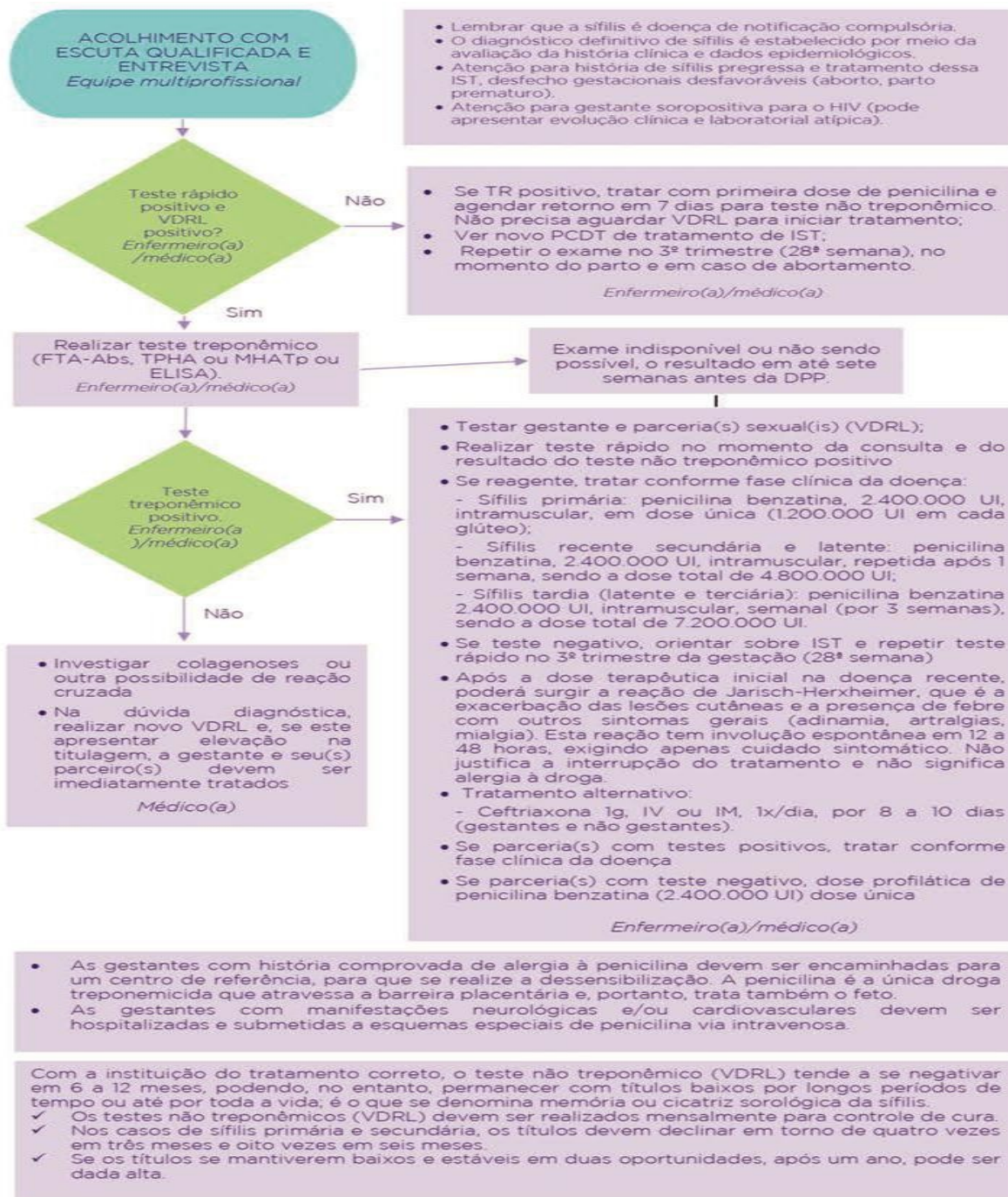


- Aguardar secar o álcool;
- Desencapar a lanceta;
- Encostar a lanceta e fazer pressão para que ela dispare;
- Fazer ordenha para obter amostra;
- Coletar a amostra de sangue com a pipeta ou capilar;
- Dispensar duas gotas de sangue na área da amostra (S);
- Adicionar na área de amostra (S) uma gota do tampão;
- Aguardar 15 minutos (Ou conforme indicador do teste) para a leitura;

### **Consideração sobre os Testes Rápidos**

- Realizar os Testes Rápidos somente profissionais capacitados;
- Seguir orientações das bulas sobre armazenamento e realização do exame;
- Realizar a entrega do laudo, registrando nesse: os dados pessoais completos, assinatura do profissional e carimbo, o número do lote e validade do teste.

## FLUXOGRAMA DO MANEJO DE SÍFILIS



Fonte: Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres, 2016.

## ACHADOS CLÍNICOS E CONDUTAS:

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
BETA HCG+	Gravidez confirmada	Iniciar pré-natal, ficha de gestante, cartão, solicitação de exames, orientações gerais, realizando toda a 1ª consulta.	Ácido Fólico 5mg 1x dia até o final da gravidez; Sulfato Ferroso 40mg 1x dia, desde o conhecimento da gestação até 3 meses após o parto, excluindo anemia falciforme;
Edema ausente (-)	Edema ausente	Acompanhar a gestante, seguindo o calendário de rotina.	Manter ácido fólico 5mg e sulfato ferroso 40mg
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso (+)	Edema leve	Verificar se o edema está relacionado à postura, atividades diárias, temperatura ou tipo de calçado; Aconselhar conforme o caso; Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo; Elevar membros inferiores.	
Edema limitado aos membros inferiores, com hipertensão ou aumento de peso (++)	Edema moderado	Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo; Elevar membros inferiores; Verificar sinais/sintomas de pré-eclâmpsia (solicitar proteinúria, repetir a medida da PA após repouso (4 horas) e indagar sobre os	

		<p>movimentos fetais; Retornar de 7 a 15 dias; Deve ser avaliada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de consultas e caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco e continuar acompanhamento na equipe.</p>	
<p>Edema generalizado (face, tronco e membros), ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso (+++)</p>	Edema grave	<p>Constatar se a gestante tem pré-eclâmpsia ou outras situações patológicas; Referir ao pré-natal de risco, se necessário.</p>	
Proteinúria	Eliminação urinária prejudicada	<p>- “Traços”: repetir em 15 dias; - “Traço” positivo, hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco; - “Maciça”: referir ao pré natal de alto risco;  - Piúria ou Bacteinúria: Solicitar urocultura com antibiograma. Referir à consulta médica.  - Hematúria: Se piúria associada,</p>	

		<p>solicitar urocultura.</p> <p>Se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta médica.</p> <p>Aumentar a ingestão de líquidos e referir ao pré-natal de alto risco.</p>	
Bacteriúria	Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário	Solicitar urocultura com antibiograma. Referir à consulta médica.	Cefalexina 500mg 6/6h por 7 dias ou Nitrofurantoína 1cp 100 mg 8/8h por 10 dias (evitar após 36 semanas de gestação) ou Amoxicilina 500mg 3x dia por 7 dias.
Piúria	Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário	Solicitar urocultura com antibiograma; Aumentar a ingestão de líquidos; Referir à consulta médica, se necessário.	Tratar com medicação de acordo com antibiograma, dentro do preconizado no programa.
Hematúria	Eliminação urinária prejudicada	Se piúria associada, solicitar urocultura e orientar para aumento da ingestão hídrica; Se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada.	
Rh negativo e parceiro Rh positivo ou desconhecido	Resultado de tipagem sanguínea negativa	Solicitar o teste de Coombs indireto; se negativo, repetir a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana. Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.	
Hemoglobina $\geq$	Teste laboratorial	Recomenda-se ingerir	Suplementação de ferro a

11g/dl: ausência de anemia:	compatível para anemia fisiológica na gravidez	sulfato ferroso 30 minutos antes das refeições com sucos ricos em vitamina C.	partir da 20ª semana: 1 drácea de sulfato ferroso/dia (300 mg), que corresponde a 40 mg de ferro elementar, quando necessário. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.
Hemoglobina < 11g/dl > 8g/dl: anemia leve a moderada:	Teste laboratorial positivo para anemia leve a moderada	Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: Se os níveis estiverem subindo: manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação e repetir a dosagem no 3º trimestre; Se a hemoglobina permanecer em níveis estacionários ou se "cair", referir a gestante ao pré natal de alto risco; Acompanhar também na equipe de saúde da família.	Anemia leve a moderada: -Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. - Tratar a anemia com 3 dráceas de sulfato ferroso, via oral/dia. - Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 a 60 dias: - se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drácea ao dia), e repetir a dosagem no 3º trimestre, - se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se "cair", referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Hemoglobina < 8g/dl: anemia grave	Teste laboratorial positivo para anemiagrave	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Acompanhar também na equipe de saúde da família.	

## SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
IgG (-) e IgM (-)	Resultado Negativo	Manter pré-natal baixo risco.	
IgG (+) e IgM (-)	Infecção passada	Manter pré-natal baixo risco.	
IgG (+) e IgM (+)	Infecção em estado agudo	Encaminhar para pré natal de alto risco	
IgG (-) e IgM (+)	Infecção em estado crônico	Encaminhar para pré natal de alto risco	

## SOROLOGIA PARA RUBÉOLA

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
IgG (-) e IgM (-)	Resultado Negativo	Orientar para não ter contato com pessoas que apresentem doenças exantemáticas.	
IgG (+) e IgM (-)	Infecção passada ou imunidade	Em caso de gestante imune, não são necessários outros exames.	
IgG (-) e IgM (+)	Infecção em estado agudo	Encaminhar ao pré natal de alto risco	

IgG ( + ) e IgM ( + )	Infecção em estado crônico	Encaminhar ao pré natal de alto risco	
-----------------------	----------------------------	---------------------------------------	--

### SOROLOGIA PARA HEPATITE B e C

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
HbsAg e HCV ( - )	Resultado negativo	Seguir calendário habitual; Vacinar a gestante contra Hepatite B.	Vacina Hepatite B
HbsAg e HCV ( + )	Resultado positivo para Hepatite B e C	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Acompanhar na equipe da ESF; Ofertar preservativo e orientar para as IST's.	

### SOROLOGIA PARA ANTI-HIV

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Duas sorologias reagentes	Resultados positivos para HIV	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Acompanhar na equipe de saúde da família; Ofertar preservativo e orientar para as IST's.	

### .QUEIXAS MAIS COMUNS NA GRAVIDEZ



- **Náusea e vômito:** ocorrem especialmente nos primeiros meses de gestação (altos índices de HCG e fatores psicológicos). Orientar a alimentação fracionada, evitar frituras e gorduras, ingerir alimentos sólidos pela manhã, e caso persista, iniciar tratamento com:

-metoclopramida 10 mg 4/4h (SOS); ou

- **Ptialismo ou sialorreia:** aumento da salivação. Aconselhar dieta semelhante à indicada para as náuseas e vômitos.
- **Pirose/azia:** causada pelo refluxo gastroesofágico. Aconselhadas refeições fracionadas, evitar chá preto, café, mate alimentos doces, gordurosos, picantes, álcool e fumo, e caso persista, iniciar tratamento com:

-hidróxido de alumínio 61,5 mg/ml suspensão, 1 colher de sopa após as refeições.

- **Gengivite:** agendar atendimento odontológico para avaliação e promoção do tratamento.
- **Constipação intestinal e Flatulência:** redução da motilidade da musculatura lisa causada pela ação da progesterona na gravidez. Aconselha-se alimentação rica em fibras e laxativa e hidratação, e caso persista, iniciar tratamento com:

-simeticona 40mg, 1 cp de 8/8h.

- **Tontura e vertigem:** evitar mudanças bruscas de posição e, quando de sua ocorrência, sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral com os MMII ligeiramente elevados.
- **Cãibras:** frequentes na segunda metade da gestação e acometem mais os membros inferiores. Hidratar bem e fazer uso de alimentos ricos em Potássio.
- **Varizes:** são dilatações venosas nos membros inferiores. De uma maneira geral têm caráter predisponente familiar. Aconselhado não permanecer muito tempo em pé ou sentada, repousar por 20 minutos várias vezes ao dia com as pernas elevadas.

- **Edema:** Geralmente relacionado à dificuldade de retorno venoso. Aconselhado elevar os membros inferiores a cada duas horas.
- **Hemorroidas:** são vasos do plexo hemorroidário, que podem sangrar ou mesmo sediar uma trombose. Orientar alimentação rica em fibras, laxativa e hidratação.
- **Dor lombar e dor hipogástrica:** motivadas pela alteração de postura e pela presença do útero grávido, sendo em geral suficiente o repouso, se possível em decúbito lateral.
- **Polaciúria** – sintoma encontrado no início e final da gestação, devido à compressão da bexiga pelo útero grávido. Orientar a não reter urina e esvaziar a bexiga com maior frequência.
- **Corrimento vaginal:** o aumento do fluxo vaginal é comum na gestação. Fazer o diagnóstico diferencial com IST, as quais devem ser tratadas conforme protocolo.

**Cefaléia:** afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Prescrever:

-paracetamol 500 mg até de 8/8 h (SOS).

- **Dor abdominal, cólicas:** certificar que não sejam contrações uterinas; afastar infecção urinária (excluir disúria ou febre). Prescrever:

-escopolamina 10mg, 1cp 8/8h.

### **Pressão arterial (PA)**

A medida da PA é recomendada em todas as consultas de pré-natal por ser a hipertensão arterial um fator de risco gestacional. O parâmetro de confirmação da hipertensão arterial na gestação é a observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. A hipertensão arterial sistêmica(HAS) na gestação é classificada em pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica. (BRASIL, 2012).

## **Categorias da hipertensão** arterial sistêmica (HAS) na gestação

9 **Pré-eclâmpsia:** caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.

9**Eclâmpsia:** corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

9 **Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica:** definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas.

9 **Hipertensão arterial sistêmica crônica:** é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto.

9 **Hipertensão gestacional:** caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

**Fonte:** Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Atentar aos procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial como o preparo e posicionamento da gestante e calibração do esfigmomanômetro.

No período pré-natal, a avaliação da PA deve ser em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. O ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, exige retorno antecipado da gestante pelo maior risco de pré-eclâmpsia

### **.Cuidados com a mama na gravidez**

O preparo da mama para a amamentação deve ser iniciado no pré-natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno, que envolvem:

- Avaliação das mamas durante as consultas de pré-natal;

- Orientações sobre o uso do sutiã durante a gestação, banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts a cerca de um palmo de distância; evitar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo; não realizar expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro;
- Conhecimentos, crenças e atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiência prévia sobre amamentação;
- Oferta de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo de gestantes, para informar as vantagens e o manejo da amamentação.

### **Colpocitologia Oncótica na Gestação**

Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. Não está contraindicada a realização do exame em mulheres grávidas, a coleta deve ser feita com a espátula de Ayres e não usar escova de coleta endocervical. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento.

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período.

### **Assistência à gestante com diabetes gestacional**

Diabetes gestacional consiste na intolerância à glicose de graus variados com início ou primeiro diagnóstico durante o segundo ou terceiro trimestre da gestação, podendo ou não persistir após o parto.

#### **Os fatores de risco são:**

- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Baixa estatura (<1, 50 cm);

- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrosomia ou diabetes gestacional.

**Avaliar resultados conforme quadro abaixo:**

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	CONDUTA
<b>GLICEMIA EM JEJUM</b>	1º Consulta  3º Trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal.</li> <li>• Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: rastreamento positivo.</li> <li>• Se &gt; 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª-28ª semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular).</li> <li>• Se &gt; 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>
<b>TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE</b>	Preferencialmente no período de 24ª à 28ª semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ em jejum &gt; 110 mg/dl;</li> <li>✓ após 2 horas &gt; 140 mg/dl.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>

**Observação:** Gestantes com suspeita de Diabetes, deverão ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

## **Consulta de Puerpério**

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Esse atendimento deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e na avaliação posterior, na unidade de saúde. Recomenda-se uma visita domiciliar na 1ª semana após a alta do bebê no caso das Equipes da Saúde da Família. 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, pelos agentes comunitários, pela busca ativa das unidades de saúde e pelo funcionário da sala de vacina. A segunda consulta puerperal deve ocorrer entre 30 e 42 dias após o parto. Nessa consulta é necessário verificar a necessidade de contraceptivo e seguir o protocolo de Planejamento Familiar.

### **Objetivos:**

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Avaliar interação entre mãe, RN e pai;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Agendar as consultas de puericultura (até 15 dias após nascimento, com um mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses ou conforme conduta médica);
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar.

### **Pré-natal do parceiro**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação

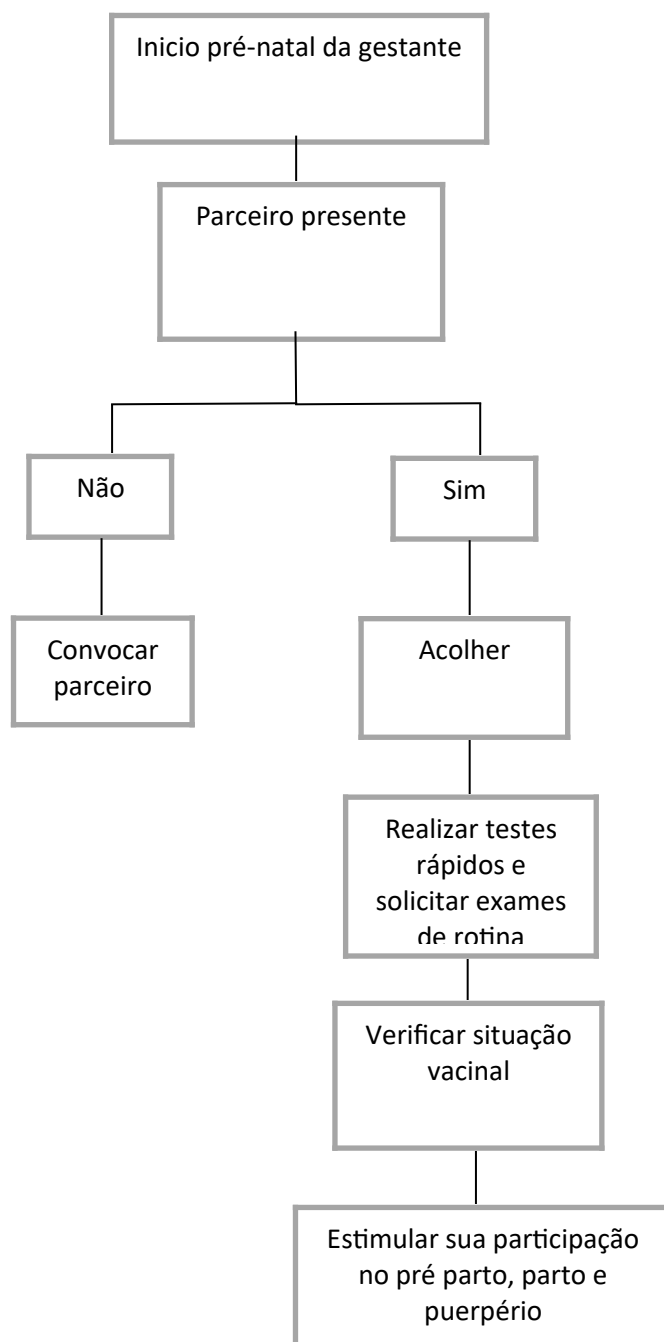
nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população.

A PNAISH aposta na perspectiva da inclusão do tema da paternidade e cuidado, por meio do Pré-Natal do Parceiro, nos debates e nas ações voltadas para o planejamento reprodutivo como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias nos serviços ofertados.

#### **Exames de rotina do parceiro:**

- Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
- Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
- Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida;
- Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
- Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
- Hemograma;
- Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos;
- Dosagem de Glicose;
- Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme)<sup>6</sup> ;
- Aferição de Pressão Arterial;
- Verificação de Peso e cálculo de IMC (índice de Massa Corporal)

## Fluxograma pré- natal do parceiro



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes – 1. ed., 2. reimpr. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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, Manual técnico. 3. ed.

Revisada. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnica, 3ª ed. atual e ampliada; Brasília Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/06\\_0069\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/06_0069_M.pdf)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 3ª. edição, atual, amp, 2008. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 32p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>. 2013. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros\\_Prog\\_e\\_rastreamento\\_Ca\\_de\\_Mama\\_.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Nº. 2439, de 08 de dezembro de 2005. Política nacional de atenção oncológica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2005. 3p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>.

\_\_\_\_\_. Programa nacional de controle do câncer de mama. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Brasília, DF, abril, 2011. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncccmama.pdf>>.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e métodos anticoncepcionais.

Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 52 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)

[br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](http://bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_climaterio.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006 [online].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás. Goiânia, Goiás, COREN GOIÁS, 2010.

\_\_\_\_\_. Legislação do exercício profissional da enfermagem. Goiânia, Goiás, COREN GOIÁS, 2012.

COFEN.RESOLUÇÃO COFEN-195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. RESOLUÇÃO COFEN-223/1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_RESOLUÇÃO COFEN-271/2002 – Revogada pela Resolução COFEN--317/2007. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro, 2007.

FEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde.2016.

# SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

## EXAME CITOPATOLÓGICO

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero, é passível de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente e realizada intervenção oportuna. Este tipo de neoplasia é responsável por um grande número de mortes entre as mulheres principalmente em países em desenvolvimento.

A realização do exame preventivo do câncer de colo de útero permite a detecção de alterações causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), que podem evoluir para o câncer. Quando detectado precocemente e tratado, há maior chance de cura com redução da mortalidade das mulheres.

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora curável em quase totalidade dos casos. Trata-se de anormalidades epiteliais conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NIC II/III), além do *adenocarcinoma in situ* (AIS). Apesar de muitas dessas lesões poderem regredir espontaneamente, sua probabilidade de progressão é maior o que justifica o seu tratamento.

Porém, frequentemente o diagnóstico é tardio, ocasionando as taxas de mortalidade tão elevadas no Brasil. O objetivo deste protocolo é a padronização de condutas relativas a prevenção do câncer do colo do útero e o aprimoramento e qualificação dos profissionais que lidam com a saúde da mulher.

Segundo o INCA (2016, p. 34), “os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado”.

Em situações especiais, seguir as recomendações de rastreamento e de conduta inicial frente aos resultados de exame citopatológico do colo de útero nas Unidades de Atenção Básica.

**O início da coleta deve ser aos 25 anos para as mulheres que já iniciaram atividade sexual, o rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos.**

Após dois exames consecutivos anuais normais, considerar o tempo máximo para coleta de três anos e o mínimo de 1 ano. O exame citológico cérvico-vaginal somente deve ser realizado em mulheres que já tiveram ou tenham atividade sexual.

A definição de quais mulheres devem ser rastreadas tem sido objeto de muitos questionamentos. É consenso que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença: a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV.

Em relação à faixa etária, há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero. Além da baixa incidência de câncer do colo do útero em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras.

### **SITUAÇÕES ESPECIAIS**

- Usuárias com transtorno mental e menor de idade: solicitar presença de um membro da família;
- Histerectomia subtotal: rotina normal;
- Mulheres com DST: devem ser submetidas à citopatologia mais frequentemente pelo seu maior risco de serem portadoras do câncer do colo do útero ou de seus percussores. Já as mulheres com condilomas em genitália externa não necessitam de coletas mais frequentes do que as demais, salvo em mulheres imunossuprimidas.
- Mulheres com mais de 64 anos que nunca se submeteram ao exame de citopatológico, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos, se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas dos exames adicionais.

## **TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DO MATERIAL PARA O EXAME PREVENTIVO DO COLO DO ÚTERO**

É uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero sendo coletada uma amostra da parte externa, a ectocérvice, e outra da parte interna, a endocérvice. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal descartável e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira ou espátula de Ayres e de uma escovinha endocervical.

Uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realizá-lo e de que tem o material necessário para isso. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação.

### **RECOMENDAÇÕES PRÉVIAS A MULHER PARA REALIZAÇÃO DO EXAME**

Para realização do exame preventivo do colo do útero e a fim de garantir a qualidade dos resultados, recomenda-se:

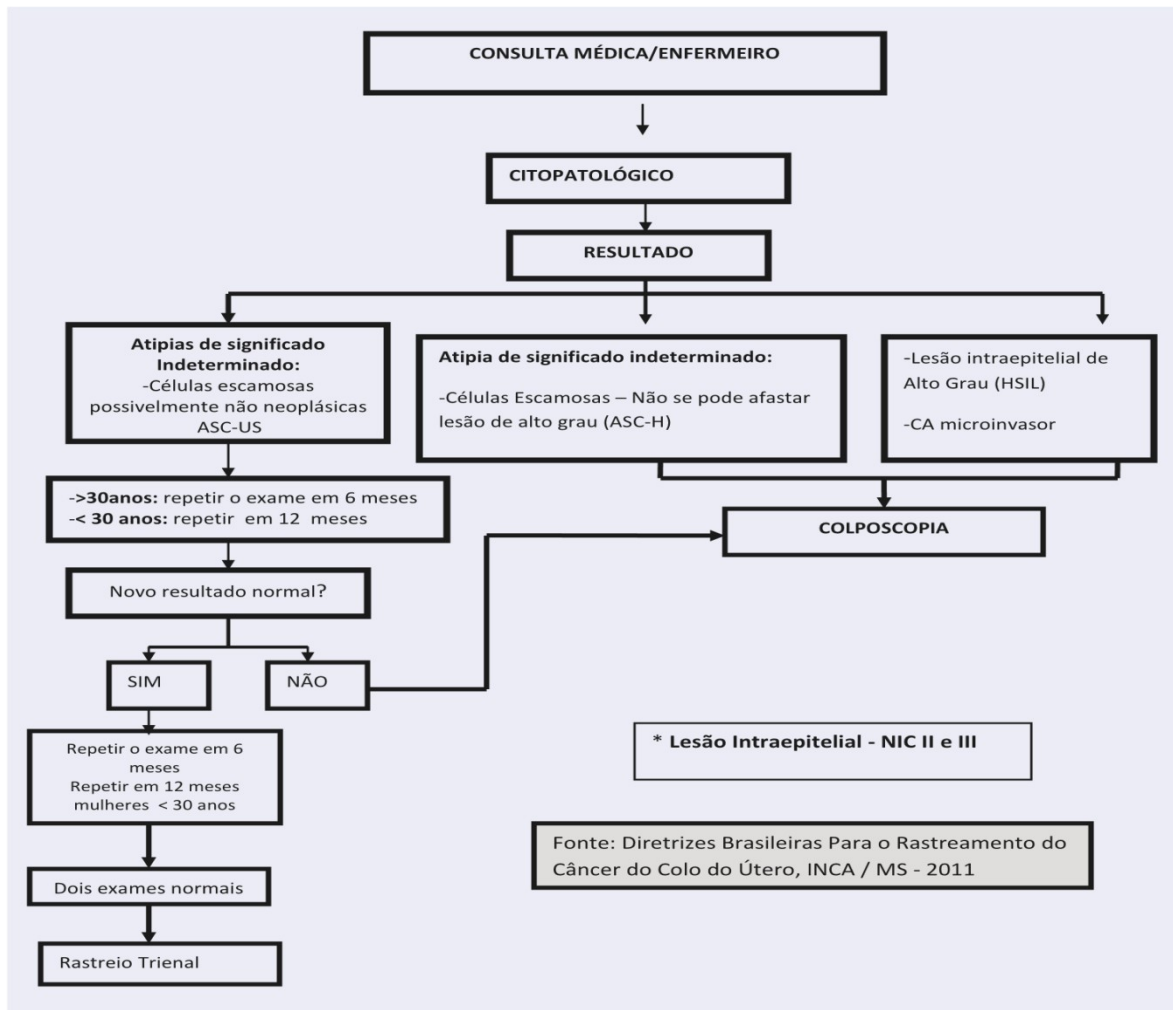
- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia transvaginal, durante 48 horas antes da coleta;
- Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- Anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame.
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguardar o 5º dia após o término da menstruação;
- Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores, é necessário seguir recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
- Pacientes que tenham colo de útero e em cujas amostras não estejam representadas o epitélio glandular ou metaplásico sofrem uma limitação na representatividade do exame, devendo-se repetir a coleta.

- Pacientes que foram submetidas à histerectomia total por motivos não neoplásicos, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais; o que não exclui a necessidade de realização do exame ginecológico periodicamente.
- Pacientes submetidas à histerectomia subtotal (parcial) deverão realizar exames de acordo com a rotina normal.
- Imunossuprimidas: o exame deve ser realizado neste grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano, e se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada 6 meses.
- Pós-menopausa: mulheres sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero apresentam baixo risco para desenvolvimento de câncer. Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres.

#### **FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

O câncer do colo do útero é facilmente detectado pela realização do exame preventivo Papanicolau. A sua realização periódica permite a detecção de alterações que podem levar ao câncer de colo de útero causada pelo Papilomavírus Humano (HPV).





**OBS:** Não se faz exame colpocitológico para o diagnóstico de corrimento vaginal e doenças sexualmente transmissíveis (ISTs). O diagnóstico nesses casos é clínico e pela abordagem **sindrômica**.

## ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA

A adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória.

### Amostra insatisfatória para avaliação

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada:

- Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço).
- Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

### **Recomendações**

O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

### **Amostra satisfatória para avaliação**

Designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

### **Células presentes na amostra**

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- Células escamosas.
- Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial).
- Células metaplásicas.

Embora a indicação dos epitélios representados na amostra seja informação obrigatória nos laudos citopatológicos, seu significado deixa de pertencer à esfera de responsabilidade dos profissionais que realizam a leitura do exame. 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 escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

## RESULTADOS CITOLÓGICOS:

### – Resultado citológico normal, alterações benignas e queixas ginecológicas:

- Resultado citológico dentro dos limites de normalidade no material examinado – É um diagnóstico completamente normal.

Recomendações: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

### – Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas) ou metaplasia escamosa imatura:

Recomendações: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

### – Resultado sem identificação do agente:

Recomendações: Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, a paciente deverá ser conduzida conforme diretriz para o tratamento de corrimento vaginal e de infecção sexualmente transmissível (IST). Seguir rotina de rastreamento citológico.

### – Resultado citológico indicando atrofia com inflamação:

Recomendações: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

### – Achados microbiológicos

- *Lactobacillus*sp, coco e outros bacilos.

Recomendações: Seguir a rotina de rastreamento citológico. A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital anormal, na presença de agentes patogênicos (*Gardnerella/mobiluncussp*, *Trichomonasvaginalis*, *Cândida sp*), deve ser abordada conforme diretriz específica.

**– Atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASCUS).**

A conduta será a repetição do exame citopatológico com intervalos determinados de acordo com a idade da mulher, precedida quando necessário do tratamento de processos infecciosos e de melhoria do trofismo genital com preparo estrogênico após a menopausa quando necessário, na Unidade de Atenção Primária. Se o resultado da citologia de repetição for igual ou mais significativa, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.

**Conduta Inicial:**

- Mulheres < 25 anos: repetir em 3 anos;
- Mulheres entre 25 e 29 anos: repetir em 12 meses;
- Mulheres ≥ 30 anos: repetir em 6 meses.

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

Todas as mulheres com laudo citopatológico de ASC-H devem ser encaminhadas à Unidade Especializada para colposcopia. Para as mulheres em que o exame for satisfatório e sem alterações colposcópicas, uma nova citologia deverá ser realizada em 6 meses nessa mesma unidade e deverá retornar à Unidade de Atenção Primária após duas citologias negativas seguidas.

**- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AOI):**

- Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas;
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau.

**Conduta Inicial:**

- Encaminhar para colposcopia.

### **- Células atípicas de origem indefinida:**

- Células atípicas de origem indefinida possivelmente não neoplásicas,
- Células atípicas de origem indefinida, quando não se pode excluir lesão de alto grau.

### **Conduta Inicial:**

- Encaminhar para colposcopia.

#### **– Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)**

Mulheres com diagnóstico citopatológico de LSIL devem repetir o exame citopatológico de acordo com a idade da mulher. Processos infecciosos ou atrofia genital identificados devem ser tratados antes dessa nova coleta.

Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar a rotina de rastreamento na Unidade de Atenção Primária. Se qualquer citologia subsequente for positiva encaminhar a unidade de referência para colposcopia.

### **Conduta Inicial:**

- Mulheres < 25 anos: repetir em 3 anos;
- Mulheres ≥ 25 anos: repetir em 6 meses.

#### **- Lesão de alto grau (LSIL)**

Todas as mulheres que apresentarem citologia sugestiva de lesão intraepitelial de alto grau na unidade de atenção primária deverão ser encaminhadas à unidade de referência especializada para realização de colposcopia.

#### **- Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão**

Todas as mulheres com esta suspeita diagnóstica deverão ser encaminhadas imediatamente à unidade especializada para colposcopia como conduta inicial.

#### **- Carcinoma escamoso invasor ou Adenocarcinoma in situ (AIS)**

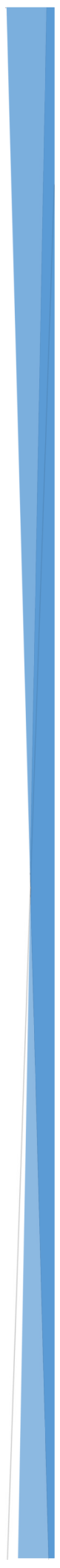
Mulheres com exames sugestivos de AIS ou adenocarcinoma invasor devem ser encaminhadas para colposcopia na atenção especializada como conduta inicial.

## Referências:

- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer.**Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde.**Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama**.Brasília, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, n. 13)
- BRASIL.Instituto Nacional de Câncer.**Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer.**Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA;2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde.**HIV/aids, hepatites e outras DST**.Brasília, 2006.(Cadernos da Atenção Básica, n. 18)
- BRASIL. Ministério da Saúde.**Rastreamento**.Brasília, 2010. (Cadernos da AtençãoBásica, n. 29)

.....

# SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA



## **.PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA**

A incidência e mortalidade por câncer de mama na população feminina mundial e brasileira é alta. As ações previstas para seu controle estão na detecção precoce, que consiste em diagnóstico precoce e rastreamento, através do exame-clínico das mamas e da mamografia (INCA, 2015).

O enfermeiro tem importante papel na promoção da saúde da mulher e prevenção do câncer de mama, por meio de orientações e encaminhamentos. Conforme a Nota Técnica do Instituto Nacional de Câncer de 2009, o enfermeiro tem autonomia para solicitação da mamografia de rastreamento, porém cada estado/município deve seguir o protocolo local (INCA, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama através da mamografia, em mulheres com idades entre 50 e 69 anos, com periodicidade bienal. Não recomenda o autoexame das mamas (AEM) como método de rastreamento, por esse exame ter uma recomendação fraca, os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios.

Diante disto, é recomendado que se estimule o processo de promoção de autoconhecimento, que consiste na mulher apalpar as mamas espontaneamente e conhecer as características das próprias mamas nas diferentes fases da sua vida para identificar o que é normal e habitual. Além disso, ela deve ser orientada sobre os achados suspeitos de câncer de mama e para procurar o serviço de saúde, se perceber alterações (BRASIL, 2015).

No Brasil, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos sem histórico familiar.

São considerados fatores de risco para câncer de mama: envelhecimento (idade > 50 anos), fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade ou primeira gravidez após os 30 anos), história pregressa ou familiar de câncer de mama, uso de álcool, tabaco (o tabacoum fator com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos mas merece atenção), excesso



de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante, terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona).

Importante destacar a necessidade de facilitar ao máximo o acesso de mulheres dentro da faixa etária preconizada para as ações de rastreamento aos serviços de saúde. Com esse objetivo, cada localidade deve planejar seus processos de trabalho, incluindo estratégias que podem envolver a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, a realização de busca ativa nos domicílios e espaços comunitários, e a solicitação de mamografia de rastreamento por parte de médicos e enfermeiros.

## **RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES**

Alterações sugestivas de câncer de mama:

- Qualquer nódulo mamário: a descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.
- Alteração unilateral na pele da mama, como: eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, distorções ou ulcerações do mamilo.
- Descarga papilar sanguinolenta, aquosa ou serosanguinolenta unilateral e espontânea: secreções poliductais, bilaterais e que são eliminadas com a expressão mamilar, são associadas às condições benignas.
- O autoexame das mamas não é indicado como estratégia para redução da mortalidade, mas a paciente precisa ser orientada pelo profissional quanto a ocorrência de sinais sugestivos de câncer de mama, como: nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas; mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento); mudanças no mamilo (retração e desvio); secreção espontânea pelo mamilo (principalmente se for unilateral).
- O enfermeiro poderá solicitar mamografia de rastreamento e aproveitar a oportunidade de coleta do exame de rastreamento do câncer de colo do útero para realizar exame clínico das mamas.

## CLASSIFICAÇÃO BI-RADS

O BI-RADS é um manual de padronização que permite analisar as características das lesões mamárias (cistos, nódulos, calcificações) e estimar o risco de neoplasias mamárias.

BIRADS	Significado	Risco de câncer de mama	Conduta
0	Inconclusivo	Não é possível estimar	Necessita de exames adicionais
1	Sem achados	0,05%	Controle anual
2	Achados benignos	0,05%	Controle anual
3	Achados provavelmente benigno	Até 2%	Controle semestral por um período de tempo
4	Achados suspeitos de malignidade	>20%	Necessita realização de biópsia
5	Achados altamente sugestivos de malignidade	>75%	Necessita realização de biópsia
6	Biópsia prévia com malignidade comprovada	100%	Tratamento oncológico

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento do consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 32 p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama**: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

<[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros\\_Prog\\_e\\_rastreamento\\_Ca\\_de\\_Mama\\_.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nota técnica para a solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT\\_INCA\\_DARAO\\_Mamografia\\_requerida\\_pela\\_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES](http://www1.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT_INCA_DARAO_Mamografia_requerida_pela_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES)>.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_2016\\_3.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio_2016_3.pdf)>.

# SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO

## .CLIMATÉRIO

O climatério é definido como uma fase biológica da vida da mulher, que representa a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, com falência ovariana, que habitualmente ocorre entre os 40 e 65 anos. Apesar de não se tratar de um processo patológico, é uma fase da vida permeada por uma série de transformações de ordem física, psicossocial, afetiva familiar, ocupacional e relativas ao envelhecimento, que muitas vezes repercutem negativamente podendo compreender a qualidade de vida.

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. A irregularidade menstrual é universal e os fogachos, sudorese noturna também são bastante frequentes, típicos do período.

### **Manifestações transitórias:**

- **Menstruais:** intervalo irregular entre as menstruações e/ou variação do fluxo.
- **Neurogênicas:** fogachos, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, insônia e fadiga.
- **Psicogênicas:** diminuição da autoestima, irritabilidade, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e dificuldades sexuais.

### **Manifestações não transitórias:**

- **Urogenitais:** mucosa mais delgada propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.
- **Metabolismo lipídico:** o hipoestrogenismo pode elevar as taxas de frações LDL e redução da HDL.
- **Metabolismo ósseo:** perda da massa óssea, mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur.

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

### **Consulta de Enfermagem**

Inicia-se pela anamnese clínica, valorizando a escuta, incluindo a aferição de peso, estatura, pressão arterial, exame das mamas, seguido de solicitação de exames laboratoriais de rotina.

### **Coleta de dados:**

- Data da última menstruação;
- Uso de métodos anticoncepcionais;
- Tabagismo;
- História familiar de câncer de mama;
- Última coleta de citopatológico;
- Comorbidades;
- Uso de medicação contínua;
- Explorar as queixas e outras demandas.

### **Exames Laboratoriais que podem ser solicitados pelo enfermeiro fora do pré-natal:**

- Hemograma completo;
- Glicemia de jejum;
- Teste oral de tolerância à Glicose/ Curva glicêmica;
- Hemoglobina Glicada (HbA1C ou A1C);
- Insulina;
- Lipidograma (colesterol, DDL, LDL, VLDL, Triglicerídeos);
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Hormônios: T3, T4 e TSH;
- TGO;
- TGP;

- Uréia;
- Creatinina;
- Ácido úrico;
- Sódio;
- Potássio;
- Beta HCG;
- Sorologia para hepatites B e C;
- Toxoplasmose IgG e IgM;
- TSA;
- Pesquisa de BAAR no escarro e linfa;
- Urina (EAS);
- Parasitológico de fezes;

#### **Orientações de acordo com as queixas:**

##### **- Fogachos e sudorese noturna:**

- Dormir em ambiente ventilado;
- Usar roupas leves e confortáveis;
- Ingestão de líquido;
- Evitar uso de cigarro;
- Evitar bebidas alcoólicas e de cafeína;
- Praticar atividade física;
- Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.

##### **- Insônia:**

.Evitar prática de atividade física nas três horas que antecedem o sono;

- Ter horários definidos para o sono e evitar cochilos durante o dia;
- Fazer refeições leves antes de se deitar;
- Evitar cafeína;
- Experimentar respiração lenta e profunda antes de dormir.

### - Problemas ósseos:

- Informar sobre a prevenção primária de osteoporose e o risco de fraturas associadas;
- Aconselhar exposição solar no início da manhã ou no fim da tarde;
- Orientar exercícios físicos regulares para fortalecimento da muscular, ósseo, melhora do equilíbrio e da flexibilidade.

### - Sintomas Urogenitais:

- Considerar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual;
- Estimular o autocuidado;
- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade;
- Estimular exercícios da musculatura perineal.

### - Transtornos Psicossociais:

- Estimular a participação em atividades sociais;
- Avaliar estados depressivos, especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente;
- Considerar encaminhar para avaliação com profissionais da saúde mental.

### Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n.29). – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Manual de orientação em climatério**. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_climaterio.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf).



# SAÚDE DA MULHER NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

## **.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. 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 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 masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres.

A sexualidade é um componente transversal na vida de qualquer sujeito, com determinações e implicações individuais sociais, institucionais e programáticas.

O Planejamento familiar é regulamentado através da Lei nº 9.263/1996 e pela Portaria nº 144/1997 do Ministério da Saúde, como sendo parte integrante de um conjunto de ações de Atenção a Saúde da Mulher, do Homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Esse conjunto de ações inclui: assistência à concepção e contracepção; atendimento ao pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis e controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Embora tratando de planejamento familiar, a lei é ampla e abrangente, caracterizando a anticoncepção como elemento integrante da Saúde Reprodutiva.

### **Consulta de Enfermagem**

Coleta de dados de Enfermagem:

Identificação da usuária, idade, dados socioeconômicos e culturais, motivos da consulta, antecedentes familiares, antecedentes pessoais.

### **Condutas/Intervenções de Enfermagem:**

#### **- Geral:**

- Monitorar peso e avaliar estado nutricional;
- Monitorar frequência cardíaca;
- Monitorar pressão arterial;
- Realizar ausculta cardiopulmonar, se necessário;
- Agendar exame citológico e de mamas e realizá-los anualmente;
- Orientar quanto à imunização;

Apresentar e explicar à mulher ou casal a técnica de uso do seu método. Reforçar o aconselhamento e oferecer preservativo para uso associado, com vista à dupla proteção do indivíduo ou casal;

- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até 06 meses no caso das lactantes;
- Realizar consultas subsequentes conforme o calendário;

#### **- Específico:**

- Apresentar todos os métodos contraceptivos de barreira, naturais, hormonais e definitivos, respeitando o direito da mulher ou casal quando da possibilidade da prescrição do método diante de condições clínicas favoráveis.
- Realizar primeira prescrição apenas de preservativo masculino ou feminino.
- Realizar prescrição subsequente:
- Disponibilizar camisinha feminina e/ou masculina;
- Encaminhar para avaliação e/ou inserção nos critérios de laqueadura e vasectomia.

## 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
- Características dos métodos
- Fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método

### **Critérios de Elegibilidade:**

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

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) usuá(ri)a(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.

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCION AL ORAL*	ANTICONCEPCION AL INJETÁVEL COMBINADO (mensal)	ANTICONCEPCION AL INJETÁVEL PROGESTÁGENO (trimestral)	MINIPÍLULA	DIU DE COBR E	MÉTODOS DE BARREIRA**
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1	1
Idade >40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser usado)
Amamentação menos de 6 meses do parto	3	3	1	1	D: 1 E: 3	1 (diafragma** não aplicável se <= 6 semanas pósparto)
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F:4 G:2	1
Fumo < 35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhament o da HAS)

HAS controlada emacompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1
HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2(introdução do método) 3(manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2(introdução do método) 3(manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	¾	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2(manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4(introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

Fonte: OMS (2010).

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 gonorreia.

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

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

\*\* Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

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

## MÉTODOS HORMONAIS

- **Anticoncepcionais Orais:** São subdivididos em Anticoncepcional Oral de Progestogênio ou Anticoncepcional Oral Combinado.

**-Anticoncepcional Oral de Progestogênio:** Contêm uma dose muito baixa de progestogênio. Eles não contêm estrogênio. Também são conhecidos como minipílulas. São os anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta, (a partir de 6 semanas após o parto).

- **Anticoncepcional Oral Combinado:** Contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. São mais conhecidos como pílula.

- **Anticoncepcionais Injetáveis:** São subdivididos em: anticoncepcional hormonal injetável mensal e anticoncepcional hormonal injetável trimestral.

- **Anticoncepcional hormonal injetável mensal:** São combinados, contêm estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais os hormônios são sintéticos. Esse tipo de contraceptivo, diminui a frequência e a intensidade das cólicas menstruais, e a fertilidade retorna em tempo mais curto do que com os injetáveis trimestrais.

- **Anticoncepcional Oral Combinado:** É um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio. É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino que é liberado lentamente na circulação sanguínea. Esse tipo de contraceptivo diminui a incidência de gravidez ectópica, câncer de endométrio, doença inflamatória pélvica, mioma uterino, pode ajudar a prevenir câncer e cistos de ovário e diminuir frequência de crises de falcização em portadoras de doença falciforme, por promover estabilização da membrana das hemácias. Além disso, podem ajudar a diminuir a frequência de crises convulsivas em portadoras de epilepsia, todavia aumentam a incidência de acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda e infarto agudo miocárdio. Todas essas complicações com maior frequência em fumantes de qualquer faixa etária. Não são recomendadas para lactantes pois afetam a quantidade e qualidade do leite. Aumentam o risco para tumores de fígado, sendo extremamente raros os tumores malignos.

#### **Efeitos secundários:**

- Alterações de humor, como depressão e menor interesse sexual, que são pouco comuns.
- Náuseas, vômitos e mal-estar gástrico (mais comum nos três primeiros meses).
- Cefaleia leve.



- Leve ganho de peso.
- Nervosismo.
- Acne (pode melhorar ou piorar, mas geralmente melhora).
- Tonteira.
- Mastalgia.
- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramentos nos intervalos entre as menstruações, especialmente quando a mulher se esquece de tomar a pílula ou toma tardiamente (mais comum nos três primeiros meses), e amenorreia.
- Cloasma.

#### **Outras alterações físicas possíveis:**

- A pressão arterial aumenta alguns pontos (mm Hg). Quando o aumento se deve aos anticoncepcionais orais combinados, a pressão arterial cai rapidamente após a interrupção do uso.

