

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

1



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

*“Aprova o Protocolo de enfermagem da
Secretaria Municipal de saúde de
Botucatu/SP”*

MARCELLO LANEZA FELÍCIO, Secretário Municipal de Saúde de Botucatu, no uso de suas atribuições legais, que lhe são conferidas, e;

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem;

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

CONSIDERANDO o Decreto Federal nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, especificadamente em seu art. 8º, inciso II, alínea “c”, que garante a atuação do enfermeiro na prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

CONSIDERANDO o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

CONSIDERANDO a Resolução do COFEN nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros;

CONSIDERANDO a Portaria Ministerial nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e estabelece as revisões das diretrizes para organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONSIDERANDO as Portarias nº 007 e nº 008, de 05 de junho de 2020, de instituição no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar, na forma dos Anexos desta Portaria, Protocolos de enfermagem da Secretaria Municipal de saúde de Botucatu/SP:

Sistematização da Assistência de Enfermagem Saúde da Mulher

Sistematização da Assistência de Enfermagem Saúde da Criança

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Adulto e do Idoso

Sistematização da Assistência de Enfermagem: Prevenção, Tratamento e Acompanhamento de infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

2



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU
ESTADO DE SÃO PAULO

Art. 2º. A partir da instituição/revisão destes Protocolos, o enfermeiro da Rede de Atenção Primária à saúde e serviços de saúde poderá atuar na prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de Saúde, solicitar exames de rotina e complementares e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, nas condições previstas no referido documento e no âmbito Municipal, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica e observadas as disposições legais da profissão.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOTUCATU- SP.

Marcello Laneza Felício
Secretário Municipal de Saúde de Botucatu-SP



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

3



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

PREVENÇÃO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BOTUCATU/SP

2023



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

4

Equipe de elaboração - 2023:

Enfermeiros: Ana Paula dos Santos Costa Roberto, Elisangela Cristina de Campos, Karyn Carregã Rodrigues, Letícia Nunes Coca dos Santos, Maria Julia Alves.

Coordenadora do Programa Municipal DST/HIV/Aids: Thaís Renata de Jesus Espernega Santos.

Organizadores:

Ana Lúcia Forti Luque
Daniela Cristina da Silva
Valéria Maria Lopes Manduca Ferreira

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

5

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no cuidado às ISTs.

Quadro 2 - Classificação clínica da sífilis, manifestações clínicas de sífilis adquirida.

Quadro 3 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta.

Quadro 4 - Tratamento de sífilis.

Quadro 5 - Ações de acompanhamento de gestantes com diagnóstico de sífilis.

Quadro 6 - Sistematização do acompanhamento dos bebês expostos à sífilis durante a gestação.

Quadro 7 - Condutas após testagem rápida de HIV.

Quadro 8 - Principais indicações e periodicidade de rastreio de Hepatite C.

Quadro 9 - Tratamentos ISTs.

Quadro 10 - Notificações de ISTs e orientações.

Quadro 11 - Quantidade de medicamentos para cada UBS/USF.

Quadro 12 - Medicamentos disponíveis na Farmácia Municipal para doenças oportunistas (HIV/Aids).



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

6

SUMÁRIO

1.0 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	5
1.1 Introdução	5
1.2 Estratégias e ações para o combate às ISTs	5
1.3 Atribuições de Enfermagem	6
1.4 Alguns diagnósticos e intervenções - CIPE	8
2.0 PRINCIPAIS IST's	8
2.1 Sífilis	8
2.1.1 Métodos diagnósticos de sífilis:	10
2.1.2 Tratamento:	13
2.1.3 Prescrição pelo enfermeiro e administração do tratamento pela equipe de enfermagem:	14
2.1.3 Monitoramento:	14
2.1.4 Seguimento clínico da criança com sífilis congênita:	17
2.2 HIV:	18
2.2.1 Testagem rápida:	18
2.2.2 Profilaxia Pré-Exposição (PrEP):	18
2.2.3 Profilaxia Pós-Exposição (PEP):	19
2.3 Hepatite B	20
2.3.1 Diagnóstico e condutas:	20
2.4 Hepatite C	21
2.4.1 Principais indicações de rastreio:	21
2.4.2 Diagnóstico e condutas:	22
2.5 HPV	22
2.6 Outras ISTs	22
3.0 PRINCIPAIS TRATAMENTOS	23
4.0 NOTIFICAÇÕES	25
5.0 PROGRAMA DST/AIDS	25
5.1 Matriciamento	25
5.2 Dispensação de medicações	25
5.3 Implanon	26
5.4 Testes rápidos	27
5.5 Planilha de sífilis	27
5.6 Ambulatório de ISTs para mulheres	27
REFERÊNCIAS	29
ANEXO 1	31
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE SÍFILIS CONGÊNITA	31
ANEXO 2	33
ANEXO 3	34
ANEXO 4	35
ANEXO 5	36



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

7

ANEXO 6
ANEXO 7

37
38

1.1 Introdução

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

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

1.2 Estratégias e ações para o combate às ISTs

A manutenção de uma IST, assim como sua disseminação e seu surgimento depende de um conjunto de fatores, como: a eficácia da transmissão; as taxas de variação de parceria sexual, aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais; duração da infecção, qualidade da rede de saúde e acesso aos serviços (BRASIL, 2019).

As estratégias e ações para o combate às ISTs são guiadas pelo conceito de prevenção combinada, a qual preconiza uma oferta conjugada e individualizada de diferentes intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, centrada na necessidade e concordância de cada pessoa (cuidado centrado na pessoa) (BRASIL, 2018).



Fonte: DCI/SVS/MS

A prevenção combinada abrange o uso de preservativo masculino e feminino, uso de gel lubrificante, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs, testagem para HIV, sífilis e hepatites virais B e C, profilaxia pós-exposição (PEP) e pré-exposição (PrEP) ao HIV, imunização para HPV e hepatite B, prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B, tratamento antirretroviral para todas as PVHA (pessoas vivendo com HIV/AIDS), redução de danos, entre outros. (São Paulo, 2017).

Cabe ainda ressaltar a importância da prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, que incluem a anticoncepção de emergência, a administração de medicações profiláticas às ISTs e a assistência psicossocial, entre outros (BRASIL, 2012).

Destaca-se, nesse contexto, o papel da equipe de enfermagem, que é imprescindível nesta área da APS, não somente na triagem através dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais (Cofen, 2016), mas também fundamental para a redução da transmissão vertical, durante a consulta de enfermagem realizada pelo enfermeiro (Brasil, 1986). A política nacional da Atenção Básica (PNAB) é clara quando estabelece que o enfermeiro tenha como atribuição:

“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 (BRASIL, 2017).”

1.3 Atribuições de Enfermagem

Atribuições do enfermeiro

- Organizar, planejar e supervisionar ações para diagnóstico, tratamento, acompanhamento, monitoração e prevenção de IST na APS;
- Realizar aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência;
- Participar do estabelecimento de parcerias com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde para continuidade do cuidado;
- Oportunizar o diagnóstico precoce das ISTs na realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B e C e emissão de laudo dos testes realizados pelo mesmo e/ou por técnicos e auxiliares de enfermagem;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

10

- Realizar aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais B e C;
- Realizar a solicitação de exame para confirmação de diagnóstico, encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão ou orientação;
- Realizar prescrição de tratamento adequado das IST aos usuários;
- Desencadear ações de aconselhamento/testagem e tratamento voltadas aos parceiros sexuais dos usuários com esses agravos;
- Utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao usuário com IST, levando em conta o contexto pessoal, familiar e social em que a doença se desenvolve;
- Realizar encaminhamento dos casos que não competem à Atenção Primária à Saúde, realizando acompanhamento conjunto;
- Realizar no contexto da equipe ações de prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV;
- Promover ações para adesão das gestantes ao Pré-Natal e oferecer o teste para sífilis, para hepatite B e para o HIV, a todas as gestantes da área de abrangência da unidade, realizando aconselhamento pré e pós-teste;
- Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico.

Atribuições comuns dos técnicos e auxiliares de enfermagem

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

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

11

- Participar da busca ativa de novos casos;
- Registrar o procedimento, as orientações e os cuidados realizados em prontuário finalizando com assinatura e carimbo;
- Contribuir e participar de atividades de educação permanente;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível da sua qualificação;
- Orientar os usuários na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem ou médicas;
- Participar do gerenciamento dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste protocolo.

1.4 Alguns diagnósticos e intervenções - CIPE

Quadro 1 - Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no cuidado às ISTs.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Ansiedade	- Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; - Estabelecer relação de confiança; - Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade.
Imagem corporal perturbada	- Orientar acerca das alterações e condutas frente a elas; - Apoiar imagem corporal positiva; - Apoiar processo familiar de enfrentamento.
Comportamento sexual problemático	- Orientar sobre o comportamento sexual.
Adesão ao teste de diagnóstico	- Ofertar e realizar aconselhamento e teste rápido para HIV, hepatites virais e sífilis; - Relatar resultado de teste; - Tratar e encaminhar, se necessário.

Fonte: CIPE, 2018.

2.0 PRINCIPAIS IST's

2.1 Sífilis

A sífilis é causada por infecção bacteriana cujo agente etiológico é o *Treponema pallidum*. É transmitida principalmente pelo contato sexual, sendo que muitos permanecem assintomáticos. Na ocorrência de sintomas, estes são pouco

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

12

percebidos e valorizados, dificultando o tratamento e aumentando o risco da transmissão aos parceiros sexuais.

A ausência do tratamento pode colaborar com formas mais graves desta infecção, comprometendo diversos órgãos e sistemas, sobretudo, o nervoso e o cardiovascular. Em gestantes, a transmissão transplacentária ao feto pode chegar a 80%, podendo ocorrer também durante o parto vaginal se existir lesão.

O acometimento fetal varia pelo tempo que ele foi exposto, podendo evoluir para parto prematuro, morte intrauterina ou neonatal. (Brasil, 2019)

Quadro 2 - Classificação clínica da sífilis, manifestações clínicas de sífilis adquirida.

Estágios da Sífilis		Tempo após a exposição	Manifestações Clínicas
Recente	Primária	10 a 90 dias (média de 3 semanas)	- Cancro duro - Linfonodos regionais
	Secundária	6 semanas a 6 meses após cicatrização do cancro duro*	- Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão); - Micropoliadenopatia; - Linfadenopatia generalizada; - Sinais constitucionais; - Quadros neurológicos, oculares e hepáticos.
	Latente recente	Até 1 ano de duração	Assintomática
Tardia	Latente tardia	Mais de 1 ano de duração**	Assintomática

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

13

	Terciária	Entre 1 e 40 anos	- Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; - Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; - Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; - Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais, como o da paralisia geral.
--	-----------	-------------------	---

*Manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo podem ocorrer em um período de até um ano. Excepcionalmente, as lesões podem surgir em concomitância com a manifestação primária. Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com períodos de latência.

**Em caso de ausência de sinais e sintomas e tempo de infecção desconhecido, classificar como sífilis latente tardia.

Fonte: Brasil, 2021.

2.1.1 Métodos diagnósticos de sífilis:

Os testes para sífilis podem ser utilizados para triagem de pessoas assintomáticas ou para diagnóstico em pessoas sintomáticas, nas quais a anamnese e o exame físico devem ser cuidadosos.

Testes diretos:

O diagnóstico é realizado por meio de exames diretos, pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras da lesão. Tendo em vista que o Brasil vive uma epidemia de sífilis, é recomendado que toda erupção cutânea sem causa determinada seja investigada com teste para sífilis, preferencialmente teste rápido (BRASIL, 2019).

Testes imunológicos:

Treponêmicos: São testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornar reagentes e em 85% dos casos permanecerão reagentes por toda a vida do indivíduo mesmo que este realize tratamento, por isso não são indicados para monitorar a resposta ao tratamento. São inúmeros tipos de testes:

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

14

Testes rápidos (fácil execução e podem ser realizados na consulta) que utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP); Hemaglutinação (TPHA); aglutinação de partículas (TPPA); micro-hemaglutinação (MHA); imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e os ensaios imunoenzimáticos (ELISA e CMIA).

Não treponêmicos: Detectam anticorpos não específicos para o antígeno do *T. pallidum*, por meio da diluição em fator dois da amostra, até que não haja mais reatividade do teste. São expressos em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc.), utilizados como diagnóstico e também para monitorar a resposta ao tratamento e controle da cura. A queda dos títulos indica sucesso no tratamento. São utilizados o VDRL (do inglês Venereal Disease Research Laboratory), RPR (do inglês Rapid Plasma Reagin) e USR (do inglês Unheated-Serum Reagin).

**Quadro 3** - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta.

Primeiro teste	+	Teste complementar	Possíveis interpretações	Conduta
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: reagente	- Diagnóstico de sífilis: classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. - Cicatriz sorológica*.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: não reagente	- Realiza-se um terceiro teste treponêmico** com metodologia diferente do primeiro. - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica*. - Se não reagente: considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: reagente	- Diagnóstico de sífilis: classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. - Cicatriz sorológica*.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: não reagente	- Realiza-se um terceiro teste treponêmico** com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste. - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica*. - Se não reagente: considera-se resultado falso	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de



			reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.	sífilis, apenas orientar.
Teste não treponêmico: não reagente ou Teste treponêmico: não reagente	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de janela imunológica de sífilis recente, que consiste no intervalo de tempo entre a infecção e a produção de anticorpos suficientes para serem detectados por testes imunológicos.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

*Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. Nesse caso, deve ser descartada reinfecção ou falha de tratamento.

**Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.

Fonte: Brasil, 2021.

2.1.2 Tratamento:

Quadro 4 - Tratamento de sífilis.

Estadiamento	Esquema terapêutico ^a
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x por semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM

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

^b Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

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

Parceria(s) sexual(is): se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo). Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico. Fonte: Brasil, 2021; Brasil, 2023.

É considerado tratamento **adequado** da sífilis na gestante:

- Tratamento completo e documentado, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina G benzatina;
- Instituição do tratamento anterior ao prazo de 30 dias do parto,
- Gestante ter apresentado queda de duas titulações ou 4 vezes do VDRL , ou títulos estáveis, se o título inicial era menor ou igual a 1/4.

2.1.3 Prescrição pelo enfermeiro e administração do tratamento pela equipe de enfermagem:

A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica.

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

"1. A penicilina benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem.

2. Os enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde, secretarias estaduais, secretarias municipais, distrito federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.

3. A ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da penicilina benzatina por profissionais de enfermagem."

2.1.3 Monitoramento:

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

No quadro XX, estão descritas ações de acompanhamento de gestantes com diagnóstico de sífilis no município.

**Quadro 5 - Ações de acompanhamento de gestantes com diagnóstico de sífilis.**

Ações	Responsáveis	Observações
Diagnóstico de sífilis em gestante	UBS/USF UNESP Outros serviços	
Notificação ao NUVE municipal e ao Programa DST/Aids		Os serviços devem notificar a gestante e também o parceiro, independente da sua sorologia.
Prescrição do tratamento para a gestante e parceiro		Deverão ser tratados todos os parceiros sexuais expostos nos últimos 90 dias precedentes ao diagnóstico. Os parceiros devem ser tratados concomitantemente à gestante com sífilis, ou seja, o tratamento dos parceiros deve ocorrer entre a data de início do tratamento da gestante até a data de aplicação da última dose de tratamento da gestante.
Visita de agente estratégico e preenchimento da Ficha de Acompanhamento Domiciliar de Sífilis Congênita (Anexo 1)	Programa DST/Aids em parceria com a UBS/USF	As unidades de saúde são sempre a referência para a discussão dos casos.
Anotação em prontuário de todas as intervenções com a gestante e parceiro(s) e preenchimento do Anexo 2	UBS/USF	O documento de acompanhamento (Anexo 2) deve ser arquivado na caderneta de gestante.
Preenchimento de Termo de Consentimento para contato com parceiro privado de liberdade (Anexo 3)	UBS/USF em parceria com o Programa DST/Aids	O contato será realizado pelo programa DST/Aids após envio da 1ª via do Termo.



Acompanhamento semanal até o fim do tratamento medicamentoso	UBS/USF	Após o nascimento: mãe, bebê e parceiro serão acompanhados até alta de cada um.
Acompanhamento mensal até o parto		
Coleta de VDRL mensal da gestante até o final da gestação		Objetivo: avaliação do tratamento e de possível reinfecção. Se verificado aumento de titulação do VDRL de pelo menos duas diluições (ou 4 vezes) após tratamento: paciente deverá ser retratado.
Coleta de VDRL trimestral do parceiro até o final da gestação		
Preenchimento de planilha mensal de sífilis	UBS/USF	O Programa DST/Aids envia mensalmente para todas as unidades, via rotina, uma planilha para facilitar a assistência às gestantes, parceiros e, após o parto, puerpera e bebê. Após o preenchimento com informações atualizadas, uma cópia da planilha deve ser enviada de volta ao Programa, seguindo a data limite informada na parte superior da planilha.
Envio para as unidades de ficha de acompanhamento das Agentes Estratégicas do Programa DST/Aids após a alta do binômio mãe-bebê	Programa DST/Aids	
Emissão de declaração de alta para a mãe, parceiro e bebê (Anexo 4)	UBS/USF	Uma cópia fica no prontuário e a outra é entregue ao paciente.

*O Programa DST/Aids fica à disposição para discussão de casos em todas as etapas do acompanhamento.

2.1.4 Seguimento clínico da criança com sífilis congênita:

No município de Botucatu serão acompanhados todos os bebês que foram expostos à sífilis durante a gestação, independente se notificado ou não.

Quadro 6 - Sistematização do acompanhamento dos bebês expostos à sífilis durante a gestação.

Seguimento	Periodicidade
Consultas	- Até o 6º mês: mensalmente - Do 6º ao 12º mês: bimensais.
VDRL	1, 3, 6, 12 e 18 meses. Interromper se 2 exames negativos. Se aumento de títulos ou não negatificação até os 18 meses, re-investigar o paciente e proceder tratamento, se necessário. Colher novo exame com 24 meses. Crianças que o treponêmico não negativar com 18 meses de idade, devem ser acompanhadas pelo ambulatório de infecções congênitas até os 5 anos de idade.
TPHA ou FTA-Abs	Após 18 meses para confirmação de caso.
LCR	Se o exame mostrar-se alterado, realizar reavaliação líquórica a cada 6 meses até a normalização do mesmo. Alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento.
Acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico	Semestral por 2 anos.

Caso o recém-nascido seja tratado de forma inadequada (na dose e/ou tempo preconizado) deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar tratamento, obedecendo aos esquemas descritos.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

21

A prescrição do tratamento do RN deverá ocorrer na maternidade, sendo realizado na mesma ou se RN já obteve alta, será realizado no pronto socorro infantil ou na própria Unidade de Saúde.

2.2 HIV:

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV envolve diversas fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica e da carga viral do indivíduo. A primeira fase da infecção (infecção aguda) é o período do surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptocose) e algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi). A presença desses eventos define a síndrome da imunodeficiência adquirida – aids. (Brasil, 2022)

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial da rede SUS, sendo responsável por acolher as PVHIV e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

2.2.1 Testagem rápida:

Quadro 7 - Condutas após testagem rápida de HIV.

Teste rápido 1	Teste rápido 2*	Condutas
Não reagente	-	- Avaliar janela imunológica; - Se houver exposição sexual de risco em até 72 horas, avaliar PEP.
Reagente	Não Reagente	- Solicitar sorologia
Reagente	Reagente	- Realizar notificação; - Encaminhar para serviço de referência (SAEi).

* Teste 2 deve utilizar metodologia diferente do teste 1.

2.2.2 Profilaxia Pré-Exposição (PrEP):

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV é um método de prevenção à infecção pelo HIV. A PrEP consiste na tomada diária de um comprimido que impede que o vírus causador da aids infecte o organismo, antes de a pessoa ter contato com o vírus.

Indicação:

Fazer parte de uma dessas populações-chave:

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH);
- Pessoas trans;
- Trabalhadores(as) do sexo.

E, além disso, se:

- Frequentemente deixa de usar camisinha em suas relações sexuais (anais ou vaginais);
- Tem relações sexuais, sem camisinha, com alguém que seja HIV positivo e que não esteja em tratamento;
- Faz uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV);
- Apresenta episódios frequentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Quantidade e diversidade de parcerias sexuais;
- Contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, etc.

CrITÉRIOS de Exclusão:

- HIV positivo;
- Investigar infecção viral aguda (exame CV);
- Histórico de fratura óssea não relacionada à trauma;
- Histórico de doença renal.

Triagem de PrEP em Botucatu:

Todas as terças-feiras das 7h30 às 9h no SAE de Infectologia - Dr Domingos Alves Meira, sem necessidade de agendamento.

2.2.3 Profilaxia Pós-Exposição (PEP):

A PEP é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV, existindo também profilaxia específica para o vírus da hepatite B e para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Consiste no uso de medicamentos ou imunobiológicos para reduzir o risco de adquirir essas infecções.

Trata-se de uma urgência médica e deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição de risco e no máximo em até 72 horas. A profilaxia deve ser realizada por 28 dias e a pessoa tem que ser acompanhada pela equipe de saúde, inclusive após esse período realizando os exames necessários.

Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como:

- Violência sexual;
- Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com seu rompimento);
- Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).

PEP em Botucatu:

Todos os dias úteis das 7h às 17h no SAE de Infectologia Dr. Domingos Alves Meira.

Aos finais de semana e feriados no Pronto Socorro Referenciado da Unesp.

Para mais informações sobre estratégias de manejo ao HIV, encontram-se disponíveis em <http://www.aids.gov.br>, os seguintes materiais:

- Cinco Passos para Implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para gestores
- Manual de Manejo do HIV na Atenção Básica - Manual para médicos
- Cuidado Integral às Pessoas que Vivem com HIV pela Atenção Básica - Manual para Equipe Multiprofissional
- Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica

2.3 Hepatite B

A transmissão do vírus da hepatite B (VHB) se faz por via parenteral (compartilhamento de agulhas e seringas e utilização de material contaminado para realizar tatuagem, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos, piercings, manicure e pedicure, etc), e, sobretudo, pela via sexual, sendo uma IST. A transmissão vertical (de mãe para filho) também é causa de disseminação do VHB.

A hepatite B pode ser prevenida a partir da vacinação, checar a situação vacinal de todos os indivíduos.

2.3.1 Diagnóstico e condutas:

Caso o teste rápido e/ou a sorologias apresentem-se reagentes, encaminhar o paciente para o SAEi. As gestantes devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

A notificação será realizada pelo SAEi após confirmação do diagnóstico.

Em caso de janela imunológica, repetir o exame em 6 meses após exposição de risco.

2.4 Hepatite C

A principal via de transmissão do HCV é parenteral e são populações de risco: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas injetáveis, inaláveis que compartilham os equipamentos de uso, pessoas com tatuagem, piercings ou que apresentem outras formas de exposição percutânea (consultórios odontológicos, manicures, etc; que não obedecem as normas de biossegurança).

A transmissão sexual é pouco frequente – menos de 1% em parceiros estáveis – e ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo). A transmissão vertical é rara quando comparada à hepatite B.

2.4.1 Principais indicações de rastreio:

Quadro 8 - Principais indicações e periodicidade de rastreio de Hepatite C.

Indicação	Periodicidade
Pessoas com idade igual ou superior a 40 anos	Ao menos uma vez na vida
Presença de algum dos fatores de risco a seguir, independente da idade: - Diabetes; - Doenças cardiovasculares e/ou hipertensão; - Antecedente de uso de álcool e outras drogas; - Transfusão de sangue ou hemoderivados antes de 1993; - Transplante de órgãos e tecidos; - Exposição percutânea/parenteral a materiais biológicos que não obedecem às normas de vigilância sanitária; - Crianças nascidas de mães que vivem com hepatite C; - Parcerias sexuais com pessoa que tem/teve hepatite C; - Coabitação com alguém que tem/teve hepatite C; - Privação de liberdade; - Antecedentes psiquiátricos, doença renal ou imunodepressão; - Doença hepática sem diagnóstico, elevação de ALT e/ou AST.	Ao menos uma vez na vida
- Profissionais da saúde; - Pessoas vivendo com HIV; - Pessoas com histórico de ISTs; - Pessoas com vida sexual ativa e uso irregular de	Anualmente

preservativo; - Pessoas trans, gays e HSH; - Trabalhadores do sexo; - Pessoas em situação de rua; - Pessoas que usam álcool e outras drogas.	
Pessoas em uso de PrEP	Trimestralmente
Pessoas em hemodiálise	Semestralmente

2.4.2 Diagnóstico e condutas:

Caso o teste rápido e/ou a sorologias apresentem-se reagentes, encaminhar o paciente para o SAEi. As gestantes devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

A notificação será realizada pelo SAEi após confirmação do diagnóstico.

Em caso de janela imunológica, repetir o exame em 30 dias a 60 dias.

2.5 HPV

As verrugas anogenitais sugestivas de HPV, possuem características de lesões polimórficas, pontiagudas, únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, semelhantes a couve-flor. O tratamento pode ser ambulatorial a partir da aplicação de ácido tricloroacético (ATA) 80-90%.

Esse tratamento pode ser realizado pelo enfermeiro, inclusive em gestantes, desde que capacitado para a execução.

Em mulheres com verrugas anogenitais deve ser realizado exame ginecológico completo, incluindo coleta de exame citopatológico.

Em caso de dúvidas, discutir com profissional médico e/ou ginecologista NASF.

2.6 Outras ISTs

Para mais informações sobre as ISTs citadas acima e para aprofundar o conhecimento para além do tratamento de outras ISTs, checar o Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral Às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view



3.0 PRINCIPAIS TRATAMENTOS

Quadro 9 - Tratamentos ISTs.

Herpes Genital	Sífilis Adquirida e em Gestante	Cancróide (Cancro Mole)	Donovanose	Clamídia	Gonorreia
1º Episódio: Aciclovir 200mg - 2 cp VO de 8/8h por 7 dias. Recorrente: Aciclovir 200mg - 2 cp VO de 8/8h por 5 dias. Gestantes: Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio. Obs: Sem história ou evidências de lesões vesiculosas, tratar Sífilis e Cancróide, se lesões com mais de 4 semanas também tratar donovanose e realizar biópsia	Sífilis primária, secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução – 2.400.000 penicilina G benzatina dose única (1.200.000 em cada nádega) Sífilis terciária / latente tardia – 7.200.000 penicilina G benzatina (3 doses de 2.400.000 com intervalo de 1 semana para cada aplicação) Obs: Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado. Em gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 7 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.	Primeira Opção: Azitromicina 500mg, VO, 2 comprimidos, dose única Ou Ceftriaxona 500mg - IM dose única Segunda opção: Ciprofloxacina 500mg, 1 comprimido, VO, de 12 em 12 horas, por 3 dias (contraindicado para gestantes, lactantes e crianças)	Primeira Opção Doxaciclina 100mg, VO, 12 em 12 horas, por pelo menos 21 dias ou até desaparecimento completo das lesões Segunda opção Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões Ou Ciprofloxacina 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2X/dias, por pelo menos 21 dias ou até cicatrização das lesões (dose total 750mg) -(contraindicado para gestantes, lactantes e crianças) Ou Sulfametoxazol/ trimetopim (400mg/80mg), 2 comprimidos, VO, 12 em 12 horas por no mínimo 3	Corrimento Uretral Primeira opção Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (Clamídia) + Ceftriaxona 500mg, IM, dose única (Gonorreia) Segunda opção Doxaciclina 100mg, VO, de 12 em 12 horas, por 7 dias (Clamídia) Cefotaxima 500mg, IM, dose única (para Gonorréia) As parcerias devem ser tratadas com o mesmo tratamento, mesmo que assintomáticas. Ideal é tratar para as duas patologias (Clamídia e	



			semanas ou até a cicatrização das lesões	Gonorréia), associando as medicações, exceto se confirmação laboratorial de uma delas.
	Síndrome da Úlcera Genital Na presença de lesão não vesicular, tratar para sífilis primária e cancro mole concomitantemente. Lesões com mais de 4 semanas para tratar donovanose, sífilis e cancro mole. Encaminhar para biópsia.			
Tricomoníase	DIP	Vaginose Bacteriana	Candidíase Vulvovaginal	
Primeira opção Metronidazol 250g, 8 comprimidos VO, dose única Ou Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 12/12h por 7 dias Tricomoníase em gestantes Metronidazol 250mg, 1 comprimido, V.O, 3x/dia, por 7 dias (após 1º trimestre) Ou Metronidazol 250g, 8 comprimidos VO, dose única. Tratamento de parceiro: Secnidazol 1000mg - tomar 2 comprimidos dose única.	Doença Inflamatória Pélvica Primeira opção Ceftriaxona 500mg, IM dose única + Doxiciclina 100mg, VO, de 12 em 12 horas por 14 dias + metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, de 12 em 12 horas por 14 dias. Segunda opção Cefotaxima 500mg, IM, dose única + Doxiciclina 100mg, VO, de 12 em 12 horas por 14 dias + metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, de 12 em 12 horas por 14 dias. Tratamento das parcerias sexuais: Ceftriaxona 500mg, IM dose única + Azitromicina 500mg 2 cp dose única.	Vide protocolo de Saúde da Mulher do Município de Botucatu. Como segunda escolha de tratamento, o programa DST fornece: Clindamicina 300mg, VO de 12/12h por 7 dias.	Vide protocolo de Saúde da Mulher do Município de Botucatu.	

*Somente a prescrição do tratamento de Sífilis adquirida ou Sífilis em Gestante e Tricomoníase pode ser realizada pelo profissional enfermeiro, o tratamento das outras ISTs deve ser prescrito pelo profissional médico.

4.0 NOTIFICAÇÕES

As unidades de saúde devem notificar as ISTs de interesse Nacional e Municipal.

Quadro 10 - Notificações de ISTs e orientações.

Notificações	ISTs	Observações
Notificações de Interesse Nacional	-Síndrome do Corrimento Uretral Masculino	Ficha de notificação deve ser encaminhada para o NUVE. Enviar receita com o número da FIN para o Programa DST/Aids e a notificação para o NUVE.
	-Sífilis não especificada -Sífilis em gestante	Ficha de notificação deve ser encaminhada para o NUVE.
Notificações de Interesse Municipal	-Síndrome do Corrimento Cervical -Condiloma acuminado Herpes genital -Úlcera genital	Ficha de notificação vai para o Programa Municipal de DST/HIV/Aids: Enviar no mesmo dia a notificação e a receita para o Programa.

5.0 PROGRAMA DST/AIDS

O Programa é referência para o município a partir da realização de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento de IST/HIV/AIDS, além da promoção dos direitos humanos e combate a todos os tipos de preconceito.

Equipe constituída por 1 coordenadora, 1 médica e 5 agentes estratégicas de saúde.

5.1 Matriciamento

O Programa é sediado no Espaço Saúde com horário de funcionamento das 7:30 às 17:00h, e está à disposição para discussão de casos de ISTs.

5.2 Dispensação de medicações

Quadro 11 - Medicamentos fornecidos pelo programa para cada UBS/USF.

Medicamentos
Aciclovir 200mg
Doxaciclina 100mg

Ceftriaxona 500mg
Secnidazol 1000mg
Clindamicina 300mg
Fluconazol 150mg
Azitromicina 500mg
Ciprofloxacino 500mg

Quadro 12 - Medicamentos disponíveis na Farmácia Municipal para doenças oportunistas (HIV/Aids).

Medicamentos
Pirimetamina 25mg
Ácido Fólnico 15mg
Sulfadiazina 500mg

A UBS/USF entrega a medicação na hora para o paciente na própria unidade e encaminha a receita para o Programa DST/HIV/Aids, para solicitar a reposição para o Kit da Unidade. Medicamentos vencidos serão repostos somente mediante envio da mesma, após o vencimento, ao Programa Municipal de DST/Aids.

Para solicitar reposição das medicações utilizar formulário modelo (Anexo 5). Caso seja realizada alguma prescrição médica diferente deste protocolo, preencher relatório de não conformidade, justificando a prescrição para que as medicações sejam repostas (Anexo 6).

As medicações de IST só serão repostas na Unidade após o recebimento da notificação e /ou receita. Em casos de urgência ou dúvida, ligar para o Programa para discutir caso a caso. (Contato 3811-1606/ 99723-2134).

5.3 Implanon

O implante liberador de Etonogestrel é indicado para mulheres em idade fértil e é dispensado pelo Programa para mulheres usuárias de drogas lícitas e/ou ilícitas, portadoras de problemas de saúde mental e/ou condições de vulnerabilidade extrema.

As unidades devem discutir os casos que considerarem pertinentes via email (programadst.botucatu@osspirangi.org.br) e agendar a inserção na sede do programa ou na própria unidade, a depender da disponibilidade dos profissionais capacitados para o procedimento.

Após a inserção, cópia de documento de autorização (Anexo 7), devidamente assinado pela paciente ou por responsável, precisa ser enviado ao Programa.

5.4 Testes rápidos

Todas as unidades devem ter disponíveis os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C, a partir da solicitação em pedido extra para o almoxarifado realizada por email pelo farmacêutico de cada unidade ou no pedido mensal.

O acolhimento ao paciente que procura a unidade para testagem rápida deve ocorrer no momento da procura. Caso for necessário realizar o agendamento deste paciente, a unidade deverá fazer de forma responsável e realizar busca ativa em caso de falta.

Para que o município receba reposição dos testes do Estado, mensalmente (máximo até dia 20 de cada mês) é necessário que as unidades façam o inventário dos testes utilizados e dos que ainda estão em estoque, a partir do preenchimento da Planilha de Teste Rápido (Anexo 8 - modelo) que deve ser salva na pasta UBS (Local: Pasta UBS → DST → Teste rápido unidades → Ano vigente (Ex: 2023) → Mês vigente (Ex: Julho))

No município, somente profissionais capacitados podem realizar testes rápidos. Para mais informações sobre a capacitação entrar em contato com o Programa.

5.5 Planilha de sífilis

Vide **Quadro 5** - Ações de acompanhamento de gestantes com diagnóstico de sífilis.

5.6 Ambulatório de ISTs para mulheres

Serviço destinado a apoio às Unidades de Saúde da atenção primária do município e ampliação do acesso ao diagnóstico das DST / HIV /Aids.

Critérios para encaminhamento:

- IST recorrentes por reinfecção;
- Úlceras genitais de difícil diagnóstico;
- Condilomas maiores;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

31

- Tratamento não eficaz com manutenção de sinais e sintomas;
- Populações prioritárias com dificuldade de adesão ao serviço de referência da área.

A unidade de saúde deverá entrar em contato com o Ambulatório para realizar o agendamento por telefone na recepção do Espaço Saúde. A paciente deverá ser encaminhada com carta de referência da unidade constando o motivo do encaminhamento, tratamentos anteriores e sorologias prévias (máximo de informações possíveis).

A paciente será devolvida para UBS/USF de referência para acompanhamento do caso após avaliação pelo Ambulatório, os casos serão diretamente discutidos com as UBS/USF de contrarreferência.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

32

REFERÊNCIAS

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** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view> Acesso em: 30 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64644/pcdt_hepatite_c_06_2019_isbn.pdf?file=1&type=node&id=64644&force=1> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2016/hepatites-virais/pcdt_hepatite_b_270917.pdf/@download/file> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/fluxogramas-p-ara-manejo-clinico-das-ist/@download/file>> Acesso em: 7 de abr. de 2023.

COFEN. **Nota técnica COFEN/CTLN Nº 03/2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Guia de Bolso para o manejo da Sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria de

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

33

Estado da Saúde, 2016. Disponível em:
<https://issuu.com/crtdstAidsspctAids/docs/guia_de_bolso_da_s_filis_-_2__edi>
Acesso em: 07 de mar. de 2023.

UNICEF BRASIL. Ministério da Saúde. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu município (Guia para Gestores)**. Brasília: UNICEF, 2019.
Disponível em:
<https://www.unicef.org/brazil/media/2796/file/Como_prevenir_a_transmissao_vertic_al_de_HIV_e_sifilis_no_seu_municipio%E2%80%933Guia_para_gestores.pdf>
Acesso em: 7 de mar. de 2023.



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

34

ANEXO 1

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE SÍFILIS CONGÊNITA

Nome da gestante/ puérpera: _____ Mat. _____

DUM: ____/____/____ Data Provável do Parto (DPP): ____/____/____ Profissional _____

Datas das visitas: _____

Datas das consultas de Pré-Natal e local: _____

Nº DE CONSULTAS: _____

Anexo de Carteirainha () SIM () NÃO

Observações: _____

Vacinação de HeP. B completa com 3 doses () sim () não Anti HBS () reagente () não reagente

Se não vacinada foi encaminhada para Unidade de Saúde () Sim () Não

Exames

HIV 1º tri: () reagente () não reagente

HIV 3º tri: Resultado () reagente () não reagente

Se HIV + foi encaminhada () sim () não () local: _____

Sífilis: Treponêmico() reagente () não reagente

Titulação do VDRL ____ data da coleta ____/____/____

Conferir realização de VDRL mensal até alta.

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Notificação da gestante: () sim () não

Tratamento: IG: _____

Indicado por: () UBS/USF () Unesp () Particular () outro _____

Medicação _____ Posologia (dose) _____

Data das aplicações (1º dose) ____/____/____ (2º dose) ____/____/____ (3º dose) ____/____/____

Verificado receita () sim () não Verif. prontuário () sim () não

Retratamento: IG: _____

Indicado por: () UBS/USF () Unesp () Particular () outro _____

Medicação _____ Posologia (dose) _____

Data das aplicações (1º dose) ____/____/____ (2º dose) ____/____/____ (3º dose) ____/____/____

Verificado receita () sim () não Verif. prontuário () sim () não

Nome do Parceiro (s) _____ Mat.: _____

Realizado notificação do parceiro () sim () Não

Realizado tratamento do parceiro () sim () Não Tratamento: _____

Indicado por: () UBS/USF () Unesp () Particular () outro _____

Medicação _____ Posologia (dose) _____

Data das aplicações (1º dose) ____/____/____ (2º dose) ____/____/____ (3º dose) ____/____/____

32



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

35

Completou tratamento : () sim () não **Verificado receita** () sim () não **Verif. prontuário** () sim () não

Retratamento:

Indicado por: () UBS/USF () Unesp () Particular () outro _____

Medicação _____ Posologia (dose) _____

Data das aplicações (1º dose) ____/____/____ (2º dose) ____/____/____ (3º dose) ____/____/____

Verificado receita () sim () não **Verif. prontuário** () sim () não

Teste Treponêmico () reagente () não reagente Data da coleta: ____/____/____

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____ Data da coleta ____/____/____ Titulação do VDRL ____

Tipo de parto: () normal () cesárea () Aborto _____ () outro _____

Nome do Bebê: _____ **MAT:** _____ **Data parto:** ____/____/____

____/____/____

Local do parto: _____ **notificado:** () sim () não

Exames no momento do parto:

VDRL: () Reagente () Não reagente () não realizado () Ignorado Título: _____

Alteração de RX: () sim () não () Não Realizado () Ignorado

Líquor: () Reagente () Não reagente () não realizado () Ignorado Título: _____

Alteração Líquórica: () sim () não () Não Realizado () Ignorado

Presença de sinais e sintomas: () sim () não () não se aplica () Ignorado

Se _____ sim, _____ quais?

Esquema de tratamento: _____

EXAMES DO RN

Ao nascer Data da coleta ____/____/____ Treponêmico ____ Titulação do VDRL ____ () Não colheu

1 mês Data da coleta ____/____/____ Treponêmico ____ Titulação do VDRL ____ () Não colheu

3 meses Data da coleta ____/____/____ Treponêmico ____ Titulação do VDRL ____ () Não colheu

6 meses Data da coleta ____/____/____ Treponêmico ____ Titulação do VDRL ____ () Não colheu

12 meses Data da coleta ____/____/____ Treponêmico ____ Titulação do VDRL ____ () Não colheu

18 meses Data da coleta ____/____/____ Treponêmico ____ Titulação do VDRL ____ () Não colheu



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

36

ANEXO 2

NOME:	MAT.:
Treponêmico: () Reagente () Não Reagente _/_/_	
Titulação (VRDL MENSAL)	
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
TRATAMENTO () BENZETACIL IG: _____	
() OUTRO	
() 2400 _/_/_	ass.: _____
() 4800 _/_/_ _/_/_	ass.: _____
() 7200 _/_/_ _/_/_ _/_/_	ass.: _____
RETRATAMENTO () BENZETACIL IG: _____	
() 2400 _/_/_	
() 4800 _/_/_ _/_/_	ass.: _____
() 7200 _/_/_ _/_/_ _/_/_	ass.: _____
COLETA DE LÍQUOR DATA _/_/_	
() REAGENTE () Não REAGENTE	ass.: _____
PARCEIRO TRATADO () SIM () NÃO	
SE NÃO, QUAL O MOTIVO? _____	
TREPÔNEMICO. _/_/_	
() REAGENTE () NÃO REAGENTE	
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
VDRL DATA _/_/_	ass.: _____
TRATAMENTO () BENZETACIL	
() OUTRO	
() 2400 _/_/_	ass.: _____
() 4800 _/_/_ _/_/_	ass.: _____
() 7200 _/_/_ _/_/_ _/_/_	ass.: _____
RETRATAMENTO:	
() 2400 _/_/_	ass.: _____
() 4800 _/_/_ _/_/_	ass.: _____
() 7200 _/_/_ _/_/_ _/_/_	ass.: _____
OBS*:	
*Intercorrências, anotações importantes (ex.: tratamento e titulação anterior)	

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, data de nascimento ____/____/____, matrícula: _____ estou ciente do resultado da minha sorologia para sífilis (Reagente) e da importância do tratamento do meu parceiro sexual (cônjuge, namorado,....) autorizando contato com o mesmo _____, data de nascimento: _____ que encontra-se privado de liberdade na penitenciária _____.