#### **Modo de uso – instruções às usuárias**

- No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no primeiro dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o quinto dia. A pílula, se usada corretamente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. Quanto mais precoce for o início de uso da pílula em relação ao início do ciclo menstrual, melhor é a sua eficácia nesse ciclo.
- A seguir, a usuária deve ingerir um comprimido por dia até o término da cartela, preferencialmente no mesmo horário. É importante orientar a usuária para verificar a cartela todas as manhãs, no sentido de se certificar do seu uso no dia anterior.
- Ao final da cartela, se a cartela for de 21 comprimidos, fazer pausa de sete dias e iniciar nova cartela no oitavo dia.

- Caso não ocorra a menstruação no intervalo entre as cartelas, mesmo assim, a usuária deve iniciar nova cartela e procurar o serviço de saúde para descartar a hipótese de gravidez.

- Mesmo que a pílula já venha sendo usada por longo período de tempo, não há necessidade de interromper o seu uso para descanso, pois não existe amparo científico que o justifique, sendo causa frequente de ocorrência de gestações.

- A mulher deve informar o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta, mesmo que isso não lhe seja perguntado.

- Quando uma mulher começa a usar a pílula, seu organismo precisa de um tempo para se adaptar. Por isso, a mulher não deve interromper o uso da pílula se ocorrerem alguns dos efeitos secundários indicados acima. Esses efeitos não são perigosos e, na maioria das vezes, desaparecem após os três primeiros meses de uso. Se eles continuarem por mais de três meses, a mulher deve procurar o serviço de saúde.

- **Em caso de esquecimento:** Se esquecer de tomar uma pílula, tomar a pílula esquecida imediatamente e a pílula regular no horário habitual. Tomar o restante regularmente, uma a cada dia.

-- Se esquecer de tomar duas ou mais pílulas: Tomar uma pílula imediatamente. Usar método de barreira ou evitar relações sexuais durante sete dias. Contar quantas pílulas restam na cartela. Se restam sete ou mais pílulas: tomar o restante como de costume. Se restam menos que sete pílulas: tomar o restante como de costume e iniciar nova cartela no dia seguinte após a última pílula da cartela. Nesse caso, a menstruação pode não ocorrer naquele ciclo. Na ocorrência de coito desprotegido, nesse período, orientar a mulher para o uso de anticoncepção de emergência.

- Em caso de vômitos e/ou diarreia: vômitos dentro de uma hora após tomar a pílula, há o risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela, para isso é importante fornecer à mulher pelo menos uma cartela extra para que ela tenha pílulas em número suficiente para tomar, se vomitar. Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a

tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem, pois, nessa situação, existe a possibilidade de não absorção dos esteroides da pílula, com consequente perda da ação anticonceptiva.

Interações medicamentosas:

<b>Grupos medicamentosos</b>	<b>Efeitos</b>
<b>Analgésicos</b>	Diminuição do efeito hormonal
<b>Antibióticos (Rifampicina)</b>	Diminuição do efeito hormonal
<b>Antifúngicos (Griseofulvina)</b>	Diminuição do efeito hormonal
<b>Anticonvulsivantes</b>	Diminuição do efeito hormonal, diminuição do efeito terapêutico
<b>Hipnóticos</b>	Diminuição do efeito hormonal
<b>Tranquilizantes</b>	Diminuição do efeito hormonal, diminuição do efeito terapêutico
<b>Diuréticos</b>	Diminuição do efeito hormonal
<b>Anti-hipertensivos</b>	Diminuição do efeito terapêutico
<b>Hipoglicemiantes</b>	Diminuição do efeito terapêutico
<b>Antiretrovirais</b>	Diminuição do efeito hormonal
<b>Anticoagulantes</b>	Diminuição do efeito terapêutico

#### **Primeira prescrição de contraceptivo:**

- Investigar todas as condições que contraindiquem o uso do contraceptivo.

- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
- 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.**

- Prescrever as pílulas para três meses de uso.
- Agendar retorno dentro de 30 dias.
- Esclarecer que a pílula não protege contra as DST/HIV/Aids.
- Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com a pílula.

### **Consultas de retorno**

O 1º retorno deve ser após 30 dias de uso do contraceptivo. Os retornos subsequentes devem ser semestrais. Retornos mais frequentes devem ser agendados para usuárias com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras.

### **Consultas subsequentes:**

- 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.

### **Contraceptivos ofertados na rede:**

#### **Oral:**

- Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg;
- Medroxiprogesterona 10 mg;
- Noretisterona 0,35 mg;
- Levonorgestrel 0,75 mg (contraceptivo de emergência);

#### **Injetável:**

- Combinado mensal: Noretisterona 50 mg + Estradiol 5mg/ml;
- Trimestral: Medroxiprogesterona 150 mg/ml;

#### **Método de barreira:**

- DIU de cobre;
- Preservativo masculino;
- Preservativo feminino.

## Métodos definitivos:

- Laqueadura; e
- Vasectomia.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 3ª. edição, atual, amp, 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 32p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros\\_Prog\\_e\\_rastreamento\\_Ca\\_de\\_Mama\\_.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf)>.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Nº. 2439, de 08 de dezembro de 2005. Política nacional de atenção oncológica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2005. 3p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. (Cadernode Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da SaúdeSecretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Número 32).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed. 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

# SAÚDE DA MULHER NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

## **INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL**

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente considerado o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas IST's quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito. Nos últimos anos, principalmente após o início da epidemia de AIDS, as IST's readquiriram importância como problema de saúde pública.

A dimensão dos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde, portanto, é muito mais ampla oportuna e urgente. Supõe o compromisso maior com os princípios do Sistema Único de Saúde, cuja implementação é o objetivo e a preocupação de todos os profissionais cientes da sua missão social.

A abordagem sindrômica é adotada pelo Ministério da Saúde, pois classifica os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causados; utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome; indica o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome; inclui atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos, além da oferta da sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV.

### **Abordagem às pessoas com IST**

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem constituir importantes elementos diagnósticos das IST. Os profissionais de saúde necessitam conhecer a anatomia e a fisiologia do trato masculino e feminino. Durante o exame físico procede-se, quando indicado, à coleta de material biológico para exame laboratorial. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para triagem de gonorreia, clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C, precedidos de



uma abordagem profissional adequada. A notificação compulsória dessas infecções deve fazer parte da atenção às pessoas com IST.

As amostras para os exames laboratoriais indicados devem ser colhidas no momento da primeira consulta; caso os resultados não estejam disponíveis imediatamente, a conduta terapêutica não deve ser postergada até a entrega destes. A consulta clínica se completa com a prescrição e orientação para tratamento, além do estabelecimento de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento e a adesão ao tratamento. Para tanto, deve-se promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

No caso de outras doenças (diabetes, dermatoses e imunodeficiências, entre outras), o uso de medicamentos e questões socioeconômicas e culturais são aspectos a serem abordados durante a anamnese. Nesse momento, recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente da idade e/ou com condições de vulnerabilidade (Nota Informativa nº 149/2015 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS).

Além disso, recomenda-se a vacinação quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18, também disponível no SUS, para adolescentes na faixa etária de nove a 13 anos, e para mulheres HIV-positivas de nove a 26 anos de idade (as quais necessitam de prescrição médica a ser apresentada no ato da vacinação, conforme Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS).

## **OFERTA DE PRESERVATIVOS**

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos às pessoas sexualmente ativas como um método eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis, além de

evitar gravidez. As orientações adequadas para a conservação e o uso correto e regular dos preservativos masculino e feminino devem fazer parte da abordagem.

A disponibilização do preservativo feminino objetiva ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres, considerando as dificuldades experimentadas principalmente pelas profissionais do sexo na negociação do uso da camisinha com a parceria sexual. Esses insumos deverão ser disponibilizados como parte da rotina de atendimento.

### **Abordagem às parcerias sexuais**

Para que se interrompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. No caso do não comparecimento das parcerias sexuais comunicadas, outras atividades poderão ser desenvolvidas, conforme a disponibilidade de cada serviço.

Serão consideradas parcerias sexuais, para fins de comunicação, aqueles(as) com as quais a pessoa infectada tenha se relacionado sexualmente, conforme a descrição abaixo:

- Tricomoníase: parceria atual;
- Corrimento uretral ou infecção cervical: nos últimos dois meses;
- DIP: nos últimos dois meses;
- Úlceras: nos últimos três meses;
- Sífilis secundária: nos últimos seis meses;
- Sífilis latente: no último ano

### **Comunicação por Busca Ativa**

Essa modalidade só poderá ser executada quando se esgotarem todos os recursos disponíveis, havendo acesso ao endereço. Cada unidade deve implementar as

atividades do sistema progressivamente, conforme a disponibilidade local. Por exemplo, pode-se realizar a comunicação por profissionais habilitados, equipe de vigilância epidemiológica ou ESF da área de abrangência.

Ao chegar ao serviço de saúde, a parceria deve ser considerada portadora da mesma infecção que acometeu o caso-índice, mesmo que não apresente sinal ou sintoma, e receber o mesmo tratamento recomendado para a condição clínica.

As parcerias sexuais de gestantes com IST e as gestantes parceiras de pessoas com IST que não atenderem à comunicação para tratamento devem ser priorizadas para **busca ativa**.

### **Princípios para comunicação das parcerias sexuais**

Qualquer método utilizado na comunicação das parcerias sexuais deve-se basear nos princípios de **confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação**.

- **Confidencialidade:** qualquer informação sobre o caso-índice, incluindo identidade, não deve ser revelada à parceria sexual e vice-versa. O profissional de saúde explicará que a informação sobre um paciente não pode ser dada a outro. Há menor resistência em utilizar o serviço de saúde quando as pessoas percebem que é garantida a confidencialidade.
- **Ausência de coerção:** a comunicação às parcerias sexuais pelo caso-índice deve ser voluntária, e este deve continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não coopere com o procedimento. Pode acontecer de o caso-índice se recusar a fazer a comunicação ou impedir o ato pelo profissional de saúde; por isso, essa decisão deve ser tomada após orientação na consulta, de acordo com princípios éticos. Se o profissional perceber que o risco à saúde da parceria e/ou outros (como um conceito) é tão elevado que seria antiético deixar de realizar a comunicação, poderá fazê-lo, em último caso, esgotadas todas as possibilidades.

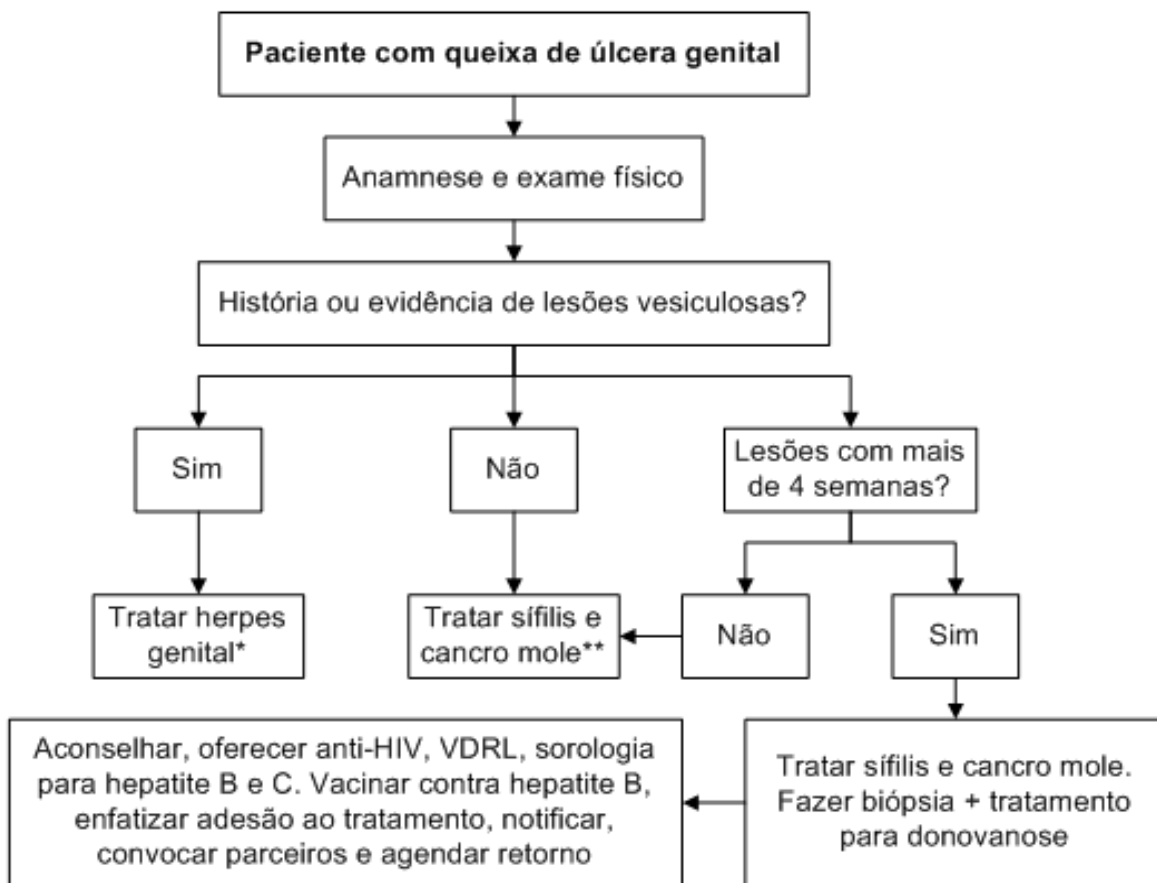
- **Proteção contra discriminação:** a comunicação às parcerias sexuais deverá ser realizada respeitando os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente, naqueles lugares em que o estigma e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação. É necessário lembrar que a discriminação dentro do próprio serviço de saúde é antiética e profissionalmente inaceitável, repercute negativamente na adesão e compromete o trabalho de toda a equipe. Discussões com todos os profissionais são essenciais para homogeneizar as ações.

### CORRIMENTOS VAGINAIS

CAUSA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ORIENTAÇÕES	AGENTE ETIOLÓGICO
<b>MUCORRÉIA</b>	No exame especular mostra ausência de inflamação vaginal com muco claro e límpido.	Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais	Fisiológico
<b>VAGINOSE CITOLÍTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurido vaginal;</li> <li>• Queimação vaginal;</li> <li>• Dispareunia;</li> <li>• Disúria terminal;</li> <li>• Corrimento branco (piora na fase lútea).</li> </ul>	Ducha vaginal (4 xícaras de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio), 2x semana, a cada 2 semanas.	Síndrome do crescimento excessivo do <i>lactobacillus</i> ou citólise de Doderlein
<b>VAGINOSE BACTERIANA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual.</li> <li>• Semsintomas inflamatórios.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gardnerella vaginalis</i></li> <li>• <i>Mobiluncus</i> sp</li> <li>• <i>Bacteroides</i> sp</li> <li>• <i>Mycoplasma hominis</i></li> <li>• <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbicos</li> </ul>
<b>CANDIDÍASE VULVOVAGINAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar medida higiênicas;</li> <li>• Orientar usar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cândida</i> spp</li> <li>• <i>Cândida</i></li> </ul>

	<p>útero;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem odor;</li> <li>• Prurido vaginal intenso;</li> <li>• Edema de vulva;</li> <li>• Hiperemia de mucosa;</li> <li>• Dispareunia de introito.</li> </ul>	<p>roupa íntima de algodão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar calças apertadas;</li> <li>• Dormir sem roupa íntima.</li> </ul>	<p><i>albicans</i></p>
<b>TRICOMONÍASE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida;</li> <li>• Prurido intenso;</li> <li>• Edema de vulva;</li> <li>• Dispareunia;</li> <li>• Colo com petéquias e em “framboesa”;</li> <li>• Disúria (menos frequente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer informações em IST e sua prevenção;</li> <li>• Ofertar testes rápidos;</li> <li>• Ofertar preservativos;</li> <li>• Ofertar vacinação contra hepatite B (verificar esquema vacinal);</li> <li>• Convocar e tratar as parcerias sexuais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Trichomonas vaginalis</i></li> </ul>
<b>GONORRÉIA e CLAMÍDIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos;</li> </ul> <p>Nos casos Sintomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrimento vaginal;</li> <li>- Sangramento intermenstrual ou pós-coito;</li> <li>- Dispareunia;</li> <li>- Disúria;</li> </ul> <p>Achados clínicos ao exame físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangramento ao toque da espátula;</li> <li>- Material mucopurulento no orifício externo do colo e doa à mobilização do colo uterino.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>• <i>Chlamydia trachomatis</i></li> </ul>

## ÚLCERA GENITAL



FONTE: Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª edição, Brasil, Brasília, 2006.

\*\* Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.

Para o 1º episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível com:

- **Aciclovir** 200 mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias **ou** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.

Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias).

Casos recidivantes (6 ou mais episódios/ano) podem se beneficiar com terapia supressiva:

- **Aciclovir** 400 mg, 12/12 hs, por até 6 anos **ou**

**Gestantes:** tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.

**Herpes e HIV:** No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, pensar na presença de infecção pelo HIV, quando se recomenda tratamento injetável:

- **Aciclovir** 5 a 10 mg por Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica.

Na ausência de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento presuntivo para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole:

### OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA ÚLCERAS GENITAIS (EXCETO HERPES).

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
<b>Sífilis</b>	<b>Penicilina G Benzatina</b> , 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega), ou	<b>Doxiciclina</b> 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e	<b>Alergia a penicilina - eritromicina (estearato)</b> 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (ver capítulo específico)

nutrizes);

+

<b>Cancro mole</b>	<b>Azitromicina</b> 1 g VO em dose única, <b>ou</b> <b>Ciprofloxacina</b> 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos) <b>ou</b> <b>Eritromicina</b> (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.	<b>Ceftriaxona</b> 250 mg, IM, dose única;	<b>Gestantes –</b> contraindicado uso de ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxonaObs: devido aos efeitos adversos da eritromicina tais com intolerância gástrica , utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa á eritromicina
--------------------	---	--	---

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar. Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose, com:

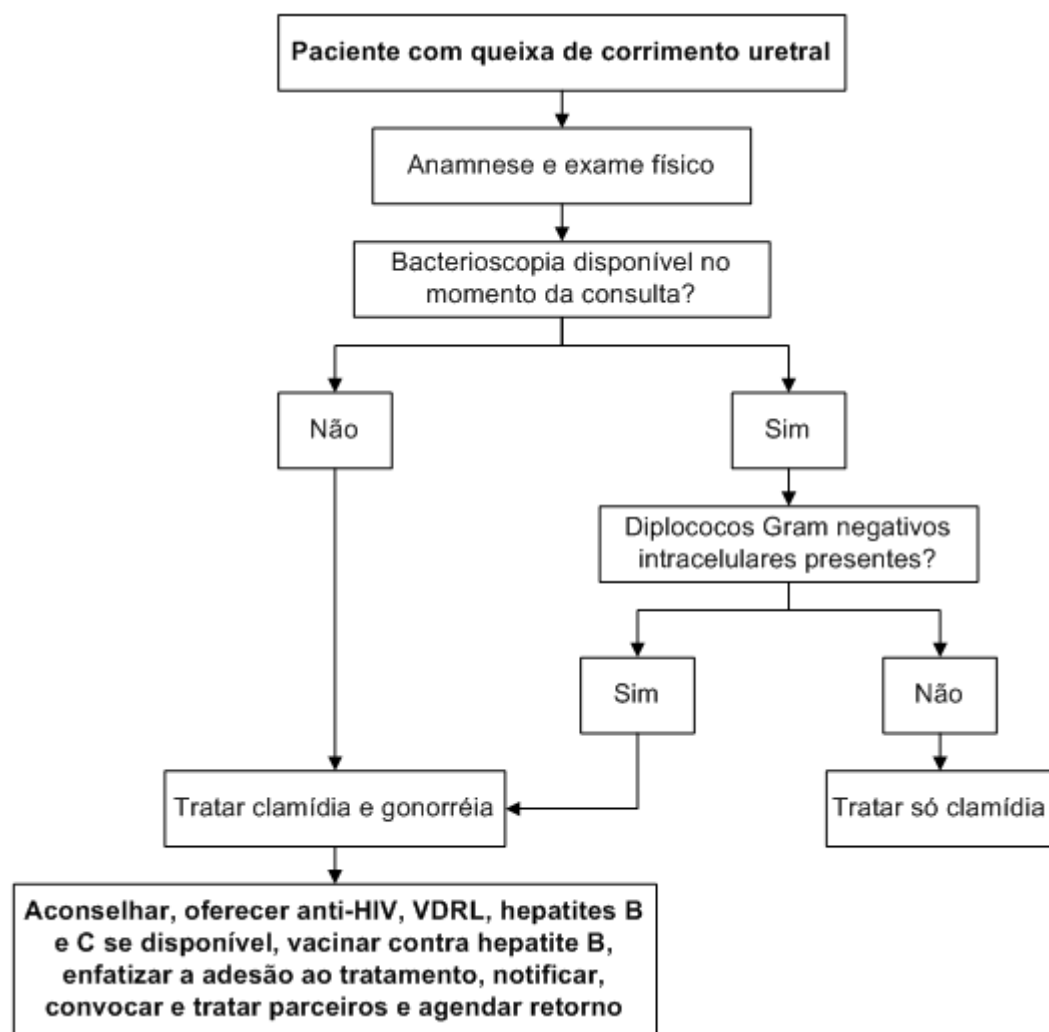
- **Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica; ou
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou.
- **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica
- **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica; ou
- **Azitromicina** 1 g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões.



Alertar o paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado.

**Não esquecer as ações complementares essenciais** - aconselhar, oferecer testes anti-HIV, VDRL, sorologia para Hepatite B e C, vacinar contra hepatite B. Enfatizar adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros, agendar retorno.

### CORRIMENTO URETRAL



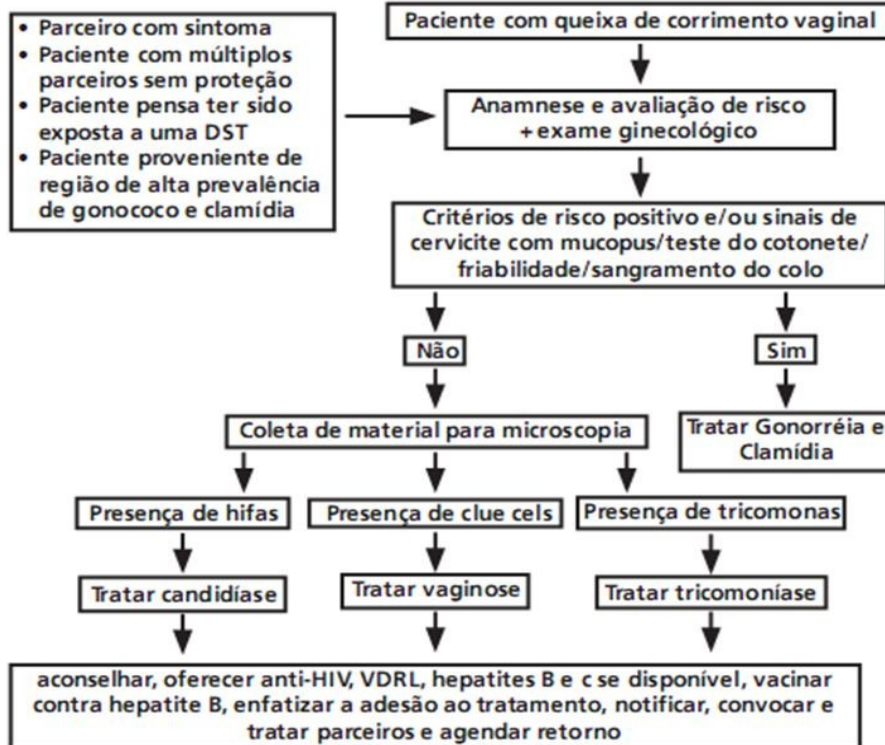
FONTE: Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª edição, Brasil, Brasília, 2006.