1ª via: programa DST/Aids

2ª via: prontuário da paciente

3ª via: paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, data de nascimento ____/____/____, matrícula: _____ estou ciente do resultado da minha sorologia para sífilis (Reagente) e da importância do tratamento do meu parceiro sexual (cônjuge, namorado,....) autorizando contato com o mesmo _____, data de nascimento: _____ que encontra-se privado de liberdade na penitenciária _____.

1ª via: programa DST/Aids

2ª via: prontuário da paciente

3ª via: paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, data de nascimento ____/____/____, matrícula: _____ estou ciente do resultado da minha sorologia para sífilis (Reagente) e da importância do tratamento do meu parceiro sexual (cônjuge, namorado,....) autorizando contato com o mesmo _____, data de nascimento: _____ que encontra-se privado de liberdade na penitenciária _____.

1ª via: programa DST/Aids

2ª via: prontuário da paciente

3ª via: paciente

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

38

ANEXO 4

Cartão espelho:

COMPROVANTE DE TRATAMENTO, ACOMPANHAMENTO E ALTA

NOME: _____ MATRÍCULA: _____ DN: ____/____/____

TRATAMENTO E EXAMES									
SÍFILIS	Data	reponêmico 1	VDRL	Treponêmico 2					
1º EXAME									
Diagnóstico de: () Sífilis Primária () Sífilis Secundária () Sífilis terciária ou latente recente ou latente tardia									
TRATAMENTO BENZETACIL	() 2.400.000	() 2.400.000	() 2.400.000	Parceria tratada: () Sim () Não					
	Data:	Data:	Data:						
OUTRO TRATAMENTO (Qual e motivo)									
CONTROLE DE CURA	Data								
	VDRL								

Em ____/____/____, _____ (nome do paciente), teve alta do acompanhamento de sífilis, por ter realizado tratamento adequado e apresentar queda de titulação. Vale ressaltar que se a titulação após esta data aumentar em quatro vezes, constitui uma nova infecção que requer novo tratamento e seguimento.

Responsável pelo preenchimento (assinatura e carimbo)

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

39

ANEXO 5

Modelo Formulário de Reposição das Medicções IST

MEDICAÇÃO		QUANTIDADE	NOTIFICAÇÃO	TRATAR PARCERIA	NOTIFICAR PARCERIA
ACICLOVIR 200 mg	Herpes 1º episódio	42cp	SIM	S/N	S/N
	Herpes recorrente	30cp	NÃO	S/N	S/N
CEFTRIAXONA 250mg	Cancro Mole	01 amp	SIM	SIM	SIM
	Gonorréia		SIM	SIM	SIM
	DIP-leve		NÃO	SIM	SIM
DOXACICLINA 100mg	Danovanose	mín. 63 cp	SIM	SIM	SIM
	Clamídia	14cp	SIM	SIM	SIM
	DIP-leve	28cp	NÃO	SIM	SIM
ERITROMICINA 500mg	Cancro Mole	28cp	SIM	SIM	SIM
	Danovanose	mín. 84 cp	SIM	SIM	SIM
	Clamídia	28cp	SIM	SIM	SIM
CLINDAMICINA 300mg	Vaginose Bacteriana	14cp	NÃO	*NÃO	NÃO
SECNIDAZOL 1000mg	Tricomoniase	2cp	NÃO	SIM	NÃO
FLUCONAZOL 150mg	Candidíase	1cp	NÃO	*NÃO	NÃO
*Parcerias não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos ou em casos recidivantes.					
Segue protocolo ()sim ()não, se não enviar relatório.					

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

40

ANEXO 6

RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO

(Deve ser enviado junto com a receita somente quando o tratamento prescrito não segue a orientação para o tratamento previsto neste protocolos).

UNIDADE: _____	
Nome do paciente: _____	
Matrícula: _____	
PATOLOGIA TRATADA: _____	
TRATAMENTO PRESCRITO: _____	

Responsável pela prescrição: _____	
JUSTIFICATIVA DE PRESCRIÇÃO FORA DO PROTOCOLO:	

Observação:	

_____ Nome do responsável pelo relatório	_____ Carimbo e assinatura do responsável pelo relatório
Data: ____/____/____	

ANEXO 7

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DO IMPLANTE SUBCUTÂNEO LIBERADOR DE ETONOGESTREL (IMPLANON)

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento a qual será submetida, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais do Programa Municipal DST/Aids.

Nome do Paciente: _____

RG: _____

Data da colocação: ____/____/____

Local de colocação: _____

() Colocação na Maternidade

Data Prevista do Parto: ____/____/____

Declaro que recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, eficácia e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

Declaro ainda que frente aos esclarecimentos, me foi concedida a oportunidade de decidir pelo uso deste método por minha livre e espontânea vontade.

Assinatura do paciente e/ou responsável:

Botucatu, ____ de _____ de _____



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

42

ANEXO 8

MODELO

PLANILHA DE TESTE RÁPIDO						
UNIDADE:			Mês/Ano:			
CONTROLE MENSAL DE TRD						
TESTE: Sífilis		Laboratório: Bioclin	Lote: 0052		Validade: 12/2023	
Estoque Atual	Teste (s) Realizado (s)	Reagente (s)	Teste (s) Realizado (s) em gestante	Reagente(s)	Perdidos*	Inválidos**
16	3	1	2	0	0	0
TESTE: Sífilis		Laboratório: Bioclin	Lote: 0055		Validade: 06/2024	
25	0	0	0	0	0	0
TESTE: HIV T1		Laboratório: Bioclin	Lote: 0066		Validade: 07/2024	
Estoque Atual	Teste (s) Realizado (s)	Reagente (s)	Teste (s) Realizado (s) em gestante	Reagente(s)	Perdidos*	Inválidos**
1	1	0	1	0	0	0
TESTE: HIV		Laboratório: ABON	Lote: HIV1062033		Validade: 08/06/23	
Estoque Atual	Teste (s) Realizado (s)	Reagente (s)	Teste (s) Realizado (s) em gestante	Reagente(s)	Perdidos*	Inválidos**
18	2	0	1	0	0	0
TESTE: HIV		Laboratório: ABON	Lote: HIV2032020		Validade: 20/01/2024	
20	0	0	0	0	0	0
TESTE: Hep B		Laboratório: Bioclin	Lote: 0091		Validade: 08/2023	
Estoque Atual	Teste (s) Realizados	Reagente	Teste (s) Realizados em gestantes	Reagente (s)	Perdidos*	Inválidos **
7	1	0	0	0	0	0
# O teste realizado em gestante não é para ser somado junto com os "testes realizados", a somatória deste é a parte. *Perdidos=Nos casos em que o teste "não correu", sangue coagulou, tampão colocado em "poço" equivocado, testes que ficaram sem "pipetas/ alça capilar", entre outros. **Inválido= Teste apresentar no momento da leitura do resultado uma única linha vermelha na letra T de teste (TESTE VALIDO: única linha vermelha visualizada na letra C de controle), no resultado Não Reagente.						
Informar números de testes desprezados por (X) vencimento ou () alteração de temperatura						
TESTE	LABORATÓRIO	VENCIMENTO	LOTE	QUANTIDADE		
Responsável pelo preenchimento:						
Data de envio da planilha:						

SISTEMATIZAÇÃO SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO



Protocolo das Unidades de Atenção Básica de Botucatu
Botucatu
2023

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

44

Equipe de elaboração: edição - 2008.

Enfermeiros: Ana Lúcia Forti Luque, Danielle Cristina Alves Feitosa, Fernanda Cristina Manzini,
Polyana Pimentel Proença, Priscila Cidade Furlan, Regina Stella Spagnuolo, Sara Figueiredo
Bernardi Rocha, Maria Cristina Heinzle da Silva Machado e professora Cristina Maria Garcia de
Lima Parada

Médicos:

Márcia de Almeida Parente, Oscar Antonio Grama Hoepfner, Paulo Roberto Zanatta Machado,
Romana Cristina de Oliveira Corrêa, Scheilla Maria Franco Costa, Máisa Pires de Campos
Luciano Gomes, Fausto Gondo, Anice Maria Vieira Camargo Martins

Organização:

Fernanda Cristina Manzini Secretaria Municipal de Saúde, Botucatu Cristina Maria Garcia de
Lima Parada, Departamento de Enfermagem, Unesp/Botucatu

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

45

Organização e elaboração

Enf. Ms. Elisangela Cristina de Campos

Graduada pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2007), com especialização em Gestão Hospitalar - UNINTER (2012), especialização em Redes de Atenção - FIOCRUZ (2013). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2017). Enfermeira do Trabalho - UNOPAR (2019). Atuação na área de gestão pública. Supervisão de enfermagem em ESF/zoonoses, parte integrante do comitê de contenção COVID no município de Botucatu pela OSS Pirangi (2019 até presente). Experiência em UTI adulto/neonatal/pediátrica. Enfermeira pesquisa clínica, com abordagem em estudos focados em tratamentos para COVID. Professora substituta da Universidade Estadual Paulista, na modalidade de ensino a distância e presencial, nas disciplinas de saúde do adulto, saúde mental, centro cirúrgico, saúde coletiva e fundamentos em enfermagem (2019 até presente). Doutoranda pelo Programa de Doutorado Profissional - Departamento de enfermagem – UNESP.

Equipe de elaboração - 3ª Edição - 2023

Enfermeiros:

Ana Paula dos Santos Costa Roberto

Enfermeira formada pela FAMEMA, aprimoramento profissional em saúde pública pela Unesp, pós pela UFRGS em educação permanente e continuada na APS, e mestrado profissional em enfermagem. Experiência profissional desde 2010. Tutora no programa de residência multiprofissional em saúde da família desde 2018. Atua como supervisora de Serviços de Saúde pela OSS Pirangi

Bianca Fioravanti Nicolosi Garcia

Possui graduação em - Faculdades Integradas de Botucatu (2007) e graduação em Enfermagem pela Faculdade Marechal Rondon (2011). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: idoso, enfermagem, sexualidade e HIV. Mestrado (2015) e Doutorado (2019) em Ginecologia, obstetrícia e Mastologia pela Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho. Atualmente, enfermeira do Ambulatório de diversidades do Município de Botucatu.

Daniela Tonelli

Possui graduação em enfermagem pela Fundação Educacional Dr Raul Bauab – JAU (2001); Pós graduação em Enfermagem obstétrica (2004); Enfermagem do trabalho pela Universidade Sagrado Coração – USC Bauru (2008); Mestrado em enfermagem – UNESP (2010). Atualmente, responsável técnica pelo Centro de referencia de saúde do trabalhador – CEREST Polo Botucatu.

Jéssica Yumi Brosler

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Atualmente integrante voluntária, desde 2022, no projeto de extensão PET Saúde "Criança vacinada, criança protegida".

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

47

Julia Melo Vasconcelos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Atualmente membro do Centro Acadêmico XII de Maio em cargo de suplente do Científico Cultural e voluntário do Projeto de Extensão Ações de Combate ao Câncer de Mama

Karyn Carregã Rodrigues

Possui graduação em enfermagem para FAMEMA; residência multiprofissional em saúde da família e Mestrado profissional em enfermagem. Atua como supervisora de Serviços de Saúde pela OSS Pirangi.

Letícia Nunes Coca dos Santos

Enfermeira graduada pela Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional CAPES/COFEN pela Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Atualmente é Responsável Técnica da Unidade de Saúde da Família Santa Elisa e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do internato do quarto e sexto ano do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP na disciplina de Ginecologia e Obstetrícia.

Lucas Rafael dos Santos,

Lucas Rafael dos Santos, estudante do último semestre do curso de graduação em enfermagem na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Botucatu.

(2021-2022): participação como colaborador na elaboração do trabalho de mestrado profissional intitulado "Elaboração de aplicativo para a avaliação da dor no domicílio direcionado às crianças e adolescentes em tratamento oncológico"; (2021-2022): elaboração do estudo de iniciação científica com bolsa PIBIC "A experiência de vida dos trabalhadores da saúde mental durante a pandemia do coronavírus". (2022 - em andamento): participando do Projeto de Extensão "A arte como dispositivo do cuidar: Promovendo saúde mental através de instrumentos artísticos com adolescentes institucionalizados".

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

48

(2023 - em andamento): participando, sem bolsa, da pesquisa intitulada "Saúde mental materna e saúde da criança nos primeiros 1000 dias de vida: o efeito da pandemia Covid-19". (2023 - em andamento): realizando Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Caracterização de adolescentes com comportamento suicida assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil do interior paulista", em Centro de Atenção Psicossocial II – Espaço Aquarela.

Marco Antônio Queiroz Dell'Acqua

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP) (2021). Formado socorrista e brigadista pela empresa NETER (2019). Foi bolsista de Projeto de extensão e de iniciação científica pela Fundação Araucária com o foco em Doenças Cardiovasculares, promoção e prevenção à saúde da população masculina (2017 - 2020). Atualmente enfermeiro gerente em da equipe violeta da Unidade de Saúde Da Família Rubião Júnior.

Natália Ocampos Alves

Estudante do ultimo semestre do curso de Enfermagem na Universidade Estadual Paulista - Julio Mesquita Filho. Com participação nos projetos de extensão "Papo de Parto" 2021 e "Comunicação em Libras: um sinal de inclusão" 2022. Em 2022 desenvolveu projeto junto ao Edital no 02/2021 – COPE – Processo Seletivo de Estudantes de Graduação para a Bolsa COPE CONECTA/Reitoria/UNESP, pela Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu, intitulado "Adaptação transcultural do Children's Anxiety Questionnaire para a população Indígena Brasileira." Atualmente Desenvolvendo projeto de Iniciação científica com bolsa PIBIC, intitulado "Elaboração e validação de vídeo em libras sobre Saúde Sexual e Reprodutiva para mulheres surdas." Com foco em futura especialização em saúde coletiva.

Rodrigo Jensen

Enfermeiro Obstetra, Mestre em Enfermagem (2010) e Doutor em Ciências da Saúde (2013) pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Pós-doutorado (2014) e Livre-Docência (2021) pela Universidade de São Paulo (USP). Atua como Professor Associado no Departamento de Enfermagem da

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

49

Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP), coordenador do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado e Doutorado Profissional. Orientador de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Profissional e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Acadêmico da UNESP. Revisor de periódicos nacionais e internacionais. Foi professor visitante na Universidade Católica Portuguesa (Lisboa, Portugal, 2019), pesquisador visitante na City University of New York (Nova Iorque, EUA, 2012) e membro do Grupo de Trabalho Protocolos Assistenciais de Enfermagem (2016-2017) do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Atualmente é membro efetivo da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) e membro da Câmara Técnica Enfermagem Digital do COREN-SP. Membro fundador da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE) e Membro titular da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). Possui como áreas de atuação: Processo de Enfermagem, Informática em Enfermagem, Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde, Tecnologias Educacionais e Gestão da Informação.

Talita Mayara Rossi Lemos

Enfermeira, Responsável Técnica de Estratégia Saúde da Família desde o ano de 2014. Mestre em Enfermagem - UNESP Botucatu, Especialista em Gestão em Enfermagem - UNIFESP, Especialista em Gestão em Saúde - UEM, Formada em Auriculoterapia para Atenção Básica - UFSC. Atualmente é Enfermeira Responsável Técnica da Equipe da Zona Rural - USF Rubião Junior-Botucatu, Membro da Comissão de Prontuários- OSS Pirangi, Membro do Conselho Municipal de Saúde de Botucatu e da Comissão Executiva do Conselho Municipal de Botucatu, e Preceptora do Curso Saúde com Agente do Ministério da Saúde e da UFRGS.

Thiago Henrique Guimarães Elias

Graduando em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Atualmente participante do Projeto de extensão GAM (Gestão Autônoma da Medicação) e

Iniciação Científica: DISTÚRBIOS DA COLUNA VERTEBRAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA

Valéria Winckler Fernandes

Enfermeira, Responsável Técnica de Estratégia Saúde da Família desde 2000. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Especialista em "Saúde da Família"- UNESP. Especialista em Enfermagem Obstétrica-UNESP. Especialista em Gestão em Saúde-UNESP. Especialista em Acupuntura-Libertas.

FARMACEUTICA

Carolina Antonia Desen Siqueira Corsi

Graduação em farmácia pela UNIP.
Supervisora de Serviços de Saúde OSS Pirangi
Especialista em Farmacologia e Interações Medicamentosas - UNINTER

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Isabely Raissa Cardoso Castro da Silva

Ensino médio no Instituto Embraer Casimiro Montenegro filho na modalidade de bolsista integral está no momento cursando enfermagem pela faculdade Galileu. Atua como Agente Comunitária de Saúde da equipe violeta da Unidade de Saúde Da Família Rubião Júnior (2022).

MÉDICOS

Laura Ramos Viadana

Médica, graduada pela Universidade Lusíadas, pós graduada em urgência e emergência pelo hospital Albert einstein,especialista em medicina do trabalho. Atualmente, coordena equipe medica de atenção primária em Saúde no município de Botucatu, membro diretor do serviço de urgência de um Hospital Privado e, médica do trabalho.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Mariana Riello Gomes lessi

Médica graduada pela Faculdade de Medicina de Botucatu. Residência em Clínica Médica e em Endocrinologia e Metabologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu. Médica assistente na área de Endocrinologia do HCFMB e do Município de Botucatu.

Médica co-fundadora do Ambulatório de Assistência Trans do Município de Botucatu.

Oscar Antonio Grama Hoepner

Médico graduado pela Faculdade de Medicina de Botucatu. Residência em Saúde Pública e Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu. Especialização em Saúde da Família e Comunidade. Médico da Unidade de Avaliação e Controle da SMS-Botucatu no setor de Regulação.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

52

Revisão Técnica

Enf. Ms. Ana Lucia Forti Luque

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Sagrado Coração (1989); Especialização em 1996. Especialização em Enfermagem do Trabalho. Centro Universitário São Camilo, SÃO CAMILO, São Paulo-SP; em 2000 Especialização em Gerenciamento Em Enfermagem. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, São Paulo, Brasil; em 2003 Especialização em Educação Profissional na Área da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio De Janeiro, Brasil; em 2008. Mestrado Profissional em Enfermagem. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, São Paulo, Brasil; em 2011. Especialização em Gestão em saúde e auditoria. Faculdade Ingá - UNINGÁ, Maringá- PR. Atualmente responde pela Coordenadora de Atenção Básica do município de Botucatu-SP, desde 2008. Tem experiência na área de Enfermagem e Gestão de Saúde Pública.

Enf. Dra. Daniela Cristina Silva

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002); Especialização em Estratégia de Saúde da Família (2005) e Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde pelo Ministério da Saúde / Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (2010); Mestrado em Saúde Coletiva Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (2009). Doutorado em Saúde Coletiva Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (2018). Atualmente é Coordenadora de Serviços de Saúde e Gerente Técnica Geral da Organização Social de Saúde Pirangi, no Município de Botucatu-SP. Tem experiência na área de Enfermagem e Gestão de Saúde Pública.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

53

Folha de Aprovação:

Protocolo de saúde do Adulto e Idoso do Município de Botucatu,
elaborado por profissionais da rede OSS Pirangi, em conjunto com a
Universidade Estadual Paulista – UNESP.

Marcelo Laneza Felicio
Secretario Municipal de Saúde de Botucatu

Valéria Maria Lopes Manduca Ferreira
Secretária Adjunta de Saúde do Município de Botucatu

Botucatu, ____ de _____ 202

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

54

APRESENTAÇÃO

Sob a perspectiva da Atenção Integral à Saúde do adulto e Idoso e de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, este protocolo visa subsidiar e instrumentalizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde em Botucatu - São Paulo, referente ao modelo assistencial desenvolvido pelo enfermeiro na Consulta de Enfermagem que consiste na realização de entrevista, exame físico, levantamento dos problemas e elaboração do plano de cuidados, podendo haver prescrição de medicamentos, solicitação de exames laboratoriais, orientações, encaminhamentos entre outras condutas. Para sua elaboração, contou com o apoio de Enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde local, bem como, docentes do Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu, seguindo princípios científicos, humanísticos, éticos e legais gerais e, em específico, da Enfermagem. A partir de sua aprovação e publicação, este documento deve ser formalmente adotado pelos enfermeiros que atuam na rede de Atenção Básica de Saúde do município, com respaldo institucional, para sistematizar a assistência à saúde da população e atender às recomendações dos conselhos Federal e Estadual de Enfermagem.



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

55

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção básica
ABVD	Atividades básicas da vida diária
ACS	Agentes comunitários de saúde
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
AMPA	Automedida da pressão arterial
APS	Atenção primária à saúde
AT	Acidente de trabalho
BAAR	Bacilos álcool-ácido resistentes
BD	Braço direito
CIPE	Classificação internacional para prática de enfermagem
CMS	Conselho municipal de saúde
CNES	Cadastro de estabelecimento de saúde
COFEN	Conselho federal de enfermagem
CONUS	Conselhos de unidade de saúde
CRAS	Centro de referência de assistência social
CREAS	Centro de referência especializado de assistência social
CSE	Centro de saúde escola
DAOP	Doença arterial obstrutiva periférica
DBHA	Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial
DCNT	Doença crônica não transmissível,
DCV	Doenças cardiovasculares
DM	Diabetes mellitus
FR	Fatores de risco
GJ	Glicemia de jejum
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HbA1c	Hemoglobina glicada
HDA	História da doença atual
HF	História familiar
HGT	Hemoglutoteste
HMP ou HPP	História médica pregressa ou história patológica pregressa
ILTB	Infecção latente da tuberculose
IMC	Índice de massa corpórea



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

56

ITB	Índice tornozelo braço
IU	Incontinência urinária
LER/DORT	Lesões por esforços repetitivos/doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho
LOA	Lesões de órgãos alvos
MAPA	Monitorização ambulatorial da pressão arterial
MB	Multibacilar
MEEM	Mini exame do estado mental
MEV	Mudança de estilo de vida
MMII	Membros inferiores
MMSS	Membros superiores
MRPA	Monitorização residencial da pressão arterial
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de núcleo de apoio à saúde da família
NOAS	Norma operacional na assistência à saúde
NOB/SUS	Norma operacional básica do sistema único de saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAP	Plano de autocuidado pactuado
PAS	Pressão arterial sistólica
PEC	Prontuário eletrônico do cidadão
SAE	Sistematização da assistência de enfermagem
SAMU	Serviço de atendimento móvel
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SMS	Secretaria municipal de saúde
SR	Sintomático respiratório
TB	Tuberculose
TOTG	Teste de tolerância oral à glicose
TRM-TB	Teste rápido molecular
USF	Unidade de saúde da família
VD	Visita domiciliar

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação de risco na atenção primária.	34
Figura 2 - Modelo de processo de enfermagem.	35
Figura 3 - Escala de CINCINNATTI.	52
Figura 4 - Principais queixas de dor aguda na APS.	53
Figura 5 - Solicitação de exames laboratoriais para idoso.	68
Figura 6 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM).	73
Figura 7 - Sistemas atingidos em decorrência das imobilidades e cuidados de enfermagem.	83
Figura 8 - Índice de Katz, 2007.	93
Figura 9 - Escala de Lawton.	94
Figura 10 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e pré-diabetes.	104
Figura 11 - Prega cutânea para aplicação de insulina SC e angulação da agulha.	111
Figura 12 - Cuidados com a agulha e angulação.	112
Figura 13 - Condições de armazenamento da insulina.	112
Figura 14 - Locais de aplicação de insulina.	113
Figura 15 - Demonstração gráfica da respiração tipo Kussmaul.	118
Figura 16 - Principais níveis de Hipoglicemia.	120
Figura 17 - Escala de coma de Glasgow.	121
Figura 18 - Estratificação de risco de pacientes diabéticos.	124
Figura 19 - Classificação pressão arterial sistêmica.	130
Figura 20 - Estratificação de Risco individual do paciente hipertenso.	131
Figura 21 - Principais morbidades relacionadas a HAS.	131
Figura 22 - Demonstração gráfica da aferição de Pressão arterial para cálculo de ITB.	133
Figura 23 - Valores de referência de ITB (AZIZI, 2015).	133
Figura 24 - Periodicidade de realização de exames de acordo com a estratificação de risco.	134
Figura 25 - Exames para detecção de lesão de órgãos alvos.	135
Figura 26 - Principais ações não medicamentosas para controle da HAS.	137
Figura 27 - Proposta de tratamento medicamentoso para HAS, conforme critério médico SES (2021).	141
Figura 28 - Critérios e aprazamento para coleta de amostras de escarro.	162

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

58

Figura 29 - Associação de Rifapentina e Isoniazida em ILTB 167

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Exames para adultos	38
---	----

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

60

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Manejo da febre no paciente adulto.....	39
Fluxograma 2 - Manejo da diarreia	50
Fluxograma 3 - Manejo dos Acidentes de Trabalho pelas equipes de Atenção Básica/ equipes de Saúde da Família.	60
Fluxograma 4 - Transtorno Mental relacionado ao trabalho.no Mental relacionado ao trabalho (MS, 2018).	61
Fluxograma 5 - Manejo dos casos de dermatoses ocupacionais pelas equipes de Atenção Básica (MS, 2018).....	62
Fluxograma 6 - Manejo de LER e DORT na Atenção Primária à Saúde (MS, 2018)	63
Fluxograma 7 - Manejo dos casos de silicose e outras doenças respiratórias causadas pela inalação de poeira de sílica pelas equipes da Atenção Básica (MS, 2018).....	64
Fluxograma 8 - Manejo das intoxicações por agrotóxicos pelas equipes de Atenção Básica Fluxograma/ Atendimento – Suspeita de Intoxicação (MS, 2018)	65
Fluxograma 9 - Acompanhamento do(a) trabalhador (a) na Atenção Básica de Botucatu.....	66
Fluxograma 10 - Consulta de enfermagem, saúde do idoso.	70
Fluxograma 11 - Consulta de enfermagem na abordagem postural.	84
Fluxograma 12 - Consulta de enfermagem na incontinência urinária.	87
Fluxograma 13 - Consulta de enfermagem Atividades básicas	92
Fluxograma 14 - Manejo de alteração glicêmica na APS.	117
Fluxograma 15 - Cuidado Continuado a partir da Consulta Médica Inicial de Cidadão com PA ≥ 140/90 mmHg (SES,2021).....	140
Fluxograma 16 - Condutas para Hanseníase BRASIL, 2022.....	151
Fluxograma 17 - Condutas frente ao usuário portador de TB	170

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das intoxicações agudas segundo quadro clínico ...	57
Quadro 2 - Principais efeitos da exposição prolongada a múltiplos agrotóxicos.	58
Quadro 3 - Avaliação de fragilidade	88
Quadro 4 - Classificação das principais formas clínicas do Diabetes Mellitus	102
Quadro 5 - Sintomatologia, complicações e comorbidades associadas ao Diabetes Mellitus.	103
Quadro 6 - Principais antidiabéticos orais disponíveis no SUS	105
Quadro 7 - Esquema de atividade física	107
Quadro 8 - Estratificação de risco para DM.	109
Quadro 9 - Recomendações terapêuticas no manejo da DM.	114
Quadro 10 - Modelo de monitoramento de glicemia capilar.	116
Quadro 11 - Manejo da crise hipertensiva, sem lesão de órgão alvo (BRASIL, 2023).	142
Quadro 12 - Terapia medicamentosa para crise hipertensiva (BRASIL, 2020).	142
Quadro 13 - Esquema terapêutico para Hanseníase, segundo Brasil (2022).	152
Quadro 16 - Segunda fase – 4 meses	169

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

62

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	24
3. SAÚDE DO ADULTO	33
3.1. Objetivos	33
3.2. Atendimento de enfermagem	33
3.3. Acolhimento	33
4. Consulta de enfermagem	35
4.1. Histórico de enfermagem	35
4.2. Diagnóstico de enfermagem	36
4.3. Planejamento da assistência	36
4.4. Implementação	36
4.5. Avaliação	37
5. Solicitação de exames paciente adulto – checkup	37
6. PRINCIPAIS QUEIXAS SAÚDE DO ADULTO	38
6.1. Febre	38
6.2. Afecções respiratórias	40
6.2.2. Resfriado comum	40
6.2.2.1. Avaliação Clínica	40
6.2.2.1.1. Tratamento	40
6.2.3. Quadros respiratórios alérgicos	41
6.2.3.1. Tratamento	41
7. AFECÇÕES DE PELE E ANEXOS	42
7.1. Escabiose Humana	42
7.1.2. Tratamento	42
7.2. Pediculose	43
7.2.1. Tratamento:	43
7.3. Tineacuris/intertrigo	44
7.3.1. Tratamento	44
7.4. Larva Migrans (Bicho geográfico)	45
7.4.1. Tratamento	45
7.5. Pitiríase versicolor	46
7.5.1. Tratamento	46



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

63

7.6. Tinea corpo.....	46
7.6.1. Tratamento	47
7.7. Miíase	47
7.7.1. Tratamento:.....	47
8. Conjuntivite	48
8.1 Tratamento:.....	48
9. Diarréia	49
9.1. Tratamento.....	49
10. Anemia Ferropriva.....	50
10.1. Tratamento.....	51
11. Cefaléia aguda	52
11.1. Tratamento.....	52
12. Dor aguda	53
12.1. Tratamento.....	54
4. SAÚDE DO TRABALHADOR	54
4.1. Acidente de trabalho.....	54
4.2. Acidente com exposição à material biológico.....	55
4.3. Transtorno mental relacionado ao trabalho.....	55
4.4. Dermatose ocupacional.....	55
4.5. Lesões por esforços repetitivos/doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – LER/DORT	55
4.6. Pneumoconiose.....	56
4.6. Intoxicação por agrotóxicos	56
5. SAÚDE DO IDOSO	67
5.1. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Idoso.....	67
5.1.1 Objetivos	68
5.1.2. Atividades.....	68
5.1.4. Consulta de enfermagem à pessoa idosa.....	69
5.1.4.1. Consulta de enfermagem - capacidade cognitiva do idoso	71
Fonte: COREN-GO, 2022.....	74
5.1.5. Capacidade locomotora, instabilidade postural e quedas.....	78
5.1.6. Consulta de enfermagem: incontinência urinária no idoso	84
5.1.7. Consulta de enfermagem: avaliação da fragilidade do idoso	87
5.1.8. Consulta de enfermagem: capacidade funcional e intrínseca do idoso:	91
5.1.9. Consulta de enfermagem: rede de apoio familiar e social do idoso.....	96
5.1.10. Consulta de enfermagem: imunização e promoção da saúde do idoso	99

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

64

6. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	100
6.1. Diabetes Mellitus	100
6.1.2. Aspectos básicos da terapia nutricional.....	105
6.1.3. Intervenções para prática de atividade física.	106
6.1.4. Intervenções para os cuidados com a pele, pernas e pés.....	108
6.1.5. Intervenções para monitorização de complicações crônicas.....	109
6.1.6. Monitorização da glicemia capilar	109
6.2. Manejo de Hiperglicemia na APS	117
6.2.1. Hiperglicemia sintomática.....	117
6.2.1.2. Hiperglicemia assintomática	119
6.3. Hipoglicemia.....	120
6.4. Diagnósticos de enfermagem, segundo CIPE	124
7. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS.....	129
8. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS - HANSENÍASE E TUBERCULOSE	147
8.1. Hanseníase	147
8.1.2. Tratamento.....	150
8.2. Tuberculose.....	157
8.2.2. Busca ativa de sintomáticos respiratórios	161
8.2.2.1. Orientação para a coleta de escarro espontâneo	161
8.2.3. Infecção latente da tuberculose (ILT)B)	164
8.2.3.1. Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose	166
8.2.3.2. Tratamento Tuberculose Ativa.....	167
8.2.4. Diagnósticos de enfermagem.....	171
9. Quadro Sinóptico de tratamento	175
REFERENCIAS.....	183
APÊNDICE A. Receita de Soro Fisiológico caseiro para lavagem nasal.....	191

1. INTRODUÇÃO

As atribuições deste Protocolo encontram respaldo legal na Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, em decretos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e em Manuais Técnicos do Ministério da Saúde (MS). A Resolução COFEN nº 288/2004 (COFEN, 2004), dispõe sobre Ações relativas ao atendimento de idosos e outros. Resolução COFEN nº 358/2009 (COFEN, 2009), dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução COFEN nº 429/2012 (COFEN, 2012), dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte-tradicional ou eletrônico. Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (nº 7.498, de 25 de junho de 1986) (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 (BRASIL, 1987), do COFEN: “É incumbência do enfermeiro a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” (art. 10º, inciso II, alínea c).

A Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997 (COFEN, 1997), dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo enfermeiro, apresentando que “O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais” (art. 1º). Apoiados pela legislação citada, alguns Manuais Técnicos do Ministério da Saúde tema apresentado: “Excepcionalmente, os enfermeiros poderão prescrever/transcrever e aplicar medicamentos estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007) e outros tratam mais especificamente das competências desse profissional:

É atribuição do enfermeiro “Solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe” (BRASIL, 1987; BRASIL, 2006).

24

“É atribuição do enfermeiro” Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências”(BRASIL,1987; BRASIL, 2006).

Considerando a existência de respaldo legal, com a finalidade de contribuir para maior efetividade dos programas de atenção básica e melhoria dos indicadores de saúde elaborou-se o presente Protocolo, cujo objetivo geral é Sistematizar a Assistência de Enfermagem, padronizando as condutas, atribuições e atividades a serem realizadas pelos enfermeiros das unidades de Atenção Básica (AB) de Saúde do município de Botucatu-SP em todas as áreas de atuação

2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

2.1 ASPECTOS GERAIS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem contempla ações prioritárias em saúde, descritas no Pacto pela Saúde, Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006).

Saúde do idoso - implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando sua atenção integral; Câncer de Colo de Útero e de Mama; contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; doenças emergentes e endemias: Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza.

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias; promoção da saúde;

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável, combate ao tabagismo e vigilância do estado nutricional.

Desse modo, para sua implementação é importante conhecer as atribuições gerais da equipe e específicas de cada um de seus membros, inclusive do próprio enfermeiro, bem como garantir a realização de reuniões do grupo, conforme se descreve a seguir:

25

2.1.1 Atribuições da equipe

Conhecer a realidade das famílias de sua área de abrangência, com ênfase nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;

Elaborar com a comunidade um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde da população;

Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;

Realizar visitas domiciliares, de acordo com o planejamento;

Resolver os problemas de saúde pertinentes à Atenção básica;

Possibilitar a continuidade do tratamento em um sistema de referência e contra referência para os casos de maior complexidade, ou que necessitem de internação hospitalar, juntamente como nível central;

Prestar assistência integral e de forma continuada à população adstrita;

Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade;

Incentivar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania e direito à saúde, estimulando sua participação em Conselhos Locais de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conferências de Saúde;

Realizar periodicamente avaliação do trabalho desenvolvido, a partir de indicadores de saúde;

Propor e participar ativamente de processos de educação permanente em saúde no âmbito interno e externo à unidade à qual se vincula.

2.1.1.2. Atribuições do enfermeiro

Executar, no nível de sua competência, assistência sistematizada e ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária à criança e ao adolescente, à mulher em todas as fases do ciclo vital, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso;

26

Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar rotinas de trabalho em saúde desenvolvidas nas unidades de Atenção Básica e na comunidade;

Supervisionar e desenvolver ações para capacitação técnica-científica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de enfermagem para o desempenho de suas funções;

Realizar consulta de enfermagem na unidade de saúde ou em visita domiciliar, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu;

Realizar cuidados de enfermagem nas situações de urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e obstétricas inerentes à AB e encaminhar para continuidade da assistência prestada;

Organizar e coordenar a criação e desenvolvimento de grupos educativos e terapêuticos para patologias e outras situações específicas, de acordo com as necessidades de sua área de atuação;

Planejar semanal e mensalmente as atividades com a equipe;

Desenvolver ações programáticas e a livre demanda, segundo sua competência, realizando encaminhamento quando necessário;

Participar das reuniões de equipe;

Proceder à anotação relativa a todos os procedimentos realizados, atendendo à Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN nº 191 (COFEN, 1996).

2.1.1.3. Atribuições do auxiliar de enfermagem

Executar assistência básica e ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, no nível de sua competência;

Realizar procedimentos de enfermagem, dentro de sua competência técnica e legal;

Realizar busca ativa de casos de Tuberculose, Hanseníase, imunização em atraso, gestantes, recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos (homem e mulher), idosos em situação de risco e vulnerabilidade e outras patologias/agravs de interesse epidemiológico;

Preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos a serem realizados na unidade de AB;

27

Zelar pela limpeza e ordem de material, equipamentos e dependências da unidade, visando ao controle de infecção;

Realizar ações de educação em saúde a grupos de clientes portadores de patologias específicas e outros, junto às famílias, conforme planejamento da unidade e no nível de sua competência;

Receber e prestar atendimento a livre demanda, segundo sua competência técnica e legal;

Participar das reuniões de equipe;

Proceder a anotação relativa a todos os procedimentos realizados, atendendo à Resolução COFENⁿ 191 (COFEN, 1996).

2.1.1.4. Atribuições dos agentes comunitários de saúde

Realizar cadastramento e atualização de todos os cadastros, das famílias de sua micro área de atuação;

Realizar visita domiciliar mensal para o acompanhamento de todas as famílias cadastradas em sua micro área;

Lançar diariamente, no prontuário eletrônico do cidadão - PEC, todas as visitas domiciliares realizadas;

Recadastrar ou excluir famílias de sua micro área de atuação, atualizando os cadastros sempre que necessário;

Atentar para crianças com distúrbios nutricionais (sobrepeso, obesidade infantil, desnutrição, anemias carenciais); diarreia, Sífilis e Rubéola congênitas, Tétano neonatal, HIV, Aids, doenças respiratórias/alérgicas; portadoras de deficiência; vítimas de acidentes, maus-tratos/violência e em situação de trabalho infantil, para fortalecer o vínculo entre as famílias e o serviço de saúde, bem como, com as outras instituições de apoio social voltadas a esses problemas;

Atentar para gestantes, recém-nascidos, puérperas e crianças menores de dois anos para reforço/apoio sobre as orientações de higiene, vacinação, alimentação, aleitamento materno, sono/repouso, atividade/estimulação, prevenção de doenças e agravos mais comuns nessas situações se outros cuidados básicos importantes;

28

Orientar e encaminhar a clientela residente em sua micro área de atuação para avaliação médica e/ou de enfermagem na Unidade de Saúde da Família (USF), sempre que necessário;

Acompanhar mensalmente, em visita domiciliar, clientes hipertensos e diabéticos residentes em sua área de atuação, reforçando a importância do tratamento indicado pelo médico e/ou enfermeira;

Realizar visitas domiciliares mensais às gestantes e na primeira semana de vida de recém nascidos, fornecendo as orientações para vacinação, exame do pezinho, agendamento da consulta de puerpério e puericultura, fazendo busca ativa dos faltosos;

Divulgar e participar dos trabalhos educativos desenvolvidos na comunidade e campanhas de saúde;

Acompanhar visitas domiciliares realizadas por outros profissionais da USF em sua micro área de atuação;

Participar das reuniões de equipe e daquelas realizadas com a comunidade;

Fazer relatório diário das visitas realizadas;

Consolidar, mensalmente, as atividades desenvolvidas em sua micro área de atuação, informando ao enfermeiro;

Verificar a necessidade de visita domiciliar do médico e/ou enfermeira às crianças residentes em sua micro área de atuação;

Fazer, segundo critério da equipe, convocação de faltosos (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de dois anos e clientes com atraso vacinal) em sua micro área de atuação;

Verificar o calendário vacinal dos membros das famílias e comunicar ao auxiliar de enfermagem e enfermeiro.

2.1.1.4. Atribuições do médico

Realizar consulta clínica aos clientes residentes em sua área adscrita;

Executar as ações de assistência integral a homens e mulheres em todas as fases do ciclo de vida;

Realizar consultas e procedimentos na unidade de atenção básica e, quando necessário, no domicílio;

29

Realizar atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias da intervenção na AB, definidas na Norma Operacional na Assistência à Saúde – NOAS 2001 (BRASIL, 2001).