## Tratamento:

Primeira opção	Segunda opção	Comentários
<b>Ceftriaxona 500mg, IM, dose única</b> MAIS	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única	
<b>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única</b>	<b>MAIS</b> Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias	
Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única		
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM <b>MAIS</b> Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única		
Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	
Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única		
Ceftriaxona 1g, IM, dose única		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g).</li> <li>• Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).</li> </ul>		

Fonte: DCCI/SVS/MS

## Fluxograma de corrimento vaginal com microscopia



FONTE: Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª edição, Brasil, Brasília, 2006.

### Tratamento:

Condição clínica	Tratamento
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única <b>MAIS</b> Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento <b>MAIS</b> 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 <b>OU</b> Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)

### Vaginose Bacteriana

### Tratamento

<b>Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)</b>	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias <b>OU</b> Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
<b>Segunda opção</b>	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
<b>Recorrentes</b>	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias

• O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.

• Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

**OBS: O metronidazol só é indicado após o final do 1º trimestre de gestação. A clindamicina é contra-indicada em gestantes, pois aumenta o risco de amniorexe prematura.**

## - Candidíase

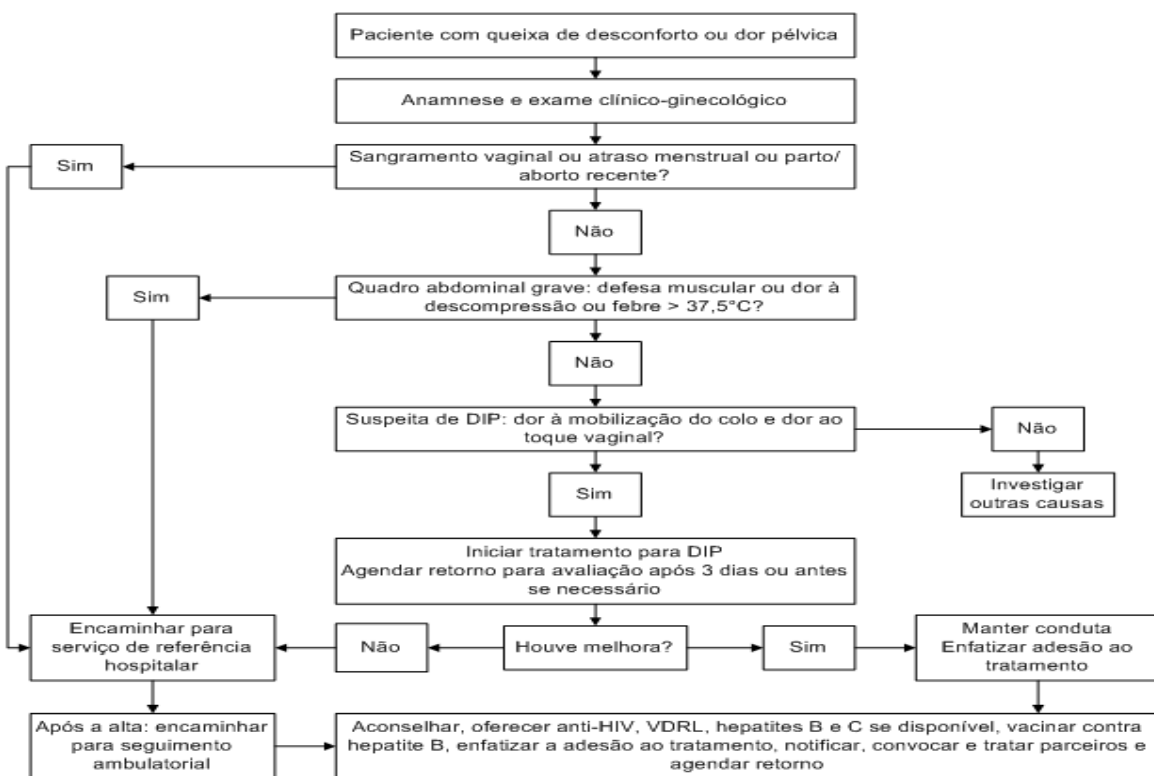
CANDIDÍASE VULVOGINAL	TRATAMENTO
<b>Primeira opção</b>	Miconazol creme a 2% via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias <b>OU</b> Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias
<b>Segunda opção</b>	Fluconazol 150mg, VO, dose única
<b>CVV complicada e CVV recorrentes</b>	Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 <b>OU</b> Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses <b>OU</b> Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana

Fonte: DCCI/SVS/MS.

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.

## DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA



FONTE: Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª edição, Brasil, Brasília, 2006.

## TRATAMENTO DE DIP

Primeira Opção	Segunda Opção
Ceftriaxona 500mg, IM, dose única	Cefotaxima 500mg, IM, dose única
<b>MAIS</b>	<b>MAIS</b>
Doxiciclinaa 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias	Doxiciclinaa 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias
<b>MAIS</b>	<b>MAIS</b>
Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Orientar quanto ao não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24h do uso de metronidazol para evitar efeito dissulfiran (antabuse).

A doxiciclina é contraindicada durante a gravidez

## CONDILOMA ACUMINADO

No condiloma acuminado as lesões são verrucosas e podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, mais frequentemente, no homem, na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo.

A biópsia está indicada quando:

- Existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia;
- As lesões não responderem ao tratamento convencional;
- As lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento;
- O paciente for imunodeficiente.

Pacientes que apresentarem condilomas em genitália e/ou região anal, deverão ser encaminhadas ao Ginecologista.

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Controle das doenças sexualmente transmissíveis, Manual de bolso – Ministério da Saúde – Brasil, Brasília –DF, 2006. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Conjunta** nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/ AIDS/SVS/MS, que dispõe sobre alteração de faixa etária e do intervalo de doses da vacina HPV para mulheres de 9 a 26 anos de idade HIV positivas.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília – DF,2019.

# SAÚDE DA CRIANÇA EM PUERICULTURA

## PUERICULTURA

A puericultura se dedica ao estudo do desenvolvimento global das crianças e tem como objetivo comum com a ESF desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, além de dar orientações educativas garantindo um atendimento de qualidade.

Desde o momento de sua concepção, e mesmo durante o período intrauterino, a criança já pode ser considerada parte integrante da sociedade na qual foi gerada, sofrendo, portanto, as consequências das condições sociais, históricas e familiares que a cercam.

A atuação do enfermeiro na atenção à saúde da criança visa à proteção, à promoção e à recuperação da saúde da criança, conforme as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).

O profissional da atenção básica, pelo fato de, idealmente, acompanhar toda a família na ESF, com o apoio do NASF, tem a possibilidade de estabelecer um vínculo especial com todos. Esta condição lhe dá a oportunidade de conhecer melhor a dinâmica familiar, facilitando desse modo o processo de acompanhamento da criança.

A promoção e a prevenção devem estar inseridas na prática do cuidado na saúde da criança, tendo como estratégias reduzir o risco de adquirir ou controlar uma doença. Estas estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida, alimentação, nutrição, vacinação, crescimento e desenvolvimento.

A avaliação adequada do crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental para os profissionais que atuam na atenção básica. Neste sentido, ressalta-se a importância de saber identificar os fatores de riscos e adotar as condutas necessárias.

Na saúde da criança sobretudo, a atuação da enfermagem visa promover o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequados, o aumento da cobertura vacinal e trabalhar no controle das situações de risco à saúde, visando o não comprometimento do potencial de cada criança.



## GRÁFICOS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

### **Estatuta para a idade**

Este indicador pode ajudar a identificar as crianças que estão abaixo da estatura ideal devido à desnutrição prolongada ou a repetidos episódios de doença. Crianças que são altas para a sua idade também podem ser identificadas, mas uma altura elevada raramente é um problema, a menos que seja excessiva, podendo refletir desordens endócrinas incomuns.

### **Peso para a idade**

O peso para a idade reflete o peso corporal em relação à idade da criança em um determinado dia. Este indicador é usado para avaliar se uma criança está com baixo ou muito baixo peso, mas não pode ser utilizado, de forma isolada, para classificar uma criança como estando com sobrepeso ou obesidade. É importante notar também que uma criança pode ter baixo peso, quer por um baixo comprimento ou estatura (nanismo), quer por magreza, ou por ambos.

### **Por altura**

Este índice expressa a harmonia entre as dimensões de peso e altura. É sensível para o diagnóstico de excesso de peso, necessitando medidas complementares para o diagnóstico preciso de sobrepeso e obesidade.

### **Índice de Massa Corporal (IMC)**

- a. Deve ser calculado em toda consulta de puericultura;
- b.  $\text{Peso}/[(\text{Altura}) \times (\text{Altura})]$ ;
- c. É um indicador especialmente útil para a triagem de sobrepeso e obesidade. Os gráficos de IMC para a idade e de peso para estatura/comprimento mostram resultados muito similares;
- d. Pontos de corte de IMC:

- Menor que percentil 3 – Baixo IMC;
- Maior ou igual a 3 e inferior a 85 – IMC adequado ou eutrófico;
- Maior ou igual ao percentil 85 e menor que 97 – sobrepeso;
- Maior ou igual ao percentil 97 – obesidade.

São fundamentais para o acompanhamento do crescimento da criança as medidas antropométricas de peso e altura, assim como a relação entre elas, peso em relação altura, e o índice de massa corpórea. Tais indicadores de crescimento, embora numéricos, são extremamente sensíveis do ponto de vista socioeconômico, remetendo-nos a importantes questões envolvidas no desenvolvimento infantil, como as condições de saúde e de vida da família.

### **Curvas de crescimento infantil**

Caso algum desvio seja identificado, é necessária uma abordagem mais aprofundada para que se estabeleçam as causas e os fatores associados. Fique atento para curvas descendentes. Se o decréscimo na curva persistir, considerar investigação inicial com exames e possível encaminhamento, se necessário. Discuta o caso com os demais membros da equipe. Os ACSs, por exemplo, possuem informações sobre as condições de vida da família, fundamentais para esta avaliação.

Procure sempre registrar as informações sobre peso e altura na Caderneta de Saúde da Criança. Esse registro permite que os demais membros da equipe tomem conhecimento do crescimento da criança.

A interpretação da curva mostra os sinais de alerta relacionados às alterações no crescimento da criança. A avaliação básica do crescimento envolve a mensuração do peso e da estatura ou altura e a comparação dos resultados obtidos com as curvas de crescimento. Seu objetivo é determinar se a criança está crescendo conforme o esperado para sua faixa etária e condições clínicas.

1º e 2º mês de vida	2 cm por mês
3º e 4º meses de vida	1,5 cm por mês
5º ao 12º mês	0,5 cm por mês
No 2º ano de vida	0,3 cm por mês

## AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Faixa Etária	Marcos de desenvolvimento
<b>2 a 4 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta ativa ao contato social.</li> <li>• Segura objetos.</li> <li>• Emite sons.</li> <li>• De bruços, levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços.</li> </ul>
<b>4 a 6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca ativa de objetos.</li> <li>• Leva objetos a boca.</li> <li>• Localiza o som.</li> <li>• Muda de posição ativamente (rola).</li> </ul>
<b>6 a 9 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinca de esconde-achou.</li> <li>• Transfere objetos de uma mão para outra.</li> <li>• Duplica sílabas.</li> <li>• Senta-se sem apoio.</li> </ul>
<b>9 a 12 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita gestos.</li> <li>• Faz pinça.</li> <li>• Produz "jargão".</li> <li>• Anda com apoio</li> </ul>
<b>12 a 15 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostra o que quer.</li> <li>• Coloca blocos na caneca.</li> <li>• Diz uma palavra.</li> <li>• Anda sem apoio.</li> </ul>
<b>15 a 18 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa colher ou garfo para se alimentar.</li> <li>• Constrói torres de dois cubos.</li> <li>• Fala três palavras.</li> <li>• Anda para trás.</li> </ul>
<b>18 a 24 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tira roupa.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói torre de três cubos.</li> <li>• Aponta duas figuras.</li> <li>• Chuta a bola</li> </ul>
<b>2 anos a 2 anos e 6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veste-se com supervisão</li> <li>• Constrói torres com seis cubos.</li> <li>• Forma frases com duas palavras.</li> <li>• Pula com ambos os pés.</li> </ul>
<b>2 anos e 6 meses a 3 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinca com outras crianças.</li> <li>• Imita uma linha vertical.</li> <li>• Reconhece duas ações.</li> <li>• Arremessa a bola.</li> </ul>
<b>3 anos a 3 anos e 6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veste uma camiseta.</li> <li>• Move o polegar com a mão fechada.</li> <li>• Compreende dois adjetivos.</li> <li>• Equilibra-se em cada pé por um segundo.</li> </ul>
<b>3 anos e 6 meses a 4 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emparelha cores.</li> <li>• Copia círculos.</li> <li>• Fala inteligível.</li> <li>• Pula em um pé só.</li> </ul>
<b>4 anos a 4 anos e 6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veste-se sem ajuda.</li> <li>• Copia uma cruz.</li> <li>• Compreende quatro preposições.</li> <li>• Equilibra-se em cada pé por três segundos.</li> </ul>
<b>4 anos e 6 meses a 5 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escova os dentes sem ajuda.</li> <li>• Aponta a linha mais comprida.</li> <li>• Define cinco palavras.</li> <li>• Equilibra-se em um pé cinco segundos.</li> </ul>

#### **Fatores de risco:**

- Ausência ou pré-natal incompleto.
- Problemas na gestação, parto ou nascimento da criança.
- Prematuridade. Peso abaixo de 2.500 g.
- Icterícia grave.
- Hospitalização no período neonatal.
- Doenças graves como meningite, traumatismo craniano ou convulsões.

- Parentesco entre os pais. Casos de deficiência ou doença mental na família.
- Fatores de risco ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.

#### Alterações no exame físico:

- Perímetro Cefálico < -2ZS ou > +2ZS
- Presença de alterações fenotípicas: Fenda palpebral oblíqua.
- Olhos afastados.
- Implantação baixa de orelhas.
- Fenda labial.
- Fenda palatina.
- Pescoço curto e/ou largo.
- Prega palmar única.
- Quinto dedo da mão curto e recurvado.
- Dente natal.
- Dente neonatal.

#### Avaliação e classificação do desenvolvimento:

AVALIAR	CLASSIFICAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior Ou</li> <li>• Perímetro cefálico &lt; -2 ZS ou &gt; +2 ZS e/ou</li> <li>• Presença de três ou mais alterações fenotípicas</li> </ul>	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco	DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	DESENVOLVIMENTO NORMAL

## CALENDÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS:

- Realizar visita domiciliar nos primeiros 7 dias após a alta;
- Realizar no mínimo, 7 consultas individuais no 1º ano de vida, sendo 3 consultas médicas e 4 de enfermagem (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês);
- Participar de grupos educativos, no mínimo por 4 vezes no primeiro ano de vida;
- Realizar no mínimo, 2 consultas individuais no segundo ano de vida;
- Realizar no mínimo, 1 consulta individual do terceiro ao quinto ano de vida;
- Realizar visitas domiciliares mensais até os cinco anos de vida.

## CONSULTA DE ENFERMAGEM

- ⌚ Realizar anamnese e exame clínico.
- ⌚ Avaliar presença de fatores de risco.
- ⌚ Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- ⌚ Avaliar e orientar quanto à imunização.
- ⌚ Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.
- ⌚ Orientar sobre as doenças e intercorrências.
- ⌚ Orientar: alimentação e higiene.

## ANAMNESE

### - Identificação:

- Nome completo;
- Data de Nascimento;
- Idade;
- Sexo;
- Nome dos pais.

### - Coleta de dados referente ao nascimento:

- Tipo de parto;
- Idade gestacional;
- Perímetro cefálico;
- Peso;
- Altura;
- Apgar 1º e 5º minuto;
- Tipo sanguíneo.

### - Triagem neonatal:

- **Teste do pezinho** (A coleta de sangue para o Teste do Pezinho deve ser realizada preferencialmente após 48 horas de vida e até o 5º dia de vida do bebê, para triar as doenças Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística ou Mucoviscidose, Hiperplasia Adrenal Congênita ou Síndrome Adrenogenital (HAC) e Deficiência da Biotinidase).
- **Teste da orelhinha** (A triagem auditiva neonatal é realizada por meio do exame de Emissão Evocada Otoacústica. Coloca-se um pequeno fone na parte externa do ouvido do recém-nascido que permite a produção de um estímulo sonoro

e a captação do seu retorno (eco), sendo registrado no computador se as partes internas da orelha (cóclea) estão funcionando. O resultado do exame é emitido na forma de um gráfico. Deve ser realizado nos primeiros dias de vida (24 a 48 horas) e, no máximo, no primeiro mês de vida);

- **Teste do olhinho** (A Triagem Visual Neonatal contempla ações de prevenção e de identificação precoce de deficiência visual. É um teste rápido, fácil, indolor e não necessita de colírio. O exame é realizado com um oftalmoscópio para facilitar a inspeção ocular. Ao serem atingidos pelo foco de luzes nos olhos, refletirão tons de vermelho, laranja ou amarelo, na presença de retinas saudáveis. Em caso de alteração, o reflexo de luz será esbranquiçado ou não será possível observá-lo).

**- Exame físico:**

- Verificar peso, altura e perímetro cefálico;
- Verificar presença de má-formações;
- Palpar fontanelas;
- Fazer avaliação céfalo-podálico;
- Realizar os reflexos primitivos
- Observar se a pega na mama está satisfatória;
- Avaliar esquema vacinal.

**- Cabeça e fontanelas:**

- Cabeça: Observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
- Fontanelas: a fontanela anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 a 26 meses. A posterior (lambidóide), mede de 1 a 2 cm e fecha por volta de 2 meses.

**- Olhos, visão e ouvidos:**



- Olhos: avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.
- Visão: avaliar aspecto e simetria dos olhos, presença da visão através da observação dos reflexos visuais.
- Ouvidos: observar a forma, alterações, implantação das orelhas.

#### **- Pescoço e coluna vertebral:**

- Pescoço: inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroarticulares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.
- Coluna vertebral: examine toda a coluna em especial a área lombosacra, percorrendo a linha média.

#### **- Tórax, pulmão e coração:**

- Tórax: observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.
- Pulmão: observar a presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios.
- Coração: observar a presença de cianose labial, de extremidades e edema.

#### **- Abdômen:**

Observar alterações globais de forma, volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais. As hérnias costumam fechar espontaneamente até 2 anos de idade. Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção e hiperemia. A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 6º e 10º dia de vida.

#### **- Genitália e reto:**

##### **• Meninos:**

Observar e registrar a presença de alterações (fimose, testículos ectópicos, hidrocele, posicionamento anômalo da uretra).

- **Meninas:**

Observar e registrar a presença de alterações (sinéquia, imperfuração de hímen, leucorreias e etc..)

**Obs:** A presença de secreção vaginal, mucoide ou sanguinolenta pode ocorrer nos primeiros dias de vida.

- Ânus e reto: verifique a permeabilidade anal.

**- Testículos:**

- Rastreamento para criptorquidia:

Se os testículos não forem palpáveis na primeira consulta ou forem retráteis, o rastreamento deve ser realizado nas visitas rotineiras de puericultura.

**- Pés:**

- Identifique a provável presença de pé torto, polidactilia e sindactilia.

## **CONDUTAS DE ENFERMAGEM EM QUEIXAS ESPECÍFICAS:**

### **ESCABIOSE**

- **Sintomas:** Prurido intenso no corpo com piora no período da noite, se a lesão apresentar exsudato purulento e/ou eczematização, o paciente deverá ser encaminhado para consulta médica.

- **Exame Físico:** Pápulas avermelhadas intensamente pruriginosas, pior em áreas flexoras, entre os dedos, punhos, tornozelos, mamilos e genitais. As pápulas podem formar sulcos irregulares de até 1cm na pele, e os sintomas aparecem em torno de 4 a 6 semanas após a infecção.

- **Transmissão:** É transmitida através de contato direto de pele a pele e compartilhamento de vestimentas, causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*.

- **Orientações:** Orientar sobre a transmissibilidade, prevenção, higiene pessoal e identificar contato e quanto aos sinais de agravo:

- Piora do Estado Geral
- Aparecimento de novas lesões com exsudato purulento e ou eczematização.
- Suspeita de reação adversa ao medicamento

#### **Tratamento para lesões que não apresentarem exsudato purulento:**

- Loção de permetrina a 1%: pode ser usada a partir de 2 meses; aplicação à noite (lavar após 8-12h) ou 2 aplicações com intervalo de três dias ou 1 semana; ou

- Loção de benzoato de benzila a 25%, diluída em 2 ou 3 volumes de água, uma aplicação diária (2 a 3 dias) ou duas aplicações com intervalo de sete dias.

- **Reavaliação:** Agendar retorno em 7 a 14 dias, não havendo melhora do quadro, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica.

#### **DERMATITE AMONIACAL (Dermatite primária de fraldas)**

- **Sintomas:** Dermatite irritativa causada por contato da pele com fezes e urina a hiperemia pode ser acompanhada ou não de pápulas ou crostas.

- **Orientações:**

- Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;
- Suspende o uso de lenço umedecido;
- Suspende o uso de fraldas descartáveis;
- Lavar com sabão neutro, enxaguar bem e evitar o uso de produtos perfumados;

**- Tratamento:**

- Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias.

- **Reavaliação:** Agendar retorno em 5 dias, não havendo melhora do quadro, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica.

**- Prevenção:**

- Óxido de Zinco creme após cada troca de fralda.

**CANDIDÍASE DE FRALDA**

- **Sintomas:** Complicação frequente da dermatite amoniacal, acomete o interior das pregas cutâneas, podendo causar pústulas ou pápulas ao redor da área do *rush*.

**- Orientações:**

- Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;
- Suspender o uso de lenço umedecido;
- Suspender o uso de fraldas descartáveis;
- Lavar com sabão neutro, enxaguar bem e evitar o uso de produtos perfumados;

**- Tratamento:**

- Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias.

- **Reavaliação:** Agendar retorno em 5 dias, não havendo melhora do quadro, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica.

**MILIÁRIA (Brotoeja)**

- **Sintomas:** Pequenas pápulas amareladas (relacionadas ao calor), menores de 1 mm no nariz e bochechas, se apresentar sinais infecciosos, o paciente deverá ser encaminhado para consulta médica.

**- Orientações:**

- Banhos frequentes;
- Explicar que é uma condição benigna e se resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida;
- Orientar o uso de roupas leves;
- Evitar o excesso de roupas.

**- Tratamento:**

- Enxaguar o bebê após o banho em: 1 litro de água contendo 2 colheres (de sopa) de amido de milho, 3 vezes ao dia ou aplicar amido diretamente na pele como se fosse talco; ou
- Aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia, após o banho.

- **Reavaliação:** Agendar retorno em 7 dias, não havendo melhora do quadro, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica.

## **PEDICULOSE**

- **Sintomas:** É normalmente assintomática, mas pode causar prurido no couro cabeludo, sendo possível a identificação a olho nu de piolhos ou seus ovos (lêndeas).

**- Orientações:**

- Lavar os cabelos com frequência;
- Não compartilhar escovas de cabelo e pentes;
- Verificar a cabeça periodicamente.

**- Tratamento:**

- Remoção Mecânica: Com o cabelo úmido, passar o pente de dentes finos.
- Remoção das lêndeas: Manualmente umedecendo os cabelos com vinagre morno diluído em água – diluição 1:1);
- Tratar contactantes, hábitos de higiene e prevenção na família.
  
- Eliminar as formas adultas:
  - Loção de Benzoato de Benzila 25% diluído em 2 partes; ou
  - Permetrina 1% por 10 a 15 minutos, por 3 dias seguidos e repetir após 7 dias (usar com cautela em < 2 anos).

- **Reavaliação:** Agendar retorno em 5 dias, não havendo melhora do quadro, repetir o tratamento. Se apresentar infecção secundária, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica.

### **MONILÍASE ORAL (CANDISÍASE ORAL)**

-Conhecido como “sapinho” o mesmo apresenta-se como placas brancas e grumosas aderentes a cavidade oral.

#### **- Orientações:**

- Orientar a higiene com água e sabão e fervura dos bics das mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura;
- Evitar beijo próximo aos lábios;
- Realizar higiene oral com água bicarbonatada:
  - 1 colher (chá) de bicarbonato de sódio em 1 copo de água fervida (75 ml) e fria, 4 vezes ao dia.
  
- Limpar a região oral com dedo indicador envolvendo-o em fralda limpa e umedecida com a solução de água bicarbonatada durante 7 a 10 dias.

- Orientar as mães que estão amamentando quanto à higiene rigorosa das mamas e mãos antes e após a amamentação.

**- Tratamento:**

- Nistatina 100.000 UI/ml, aplicar 1ml de 6/6 horas por 7 dias.

- **Reavaliação:** Agendar retorno em 2 dias, caso ocorra dificuldade na alimentação ou não houver melhora do quadro, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica.

## **LACTENTE COM CÓLICAS**

- Episódios repetidos de choro e irritação em intensidades suficientes para causarem dificuldades e apreensão familiar;

- As cólicas são resultantes da imaturidade do funcionamento intestinal;

- Podem estar relacionadas com a deglutição excessiva de ar durante a mamada, “pega incorreta”, ou a introdução de outros tipos de alimentos, como leite de vaca e chás.

**- Orientações:**

- Colocar a criança em decúbito dorsal apoiada sobre os braços, massagear o abdome com movimentos circulares e depois aplicar compressa morna (orientar bem o responsável sobre o uso da compressa);

- Sinal de alerta: na presença de dor e distensão abdominal, acompanhada de fezes com sangue, a criança deve ser encaminhada imediatamente para um serviço de referência. Suspeitar de alergia alimentar com o choro logo após as mamadas. Encaminhe para avaliação médica.

- Se o lactente não estiver em aleitamento materno exclusivo, orientar a diluição e preparo do leite;

- Frequência e consistência das evacuações;

- Sobre a possibilidade de resgatar o aleitamento materno.

- **Reavaliação:** Agendar retorno em 7 dias.

## VERMINOSE

- **Sintomas: Queixas mais comuns** – Prurido anal, presença de vermes em fezes ou em roupas íntimas, dor abdominal (afastados sinais de alerta/gravidade), diarreia intermitente não relacionada a alimentação.

**Sinais de gravidade** – Distensão abdominal, dor abdominal intensa associada a helmintose, diarreia persistente, helmintos saindo da cavidade nasal, queixa de verminose em crianças menores de 1 ano.

### - Orientações:

- Utilizar água tratada ou fervida;
- Lavar bem os alimentos e deixá-los de molho com Hipoclorito 2% (2 gotas por litro) por 30 minutos;
- Comer carne bem cozida ou assada. Nunca comer carne crua;
- Manter unhas limpas e cortadas;
- Manter as mãos sempre limpas, principalmente, antes das refeições e após evacuações e ao preparar os alimentos;
- Proteger os alimentos contra poeiras, mosca e outros animais.

### Tratamento para crianças maiores de 2 anos:

- Prescrever preferencialmente albendazol dose única, na falta deste utilizar mebendazol conforme tabela abaixo:

Agente Etiológico	Medicamento	Apresentação	Prescrição	Obs.:
Helmintos	Mebendazol	suspensão	05 ml/2x ao dia por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido 200mg	01 cp / 2x ao dia por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / dose única	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	02 cp / dose única	repetir esquema após 20 dias
Helmintos (ancilóstomos e Larva Migrans)	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	01 cp / dose única	repetir esquema após 20 dias
Protozoário	Metronidazol	suspensão	05 ml / 2x ao dia por 10 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	01 cp / 2x ao dia por 10 dias	repetir esquema após 20 dias
	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / por 05 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimidos	01 cp/ a noite por 05 dias	repetir esquema após 20 dias

Fonte: Protocolo de enfermagem na atenção Básica- RJ 2012



**Observação:** Crianças menores de 2 anos com suspeita de verminose devem ser referidas para avaliação médica.

## **DIARREIA**

Problema de saúde extremamente comum nos serviços de saúde e que acomete inúmeras crianças durante todo o ano. Seu manejo, apesar de simples, deve ser orientado à observação de sinais de gravidade precoces, os quais o profissional de enfermagem deve estar à par, principalmente em crianças. Esse reconhecimento deve ser compartilhado com os familiares, os quais devem ser orientados a procurar prontamente o serviço de saúde na presença de qualquer agravante.

### **- Crianças de 02 meses a 5 anos:**

Durante o exame físico, deve ser avaliado o estado de hidratação na criança, principalmente se o quadro já estiver ultrapassado 14 dias.

### **- Classificação da diarreia segundo o grau de desidratação:**

- **Grupo A – CRIANÇA HIDRATADA**

- Criança alerta, olhos brilhantes com lágrima, mucosas úmidas, fontanela normotensa, turgor cutâneo normal, pulso cheio e diurese normal.

- **Grupo B – CRIANÇA DESIDRATADA**

- Criança irritada e com sede, olhos encovados, mucosas secas, fontanela deprimida, turgor cutâneo pouco diminuído, pulso palpável diminuído e diurese pouco diminuída.

- **Grupo C – CRIANÇA MUITO DESIDRATADA**

- Criança deprimida/comatosa, olhos muito encovados e sem lágrimas, mucosas muito secas, fontanela muito deprimida, turgor cutâneo muito diminuído, pulso rápido/ausente ou débil, e diurese oligúria ou anúria.

**Atenção: a criança com diarreia e desidratação grave deverá ser encaminhada para tratamento em ambiente hospitalar.**

**- Orientações:**

**- GRUPO A:**

- Aumentar oferta de líquido, conforme aceitação;
- Oferecer líquidos ou solução de reidratação oral (SRO), após a evacuação;
- Aleitamento materno deve ser mantido e estimulado;
- SRO: 10ml/kg até 1º ano de vida, de 50 a 100 ml após cada evacuação; em crianças maiores de 1 ano de vida, de 100 a 200 ml após cada evacuação.
- Amamentar mais seguidamente e por tempo mais longo;
- Orientar sinais de alerta.

**- GRUPO B:**

- Reidratação oral- mãe deve oferecer SRO em pequenas quantidades de acordo com a sede da criança;
- SRO: 50 – 100ml/kg em 4 a 6 horas. Reavaliar a cada 30 minutos a 1 hora e estar atento aos sinais de gravidade, se após esse período a criança estiver hidratada, passar para o tratamento do GRUPO A.
- Se sinais de gravidade ou ausência de melhora, solicitar avaliação médica imediata.

**- GRUPO C:**

- Encaminhar ao pronto atendimento para avaliação médica imediata e hidratação venosa.

## FEBRE

A febre é o sinal mais comum perceptível pelos pais ou profissionais de saúde no exame físico que a criança precisa de maior atenção quanto ao seu estado de saúde. No entanto, devido ao amadurecimento do sistema imunológico, principalmente nas crianças menores de 02 anos, a febre costuma estar presente mesmo em condições cuja a imunidade da criança seja suficiente para combater a provável infecção.

A criança deverá ser encaminhada para avaliação médica se apresentar:

- Febre >38°C;
- Sinais de gravidade;
- Rigidez na nuca;
- Petéquias;
- Abaulamento da fontanela.

Os sinais de gravidade são:

- Temperatura corporal igual ou maior que 38,5 °C;
- Alteração clínica visível e/ou queda do estado geral;
- Alteração nos sinais vitais.

### Orientações

- Orientar ao familiar quanto ao uso de roupas leves;
- Ofertar ingestão hídrica;
- Orientar quanto aos sinais de gravidade e quando procurar a emergência imediatamente.

### Conduta

- Antitérmico: Paracetamol ou Dipirona.

Paracetamol ou Dipirona 10 mg/kg/dose		
Idade ou Peso	Paracetamol gts 200mg/ml	Dipirona gts 500mg/ml
	1 gota/kg/dose	1 gota/ 2kg/dose
<b>2 a 11 meses (6-9kg)</b>	6 a 9	3 a 5
<b>1 a 2 anos (10-14kg)</b>	10 a 14	5 a 7
<b>3 a 4 anos (15-19kg)</b>	15 a 19	8 a 10

Fonte: Protocolo de enfermagem na atenção Básica- RJ 2012

## **DOR DE OUVIDO**

A dor no conduto auditivo é uma queixa frequente em crianças, podendo ou não estar associada a quadros infecciosos.

### **Avaliação Inicial:**

- Avaliar sinais vitais;
- Aspecto da orelha externa;
- Presença de secreção no ouvido;
- Verificar se há sinais infecciosos e/ou de perigo;

### **Sinais Infecciosos:**

- Febre;
- Secreção purulenta;
- Membrana timpânica hiperemiada ou opaca, com abaulamento ou perfuração.

### **Sinais de perigo:**

- Tumefação dolorosa ou vermelhidão atrás da orelha;
- Presença de corpo estranho;
- Criança menor de 2 meses;
- Baixa de audição e atraso de fala.

### **Conduta**

Para dor de ouvido sem sinais infecciosos, prescrever analgésico.

- Paracetamol 200 mg/ml- 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se necessário.
- Dipirona 500 mg/ml- 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se necessário.

- Ibuprofeno 50 mg/ml- 2 gotas/kg/dose a cada 8 horas, se necessário (não utilizar em crianças menores de 6 meses).

## **Orientações**

- Secar o pavilhão auditivo 3x ao dia com algodão ou gaze;
- Fazer compressa morna no período noturno (orientar cuidados com compressa para evitar queimaduras);
- Contra recomendar o uso de cotonetes;
- Orientar quanto aos sinais de gravidade e quando procurar imediatamente a emergência.

- **Reavaliação:** Agendar retorno em 2 dias, se não houver melhora do quadro, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica.

## **ORIENTAÇÕES DURANTE AS CONSULTAS:**

### **Nascimento ao sexto mês**

- Informar sobre os benefícios da amamentação. Desestimular a substituição do aleitamento pela alimentação artificial, desencorajando o uso da mamadeira e das chupetas. No caso de impossibilidade de se continuar a amamentação, a alimentação artificial deverá ser oferecida de copinho ou colher. Se a família persistir utilizando a mamadeira, orientar para que não a ofereçam no berço.
- Orientar para que não sejam oferecidas bebidas adoçadas artificialmente e que o suco de frutas deve ser usado com parcimônia, pois não substitui os benefícios da amamentação.
- Desencorajar o compartilhamento de utensílios como colheres e copos e também a limpeza das chupetas, através da saliva da mãe ou cuidador. Práticas como embeber o bico em mel ou líquidos adoçados também devem ser desencorajadas

## **Sexto mês ao primeiro ano**

- Informar que, a partir do sexto mês, os primeiros dentes iniciam seu processo de erupção. Nessa fase, é comum a criança sentir desconforto causado pela erupção dos dentes decíduos. Pode-se indicar, para o alívio deste desconforto, que a criança utilize mordedores frios ou a mãe use gaze embebida em água gelada, previamente fervida ou filtrada, sobre a parte da gengiva irritada, no local onde o dente irá surgir.
- Estimular a mãe ou cuidador a escovarem os dentes da criança pelo menos duas vezes ao dia. Em relação às crianças menores de 2 anos, alguns cuidados são necessários. A escovação deve ser realizada pelos pais, com o uso de escova infantil com cabeça pequena e cerdas macias e usando-se uma pequena quantidade de dentífrico equivalente ao tamanho de um grão de arroz. É recomendável que, ao final da escovação, o excesso de espuma produzida pela pasta dental deverá ser retirado, evitando-se que a criança faça a sua deglutição. Para a remoção deste excesso, pode-se usar gaze ou a ponta de uma fralda molhada. A partir do momento em que a criança já tenha condições motoras de bochechar sem engolir, a remoção passa a ser feita através dos bochechos com água.
- Incentivar o uso do fio dental nos dentes da criança, no mínimo uma vez ao dia, a partir do momento em que os dentes começam a ter contato lateral entre si.
- Orientar os pais a manterem produtos que contenham flúor fora do alcance das crianças, evitando-se assim possíveis deglutições acidentais.
- Desaconselhar os pais e cuidadores o uso de alimentos adoçados e mamadeiras adocicadas na alimentação da criança. A ingestão de líquido entre as refeições deve limitar-se a água ou leite. Se houver oferta de suco, este não deve ser adoçado artificialmente e sua quantidade e frequência devem ser limitadas. É preferível que a criança coma a fruta a que beba o seu suco.

## **A partir dos 18 meses**

- Nesta idade, toda criança já deve ter o acompanhamento de sua saúde bucal bem estabelecido, tanto pelos pais como pelo dentista ou membro da equipe de saúde bucal.

- A higiene bucal da criança até os 8 anos de idade deve ser supervisionada pelos pais ou cuidadores em casa.

## AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

O hábito alimentar da criança é extremamente importante, pois, quando estiver em desacordo com os padrões alimentares recomendados, refletirá diretamente no crescimento e desenvolvimento adequados.

Para isso, a alimentação da criança deve conter todos os nutrientes necessários de acordo com sua faixa etária, tais como: carboidratos/energéticos, proteínas/construtor, gorduras/energético, vitaminas e minerais/reguladores.

### Alimentação complementar para crianças menores de 2 anos

#### Esquema para a introdução dos alimentos complementares:

FAIXA ETÁRIA	TIPO DE ALIMENTO
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada, ovo, carne
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

FONTE: UNA-SUS- 2016 – Eixo III- Assistência na atenção básica.

### Exemplo de alimentação diária

APÓS COMPLETAR 6 MESES	APÓS COMPLETAR 7 MESES	APÓS COMPLETAR 12 MESES
Aleitamento materno sob livre demanda; 1 papa de frutas no meio da manhã; 1 papa salgada no final da manhã; 1 papa de frutas no meio da tarde.	Aleitamento materno sob livre demanda; 1 papa de frutas no meio da manhã; 1 papa salgada no final da manhã; 1 papa de frutas no meio da tarde; 1 papa salgada no final da tarde.	Aleitamento materno sob livre demanda; 1 refeição pela manhã (pão, fruta com aveia); 1 fruta; 1 refeição básica da família no final da manhã; 1 fruta; 1 refeição básica da família no final da tarde.

FONTE: UNA-SUS- 2016 – Eixo III- Assistência na atenção básica.

O leite materno deve ser oferecido em livre demanda, porém o intervalo entre a mamada que antecede as principais refeições deve ser espaçado, respeitando assim os sinais de fome e saciedade da criança.

#### **Tipos de aleitamento materno:**

- **Aleitamento materno exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado.
- **Aleitamento materno predominante:** quando a criança recebe além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como por exemplo o suco de frutas.
- **Aleitamento materno complementado:** quando a criança recebe além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- **Aleitamento materno misto ou parcial:** quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

#### **Conservação do leite materno ordenhado:**

- Após realizar a ordenha, o frasco deverá ser guardado imediatamente na geladeira, no congelador ou freezer, em posição vertical;
- Se o frasco não ficar cheio, poderá ser completado em outra coleta realizada no mesmo dia, deixando sempre um espaço de dois dedos entre a boca do frasco e o leite. No outro dia, deverá utilizar outro frasco;
- O leite materno pode ser conservado em geladeira por até 12 horas e no congelador ou freezer, por até 15 dias.

#### **As frutas e os sucos:**

- As frutas devem ser oferecidas após os 6 meses de idade, preferencialmente sob a forma de papas, sempre em colheradas. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada.



- Os sucos naturais podem ser usados preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a elas, em doses pequenas.
- Nos intervalos, é preciso oferecer água tratada, filtrada ou fervida para a criança.

### **A papa salgada:**

- A consistência dos alimentos deve aumentar gradativamente e a textura deve ser apropriada à idade.
- Deve conter alimentos dos seguintes grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes).
- O ovo cozido e as carnes devem fazer parte das refeições desde os 6 meses de idade.
- O óleo vegetal deve ser usado em pequena quantidade. Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados;
- Na idade de 8 a 10 meses, a criança já pode receber os alimentos da família, desde que não muito condimentados ou com grandes quantidades de sal.

### **As carnes:**

- A carne deve fazer parte das refeições desde os 6 meses de idade.

O profissional deve discutir com a família a importância da utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro.

### **Cuidados no preparo da alimentação:**

- A água deve ser tratada, fervida ou filtrada.
- Lavar as mãos em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança.

- Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.
- Os alimentos contidos nas papas salgadas devem estar bem cozidos.
- As frutas devem ser bem lavadas, em água limpa, antes de serem descascadas, mesmo aquelas que não sejam consumidas com casca.
- A sobra do prato não deve ser oferecida novamente, assim como a sobra da mamadeira.
- A mamadeira é o maior veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e de diarreias.
- Orientar a higienização adequada.

### **ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS OU COM DESMAME PRECOCE:**

O leite de vaca não modificado deve ser evitado no primeiro ano de vida, em razão do pobre teor e baixa disponibilidade de ferro, o que pode predispor a anemia e pelo risco maior de desenvolvimento de alergia alimentar, distúrbios hidroeletrólíticos e predisposição futura para o excesso de peso e suas complicações.

MENORES DE 4 MESES	4 A 8 MESES	MAIORES DE 8 MESES
Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta
Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta ou pão
Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo

FONTE: UNA-SUS- 2016 – Eixo III- Assistência na atenção básica.

A criança também deve receber água em temperatura ambiente no intervalo das refeições, no mínimo três a quatro vezes por dia.

## FREQUÊNCIA E VOLUME DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA PEQUENA DESMAMADA DE ACORDO COM A IDADE:

IDADE	VOLUME	NÚMERO DE REFEIÇÕES/DIA
Do nascimento – 30 dias	60 – 120 ml	6 – 8
30 – 60 dias	120 – 150 ml	6 – 8
2 – 3 meses	150 – 180 ml	5 – 6
3 – 4 meses	180 – 200 ml	4 – 5
> 4 meses	180 – 200ml	2 a 3

FONTE: UNA-SUS- 2016 – Eixo III- Assistência na atenção básica.

## DILUIÇÃO CORRETA DO LEITE EM PÓ EM CRIANÇAS MENORES QUE 4 MESES DE IDADE:

Orientar não acrescentar amido ou açúcar no preparo da mamadeira.

LEITE EM PÓ INTEGRAL
1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida.
1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida.
2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.
Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

LEITE INTEGRAL FLUIDO
2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida
70ml de leite + 30ml de água = 100ml
100ml de leite + 50ml de água = 150ml
130ml de leite + 70ml de água = 200ml

FONTE: UNA-SUS- 2016 – Eixo III- Assistência na atenção básica.

Obs: Os valores indicados acima são aproximados, de acordo com a variação de peso corporal da criança nas diferentes idades. Após os 4 meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e deve ser oferecido com outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

## **PROCESSO DE DESMAME**

O processo natural é o autodesmame da criança, que pode ocorrer em diferentes idades, em média entre 2 e 4 anos e raramente antes de 1 ano. Costuma ser gradual, mas às vezes ocorre subitamente, como por exemplo, em uma nova gravidez da mãe, em que a criança pode estranhar o gosto do leite que se altera e o volume diminui. A mãe também participa ativamente do processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade.

### **Desmame precoce**

As razões mais frequentes alegadas para a interrupção precoce do aleitamento são:

- Leite insuficiente,
- Rejeição do seio pela criança,
- Trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”,
- Hospitalização da criança e problemas nas mamas.

Muitos desses problemas podem ser evitados ou manejados pelos profissionais de saúde através de observação, orientações e vínculo.

Quando o profissional de saúde se depara com a situação de a mulher querer, ou ter que desmamar quando a criança não está pronta, é importante respeitar o desejo da mãe. No entanto, é papel do profissional orientar sobre os riscos do desmame precoce e dos benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.

### **Sinais indicativos de que a criança está madura para o desmame:**

- Idade maior que um ano;
- Menor interesse nas mamadas;
- Aceitação de variedade de outros alimentos;
- Segurança na sua relação com a mãe;

- As vezes dorme sem mamar no peito;
- Mostra pouca ansiedade quando encorajada a não ser amamentada;
- As vezes prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar.

O desmame abrupto deve ser desencorajado, pois, se a criança não está pronta, ela pode se sentir rejeitada pela mãe, gerando insegurança e, muitas vezes, rebeldia. Na mãe, o desmame abrupto pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais. É importante que a mãe não confunda o autodesmame natural com a chamada “greve de amamentação” do bebê. Esta ocorre principalmente em crianças menores de um ano, é de início súbito e inesperado, a criança parece insatisfeita e em geral é possível identificar uma causa: doença, dentição, diminuição do volume ou sabor do leite, estresse e excesso de mamadeira ou chupeta. Essa condição usualmente não dura mais que dois ou quatro dias.

### **Fatores que facilitam o processo do desmame**

- Segurança da mãe de que quer (ou deve) desmamar;
- Entendimento da mãe de que o processo pode ser lento e demandar energia, tanto maior quanto menos pronta estiver a criança;
- Flexibilidade, pois o curso do processo é imprevisível;
- Paciência de dar tempo à criança e compreensão;
- Suporte e atenção adicionais à criança – mãe deve evitar afastar-se nesse período;
- Ausência de outras mudanças, ocorrendo, por exemplo, controle dos esfíncteres, separações, mudanças de residência, entre outras;
- Sempre que possível, fazer o desmame gradual, retirando uma mamada do dia a cada uma ou duas semanas.

## Orientações para o desmame

- Se a criança for maior, o desmame pode ser planejado com ela;
- A mãe pode começar não oferecendo o seio, mas também não recusando;
- Pode também encurtar as mamadas e adiá-las;
- Mamadas podem ser suprimidas distraindo a criança com brincadeiras, chamando amiguinhos, entretendo a criança com algo que lhe prenda a atenção. A participação do pai ou de outros familiares próximos no processo, sempre que possível, é importante;
- A mãe pode também evitar certas atitudes que estimulam a criança a mamar, como não sentar na poltrona em que costuma amamentar e evitar os horários de costume.

Algumas vezes, o desmame forçado gera tanta ansiedade na mãe e no bebê que é preferível adiar um pouco mais o processo, se possível. As mulheres devem estar preparadas para as mudanças físicas e emocionais que o desmame pode desencadear, tais como: mudança de tamanho das mamas, mudança de peso e sentimentos diversos, como alívio, paz, tristeza, depressão, culpa e luto pela descontinuidade da amamentação ou por mudanças hormonais.

Cabe a cada dupla mãe-bebê e sua família a decisão de manter a amamentação até que a criança a abandone espontaneamente, ou interrompê-la em um determinado momento. Muitos são os fatores envolvidos nessa decisão: circunstanciais, sociais, econômicos e culturais. Cabe ao profissional de saúde ouvir a mãe e ajudá-la a tomar uma decisão, pesando os prós e os contras. A decisão da mãe deve ser respeitada e apoiada.

## IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é uma prioridade Nacional de responsabilidade das três esferas gestoras da saúde: federal, estadual e municipal, nas quais o desempenho, a eficiência e eficácia pressupõem uma organização e

avaliação técnica das atividades voltadas ao cidadão. Assim, o PNI tem alcançado significativos avanços em termos de coberturas vacinais nas últimas três décadas. A descentralização das ações de imunizações, a parceria e a participação cada vez maior dos gestores municipais em muito têm contribuído para que os municípios brasileiros alcancem alcançando suas metas de vacinação, com a participação efetiva e importante da enfermagem.