Criar e participar de grupos de orientação a patologias específicas, como de hipertensos, diabéticos, saúde mental e outros;

Realizar pronto-atendimento médico nas urgências e emergências, sempre que necessário;

Encaminhar o cliente a serviço de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na unidade de Atenção básica, por meio de um sistema de referência e contra referência;

Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais, indicar internação hospitalar, solicitar exames complementares e verificar e atestar óbitos sempre que necessário;

Participar das reuniões de equipe.

2.1.1.5. Atribuições do dentista

Realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita;

Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 e na NOAS (BRASIL, 2001).

Realizar tratamento integral, no âmbito da Atenção básica, para a população adscrita;

Encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;

Realizar atendimento de primeiros cuidados nos casos de urgência;

Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;

Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;

Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;

Executar ações de assistência integral, aliando atuação clínica à saúde coletiva, assistindo às famílias, a indivíduos ou grupos específicos, de acordo com planejamento da unidade de saúde;

30

Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal;

Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas, tais como administração de bochechos fluoretados, pasta e escova dentária;

Capacitar as equipes de saúde da família quanto às ações educativas e preventivas em saúde bucal;

Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo atendente de consultório dentário;

Participar das reuniões de equipe.

2.1.1.6. Atribuições do Atendente de Consultório Dentário

Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados pelo dentista;

Sob supervisão do cirurgião dentista, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidencição de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação e uso de fio dental;

Preparar e organizar o instrumental e materiais (sugador, espelho e sonda), entre outros necessários ao trabalho do dentista;

Auxiliar o dentista, sempre que necessário, durante a realização de procedimentos clínicos;

Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

Agendar o usuário e orientá-lo quanto ao retorno e tratamento;

Acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de Saúde da Família no tocante à saúde bucal;

Participar das reuniões de equipe.

2.1.1.7. Atribuições dos Coordenadores da Atenção básica

Conhecer a realidade de trabalho das equipes pelas quais é responsável;

Criar vínculo com as equipes;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

73

31

- Conhecer o processo de trabalho das equipes;
- Identificar os problemas e as situações aos quais as equipes estão expostas;
- Elaborar propostas que visem ao cuidado dos cuidadores;
- Elaborar, com a participação das equipes, plano local para o enfrentamento de eventuais problemas;
- Realizar reuniões mensais com as equipes para identificação/debate de problemas e reforço ao bom desempenho, criando um espaço de fala/escuta e valorização das solicitações e necessidades das equipes;
- Valorizar a relação entre clientela e equipe de saúde na tomada de decisões;
- Realizar visitas participativas nas unidades, para observação do fluxo e discussão de casos e conflitos;
- Receber e apurar administrativamente as reclamações dos clientes;
- Possibilitar a continuidade da assistência, em um sistema de referência e contra referência, articulando a atenção básica aos demais níveis de assistência no município;
- Exercitar e estimular a autonomia das equipes;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade;
- Acompanhar as produções mensais das equipes, a partir dos sistemas de informação disponíveis;
- Verificar as atualizações no Sistema PEC e Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES) de novos funcionários e transferências.
- Incentivar a contratação de profissionais para a assistência multiprofissional (Fisioterapeuta, Educador físico, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Psicólogo e Odontólogos, entre outros).
- Incentivar a formação e a participação dos profissionais nos Conselhos de Unidade de Saúde(CONUS) e grupos de apoio ao Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- Promover a educação permanente dos profissionais;
- Implantar novas equipes de saúde no município, conforme planejamento da Secretaria Municipal de Saúde - SMS;

32

Acompanhar atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e da técnica de segurança no trabalho;

Acompanhar as atividades da Equipe de Saúde Mental;

Representar o município nas reuniões mensais das Unidades Saúde da Família;

Acompanhar o trabalho da equipe de saúde bucal, inserindo os dentistas e atendentes de consultório dentário nas equipes de saúde e valorizando suas contribuições;

Acompanhar o cadastramento anual da população assistida pelas equipes de saúde da família;

Acompanhar os processos de reforma e construção das unidades;

Promover a integração de novos funcionários;

Acompanhar o grupo de trabalho para formulação de plano de cargos e carreira;

Acompanhar a utilização dos veículos da Secretaria Municipal de Saúde;

Elaborar workshop anual de Atenção Básica.

3. Reuniões de equipe

Devem ocorrer quinzenalmente ou quando oportuno, em dia e horário definidos por cada equipe, e permitir o planejamento das atividades da unidade de Atenção básica, a discussão de problemas levantados por quaisquer membros da equipe e o desenvolvimento de atividades de educação permanente.

A metodologia a ser utilizada nas reuniões deve ser construída coletivamente, segundo as características do grupo, criando espaço, entre outros, para a discussão de casos, o desenvolvimento de atividades educativas e de cuidado à saúde mental da equipe e reuniões com outros serviços. Ressalta-se que todos os encontros deverão ser registrados em ata e ficar a disposição da gestão.

Além das reuniões de equipe, os coordenadores da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu devem promover reuniões mensais ou sempre que houver necessidade, com médicos e enfermeiros ou apenas

33

com os enfermeiros, Responsáveis Técnicos pelos serviços, ou outros profissionais.

3. SAÚDE DO ADULTO

3.1. Objetivos

O objetivo deste protocolo é a rápida identificação dos agentes agressores à saúde do paciente adulto, de forma a atuar na causa efetivamente e precocemente. Desta forma, gerando resolutividade ao enfermo e subsídio teórico ao profissional praticante da assistência (COREN-GO, 2014). Vale destacar a importância da saúde do homem neste contexto.

3.2. Atendimento de enfermagem

Consulta de enfermagem para paciente agendado de forma periódica e os advindos de demanda espontânea;

Agendar consulta médica e de enfermagem, seguindo critérios clínicos e protocolares;

Realizar visita domiciliar, escalando-as de acordo com critérios de prioridade

Solicitação exames;

Orientações sobre forma de coleta e preparo para exames da Atenção Primária à Saúde (APS);

Prescrição de medicamentos;

Fornecer e orientar o uso de maneira correta da medicação prescrita.

3.3. Acolhimento

Abordagem do profissional na escuta qualificada de maneira a classificar o risco do usuário na queixa aguda, conforme caderno de atenção básica, o paciente poderá ser reagendado no dia, quando oportuno ou ainda, ter sua necessidade prontamente atendida se esta for caracterizada como urgência ou emergência, conforme figura 1.

34

Figura 1 - Classificação de risco na atenção primária.

Situação não aguda
Condutas possíveis: • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
Situação aguda ou crônica agudizada
Condutas possíveis: • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa. • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas, inicialmente, medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência. • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: BRASIL, 2013.

Critério a serem avaliados na sala de pré consulta:

- Peso e Altura – Índice de Massa Corpórea (IMC);
- Valores de níveis de Glicemia Capilar;
- Valores da Pressão Arterial (PA);
- Aferição de Temperatura;
- Frequência Cardíaca;
- Frequência Respiratória;
- Relato de Dor;
- Queixa ou motivo da com consulta;
- Duração da queixa.

Observação: O profissional deverá ter conhecimento acerca dos valores de referência dos sinais vitais de maneira a agir prontamente em casos de alterações que possam levar ao paciente à uma urgência ou emergência.

35

4. Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem deverá ser realizada em ambiente acolhedor, respeitando a individualidade e privacidade e ainda, com foco na integralidade do cuidado. Deverá ainda, ser alicerçada pelo processo de enfermagem que é constituído por cinco fases independentes e relacionadas entre si (CAMPOS, 2017), como ilustrado na figura 2.

Figura 2 - Modelo de processo de enfermagem.



Fonte: CAMPOS, 2017.

Cabe detalhar as cinco fases da sistematização da assistência de enfermagem, com o propósito de empoderar a enfermagem na lei do exercício profissional.

4.1. Histórico de enfermagem (anamnese/exame físico):

Identificação do usuário – nome, idade, sexo, estado civil, profissão, local de trabalho, naturalidade, residência atual.

Queixa principal – Qual motivo levou o paciente a procurar auxílio do serviço, quais sintomas;

História da doença atual (HDA) – registro da doença, sintomas, desde quando começou e como tem evoluído.

36

História médica pregressa ou História patológica pregressa (HMP ou HPP) – Coletar todas as informações sobre a saúde do paciente, estando ou não relacionadas com o evento atual.

História familiar (HF) – Evidenciar se há relação de hereditariedade nas doenças.

História pessoal (fisiológica) e história social – Busca de informação acerca de alcoolismo (aplicar escala de AUDIT – anexo 1), uso de drogas ilícitas, tabagismo, condições de moradia, animais de estimação, medicações de uso contínuo, alergias e outras informações que julgar necessário.

Revisão de sistemas: Inquérito sobre sintomas e relação com todos os sistemas.

Exame físico: Na consulta de rotina, avaliar todos os sistemas em busca de alterações e/ou melhoras. É importante que o enfermeiro realize o exame na ordem cefalo-caudal e tenha conhecimento de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, diagnóstico por imagem, análises laboratoriais, patologia clínica e semiologia, para que possa identificar problemas e dar adequada condução (SANTOS, VEIGA, ANDRADE, 2011).

4.2. Diagnóstico de enfermagem:

O diagnóstico de enfermagem deverá seguir a taxonomia adotada pela municipalidade, neste contexto, optou-se pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem - CIPE, elaborada junto ao Departamento de enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu. Os principais diagnósticos serão elencados ao término de cada sessão e ainda o profissional poderá acessar o aplicativo CIPE – APS, pelo link: <https://appadvice.com/app/cipe-aps/1496050062>.

4.3. Planejamento da assistência:

O planejamento deverá seguir a linha do cuidado compartilhado, em que as estratégias deverão ser traçadas com o paciente e/ou responsáveis por meio de metas.

4.4. Implementação:

37

Priorizar os diagnósticos para ações a curto, médio e longo prazo, com a proposta de ações sejam elas no campo da promoção, prevenção, controle, reabilitação ou cura.

O enfermeiro deverá elencar as ações e os objetivos esperados (COFEN, 2009).

4.5. Avaliação:

Momento de avaliação da assistência prestada, permite acompanhar as respostas do usuário aos cuidados prescritos e implementados, por meio de anotações no prontuário eletrônico, e de observações diretas do paciente, bem como de seus relatos.

À medida que os registros são feitos, é possível traçar estratégias de melhorias no cuidado, ou até mesmo, avançar em outras perspectivas, para além da assistência, o prontuário é capaz de fornecer dados às demais equipes que atuam junto ao paciente (COFEN, 2009).

Além disso, essas anotações proporcionam informações que irão auxiliar as demais equipes multidisciplinares na tomada de decisão de condutas, como no próprio processo de alta.

5. Solicitação de exames paciente adulto – checkup

Exames preconizados para pacientes maiores de 18 anos que não apresentem comorbidades. Aos hipertensos, diabéticos e outras patologias serão descritas posteriormente, conforme tabela 1.

Estes servem para manutenção do cuidado e detecção precoce das condições mais predominantes de adoecimento na fase adulta (COREN-GO, 2022).

Devem ser observados mais enfaticamente para pacientes ≥40 anos.

38

Tabela 1 - Exames para adultos			
SANGUE	FEZES	URINA	OUTROS EXAMES
Glicemia Jejum	Parasitológico de fezes	Urina 1	
Hemograma			
Ac. Úrico			
Sódio (Na+)			
Potássio (K+)			
Triglicerídeos			
Colesterol total + frações			ECG
Creatinina			Mamografia
Uréia			
Função hepática			
PSA (para pacientes Homens ≥ 40 anos)			
TSH (para pacientes mulheres ≥ 40 anos)			
T4 LIVRE (para pacientes mulheres ≥ 40 anos)			
Sorologia para HIV e Sífilis (anual para adultos, ou conforme a necessidade)			
Sorologia para Hepatite B e C (quando necessário)			

Fonte: BRASIL (2020).

6. PRINCIPAIS QUEIXAS SAÚDE DO ADULTO

6.1. Febre

Temperatura corporal elevada que ocorre quando o termostato do corpo (localizado no hipotálamo) é redefinido em uma temperatura mais alta, principalmente em resposta a um quadro infeccioso. Em adultos saudáveis, temperaturas de 38°C a 40°C costumemente é bem tolerado (BUSH, 2022), para tanto, o enfermeiro deverá atuar com responsabilidade na prescrição de antitérmicos, conforme fluxograma 1 e ainda, ficar atento a sinais de alerta, conforma descrição que se segue:

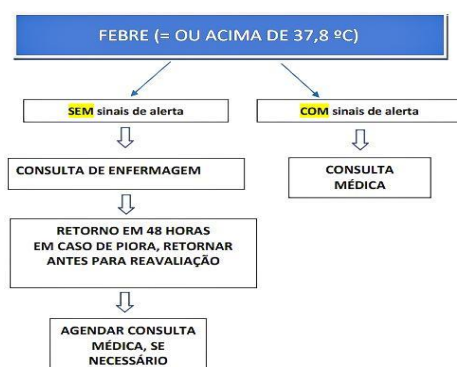
- Faixa etária;
- Confusão mental/Letargia;
- Desconforto respiratório;
- Rigidez de nuca;
- Exantema;
- Inapetência;
- Vômito;
- Diarreia;
- Convulsão;

39

- Febre com duração maior que 72h;
- Sinais de sepse (hipotensão, lipotímia, taquicardia e taquipneia);
- Saturação capilar de oxigênio;
- Frequência Cardíaca.

Reavaliar em 48h e ainda, orientar paciente a procurar serviço de saúde em casos de piora dos sintomas e/ou febre refratária ao tratamento prescrito.

Fluxograma 1 - Manejo da febre no paciente adulto.



* CONDIÇÕES DE ALERTA

- Faixa etária
- SINAIS DE ALERTA
- Confusão mental/Letargia
- Desconforto respiratório
- Rigidez de nuca
- Abaulamento de fontanela
- Exantema
- Inapetência
- Vômito
- Diarreia
- Convulsão
- Febre com duração maior que 72h
- Sinais de sepse (hipotensão, lipotímia, taquicardia e taquipneia)
- Saturação <95%

**CONSULTA DE ENFERMAGEM

Investigar doenças de importância epidemiológica, como dengue, FB, Covid, TB.
DIPIRONA 6/6h 1gt/kg (criança) ou 1cp 500mg de 6/6h (adulto).
Ou
Paracetamol 6/6h 1gt/kg (criança) ou 1cp 500mg de 6/6h (adulto).
obs: atentar-se para alergia a dipirona.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

- Aumentar ingestão hídrica VO
- Banho morno
- Roupas leves
- Observar sinais de alerta

Fonte: SMS CAMPINAS, 2022.

Prescrição:

Se febre maior ou igual a 37,8°C

Paracetamol 200mg – 40 gotas ou

Paracetamol 750 mg 1cp 8/8h ou

Paracetamol 500 mg 1cp 6/6h.

Dipirona 500mg/ml 40 gotas

40

Observação: Checar prescrição para gestantes, lactantes e pacientes com patologias hepáticas.

6.2. Afecções respiratórias

6.2.2. Resfriado comum

Quadro em que os sintomas referidos normalmente estão associados e limitados ao trato respiratório superior, região de nasofaringe.

Rinorréia e obstrução nasal são os proeminentes, e estão vinculados à resposta inflamatória neutrófila combinada ao aumento da permeabilidade vascular e da secreção de muco (CAMPOS H. S., 2014).

6.2.2.1. Avaliação Clínica

Paciente comumente apresenta relato de coriza hialina, gotejamento posterior, mal estar geral (referido), podendo apresentar episódios de febre.

Avaliação diferencial: amígdalas sem alteração morfológica e sem hiperemia, bem como o conduto auditivo e membranas integras.

A avaliação pulmonar conserva murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios (CAMPOS H. S., 2014).

6.2.2.1.1. Tratamento:

Quanto à abordagem terapêutica, deve orientar:

Aumento da ingestão hídrica;

Soro fisiológico 0,9% ou solução fisiológica caseira, conforme Apêndice A (SCHWEIGER, C. et. al., 2022) – Realizar lavagem mecânica com seringa de 10 ml 3h/3h enquanto os sintomas persistirem, a fim de umedecer e expelir secreção em região de narina e seios de face;

Vaporização com água três vezes ao dia;

Medicar vide protocolo de febre;

Prescrição:

Loratadina 10mg - 1 cp VO 1x ao dia por 5 dias, para alívio de sintomas como a coriza (FONSECA; SANTOS; MARQUES., 2023).

Esclarecer sinais de alerta e disponibilizar unidade e serviços de emergência.

6.2.3. Quadros respiratórios alérgicos

Casos que há um gatilho disparador que ocasiona aumento da frequência de espirros, constipação nasal com presença de coriza hialina.

Pacientes em estado alérgico não costumam apresentar febre, nega dor a palpação em seios da face, e, assim como no resfriado, as amígdalas conservam-se sem alteração morfológica e sem hiperemia, bem como o conduto auditivo e membranas integras (CAMPOS H. S., 2014).

A avaliação pulmonar apresenta murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios (CAMPOS H. S., 2014).

6.2.3.1. Tratamento:

Estes pacientes devem evitar tapetes, carpetes, cortinas, mofo, umidade, almofadas, animais de pelúcia e sprays com cheiro;

Cama e berços não devem ser colocados lateralmente, junto à parede, pois pode conter agentes estressores em teto e paredes;

Devem evitar travesseiros de paina ou penas: preferir os de espuma, sempre que possível envolto em material plástico para facilitar a manutenção da limpeza;

Umedecer o ar, colocando água em um recipiente e deixar próximo à cama durante a noite, trocando a água diariamente;

Substituir o uso de vassouras e espanador de pó por aspirador ou pano úmido para a higiene diária da residência estes deverão ser higienizados com frequência semanal e não devem coabitar o ambiente de sono;

O uso de tabaco é um potencializador de crises alérgicas, deixar o uso ou evitá-lo quando possível é um mecanismo eficaz para regressão dos sintomas.

Prescrição:

Loratadina 10 mg - 1 cp VO 1x ao dia por 5 dias.

7. AFECÇÕES DE PELE E ANEXOS

7.1. Escabiose Humana

Conforme avaliado por FILHO. et. al. (2021), trata-se de uma doença parasitária pela infestação cutânea pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, desta forma, podendo levar à formação de pápulas eritematosas e prurido intenso, desencadeado pelo processo inflamatório do organismo paciente. Vulgarmente conhecida como sarna ou pereba.

A formação de pápulas eritematosas tem o potencial de prejuízo à saúde do hospedeiro devido à agressão da barreira fisiológica da pele, podendo ser alvo de subseqüentes infecções secundárias (THOMPSON; WESTBURY; SLAPE, 2021).

É competência do profissional a orientação dos familiares sobre a alta transmissão entre os contatos, orientando dessa maneira medidas de precaução de contato.

As roupas do indivíduo acometido devem ser higienizadas sozinhas com degermantes, quando possível, e submetida a alta temperatura (passar a roupa).

O uso de vassouras ou espanadores de pó pode disseminar este acaro pela casa e devem ser suspensos durante tratamento, sendo necessário o uso de panos umedecidos em momentos de higiene (SMS SÃO PAULO, 2022).

7.1.2. Tratamento:

Reforçar medidas de controle;

Prescrição:

Ivermectina, dose única, VO.

26 a 44 Kg- 1 comprimido

36 a 50 Kg - 1 ½ comprimido;

51 a 65 Kg - 2 comprimidos;

Acima de 65 Kg - 2 ½ comprimidos;

> ou = 80 Kg – 3 comprimidos ou 200 microgramas /kg).

Repetir dose em 14 dias (GUSSO G. et al., 2019; THOMPSON; WESTBURY; SLAPE, 2021)

43

Observação: Atentar-se para gestantes e alergias medicamentosas, estas devem ser avaliadas por médico ou solicitado Inter consulta.

7.2. Pediculose

Pediculus humanus capitis, conhecido como piolho, consiste em um ectoparasita hematófago com alta velocidade de reprodução. Este se aloca em regiões aquecidas e comumente protegidas por pelos. Nestes lugares a fêmea madura denominada lêndeia, deposita seus ovos (LUPI; BELO; CUNHA, 2012; COATES, et. al., 2020; LEUNG, et. al., 2022).

O inseto não apresenta propriedade de vôo. A transmissão é de pessoa-pessoa e a instalação em base do folículo piloso, com depósito dos ovos com boa aderência ao pelo (LUPI; BELO; CUNHA, 2012; COATES, et. al., 2020; LEUNG, et. al., 2022).

A patologia é mais comum em crianças, e se evidencia com prurido intenso, devido ao processo inflamatório gerado por secreções produzidas pelo parasita (LUPI; BELO; CUNHA, 2012; COATES, et. al., 2020; LEUNG, et. al., 2022).

Aglomerados humanos favorecem a disseminação, uso de utensílios compartilhados podem facilitar este processo, como por exemplo escovas de cabelo, pentes, toalhas ou bonés (LUPI; BELO; CUNHA, 2012; COATES, et. al., 2020; LEUNG, et. al., 2022).

7.2.1. Tratamento:

Prescrição:

Deltametrina shampoo.

Modo de usar: Aplicar no couro cabeludo, com ligeiras fricções, até fazer bastante espuma, deixar agir por 5 minutos e enxaguar. Remover lêndeas com pente fino.

Utilizar por 2 a 4 dias consecutivos, se necessário repetir o tratamento em 7 dias (FONSECA; SANTOS; MARQUES., 2023).

Deltametrina Loção 0,02%

Aplicar no couro cabeludo a noite, com ligeiras fricções e repassar no dia seguinte, aplicar por 2 noites seguidas ou aplicar durante o banho, por 4

44

dias consecutivos, deixar agir por 5 minutos e enxaguar bem e repetir em 7 dias (FONSECA; SANTOS; MARQUES., 2023).

Estes produtos causarão a atenuação dos parasitas, mas a retirada deve ocorrer de forma mecânica, utilizando pente fino, passando da base do cabelo até a ponta distal. (LEUNG et. al., 2022)

Observação: Deve observar se paciente devido prurido intenso não gerou lesão em couro cabeludo, podendo resultar numa absorção diferente do esperado dos medicamentos. Orientar sobre fácil transmissão.

7.3. Tineacris/intertrigo

Trata-se de uma dermatose superficial inflamatória, caracterizada por maceração, ocorre normalmente em região de virilha, por atrito, uso de fraldas ou a higiene íntima comprometida (TAUDORF et. al., 2019).

A lesão se apresenta como placas eritematosas, pruriginosas ou não, com bordas bem delimitadas, podendo constar descamação (TAUDORF et. al., 2019).

Devido ao prurido, fissuras podem ser uma porta de entrada para micro-organismos oportunistas, evoluindo a ulcerações infectadas (TAUDORF et al., 2019).

Áreas flexoras (axilas, região infra mamária, interdigitais e inguinais) são outros pontos em que estas lesões podem acometer. Sendo em sua maioria de causa fungica, principalmente *Candida albicans* (TAUDORF et al., 2019).

7.3.1. Tratamento:

Prescrição:

Cetoconazol creme.

Modo de usar: Aplicar na região de 12/12 horas, por 14-28 dias.

Observação: Cabe ao enfermeiro avaliador checar sinais de infecção por bactéria, como odor fétido, secreção purulenta e sinais logísticos. Nestes casos, solicitar interconsulta médica.

7.4. Larva Migrans (Bicho geográfico)

Trata-se de uma infecção cutânea por larvas de *Ancylostoma*, cujo movimento na região intradérmica resulta numa lesão linear e sinuosa, acompanhada de intenso prurido (LUPI; BELO; CUNHA, 2012, DEL GIUDICE; HUBICHE; MARIE ROGER., 2018, GUSO; LOPES, 2019; GILL; SOMAYAJI; VAUGHAN., 2020; VIJAYASARNKAR, et.al., 2022; SANDHU; BHATNAGAR; SUHAG., 2022).

O parasita, na maioria das vezes, é depositado junto às fezes de cães e gatos em ambiente externo, como parques com areia e praias. Após 24 horas a larva torna-se infecciosa ao humano, entra rompendo a barreira da pele e instala-se na epiderme, ficando alojado em busca de ambiente para sua reprodução (LUPI; BELO; CUNHA, 2012, DEL GIUDICE; HUBICHE; MARIE ROGER., 2018, GUSO; LOPES, 2019; GILL; SOMAYAJI; VAUGHAN., 2020; VIJAYASARNKAR, et.al., 2022; SANDHU; BHATNAGAR; SUHAG., 2022).

Devido à incapacidade em perfurar barreiras colagenosas, não acessa vênulas e outros tecidos, morrendo e regredindo os sintomas em semanas. Além da forma linear, podem ser encontradas formas bolhosas ou papulosas. Áreas mais afetadas: pés, pernas e nádegas (LUPI; BELO; CUNHA, 2012, DEL GIUDICE; HUBICHE; MARIE ROGER., 2018, GUSO; LOPES, 2019; GILL; SOMAYAJI; VAUGHAN., 2020; VIJAYASARNKAR, et.al., 2022; SANDHU; BHATNAGAR; SUHAG., 2022).

7.4.1. Tratamento

A abordagem terapêutica é utilizada para a regressão mais acelerada do parasita, mas, a ausência de tratamento não afetara o processo de cura da infecção parasitária.

Prescrição:

Albendazol 400 mg/dia em dose única ou repetido durante três dias consecutivos.

Observação: Devido a prurido intenso, ocorre o rompimento da barreira da pele e dessa maneira, podem ser colonizadas por bactérias. O

46

avaliador deve atentar-se para sinais logísticos e discussão com equipe médica local. (VIJAYASANKAR, et. al., 2022).

7.5. Pitiríase versicolor

Esta infecção é desencadeada pela colonização de fungos, costuma ser mais frequentes em jovens adultos e adolescentes. Apresenta lesões hipocrômicas/eritematosas ou acastanhadas, com bordas bem definidas e descamação fina. Acomete em geral região superior de tronco, membros superiores e pescoço (GUPTA, FOLEY.,2015; GUSSO; LOPES, 2019, SAUNTE; GAITANIS; HAY., 2020).

7.5.1. Tratamento:

Prescrição:

Cetoconazol creme 2%: aplicar duas vezes ao dia, por até 4 semanas, ou;

Cetoconazol shampoo 2%: aplicar no couro cabeludo 1x ao dia e deixar agir por 10min, após retirar o produto com água corrente.

Observação: Estas lesões podem ser colonizadas por bactérias, avaliador deve atentar-se para sinais logísticos. Nestes casos paciente deve ser avaliado em conjunto com equipe médica. (SAUNTE; GAITANIS; HAY.,2020)

7.6. Tinea corpo

Trata-se de uma Infecção cutânea superficial que afeta a pele, causada por fungos. Pode estar alocado em qualquer parte do corpo, com predominância em região rica em folículos pilosos, acarretando processo inflamatório mais acentuado (KHURANA; SARDANA; CHOWDHARY., 2019, GUSSO,LOPES., 2019).

Apresentam bordas delimitadas, pápulas e placas isoladas, eritema, escamas, pústulas, vesículas, fissuras e erosões e com clareamento central em sua maioria. Estas manifestações acompanham prurido intenso (KHURANA; SARDANA; CHOWDHARY., 2019, GUSSO,LOPES., 2019).

47

7.6.1.Tratamento:

O uso de antifúngicos tópicos são os mais utilizados e com boa eficácia para tratamento.

Prescrição:

Cetoconazol creme 2%: Aplicar duas vezes ao dia, por até 4 semanas, ou;

Observação: Estas lesões podem ser colonizadas por bactérias, avaliador deve atentar-se para sinais flogísticos. Nestes casos paciente deve ser avaliado em conjunto com equipe médica.

A manutenção da higiene é importante, passar as roupas, aumentar trocas de roupa de cama e evitar compartilhar utensílios particulares. (RAJAGOPALAN; IANAMADAR; MITTAL, 2018).

7.7. Miíase

Esta infecção é causada pela infestação da pele, mucosas, tecidos e/ou órgãos de humanos por larvas de mosca. Neste ambiente a larva se desenvolve e cresce, gerando, dor, rubor, processo inflamatório e podendo evoluir para infecção bacteriana. Esse período pode se estender de 30 a 60 dias (SBD, 2021).

O paciente pode ser acometido por apenas uma lesão e um orifício, denominada como miíase furunculóide ou por uma colonização de larvas, comumente em região de ferida prévia (SBD, 2021).

7.7.1. Tratamento:

Este tipo de infecção tem a dependência da remoção mecânica para resolução definitiva do caso, contudo, em determinada situação, devido à dor, é necessário o tratamento prévio antes da remoção, sendo oral ou anestesia local. Neste caso discutir com a equipe médica qual a melhor alternativa. A remoção pode ser feita por meio de pinças cirúrgicas estéreis ou por expressão manual (SBD, 2021).

Miíase furunculóide – Deve-se ocluir orifício para que a larva, em busca de oxigênio, exponha-se ao meio externo. Pode ser utilizado para

48

occlusão, vaselina pastosa, esparadrapo, estes recursos devem ser temporários, até que as larvas sigam até a superfície em busca de oxigênio.

Atenção: O uso de medicação sistêmica deverá ocasionar a morte da larva, desta maneira, devido à fisiopatologia desta doença, pode dificultar a remoção completa da larva, podendo evoluir para quadros infecciosos (SBD, 2021).

Míase em lesão aberta- A remoção mecânica deve ser sempre a primeira opção para controle da doença, mas, em alguns casos, devido à grande quantidade de larvas e dor local, o paciente pode ser tratado de forma sistêmica, e após morte dos parasitas realizar remoção mecânica imediata.

Prescrição:

Ivermectina (6 mg/comprimido) 200 µcg/kg de peso VO dose única;

8. Conjuntivite

A conjuntivite é um processo inflamatório da conjuntiva ocular, ocasionada por componente alérgico, viral ou bacteriano. Alérgica é iniciada por um agente estressor, gerando uma reação inflamatória a algo inerte. Costuma apresentar resolução espontânea em até 2 semanas (EHLERS, et.al., 2022).

Viral ocasionada por vírus, é necessário afastamento por 7 dias ou mais devido à alta transmissibilidade por contato. Sintoma prevalente é irritação ocular, presença de secreção é rara. Costuma apresentar resolução espontânea em até 2 semanas (EHLERS, et.al., 2022).

Bacteriana, é iniciada por uma colonização de bactérias, nesta modalidade há frequentemente aumento da secreção ocular, prurido, além da irritação local. É necessário afastamento por 7 dias ou mais (EHLERS, et.al., 2022).

8.1 Tratamento:

Este paciente deve ser encaminhado ao consultório médico para avaliação, afastamento se necessário e conduta.

49

Deve-se orientar a retiradas de lentes de contato no período da doença, alertar sobre a possibilidade de transmissão, orientar lavagem com soro fisiológico 0,9% (de preferência gelado), e orientar lavagem adequada das mãos antes e após manuseio dos olhos (EHLERS, et.al., 2022).

9. Diarréia

A diarréia é caracterizada pelo aumento da frequência das evacuações associado a menor densidade (fezes líquidas) (SMS CAMPINAS, 2022).

O Agente desencadeador deve ser buscado na anamnese e no exame físico, exames podem ser feitos para auxílio do profissional como coleta de Teste Rápido para Sars-CoV-2. Ademais, há que se pensar em quadros bacterianos, virais e/ou intoxicações alimentares (SMS CAMPINAS, 2022).

Quando não identificado foco de alterações gástricas bem como constatação de sinais vitais estáveis e exame físico sem alterações, pode-se entender como um evento agudo (SMS CAMPINAS, 2022).

9.1. Tratamento

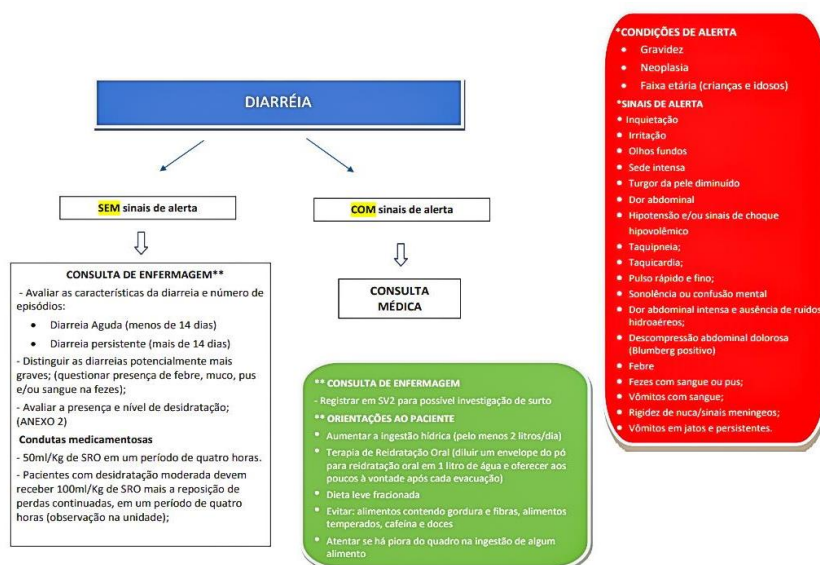
Não é incentivado o uso de medicações que causem a pausa da diarréia, pois nesta situação o prescritor poderá represar no intestino do paciente algum tipo de agente infeccioso (SMS CAMPINAS, 2022).

Desta forma, devem-se orientar sinais de alerta: olhos fundos, sede intensa, turgor da pele diminuído, dor abdominal, hipotensão e/ou sinais, taquipneia, taquicardia; sonolência ou confusão mental, dor abdominal intensa, febre, fezes com sangue ou pus, vômitos com sangue, diarréia com duração maior que 72h. Nestes casos, paciente deverá ser atendido em serviço de saúde e avaliado pela equipe médica (SMS CAMPINAS, 2022).

Orientar hidratação em domicílio, bem como orientar evitar alimentos gordurosos e estimulantes, como cafeína, doces e chás e seguir fluxograma 2.

50

Fluxograma 2 - Manejo da diarreia



Fonte: SMS Campinas (2022).

Observação: Fluxograma extraído do documento oficial de Campinas (2022), onde se lê SV2, leia-se notificação ao núcleo de vigilância epidemiológica local, conforme protocolo institucional.

10. Anemia Ferropriva

Esta anemia caracteriza-se por redução ou ausência de estoque de ferro no organismo. Suas causas costumam estar relacionadas a fatores de risco, como: crianças (alta demanda em razão de crescimento), mulheres (menstruação), dietas (CAMASCHIELLA, 2015; AUERBACH; ADAMSON., 2016, AUERBACH; DELOUGHERY., 2016).

O ferro é elemento fundamental para eritropoiese, sem ele a construção de novas hemácias eficazes fica prejudicada, sendo assim, desencadeia todos os seguimentos de uma má perfusão sanguínea em especial sob a ótica da nutrição de oxigênio, parte indispensável do

51

metabolismo celular (CAMASCHELLA, 2015; AUERBACH; ADAMSON., 2016, AUERBACH; DELOUGHERY., 2016).

Os exames que permitem verificar se esta condição está agudizada no paciente são: Hemograma, Ferritina, Ferro sérico e Transferrina (CAMASCHELLA, 2015; AUERBACH; ADAMSON., 2016, AUERBACH; DELOUGHERY., 2016).

Para, além disto, o profissional deve colher informações em uma escuta qualificada buscando associar fatores de risco ao exame físico. Devem ser avaliadas as dietas do paciente bem como a apresentação clínica no momento, como disposição, cabelos e unhas pouco nutridos e hipocoloração de membrana ocular (CAMASCHELLA, 2015; AUERBACH; ADAMSON., 2016, AUERBACH; DELOUGHERY., 2016).

10.1. Tratamento

Para mulheres que apresentem hematócrito menor que 37% e hemoglobina maior que 9 g/dl e menor que 12g/dl deve ocorrer a suplementação e coleta de exames em 3 meses, além de orientações sobre alimentação.

Observação: Gestante possui valores limítrofes da normalidade, este público será abordado no protocolo saúde da mulher.

Para homens que apresentarem hematócrito menor que 40% e hemoglobina maior que 10g/dl e menor que 13g/dl deve ocorrer a suplementação e coleta de exames em 3 meses, além de orientações sobre alimentação (CAMASCHELLA, 2015; AUERBACH; ADAMSON., 2016, AUERBACH; DELOUGHERY., 2016).

Tratamento:

Prescrição:

O comprimido de sulfato ferroso costuma apresentar-se com 300mg = 60mg de ferro elementar. Devendo prescrever 3 comprimido nesta fase do tratamento. Ingerir preferencialmente com 30 minutos após as refeições, acompanhado de bebida rica em vitamina C (suco de laranja/limão natural).

52

Observação: Alterações maiores que as apresentadas anteriormente devem ser encaminhadas para avaliação médica

11. Cefaléia aguda

A cefaléia é uma manifestação clínica que pode ser desencadeada por vários fatores. O início súbito requer uma avaliação minuciosa para descartar comorbidades que possam estar se agudizando.

A verificação de SSVV, com ênfase na pressão arterial, glicemia capilar; aplicação da escala de CINCINNAT (queda facial unilateral /dislalia/perda de força motora unilateral), avaliação de reação ocular e história pregressa do paciente, conforme demonstrado na figura 3.

Figura 3 - Escala de CINCINNATTI



Fonte: Internet (2023).

Se houver alteração em qualquer destes exames, paciente deverá ser submetida a avaliação médica, pois encontra-se em um possível emergência hipertensiva, como por exemplo, acidente vascular encefálico (AVE).

Episódios de ansiedade, pseudocrise hipertensiva, desidratação e falta de sono devem ser questionados, pois são possíveis causadores desse quadro agudo, caso sejam identificados deverão ser abordados para que não ocorram.

11.1. Tratamento

Excluindo fatores de risco e alergias, paciente deverá ser medicado com:

Prescrição:

Paracetamol 750mg 1cp VO de 8h/8h, caso haja necessidade de reavaliação, agendar.

53

Dipirona 500mg/ml - 40 gotas de 8/8h.

12. Dor aguda

Alguns usuários portadores de doenças crônicas podem desencadear dores em forma aguda. Geralmente são condições referidas em membros superiores, inferiores ou coluna, normalmente de início subsequente a esforço físico, ou seja, sem traumas, lesões ou fraturas, as principais queixas da atenção primária podem ser evidenciadas na figura 4.

Figura 4 - Principais queixas de dor aguda na APS

PRINCIPAIS CAUSAS DE LOMBALGIA		
CAUSAS MECÂNICAS	CAUSAS SISTÊMICAS	CAUSAS VISCERAIS
Lombalgia Mecânica inespecífica	Neoplasias	Prostatite, Endometriose, DIP crônica.
Osteoartrose lombar	Artrites inflamatórias (espondilite anquilosante, sdr de reiter...).	Nefrolitíase, Pielonefrite
Hérnia de disco	Infecção (osteomielite, abscessos, herpes zoster...).	Pancreatite, Colecistite
Colapso vertebral por osteoporose	Doença de Schuermann	Aneurisma aórtico
Estenose espinal	Doença de Paget	-
Espondilolistese	-	-
Cifose acentuada ou Escoliose acentuada	-	-

Fonte: UFSC, 2016.

Ao exame físico comum encontrar sinais sugestivos de dor músculo esquelético. Devem ser descartadas causas renais ou abdominais, por meio dos testes de Giordano (negativo), Blumberg negativa, Murphy (negativo).

Vale ressaltar que questões laborais/recreacionais nas queixas osteomusculares devem ser levadas em consideração e ainda, atentar para sinais de alerta, tais como (UFCS, 2016).

Trauma importante;

Idade > 50 anos;

História pregressa de câncer ou dor que piora em repouso;

Perda de peso inexplicada de mais de 10% do peso corporal;

Febre por mais de 48h;

Uso de drogas injetáveis;

Déficit neurológico grave ou progressivo;

54

Dor com duração de mais de 1 mês sem resposta ao tratamento
A consulta deve abordar sobre problemas hepáticos, gástricos e renais.

12.1. Tratamento

Excluindo fatores de risco e alergias:

Prescrição:

Dor lombar: Diclofenaco sódico 50mg – Tomar 1cp VO de 8h/8h por 5 dias (Descartar gravidez/ orientar tomar após refeição);

Dor abdominal: Escopolamina + dipirona 10 mg/250mg Tomar 1cp VO de 8h/8h se dor;

Em caso de flatulência, indicar Simeticona 75mg/ml – 40 gotas VO de 8h/8h por 3 dias

Paracetamol 750mg – Tomar 1 cp VO de 8h/8h se dor.

Dipirona 500mg/ml - 40 gotas de 8/8h.

4. SAUDE DO TRABALHADOR

Este capítulo trata-se de um recorte das principais doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação– SINAN, estabelecidos na Portaria de Consolidação nº 4/2017, anexo V - Capítulo I e Portaria de Consolidação nº 5 (BRASIL, 2017).

4.1. Acidente de trabalho

Acidente de trabalho (AT): evento abrupto/agudo ocorrido durante atividade laboral, que pode acarretar perda de tempo, dano material e/ou lesões ao (à) trabalhador(a). Ainda, danos à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, podendo ou não evoluir com a morte, perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2018).

Acontece qualquer situação em que o(a) trabalhador(a) esteja a serviço da empresa ou agindo em seu interesse. São consideradas também, agressões ou violências sofridas no durante o exercício profissional, acidentes

55

ou agressões ocorridas no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (BRASIL, 2018).

4.2. Acidente com exposição à material biológico

Protocolo específico com atendimento especializado no Hospital das Clínicas de Botucatu.

4.3. Transtorno mental relacionado ao trabalho

Evidenciados por múltiplos fatores, dentre eles - exposição aguda ou permanente a agentes químicos e substâncias tóxicas, agentes agressores presentes na organização e no gerenciamento do processo laboral, transições tecnológicas e reorganização de processos de trabalho (competitividade, produtividade, turnos alternados, pausas não respeitadas, dentre outras) (BRASIL, 2018).

O assédio moral tem se demonstrado forte causador de doenças relacionadas ao trabalho com manifestações físicas e psicológicas, como, por exemplo, episódios depressivos, alcoolismo crônico, transtornos do sono e síndrome de Burnout ou de esgotamento profissional (MS, 2016).

4.4. Dermatose ocupacional

Também conhecidas como “dermatoses ocupacionais”, são doenças da pele, mucosas ou seus anexos (cabelo, pelos, unhas), direta ou indiretamente causadas, condicionadas, mantidas ou agravadas pelas condições de trabalho e/ou por agentes presentes nas atividades ou no ambiente de trabalho (MS, 2016).

4.5. Lesões por esforços repetitivos/doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – LER/DORT

Doença relacionada ao labor decorrente da utilização excessiva, imposta ao sistema musculoesquelético, sem que haja tempo hábil para sua recuperação fisiológica. Evidenciada pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, sensação de peso e fadiga, limitação funcional,

56

parestesia, geralmente acompanhada de sofrimento psíquico, dificuldades nas atividades da vida diária e incapacidade laboral (MS, 2016).

4.6. Pneumoconiose

Trata-se de uma patologia de grande importância para saúde pública e quer desencadeia diversos problemas clínicos e socioeconômicos.

A sílica após inalada pode trazer diversas consequências respiratórias para os trabalhadores, que podem ser preveníveis e quando não o são, trazem prejuízos irreversíveis ao usuário. Não tem tratamento específico e podem evoluir para óbito por insuficiência respiratória (MS, 2016).

Pneumoconiose é caracterizada genericamente por comprometimento parenquimatoso, por inalação de poeira, independente da fisiopatologia, à exceção de doenças neoplásicas, asma, bronquite e enfisema (MS, 2016).

Formas de apresentação da silicose (MS, 2016):

Crônica: sintomas aparecem em torno de 10 anos de exposição, evidenciada por fibrose progressiva do parênquima pulmonar.

Acelerada ou subaguda: Manifestam-se entre 5-10 anos de exposição à sílica cristalina.

Aguda: contato com sílica recém fraturadas, evidenciada por dano alveolar difuso, processo inflamatório no interstício, exsudação eosinofílico lipoproteínico, que se manifesta após meses ou poucos anos.

4.6. Intoxicação por agrotóxicos

Acomete trabalhadores dos setores agropecuário, silvicultura, madeireiro, empresas desinsetizadoras, de saúde pública (agentes de endemias e de zoonoses), da capina química, produção, transporte, armazenamento e comercialização de agrotóxicos, dentre outros. Cabe salientar que, a população que reside ao lado dessas propriedades também está sujeito a contaminação, ainda, lembrando que todo cidadão sofre exposições diárias por alimentos e água contaminados (MS, 2016).

Observação: Os trabalhadores têm exposição adicional ao campo laboral, haja vista que, também são consumidores de alimentos e água, para além das questões ambientais (MS, 2016).

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

99

57

Quadro 1 - Classificação das intoxicações agudas segundo quadro clínico

GRAU DE INTOXICAÇÃO AGUDA	SINAIS E SINTOMAS
LEVE	Cefaléia, acompanhada por irritação da pele e das mucosas, náusea e discreta tontura.
MODERADA	Cefaléia intensa, náusea, vômitos, cólicas abdominais, tontura mais intensa, fraqueza generalizada, formigamento nas pernas, falta de ar, salivação e sudorese aumentada.
GRAVE	Hipotensão, arritmias cardíacas, insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão, pneumonite química, convulsões, alterações da consciência, choque, coma, podendo evoluir para óbito.

Fonte: MS, 2018.

Os sintomas por serem confundidos com outras doenças são negligenciados pelos profissionais e também pelos usuários, pois, acreditam em diversas patologias que não a intoxicação (MS, 2016).

58

Quadro 2 - Principais efeitos da exposição prolongada a múltiplos agrotóxicos.

Sistema/órgão	Efeito
Sistema nervoso	Síndrome asteno vegetativa; polineurite, radiculite; encefalopatia; distonia vascular; esclerose cerebral; neurite retrobulbar; angiopatia da retina.
Sistema respiratório	Traqueíte crônica; pneumofibrose; enfisema pulmonar; asma brônquica.
Sistema cardiovascular	Miocardite tóxica crônica; insuficiência coronária crônica; hipertensão; hipotensão.
Fígado	Hepatite crônica; colecistite; insuficiência hepática.
Rins	Albuminúria; nictúria; alteração do clearance da ureia; nitrogênio e creatinina.
Trato gastrointestinal	Gastrite crônica; duodenite; úlcera; colite crônica (hemorrágica, espástica, formações polipoides); hipersecreção e hiperacidez gástrica; prejuízo da motricidade.
Sistema hematopoiético	Leucopenia; eosinopenia; monocitose; alterações na hemoglobina.
Pele	Dermatites, eczemas.
Olhos	Conjuntivite, blefarite.

Fonte: MS, 2018.

Diante do exposto é imprescindível que os profissionais de saúde, ao evidenciarem doenças ocupacionais, além da assistência prestada, cumpram com o papel de notificador, pois, este recurso é de extrema importância para medidas de intervenção e planejamento em saúde (MS, 2016).

Para tanto, conta-se com o sistema de notificação de agravos à saúde, que deverão ser preenchidos com todas as informações necessárias sobre o usuário e as condições da exposição ou agravo, seja ele confirmado ou ainda suspeito, constituindo etapa importante da VISAT, pois permitirá traçar o perfil de morbimortalidade da população trabalhadora no território e desencadeará ações de Vigilância (MS, 2016).

Observação: Não é preciso ter vínculo empregatício formal, carteira de trabalho assinada para se caracterizar a doença como sendo provocada pelo

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

59

trabalho. Todo (a) trabalhador(a), urbano e rural, formal e informal, celetista ou estatutário, está sujeito a adoecer em decorrência do trabalho.

Finalidade:

Diagnóstico, tratamento, acompanhamento e vigilância adequada dos trabalhadores.

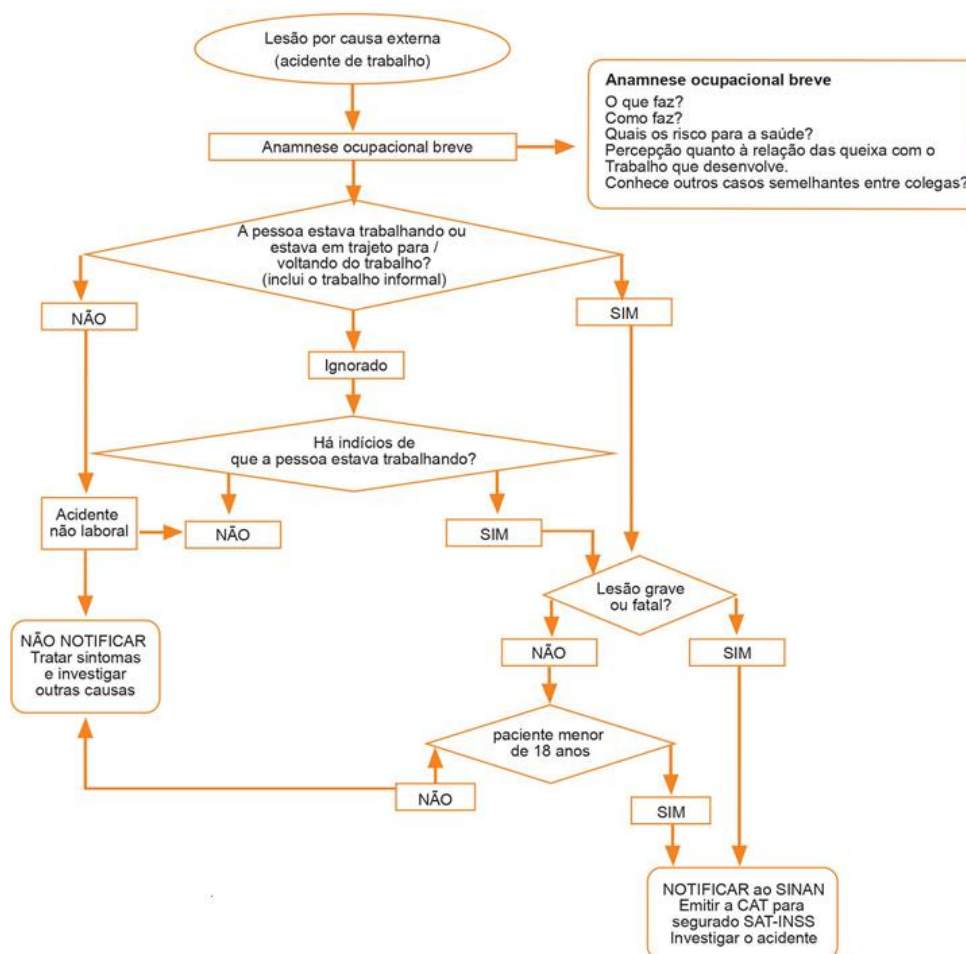
Combater a subnotificação, e sub-identificação do panorama de adoecimentos relacionados ao trabalho, seja por meio de acidentes típicos de trabalho ou por vias de adoecimentos ocupacionais.

Cumprimento da legislação que obriga os entes municipais a notificar casos de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais no sistema SINAN.

Ante o exposto, destacam-se os fluxogramas de manejo dos principais agravos descritos no plano de ação CEREST – Botucatu (2023).

60

Fluxograma 3 - Manejo dos Acidentes de Trabalho pelas equipes de Atenção Básica/ equipes de Saúde da Família.



Fonte: MS, 2018.

DIÁRIO OFICIAL

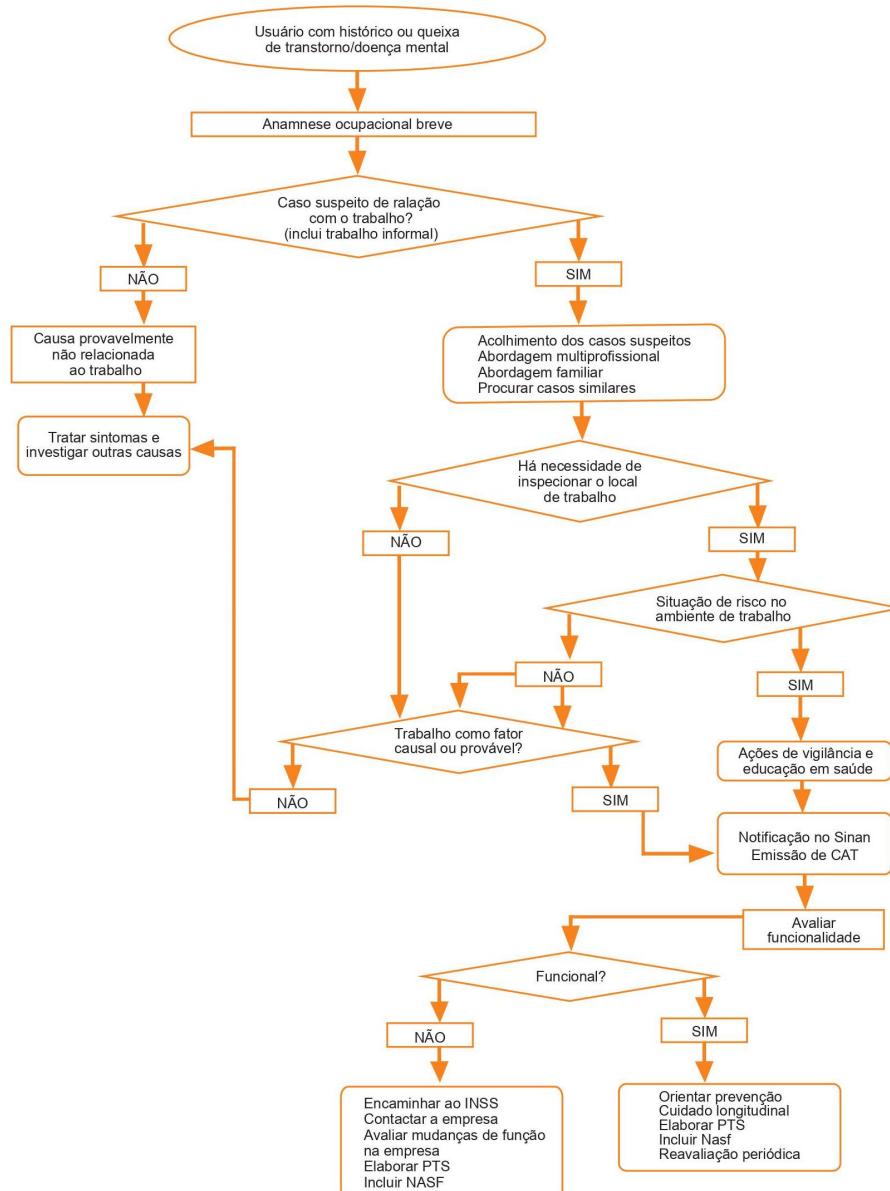
ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

103

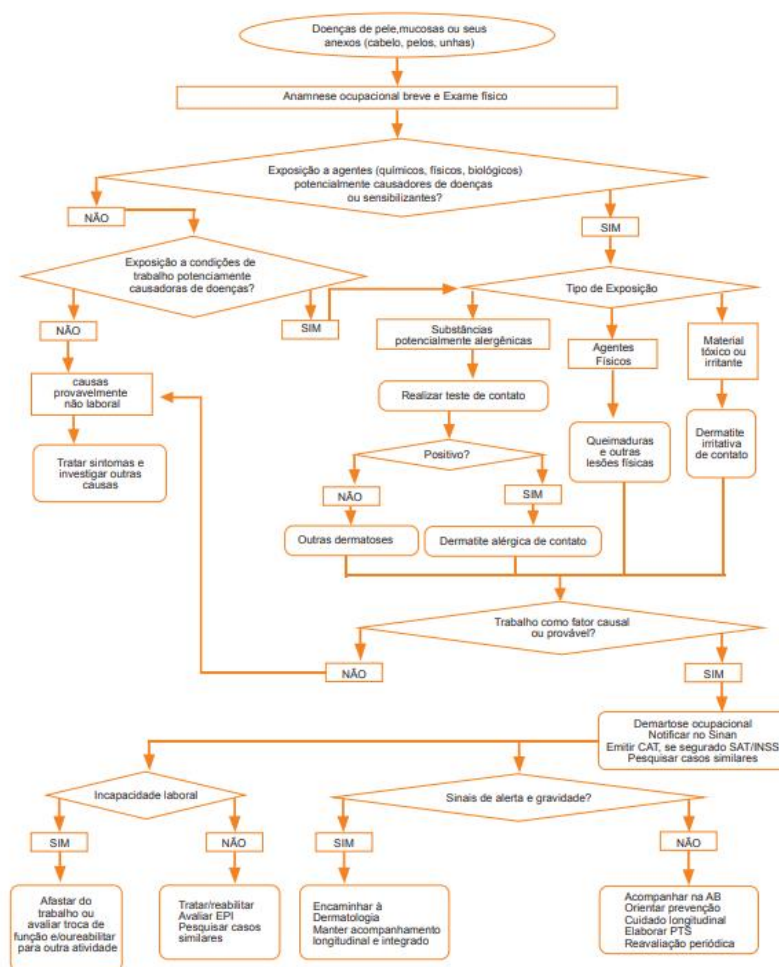
61

Fluxograma 4 - Transtorno Mental relacionado ao trabalho.no Mental relacionado ao trabalho (MS, 2018).



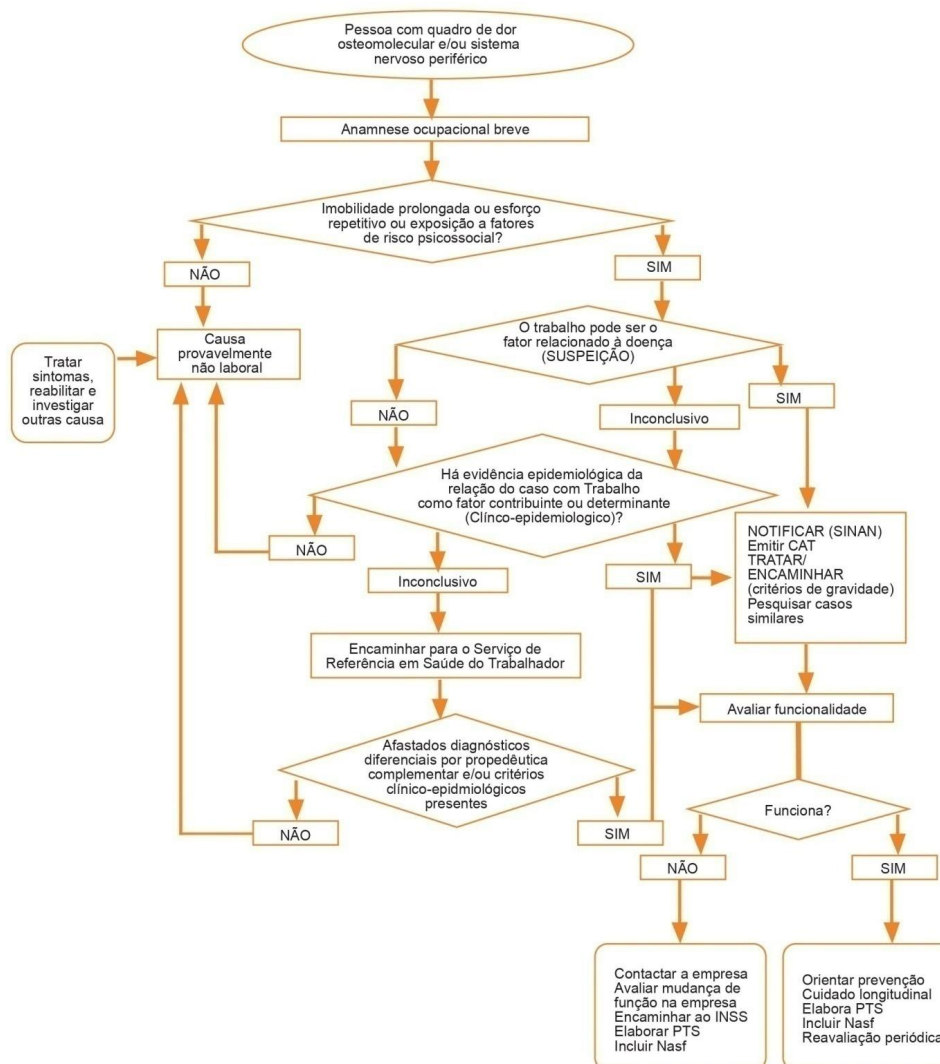
62

Fluxograma 5 - Manejo dos casos de dermatoses ocupacionais pelas equipes de Atenção Básica (MS, 2018)



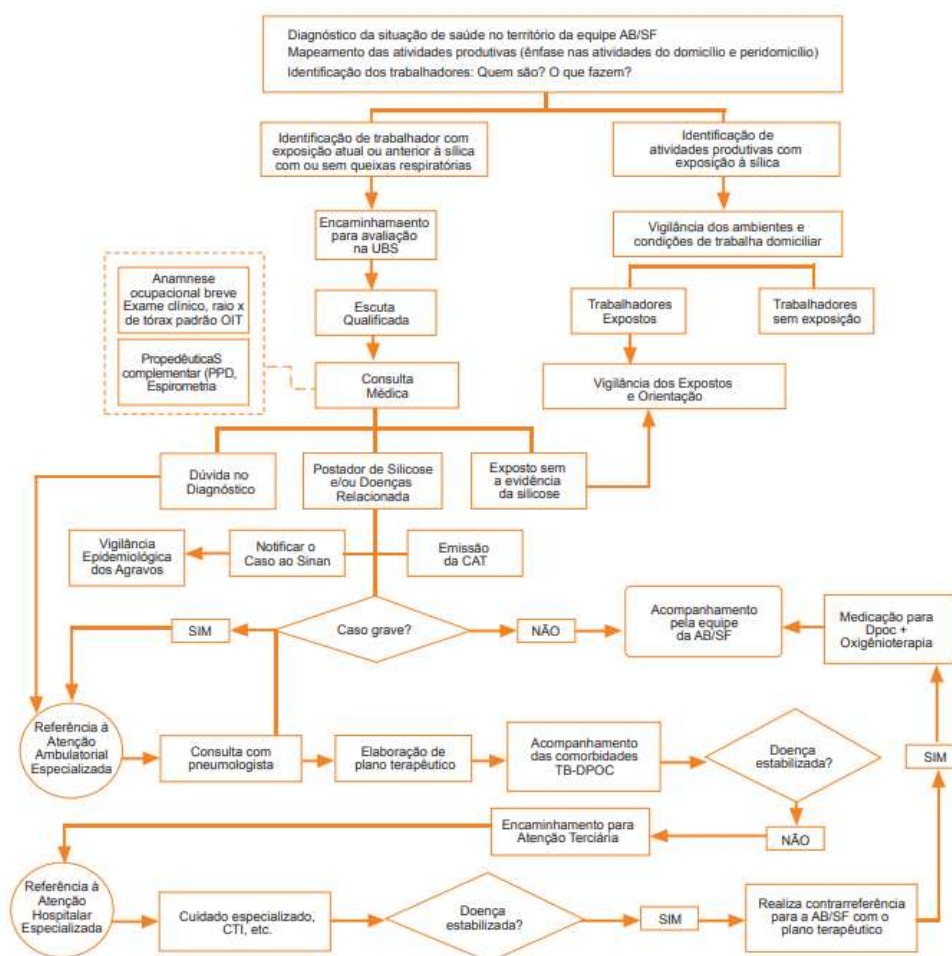
63

Fluxograma 6 - Manejo de LER e DORT na Atenção Primária à Saúde (MS, 2018)



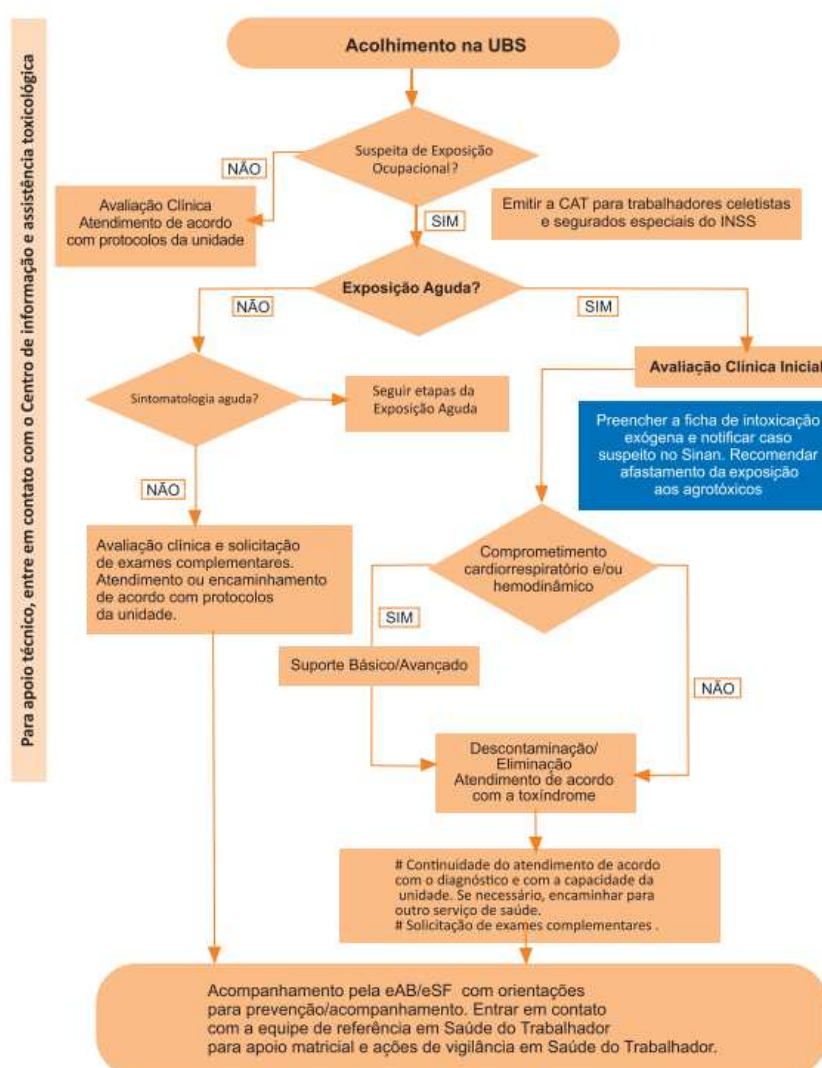
64

Fluxograma 7 - Manejo dos casos de silicose e outras doenças respiratórias causadas pela inalação de poeira de sílica pelas equipes da Atenção Básica (MS, 2018)



65

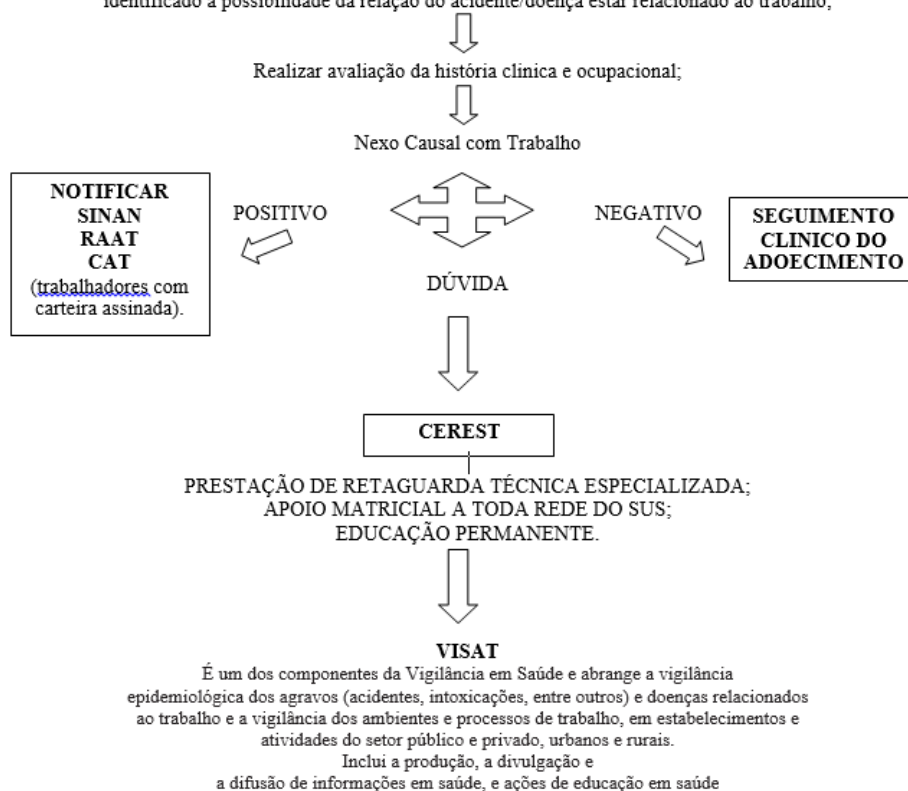
Fluxograma 8 - Manejo das intoxicações por agrotóxicos pelas equipes de Atenção Básica Fluxograma/ Atendimento – Suspeita de Intoxicação (MS, 2018)



66

Fluxograma 9 - Acompanhamento do(a) trabalhador (a) na Atenção Básica de Botucatu.

Durante o desenvolvimento de atenção qualificada aos(às) Usuários(as) - Trabalhadores(as), na eAB/eSF, é identificado a possibilidade da relação do acidente/doença estar relacionado ao trabalho;



Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

5. SAÚDE DO IDOSO

5.1. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Idoso

No Brasil, indivíduos idosos são as pessoas com 60 anos ou mais, que atualmente, segundo dados do IBGE do ano de 2021, correspondem aproximadamente 14% da população brasileira, com estimativas de alcançar 40% da população geral até 2100 (IPEA, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu os anos de 2020-2030 como a década do envelhecimento saudável, e tem buscado atualmente a construção e elaboração de ações globais justamente para reduzir problemas de saúde nos idosos, que envolvam dependência de cuidados, perda da qualidade de vida e implicações sociais e econômicas (WHO, 2022). Desse modo, o foco principal das políticas públicas de saúde relacionadas aos idosos deve corroborar com o desenvolvimento e manutenção da capacidade intrínseca e habilidades funcionais, a fim de promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa (WHO, 2022).

Ainda, as Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, incluindo a Atenção Primária, devem buscar a integração das respostas às necessidades da saúde dos idosos, e a equipe de enfermagem deve estar inserida nos vários pontos de atenção, desenvolvendo atividades e ações para prestar cuidados desde a promoção da saúde até a reabilitação. Portanto, para que isso ocorra, os enfermeiros precisam conhecer aprimorar e se qualificar diante dos aspectos e demandas de saúde dos idosos (COREN-GO, 2017).

Sendo assim, este protocolo tem como objetivo instrumentalizar a equipe de enfermagem na atenção prestada à pessoa idosa, sua família e seus cuidadores na Atenção Primária, seja na unidade de Saúde ou domicílio, apresentando propostas de Sistematização para a Saúde do Idoso agrupadas em torno das principais ocorrências, e foi baseado nos Protocolos de Enfermagem já pactuados no município de Botucatu e no Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Estado de Goiás (COREN-GO, 2017).

68

5.1.1 Objetivos:

Observar e detectar alterações de órgãos e sistemas presentes nessa faixa etária;

Identificar situações de risco e/ou violência/negligência no cuidado ao Idoso;

Proporcionar tratamento adequado;

Proporcionar suporte psico-emocional ao paciente, cuidadores e familiares dos idosos;

Diminuir incidência e intercorrência das complicações recorrentes dessa faixa etária;

Esclarecer a comunidade sobre os fatores para as doenças e medidas de prevenção (COREN-GO, 2017).

5.1.2. Atividades:

Prevenir, detectar, tratar e reabilitar as alterações decorrentes dessa faixa etária;

Realizar consulta de enfermagem conforme critérios pré-estabelecidos;

Desenvolver atividades educativas, enfatizando fatores de risco;

Orientar sobre os riscos e prevenção de acidentes;

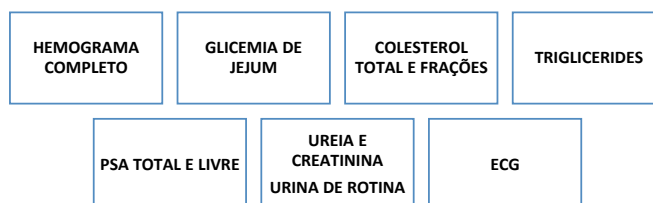
Orientar dieta nutricional específica para cada caso;

Promover integração social do idoso na comunidade a que ele pertence, além dos grupos da Unidade;

Realizar visita domiciliar para pacientes idosos, segundo critérios clínicos e epidemiológicos estabelecidos pela ESF (COREN-GO, 2017).

Solicitação de exames, conforme figura 5.

Figura 5 - Solicitação de exames laboratoriais para idoso.



Fonte: elaborado pelo autor, adaptado de Brasil (2020).

69

Ademais, podem ser acrescentados os seguintes exames a depender da necessidade do usuário e conforme disponibilidade do Município:

Hemograma (se histórico ou suspeita de anemia, também solicitar: Ferritina e Ferro Sérico), Sódio, Potássio, Ácido Úrico, TGO/TGP, Fosfatase Alcalina, Gama GT, TSH/T4 Livre, Parasitológico de fezes, Fundo de olho (DM), Raio-x de tórax, PSA, Papanicolau, Mamografia. Se diabético acrescentar: Hemoglobina glicada e Glicosúria Fracionada (COREN-GO, 2017).

5.1.3. Encaminhamentos:

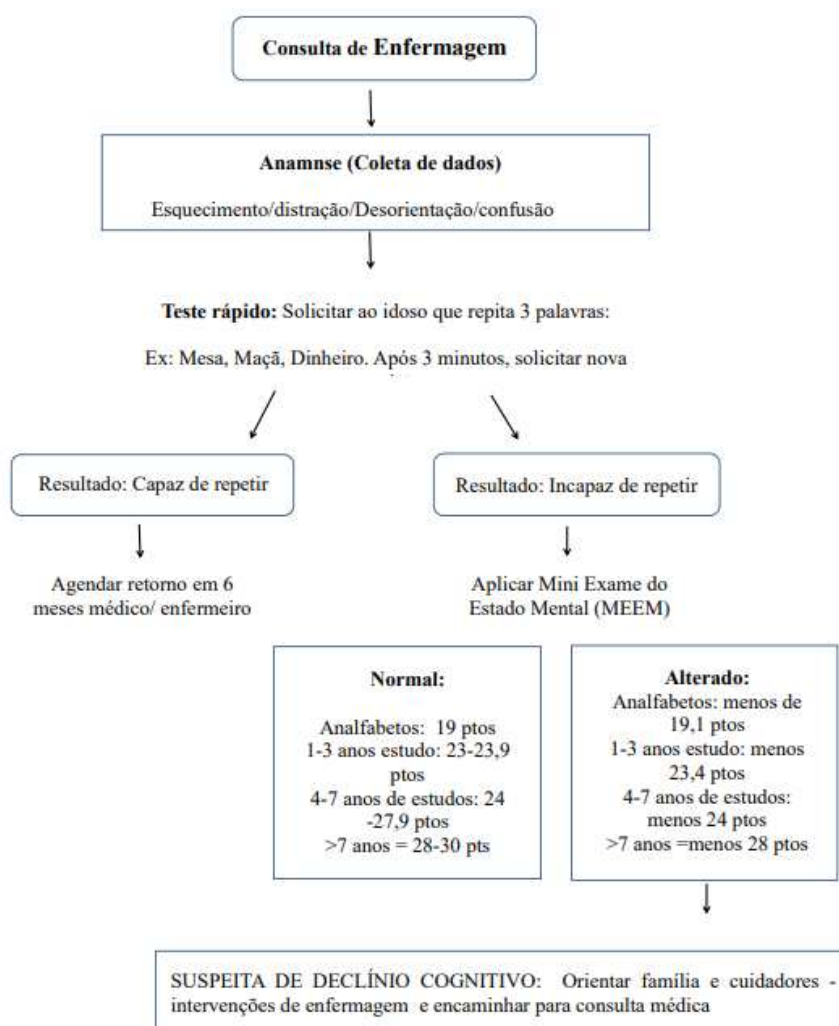
Diante da queixa do paciente e o exame físico, se julgarem necessário, na consulta de enfermagem o profissional poderá e deverá conforme protocolos municipais e demais serviços, realizar ou solicitar encaminhamentos para os médicos responsáveis para as especialidades de: Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Ginecologia, Obstetrícia, Urologia, Programa Doenças Sexualmente Transmissíveis, Homeopatia, Saúde Mental, Fonoaudiologia, Psicologia, Assistente Social, Fisioterapia, Nutrição, Geriatria, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e/ou outros serviços disponíveis no Município de Botucatu.

5.1.4. Consulta de enfermagem à pessoa idosa

A consulta de enfermagem é uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para abordagem dos idosos na Atenção Primária. Durante a sua execução devem estar previstas as etapas da Resolução COFEN-358/2009 (COFEN, 2009) que dispõe sobre a SAE, que correspondem as etapas de Coleta de dados, Diagnósticos de enfermagem, Planejamento da assistência, Intervenções, e Avaliação da assistência, conforme fluxograma 10.

70

Fluxograma 10 - Consulta de enfermagem, saúde do idoso.



Fonte: COREN-GO, 2017.

71

Importante se atentar aos aspectos do envelhecimento com avaliação multidimensional (funcionalidade global, sistemas fisiológicos e funcionais principais, medicamentos, história pregressa e fatores contextuais) (CORENGO, 2017).

Com objetivo de promoção do envelhecimento saudável, a consulta de enfermagem deverá considerar a avaliação da capacidade intrínseca, nova proposta da OMS, as síndromes geriátricas e suporte ao cuidador (OPAS, 2023), sendo a capacidade intrínseca a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo tem a seu dispor, envolvendo as seguintes dimensões:

- Capacidade cognitiva;
- Capacidade locomotora;
- Capacidade visual;
- Capacidade auditiva;
- Capacidade psicológica;
- Vitalidade.

Desse modo, neste protocolo serão abordados alguns tópicos que envolvem algumas dimensões da capacidade intrínseca, das síndromes geriátricas, síndrome de fragilidade, além d Rede de apoio e suporte social, para auxiliar a sistematização da avaliação clínica do idoso e na identificação de situações que afetam a dependência e autonomia dos idosos e que podem impactar na sua qualidade de vida (OPAS, 2023).

5.1.4.1. Consulta de enfermagem - capacidade cognitiva do idoso

Durante a consulta de enfermagem a cognição poderá ser avaliada por meio de funções como memória, atenção, linguagem, funções executivas, concentração, compreensão, raciocínio, aprendizagem e inteligência (CORENGO, 2017).

5.1.4.1.2. Sinais de alerta que indicam necessidade de avaliação cognitiva:

- Esquecimento ou perda da memória;
- Dificuldade na execução de tarefas familiares;
- Desorientação no tempo e espaço;

72

Mudanças no humor;
Comportamento diferente do habitual sem motivo aparente;
Dificuldades na execução de atividades de vida diária que demandam funções cognitivas;
Bloqueio para realizar compras;
Bloqueio para utilizar transporte;
Bloqueio para preparar refeições;
Bloqueio para gerenciar suas finanças;
Dificuldades nas atividades de autocuidado (COREN-GO, 2017).

5.1.4.1.3. Avaliação capacidade cognitiva:

Para a avaliação do estado cognitivo, realizar o seguinte Teste Rápido Cognitivo:

Solicitar ao idoso que repita o nome dos objetos: Exemplo: Mesa, Maça e Dinheiro.

Após 3 minutos, solicite que os fale novamente.

Resultado: Idoso incapaz de repeti-los: há necessidade de uma investigação mais aprofundada. Sugere-se também a realização do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), devido a sua rapidez e facilidade de aplicação, no entanto, na impossibilidade do enfermeiro realizar o teste mais profundo, se resultado desfavorável no teste rápido, encaminhar o idoso para avaliação médica (COREN-GO, 2017).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM): O MEEM, conforme figura 6, deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada e necessidade de encaminhamento para médico, pois, apesar de avaliar vários domínios orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho o faz de maneira superficial, não servindo para diagnóstico, mas sim, para indicar que funções devem ser melhor investigadas (COREN-GO, 2017).



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

115

73

1.Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano: Semestre: Mês: Dia: Dia da semana:	1 1 1 1 1
2.Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado: Cidade: Bairro: Rua: Local:	1 1 1 1 1
3.Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4.Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo (0-5 pontos)	Se de R\$100,00 fosse tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 15
5.Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6.Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7.Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá	1
8.Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o ao chão	1 1 1
9.Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "Feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	Feche os olhos	1
10.Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11.Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Figura 6 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Fonte: COREN-GO, 2022.

5.1.4.1.4. Diagnósticos de Enfermagem CIPE sobre capacidade cognitiva:

Cognição, Prejudicada (Definição: dificuldade para aquisição de conhecimentos).

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados de conhecimento/adesão ao regime terapêutico;
- Orientar cuidador;
- Avaliar plano de cuidados;
- Apoiar família;
- Apoiar cuidador;
- Encaminhar para serviços/Prestados de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Falta de conhecimento (ou cognição) de sintomas:

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados de conhecimento sobre regime terapêutico;
- Priorizar o regime terapêutico;
- Promover apoio familiar;
- Promover comunicação familiar eficaz;

Autoconhecimento (ou autocognição)

Intervenções de enfermagem:

- Estabelecer confiança;
- Encorajar afirmações positivas;
- Orientar/instruir paciente;
- Reforçar comportamento positivo.