O PNI tem como uma das suas competências estabelecer normas básicas para a execução das atividades da vacinação e, baseado nessas normas, este protocolo foi construído, no entanto é possível que, no momento da leitura, alguns aspectos já estejam ultrapassados, pois a área de imunização está em constante evolução. Nesse sentido, é importante lembrar que os calendários de imunização são constantemente atualizados, sendo necessárias as consultas ao calendário do programa Nacional constantemente.

Na Atenção Básica à Saúde, a imunização está entre as ações mais eficientes, fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância.

### **.Intervalo entre as vacinas**

As vacinas poderão ser aplicadas simultaneamente ou com intervalo aleatório:

- Intervalo de 15 dias –entre vacinas de vírus vivos orais (poliomielite e rotavírus);

**Obs: As vacinas orais contra a poliomielite e contra rotavírus podem ser aplicadas no mesmo dia. Caso não sejam aplicadas no mesmo dia, deve-se esperar 15 dias entre uma e outra.**

- Intervalo de 30 dias -entre vacinas de vírus vivos injetáveis: febre amarela, tríplice viral, tetra viral e varicela.

**Obs: As vacinas contra febre amarela e tríplice viral não devem ser aplicadas no mesmo dia.**

### **.Contraindicações gerais à vacinação**

- Ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática), após o recebimento de qualquer dose;
- História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos;
- Na ocorrência de doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se ADIAR a vacinação.

### **.Falsas contra-indicações à vacinação**

- Doença aguda leve, com febre baixa;
- Uso de antimicrobiano;
- Reação local a uma dose prévia;
- História progressiva da doença contra a qual se vai vacinar;
- Desnutrição (avaliar o estado imunológico);
- Vacinação contra raiva em andamento;
- Doença neurológica estável;
- Tratamento com corticoides em doses não imunossupressoras;
- Alergias (exceto de natureza anafilática a algum componente da vacina);
- Gravidez da mãe ou de outro contato domiciliar;
- A aplicação de mais de uma vacina no mesmo dia;
- Prematuridade ou baixo peso no nascimento. As vacinas devem ser administradas na idade cronológica recomendada, não se justificando adiar o início da vacinação. (Excetuam-se o BCG, que deve ser aplicado somente em crianças com >2kg).

**Obs.: Criança infectada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode receber todas as vacinas previstas no esquema básico de vacinação (verificar estado imunológico).**



## **.NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO (EAPV)**

Após a identificação de um evento, a notificação/investigação deve ser iniciada prontamente com o formulário preenchido e encaminhada à Vigilância Epidemiológica local ou municipal. **Para fins de vigilância epidemiológica, o tempo máximo para se considerar a investigação iniciada em tempo oportuno é de 48 horas após a notificação.**

### **Classificação dos eventos adversos pós-vacinação**

De acordo com o *Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação* (BRASIL, 2014b), os EAPV podem ser classificados:

- Quanto ao tipo de manifestações:
  - locais; ou
  - sistêmicas.
  
- Quanto à gravidade:
  - ✓ **Evento Adverso Grave (EAG):** são consideradas graves as situações a seguir:
    - Requer hospitalização por pelo menos 24 horas ou prolongamento de hospitalização já existente;
    - Causa disfunção significativa e/ou incapacidade persistente (sequela);
    - Resulta em anomalia congênita;
    - Causa risco de morte (ou seja, induz à necessidade de uma intervenção clínica imediata para evitar o óbito);
    - Causa o óbito.
  
  - ✓ **Evento Adverso Não Grave (EANG):** qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios do EAG.

- Quanto à causalidade: - Reação inerente ao produto;
  - Reação inerente à qualidade das vacinas;
- Erro de imunização:
  - (manuseio, prescrições e/ou administração inadequados);
  - Reação de ansiedade relacionada à vacinação; e
  - Coincidentes (causado por outros motivos que não o produto (vacina, imunização ou reação de ansiedade)).

### **ATENÇÃO!**

- 1.a. Eventos clinicamente relevantes em pacientes que não necessitem de internação, tais como broncoespasmo, discrasias sanguíneas, convulsões febris, por terem um potencial de gravidade, devem ser investigados e acompanhados.
- 1.b. É muito importante diferenciar-se “gravidade e “intensidade” (esta última é adequadamente traduzida em alguns textos como severidade). Um evento pode ser leve, moderado ou intenso, independente de ser ou não grave, por exemplo, uma hiperemia local intensa.

Fonte: Brasil (2014b).

### **Erro de imunização**

Erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos, entre estes todos os imunobiológicos, ou causar dano a um paciente, enquanto o medicamento está sob o controle de profissionais de saúde, pacientes ou consumidores.

É essencial que as vacinas sejam utilizadas de acordo com suas indicações, contraindicações, dosagens, condições de armazenamento, procedimentos de

reconstituição descritas em bula, entre outros. Todos os profissionais envolvidos com a imunização devem estar devidamente capacitados e atualizados.

### ATENÇÃO!

Os erros de imunização são preveníveis por meio de treinamento de pessoal, de suprimento adequado de equipamentos e insumos para a vacinação e de supervisão dos serviços. Todos os erros em imunização devem ser notificados em tempo oportuno.

### Calendário de vacinação da criança

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA - 2020								Secretaria de Saúde	GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO
(Recomendações de Vacinação no Estado do Rio de Janeiro)									
IDADE	VACINA	DOSE	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	LADO	AGULHA RECOMENDADA	OBSERVAÇÕES	
Ao nascer	BCG	DU	0,1 <sup>(1)</sup> mL	ID	Inserção inferior do deltoide	DIREITO	13X3,8	administrada até 4a 11m 29 dias	
	Hepatite B	D1	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO	20X5,5 ou 25X6		
	Pneumocócica 10-V	D1	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO PROXIMAL	20X5,5 ou 25X6		
2 meses	VIP	D1	0,5 mL	IM	VLC	<del>DIREITO</del> DISTAL	20X5,5 ou 25X6	1 Mes e 15 dias até 3 meses e 15 dias	
	Pentavalente	D1	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6		
	Rotavírus	D1	1,5 mL	VO	CO	-	-		
3 meses	Meningocócica C	D1	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6		
4 meses	Pneumocócica 10-V	D2	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO PROXIMAL	20X5,5 ou 25X6	Pode ser administrada até 6a 11m 29 dias	
	VIP	D2	0,5 mL	IM	VLC	<del>DIREITO</del> DISTAL	20X5,5 ou 25X6		
	Pentavalente Rotavírus	D2	0,5 mL / 1,5 mL	IM / VO	VLC / CO	ESQUERDO / -	20X5,5 ou 25X6 / -		
5 meses	Meningocócica C	D2	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6		
6 <sup>(2)</sup> meses	VIP	D3	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO	20X5,5 ou 25X6		
	Pentavalente	D3	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6		
9 meses	Febre Amarela	D1	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5		
12 meses	Pneumocócica 10-V	R	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO	20X5,5 ou 25X6	Pode ser administrada até 4a 11m 29 dias	
	Meningocócica C	R	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6		
	Tríplice Viral	D1	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5		
VLC	VOP	R1	2 gotas	VO	CO	-	-		
15 meses	DTP	R1	0,5 mL	IM	VLC	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6	Pode ser administrada até 4a 11m 29 dias	
	Hepatite A	DU	0,5 mL	IM	VLC	DIREITO	20X5,5 ou 25X6		
	Tríplice Viral	D2	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5		
	Varicela	D1	0,5 mL	SC	Região deltoideana	ESQUERDO	13x4,5		
4 anos	VOP	R2	2 gotas	VO	CO	-	-	Pode ser administrada até 6a 11m 29 dias	
	DTP	R2	0,5 mL	IM	Deltoide	ESQUERDO	20X5,5 ou 25X6		
	Varicela	D2	0,5 mL	SC	Região deltoideana	ESQUERDO	13x4,5		
	Febre Amarela	R	0,5 mL	SC	Região deltoideana	DIREITO	13x4,5		

<sup>(1)</sup> Para a BCG do Laboratório Serum Institute of India na dose em menor de 1 ano o volume é de 0,05 mL (com seringa específica).

<sup>(2)</sup>

\* VLC = Vasto lateral da Coxa ; CO = Cavidade Oral.

Ofício circular 41/2020(SVS/Ms) Informa as mudanças do calendário Nacional de Vacinação para o ano 2020

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Promovendo o Aleitamento Materno. 2. ed. rev.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº16, de 15 de janeiro de 2010. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Insuficiência Adrenal Congênita. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0016\\_15\\_01\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0016_15_01_2010.html)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.** Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013.** Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. 2013c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.:

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás..**Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

FIGUEIRAS, A. C. et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. **Normas e rotinas para a atenção básica à saúde**. Goiânia: Diretoria da rede básica, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Nota Informativa 135-SEI/2017 (CGPNI/DEVIT/SVS/MS) – Informa as mudanças no calendário Nacional de vacinação para o ano de 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
(DCNT) HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
(HAS)**

## HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Ocorre quando a média da pressão arterial sistólica é igual ou maior que 140 mmHg e/ou a diastólica é igual ou maior que 90 mmHg em indivíduos maiores de 18 anos. Quando a pressão sistólica e diastólica de um paciente se situarem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do comportamento da pressão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento dos indivíduos com hipertensão é de suma importância, já que o controle dos níveis pressóricos reduz a chance de complicações em virtude da doença.

Sabe-se que a atuação da equipe multiprofissional tem a vantagem de proporcionar ações diferenciadas, tais como: visão multidisciplinar do indivíduo, padronização do atendimento, troca de informações e conhecimentos, e com isso conseguir maior adesão dos pacientes hipertensos e melhores resultados no tratamento.

Diante das características da doença, a atuação da equipe multiprofissional no tratamento e controle da mesma tem como vantagem a atuação do enfermeiro na atenção à HAS; por sua visão e prática global das propostas de tratamento não medicamentoso e medicamentoso, pela sua atuação na abordagem individual e coletiva que, comprovadamente, tem alcançado resultados mais consistentes,

além de sua participação em praticamente todos os momentos do contato dos pacientes com a unidade.

### **Rastreamento**

Deve acontecer através da aferição da pressão arterial para todos com mais de 18 anos, indiferentemente da queixa que levou à consulta. Para tal, a pessoa deve estar em repouso há pelo menos 05 minutos e não deve ter ingerido bebidas estimulantes (café, energético, etc.), fumado ou feito exercícios extenuantes nas duas horas anteriores. A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada. Considerando as características da HAS, orienta-se a intensificação de atividades de captação dos casos de demanda espontânea, dos eventos, campanhas e ações de sensibilização da população.

### **Valores de pressão arterial**

	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

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Mapa = monitorização ambulatorial da PA de 24h; Ampa = automedida da PA; MRPA = monitorização residencial da PA.

### **Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos**



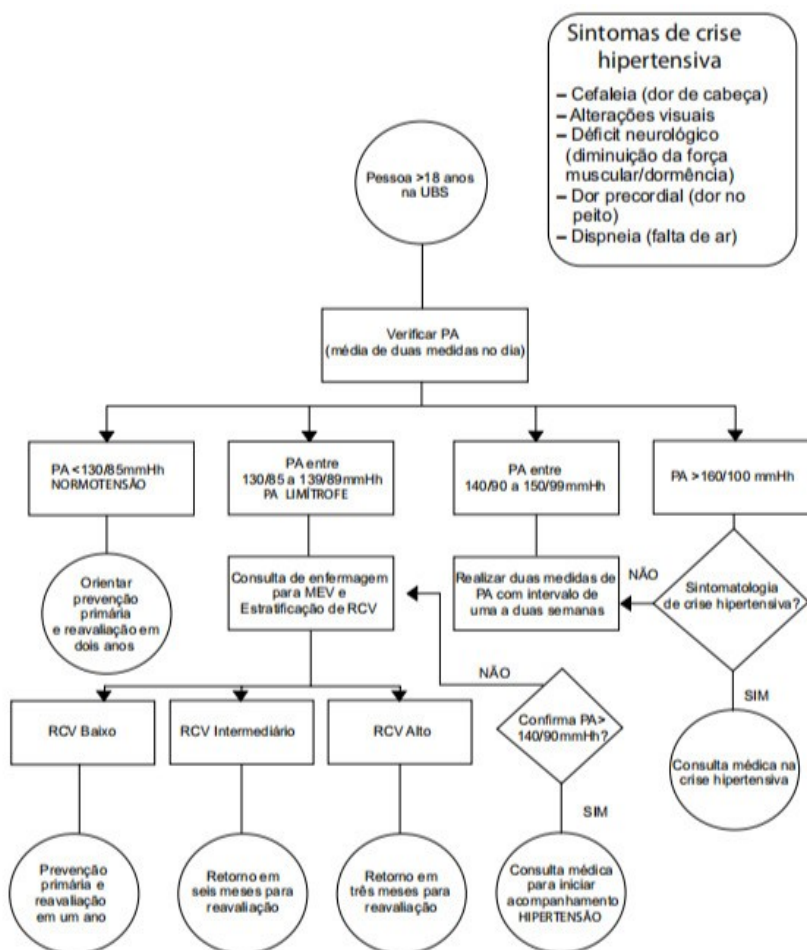
De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica.

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

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

### Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS



Fonte: DAB/SAS/MS.

### Consulta de Enfermagem:

A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde. Na prática, 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. As medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV).

### Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução do peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m <sup>2</sup>	5 a 20
Alimentação Saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade Física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo do álcool	Aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: (Adaptado de VII Joint CHOBANIAN et al., 2003).

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.

De acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com nutricionista, psicólogo e/ou assistente social

### **Coleta de dados**

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, dispneia, parestesia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores.
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado.
- Medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse).
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares:
  - 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.

### **Exame Físico:**

- 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).

### **Estratificação do Risco Cardiovascular**

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular, recomenda-se a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas.

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios.

### **Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para doença cardiovascular**

<b>Baixo risco/Intermédio</b>	<b>Alto Risco</b>
Tabagismo	Acidente vascular cerebral prévio
Hipertensão	Infarto agudo do miocárdio prévio
Obesidade	
Sedentarismo	Lesão periférica-Lesão de órgão-alvo (LOA)
Sexo masculino	Ataque isquêmico transitório (AIT)
História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos)	Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)
Idade >65 anos	Nefropatia
	Aneurisma de aorta abdominal
	Estenose de carótida sintomática
	Diabetes mellitus

FONTE: (BRASIL, 2010);

Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo risco cardiovascular (RCV). Se apresentar ao menos um fator de alto RCV também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário.

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. Após avaliação da presença das variáveis mencionadas, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio de pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco:** quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre o estilo de vida saudável.
- **Risco Intermediário:** quando existir 10%-20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre o estilo de vida saudável e, se disponível na unidade de saúde ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde.
- **Alto Risco:** quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre o estilo de vida saudável e, se disponível na unidade de saúde ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde coletiva.

## ESCORE DE FRAMINGHAM PARA HOMENS

HOMENS					
	Idade			Pontos	
	20 – 34			-9	
	35 – 39			-4	
	40 – 44			0	
	45 – 49			3	
	50 – 54			6	
	55 – 59			8	
	60 – 64			10	
	65 – 69			11	
	70 – 74			12	
	75 – 79			13	
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	0
200 – 239	7	5	3	1	0
240 – 279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1
Não fumante	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1
	HDL			Pontos	
	> 60			-1	
	50 – 59			0	
	40 – 49			1	
	< 40			2	
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	0		1		
130 – 139	1		2		
140 – 159	1		2		
≥ 160	2		3		

## ESCORE DE FRAMINGHAM PARA MULHERES

MULHERES					
Idade			Pontos		
20 – 34			-7		
35 – 39			-3		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			12		
70 – 74			14		
75 – 79			16		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	1
200 – 239	8	6	4	2	1
240 – 279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2
	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
<40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	1		3		
130 – 139	2		4		
140 – 159	3		5		
≥ 160	4		6		



**TABELA PARA DETERMINAÇÃO DE RISCO EM 10 ANOS DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA**

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

**Ajustar o escore aos seguintes fatores:**

- Multiplicar pelo fator de correção 1.5 se existir um familiar de primeiro grau com doença coronariana;
- Multiplicar pelo fator de correção 2 se existir mais de um familiar de primeiro grau com doença coronariana;
- Multiplicar pelo fator de correção 1.4 se a pessoa tiver ascendência sul-asiática;
- Multiplicar pelo fator de correção 1.3 para pessoas com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>;

## SUGESTÃO DE PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

<b>Categoria</b>	<b>Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos</b>	<b>Consulta de Enfermagem</b>
Baixo	< 10%	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral
Alto	20%	Quadrimestral

### TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O enfermeiro tem papel fundamental no tratamento não medicamentoso dos indivíduos acometidos pela hipertensão arterial estimulando as mudanças de estilo de vida (MEV) através dos processos educativos.

Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95%1: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica [GRADE B] (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; MOREIRA et al, 1999).

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas [GRADE D] (LUBIANCA et al., 2005; ATTHOBARI et al., 2007).

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudo realizado na Índia mostrou uma relação significativa do tabagismo com a prevalência da HAS (GUPTA; GUPTA, 1999). Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por até duas horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudos estimam um aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas

funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al, 2009; CHOBANIAN et al., 2003).

## TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O enfermeiro poderá renovar as receitas de medicamentos por um período de seis meses, quer seja através de uma receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses).

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação prescrita pelo profissional médico, ou alterar a dose/posologia das medicações prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade do uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe.

## MEDICAMENTOS QUE PODEM SER PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO EM PACIENTES ESTÁVEIS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Classe Farmacológica	Denominação Genérica	Dose Mínima	Dose Máxima
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5 – 25 mg	50 mg
Diuréticos (de Alça)	Furosemida	20 mg	Variável
Agentes poupadores de potássio	Espiro lactona	25 mg	100 mg
Bloqueadores seletivos	Atenolol	25 mg	100 mg
	Succinato de Metoprolol	25 – 100 mg	200 mg
Agentes alfa e betabloqueadores	Carvedilol	12,5 mg	50 mg
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol	40 mg	240 mg
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	500 mg	1.500 mg
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio-derivados da diidropiridina	Besilato de Anlodipino	5 mg	10 mg
	Nifedipino	20 – 40 mg	60 mg
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio-derivados da fenilalquilamina	Cloridrato de verapamil	80 - 120 mg	480 mg

Agentes que atuam no músculo liso arteriolar	Cloridrato de Hidralazina	25 mg	200 mg
Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	Captopril	25 mg	150 mg
	Maleato de Enalapril	5 mg	40 mg
Inibidores da enzima conversora de angiotensina II, simples	Losartana potássica	25 mg	100 mg

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

- A última receita tenha sido emitida por **médico da atenção primária do município**;
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 6 meses;
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na unidade.
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize o agendamento da próxima consulta para a reavaliação médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive mudanças de estilo de vida (MEV)
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;

- O paciente apresente o cartão de monitoramento da pressão arterial em diferentes horários do dia;
- O paciente esteja com a pressão arterial controlada.

**Manter a prescrição médica, em pacientes estáveis, desde que o paciente seja reavaliado periodicamente pelo médico. Mesmo se o paciente fizer uso de insulinas ou medicamentos para cardiopatias, o enfermeiro poderá manter a prescrição. Todo receituário deve ser assinado e carimbado pelo enfermeiro. Também é necessário o registro da conduta adotada no prontuário do paciente, com data e assinatura do profissional. O objetivo desses cuidados não é suprir a ausência do profissional médico, mas sim, dar continuidade ao acompanhamento dos usuários controlados. Estas condutas são inerentes à assistência de enfermagem e servem para resguardar o enfermeiro e evitar interpretações que possam comprometê-lo quanto ao exercício ético e legal da profissão.**

**ATENÇÃO: O enfermeiro NUNCA deve iniciar tratamento para pessoas com hipertensão e diabetes; só poderá, na consulta de enfermagem, manter uma prescrição iniciada pelo médico.**



## INDICAÇÕES DAS CLASSES MEDICAMENTOSAS

Indicações	Classe medicamentosa
Insuficiência cardíaca	Diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina ou antagonistas da angiotensina II, antagonistas de aldosterona.
Pós-infarto do miocárdio	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da aldosterona.
Alto risco para doença coronariana	Betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio.
Diabetes	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio.
Doença renal crônica	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II.
Prevenção da recorrência de acidente vascular encefálico (AVE)	Diurético, inibidores da enzima conversora de angiotensina.
Hipertensão sistólica isolada em idosos	Diuréticos (preferencialmente) ou bloqueadores dos canais de cálcio.

Fonte: (Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012).

## PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS DAS DROGAS ANTI-HIPERTENSIVAS

Classe farmacológica	Efeitos adversos
Diuréticos	Hipopotassemia, hiperuricemia, intolerância à glicose, aumento do risco de aparecimento do diabetes mellitus, além de promover aumento de triglicerídeos em geral, dependendo da dose.
Betabloqueadores	Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual.
Antiadrenérgicos de ação central	Sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual.
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio	Cefaleia, tontura, rubor facial – mais frequente com diidropiridínicos de curta duração – e edema de extremidades, sobretudo maleolar. Estes efeitos adversos, são, em geral, dose-dependentes. Mas raramente, podem induzir a hipertrofia gengival. Os diidropiridínicos de ação curta provocam importante estimulação simpática reflexa, sabidamente deletéria para o sistema cardiovascular. Verapamil pode provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular, além da obstipação intestinal.
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar (Vasodilatadores diretos)	Pela vasodilatação arterial direta promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa.
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (Ieca)	Tosse seca, alteração de paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade, com erupção cutânea e edema angioneurótico. Em indivíduos com insuficiência renal crônica, podem eventualmente, agravar a hiperpotassemia. Em pessoas com hipertensão renovascular bilateral ou unilateral associada a rim único, podem promover redução da filtração glomerular com aumento dos níveis séricos da ureia e creatinina. Seu uso em pessoas com função renal reduzida pode causar aumento de até 30% da creatinemia, mas, a longo prazo, preponderará seu efeito nefroprotetor.
Antagonistas de receptores de angiotensina II	Foram relatadas tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade cutânea (Rash). As precauções para seu uso são semelhantes às descritas para os Iecas.

Fonte: (Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012).

**Referências:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial. Brasília, Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n ° 37).

Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial. Brasília, Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n ° 15).

Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratórias. Brasília, Ministério da Saúde, 2010 (Cadernos de Atenção Básica, n ° 25).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003

# DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) – DIABETE MELLITUS (HAS)



## DIABETES MELLITUS

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. (BRASIL,2006).

### Classificação Diabetes Mellitus

- **Diabetes tipo 1**

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose.

- **Diabetes tipo 2**

O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes.

### Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

---

Excesso de peso (IMC >25 kg/m<sup>2</sup>) 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  $\geq$  45 anos

OU

Risco cardiovascular moderado (Ver Cadernos de Atenção Básica, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica).

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013.