Memória prejudicada

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados de conhecimento/adesão ao regime terapêutico;
- Avaliar plano de cuidados;

75

- Avaliar regime terapêutico;
- Orientar cuidados;
- Apoiar cuidador;
- Apoiar a família;
- Apoiar capacidade para gerenciar o regime;
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Memória eficaz

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar regime terapêutico;
- Reforçar conquistas;
- Apoiar capacidade para gerenciar o regime;
- Orientar paciente;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Equilíbrio de humor prejudicado

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre condição psicológica;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado;
- Orientar família sobre regime terapêutico;
- Promover comunicação familiar eficaz;
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento

Déficit de autocuidado

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre autocuidado;
- Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde;
- Obter dados sobre necessidades de cuidado de saúde e social;
- Obter dados sobre padrão de higiene;
- Obter dados sobre qualidade de vida;
- Obter dados sobre resposta à orientação;
- Orientar a família sobre padrão de higiene;

76

- Orientar cuidados;
- Promover apoio social;
- Apoiar a família;
- Apoiar cuidador;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Capacidade para executar autocuidado positiva

Intervenções de enfermagem:

- Garantir (ou assegurar) continuidade de cuidado;
- Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde;
- Obter dados sobre autocuidado;
- Obter dados sobre capacidade para executar o cuidado;
- Reforçar adesão;
- Reforçar auto eficácia;
- Reforçar capacidades (ou aptidões);
- Reforçar comportamento positivo; -Reforçar regime comportamental;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Desorientação

Intervenções de enfermagem:

- Relatar condição a membro da família;
- Orientar família sobre regime terapêutico;
- Promover comunicação familiar, eficaz;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado;
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta para acompanhamento.

Percepção alterada

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados de conhecimento/adesão ao regime terapêutico;
- Avaliar regime terapêutico;
- Orientar cuidador;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado;

77

- Apoiar capacidade para gerenciar o regime;
- Avaliar plano de cuidados;
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Desenvolvimento do Idoso prejudicado

Intervenções de enfermagem:

- Identificar condição psicossocial;
- Identificar percepções alteradas;
- Facilitar capacidade para comunicar necessidades;
- Facilitar capacidade para comunicar sentimentos;
- Facilitar capacidade para desempenhar papel;
- Apoiar processo familiar de enfrentamento;
- Promover apoio familiar;
- Promover apoio social;
- Promover comunicação familiar eficaz; -Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Desenvolvimento do Idoso eficaz

Intervenções de enfermagem:

- Reforçar comportamento positivo;
- Reforçar identidade pessoal;
- Agendar consulta de acompanhamento.

5.1.4.1.4.1. Intervenções gerais em enfermagem para idosos com declínio cognitivo e suas famílias:

Proporcionar ambiente tranquilo e seguro;

Promover comunicação;

Utilizar frases simples, palavras curtas e de fácil entendimento durante a consulta de enfermagem;

Orientar a família ou cuidador a estimular e motivar diariamente a cognição do idoso por meio de lembranças e imagens do cotidiano, ou repetindo o último pensamento ou conversa que o paciente expressou;

78

Utilizar relógio e calendário de fácil visualização, em tamanho maior, para a manutenção da orientação temporal e espacial;

Incentivar e estimular o aprendizado de novas experiências e atividades, e também reforçar experiências e ações/atividades passadas;

Criar e estimular oportunidades e atividades para o uso da memória, através de jogos, reconhecimento de figuras e fotos;

Observar e atentar-se para sentimentos de inutilidade, baixa auto-estima, tristeza, choro e isolamento social;

Manter e estimular a realização de atividades de vida diária;

Incentivar e proporcionar a participação social, e integração com outros idosos, amigos, familiares;

Propiciar comunicação e interação com outros idosos e com outras gerações de idade;

Estimular o envolvimento da família no cuidado ao idoso, orientando-os nos cuidados;

Orientar familiares e cuidadores a valorizarem e promoverem atividades e ações que remetem aos interesses da pessoa idosa e a sua história de vida;

Reconhecer na família, os potenciais cuidadores, orientando sobre a importância de terem momentos de descanso, atividades de lazer e sociabilidade (COREN-GO, 2017).

5.1.5. Capacidade locomotora, instabilidade postural e quedas

Durante a consulta de enfermagem, deve-se avaliar a capacidade locomotora, que consiste na capacidade física de uma pessoa deslocar-se de um lugar para o outro. São fatores a serem avaliados: fraturas de fêmur, osteoartrose; deformidade plantar; úlcera plantar; acidente vascular encefálico; insuficiência cardíaca; doença arterial periférica; doença pulmonar obstrutiva crônica; iatrogenia medicamentosa; demência; depressão; doença de Parkinson; isolamento social; desnutrição (COREN-GO, 2017).

Ainda, fatores que devem ser avaliados na consulta de enfermagem que podem levar a debilidades/fraqueza muscular no aparelho locomotor: redução na amplitude de movimentos; diminuição da velocidade da marcha; passos lentos; movimentos dos braços diminuídos e próximos a do corpo; base

79

de sustentação ampliada e centro de gravidade corporal adiantado em busca de maior equilíbrio; imobilidade prolongada (COREN-GO, 2017).

Critérios de avaliação de quedas: a queda decorre de uma instabilidade postural devido a um conjunto de fatores que afetam a mobilidade dos idosos e de manter o corpo em equilíbrio, tanto nas situações de repouso, como em movimento (COREN-GO, 2017).

A queda pode ocorrer da própria altura, da cama/maca ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeira higiênica, banheira), incluindo o vaso sanitário (COREN-GO, 2017).

Condições que devem ser avaliados na consulta de enfermagem para risco de queda: idade extrema; déficit de mobilidade; restrição prolongada ao leito; lesões de partes moles; perda de força e equilíbrio; polifarmácia; sedentarismo; pisos, iluminação, escadas no domicílio; moradia inadequada/baixa renda (COREN-GO, 2017).

5.1.5.1. Diagnósticos de Enfermagem CIPE sobre capacidade locomotora, Instabilidade postural e quedas:

Mobilidade prejudicada

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar condição musculoesquelética;
- Obter dados sobre amplitude de movimento;
- Obter dados sobre equilíbrio;
- Obter dados sobre padrão de mobilidade;
- Obter dados sobre risco de queda;
- Obter dados de conhecimento sobre prevenção de queda;
- Orientar sobre prevenção de queda;
- Orientar sobre reabilitação;
- Encaminhar para fisioterapia (discutir NASF);
- Monitorar risco de queda;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Deambulação prejudicada

80

Intervenções de enfermagem:

Avaliar condição musculoesquelética;

- Obter dados sobre capacidade de andar;
- Obter dados sobre equilíbrio;
- Obter dados de conhecimento sobre prevenção de queda;
- Orientar sobre prevenção de queda;
- Orientar sobre técnica de deambulação;
- Promover deambulação com uso de dispositivo
- Encaminhar para fisioterapia (discutir NASF);
- Monitorar risco de queda;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Amplitude de movimento prejudicada

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar condição musculoesquelética;
- Obter dados sobre amplitude do movimento;
- Obter dados sobre equilíbrio;
- Obter dados sobre padrão de mobilidade;
- Obter dados de conhecimento sobre prevenção de queda;
- Orientar sobre prevenção de queda;
- Encaminhar para fisioterapia (discutir NASF);
- Monitorar risco de queda;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Risco de queda

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre risco de quedas;
- Obter dados sobre ambiente;
- Obter dados de conhecimento sobre prevenção de quedas; -Orientar família sobre prevenção de queda;
- Orientar técnicas de adaptação;
- Encaminhar para fisioterapia (discutir NASF);
- Monitorar risco de queda;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Risco de lesão por queda

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados de conhecimento sobre prevenção de queda;
- Obter dados sobre ambiente;
- Obter dados sobre risco de queda;
- Orientar a família sobre prevenção de queda;
- Aconselhar/orientar o paciente;
- Encaminhar para fisioterapia (discutir NASF);
- Monitorar risco de queda;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Risco de lesão por pressão

Intervenções de enfermagem:

- Orientar sobre prevenção de úlcera por pressão;
- Orientar sobre nutrição;
- Encaminhar para fisioterapia (discutir NASF);
- Agendar consulta de acompanhamento/visita domiciliar.

Déficit autocuidado

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre autocuidado;
- Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde;
- Obter dados sobre necessidades de cuidado de saúde e social;
- Obter dados sobre padrão de higiene;
- Obter dados sobre qualidade de vida;
- Obter dados sobre resposta à orientação;
- Orientar a família sobre padrão de higiene;
- Orientar cuidados;
- Promover apoio social;
- Apoiar a família;
- Apoiar cuidador;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Risco de trombose venosa profunda

Intervenções de enfermagem:

- Aconselhar/orientar paciente/familiar/cuidador;
- Encaminhar para fisioterapia (discutir NASF);
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento/visita domiciliar.

5.1.5.1.2. Intervenções gerais em enfermagem para prevenção de quedas e manutenção da capacidade locomotora

Orientar de acordo com o quadro de saúde do paciente prática de exercícios físicos regulares;

Orientar o uso de bengalas, andadores, cadeiras de rodas em casos de dificuldade de deambulação;

Orientar paciente, família e cuidador sobre a acomodação de alimentos e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando o uso de escadas, bancos/cadeiras pelo paciente;

Orientar paciente, família/cuidador sobre reorganização do ambiente interno à residência, removendo fios soltos, brinquedos espalhados, tapetes, providenciar escadas com corrimão; piso antiderrapantes, corrimão em banheiro/chuveiros, e mobiliários bem-dispostos;

Orientar quanto à iluminação adequada do ambiente interno e externo da residência;

Orientar retirada de tapetes, no início e no final da escada e dos degraus, ou utilizar tapetes antiderrapantes;

Orientar o banho sentado, quando houver instabilidade postural, bem como, cuidador presente para auxílio;

Orientar o uso de calçados adequados, se possível com antiderrapante;

Orientar sobre importância de como criar um ambiente doméstico seguro (COREN-GO, 2017).

Vale ressaltar que a equipe de enfermagem deverá estar atenta às intercorrências que podem advir da imobilidade dos usuários, conforme demonstra a figura 7.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

125

83

Figura 7 - Sistemas atingidos em decorrência das imobilidades e cuidados de enfermagem.

SISTEMAS	PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DA IMOBILIDADE	CUIDADOS
TEGUMENTAR	Lesões por pressão	-Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas; -Proteger as proeminências ósseas com coxins; -Identificar áreas com hiperemia; -Usar colchões confortáveis preferencialmente colchão "caixa casca de ovo"; -Manter a nutrição adequada; -Manter o idoso sentado sempre que possível (mudar posição).
	Dermatite amoniacal	-Realizar a troca frequente de fraldas após cada eliminação fisiológica; -Observar hiperemia em região da fralda e pele.
CARDIOVASCULAR	Trombose venosa profunda /Embolia pulmonar	-Atentar-se para edema, rubor e calor em membros inferiores. -Realizar movimentação dos membros para estimular o retorno venoso.
ESQUELÉTICO	Osteoporose	-Realizar banho de sol até às 10 h e após às 16h, se possível; -Estimular a ingestão de alimentos ricos em cálcio, como leite e derivados, ovos, feijão, sardinha, frango, verduras verde-escuras; -Orientar prevenção de quedas.
URINÁRIO	Incontinência urinária Retenção urinária Infecções urinárias recorrentes	-Orientar em casos de incontinência urinária uso de fraldas -Realizar a troca frequente de fraldas após cada eliminação fisiológica; -Estabelecer um programa de treinamento vesical; -Recomendar micções em intervalos de tempo a cada duas ou três horas.
MUSCULAR	Atrofias e contraturas musculares	-Posicionar idoso adequadamente no leito com coxins; -Orientar os familiares sobre a importância da movimentação passiva de membros superiores e inferiores.
DIGESTÓRIO	Desnutrição Constipação	-Estimular a ingestão de alimentos ricos em fibras e aumento da ingestão hídrica; -Atentar para a rotina de evacuações; -Ensinar o cuidador a realizar massagem de impulsão do bolo fecal.
RESPIRATÓRIO	Pneumonia	-Manter a cabeceira do leito elevada; -Estimular a tosse e expectoração; -Atentar-se para febre.

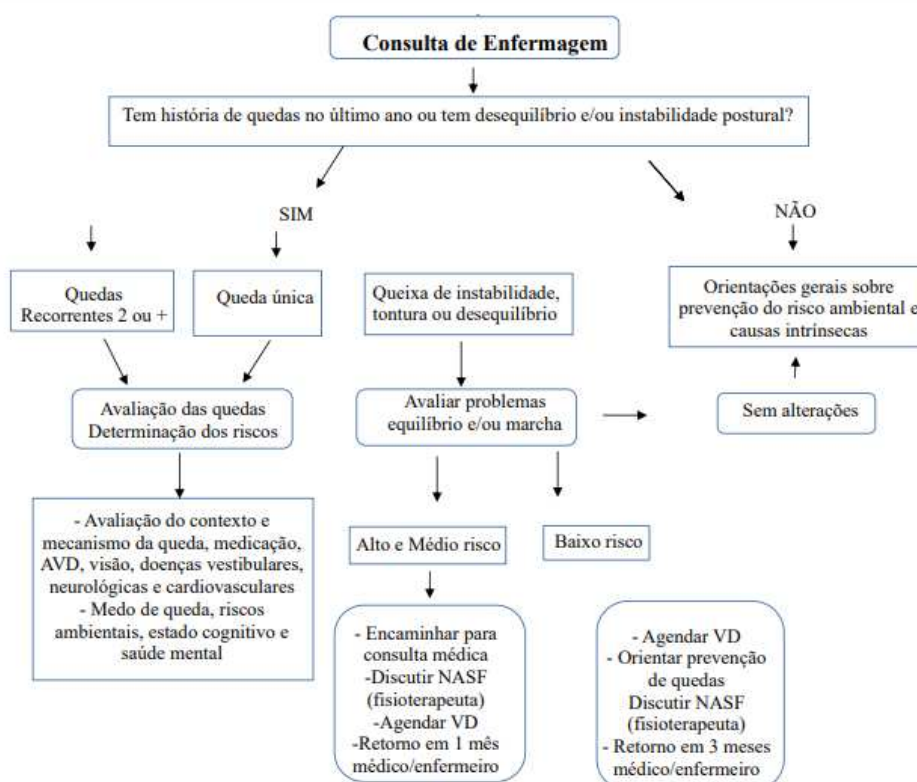
Fonte: COREN-GO, 2022.

Em tempo: vale destacar a importância de aferir e monitorar dores em MMII, quando avaliar o sistema cardiovascular. Ainda, Sistema Urinário: Estabelecer um programa de treinamento vesical em parceria com o fisioterapeuta.

84

Em se tratando de questões posturais, o fluxograma 11 pode auxiliar os profissionais nesta abordagem.

Fluxograma 11 - Consulta de enfermagem na abordagem postural.



Fonte: COREN-GO, 2022.

5.1.6. Consulta de enfermagem: incontinência urinária no idoso

A Incontinência Urinária (IU) refere-se “a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico”, podendo variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para reter qualquer quantidade de urina, ocasionando efeitos psicológicos, isolamento

85

social, erupções cutâneas na região do períneo, comprometimento de cicatrização de úlceras por pressão e sintomas depressivos (BERGAMASCO, E.C, et. al., 2020). Durante a consulta de Enfermagem, deve-se avaliar a condição urinária do idoso, conforme fluxograma 12.

Mudanças funcionais e estruturais no Trato Inferior do Idoso que podem ocasionar a incontinência urinária: redução da capacidade da bexiga; hiperatividade e redução da contratilidade do detrusor aumento do volume residual; redução da pressão de fechamento uretral; aumento do volume da próstata; aumento da produção noturna de urina; redução da produção de estrógeno na mulher; aumento da incidência de infecções recorrentes (BERGAMASCO, E.C, et. al., 2020).

5.1.6.1. Classificações da Incontinência urinária:

Transitória (Reversível): é causada pela perda involuntária de urina na ausência de disfunção do trato urinário inferior, provocada por eventos clínicos agudos, potencialmente reversíveis (BERGAMASCO, E.C, et. al., 2020).

Estabelecida (Persistente): refere-se à variedade não causada por comorbidades clínicas ou efeito colateral de medicamentos, persistindo ao longo do tempo, e relacionada com mecanismos fisiopatológicos: ex: hiperatividade ou hipoatividade do destrutor, alteração da pressão uretral, obstrução da saída vesical e distúrbios funcionais (BERGAMASCO, E.C, et. al., 2020).

5.1.6.2. Diagnóstico de enfermagem CIPE sobre Incontinência Urinária

Incontinência urinária

Intervenções de enfermagem:

- Explicar evento ou episódio;
- Obter dados sobre condição urinária;
- Gerenciar volume de líquidos;
- Orientar a família sobre suscetibilidade à infecção;
- Promover rotina vesical;

86

- Promover eliminação urinária eficaz; Aconselhar/instruir/orientar paciente;
- Encaminhar para fisioterapia (NASF);
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Risco de incontinência urinária

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre condição urinária;
- Gerenciar volume de líquidos;
- Promover rotina vesical;
- Promover eliminação urinária eficaz;
- Aconselhar/instruir/orientar paciente;
- Encaminhar para fisioterapia (NASF);
- Agendar consulta de acompanhamento.

5.1.6.3. Intervenções gerais de enfermagem para idosos com Incontinência Urinária:

Orientar rotina de atividades como caminhadas, exercícios leves, interação social com outras pessoas;

Orientar sobre dar oportunidades freqüentes para urinar (a cada 2 ou 3 horas), levando o idoso ao banheiro, ou colocando à disposição e em locais próximos, dispositivos coletores de urina, como comadres e papagaios;

Orientar higiene corporal e manter vestuários adequados;

Orientar se uso de fralda, troca de fralda após cada apresentação de diurese;

Orientar e facilitar a locomoção da pessoa idosa até o banheiro, eliminando escadas, mobília sem excesso no trajeto, tapetes, colocar barras e corrimãos e melhorar a iluminação no banheiro;

Sugerir elevar a altura do vaso sanitário se possível;

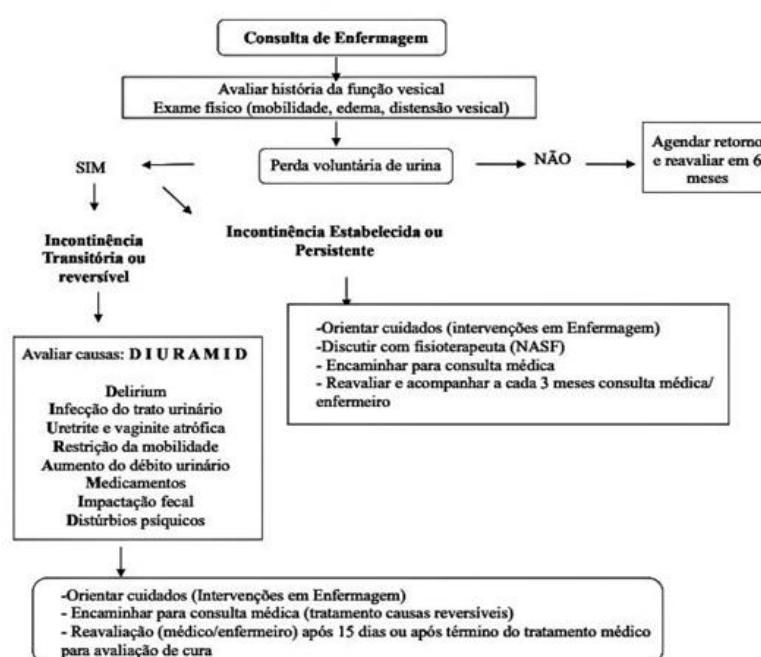
Estimular o autocuidado do idoso em suas atividades diárias;

Estimular o treinamento vesical: durante a urgência urinária contrair a musculatura pélvica, enquanto levanta-se ou senta-se devagar, inspirando de

87

forma lenta, fazendo exercícios de relaxamento mental. Passada a urgência, orientar caminhar lentamente para o banheiro (COREN-GO, 2017).

Fluxograma 12 - Consulta de enfermagem na incontinência urinária.



Fonte: COREN-GO, 2022.

5.1.7. Consulta de enfermagem: avaliação da fragilidade do idoso

Fragilidade é definida como um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, em que ocorre uma diminuição da reserva homeostática e da capacidade do organismo, tendo como desfecho um aumento de internações hospitalares, quedas, perdas funcionais e maior risco de óbito. Durante a consulta de Enfermagem, deve-se avaliar a condição de fragilidade do idoso, conforme quadro 3 (COREN-GO, 2022).



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

130

88

Condições a serem avaliadas em relação à fragilidade: perda de peso não intencional; fadiga; redução da força e da velocidade de caminhada; baixa atividade física (COREN-GO, 2022).

Quadro 3 - Avaliação de fragilidade

AVALIAÇÃO AUTORREFERIDA DE FRAFILIDADE	
COMPONENTE DA FRAGILIDADE	PERGUNTAS E RESPOSTAS
Perda de peso (Pontua-se, neste componente, o idoso que referir perda de peso superior a 3 kg)	Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta? Sim, quantos quilos? - Entre 1 e 3 kg - Mais de 3 kg Não
Redução da força	Nos últimos 12 meses (último ano), o (a) Sr.(a) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu? Sim Não
Redução da velocidade de caminhada	O (a) Sr.(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (há um ano)? Sim Não
Baixo nível de atividade física	O (a) Sr.(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)? Sim Não
Fadiga relatada (Pontua-se neste componente, o idoso que referir "algumas vezes" ou "a maior parte do tempo", em pelo menos uma das perguntas).	Com que frequência, na última semana, o(a) Sr.(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa, mas não conseguia terminar): Nunca ou raramente (menos de 1 dia) Poucas vezes (1 – 2 dias) Algumas vezes (3 – 4 dias) A maior parte do tempo Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiu do(a) Sr.(a) um grande esforço para serem realizadas: Nunca ou raramente (menos de 1 dia) Poucas vezes (1 – 2 dias) Algumas vezes (3 – 4 dias) A maior parte do tempo

Fonte: COREN-GO, 2022.

Após a avaliação seguem as propostas de resultados (COREN-GO, 2022):

Frágeis: 3 ou mais componentes;

Pré frágeis: pontuaram positivamente para um ou dois;

Não frágeis: não apresentaram nenhum dos componentes.

5.1.7.1. Diagnóstico de enfermagem CIPE sobre Fragilidade:

Risco de estar com peso abaixo do esperado

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre risco de condição nutricional, prejudicada;
- Avaliar regime terapêutico;
- Obter dados sobre comportamento alimentar e de ingestão de líquidos;
- Identificar condição psicossocial;
- Obter dados sobre condição de habitação, financeira, nutricional, psicológica;
- Obter dados sobre rede de apoio familiar;
- Obter dados sobre capacidade de preparar alimentos (orientar familiar/cuidador);
- Coordenar plano de cuidados;
- Orientar sobre peso eficaz;
- Gerenciar condição nutricional;
- Prover apoio social;
- Prover serviço de promoção da saúde;
- Monitorar nutrição (orientar familiar/cuidador);
- Facilitar a capacidade da família para participar do plano de cuidado;
- Encaminhar para serviço comunitário (equipamentos sociais de apoio/CRAS/CREAS/NASF);
- Manter vigilância contínua;
- Monitorar peso (quinzenalmente/mensalmente, conforme necessidade);
- Monitorar sinais vitais;
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento/VD.

90

Baixo peso

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre risco de condição nutricional, prejudicada;
- Avaliar regime terapêutico;
- Obter dados sobre comportamento alimentar e de ingestão de líquidos;
- Identificar condição psicossocial;
- Obter dados sobre condição de habitação, financeira, nutricional, psicológica;
- Obter dados sobre rede de apoio familiar;
- Obter dados sobre suprimento de alimentos; (encaminhar para CRAS/CREAS Se necessário);
- Obter dados sobre capacidade de preparar alimentos (orientar familiar/cuidador);
- Coordenar plano de cuidados;
- Orientar sobre peso eficaz;
- Gerenciar condição nutricional (encaminhar/discutir nutricionista NAFS);
- Prover apoio social;
- Prover serviço de promoção da saúde;
- Monitorar nutrição (orientar familiar/cuidador);
- Facilitar a capacidade da família para participar do plano de cuidado.
- Encaminhar para serviço comunitário (equipamentos sociais de apoio/ CRAS/CREAS/NASF)
- Manter vigilância contínua;
- Monitorar peso (quinzenalmente/mensalmente, conforme necessidade);
- Monitorar sinais vitais;
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento.

Fraqueza

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre apetite;
- Obter dados sobre sono;
- Obter dados sobre condição nutricional;
- Gerenciar condição nutricional;

91

- Monitorar risco de queda;
- Orientar paciente/cuidador;
- Orientar sobre nutrição;
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento/VD.

Intolerância à atividade

Intervenções de enfermagem:

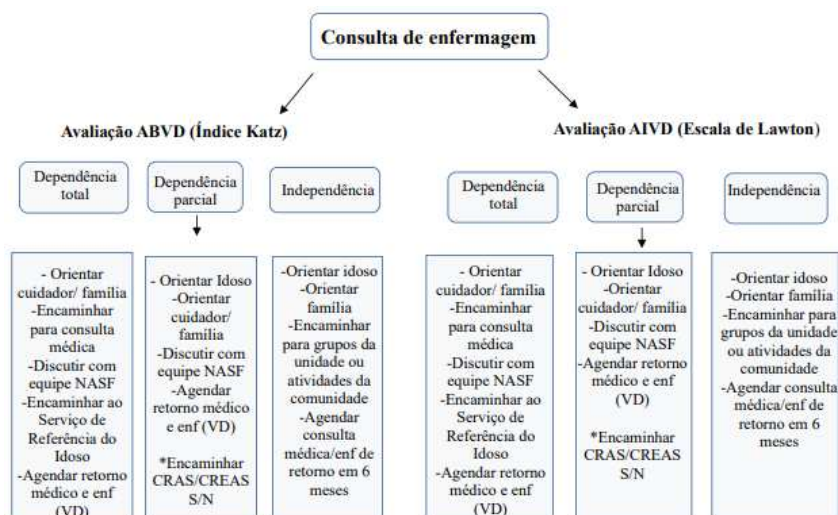
- Obter dados sobre tolerância à atividade;
- Obter dados sobre amplitude de movimento;
- Obter dados sobre capacidade para andar;
- Obter dados sobre capacidade de mobilizar-se;
- Orientar sobre dispositivo para mobilização;
- Gerenciar regime de exercício;
- Discutir fisioterapia NASF;
- Aconselhar paciente/instruir paciente/orientar paciente sobre atividade psicomotora;
- Monitorar tolerância à atividade;
- Encaminhar para serviços/prestador de cuidados/Médico;
- Agendar consulta de acompanhamento.

5.1.8. Consulta de enfermagem: capacidade funcional e intrínseca do idoso:

Durante a consulta de Enfermagem, deve-se avaliar a capacidade funcional e intrínseca do idoso, conforme fluxograma 14.

92

Fluxograma 13 - Consulta de enfermagem Atividades básicas



Fonte: COREN-GO, 2022.

Condições a serem avaliadas em relação à capacidade funcional do Idoso:

Autonomia: liberdade para agir e tomar decisões;

Independência: capaz de realizar atividades sem ajuda, sem supervisão de outra pessoa;

Dependência: precisa da ajuda de outra pessoa para realizar as atividades, atividades cotidianas;

Deficiência: perda da estrutura corpórea, aparência ou função de um órgão ou sistema;

Incapacidade: restrição ou perda de habilidade;

Desvantagem: restrições ou perdas sociais, como sinônimo de dependência (COREN-GO, 2022).

Fatores que contribuem para redução da capacidade funcional:

idade igual ou maior que 80 anos; auto avaliação negativa da saúde; histórico de internação no último ano; alterações cognitivas; déficit visual; multi

93

morbidades; isolamento social; baixa escolaridade; baixa qualidade de vida (COREN-GO, 2022).

5.1.8.1. Avaliação da capacidade funcional:

A avaliação de capacidade funcional está pautada em duas vertentes, a saber:

Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): atividades elementares do cotidiano e estão relacionadas ao autocuidado como: alimentar-se; banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas (avaliar pelo Índice de Katz– Figura 8.

Figura 8 - Índice de Katz, 2007

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoa ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: __	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: __	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: __	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: __	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: __	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: __	(1 ponto) Leva a comida do prato para a boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependente	2 ou menos = Muito dependente
------------------------	------------------	----------------	-------------------------------

Fonte: DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007.

94

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): relacionadas a socialização e ao grau de autonomia do idoso, como utilizar meio de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças avaliar pela Escala de Lawton, conforme figura 9 (UNASUS, 2023).

Figura 9 - Escala de Lawton

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			

Fonte: UNASUS, 2023.

5.1.8.2. Diagnóstico de enfermagem CIPE sobre capacidade funcional:

Capacidade de fazer compras prejudicada

Intervenções de enfermagem:

- Promover apoio social;
- Promover comunicação familiar eficaz;
- Promover papel do cuidador.

95

Capacidade de preparar alimentos prejudicada

Intervenções de enfermagem:

- Obter dados sobre capacidade de preparar alimentos;
- Monitorar ingestão de alimentos;
- Monitorar nutrição;
- Monitorar peso;
- Promover comunicação familiar eficaz;
- Promover papel do cuidador;
- Promover e orientar sobre segurança no domicílio.

Capacidade para alimentar-se, por si só, prejudicada

Intervenções de enfermagem

- Obter dados sobre apetite;
- Obter dados sobre atitude em relação à condição nutricional;
- Obter dados sobre comportamento alimentar e de ingestão de líquidos;
- Obter dados sobre risco de condição nutricional prejudicada;
- Monitorar ingestão de alimentos;
- Monitorar ingestão hídrica;
- Monitorar nutrição;
- Monitorar peso;
- Promover comunicação familiar eficaz;
- Promover papel do cuidador.

Capacidade para arrumar-se prejudicada

Intervenções de enfermagem

- Promover comunicação familiar eficaz;
- Promover papel do cuidador.

Capacidade para executar a higiene prejudicada

Intervenções de enfermagem

- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado;
- Orientar família sobre padrão de higiene;
- Orientar cuidador;
- Promover apoio social;

96

- Promover papel do cuidador;
- Apoiar a família/cuidador;
- Agendar consulta de acompanhamento/VD.

Capacidade para manejar/controlar o regime medicamentoso prejudicada

Intervenções de enfermagem

- Obter dados sobre medicação;
- Obter dados de conhecimento sobre regime terapêutico;
- Orientar sobre doença;
- Gerenciar regime medicamentoso;
- Orientar família;
- Orientar cuidador;
- Agendar consulta de acompanhamento/VD.

5.1.9. Consulta de enfermagem: rede de apoio familiar e social do idoso

Os profissionais de saúde devem identificar estrutura e funcionalidade familiar para ilustrar vínculos e relações, tais como: genograma; ecomapa; atividades cotidianas que o cuidador/familiar oferece como suporte; rede de apoio social do idoso para suporte nos cuidados integrais; tipo de relações; frequência de contatos; duração dos contatos, diversidade, densidade e reciprocidade.

Identificar apoio social qualitativos e comportamental das relações sociais:

Apoio emocional: envolve expressões de amor e afeição;

Apoio instrumental ou material: auxílio concreto, como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos, exemplo: limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte, e ajuda financeira;

Apoio de informação: aconselhamentos, sugestões, orientações para lidar com problemas e resolvê-los;

Interação social positiva: disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar (COREN-GO, 2022).

97

5.1.9.1. Diagnóstico de enfermagem CIPE sobre rede de apoio familiar/social:

Falta de apoio familiar

Intervenções de enfermagem

- Obter dados sobre apoio social;
- Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde;
- Obter dados sobre atitude em relação ao regime terapêutico;
- Obter dados sobre autocuidado;
- Obter dados sobre capacidades (ou aptidões);
- Obter dados sobre condição psicológica;
- Aconselhar paciente;
- Identificar barreiras à comunicação;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado;
- Promover apoio familiar/social;
- Facilitar capacidade para expressar seus sentimentos, desempenhar papel;
- Relatar condição a membro da família;
- Encaminhar para serviços (NASF, assistente social, psicólogo);
- Encaminhar para serviço comunitário (CRAS/CREAS s/n);
- Agendar consulta de acompanhamento/VD.

Vínculo da família presente

Intervenções de enfermagem

- Apoiar a família;
- Obter dados sobre processo familiar;
- Colaborar com a família;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado;
- Reforçar comportamento positivo.

Atitude do cuidador positiva

Intervenções de enfermagem

- Reforçar comportamento positivo.

Estresse do cuidador

Intervenções de enfermagem

- Obter dados sobre a capacidade para executar o cuidado;
- Obter dados sobre condição psicológica;
- Obter dados sobre condição social;
- Identificar condições (determinantes/relacionadas ao estresse);
- Facilitar capacidade para comunicar sentimentos;
- Facilitar capacidade para desempenhar papel;
- Orientar cuidador;
- Orientar técnica de relaxamento;
- Promover apoio familiar/social;
- Promover enfrentamento eficaz;
- Encaminhar para serviços (médico/psicologia/serviço social, NASF);
- Agendar consulta de acompanhamento.

5.1.9.2. Intervenções gerais de enfermagem para famílias e cuidadores de idosos:

Identificar as percepções, anseios e emoções do paciente e familiares/cuidadores frente ao cuidado;

Discutir com paciente, membro familiar/cuidador, para identificar as suas necessidades e desafios relacionados ao cuidado;

Monitorar a dinâmica familiar, o ambiente doméstico e o risco de negligência de cuidado;

Apoiar e ajudar o cuidador e familiar a planejar e executar mudanças relativas à saúde e cuidado;

Acompanhar aspectos emocionais e psicológicos do idoso, familiares/cuidadores nas atividades de cuidado;

Capacitar, acompanhar, apoiar e avaliar, constantemente, familiares e cuidadores, para a execução dos cuidados diários ao paciente;

Identificar e avaliar a necessidade de encaminhamento de familiares/cuidadores aos sistemas de apoio e dos recursos disponíveis;

Estimular e apoiar familiares/cuidadores a fortalecerem os vínculos e rede de apoio;

Apoiar e acompanhar a família nos cuidados, incluindo os cuidados na finitude.

5.1.10. Consulta de enfermagem: imunização e promoção da saúde do idoso

Avaliar carteira de vacina dos idosos, com as seguintes vacinas: Hepatite B; Difteria e Tétano (dT); Febre Amarela; Influenza Sazonal (H1N1). Covid-19, PNEUMO – 23 (COREN-GO, 2022).

Orientações na consulta de enfermagem:

Manter carteira de vacina em dia de acordo com calendário vacinal vigente;

Orientar sobre prevenção de doenças imuno preveníveis.

Orientar importância da vacinação na redução de agravos à saúde e diminuição de internações hospitalares;

Realizar orientações claras e objetivas sobre os benefícios de manter o cartão de vacinas atualizado.

5.1.10.1. Diagnóstico de enfermagem CIPE sobre imunização:

Adesão ao regime de imunização

Intervenções de enfermagem

- Avaliar condição de imunização;
- Obter dados sobre adesão ao regime de imunização;
- Garantir/assegurar continuidade do cuidado;
- Reforçar comportamento positivo.

Não adesão ao regime de imunização

Intervenções de enfermagem

- Avaliar condição de imunização;
- Obter dados sobre adesão ao regime de imunização;
- Obter dados sobre crenças culturais;
- Obter dados sobre conhecimento;
- Obter dados sobre conhecimento do cuidador;
- Obter dados sobre resposta à orientação;
- Avaliar resposta psicossocial a instrução sobre o plano de cuidado;

100

- Orientar a família sobre prevenção de infecção;
- Orientar família sobre comportamento de busca de saúde;
- Orientar sobre vacina;
- Promover adesão ao regime;
- Promover comportamento de busca de saúde;
- Aconselhar/instruir o paciente.

5.1.10.2. Intervenções gerais de enfermagem referente à imunização da pessoa idosa:

Identificar e conhecer as percepções e medos do idoso e de seus familiares sobre a vacina e possíveis reações adversas;

Monitorar situação vacinal do idoso;

Realizar busca ativa de faltosos, e acamados/domiciliados;

Orientar idosos e familiares sobre a importância do cartão de vacinas atualizado;

Nas campanhas de vacina, orientar os idosos e utilizar estratégias que estimulem a adesão;

Orientar e capacitar a equipe sobre o tema e como acolher o idoso e seus familiares durante a vacinação.

6. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

6.1. Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM), mais conhecido popularmente como “diabetes”, é uma doença crônica e de potencial gravidade, que ocorre quando se mantém níveis elevados de glicose na corrente sanguínea, pois há um comprometimento no organismo em metabolizá-la de forma adequada, seja por não produzir insulina ou produzir quantidade insuficiente da mesma, ou também quando a produz, porém há uma resistência sistêmica a sua ação (SBD, 2023).

A insulina é um hormônio essencial produzido no pâncreas, pelas células beta, localizadas nas ilhotas de Langerhans. Ela permite que a glicose

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

101

da corrente sanguínea entre nas células, onde é convertida em energia ou armazenada. A insulina é também essencial para o metabolismo de proteínas e gorduras. A falta de insulina, ou a incapacidade das células para responder a ela, leva a altos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia), que é o indicador clínico da existência da doença (SBD, 2023).

A manutenção da hiperglicemia, se não for controlada adequadamente em longo prazo, pode causar danos a diversos órgãos do corpo, levando ao surgimento de complicações crônicas da doença, como doenças cardiovasculares (DCV), danos nos nervos (neuropatia), danos nos rins (nefropatia), amputação de membros inferiores e doença ocular (afetando principalmente a retina), resultando em perda visual e mesmo cegueira. No entanto, se o controle adequado do diabetes é alcançado, essas complicações graves podem ser adiadas ou totalmente evitadas (SBD, 2023)



Quadro 4 - Classificação das principais formas clínicas do Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus Tipo 1	Destruição autoimune de células beta pancreáticas e deficiência de insulina. Apresentação, geralmente, abrupta; É mais comum em crianças e adolescentes; Caracterizado pela deficiência grave de insulina devido ao processo de destruição das células beta (produtora de insulina no pâncreas), associada à autoimunidade; Propensão à cetose e cetoacidose; Necessidade de insulinoterapia plena, desde o diagnóstico ou após curto período.
Diabetes Mellitus Tipo 2	Resistência periférica a ação da insulina com posterior deficiência parcial de secreção de insulina pelas células beta pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas; Início insidioso; Pode permanecer assintomático por longos períodos; Frequentemente, associado à obesidade e ao envelhecimento. Cetoacidose é mais rara de ocorrer e, quando presente, está associada a situações de estresse ou infecções graves; Apresenta, frequentemente, características clínicas associadas à resistência à insulina, como acantose nigricans e hipertrigliceridemia.
Diabetes Gestacional	Estado de hiperglicemia diagnosticado pela primeira vez na gestação, na ausência de critérios diagnósticos de DM* prévio. Para maiores informações sobre diabetes gestacional, leia o Protocolo de Atenção ao Parto e Nascimento.

Fonte: SBD, 2022.

Quadro 5 - Sintomatologia, complicações e comorbidades associadas ao Diabetes Mellitus.

Sintomas clássicos de Hiperglicemia	Poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso
Complicações e comorbidades	Retinopatia diabética, neuropatia, neuropatia periférica diabética, doença renal do diabetes, dislipidemia, pé diabético, doença hepática, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica.

Fonte: SBD, 2022.

O rastreamento do Diabetes Mellitus, tipo 2, deve ser realizado para todos os indivíduos a partir de 45 anos, com ou sem fatores de risco, e para indivíduos com sobrepeso ou obesidade que apresentem fator de risco para DM* tipo 2 (SBD, 2022).

São fatores de risco (FR), segundo a SBD (2022):

Sedentarismo;

História familiar de DM* tipo 2, em parente de primeiro grau;

Hipertensão arterial, história de doenças cardiovasculares;

Dislipidemia, hipertrigliceridemia ($HDL^{**} < 35 \text{ mg/dL}$ e/ou triglicérides $> 250 \text{ mg/dL}$);

História de DM gestacional;

Outros (mulheres com síndrome dos ovários policísticos e outras condições clínicas associadas à resistência insulínica como acantose nigricans).

A avaliação deverá ser considerada em período regular de 3 anos ou sempre que houver necessidade em decorrência das mudanças de FR.

A avaliação diagnóstica esta balizada em critérios de normoglicemia, pré diabetes e DM, conforme figura 10.

104

Figura 10 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e pré-diabetes

Critérios	Normal	Pré-DM	DM2
Glicemia de jejum (mg/dl)*	< 100	100 a < 126	≥ 126
Glicemia ao acaso (mg/dl)	-	-	≥ 200
Glicemia duas horas após TOTG (mg/dl)**	< 140	140 a < 200	≥ 200
HbA1c(%)	< 5,7	5,7 a < 6,5	≥ 6,5

Fonte: SBD, 2023.

DM2: diabetes tipo 2; GJ: glicemia de jejum; TOTG: teste de tolerância oral à glicose; HbA1c: hemoglobina glicada.

*Considera-se como jejum a cessação de ingestão calórica por ≥ 8 horas.

** Carga oral equivalente a 75g de glicose anidra diluída em água (SBD, 2023).

Vale lembrar que, se o paciente já tem ao menos 1 resultado de glicemia aumentado, não é indicado a realização do teste de tolerância a glicose, já que o paciente é exposto a uma sobrecarga glicêmica (SMS SÃO PAULO^{1,2}, 2020).

Após diagnóstico, é necessário fazer a melhor escolha terapêutica, para além dos recursos de mudança de estilo de vida. Para tanto, o quadro 6 apresenta os recursos disponíveis no SUS.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

147

105

Quadro 6 - Principais antidiabéticos orais disponíveis no SUS

Classe	Denominação	Apresentação	Efeitos adversos importantes
Biguanidas	Metformina	500mg ou 850mg	Diarreia, náuseas, deficiência de vitamina B12, acidose láctica em pacientes com Insuficiência Renal Crônica.
Sulfonilureias	Glibenclamida Glicazida	5mg 30mg ou 60mg	Ganho de peso e hipoglicemia (Obs.: Gliclazida MR tem menor risco de hipoglicemia).
Inibidor DPP4	Vidagliptina	50mg	
SGLT2	Dapagliflozina* (alto-custo)	5 e 10 mg	Infecção geniturinária, cetoacidose (rara), depleção de volume, gangrena de Fournier (rara).

Fonte: SBD, 2023.

*Medicação disponível em farmácia de alto custo para paciente acima de 65 anos com doenças cardiovasculares associadas (farmácia popular disponibiliza para os mesmos pacientes com custo reduzido).

Ademais, importante destacar que medicamentos injetáveis podem auxiliar no controle da doença, conforme quando 7.

Quadro 7 - Farmacocinética das insulinas.

INSULINA	INÍCIO DA AÇÃO	PICO DA AÇÃO	DURAÇÃO	POSOLOGIA	ASPECTO
Regular	30-60min	2-3h	5-8h	30-60min antes das refeições	Cristalino
NPH	2-4h	4-10h	10-18h	1-3x/dia (recomendar dose noturna até 22h)	Turvo/Leitosa (requer homogeneização)

Fonte: SBD, 2023.

6.1.2. Aspectos básicos da terapia nutricional

O trabalho de conhecimento e autocontrole do diabetes facilita o cuidado com a doença. Cabe as equipes de saúde, o apoio no auto

106

emagrecimento, na resolutividade de problemas e na segurança em tomadas de iniciativa, juntamente com melhorias na qualidade de vida e na relação saúde/doença/paciente (SBD, 2022).

É preciso conhecer o paciente, a situação sócio demográfica e seus hábitos para ajudá-lo na construção de hábitos mais saudáveis e autocuidado. O grau de alfabetização do paciente tem grande relevância no processo de entendimento e evolução (SBD, 2022).

Indivíduos com DM e seus familiares, devem ser inseridos em programas de educação nutricional desde o diagnóstico, com abordagem sobre a importância do autocuidado e da independência quanto as decisões e atitudes ligadas à alimentação e ao controle metabólico (SBD, 2022).

6.1.3. Intervenções para prática de atividade física.

A atividade física é um dos pilares do tratamento do diabetes. Assim, o combate ao sedentarismo tem impacto bastante significativo, tanto na melhora do controle glicêmico, quanto na melhora de certas comorbidades, como excesso de peso, hipertensão arterial, dislipidemia, entre outras (SBD, 2022).

A atividade física é um dos pilares do tratamento do diabetes e da vida saudável. Todo profissional de saúde precisa ter como prioridades a promoção da prática regular de exercícios físicos e o combate ao sedentarismo. Todos os pacientes com diabetes devem praticar exercício físico aeróbico/resistido, de acordo com a capacidade/necessidade (SBD, 2022).

Para indivíduos que pretendem iniciar exercício físico de baixa intensidade, como caminhadas, de modo geral, não há necessidade de teste ergométrico de rotina, já que não existe evidência de benefício; ademais, essa exigência pode ser uma barreira para a participação (SBD, 2022).

Para indivíduos com maior risco/suspeita de complicações crônicas, tanto micro quanto macro vasculares, é obrigatória uma avaliação prévia para identificar complicações e prevenir lesões decorrentes do exercício físico (SBD, 2022).

De maneira geral, recomenda-se o teste ergométrico nas seguintes condições (SMS SÃO PAULO^{1,2}, 2020):

- Idade superior a 40 anos;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

149

107

- Idade superior a 30 anos e presença de um fator de risco cardiovascular adicional;
- Diagnóstico de DM2 há mais de 10 anos e DM1 há mais de 15 anos;
- Hipertensão arterial;
- Dislipidemia;
- Tabagismo;
- Retinopatia proliferativa;
- Nefropatia;
- Doença vascular periférica;
- Neuropatia autonômica;
- Doença cardiovascular suspeita ou diagnosticada.

Neste protocolo, em conformidade com as diretrizes da SBD, sugere-se uma proposta de atividade física em conformidade como quadro 8.

Quadro 7 - Esquema de atividade física

EXERCÍCIO AERÓBICO		
Definição e frequência recomendada	Intensidade	Exemplos
Definição: movimentos repetitivos, rítmicos e continuados de um mesmo grande grupo muscular por, pelo menos, 10 minutos. Frequência recomendada: mínimo 150 minutos por semana (ou seja, intensidade moderada)	Moderada 50 a 70% do FC	Ciclismo Caminhadas vigorosas Natação continuada Dança Hidroginástica
	Vigorosa >70% do FC	Caminhadas vigorosas em subida Corrida Ginástica aeróbica Basquete Natação rápida Dança vigorosa/rápida
EXERCÍCIO RESISTIDO		
Definição e frequência recomendada	Intensidade	Exemplos
Definição: exercício de curta duração envolvendo uso de peso, aparelhos de musculação ou, ainda, bandas elásticas com o objetivo de aumentar a força e a resistência	Iniciar por uma série com peso, assegurando 15 a 20 repetições bem executadas. Progredir para duas séries, diminuindo o número de repetições para 10 a 15, com leve aumento da	Exercícios com pesos manuais Exercícios em máquinas de musculação

108

musculares Frequência recomendada: 3x por semana	carga(peso). Progridir para 3 séries de oito repetições, com aumento da carga, assegurando sempre a boa execução do exercício.	
---	--	--

Fonte: SBD, 2022.

6.1.4. Intervenções para os cuidados com a pele, pernas e pés

- Orientar a pessoa para examinar a pele diariamente, principalmente pés e mãos e, se necessário, utilizar um espelho;
- Observar quanto à alteração de coloração, sensibilidade e aparecimento de lesões nos pés ou pernas;
- Orientar sobre o uso de calçados adequados, evitando sapatos apertados ou muito largos, para prevenir o surgimento de lesões. Usar calçados sempre com meias (preferencialmente, de algodão e sem elástico) e dar preferência aos com solados mais macios;
- Orientar sobre evitar andar com os pés descalços, mesmo que em casa;
- Orientar sobre a limpeza diária e adequada dos pés e mãos, evitando água quente e mantendo os pés completamente secos, especialmente entre os dedos;
- Orientar sobre a necessidade de hidratar pés, pernas e todo o corpo
- Orientar sobre o corte de unhas, de forma reta, horizontalmente, sem retirar os cantos de unhas;
- Orientar para que a pessoa, jamais, tente retirar calos ou rachaduras ou unhas encravadas sozinhos (BRASIL, 2013).

Tratamento (DOURADOS, 2021):

Dor neuropática:

Paracetamol 750 mg comprimido: Prescrever 1 (um) comprimido de 6/6 horas via oral. Não exceder o uso por mais de 5 (cinco) dias.

Ibuprofeno 50mg/ml: Prescrever 40 gotas de 8/8 horas via oral, em caso de dor, sem alívio satisfatório com Paracetamol. Tempo de tratamento: 5 dias.

109

Infecção Fúngica (Tineapedis):

Fluconazol 150mg comprimido: Prescrever 1 (uma) cápsula 1x/semana via oral, durante 1 a 4 semanas. Discutir com SMS, medicamento disponível no Programa DST- Aids.

6.1.5. Intervenções para monitorização de complicações crônicas.

Todo paciente deve ser rotineiramente avaliado para diagnóstico precoce de possíveis complicações relacionadas à doença base, conforme quadro 9.

Quadro 8 - Estratificação de risco para DM.

Complicação Crônica	Tipo de DM	Tipo de exame	Periodicidade
Oftalmopatia diabética	DM1	Fundo de Olho	Anual, a partir de 5 anos do diagnóstico.
	DM2		Anual, desde o diagnóstico.
Neuropatia diabética	DM1	Exame neurológico dos pés	Anual, a partir de 5 anos do diagnóstico.
	DM2		Anual, desde o diagnóstico.
Nefropatia Diabética	DM1	Microalbuminúria	Anual, a partir de 5 anos do diagnóstico.
	DM2		Anual, desde o diagnóstico.
Doença Coronariana	DM1	ECG de repouso	Anual, a partir de 5 anos do diagnóstico.
	DM2		Anual, desde o diagnóstico.

Fonte: SBD, 2023.

6.1.6. Monitorização da glicemia capilar

Indivíduos com diabetes podem fazer automonitorização diária da glicemia capilar, desde que tenham sido orientados e tenham os insumos.

Aqueles que fazem uso de insulina requerem um acompanhamento e controle da glicemia mais rígido. No Brasil, a LEI Nº 12.401, DE 28 DE ABRIL DE 2011 dispõe sobre a dispensação de insumos para usuários portadores de Diabetes Mellitus em uso obrigatório de insulina. A frequência de aferição de glicemia diária varia, a depender do tipo de Diabetes (SBD, 2022):

110

Indivíduos com DM tipo 1 insulino dependentes devem ser orientados a aferir a glicemia capilar de três a quatro vezes por dia (glicemia de jejum ou pré-prandial, glicemia pós-prandial, ao deitar-se e na madrugada).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022), há pouca evidência sobre a quantidade de testes necessários para indivíduos com DM tipo 2, em uso de insulina ou de antidiabéticos orais. Porém, estes indivíduos, também, podem ser orientados a aferir a glicemia capilar ao menos três vezes por semana, variando os horários (glicemia de jejum e pós-prandial)

6.1.7. Cuidados com a utilização da insulina/transporte/conservação (BRASIL, 2023).

6.1.7.1. Intervenções de Enfermagem sobre os cuidados no preparo da insulina antes da administração:

Orientar sobre prazo de validade e os aspectos da insulina, antes de iniciar o preparo. Registrar a abertura do frasco;

Quando em temperatura ambiente, evitar exposição ao sol, ou lugares com extremos de temperatura;

Atenção: Não armazenar no congelador ou próximo a ele, não guardar na porta do refrigerador, por fim, acondicionar nas prateleiras do meio/baixo;

Orientar para a realização da higienização adequada das mãos;

Orientar sobre a realização da higienização da borracha do frasco de insulina (caso não seja caneta);

Orientar a pessoa a homogeneizar a insulina (no caso da NPH), rolando gentilmente o frasco de insulina entre as mãos para misturá-la, de 10 a 20 vezes, antes de aspirar seu conteúdo;

Orientar que, em caso de combinação de dois tipos de insulina, aspirar primeiro a insulina regular e em seguida, aspirar a insulina NPH;

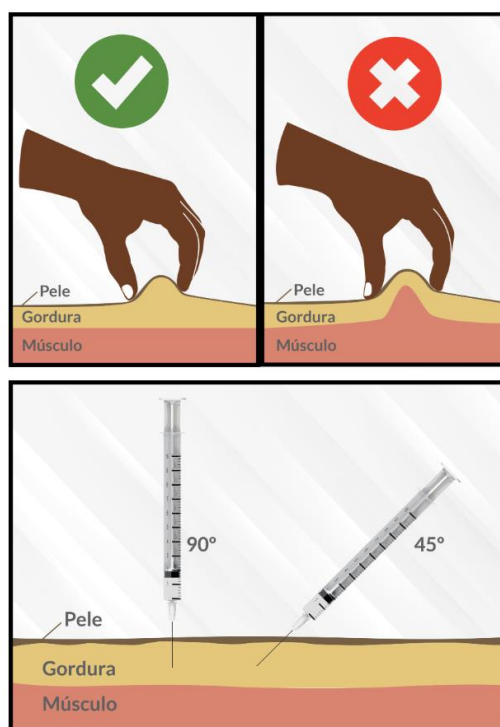
Orientar que caso a insulina estiver armazenada na geladeira, após realizar o preparo da seringa, a pessoa deve deixar a seringa em temperatura ambiente, por aproximadamente 20 minutos antes de administrar, para minimizar os riscos de lesão no tecido subcutâneo;

Não é recomendado a reutilização de agulhas e seringas.

111

Prega cutânea deve ser realizada com cautela para que não seja administrada por via intramuscular, conforme figura 11. Após a aplicação, manter a prega por 5 segundos para seringas e 10 segundos para canetas. Ainda, o ângulo da agulha a depender de seu tamanho deverá ser de 90° ou 60°, conforme figura 12 (BRASIL, 2023).

Figura 11 - Prega cutânea para aplicação de insulina SC e angulação da agulha.



Fonte: BRASIL, 2023.

112

Figura 12 - Cuidados com a agulha e angulação.

Agulha (comprimento em mm)	Prega subcutânea	Ângulo de inserção da agulha/th>	Observações importantes
4 mm	Dispensável	90º	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
5 mm	Dispensável	90º	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
6 mm	Indispensável	90º para adultos	Estabelecer ângulo de 45º em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, para evitar aplicação IM

Fonte: BRASIL, 2023.

Figura 13 - Condições de armazenamento da insulina.

Conservação da insulina*

Apresentação da insulina	Temperatura	Validade
Insulina lacrada	Sob refrigeração, entre 2 e 8°C	2 a 3 anos a partir da data de fabricação
Insulina em uso - Frasco - Caneta descartável em uso	Sob refrigeração, entre 2 e 8°C Temperatura ambiente até 30°C	4 a 8 semanas após a data de abertura e o início de uso
Insulina em uso - Caneta recarregável contendo refil	Temperatura ambiente até 30°C	4 a 8 semanas após a data de abertura e o início de uso

*Ver orientação dos fabricantes

Fonte: MS, 2023.

Observação: embora as canetas não sejam distribuídas de rotina pelo SUS, eventualmente a unidade de saúde poderá assumir o cuidado de

113

pacientes em uso deste recurso, para tanto a importância deste cuidado sobre o armazenamento.

O transporte doméstico de insulina deve ser realizado em embalagem comum, livre de altas temperaturas, quando realizada em caixas térmicas ou isopor, não deverá entrar em contato direto com o gelo (BRASIL, 2023).

Em casos de viagem, deverá ser transportado na bagagem de mão. Ainda, neste caso para evitar incidentes, levar insumos a mais (BRASIL, 2023).

6.1.7.2. Intervenções de Enfermagem sobre a técnica de aplicação de insulina:

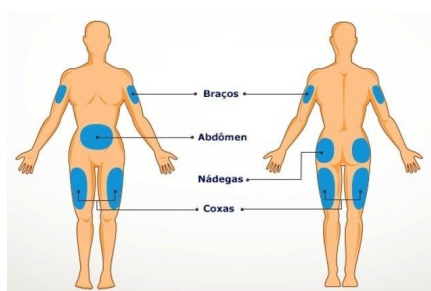
Orientar sobre a escolha do local para aplicar a insulina. Neste momento, é necessário que o(a) enfermeiro(a) oriente sobre a necessidade da realização de rodízio dos locais de aplicação de insulina, a fim de evitar a Lipodistrofia e garantir melhor absorção. Porém, o rodízio não deve ser realizado de forma indiscriminada, porque pode causar uma variabilidade importante na absorção, dificultando o controle glicêmico (BRASIL, 2023).

Deste modo, deve-se orientar o paciente a esgotar as possibilidades de aplicação em uma mesma região, distanciando as aplicações, em aproximadamente 2 cm uma da outra (BRASIL, 2023).

A cada região atribui-se uma velocidade de absorção, sendo maior no abdômen, seguido dos braços, coxas e nádegas (BRASIL, 2023).

Todos os locais de aplicação devem ser avaliados durante a consulta pelo enfermeiro, avaliando a quantidade de gordura corporal e rotina de aplicação pelo paciente, conforme demonstra figura 14.

Figura 14 - Locais de aplicação de insulina.



Fonte: Internet, 2023.

6.1.7.3. Descarte de material perfuro-cortante

Descartar os insumos em coletores específicos e, quando não disponíveis, utilizar recipiente rígido à prova de perfuração. No Brasil, o descarte de resíduos é regulamentado por diretrizes técnicas e legais específicas. O descarte seguro de perfurocortantes deve ser ensinado aos pacientes e cuidadores desde o início da terapia com insulina e reforçado durante todo o tratamento (SBD, 2020).

De acordo com a orientação dos fabricantes e da Sociedade Brasileira de Diabetes, as seringas, agulhas e demais insumos descartáveis para a aplicação de insulina não devem ser reutilizados (SBD, 2020).

Quanto ao descarte, é fundamental orientar que agulhas, seringas e lancetas não devem ser descartadas no lixo domiciliar. Uma das razões é que os próprios usuários, outras pessoas que convivem na mesma casa, ou mesmo, os coletores de lixo, podem se machucar. Outra razão é a possibilidade de transmissão de doenças (SBD, 2020).

Orientar a pessoa para que providencie um recipiente com características semelhantes ao coletor de perfuro cortante utilizado nos serviços de saúde, ou seja, um coletor que seja de um material inquebrável, com paredes resistentes à perfuração, com uma única abertura larga na parte superior e com uma tampa. Posteriormente, o coletor deverá ser entregue em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), próximo a residência da pessoa, para tratamento e destino corretos (SBD, 2020).

Em síntese, a equipe de saúde deverá seguir as diretrizes propostas pelo presente protocolo e ainda, vale destacar as principais recomendações da SBD (2020), conforme quadro 09.

Quadro 9 - Recomendações terapêuticas no manejo da DM.

R1 – É RECOMENDADO utilizar como critério de diagnóstico de DM: glicemia plasmática de jejum ≥ 126 mg/dl, glicemia duas horas após sobrecarga de 75g de glicose anidra ≥ 200 mg/dl, HbA1c $\geq 6,5\%$. São necessários dois exames alterados para confirmação diagnóstica. Se somente um exame estiver alterado, recomenda-se que este seja repetido para confirmação.
R2 – Na presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia, é recomendado que o diagnóstico seja realizado por meio de glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl.
R3 – Deve ser considerado que, se houver glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl e HbA1c $\geq 6,5\%$ numa mesma amostra de sangue, o diagnóstico de DM seja

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

157

115

estabelecido.
R4 – É RECOMENDADO sempre considerar fatores clínicos e interferentes laboratoriais na interpretação dos resultados dos exames solicitados para diagnóstico de DM e pré-diabetes.
R5 – O rastreamento É RECOMENDADO para todos indivíduos com 45 anos ou mais, mesmo sem fatores de risco, e para indivíduos com sobrepeso/obesidade que tenham pelo menos um fator de risco adicional para DM2.
R6 – Repetição do rastreamento de DM e pré-diabetes DEVE SER CONSIDERADA em intervalos de, no mínimo, três anos. Intervalos mais curtos podem ser adotados caso ocorra ganho de peso acelerado ou mudança em fatores de risco
R7 – Em adultos com mais de um fator de risco para DM2, DEVE SER CONSIDERADO repetir o rastreamento laboratorial para DM2 em intervalo não superior a 12 meses.
R8 – É RECOMENDADO rastreamento nos pacientes que apresentem doenças associadas a diabetes secundário, como endocrinopatias e doenças pancreáticas, ou com condições freqüentemente associadas a DM, como infecção por HIV, doença periodontal e esteatose hepática.
R9 – Recomenda-se que pacientes que irão iniciar medicações com potencial efeito hiperglicemiante, como glicocorticoides ou antipsicóticos, sejam rastreados para diabetes antes e após o início do tratamento.
R10 – É RECOMENDADO realizar triagem para DM 2 em crianças e adolescentes ≥ 10 anos de idade ou após início da puberdade com sobrepeso ou obesidade e com pelo menos um fator de risco para DM2.
Fonte: SBD, 2021.

6.1.7.4. Orientações para controle glicêmico em domicílio.

O usuário deverá ser orientado a seguir os passos abaixo:

Realizar, pelo menos 2 aferições ao dia, priorizando medir o antes e depois da mesma refeição. Por exemplo, um dia faz o antes e 2 horas após o café, no outro dia, o antes e o 2 horas após o almoço, e assim por diante, sempre alternando entre as refeições.

Caso apresente algum mal-estar ou sintoma de hipoglicemia, sempre medir o hemoglucoteste (HGT) e anotar na folha, mesmo que fora do horário proposto para aquele dia.

Se estiver com sono agitado, pesadelo ou sudorese noturna, aferir o HGT na madrugada e anotar (SBD, 2023).

Sempre levar esta folha nas consultas. Esse é um instrumento fundamental para o ajuste de suas medicações de forma mais adequada.

Se aferir a pressão arterial, fazer anotação na coluna indicada, conforme quadro 11.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

158

116

Quadro 10 - Modelo de monitoramento de glicemia capilar.

DATA	JEIUM	2 APÓS CAFÉ DA MANHÃ	ANTES ALMOÇO	2H APÓS ALMOÇO	ANTES JANTAR	2H APÓS JANTAR	MADRUGADA	PRESSÃO ARTERIAL

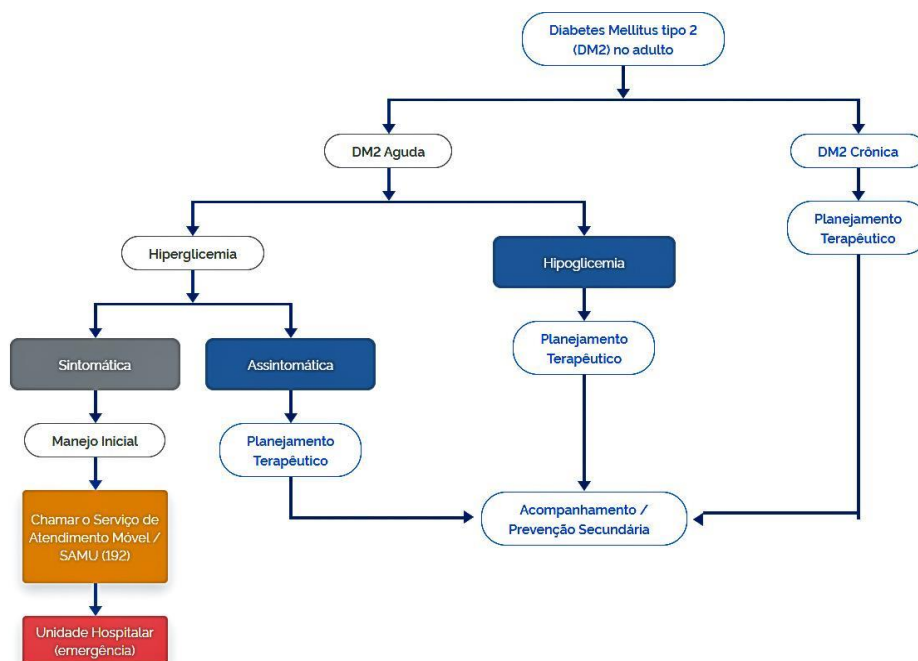
Após o exposto, considerando a importância desta temática, cabe destacar que para além das informações relacionadas a conceitos, valores de referências, orientações de promoção e prevenção. A APS tem importante papel no manejo da glicemia, haja vista que, este serviço é dotado de uma capacidade de resolutividade de 85% das condições de saúde de sua população adscrita (FIOCRUZ, 2011).

Para tanto, este protocolo contempla algumas diretrizes para o manejo na APS.

O fluxograma 15 traz considerações relevantes acerca dos valores glicêmicos (BRASIL, 2023).

117

Fluxograma 14 - Manejo de alteração glicêmica na APS.



Fonte: BRASIL, 2023.

6.2. Manejo de Hiperglicemia na APS

6.2.1. Hiperglicemia sintomática

Na glicemia aleatória ≥ 250 mg/dl, observar os seguintes sinais ou sintomas: cetonúria positiva, poliúria, polidipsia, perda ponderal, taquipneia, náuseas/vômitos, dor abdominal, desidratação, alteração do nível de consciência (BRASIL, 2023).

Ao exame físico o indivíduo pode apresentar em situações graves a respiração tipo Kussmaul, conforme figura 15. Ainda, poderá ser observado: pele seca e fria, língua seca, hipotonia dos globos oculares e muscular;

118

extremidades frias, agitação, rubor facial, aumento da frequência cardíaca e hipotensão que pode evoluir para choque hipovolêmico.

Figura 15 - Demonstração gráfica da respiração tipo Kussmaul.



Fonte: Internet, 2023.

Manejo inicial:

Acomodar o paciente em local calmo e tranquilo;

Acionar o Serviço de Atendimento Móvel / SAMU (192);

Verificar a glicemia capilar, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio;

Obter acesso venoso calibroso;

Iniciar infusão endovenosa de solução salina 0,9% a 1-1,5 L/hora (15-20 ml/kg/hora na primeira hora);

Registrar em prontuário: horário da chegada e primeiros sinais vitais, bem como horário de início da ressuscitação volêmica para seguimento do tratamento no próximo ponto de atenção;

Manter o paciente em repouso e em jejum;

Devem ser considerados fatores precipitantes de descompensação: diabetes mellitus desconhecido, desidratação, infecções (respiratória, urinária, celulite, etc.), uso incorreto de insulina ou hipoglicemiantes, uso de insulina armazenada incorretamente, medicamentos: corticoides, interferon, glifozinas (inibidores do sglT2), fenitoína, gravidez, abuso de substâncias: álcool, cocaína, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, tromboembolismo pulmonar, pancreatite aguda, traumatismo, queimadura, cirurgia (BRASIL, 2023).

119

6.2.1.2. Hiperglicemia assintomática

Usuário com Glicemia ≥ 250 mg/dl, sem outros sintomas, usualmente glicemia ≤ 600 mg/dl, e sem sinais de acidose ou hiperosmolaridade (BRASIL, 2023).

Manejo Inicial:

Acomodar o paciente em local calmo e tranquilo;

Verificar a glicemia capilar, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio;

Questionar sobre a glicemia usual do paciente e avaliar possíveis fatores precipitantes de descompensação hiperglicêmica, tais como: diabetes mellitus desconhecido, desidratação, infecções (respiratória, urinária, celulite, etc.), uso incorreto de insulina ou hipoglicemiantes, uso de insulina armazenada incorretamente, medicamentos: corticoides, interferon, glifozinas (inibidores do sglT2), fenitoína, gravidez, abuso de substâncias psicoativas, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, tromboembolismo pulmonar, pancreatite aguda, traumatismo, queimadura, cirurgia (BRASIL, 2023).

Caso a causa seja algum dos critérios de descompensação e que não coloque o indivíduo em situação de risco, o profissional de saúde deve:

Avaliar adesão ao tratamento;

Facilitar tratamento anti-hiperglicêmico: iniciar/ajustar insulina e/ou hipoglicemiantes;

Monitorar da glicemia capilar (BRASIL, 2023).

Em caso de descompensação com risco de morte (BRASIL, 2023)

Acionar Serviço de atendimento móvel/SAMU (192);

Transferência para serviço de urgência e emergência.

Para tanto, na iminência de quadros de descompensação, após o quadro se estabilizar é importante a equipe traçar um plano de orientação e reavaliação do usuário, por meio de medidas que se seguem:

Desvelar o fator precipitante que desencadeou a hiperglicemia para minimizar novos episódios;

Revisitar as orientações sobre a terapêutica e a compreensão do paciente e seus cuidadores, em que pese tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida, como por exemplo, preenchimento adequado da

120

automonitorização, metas glicêmicas, cuidados com insulinoterapia e/ou antidiabéticos orais, atividade física, orientações nutricionais, dentre outras que forem cabíveis;

Fortalecer o reconhecimento de sinais de hiperglicemia (Poliúria, polidipsia, desidratação, dor abdominal, rubor facial, hálito cetônico, náuseas, vômitos, sonolência);

Retorno em 7 dias para reavaliação na Unidade de Saúde

6.3. Hipoglicemia

Para além dos níveis elevados de glicemia, há que se atentar para quadros de hipoglicemia, que podem trazer prejuízos à saúde do usuário, sendo assim, os profissionais precisam ter claro os valores de referência e qual o melhor manejo em cada situação apresentada (BRASIL, 2023). A figura 16 demonstra os três principais níveis de glicemia e uma proposta de abordagem.

Figura 16 - Principais níveis de Hipoglicemia.

Nível	Glicemia	Descrição
Nível 1 Alerta de Hipoglicemia	= ou < 70 mg/dL (3,9 mmol/L)	Suficientemente baixa para tratamento com carboidrato de ação rápida e dose de ajuste de terapia de redução de glicose
Nível 2 Hipoglicemia clinicamente significativa	< 54 mg/dL (3,0 mmol/L)	Suficientemente baixa para indicar hipoglicemia grave e clinicamente importante
Nível 3 Hipoglicemia Severa	Nenhum limiar de glicose específico	Hipoglicemia associada a comprometimento cognitivo grave que requer assistência externa para recuperação

Fonte: (BRASIL, 2023).

Sinais e sintomas sugestivos de hipoglicemia: fome repentina, cansaço, sudorese excessiva, visão turva, cefaléia, taquicardia, dormência nos lábios e língua, mudança de humor e de comportamento, confusão, convulsões, coma.

Manejo Inicial:

Acomodar o paciente em local calmo e tranquilo;

Verificar a glicemia capilar; pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio;

Avaliar nível de consciência, por meio da escala de coma de Glasgow, conforme figura 17.

121

Figura 17 - Escala de coma de Glasgow.

 Abertura Ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
 Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma	5 4 3 2 1
 Resposta Motora	Obedece a comandos Localiza a dor Movimentos de retirada Flexão normal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1
 Resposta Pupilar	Nenhuma Apenas uma reage ao estímulo luminoso Reação bilateral ao estímulo	2 1 0

Fonte: (BRASIL, 2023).

Importante buscar informações acerca do quadro apresentado: perguntar os valores usuais de glicemia, questionar situações que possam desencadear a hipoglicemia (alimentação insuficiente ou omissão de horário, atividade física em excesso ou não programada, ou erros de medicação antidiabética) (BRASIL, 2023).

Tratamento:

Paciente consciente e alimentando-se: Administrar 30 g de carboidrato de absorção rápida (30 ml de soro glicosado a 50%). Repetir a glicemia capilar após 15 minutos; se não houve reversão, repetir o processo (BRASIL, 2023).

Após a correção imediata é necessário oferecer alimento, se possível.

Paciente inconsciente: Administrar 30 ml de glicose 50%, diluídos em 100 mL de SF 0,9% via endovenosa em acesso calibroso. Se sem condições de acesso, colocar 15 g de carboidrato de absorção rápida embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha (BRASIL, 2023).

Repetir a glicemia capilar em 5 minutos e, se não houve recuperação, o procedimento deve ser repetido. Manter o paciente em observação em uma hora e repetir glicemia capilar. Considerar encaminhar para um serviço de emergência se motivo da hipoglicemia foi administração de dose maior de insulina, e episódios de hipoglicemia se mantiverem (BRASIL, 2023).

122

Atenção à permeabilidade do acesso venoso, o extravasamento da solução de glicose hipertônica pode causar lesões cutâneas e/ou de partes moles, flebite, isquemia ou até síndrome compartimental (BRASIL, 2023).

Metas terapêuticas imediatas: glicemia maior que 70 mg/dl, recuperação do nível de consciência e melhora dos sinais e sintomas. (BRASIL, 2023).

Após estabilização do quadro, proceder com o plano de orientação e reavaliação:

Pacientes em uso de sulfonilureias devem ser observados por 24h para detectar possível recorrência, orientar sinais e sintomas;

Avaliar as possíveis causas e traçar estratégias com o paciente para minimizar os riscos de recorrência;

Reavaliar o processo de ensino-aprendizagem do usuário em relação a adesão medicamentosa e mudança de estilo de vida (MEV);

Oferecer instruções por escrito (quando oportuno) de como agir frente a quadros hiperglicêmicos,

Reforce os sinais de hipoglicemia e forneça orientações por escrito sobre como agir;

Validar junto ao usuário os sinais precoces como sudorese, cefaléia, palpitação, tremores ou uma sensação desagradável de apreensão;

Recomenda-se tratamento imediato, com pequena dose de carboidrato simples de absorção rápida (ex. uma colher de sopa de açúcar, 1 copo de refrigerante comum ou bebida açucarada) repetindo-a em 15 minutos, se necessário;

Na impossibilidade de deglutição, pode-se colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e levar o paciente imediatamente ao serviço de saúde;

Retorno em 7 dias para reavaliação na Unidade de Saúde;

Planejamento da assistência (BRASIL, 2023)

Trabalhar sempre que possível com cuidados individuais e ter a família e/ou cuidadores envolvidos no processo;

Orientar sobre processo saúde e doença;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

165

123

Estratificar risco, conforme protocolo;

Avaliar e solicitar exames conforme estratificação de risco, conforme figura 18;

Apoiar metas terapêuticas em conjunto com equipe multiprofissional (equipe + NASF);

Monitorar medicamentos em uso (indicação, doses, horários, possíveis interações, efeitos desejados e colaterais)

Incentivar e apoiar MEV;

Auxiliar na manutenção de peso;

Avaliar e detectar precocemente complicações, facilitando abordagem o mais breve possível;

Evidenciar as complicações de diabetes e avaliar necessidade de reabilitação e/ou outras medidas;

Destaca-se a importância de avaliação odontológica anual ou sempre que necessário;

Encaminhar/acompanhar a avaliação com cirurgião dentista anualmente

Analisar junto à equipe medidas de intervenção acompanhamento e controle dos regimes terapêuticos;

Ofertar e avaliar processo de cuidado;

Pactuar metas com o paciente e família;

Agendar retornos de acordo com a estratificação de risco;

Realizar busca ativa quando necessário.

124

Figura 18 - Estratificação de risco de pacientes diabéticos

RISCO	Critérios (Controle glicêmico – HbA1c -, complicações e capacidade para autocuidado*) Onde: HbA1c = hemoglobina glicosada
Baixo	Pré-diabetes: pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose.
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: • Controle metabólico (HbA1c < 7,5%) e pressórico adequados; • Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; • Sem complicações crônicas (micro ou microangiopatia).
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5% < HbA1c < 9%) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado).
Muito Alto (Gestão de caso)	Pessoa com DM diagnosticado e: • Mau controle metabólico (HbA1c > 9%) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios; • Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; • Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica; • Complicações crônicas graves – doença renal estágio 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção; • Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras); Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social.

Fonte: MS, 2013.

6.4. Diagnósticos de enfermagem, segundo CIPE

6.4.1. Risco de hipoglicemia

Intervenções de enfermagem:

- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia e as medidas para preveni-la;
- Monitorar regularmente os níveis de glicose no sangue do paciente;
- Orientar o paciente sobre o ajuste da dose de medicação conforme necessário;

125

- Instruir o paciente a ter uma fonte rápida de açúcar disponível em caso de hipoglicemia;
- Encorajar o paciente a seguir um plano de refeições regular e balanceado.

6.4.2. Risco de complicações cardiovasculares

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar a pressão arterial e a frequência cardíaca regularmente;
- Orientar o paciente sobre a importância de manter os níveis de colesterol e triglicerídeos dentro das faixas recomendadas;
- Promover a adesão a um plano de atividade física adequada às capacidades do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de tomar os medicamentos prescritos corretamente;
- Fornecer apoio emocional e encorajar a participação em grupos de apoio para pacientes com diabetes.

6.4.3. Risco de infecção

Intervenções de enfermagem:

- Educar o paciente sobre a importância de manter uma boa higiene pessoal, incluindo a lavagem adequada das mãos;
- Instruir o paciente sobre o cuidado apropriado dos pés, incluindo a inspeção diária;
- Promover a vacinação adequada, incluindo a vacinação contra a gripe e pneumonia;
- Monitorar regularmente a presença de lesões ou infecções cutâneas;
- Instruir o paciente sobre a importância de relatar qualquer sinal de infecção ao profissional de saúde.

6.4.4. Risco de neuropatia periférica

Intervenções de enfermagem:

126

- Instruir o paciente sobre a importância da inspeção regular dos pés para detectar quaisquer lesões;
- Promover um ambiente seguro para o paciente, reduzindo os riscos de quedas e lesões;
- Educar o paciente sobre a importância de controlar a glicemia e a pressão arterial;
- Instruir o paciente sobre técnicas de cuidado adequado dos pés;
- Encorajar o paciente a utilizar calçados adequados e confortáveis.

6.4.5. Risco de nefropatia diabética

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a função renal do paciente através de exames laboratoriais;
- Educar o paciente sobre a importância de controlar a pressão arterial e os níveis de glicose no sangue;
- Instruir o paciente sobre a necessidade de uma dieta balanceada e a restrição de sal;
- Promover a adesão.

6.4.6. Risco de lesão por pressão

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar regularmente a pele do paciente em busca de áreas de pressão;
- Orientar o paciente sobre a importância de mudar de posição frequentemente;
- Fornecer suporte adequado para ajudar a aliviar a pressão nas áreas de risco;
- Instruir o paciente sobre os sinais de alerta de úlceras de pressão e a importância de relatar qualquer alteração;
- Promover uma nutrição adequada para melhorar a saúde da pele e a cicatrização de feridas.

127

6.4.7. Risco de desequilíbrio nutricional: ingestão excessiva

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar a ingestão alimentar do paciente e identificar áreas de excesso;
- Educar o paciente sobre a importância de seguir um plano de refeições balanceado e controlado;
- Oferecer orientação nutricional individualizada, levando em consideração as preferências do paciente;
- Instruir o paciente sobre a leitura de rótulos de alimentos e o controle das porções;

Monitorar regularmente o peso e os níveis de glicose no sangue do paciente.

6.4.8. Risco de desequilíbrio nutricional: ingestão insuficiente

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar a ingestão alimentar do paciente e identificar áreas de deficiência;
- Instruir o paciente sobre a importância de seguir um plano de refeições regular e balanceado;
- Oferecer orientação nutricional individualizada, levando em consideração as necessidades do paciente;
- Incentivar o paciente a incluir alimentos saudáveis e ricos em nutrientes em sua dieta;
- Monitorar regularmente o peso e os níveis de glicose no sangue do paciente.

6.4.9. Risco de lesão por quedas

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar o ambiente do paciente em busca de possíveis riscos de quedas;
- Instruir o paciente sobre técnicas adequadas de mobilidade e o uso de dispositivos de auxílio, se necessário;
- Promover a organização do ambiente para facilitar a locomoção segura;

128

- Monitorar a função sensorial do paciente, incluindo visão e equilíbrio;
- Fornecer suporte emocional e encorajar a participação em programas de exercícios de equilíbrio.

6.4.10. Risco de déficit no autocuidado

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar as habilidades e conhecimentos de autocuidado do paciente;
- Fornecer educação e treinamento sobre o gerenciamento adequado do diabetes, incluindo a administração de medicamentos e o monitoramento da glicose no sangue;
- Encorajar a participação do paciente em grupos de apoio e programas de educação sobre diabetes;
- Desenvolver um plano de autocuidado personalizado com metas realistas.

6.4.11. Risco de distúrbios da visão

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a acuidade visual do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de realizar exames oftalmológicos regulares;
- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de complicações oculares relacionadas ao diabetes;
- Incentivar o uso de óculos corretivos, se necessário. e) Fornecer informações sobre estratégias de prevenção e manejo de complicações oculares.

6.4.12. Risco de alterações na pele

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar regularmente a integridade da pele do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância da higiene adequada da pele e do uso de hidratantes;

129

- Promover a educação sobre a prevenção e o tratamento de lesões cutâneas;
- Incentivar o paciente a relatar quaisquer alterações na pele, como ressecamento, feridas ou infecções;
- Colaborar com outros profissionais de saúde para avaliação e tratamento adequados das alterações cutâneas.

7. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS

Trata-se de uma doença crônica não transmissível, (DCNT) de aspecto multifatorial, sejam eles, ambientais, sociais, genéticos. Definida por elevação persistente da pressão arterial, sendo valores de referência para pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual 90mmHg. Destaca-se que as medidas devem ser realizadas em condições adequadas, com aparelho calibrado, e pelo menos duas ocasiões distintas, sem uso prévio de anti-hipertensivo (BARROSO, et. al., 2020).