## Sinais e sintomas de Diabetes Mellitus

- Poliúria
- Polidipsia
- Polifagia
- Perda de peso involuntária
- Nictúria
- Fadiga, astenia e letargia
- Encontro causal de hiperglicemia ou glicosúria
- Redução da acuidade visual
- Proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica (complicações)
- Impotência sexual, infecções urinárias e cutâneas (complicações)

## Diagnóstico de Diabetes

Classificação	Glicemia em jejum*	TTG 2h após 75g glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada
<b>Glicemia normal</b>	< 110	< 140	< 200	-----
<b>Glicemia de alterada</b>	> 110 e < 126	-----	-----	-----
<b>Tolerância à glicose diminuída</b>	-----	$\geq$ 140 e < 200	-----	-----
<b>Diabetes Mellitus</b>	$\geq$ 126	$\geq$ 200	200 ( com sintomas clássicos***)	>6,5%

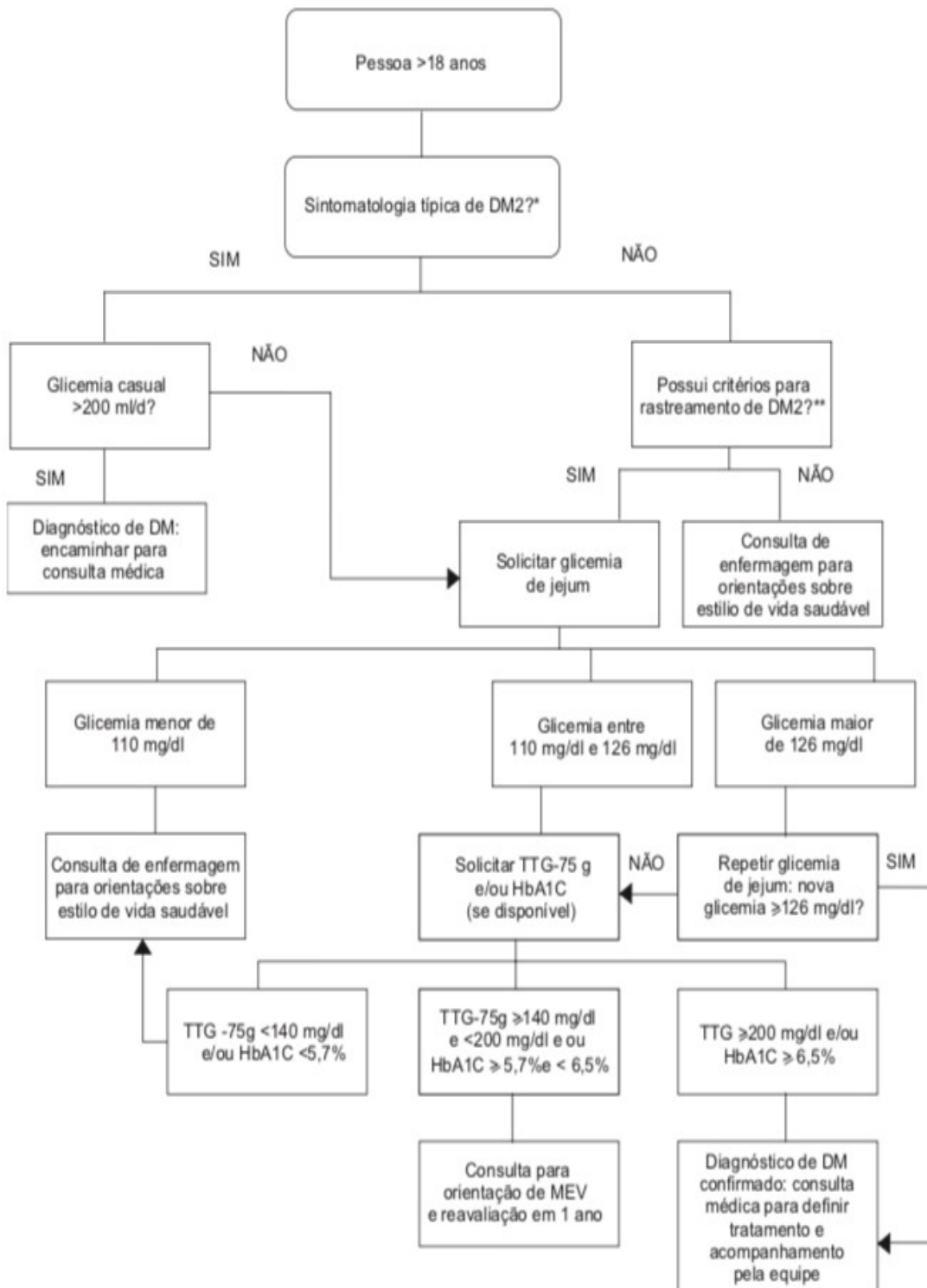
Fonte: Brasil (2013).

\*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

\*\*Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

\*\*\*Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso.

## FLUXOGRAMA DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PARA O DM TIPO 2



Fonte: DAB/SAS/MS.

## **Consulta de enfermagem para acompanhamento do usuário com DM**

A consulta de enfermagem ao portador de diabetes deve:

- Acolher e estabelecer vínculo de confiança com usuário/ família/cuidador;
- Avaliar a adesão ao tratamento e do alcance das metas instituídas;
- Investigar situação vacinal;
- Estimular o autocuidado;
- Monitorar as intercorrências;
- Verificar PA, peso e altura;
- Medir a circunferência abdominal;
- Estimular estratégias para o alcance das metas do tratamento;
- Estimular mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso;
  - Orientar sobre o tratamento medicamentoso já prescrito e prescrever subsequente;
- Orientar sobre a técnica de aplicação de insulina;
- Incentivar a participação nas atividades educativas e físicas;
- Incentivar a participação em atividades antitabagismo e desintoxicação alcoólica, se necessário.

## **Histórico de Enfermagem**

O Histórico de Enfermagem compreende:

- História familiar;
- Situação cultural, socioeconômico, grau de instrução;
- Estilo de vida: (hábitos alimentares, eliminações, hábitos de higiene, sexualidade, práticas de atividade física, fatores de risco para estresse, lazer, vida social, tabagismo, etilismo, dependência química, etc);
- Doenças prévias; comorbidades; sinais/sintomas;

- Tratamento medicamentoso (utilização, posologia, adesão e reações adversas) e condições para o autocuidado (lúcido, orientado, nível de compreensão, independente, etc).

### **Exame Físico:**

O Exame Físico inclui:

- Avaliação céfalo caudal (atentar cavidade oral, integridade da pele, membros inferiores e pés);
- Peso, altura, circunferência abdominal, IMC (Índice de Massa Corporal);
- Sinais vitais;
- Sensibilidade de extremidades.

### **PÉ DIABÉTICO**

A Síndrome do Pé diabético é consequência da insuficiência vascular (macro e microangiopatias) e neuropatias periféricas.

Fatores que predispõem ao dano tecidual do pé diabético

- Amputação prévia;
- Úlcera nos pés no passado;
- Neuropatia periférica;
- Deformidade nos pés;
- Doença vascular periférica;
- Nefropatia diabética (especialmente em diálise);
- Mau controle glicêmico;
- Tabagismo

## ACHADOS ESPECÍFICOS NO EXAME DO PÉ DE PESSOAS COM DM E SUGESTÕES DE MANEJO

Achados	Sugestões de manejo
Úlcera, descoloração, edema, necrose	Avaliação médica se nova úlcera, descoloração, edema ou necrose.
Ausência de pulsos	Avaliar sinais e sintomas de isquemia e encaminhar para avaliação especializada.
Calo	Avaliar a necessidade de remoção do calo.
Infecção fúngica	Avaliação médica para tratamento com antimicótico.
Infecção bacteriana	Avaliação médica imediata para tratamento.
Unha encravada	Avaliar a necessidade de correção e orientar para que não tente corrigir o problema sozinho.

Achados	Sugestões de manejo
Deformidades em pés	Orientar calçado apropriado e considerar avaliação com ortopedista ou encaminhar para órtese.
Higiene inadequada	Escuta para identificar fatores que não permitem a higiene adequada e orientações sobre o tema.
Calçados e/ou meias inadequadas	Implementar estratégias educativas e de apoio para realizar as orientações sobre calçados e meias adequados (Veja Quadro 15).
Desconhecimento sobre autoavaliação e autocuidado	Orientar e anotar no prontuário a necessidade de avaliação frequente com reforço das orientações. Implementar estratégias para desenvolvimento do autocuidado, identificar rede de apoio e manter apoio até que a pessoa ou sua rede tenha autossuficiência.

Fonte: Adaptado de CURITIBA, 2010.

É recomendado que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente, identificando fatores de risco para úlcera e amputação. A consulta de acompanhamento de pessoas com DM deverá incluir uma rotina sistemática de avaliação da sensibilidade e da integridade dos pés com vistas a prevenir danos.

Várias condições contribuem para a ulceração nos pés da pessoa com DM, das quais a neuropatia geralmente é o evento inicial mais importante, levando à formação de úlceras. Além da neuropatia, a pressão plantar excessiva e o trauma repetitivo também são causas de úlcera nos pés.

### Consulta dos pés

Investigar sintomas neuropáticos positivos (dor em queimação ou em agulhada, sensação de choque) e negativos (dormência, controle glicêmico e complicações).

Com o paciente descalço deve ser feita a avaliação dos calçados, se são apropriados, confortáveis e ajustados ao pé. É importante também observar seis características do calçado: estilo, modelo, largura, comprimento, material e redução das áreas de pressão.

É preferível que o sapato tenha cano alto, couro macio que permita a transpiração dos pés, alargamento da lateral para acomodar as deformidades como artelhos em garra e hálux valgus (PRAZERES, 2009) e caso tenha salto, é recomendado que seja no estilo Anabela. Calçados desgastados, com palmilhas deformadas, muito curtos ou apertados podem provocar vermelhidão, bolhas ou calosidades. (BOULTON et al., 2008).

### **Avaliação da pele**

Observar a higiene dos pés e corte das unhas, pele ressecada e/ou descamativa, unhas espessadas e/ou onicomiose, intertígio micótico, pesquisando-se a presença de bolhas, ulceração ou áreas de eritema.

Diferenças na temperatura de todo o pé ou parte dele, em relação ao outro pé, podem indicar doença vascular ou ulceração (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012). Nesta situação, deve-se avaliar a necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.

### **Avaliação musculoesquelética**

A avaliação musculoesquelética inclui a inspeção de eventuais deformidades. Deformidades rígidas são definidas como contraturas que não são facilmente reduzidas manualmente e, frequentemente, envolvem os dedos (BOULTON et al., 2008).

As deformidades mais comuns aumentam as pressões plantares, causam ruptura da pele e incluem a hiperextensão da articulação metarsofalangeana com flexão das interfalangeanas (dedo em garra) ou extensão da interfalangeana distal (dedo em martelo) (BOULTON et al., 2008).

A artropatia de Charcot acomete pessoas com neuropatia nos pés e se apresenta como eritema, calor, edema, perda da concavidade da região plantar causando uma grosseira deformidade. Nesta situação, a equipe deve avaliar a necessidade de encaminhamento a atenção especializada (BOULTON et al., 2008).

## **Avaliação vascular**

A palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior deve ser registrada como presente ou ausente. Além do pulso é importante observar a temperatura, os pelos, o estado da pele e dos músculos. Ao verificar-se a ausência ou diminuição importante de pulso periférico, atrofia da pele e músculos, rarefação dos pelos, deve-se avaliar a necessidade de encaminhar a pessoa ao cirurgião vascular (BOULTON, 2008).

## **Avaliação neurológica**

A avaliação neurológica tem como principal objetivo identificar a perda da sensibilidade protetora (PSP), que pode se estabelecer antes do surgimento de eventuais sintomas.

### **Teste de sensibilidade protetora com monofilamento 10 g**

A perda da sensação de pressão usando o monofilamento de 10 g é altamente preditiva de ulceração futura. Qualquer área insensível indica PSP. Recomenda-se que quatro regiões sejam pesquisadas: hálux (superfície plantar da falange distal) e as 1º, 3º e 5º cabeças dos metatarsos de cada pé, determinando uma sensibilidade de 90% e especificidade de 80%. A técnica correta é descrita e demonstrada na Figura 3:





- A pessoa deverá ficar sentada de frente para o examinador com os pés apoiados, de forma confortável. Orientar sobre a avaliação e demonstrar o teste com o monofilamento utilizando uma área da pele com sensibilidade normal.
- Solicitar à pessoa que feche os olhos.
- O filamento é aplicado sobre a pele perpendicularmente produzindo uma curvatura no fio. Essa curvatura não deve encostar-se à pele da pessoa, para não produzir estímulo extra. Áreas com calosidades devem ser evitadas.
- Se o filamento escorregar na pele no momento do toque, não considerar a resposta e repetir o teste no mesmo ponto.
- Começar o teste com o fio a uma distância de 2 cm da área a ser testada. Tocando a pele com o filamento mantendo sua curva por 2 segundos. Evitar movimentos bruscos ou muito lentos.
- Solicitar ao paciente que responda “sim” quando sentir o toque ou “não” caso não sinta e perguntar onde sente a pressão (pé direito ou esquerdo).
- Repetir aplicação duas vezes no mesmo local, mas alternar com, pelo menos, uma aplicação “simulada”, quando nenhum filamento é aplicado (em um total de três perguntas em cada ponto).

O monofilamento não é de uso individual ou descartável, por isso, recomenda-se que seja realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso. Não há necessidade de o produto passar por processo de esterilização em autoclave. É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada 10 pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 g. A vida útil do produto em geral é de 18 meses.

## **EXAMES DIAGNÓSTICOS**

O diagnóstico de diabetes mellitus (DM) é normalmente realizado a partir da dosagem alterada da glicemia de jejum. O enfermeiro poderá solicitar esse exame em usuários que não possuam o diagnóstico da doença desde que tenham IMC > 25 e pelo menos um dos fatores:

- Idade entre 40-70 anos;
- Hipertensão;
- doença cardiovascular (DCV);
- sedentarismo;
- histórico familiar de diabetes em pais ou irmãos;
- etnia de alto risco (Asiática, Hispânica ou Africana);
- história prévia de diabetes gestacional ou macrossomia(> 4,5 Kg);
- história prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- síndrome do ovário policístico.

Se valor da glicemia de jejum for < 110mg/dL, repetir rastreio a cada 3 anos. Ou se DCV e/ou hipertensão repetir rastreamento anualmente. Se valor da glicemia de jejum entre  $\geq 110$  verifique Fluxograma Rastreamento Diagnóstico de Diabetes. Caso o paciente não se enquadre no descrito acima não há necessidade de rastrear.

### **Exames a serem solicitados aos portadores de DM:**

Os exames a seguir são necessários para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com DM. A periodicidade destes exames dependerá do acompanhamento individual de cada paciente, considerando o alto risco cardiovascular para a pessoa com DM, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes.

- Glicemia de jejum e HbA1C.
- Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG). A fração LDL pode ser calculada utilizando-se a fórmula de Friedewald:  $LDL = CT - HDL - TG/5$  (para triglicerídeos abaixo de 400 mg/dL).
- Creatinina sérica.

- Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina.

A glicemia de jejum e HbA1C sejam realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa encontra-se dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se acima da meta pactuada. Os demais exames poderão ser solicitados uma vez ao ano, considerando sempre as necessidades individuais.

### **TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

O enfermeiro poderá renovar as receitas de medicamentos por um período de seis meses, quer seja através de uma receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses).

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação prescrita pelo profissional médico, ou alterar a dose/posologia das medicações prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade do uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe.

### **MEDICAMENTOS QUE PODEM SER PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO EM PACIENTES ESTÁVEIS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM:**

<b>Classe Farmacológica</b>	<b>Denominação Genérica</b>	<b>Dose Mínima</b>	<b>Dose Máxima</b>
Biguanidas	Cloridrato de Metformina	500 mg	2.550 mg
Derivados de ureia, sulfonamidas	Glibenclamida	2,5 mg	20 mg
	Glicazida 30 mg	30 mg	-
	Glicazida 60 mg	30 mg	-

## INSULINAS DISPONÍVEIS NA REDE

Insulinas					
	Início	Pico	Duração	Posologia	Aspecto
<b>Ação rápida</b>					
Regular	30 – 60min	2 – 3h	8 – 10h	30 minutos antes das refeições 1– 3x/dia	cristalino
<b>Ação Intermediária</b>					
NPH	2 – 4h	4 – 10h	12 – 18h	recomendar dose noturna às 22h	turvo

Todas as insulinas disponíveis no Brasil têm concentração de 100 unidades/ml.

Fonte: BRASIL, 2010.

**Atenção:** Pacientes que fazem uso de insulinas devem passar por consulta médica.

## PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS DOS HIPOGLICEMIANTES ORAIS E INSULINAS

Denominação genérica	Efeitos adversos
Cloridrato de Metformina	Hipotensão postural, hipertensão de rebote na retirada, sedação, distúrbio do sono, cefaleia, vertigens e tonturas, depressão, sinais e sintomas psicóticos, diminuição da libido, xerostomia, hepatotoxicidade, anemia hemolítica, febre.
Glibenclamida	Hipoglicemia, particularmente em idosos, distúrbios gastrintestinais, cefaleia, reações cutâneas, distúrbios hepáticos, alterações hematológicas, aumento de peso. Hipersensibilidade pode ocorrer nas seis primeiras semanas de tratamento.
Gliclazida	Hipoglicemia, particularmente em idosos, distúrbios gastrintestinais, reações cutâneas, distúrbios hepáticos.
Insulinas (NPH e regular)	Hipoglicemia, aumento de peso, edema, hipersensibilidade cutânea, reação no local de aplicação.

Fonte: BRASIL, 2010.

O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos hipoglicemiantes contanto que:

- A última receita tenha sido emitida por médico da atenção primária do município;
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 6 meses;
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;

- O paciente não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na unidade.
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize o agendamento da próxima consulta para a reavaliação médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessação do tabagismo, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;
- O paciente apresente o cartão de monitoramento da glicemia em diferentes horários do dia;
- O paciente esteja com a glicemia controlada.

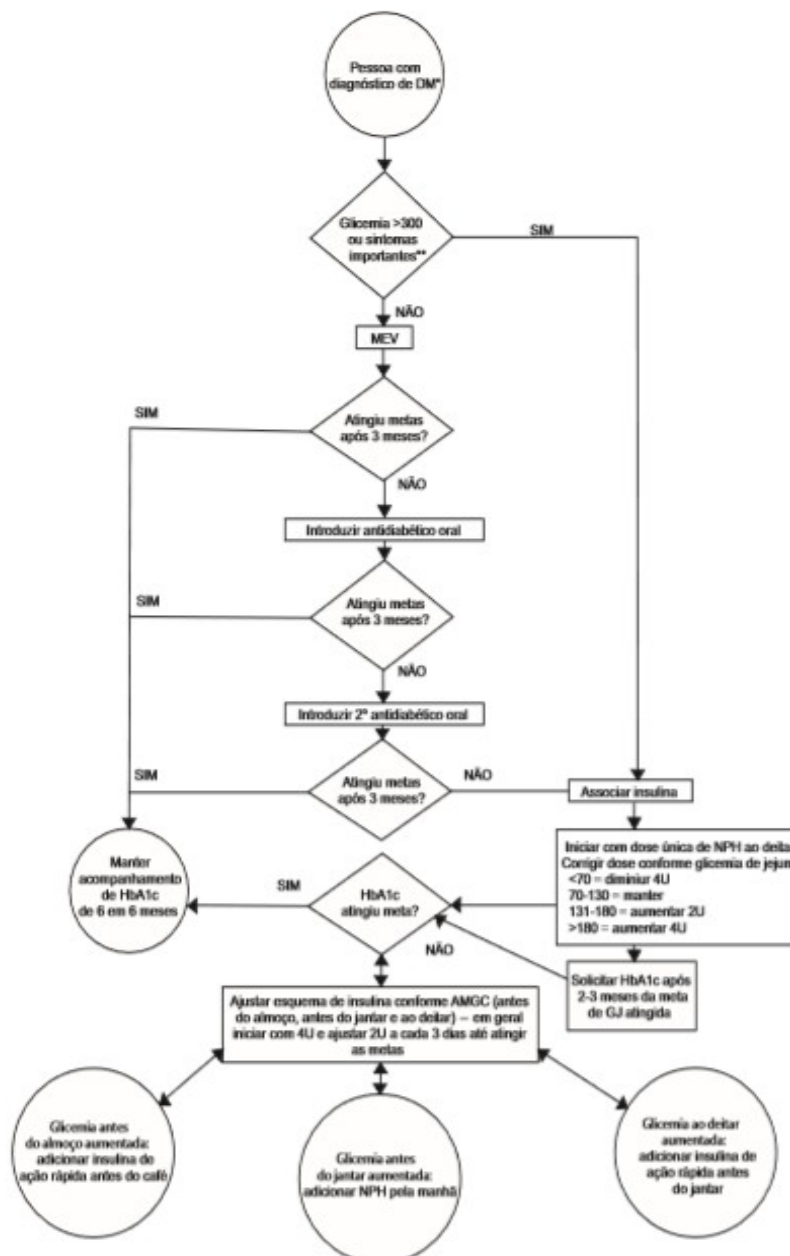
**Observação: A insulina será prescrita na consulta médica.**

Manter a prescrição médica, em pacientes estáveis, desde que o paciente seja reavaliado periodicamente pelo médico. Todo receituário deve ser assinado e carimbado pelo enfermeiro. Também é necessário o registro da conduta adotada no prontuário do paciente, com data e assinatura do profissional. O objetivo desses cuidados não é suprir a ausência do profissional médico, mas sim, dar continuidade ao acompanhamento dos usuários controlados. Estas condutas são inerentes à assistência de enfermagem e servem para resguardar o enfermeiro e evitar

interpretações que possam compromê-lo quanto ao exercício ético e legal da profissão.

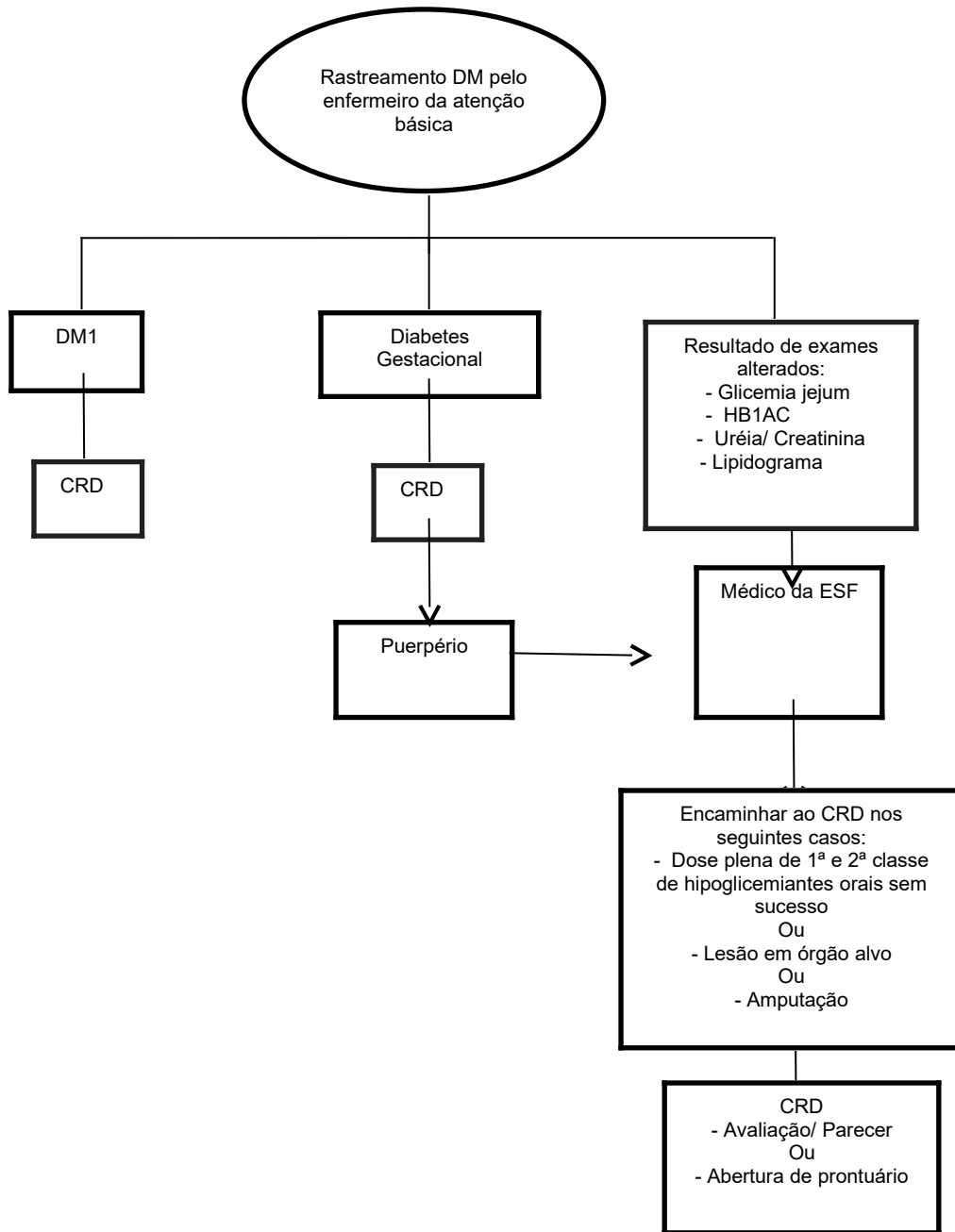
**ATENÇÃO:** O enfermeiro não poderá iniciar tratamento para pessoas com hipertensão e diabetes; e sim renovação da receita na consulta de enfermagem.