A validação pode se dar por meio de medidas extra consultórios, tais como: a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Automedida da Pressão Arterial (AMPA) (BARROSO, et. al., 2020).

Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA), 2020:

Genética: embora sem uniformidade de dados, pode influenciar 30-50% nos valores pressóricos;

Idade: Devido ao enrijecimento progressivo e redução de complacência dos vasos, 65% dos idosos (acima de 60 anos) apresentam quadros hipertensivos;

Sexo: Em jovens, a incidência é mais elevada entre os homens, enquanto nas diferentes décadas de vida, as mulheres registram valores mais altos. Somente a partir dos 65 anos, a prevalência se iguala entre os sexos.

Etnia: fator de risco relevante, porém, há que se destacar que condições sócio econômicas podem ter maiores influencias;

130

Sobrepeso/obesidade/sedentarismo: tem relação direta com a elevação da PA assim como o sedentarismo, o IMC deverá ser considerado como sinal vital para predizer morbimortalidade;

Ingesta de sódio e potássio: sódio quando a ingestão média é superior a 2 g, o equivalente a 5 g de sal de cozinha, tem associação com doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral. Ao contrário do potássio que tem relação inversa.

Álcool: Prevalência aumentada em usuários que ingerem 6 ou mais doses de álcool/dia;

Fatores socioeconômicos: Pacientes com baixa escolaridade e condições inadequadas de habitação tem maiores riscos de desenvolver HAS.

Ainda, cabe destacar que, os fatores abaixo relacionados, tem importante papel no manejo de pacientes hipertensos: sexo masculino, idade (mulheres ≥ 65 a e homens ≥ 55 a), história de DCV prematura em parentes de primeiro grau, (mulheres ≤ 65 a e homens ≤ 55 a), tabagismo, dislipidemia, DM resistente à insulina, obesidade, doença renal crônica, síndrome metabólica (SMS SÃO PAULO^{1,2}, 2020).

A pressão arterial se manifesta em diversas formas, com sintomas variáveis, podendo em algumas situações ser silencioso, o que traz muita preocupação para os serviços de saúde. Ademais, é possível classificar a HAS em vários estágios, conforme figura 19.

Figura 19 - Classificação pressão arterial sistêmica.

Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Fonte: BARROSO, et.al, 2021.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

173

131

Ainda, o atendimento aos usuários hipertensos tem que seguir o fluxo em acordo com os riscos associados, sejam eles, risco cardiovascular adicional, e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo, consoante figura 20.

Figura 20 - Estratificação de Risco individual do paciente hipertenso.

	PAS 130 - 139mmHg ou PAD 85 - 89mmHg	HA Estágio 01 PAS 140 - 159mmHg ou PAD 90 - 99mmHg	HA Estágio 02 PAS 160 - 179mmHg ou PAD 100 - 109mmHg	HA Estágio 03 PAS ≥ 180mmHg ou PAD ≥ 110mmHg
Sem FR	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 FRs	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 FRs	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Legenda: FR = Fatores de risco

Fonte: SMS SÃO PAULO², 2021.

Cabe destacar que, os pacientes podem apresentar complicações levando à morbidades e/ou óbitos precoces, as quais estão detalhadas abaixo:

Figura 21 - Principais morbidades relacionadas a HAS.

Doença de apresentação precoce e tardia

Acidente vascular encefálico
Doença cardíaca coronariana
Insuficiência cardíaca
Morte cardiovascular

Doenças de apresentação tardia

Cardiomiopatia hipertensiva
Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada
Fibrilação atrial
Cardiopatía valvar
Síndromes aórticas
Doença arterial periférica
Doença renal crônica
Demências
Diabetes mellitus
Disfunção erétil

Fonte: BARROSO, et. al., 2021.

7.1. Preparo para aferição de pressão arterial, segundo SMS SÃO PAULO² (2021).

- Explicar o procedimento e dúvidas ao paciente;
- Deixar o cidadão em repouso de 3 a 5 minutos ambiente calmo.
- Não conversar durante a medição;
- Certificar-se de que o paciente **NÃO** apresenta estas condições: bexiga cheia; prática de exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingestão bebidas de alcoólicas, café ou alimentos há pelo menos 30 minutos; uso de cigarro nos 30 minutos anteriores;
- Posição: sentado, dois pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- Braço: altura do coração, apoiado, palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear;
- Para estimar a pressão sistólica, palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, depois, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente;
- Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos em diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser freqüente ou suspeita.
- Índice tornozelo braço (ITB), utilizado para identificar rigidez arterial em pacientes que tenham a doença arterial periférica que pode ter como desfecho, doença cardiovascular (BARROSO, et. al., 2021).

7.2. Técnica para aferição índice Tornozelo braço (ITB), segundo KAWAMURA (2008):

Trata-se de um recurso pioneiro, não invasivo, de fácil acesso e baixo custo que permite ao avaliador determinar os riscos de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) (AZIZI, 2015).

1) Paciente em decúbito dorsal horizontal em ambiente calmo e fresco (temperatura em torno de 25°C) em repouso por pelo menos cinco minutos;

2) Manguitos posicionados de forma confortável, ajustados nos braços, na mesma altura, acima do maléolo cubital com o "cuff" direcionado para o trajeto da artéria braquial de cada lado;

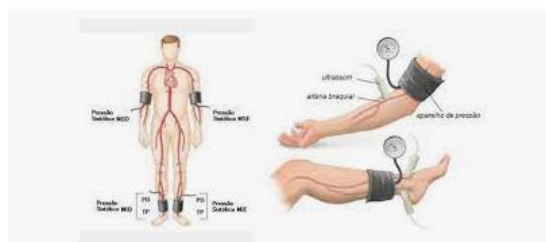
133

3) Determinação simultânea da PA nos MMSS. Após registro e anotação dos dados elege-se o braço de pressão arterial sistólica (PAS) maior para confrontá-lo com os membros inferiores - MMII. Quando os valores de PAS dos membros superiores - MMSS são idênticos elege-se o braço direito (BD). Se ocorrer uma diferença igual ou superior a 10 mmHg, uma segunda medida é realizada assumindo-se então esses últimos dados;

4) Determinação simultânea da PA do membro superior de PAS maior e do tornozelo, primeiro o esquerdo e em seguida o direito, com o "cuff" direcionado para o trajeto da artéria tibial posterior. No caso de não se conseguir registro de PA nessa posição, então o "cuff" é direcionado para o trajeto da artéria dorsal do pé. A técnica está descrita na figura 22.

5) Cálculo do ITB de cada membro a partir dos dados obtidos utilizando-se a fórmula: $ITB = (PAS_t / PAS_b)$ [PAS_t = PAS do tornozelo; PAS_b = PAS do braço].

Figura 22 - Demonstração gráfica da aferição de Pressão arterial para cálculo de ITB.



Após a aplicação da técnica seguindo os passos acima descritos, o profissional deverá proceder com a leitura do resultado com a finalidade de evidenciar se o paciente tem a doença instalada, para tanto, os valores de referência são apresentados na figura 23.

Figura 23 - Valores de referência de ITB (AZIZI, 2015).

valor do ITB > 1,30 artérias não compressíveis; entre 0,91 - 1,30 Normal; entre 0,41 - 0,90 DAOP leve a moderada; e valor do ITB ≤ 0,40 DAOP grave.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

176

134

Como proposta de acompanhamento do paciente hipertenso, a equipe de saúde pode fazer uso dos exames de rotina e sua avaliação deverá ser permeada pela avaliação das medidas estipuladas, bem como pela busca de lesões de órgãos alvos (LOA) decorrentes do não controle da HAS. Sendo assim, é proposto o rol de exames para acompanhamento e também, avaliação de LOA, em conformidade com o Protocolo de Santa Catarina (2019).

Como proposta de acompanhamento, a figura 24 demonstra a periodicidade de exames para nortear a estratificação de risco. E para avaliação de órgãos alvos, o profissional poderá se valer dos exames constantes na figura 25.

Figura 24 - Periodicidade de realização de exames de acordo com a estratificação de risco.

Exames	Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa*)	Anual	Anual	Semestral
Colesterol total	Anual	Anual	Anual
LDL – Colesterol (cálculo**)	Anual	Anual	Anual
HDL - Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral, se creatinina normal
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24hs ou			
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	-	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

Fonte: SES SANTA CATARINA, 2019.

135

Observação:

** Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI*

*** Calcular o LDL-colesterol quando triglicérides <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol - triglicérides/5. Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração.*

Figura 25 - Exames para detecção de lesão de órgãos alvos

Dosagem de glicose
Dosagem de creatinina
Dosagem de colesterol total
Dosagem de HDL - Colesterol
Dosagem de LDL - Colesterol
Dosagem de triglicérides
Dosagem de potássio
Dosagem de triglicérides
Dosagem de potássio
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina
Eletrocardiograma
Fundoscopia

Fonte: SES SANTA CATARINA, 2019.

7.3. Requisitos para Exame Físico (BARROSO, et.al., 2021)

Medida de peso e altura, para cálculo do índice de massa corporal.

Sinais vitais: duas medidas da pressão arterial, separadas por intervalo de pelo menos 2 minutos, com o paciente em posição deitada ou sentada. Deve ser medida também a pressão após 2 minutos na posição em pé, nas situações especificadas anteriormente. Verificar a pressão do braço contralateral; caso as pressões sejam diferentes, considerar a mais elevada. A frequência cardíaca também deve ser aferida.

Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação da presença de estase venosa e palpação de tireóide.

Exame do precórdio: ictus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo, arritmias, 3ª bulha (sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo) ou 4ª bulha (sinaliza presença de disfunção diastólica do

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

178

136

ventrículo esquerdo), hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.

Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos.

Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais (aorta e artérias renais).

Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou o retardo do pulso das artérias femorais sugerem doença obstrutiva ou coartação da aorta. Verificação de edema.

Exame neurológico sumário.

Para além das ações medicamentosas, é necessário que a equipe de saúde esteja preparada para educação em saúde e estimular os usuários à mudança de estilo de vida, tais como: controle de peso, dieta saudável, ingestão de sódio, atividade física, redução de álcool e tabaco, intervenções socioeconômicas (SMS SÃO PAULO^{1,2}, 2020), conforme figura 26.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

179

137

Figura 26 - Principais ações não medicamentosas para controle da HAS.

Modalidade	Intervenção NF	Dose	Diferença de PAS obtida
Controle do Peso	Peso/gordura corpórea	Alcançar peso ideal. Esperada diminuição de 1mmHg por cada quilo de peso perdido	- 2/3 mmHg
Dieta saudável	Dieta tipo DASH	Dieta rica em frutas, vegetais, grãos e baixo teor de gordura. Redução de gordura saturada e trans	- 3 mmHg
Redução da ingestão de sódio	Sódio na dieta	Ideal < 2g ou pelo menos redução de 1,0 g/dia	- 2/3 mmHg
Aumento da ingestão de potássio	Potássio na dieta	3,5 a 5,0 g/dia em dieta rica em potássio	- 2 mmHg
Atividade física	Aeróbia	150 min/semana	- 5/7 mmHg
	De resistência dinâmica	8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares, 1 a 3 séries, 50 a 80% de 1 RM	- 4/5 mmHg
	De resistência isométrica	Exercício de handgrip (pressão de mão) unilateral ou 1 perna, 4 séries, 2 min de contração isométrica, 30% da contração voluntária máximo (CVM), 2-3 min de pausa entre as séries	- 4/5 mmHg
	Consumo de álcool	Para quem usa álcool Homens = ou < 2 drinques Mulheres = ou < 1 drinque	- 4/5 mmHg

Fonte: BARROSO, et. al., 2020.

Em busca de atender as necessidades dos pacientes em cuidar de sua saúde e ainda, monitorar suas condições clínicas, a equipe de saúde poderá ser valer do roteiro que se segue para organizar seu processo de trabalho.

Primeira consulta (SMS SÃO PAULO^{1,2}, 2021):

1. Elaborar junto ao paciente e familiar o plano de autocuidado pactuado (PAP), atentar para metas que sejam factíveis para ele e seus familiares/cuidadores;
2. Orientar a execução de MPA para todos que apresentem pressão arterial $\geq 140/90$ durante a consulta;
3. Avaliar condições e fatores de risco, para estratificação;
4. Se em urgência ou emergência clínica, avaliar necessidade de condutas imediatas;
5. Retorno em consultas a depender do grau de risco:

138

- Baixo e médio - 30 a 60 dias;
- Alto risco 30 dias.

6. Usuários com FR importante s e/ou com DCNT devem ser acompanhados em visita domiciliar (VD) continuamente. Em casos mais graves, a visita domiciliar poderá ser realizado mais de uma vez por mês.

7.4. Gestão do Cuidado Continuado:

Equipe de Saúde:

1. Abordagem em Grupo para DCNT na 1ª ou 2ª semana;
2. Enfermagem/Auxiliar enfermagem: MPA semanal até 1 mês após normalizar a PA;
3. Cabe ao enfermeiro e sua equipe, supervisionar, organizar fluxos, controlar e orientar o paciente (FR, plano de autocuidado pactua - PAP, MEV);
4. Equipe enfermagem: se HA estágio 3 ou alto risco: iniciar de imediato a MPA, IMC, registrar em prontuário;
6. Registrar todas as informações para garantir a continuidade do cuidado.

Consultas de Retorno Médico:

1. Analisar plano terapêutico (MEV, exames laboratoriais, valores de MPA, dentre outros) e repactuar caso necessário;
2. Certificar o diagnóstico ou confirmar a suspeita e fechar o diagnóstico;
3. Estratificar risco, conforme figura 13.

Se HA estágio 1 (PAS 140-159 mmHg ou PAD 90-99 mmHg) sem FR ou Risco Baixo: Consultas de abordagem integral, consulta de enfermeiro intercalada com a de médico em 30 a 60 dias;

Se HA estágio 2 (PAS 160-179 mmHg ou PAD 100- 109 mmHg) ou risco moderado: estratificar risco, consultas de abordagem integral, de retorno médico em até 30 a 60 dias e agendar consulta de enfermeiro intercalada com a de médico em 30 a 60 dias;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

139

Se HA estágio 3 ($PAS \geq 180 / 110$ mmHg ou $PAD \geq 110$ mmHg) ou de risco alto: intervenção imediata, avaliar o risco, consultas de abordagem integral com retorno médico em até 30 dias ou conforme a necessidade.

Enfermagem inicia de imediato: MPA, IMC, e procedimentos, agendar consulta de enfermagem para 15 dias com o objetivo de orientações e acompanhamento (FR, MEV, PAP, procedimentos).

Quando os valores de pressão arterial atingirem as metas esperadas, realizar acompanhamento contínuo e gestão do cuidado anual, o que poderá ser reavaliado em caso de alterações significativas nos valores e/ou mudanças dos fatores de risco

Em todas as consultas médicas de retorno: reavaliar FR, MEV, PAP, tratamento, doses medicamentosas, tipo de drogas utilizadas, interações etc. A cada modificação medicamentosa em consulta médica, retornar conforme o fluxo.

Caso todas as possibilidades terapêuticas tenham sido esgotadas, a equipe deverá solicitar apoio da especialidade de maneira a elaborar um plano terapêutico compartilhado, por meio de referência e contra referência

O enfermeiro poderá renovar a receita a cada 6 meses, intercalado com o médico, desde que usuário esteja com quadro estabilizado, em acompanhamento e sem emergência hipertensiva no mês anterior.

Em síntese, o fluxograma 15, demonstra graficamente o caminho do paciente durante a avaliação de HAS (SMS SÃO PAULO¹, 2021).

DIÁRIO OFICIAL

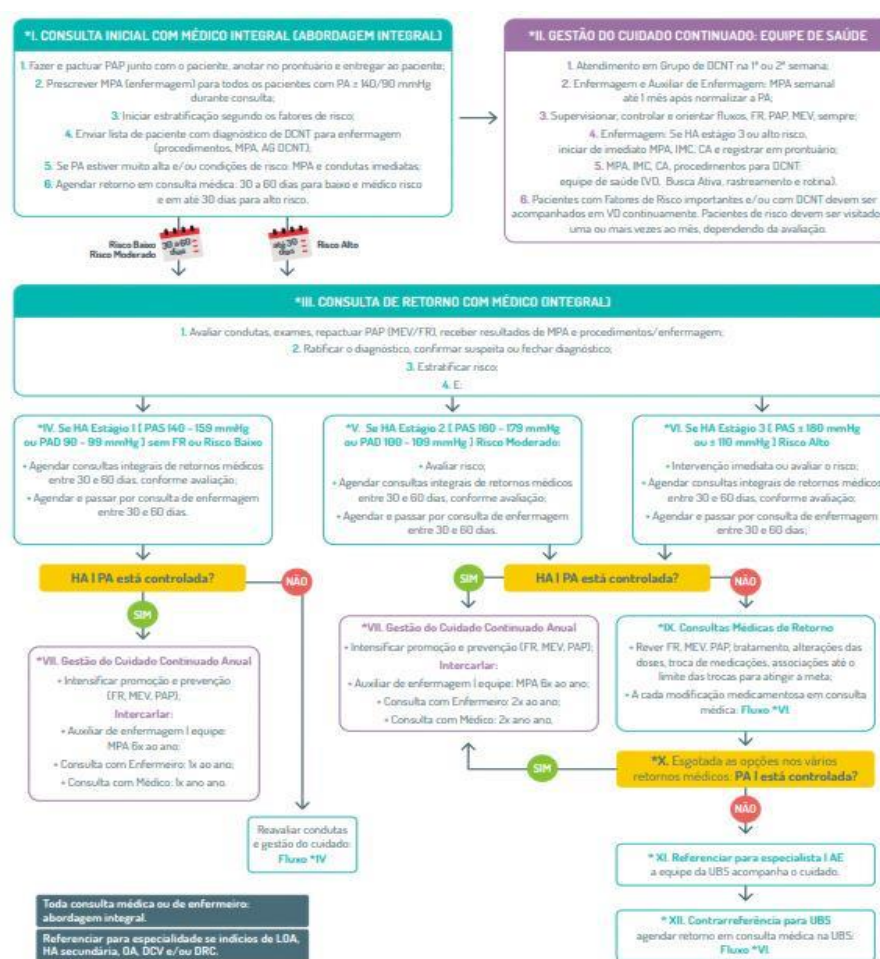
ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

182

140

Fluxograma 15 - Cuidado Continuado a partir da Consulta Médica Inicial de Cidadão com PA $\geq$ 140/90 mmHg (SES,2021).

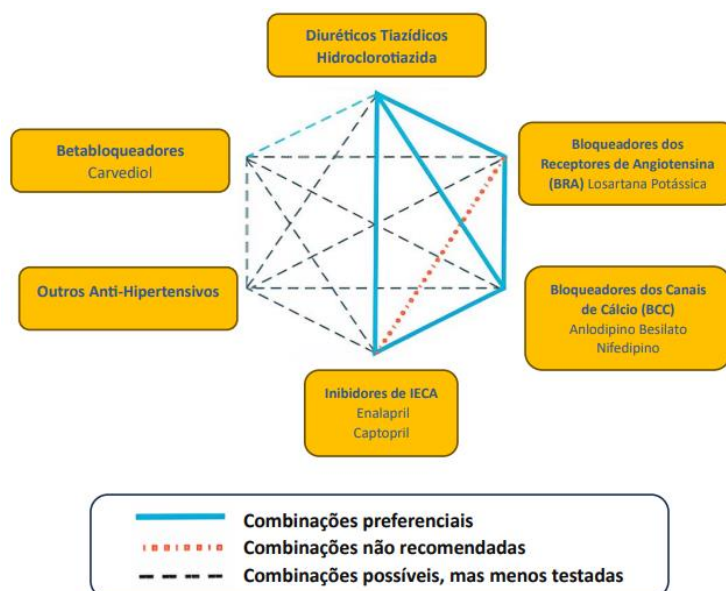


Fonte: SMS SÃO PAULO¹, 2021

141

Ademais, segue para ciência da equipe de enfermagem, as propostas medicamentosas no manejo da HAS, para tanto, quando o enfermeiro necessitar avaliar as receitas e/ou renová-las, deverá ter acesso a este fluxo para melhor manejo e orientações sobre interações e efeitos colaterais. O tratamento está esquematizado na figura 27.

Figura 27 - Proposta de tratamento medicamentoso para HAS, conforme critério médico SES (2021).



Fonte: SES, 2021, adaptado pela autora.

A atenção primária deverá ficar atenta às questões de crises hipertensivas e outras condições que possam levar o usuário à uma situação de urgência e emergência, sendo assim, o quadro 12 delimita algumas ações para nortear a condução dos casos.

142

Quadro 11 - Manejo da crise hipertensiva, sem lesão de órgão alvo
(BRASIL, 2023).

Fonte: BRASIL, 2023.

Condição	Ação
Relato de suspensão recente de anti-hipertensivos	Reiniciar os medicamentos de uso habitual do paciente e reavaliar níveis pressóricos em 3-6 horas .
Paciente sem uso prévio de medicações anti-hipertensivas	Administrar anti-hipertensivos orais como captopril, clonidina (NÃO administrar captopril sublingual , a absorção é comprometida);
Elevação da PA relacionada com o uso de substâncias ilícitas (cocaína, crack, anfetaminas e ecstasy)	O tratamento inclui o uso de bloqueadores do canal de cálcio
Paciente com PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 120 mmHg após o início da duração do efeito do medicamento administrado, ou desenvolver sinais ou sintomas de lesão aguda em órgão alvo	Acionar Serviço de Atendimento Móvel / SAMU (192) para transferência até a UPA/ Emergência de Unidade Hospitalar, conforme regulação local.
Pacientes com pseudocrise hipertensiva	Devem ser tratados prioritariamente com ansiolíticos e analgésicos , com reforço de medidas não farmacológicas para corrigir fatores desencadeantes;

- Reduzir gradualmente a PA;
- Realizar acompanhamento ambulatorial precoce (em até 7 dias)

Sugestão de medicamentos via oral utilizado em com crise hipertensiva sem lesão aguda de órgão alvo, conforme quadro 13.

Quadro 12 - Terapia medicamentosa para crise hipertensiva (BRASIL, 2020).

CLASSES	MEDICAMENTOS	DOSES	INÍCIO DA AÇÃO	DURAÇÃO EFEITO	EVENTO ADVERSO
Alfa-agonista central	Clonidina*	0,1-0,2 mg inicial 1mg/h até 0,8mg	30-60 min	2-4 h	Tontura, boca seca, sonolência e rebote com suspensão abrupta.
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Captopril	6,25-50 mg	15-30 min	6-12 h	Piora da função renal.

Fonte: BRASIL, 2020

143

Metas terapêuticas (BRASIL, 2020)

Espera-se que haja redução de pelo menos 20 mmHg na PA sistólica e 10 mmHg na PA diastólica, importante chegar a valores menores que 140/90 mmHg.

Em usuários < 65 anos: buscar valores de PA < 130/80 mmHg se tolerado (manter PA > 120/70 mmHg) e;

≥ 65 anos: Objetivo de PA < 140/90 mmHg se tolerado, avaliar questões individuais como fragilidades, grau de dependência e tolerância - manter PA > 120/70 mmHg.

Atenção para indivíduos com lesão de órgão alvo e em risco de vida, estes deverão ser encaminhados para consulta médica.

7.5. Diagnósticos de enfermagem, segundo CIPE

Risco de lesão de órgãos-alvo devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito;
- Promover um estilo de vida saudável, incluindo uma dieta balanceada e atividade física regular;
- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de complicações relacionadas à hipertensão arterial;
- Encorajar a participação do paciente em exames de rotina para avaliar a função dos órgãos-alvo.

Risco de acidente vascular cerebral devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito;
- Promover uma dieta com baixo teor de sódio e rica em frutas, vegetais e grãos integrais;

144

- Educar o paciente sobre os sinais de alerta de um acidente vascular cerebral e a necessidade de procurar atendimento médico imediatamente;
- Fornecer informações sobre estratégias de prevenção, como controle do peso e cessação do tabagismo.

Risco de insuficiência cardíaca devido à hipertensão

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial e os sinais vitais do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso e às modificações no estilo de vida;
- Promover uma dieta com restrição de sódio e controle de líquidos;
- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas precoces de insuficiência cardíaca e a necessidade de relatar qualquer alteração;
- Fornecer suporte emocional e encorajar a participação do paciente em grupos de apoio.

Risco de doença renal crônica devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial e a função renal do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso e às modificações na dieta;
- Promover uma dieta com restrição de sódio e proteína, conforme recomendado;
- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de doença renal crônica e a necessidade de exames regulares;
- Colaborar com outros profissionais de saúde para garantir um gerenciamento abrangente da saúde renal do paciente.

Risco de complicações cardiovasculares devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial e a frequência cardíaca do paciente; Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito;

145

- Promover um estilo de vida saudável.

Risco de complicações cerebrovasculares devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial e os sinais vitais do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito;
- Promover uma dieta saudável, com baixo teor de gordura e rica em frutas e vegetais;
- Educar o paciente sobre os sinais de alerta de complicações cerebrovasculares e a necessidade de procurar atendimento médico imediatamente;
- Fornecer suporte emocional e encorajar o paciente a adotar técnicas de gerenciamento do estresse.

Risco de complicações oculares devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito;
- Promover uma dieta rica em antioxidantes e nutrientes benéficos para a saúde ocular;
- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de complicações oculares relacionadas à hipertensão arterial;
- Fornecer informações sobre a necessidade de exames oftalmológicos regulares.

Risco de complicações renais devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial e a função renal do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito;

146

- Promover uma dieta com restrição de sódio e proteína, conforme recomendado; Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de complicações renais e a necessidade de exames regulares;
- Colaborar com outros profissionais de saúde para garantir um gerenciamento abrangente da saúde renal do paciente.

Risco de complicações vasculares periféricas devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar regularmente a pressão arterial e a circulação periférica do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito;
- Promover atividade física regular para melhorar a circulação sanguínea;
- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de complicações vasculares periféricas e a importância de relatar qualquer alteração;
- Fornecer suporte emocional e encorajar o uso de técnicas de relaxamento para melhorar a circulação.

Risco de comprometimento da adesão ao tratamento devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar a compreensão e motivação do paciente em relação ao tratamento da hipertensão arterial;
- Instruir o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso prescrito.

Risco de comprometimento da adesão às mudanças no estilo de vida devido à hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar as barreiras individuais à adesão às mudanças no estilo de vida, como falta de conhecimento, falta de recursos ou resistência emocional;

147

- Instruir o paciente sobre a importância de adotar um estilo de vida saudável, incluindo uma dieta equilibrada, atividade física regular e redução do estresse;
- Fornecer educação contínua sobre os benefícios das mudanças no estilo de vida e estratégias para superar as barreiras identificadas;
- Encorajar o envolvimento da família e o suporte social para auxiliar na adesão às mudanças no estilo de vida;
- Realizar acompanhamento regular para avaliar o progresso e fornecer apoio contínuo ao paciente.

Risco de comprometimento da autogestão da hipertensão arterial

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar as habilidades e conhecimentos do paciente em relação à autogestão da hipertensão arterial;
- Fornecer educação e treinamento individualizados sobre monitoramento da pressão arterial, medicação prescrita e modificação do estilo de vida;
- Incentivar o uso de ferramentas de autogestão, como diários de pressão arterial e aplicativos móveis para monitorar e rastrear os resultados;
- Estabelecer metas realistas e ajudar o paciente a desenvolver um plano de autogestão personalizado;
- Oferecer suporte contínuo, acompanhamento regular e revisão das metas para auxiliar o paciente na autogestão eficaz.

8. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS - HANSENÍASE E TUBERCULOSE

8.1. Hanseníase

Trata-se de uma doença de infecciosa de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), esta, afeta primariamente os nervos periféricos e a pele (BRASIL, 2022).

Há casos em que a hanseníase pode acometer também a mucosa do trato respiratório superior, olhos, linfonodos e órgãos internos. A intensidade dos sintomas que o paciente irá apresentar costuma estar associado ao potencial imunológico do indivíduo (BRASIL, 2022).

148

Sua principal característica é o grau de severidade que apresenta associado ao potencial incapacitante, podendo evoluir para deformidades físicas que por sua vez pode acarretar um estado de sofrimento mental (BRASIL, 2022).

8.1.2. Abordagem equipe de saúde (BRASIL, 2022):

Diagnosticar e tratar precocemente com o propósito de impedir e/ou prevenir o avanço da doença e as incapacidades;

Fazer busca ativa dos comunicantes para diagnóstico precoce;

Rastrear a comunidade em busca de possíveis casos de hanseníase;

Realizar educação em saúde para população, comunidade e familiares com alerta para sinais de sintomas e a importância de procurar a unidade de saúde para avaliação;

Acolher e acompanhar usuários infectados com sofrimento psíquico, se necessário, contar com o apoio do centro de atenção psicossocial (CAPS), de maneira a garantir a autonomia e sociabilidade desses indivíduos;

Primordial fazer uso do recurso de terapia de grupo para autocuidado;

8.1.2.1. Atividades e competências

Enfermeiro e médico

Proceder com a avaliação clínica, laboratorial e dermatológica:

1. Anamnese detalhada em busca de queixas de sensibilidade, perda da força muscular e ainda, alterações de nariz, olhos, mãos e pés.

2. Exame físico: avaliar minuciosamente condições da pele (mãos, pés, olhos), realizar a palpação de nervos (ulnar, mediano, radial, fibular e tibial posterior). Proceder com testes de sensibilidade, força motora e também avaliar questões de acuidade visual;

Ao médico e enfermeiro, cabe a aplicação da avaliação, segundo instrumento constante no ANEXO A.

3. Coletar Baciloscopia direta para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR): Exame de complementa a avaliação clínica e consiste em analisar esfregaço de raspado intradérmica e elencar a carga bacilar. Indicada quando há dúvidas do diagnóstico ou para fazer diagnóstico diferencial.

149

4. Hispotatológico indicado quando a clínica e BAAR (bacilos álcool-ácido resistentes) ainda permanecem duvidosos;

2. O paciente com necessidade de exames complementares para confirmação diagnóstica deverá ser encaminhado ao Centro de Saúde Escola (CSE) Vila dos Lavradores, conforme fluxo pactuado junto à secretaria de saúde;

Após testes, classificar paciente em paucibacilar ou multibacilar, tendo em vista que, o tratamento e a classificação de incapacidade, será balizada por estes recursos;

As consultas de acompanhamento deverão ser mensais ou conforme necessidade, para avaliação do estado geral, comprometimento dermatológico, neurológico e oferta de medicamento em esquema supervisionado;

Elaborar plano de autocuidado e prevenção de incapacidades, de maneira individual e com a participação dos usuários e cuidadores;

Trabalhar em parceria com o nível secundário (CSE) pacientes com intolerância aos medicamentos, suspeição de reações hansênicas e/ ou demais intercorrências que podem ocorrer durante e após o tratamento;

Cabe ao enfermeiro, elencar faltosos e realizar busca ativa junto à sua equipe;

Ao médico, cabe a prescrição de alta.

Compete ao auxiliar de enfermagem

Assistir ao usuário e familiares, sob supervisão do enfermeiro nos seguintes aspectos:

Acompanhamento de tratamento supervisionado;

Coletar baciloscopia e outros exames pertinentes;

Avaliar junto à equipe incapacidades de limitações;

Monitorar usuários portadores de hanseníase e seus comunicantes, com olhar atento à faltosos;

Identificação precoce de reações medicamentosas e/ou hansênicas e comunicação imediata ao enfermeiro e/ou médico;

Administração de medicamentos.

150

Compete ao Agente Comunitário de saúde:

Acompanhar mensalmente por meio de visita domiciliar, com o objetivo de elencar possíveis irregularidades em relação aos medicamentos e/ou outras condições.

Auxiliar na prevenção de estigmas e fortalecimento de vínculo com equipe e sociedade;

Educação em saúde sobre sinais e sintomas sugestivos a hanseníase para a população e meios de abordagem precoce e tratamento;

Alertar a equipe acerca de casos suspeitos para ações em saúde cabíveis.

8.1.2. Tratamento

A transmissão da hanseníase ainda não está totalmente conhecida. Acredita-se que sua principal forma de disseminação seja por contato cutâneo prolongado e íntimo, mas, sabe-se que por meio de vias áreas superiores e predisposição genética, o paciente pode estar sujeito a maior carga bacilar (multibacilar) (BRASIL, 2022).

O processo de diagnóstico prejudica-se devido ao alto tempo de incubação do patógeno já que o bacilo tem uma capacidade de incubação elevada, podendo manifestar-se anos após o contato, gerando assim um ciclo de reinfecção (BRASIL, 2022).

Os sinais e sintomas podem ser muitas vezes discretos, principalmente nas suas manifestações iniciais (paucibacilar), por isso faz-se necessário a realização de medidas educacionais para a população e a realizações de buscas ativas de casos pela equipe de saúde (BRASIL, 2022).

Alguns dos sintomas mais presentes se dão pelo comprometimento do sistema nervoso periférico e o surgimento de machas brancas ou vermelhadas que se caracteriza pela ausência de sensibilidade física e térmica. O diagnóstico é clínico e por meio de exames laboratoriais como o baciloscopia, histopatológico e biopsia cutânea (BRASIL, 2022).

Os casos em que se apresentam baciloscopia negativa e presença de uma a cinco lesões são determinados paucibacilar e casos de baciloscopia positiva e/ou presença de mais de cinco lesões de pele se refere à multibacilar,

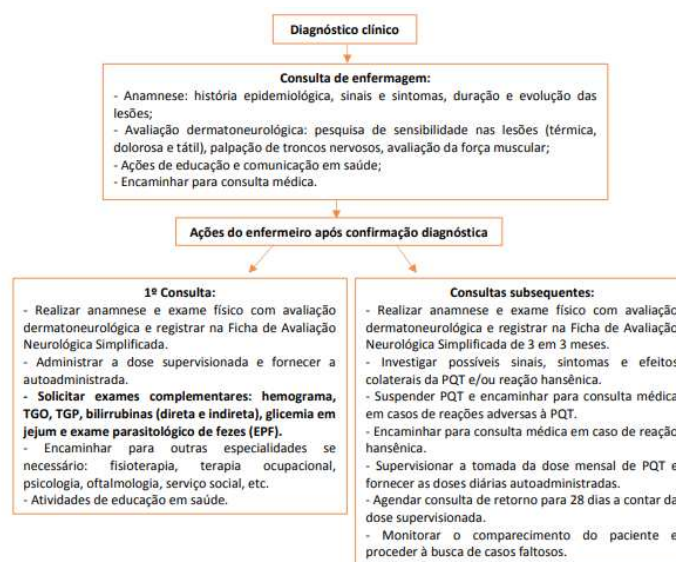
151

a identificação da classificação se torna importante perante a conduta do esquema terapêutico (BRASIL, 2022).

À exceção do tratamento medicamentoso, o paciente portador de hanseníase necessita de uma abordagem ampla que contemple não somente as questões biológicas, mas também, psicossociais. Ainda, atividades de prevenção, reabilitação podem ser associadas às medidas curativas.

O tratamento medicamentoso proposto pelo Ministério da Saúde em sua última atualização segue o demonstrado no Fluxograma 16.

Fluxograma 16 - Condutas para Hanseníase BRASIL, 2022.



Fonte: COREN – GO, 2014

A terapêutica medicamentosa passou em 2018, por uma reformulação, estando todo o tratamento disponível da rede SUS, para tanto, o quadro 14 apresenta os esquemas farmacológicos levando em consideração idade, peso e classificação da doença.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

194

152

Quadro 13 - Esquema terapêutico para Hanseníase, segundo Brasil (2022).

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia	Duração do tratamento ^a	
			MB	PB
Pacientes com peso acima de 50kg	PQT-U Adulto	Dose mensal supervisionada: · Rifampicina 600mg · Clofazimina 300mg · Dapsona 100mg Dose diária autoadministrada: · Clofazimina 50mg diariamente · Dapsona 100mg diariamente	12 meses	6 meses
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50kg	PQT-U Infantil	Dose mensal supervisionada: · Rifampicina 450mg · Clofazimina 150mg · Dapsona 50mg Dose diária autoadministrada: · Clofazimina 50mg em dias alternados · Dapsona 50mg diariamente	12 meses	6 meses
Crianças com peso abaixo de 30kg	Adaptação da PQT-U Infantil ^{b,c}	Dose mensal supervisionada: · Rifampicina 10mg/kg de peso · Clofazimina 6mg/kg de peso · Dapsona 2mg/kg de peso Dose diária autoadministrada: · Clofazimina 1mg/kg de peso/dia · Dapsona 2mg/kg de peso/dia	12 meses	6 meses

Notas:

a A PQT-U deverá ser interrompida após a administração de seis doses mensais supervisionadas em intervalo de até nove meses para os casos paucibacilares e após 12 doses mensais supervisionadas em um intervalo de até 18 meses para os casos multibacilares, quando os pacientes deverão receber alta por cura, saindo do registro ativo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

b A rifampicina também está disponível no SUS sob a forma de suspensão oral com 20mg/mL;

c Para crianças com peso abaixo de 30kg, a administração diária clofazimina é dificultada, tendo em vista a sua disponibilidade apenas em cápsulas de 50 e 100mg. Desse modo, recomenda-se calcular a dose semanal e dividi-la em duas ou três tomadas. Por exemplo: uma criança com 15kg deverá receber 105mg de clofazimina ao longo de sete dias (1mg/kg x 15kg x 7 dias = 105mg), podendo receber uma cápsula de 50mg duas vezes por semana.

Fonte: BRASIL, 2022.

Cabe destacar que a resposta terapêutica pode variar de um usuário a outro, podendo regredir de meses a anos, sendo mais lento em pacientes portadores de hanseníase multibacilar - MB (BRASIL, 2022).

8.1.3. Diagnósticos de enfermagem

Risco de lesões cutâneas devido à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

153

- Realizar inspeção regular da pele para identificar qualquer lesão cutânea;
- Instruir o paciente sobre os cuidados adequados da pele, incluindo a importância da higiene pessoal e do uso de cremes hidratantes;
- Educar o paciente sobre a necessidade de evitar traumas e proteger a pele de lesões;
- Fornecer informações sobre sinais e sintomas de infecção e orientar o paciente a relatar qualquer alteração na pele;
- Colaborar com outros profissionais de saúde para tratar as lesões cutâneas e prevenir complicações.

Risco de isolamento social devido à hanseníase

Intervenções:

- Avaliar o estado emocional e a autoestima do paciente e identificar fatores que possam levar ao isolamento social;
- Fornecer suporte emocional e educar o paciente sobre a natureza da hanseníase, enfatizando que a doença não é altamente contagiosa e pode ser tratada;
- Encorajar a participação do paciente em grupos de apoio ou em organizações de pacientes com hanseníase;
- Promover a conscientização da comunidade sobre a hanseníase e combater o estigma associado à doença;
- Fornecer orientações sobre estratégias de comunicação eficazes para ajudar o paciente a lidar com o estigma social.

Risco de dor neuropática devido à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar a presença e a intensidade da dor neuropática no paciente;
- Instruir o paciente sobre as técnicas de alívio da dor, como aplicação de calor úmido e massagem suave;
- Encorajar o uso adequado da medicação analgésica prescrita pelo médico. d) Fornecer educação sobre a importância do controle da dor para melhorar a qualidade de vida;

154

- Encaminhar o paciente para terapia ocupacional ou fisioterapia para ajudar no manejo da dor.

Risco de incapacidade funcional devido à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar regularmente a função dos membros afetados pela hanseníase;
- Instruir o paciente sobre a importância da fisioterapia e exercícios de reabilitação para manter ou melhorar a função;
- Fornecer orientações sobre técnicas de autocuidado e adaptações no estilo de vida para minimizar a incapacidade funcional;
- Incentivar a participação do paciente em atividades sociais e ocupacionais para promover a independência e a inclusão;
- Colaborar com uma equipe multidisciplinar, incluindo fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, para um plano de reabilitação personalizado.

Risco de complicações oculares devido à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Realizar exames oftalmológicos regulares para monitorar a saúde ocular do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância de proteger os olhos contra lesões e infecções;
- Fornecer orientações sobre a higiene ocular adequada;
- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de complicações oculares relacionadas à hanseníase;
- Encaminhar o paciente para cuidados oftalmológicos especializados, se necessário.

Risco de distúrbios sensoriais devido à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar regularmente a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa do paciente;
- Instruir o paciente sobre a importância da proteção das áreas insensíveis para prevenir lesões;

155

- Fornecer orientações sobre o uso de calçados adequados e evitar exposição a temperaturas extremas;
- Educar o paciente sobre a necessidade de verificar regularmente os pés e outras áreas afetadas em busca de lesões;
- Encaminhar o paciente para fisioterapia e terapia ocupacional para reabilitação sensorial, se necessário.