**Figura 2 - Fluxograma de tratamento do DM tipo 2**



Fonte: DAB/SAS/MS.

## Fluxograma de rastreamento de Diabetes Mellitus pelo enfermeiro da Atenção Básica PMM.



Obs: Casos de alta, a coordenação do CRD encaminhará o paciente para enfermeiro da ESF/UBS.

CRD: Centro de referência do Diabético

## Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 16 – Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014.



# CONTROLE DA TUBERCULOSE

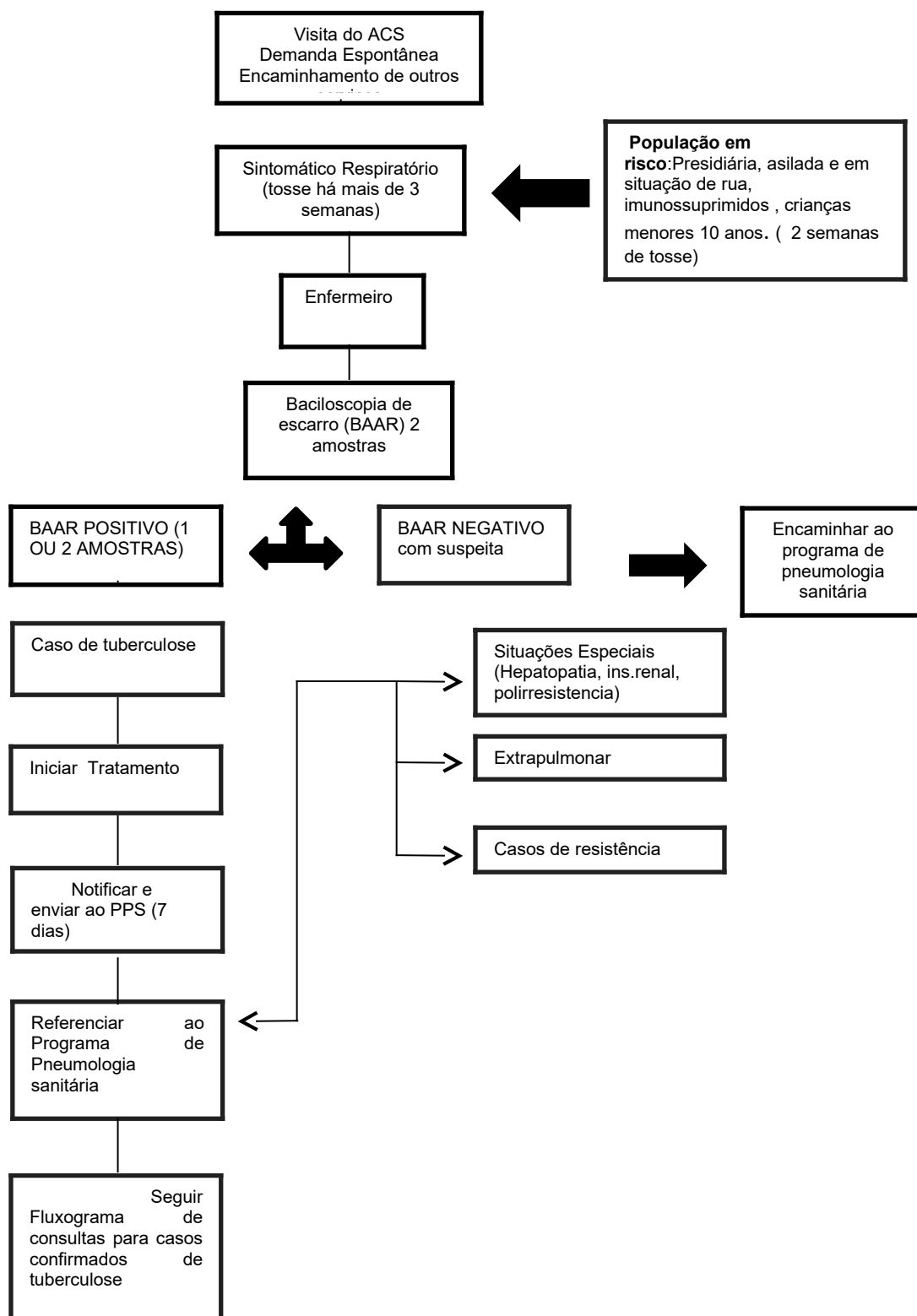
## TUBERCULOSE

Doença infecciosa transmitida causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, transmitida por via respiratória, através da inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente que apresente tuberculose pulmonar ou laríngea.

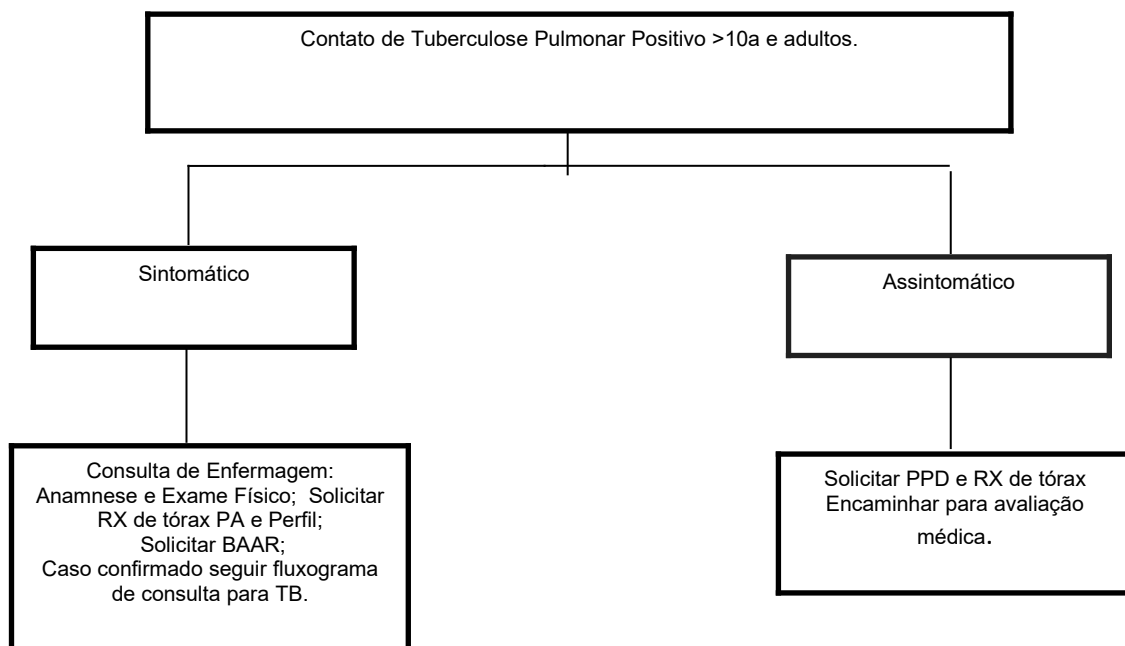
### **Consulta de enfermagem ao usuário com suspeita de tuberculose ou tuberculose confirmada:**

- Anamnese e Exame físico;
- Solicitação de baciloscopia (BAAR), Raio X, aconselhamento e testagem anti-HIV ;
- Orientação quanto à coleta de escarro;
- Iniciar tratamento segundo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose,
- Notificar o caso;
- Avaliação de Contatos;
- Educação em Saúde.

## Fluxograma Rastreamento de Tuberculose Atenção Básica Prefeitura Municipal de Macaé



## Fluxograma de rastreamento de contatos adolescentes maiores de 10 anos e adultos:



## Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses combinadas)	20 a 35 kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 kg	3 comprimidos	
	51 a 70 kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg <sup>1</sup> ou 150/75* (comprimidos em doses combinadas)	20 a 35 kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

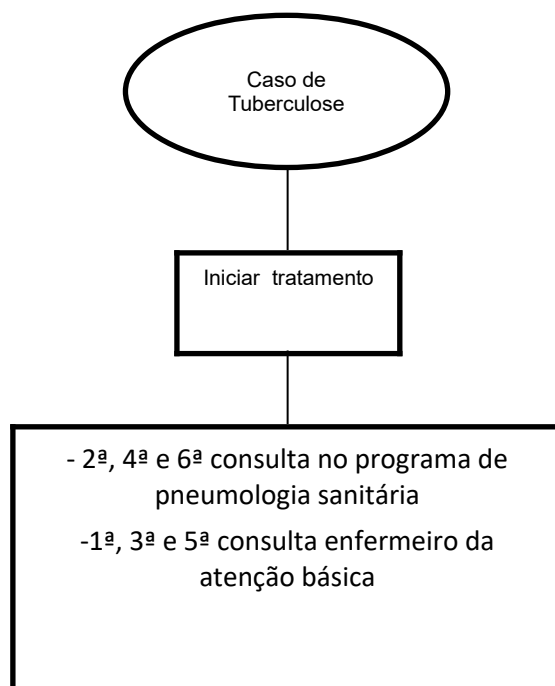
R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

\*A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

## Fluxograma para Tratamento de Infecção Latente de Tuberculose (ILTB ou TBL):



## Fluxograma para acompanhamento dos casos confirmados de tuberculose



### Referências:

BRASIL. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil/ Ministério da Saúde /Secretaria de Vigilância em Saúde.** Brasília-DF, 2019

Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, COREN,RJ, 2012.

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA  
CUIDADOS E TRATAMENTOS  
PARA HANSENIÁSE**

## **Hanseníase**

A hanseníase representa um importante problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência, bem como evolução crônica, capacidade de provocar lesões incapacitantes ou deformantes e facilidade de proliferação de focos de infecção.

O potencial incapacitante está relacionado às deformidades físicas, sendo este um dos fatores que contribui para a manutenção do estigma e preconceito sobre a doença. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem a cura sem deixar sequelas (BRASIL, 2016)

### **Definição de caso**

Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT):

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou
- b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou
- c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele.

### **Classificação**

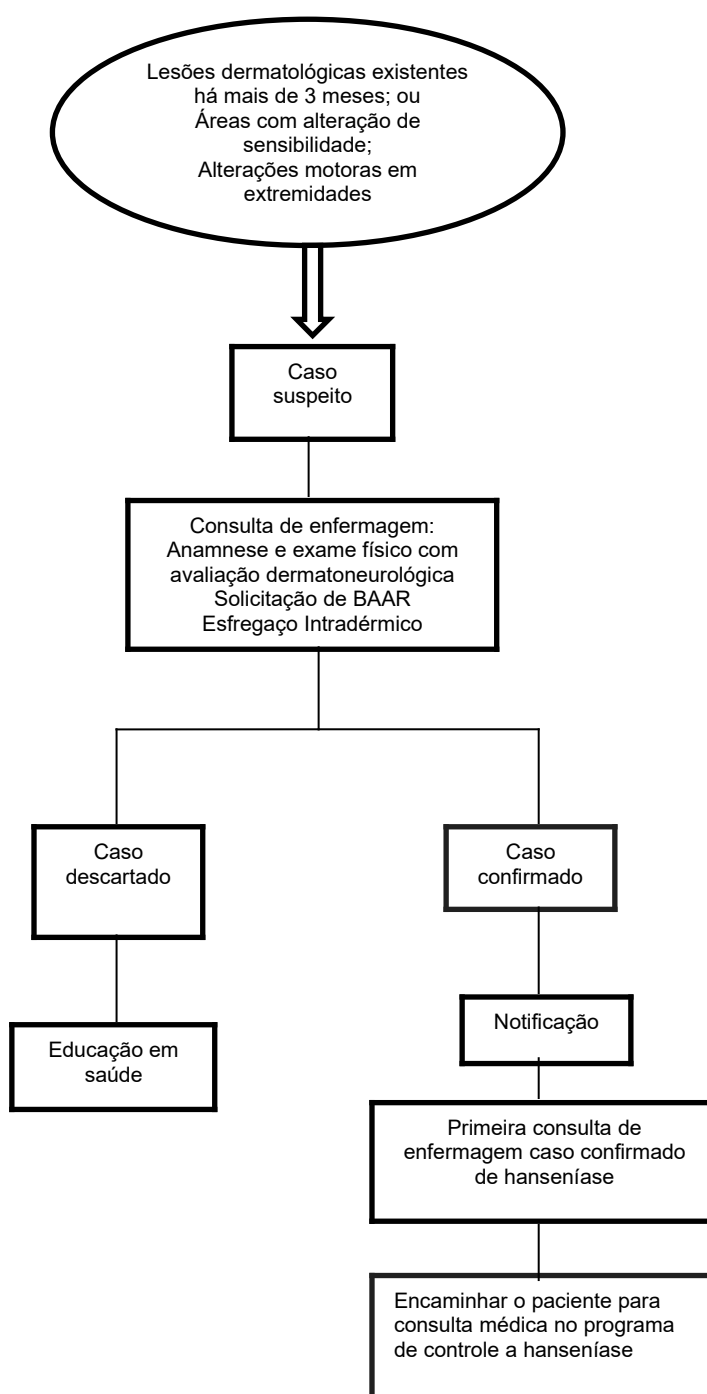
- Paucibacilares - PB: casos com até cinco lesões de pele.
- Multibacilares - MB: casos com mais de 05 lesões de pele

### **Teste de sensibilidade**

**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-se o monofilamento roxo do kit estesiométrico.

O estesiômetro é utilizado para auxiliar no diagnóstico precoce e monitorar a solução da lesão nervosa periférica.

### Fluxograma suspeição e acompanhamento de casos novos de hanseníase





## Fluxograma – Consulta de enfermagem caso suspeito de hanseníase

### Primeira Consulta de Enfermagem:

- Diagnóstico de enfermagem (anamnese, histórico psicossocial, exame físico e dermatoneurológico.);
- Orientação quanto à realização de exames complementares: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum e exame parasitológico de fezes (EPF);
- Agendamento e/ou avaliação dos contatos intradomiciliares.
- Educação em saúde.



### Consultas de enfermagem subsequentes:

- Anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica em todas as consultas e registro na ficha de avaliação neurológica simplificada na 1ª, 3ª e 6ª doses para paucibacilares e 1ª, 6ª e 12ª doses para os multibacilares;
- Investigar reação hansênica;
- Encaminhar imediatamente para nível secundário em caso de reação hansênica;
- Supervisionar a tomada da dose mensal da PQT;
- Orientações para o auto-cuidados e educação em Saúde;
- Monitorar o comparecimento do paciente e proceder à busca de casos faltosos;
- Retorno ao nível secundário de acordo com a avaliação inicial



### Consulta de enfermagem na última dose da PQT:

- Anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica;
- Agendar consulta no nível secundário para avaliação de alta após término das doses auto-administradas. PB – 6 cartelas em até 9 meses MB – 12 cartelas em até 18 meses
- Educação em saúde

### Esquema terapêutico para hanseníase paucibacilar (PB) no adulto:

Blister PQT/PB adulto

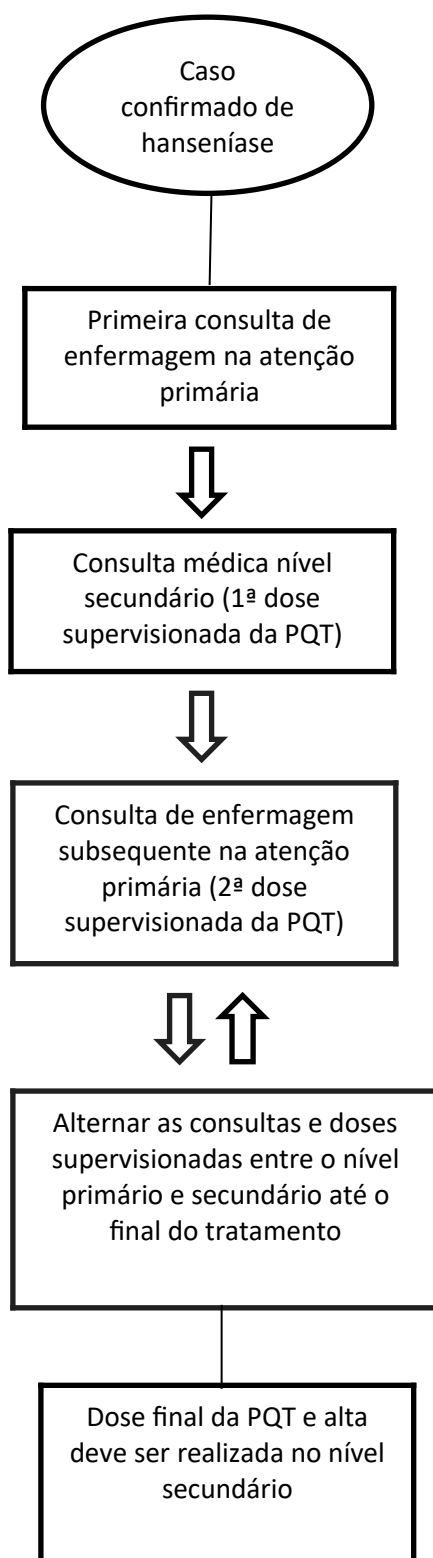
Esquema PQT PB/ 6 doses  
Dose supervisionada (DS) pela  
ESF a cada 28 dias/ 6  
doses em período máximo de 9  
meses:  
- 600 mg de rifampicina (RFP);  
- 100 mg de dapsona (DDS);  
Dose auto-administrada, 27  
comprimidos:  
- 100 mg de dapsona diários.

### Esquema terapêutico para hanseníase multibacilar (MB) no adulto:

Blister PQT/MB adulto

Esquema PQT MB/ 12 doses  
Dose supervisionada (DS) pela  
ESF a cada 28 dias/ 12 doses  
em período máximo de 18  
meses:  
- 600 mg de rifampicina;  
- 300 mg de clofazimina (CFZ);  
- 100 mg de dapsona.  
Dose auto-administrada,  
27 unidades de cada:  
- 100 mg de dapsona diários;

## Fluxograma de consultas caso de hanseníase confirmado



## ESTADOS REACIONAIS OU REAÇÕES HANSÊNICAS

ESTADOS REACIONAIS	Tipo 1 –Reação Reversa	Tipo 2 – Eritema Nodoso Hansênico(ENH)
<b>CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL</b>	<b>PAUCIBACILAR</b>	<b>MULTIBACILAR</b>
Início	Antes do Tratamento PQT ou nos primeiros 6 meses do tratamento.	Pode ser a primeira manifestação da doença.  Pode ocorrer durante ou após o tratamento com PQT.
Causa	Hiper-reatividade imunológica ao antígeno(bacilo)	Hiper-reatividade imunológica ao antígeno(bacilo)
Manifestações Clínicas	Aparecimento de novas lesões que podem ser eritemato-infiltradas (aspecto erisipelóide)  Reagudização de lesões antigas  Dor espontânea nos nervos periféricos  Aumento ou aparecimento de áreas hipo ou anestésicas.	As lesões pré –existentes permanecem inalteradas.  Há o aparecimento brusco de nódulos eritematosos, dolorosos à palpação ou até mesmo espontaneamente, que podem evoluir para vesículas, pústulas, bolhas ou úlceras.
Comprometimento Sistêmico	Não é frequente	É frequente  Apresenta febre, batenia, mialgias, náuseas e dor articular
Fatores Associados	Edema de mãos e pés  Aparecimento brusco de mão em garra e pé caído.	Edema de extremidades  Irite, epistaxes, orquite, linfadenite e neurite.
Hematologia	Pode haver leucocitose.	Leucocitose com desvio à esquerda e aumento de imunoglobulinas.  Anemia
Evolução	Lenta  Podem ocorrer sequelas neurológicas e complicações, como abscesso de nervo	Rápida  O aspecto necrótico pode ser contínuo, durar meses e apresentar complicações graves.

Fonte: Guia para o controle da Hanseníase

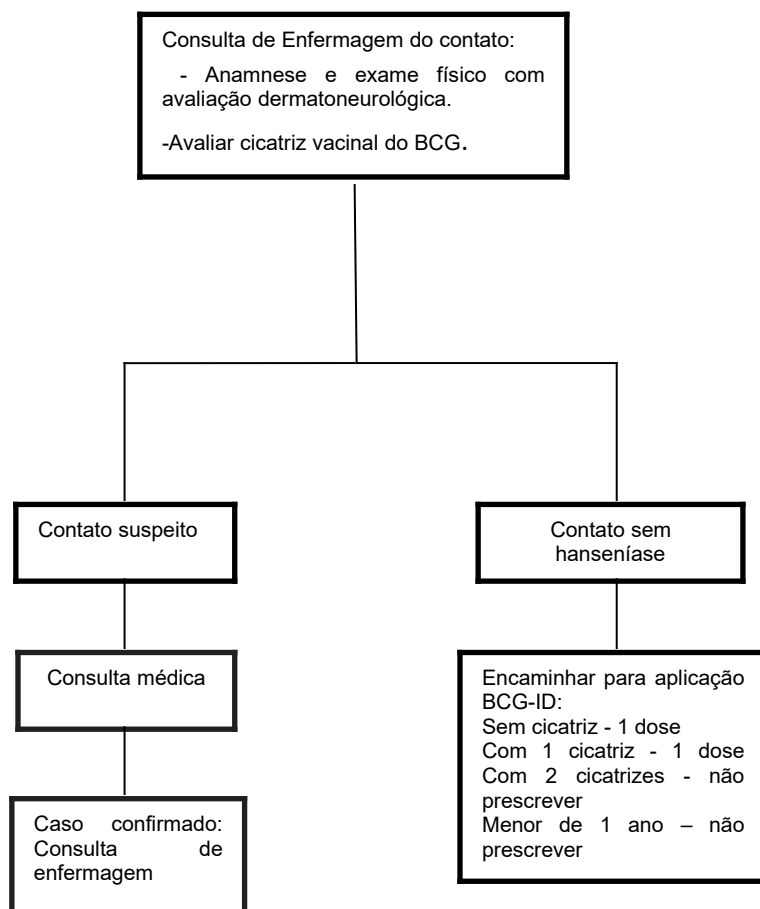
### Rastreamento dos contatos

Os contatos sem diagnóstico de hanseníase devem receber informações sobre a doença, sobre a possibilidade de terem sido contaminados e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase, devendo neste caso procurar a Unidade de Saúde.

Os contatos com diagnóstico confirmado devem receber tratamento específico.

O exame dos contatos deve ser feito imediatamente após o diagnóstico e no mínimo uma vez por ano, por cinco anos, pelo menos, com avaliação dermatoneurológica.

## Fluxograma rastreamento dos contatos de pacientes com diagnóstico confirmado de hanseníase



### Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, COREN,RJ, 2012

Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Estado da Paraíba, COREN, PB, 2015