Risco de desequilíbrio nutricional devido à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar o estado nutricional do paciente e identificar quaisquer deficiências nutricionais;
- Instruir o paciente sobre uma dieta equilibrada, rica em nutrientes, vitaminas e minerais;
- Fornecer orientações sobre a importância da ingestão adequada de proteínas para a cicatrização de lesões e reparo tecidual;
- Colaborar com um nutricionista para desenvolver um plano alimentar individualizado;
- Monitorar regularmente o peso do paciente e fornecer suporte e motivação para alcançar um estado nutricional adequado.

Risco de infecção secundária devido à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Instruir o paciente sobre a importância da higiene pessoal adequada, incluindo a limpeza adequada das áreas afetadas;
- Fornecer orientações sobre a prevenção de ferimentos e infecções, como evitar exposição a substâncias irritantes e usar calçados protetores;
- Incentivar a adesão ao tratamento medicamentoso para reduzir a carga bacteriana e prevenir infecções secundárias;
- Realizar curativos adequados em feridas abertas e lesões cutâneas;
- Educar o paciente sobre os sinais e sintomas de infecção e a importância de relatar qualquer alteração ao profissional de saúde.

156

Risco de ansiedade relacionada ao estigma social da hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar o nível de ansiedade e o impacto emocional do estigma social na vida do paciente;
- Fornecer apoio emocional e criar um ambiente acolhedor e livre de julgamentos para o paciente;
- Realizar sessões de aconselhamento individual ou em grupo para ajudar o paciente a lidar com a ansiedade e o estigma;
- Instruir o paciente sobre a natureza da hanseníase, sua transmissão e o tratamento disponível, para dissipar equívocos e reduzir a ansiedade;
- Promover a educação e conscientização da comunidade sobre a hanseníase, a fim de reduzir o estigma e melhorar a inclusão social.

Risco de dificuldades de autocuidado relacionadas à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar a capacidade do paciente de realizar atividades de autocuidado, como higiene pessoal, alimentação e vestimenta;
- Instruir o paciente sobre técnicas adequadas de autocuidado, adaptadas às suas necessidades individuais;
- Fornecer suporte e treinamento para o paciente na execução de tarefas de autocuidado, se necessário;
- Identificar e fornecer recursos ou dispositivos de assistência para ajudar o paciente nas atividades diárias;
- Colaborar com terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde para desenvolver um plano de reabilitação e adaptação às dificuldades de autocuidado.

Risco de alterações na sensibilidade tátil relacionadas à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar regularmente a sensibilidade tátil do paciente em diferentes áreas do corpo;
- Instruir o paciente sobre a importância da proteção das áreas com redução da sensibilidade tátil para evitar lesões;

157

- Fornecer orientações sobre o uso adequado de calçados e proteção de extremidades expostas;
- Educar o paciente sobre a necessidade de inspecionar regularmente a pele e as extremidades em busca de lesões ou feridas;
- Encaminhar o paciente para fisioterapia ou terapia ocupacional para melhorar a sensibilidade e promover a reabilitação.

Risco de distúrbios da imagem corporal relacionados à hanseníase

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar a percepção do paciente em relação à sua imagem corporal e quaisquer preocupações associadas à hanseníase;
- Fornecer apoio emocional e incentivar uma comunicação aberta sobre questões de imagem corporal;
- Oferecer informações precisas sobre as características da hanseníase e seu tratamento, para ajudar o paciente a compreender melhor a doença;
- Encaminhar o paciente para grupos de apoio ou serviços de aconselhamento que possam auxiliar na aceitação e no enfrentamento de questões relacionadas à imagem corporal.

8.2. Tuberculose

A Tuberculose (TB) é uma Doença infectocontagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. A forma pulmonar bacilífera embora seja a mais importante do ponto de vista epidemiológico, sendo a responsável pela cadeia de transmissão, outras formas de TB também podem ser observadas, como a disseminação miliar ou as extra pulmonares: pleural, ganglionar, osteoarticular, geniturinária, meningoencefálica, entre outras (BRASIL, 2022).

A TB Também pode acometer, ao mesmo tempo, mais de um órgão. (BRASIL, 2022). A tosse é o principal sintoma da TB por tempo igual ou superior a três semanas, que pode ser acompanhado de perda de peso, falta de apetite, febre vespertina e/ou sudorese noturna; o paciente pode também apresentar episódios de hemoptise (BRASIL, 2022).

Por meio do protocolo, o profissional de enfermagem poderá subsidiar as ações a serem realizadas nos locais onde atua de forma sistemática,

158

baseada em evidências científicas com o objetivo de atender os usuários com qualidade de maneira integral com abordagem individual e coletiva (BRASIL, 2022).

Esta ferramenta incentiva os enfermeiros e contribui para a ampliação do debate sobre a assistência do enfermeiro e da equipe de saúde na prestação do cuidado a pessoa com TB na APS.

8.2.1. Atividades e competências

8.2.1.1. Todos os membros da equipe devem buscar identificar os sintomáticos respiratórios - SR:

Entre pessoas que procuram a USF e nas visitas domiciliares;

Na vigilância dos contatos de usuários portadores de TB;

Na comunidade em geral, sobretudo nas populações com maior risco de adoecimento, representadas por residentes em comunidades fechadas, como asilos, abrigos, manicômios, presídios, moradores em situação de rua, dentre outros;

Pessoas com maior probabilidade de contato próximo com pacientes bacilíferos, como: usuários de álcool e drogas, moradores em situação de rua, trabalhadores da área da saúde, bem como os indivíduos imunossuprimidos por uso de medicamentos ou por serem portadores de doenças imunossupressoras, como por exemplo, HIV/AIDS (BRASIL, 2022).

8.2.1.2. Atribuições do médico e/ou do enfermeiro no diagnóstico e tratamento da tuberculose:

Avaliar o estado de saúde nos seguintes aspectos: perfil social e epidemiológico, características individuais e as condições clínicas por meio de consulta médica ou de enfermagem;

Solicitar baciloscopia do SR (duas amostras) orientar quanto à coleta, conforme item 8.2.2.1.;

Oferecer, a todo paciente com diagnóstico de tuberculose confirmado, o teste sorológico anti-HIV;

Orientar o paciente e sua família em relação aos aspectos que envolvem a doença, à importância da duração e necessidade do tratamento, bem como discutir mitos e crenças;

159

Iniciar e acompanhar o tratamento dos pacientes com tuberculose pulmonar e extra pulmonar;

Realizar tratamento supervisionado nos casos que tiverem indicação e explicar ao paciente o porquê da conduta e quem realizará a supervisão e como se dará este processo;

Solicitar baciloscopias para acompanhamento do tratamento, conforme esquemas terapêuticos estabelecidos neste protocolo e em conformidade com as políticas públicas de saúde.

Identificar efeitos colaterais e interações medicamentosas;

Convocar os comunicantes para avaliação;

Realizar visita domiciliar, quando necessário;

Notificar o caso de tuberculose confirmado (GOIAS, 2014).

Encaminhar receita à Farmácia Municipal, conforme fluxo municipal.

8.2.1.3. Compete ao médico:

Solicitar RX de tórax, segundo critérios definidos pelo MS;

Iniciar quimioprofilaxia para os comunicantes, de acordo com o protocolo;

Iniciar e acompanhar o tratamento dos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopias negativas e dos casos extra pulmonares quando o diagnóstico for confirmado após investigação;

Dar alta aos pacientes após o tratamento concluído;

Solicitar apoio dos serviços secundários e terciários, por meio de carta de referência, quando necessário (GOIAS, 2014).

8.2.1.4. Atribuições do enfermeiro:

Encaminhar para teste tuberculínico no CRIE-UNESP de 2º e 6º das 8:00h as 12:00h, conforme fluxo Municipal;

Dispensar e orientar sobre o uso da medicação e esclarecer suas dúvidas;

Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada paciente cadastrado na unidade, de forma a assegurar o tratamento completo de todos;

160

Transferir o usuário da unidade básica de saúde, quando necessário, com a ficha de referência e contra referência devidamente preenchida;

Agendar consulta retornos programados e orientar a procura do serviço quando necessário;

Fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento e supervisionar o trabalho do ACS;

Convocar faltosos e/ou em abandono de tratamento para consulta agendada ou visita domiciliar;

Preencher o livro de registro e acompanhamento dos casos de Tuberculose na USF e atualizar os critérios de alta;

Acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo ACS (GOIAS, 2014).

8.2.1.5. Atribuições do auxiliar de enfermagem

Prestar assistência de enfermagem ao paciente, seus familiares e à comunidade, sob supervisão do enfermeiro;

Orientar o procedimento para a coleta do escarro, conforme item 8.2.2.1.;

Identificar frasco de coleta com dados completos, como nome completo, data de nascimento;

Encaminhar o material ao laboratório, com SADT devidamente preenchido;

Receber o resultado da baciloscopia, protocolar, comunicar enfermeiro e afixar no prontuário;

Convocar comunicantes para avaliação.

Fornecer a medicação e orientar sobre seu uso e a importância do tratamento;

Esclarecer dúvidas;

Supervisionar, junto à equipe de saúde, o uso da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas, de acordo com a rotina institucional;

Agendar consulta quando necessário;

Convocar faltosos e/ou em abandono de tratamento para consulta agendada com médico ou enfermeiro (GOIAS, 2014).

8.2.1.6. Atribuições do ACS:

Acompanhar os casos, mensalmente buscando irregularidades no uso dos medicamentos e dificuldades associadas;

Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade e encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe;

Orientar e encaminhar os comunicantes à USF para diagnóstico e tratamento, quando necessário;

Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios;

Supervisionar a tomada diária da medicação específica, quando indicado, e o comparecimento às consultas agendadas;

Fazer visita domiciliar, de acordo com a programação da equipe;

Verificar a situação vacinal das crianças e encaminhar à USF para atualização;

Agendar consulta eventual, quando necessário;

Manter a ficha ESUS-PEC atualizada;

Realizar busca de faltosos e contatos;

Promover a divulgação dos sinais e sintomas sugestivos de tuberculose para a comunidade por meio das VD e/ou reuniões com a comunidade e em locais estratégicos, como bares, locais de acomodação de moradores em situação de rua, dentre outros (GOIAS, 2014).

8.2.2. Busca ativa de sintomáticos respiratórios.

Identificação precoce das pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas.

A busca ativa do Sintomático Respiratório (SR), através das consultas médicas e/ou de enfermagem e/ou estratégias na comunidade;

Capacitar ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem para identificação dos casos (BRASIL, 2022).

8.2.2.1. Orientação para a coleta de escarro espontâneo:

162

O enfermeiro tem papel fundamental na condução e orientação da coleta do escarro para a realização do Teste Rápido Molecular (TRM-TB), baciloscopia, ou cultura de escarro.

Deverá tirar todas as dúvidas do paciente referente a coleta e perguntar o mesmo sobre a realização do procedimento para testar seu entendimento.

Recomendações para coleta de escarro (BRASIL, 2014):

O conteúdo de escarro deve atender o volume de 5 a 10 ml, proveniente da árvore brônquica, ou seja, obtida por meio de esforço de tosse, espera-se conteúdo purulento;

A quantidade de amostras, aprazamento e indicações, estão descritas na figura 28.

Figura 28 - Critérios e aprazamento para coleta de amostras de escarro

PARA DIAGNÓSTICO DE CASOS NOVOS E RETRATAMENTOS		
Exame	Nº de amostras	Quando coletar?
Baciloscopia	Duas	1ª amostra – na 1ª consulta ou na visita domiciliar
		2ª amostra – na manhã do dia seguinte à consulta ou visita
TRM-TB	Uma	Na 1ª consulta ou na visita domiciliar

PARA ACOMPANHAMENTO DE CASOS NOVOS E RETRATAMENTOS		
Exame	Nº de amostras	Quando coletar?
Baciloscopia	Uma/mês de tratamento	No dia da consulta mensal de acompanhamento, em casa ou na unidade de saúde

Fonte: BRASIL, 2014.

Observação: Conteúdo alimentar, sanguinolento, saliva ou liquefeito pode comprometer a análise, porém, o profissional de saúde não deverá desprezá-la sem antes a avaliação laboratorial.

Importante: a quantidade de amostras poderá variar caso o material coletado não seja suficiente.

163

Informações necessárias que deverão constar no pedido de exame, além dos dados pessoais:

- Diagnóstico (se já tratou ou não);
- Controle de tratamento de TB (citar o mês de terapia);
- População vulnerável (sim ou não);
- Descrever se é a primeira ou segunda amostra.
- Procedimento de coleta:
 - Acolher o paciente de maneira empática;
 - Explicar o procedimento;
 - Checar se entendeu as orientações;

As coletas podem ser realizadas em domicílio, caso o paciente tenha condições de entendimento ou na unidade, importante que seja feita em local aberto (ar livre), caso não seja possível em área externa, que seja realizado na unidade em local apropriado, com boa ventilação). Durante a coleta, o profissional de enfermagem deverá fazer uso das precauções por aerossóis, conforme protocolo Municipal.

Pote de coleta (descartável, transparente, com capacidade de 35-50 ml, altura mínima de 40 mm, tampa larga e rosqueável;

Lavar as mãos;

Identificar pote com dados do usuário (nome completo, data de nascimento, matrícula, data da coleta e número do exame);

A etiqueta não poderá comprometer a graduação do frasco e nem sobre a tampa;

Não entregar o frasco sem identificação, para não haver risco de troca de frascos;

Reforçar a marca de 10 ml com caneta permanente (não valorizar conteúdo espumoso);

Certificar dos cuidados antes da coleta:

Checar jejum;

Água disponível caso seja necessário;

Pote devidamente identificado;

Papel toalha para higiene;

Usuário deverá lavar a boca com água, sem uso de creme dental ou qualquer outra substância;

164

Entregar o pote ao paciente;
Em uso de prótese dentária, a mesma deverá ser retirada;
Orientar que inspire profundamente, segurar o ar por alguns segundos e expirar, após esse procedimento 3x, tossir;
Imediatamente após a tosse produtiva, abrir o frasco e expectorar a secreção, sem encostar os lábios no pote ou os dedos na parte interna com dedos;
Em seguida, fechar o frasco hermeticamente;
Repetir o processo quantas vezes forem necessárias até que o volume de 10 ml seja alcançado.
Orientações para coleta em domicílio (2ª amostra):
Reforçar a importância do material;
Entregar frasco e saco transparente onde deverá ser acondicionado o pote para entrega na unidade;
Ingerir a maior quantidade de água possível durante a noite (mesmo estando em jejum);
Coletar em jejum;
Os medicamentos de TB ou outros deverão ser ingeridos após a coleta;
Seguir as mesmas recomendações acima;
Após coleta, fechar o pote no saco plástico com nó;
Encaminhar a unidade de saúde, protegido da luz, em até 2h após a coleta. Em caso de ultrapassar esse período, o material deverá ser acondicionado em refrigerador, e entregá-lo no mesmo dia da coleta;
Na entrega, conferir os dados do paciente;
Acondicionar em temperatura de 2º a 8º C;
Transportar em caixas térmicas com gelo reciclável;
Pacientes com exames positivos de escarro e sem comorbidades convocar para iniciar imediatamente, o tratamento com o esquema básico, com posterior agendamento de consulta médica.

8.2.3. Infecção latente da tuberculose (ILTb)

A infecção latente de tuberculose é uma condição em que uma pessoa é infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, mas não apresenta sintomas da doença ativa. Durante a infecção latente, as bactérias da tuberculose estão

165

presentes no corpo, geralmente nos pulmões, mas estão em um estado dormente e não causam doença ativa, podendo ficar silenciosa por anos ou décadas (BRASIL, 2019).

Epidemiologicamente, a infecção latente de tuberculose é comum em áreas onde a tuberculose é endêmica ou em populações com alto risco de exposição à bactéria, como pessoas que convivem com pacientes com tuberculose ativa. Além disso, fatores de risco, como sistema imunológico enfraquecido, como ocorre em pessoas com HIV/AIDS, uso de imunossupressores ou condições médicas crônicas, aumentam a suscetibilidade à infecção (BRASIL, 2019).

Clinicamente, a infecção latente de tuberculose não apresenta sintomas específicos. Os indivíduos infectados são assintomáticos e não contagiosos, ou seja, não podem transmitir a doença para outras pessoas (BRASIL, 2019).

O diagnóstico da infecção latente de tuberculose é geralmente realizado por meio de prova tuberculina (PT) ou o teste de interferon-gama - IGRA, que detectam a resposta imunológica à esta bactéria. Esses testes são capazes de identificar a exposição anterior à tuberculose, indicando a presença da infecção latente (BRASIL, 2019).

O teste IGRA está indicado para as seguintes populações (HC-FMB, 2023) e está sendo recomendado na indisponibilidade do PPD.

Pessoas vivendo com HIV (contagem de CD4+ maior que 350 células/mm³);

Crianças ≥2 anos e <10 anos de idade, contato de casos de TB ativa;

Pessoa candidata a transplante de células-tronco.

Recomendações de coleta:

Coletar 5 ml de sangue periférico em tubo de heparina de sódio ou lítio;

Homogeneizar delicadamente por inversão;

Manter amostras de 22° ± 5 °C;

Encaminhar ao laboratório de segunda a quinta feira das 08:00 às 16:00h.

Contato: Laboratório de Citometria de Fluxo (014) 3811-6041 ramal 231

Enviar nota informativa MS e ficha de solicitação.

Fonte: HC-FMB, 2022.

166

É importante destacar que, embora a infecção latente de tuberculose não cause sintomas, há o risco de que a doença se torne ativa em algum momento. Em alguns casos, a infecção latente pode progredir para tuberculose ativa, especialmente em indivíduos com sistema imunológico enfraquecido. Portanto, o tratamento da infecção latente de tuberculose é recomendado para prevenir o desenvolvimento da tuberculose ativa (BRASIL, 2019).

O tratamento geralmente envolve a administração de medicamentos antimicrobianos, como a Isoniazida, por um período de tempo determinado. O tratamento adequado da infecção latente pode reduzir significativamente o risco de desenvolver tuberculose ativa e contribuir para o controle da doença em nível populacional (BRASIL, 2019).

8.2.3.1. Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose

Atualmente, estão disponíveis no SUS três esquemas de tratamentos para a ILTB, que são:

1 - Isoniazida (H): 6 ou 9 meses de tempo do tratamento.

Indicados em todos os casos, exceto efeitos adversos graves ao medicamento, contatos de monorresistentes à Isoniazida, hepatopatias e pessoas acima de 50 anos.

2 - Rifampicina (R): 4 meses de tratamento.

Indicados preferencialmente em indivíduos com mais de 50 anos de idade, crianças menores de 10 anos, hepatopatias, contatos de monorresistência à Isoniazida ou intolerância à Isoniazida.

3 - Isoniazida (H) + Rifampicina (P): Comparado aos demais esquemas para o tratamento da ILTB disponíveis no SUS (Isoniazida e Rifampicina), tem como vantagem para o paciente, a posologia, pois o tratamento são ofertados semanalmente, durante o período de 3 meses, formando um total de 12 doses, o que favorece a adesão.

Em consonância com a Nota técnica de 2021, a incorporação da Rifapentina 150 mg, é indicada em associação com a Isoniazida, desde que, em estoque suficiente para atender a demanda do usuário. Para tanto, segue a prescrição para adultos (> 14 anos ou $\geq$ 30Kg), conforme figura 29.

167

Figura 29 - Associação de Rifapentina e Isoniazida em ILTB

Medicamento	Posologia recomendada (adultos > 14 anos ≥30kg)	Nº de comprimidos/dose semanal	Quantitativo total por tratamento
Rifapentina	900mg/1x na semana	6 comprimidos Rifapentina 150mg/1x na semana	72 comprimidos Rifapentina 150mg
Isoniazida	900mg/1x na semana	3 comprimidos Isoniazida 300mg/1x na semana	36 comprimidos Isoniazida 300mg

Fonte: BRASIL, 2021

Indicado para todos os grupos populacionais, exceto em contatos de pessoas com TB monorresistentes à Isoniazida e casos de intolerância à Isoniazida. Considerando as vantagens e a disponibilidade do tratamento, este esquema preferencial para tratar ILTB.

Recomenda-se a prevenção da infecção por tuberculose em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífera (chequear protocolo de saúde da criança) (BRASIL, 2022).

Grávidas – Recomenda-se postergar o tratamento da ILTB para após o parto. Em gestante com infecção pelo HIV, recomenda-se tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação (BRASIL, 2022).

Na vigilância da ILTB, cabe ao Enfermeiro auxiliar no processo de diagnóstico (solicitar PT), não sendo atribuição indicar e escolher o tratamento a ser realizado (BRASIL, 2022).

Atenção: Todo caso de ILTB deve ser notificado em ficha específica de notificação de casos de tratamento de ILTB.

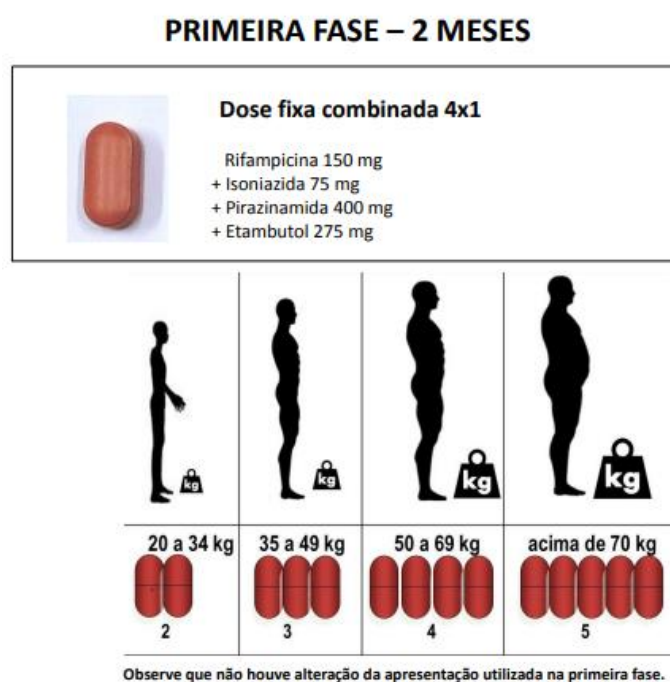
O tratamento deverá ser monitorado, conforme preconizado pelo MS, tratamento diretamente observado (TDO) (BRASIL, 2022).

8.2.3.2. Tratamento Tuberculose Ativa

Na eminência da doença, segue a relação de tratamento, conforme quadros 15 e 16.

168

Quadro 15 - Esquema de tratamento primeira fase – 2 meses



Fonte: CVE, 2022.

Vale salientar que o esquema básico de tratamento não teve alteração no que se refere, medicamentos utilizados e suas dosagens: Deverá se manter uma primeira fase (intensiva) por 2 meses, com 4 fármacos e a 2ª fase (manutenção) de 4 meses, com 2 fármacos. Permanece também a orientação de que, nas formas clínicas meníngea e óssea, a 2ª fase tenha duração de 10 meses (CVE, 2022).

169

Quadro 14 - Segunda fase – 4 meses

SEGUNDA FASE – 4 MESES				
Meia dose	Dose plena			
				
Rifampicina 150 mg + Isoniazida 75 mg	Rifampicina 300 mg + Isoniazida 150 mg			
				
20 a 34 kg	35 a 49 kg	50 a 69 kg	Acima de 70 kg	
Opção A – utilizando somente comprimidos de meia dose (R150/H75)	 2 comp. RH Meia dose	 3 comp. RH Meia dose	 4 comp. RH Meia dose	 5 comp. RH Meia dose
	 1 comp. RH dose plena	 1 comp. RH dose plena + 1 comp. RH meia dose	 2 comp. RH dose plena	 2 comp. RH dose plena + 1 comp. RH meia dose

Fonte: CVE, 2022.

Observação: A equipe deverá observar e orientar, criteriosamente, o surgimento de reações adversas, e tomar as condutas adequadas para cada situação (BRASIL, 2022).

Monitorar mensalmente o resultado de baciloscopia, principalmente as do 2º, 4º e 6º mês de tratamento;

Em caso de baciloscopia positiva após o segundo mês, necessário solicitar cultura e sensibilidade;

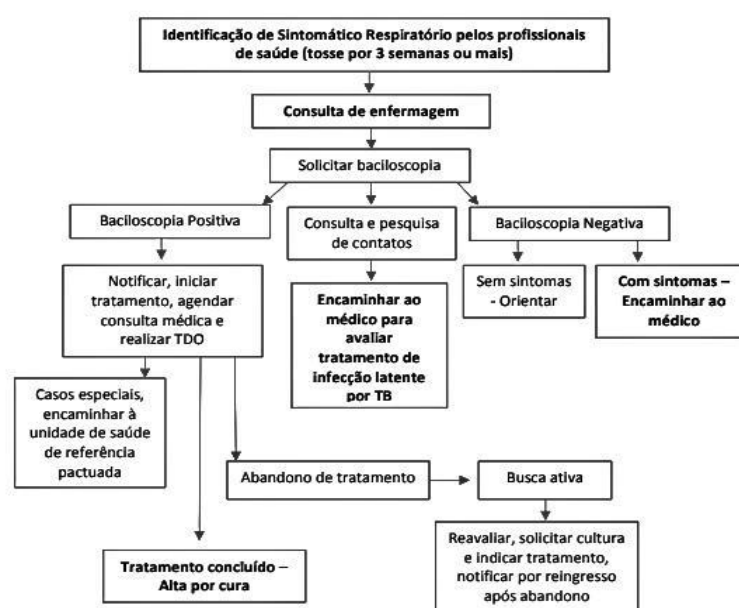
Acompanhamento clínico mensal.

170

Em síntese, o fluxograma 13 demonstra as ações primordiais na condução do paciente portador de tuberculose.

Fluxograma 17 - Condutas frente ao usuário portador de TB

FLUXOGRAMA DE CONDUTAS PARA TUBERCULOSE



Fonte: Baseado no Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás – COREN/GO, 2014.

171

8.2.4. Diagnósticos de enfermagem

Troca de gases prejudicada

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar os sinais vitais, incluindo frequência respiratória, saturação de oxigênio e esforço respiratório;
- Incentivar o repouso adequado e evitar atividades extenuantes;
- Administrar medicamentos prescritos, como broncodilatadores ou oxigênio suplementar, conforme prescrição médica;
- Promover a adesão ao tratamento medicamentoso para a tuberculose;
- Instruir o paciente sobre técnicas de respiração adequadas e exercícios respiratórios.

Padrão de sono perturbado

Intervenções de enfermagem:

- Criar um ambiente tranquilo e confortável para dormir;
- Estabelecer uma rotina regular de sono e acordar;
- Incentivar atividades relaxantes antes de dormir, como banho morno ou leitura;
- Ensinar técnicas de relaxamento, como respiração profunda e meditação;
- Avaliar a necessidade de intervenção farmacológica para melhorar a qualidade do sono.

Risco de infecção

Intervenções de enfermagem:

- Educar o paciente sobre a importância da higiene das mãos e práticas de higiene pessoal;
- Instruir sobre a necessidade de cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar;
- Promover a imunização adequada, conforme indicado;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção e relatar ao médico;
- Garantir a limpeza adequada dos equipamentos e dispositivos médicos.

Desequilíbrio nutricional: ingestão insuficiente de nutrientes

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar o estado nutricional do paciente e suas necessidades dietéticas;
- Fornecer orientação nutricional individualizada com foco em uma dieta equilibrada;
- Oferecer refeições menores e mais frequentes para evitar a sensação de saciedade precoce;
- Monitorar a ingestão alimentar e registrar a ingestão de nutrientes;
- Encaminhar o paciente a um nutricionista para avaliação e intervenção adicionais, se necessário.

Conhecimento deficiente sobre o regime de tratamento da tuberculose

Intervenções de enfermagem:

- Educar o paciente sobre a natureza da tuberculose, seus sintomas e a importância do tratamento;
- Explicar detalhadamente o regime de medicamentos prescritos, incluindo dosagem, horários e duração do tratamento;
- Demonstrar a técnica correta de administração dos medicamentos, se necessário;
- Revisar os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos e a importância de relatá-los ao médico;
- Estabelecer um plano de acompanhamento e monitoramento regular para avaliar a adesão ao tratamento.

Risco de isolamento social

Intervenções de enfermagem:

- Realizar avaliação psicossocial do paciente, identificando fatores de risco para o isolamento social;
- Fornecer apoio emocional e encorajar o paciente a expressar seus sentimentos e preocupações;
- Promover a participação em grupos de apoio ou programas de educação sobre tuberculose;
- Facilitar o acesso a recursos comunitários e serviços de suporte social.

173

- Incentivar a comunicação aberta com familiares e amigos para manter conexões sociais.

Ansiedade relacionada ao diagnóstico de tuberculose

Intervenções de enfermagem:

- Realizar avaliação da ansiedade do paciente e identificar seus fatores desencadeantes;
- Oferecer apoio emocional e tranquilizar o paciente, respondendo a suas preocupações;
- Ensinar técnicas de relaxamento, como respiração profunda e meditação;
- Encorajar a participação em atividades terapêuticas, como terapia ocupacional ou música;
- Colaborar com a equipe de saúde para avaliar a necessidade de intervenções farmacológicas.

Risco de complicações respiratórias

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar os sinais vitais, auscultar os pulmões e avaliar a saturação de oxigênio regularmente;
- Incentivar a tosse produtiva e a expectoração adequada, oferecendo hidratação adequada;
- Administrar medicamentos broncodilatadores ou mucolíticos conforme prescrição médica;
- Promover a ventilação adequada do ambiente e evitar exposição a fatores irritantes respiratórios;
- Fornecer educação sobre sinais de alerta de complicações respiratórias e quando procurar atendimento médico.

Risco de transmissão da tuberculose

Intervenções de enfermagem:

- Instruir o paciente sobre a importância de cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar;

174

- Orientar sobre a necessidade de usar uma máscara facial em ambientes públicos ou quando em contato próximo com outras pessoas;
- Fornecer educação sobre a importância da boa higiene das mãos para prevenir a propagação da infecção;
- Incentivar o paciente a seguir as precauções.

Intolerância à atividade

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar o nível de atividade e a capacidade funcional do paciente;
- Estabelecer metas de atividade realistas e progressivas;
- Monitorar a tolerância à atividade, incluindo a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio;
- Orientar o paciente sobre a importância de fazer pausas durante a atividade, conforme necessário;
- Colaborar com a equipe de reabilitação para desenvolver um plano de exercícios individualizado.

Risco de baixa adesão ao tratamento

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar os fatores que podem afetar a adesão ao tratamento, como falta de compreensão, problemas financeiros ou barreiras culturais;
- Fornecer informações claras e educar o paciente sobre a importância de aderir ao tratamento completo;
- Identificar estratégias para superar possíveis obstáculos à adesão, como fornecer lembretes ou fornecer apoio emocional;
- Facilitar o acesso aos medicamentos prescritos, incluindo opções de transporte ou programas de assistência;
- Estabelecer uma relação de confiança com o paciente, oferecendo suporte contínuo e oportunidades para esclarecer dúvidas e preocupações.



9. Quadro Sinóptico de tratamento

PATOLOGIA	TRATAMENTO	CUIDADOS ENFERMAGEM
FEBRE	Se febre maior ou igual a 37,8°C Paracetamol 200mg – 40 gotas ou Paracetamol 750 mg 1cp 8/8h ou Dipirona 500mg/ml - 40 gotas de 8/8h, podendo ser administrada até de 6/6h.	Paracetamol Orientar paciente a ingerir a dose correta, por conta do risco de danos hepáticos no caso de altas doses ou uso prolongado - não ultrapassar o limite de 4g/dia em maiores de 12 anos, e em tratamento prolongado, não passar de 2,6g diários; Adultos não devem tomar por mais de 10 dias, e crianças por mais de 5 dias; Informar sobre o aumento de reações adversas com uso de álcool, barbiturato, carbamazepina, hidantoína, rifampicina e sulfimpirazona; Não utilizar em gestantes e lactantes; Atenção aumentada a pacientes com redução na função hepática e/ou renal. Dipirona Não utilizar em asmáticos, gestantes, lactantes e crianças menores de 3 meses ou com menos de 5kg; Orientar que este medicamento aumenta a ação do álcool, diminui a ação da ciclosporina, e pode provocar ou aumentar reações adversas de clorpromazina.
RESFRIADO COMUM	Loratadina 10 mg - 1 cp VO ao dia por 5 dias. Lavagem nasal com SF 0,9% ou SF caseiro, conforme apêndice A. 3x ao dia ou conforme necessidade.	Loratadina Contraindicar em casos de glaucoma, úlcera hepática, crise asmática e hipertrofia prostática; Não utilizar em menores de 2 anos; insuficiência hepática; histórico de alteração em intervalo QT prolongado em ECG; gestantes ou lactantes; Informar que tabagismo e consumo de álcool podem aumentar risco de depressão do sistema nervoso; Orientar a ter cuidado ao dirigir ou executar tarefas que exijam atenção, por conta de possíveis efeitos adversos de sedação, sonolência, tontura e visão borrada.



QUADROS ALERGICOS	Loratadina 10 mg - 1 cp VO ao dia por 5 dias	Loratadina Contraindicar em casos de glaucoma, úlcera hepática, crise asmática e hipertrofia prostática; Não utilizar em menores de 2 anos; insuficiência hepática; histórico de alteração em intervalo QT prolongado em ECG; gestantes ou lactantes Informar que tabagismo e consumo de álcool podem aumentar risco de depressão do sistema nervoso Orientar a ter cuidado ao dirigir ou executar tarefas que exijam atenção, por conta de possíveis efeitos adversos de sedação, sonolência, tontura e visão borrada.
ESCABIOSE HUMANA	Ivermectina, dose única, VO. 26 a 44 Kg - 1 comprimido 36 a 50 Kg - 1 ½ comprimido; 51 a 65 Kg - 2 comprimidos; Acima de 65 Kg - 2 ½ comprimidos; > ou = 80 Kg – 3 comprimidos ou 200 microgramas /kg). Repetir dose em 14 dias.	Ivermectina Orientar a tomar preferencialmente com o estômago vazio, 1 hora antes da primeira refeição do dia; Orientar a separar roupas íntimas e de cama, bem como lavá-las e fervê-las; Orientar a beber água filtrada ou fervida; Lavar as mãos várias vezes ao dia, principalmente no preparo de alimentos, assim como antes e depois das refeições; Lavar bem frutas e verduras antes de se alimentar Manter os vasos sanitários sempre limpos e desinfetados; Não utilizar em gestantes, lactantes, crianças com menos de 15kg e idosos
PEDICULOSE	Deltametrina shampoo. Modo de usar: Aplicar no couro cabeludo, com ligeiras fricções, até fazer bastante espuma, deixar agir por 5 minutos e enxaguar. Remover lêndeas com pente fino. Utilizar por 2 a 4 dias consecutivos, se necessário repetir o tratamento em 7 dias	Deltametrina Shampoo Não utilizar em gestantes; lactantes, em caso de presença de ferida ou queimadura; Orientar a ferver roupas de uso pessoal e de cama; Manter cabelos curtos e limpos; Evitar contatos e objetos compartilhados; Orientar sobre a importância dos hábitos saudáveis de higiene; Após tratamento, manter o esquema por 7 dias por conta de possível reinfestação causada por permanência de ovos durante o tratamento



Tineacris/intertrigo	Prescrição: Cetoconazol creme. Modo de usar: Aplicar na região de 12/12 horas, por 14-28 dias. Observação: Cabe ao enfermeiro avaliador checar sinais de infecção por bactéria, como odor fétido, secreção purulenta e sinais logísticos. Nestes casos, solicitar interconsulta médica.	Cetoconazol tópico - creme 2% Lavar bem as mãos antes e depois da aplicação local; Orientar a aplicar o creme nas áreas afetadas 1 vez ao dia até os sintomas ou lesões desaparecerem Evitar uso de roupas de tecido sintético Iniciar o tratamento com cetoconazol tópico após 2 semanas do fim do tratamento com corticosteróide.
Larva Migrants	mg/kg de peso, duas vezes ao dia, 2 a 3 dias. Albendazol 400 mg/dia em dose única ou repetido durante três dias consecutivos.	Albendazol Orientar a tomar durante a refeição; Não utilizar em gestantes ou crianças menores de 2 anos.
Pitiríase versicolor	Cetoconazol creme 2%: aplicar duas vezes ao dia, por até 4 semanas, ou; Cetoconazol shampoo 2%: aplicar no couro cabeludo 1x ao dia e deixar agir por 10min, após retirar o produto com água corrente.	Cetoconazol tópico - creme 2% Lavar bem as mãos antes e depois da aplicação local; Orientar a aplicar o creme nas áreas afetadas 1 vez ao dia até os sintomas ou lesões desaparecerem; Evitar uso de roupas de tecido sintético; Iniciar o tratamento após 2 semanas do fim do tratamento com corticosteróide.



Tinea corpo	Cetoconazol creme 2%: Aplicar duas vezes ao dia, por até 4 semanas.	Cetoconazol tópico - creme 2% Lavar bem as mãos antes e depois da aplicação local; Orientar a aplicar o creme nas áreas afetadas 1 vez ao dia até os sintomas ou lesões desaparecerem; Evitar uso de roupas de tecido sintético; Iniciar o tratamento com cetoconazol tópico após 2 semanas do fim do tratamento com corticosteróide.
Miíase	Ivermectina (6 mg/comprimido) 200 µcg/kg de peso VO dose única;	Ivermectina Orientar a tomar preferencialmente com o estômago vazio, 1 hora antes da primeira refeição do dia Orientar a separar roupas íntimas e de cama, bem como lavá-las e fervê-las; Beber água filtrada ou fervida; Lavar as mãos várias vezes ao dia, principalmente no preparo de alimentos, assim como antes e depois das refeições; Lavar bem frutas e verduras antes de se alimentar Manter os vasos sanitários sempre limpos e desinfetados; Não utilizar em gestantes, lactantes, crianças com menos de 15kg e idosos.
Anemia Ferropriva	O comprimido de sulfato ferroso costuma apresentar-se com 300mg = 60mg de ferro elementar. Devendo prescrever 3 comprimido nesta fase do tratamento.	Ferro elementar Tomar o produto no intervalo entre as refeições; Contraindicação: anemia hemolítica ou hemocromatose Orientar sobre possíveis efeitos adversos, dentre eles a constipação intestinal; Não tomar durante a alimentação, pois diminui sua absorção; Orientar a adotar dieta rica em fibras e tomar grande quantidade de líquidos; Não utilizar a medicação em gestantes, lactantes ou crianças.



Cefaleia	Paracetamol 750mg 1cp VO de 8h/8h, caso haja necessidade de reavaliação, agendar. Dipirona 500mg/ml - 40 gotas de 8/8h, podendo ser administrada até de 6/6h	Paracetamol Orientar paciente a ingerir a dose correta, por conta do risco de danos hepáticos no caso de altas doses ou uso prolongado - não ultrapassar o limite de 4g/dia em maiores de 12 anos, e em tratamento prolongado, não passar de 2,6g diários; Adultos não devem tomar por mais de 10 dias, e crianças por mais de 5 dias; Informar sobre o aumento de reações adversas com uso de álcool, barbiturato, carbamazepina, hidantoína, rifampicina e sulfimpirazona; Não utilizar a medicação durante gestação ou lactação; Atenção aumentada a pacientes com redução na função hepática e/ou renal. Dipirona Não utilizar em casos de asma, ser gestante, lactante e crianças menores de 3 meses ou com menos de 5kg; Orientar que este medicamento aumenta a ação do álcool, diminuir ação da ciclosporina, e pode provocar ou aumentar reações adversas de clorpromazina; Contraindicação da solução oral para pessoas com diabetes.
-----------------	---	--



Dor aguda	Dor lombar: Diclofenaco sódico 50mg – Tomar 1cp VO de 8h/8h por 5 dias (Descartar gravidez/ orientar tomar após refeição); Dor abdominal: Escopolamina +dipirona 10 mg/250mg Tomar 1cp VO de 8h/8h se dor; Em caso de flatulência, indicar Simeticona- 40 gts de 8h/8h por 3 dias Paracetamol 750mg – Tomar 1 cp VO de 8h/8h se dor. Dipirona 500mg/ml - 40 gostas de 8/8h, podendo ser administrada até de 6/6h	Diclofenaco sódico Contraindicações: crianças menores de 14 anos e depressão de medula óssea; Informar efeitos adversos mais comuns, tal como tontura; Orientar que os efeitos do tratamento são somente sentidos após 2 semanas; (Escopolamina + dipirona) Escopolamina Contraindicações: lactantes; Dieta rica em fibras e estimular hidratação para prevenir efeito adverso de constipação; Pode aumentar os riscos de depressão do sistema nervoso central com álcool e outros depressores do SNC. Dipirona Não utilizar em casos de asma, ser gestante, lactante e crianças menores de 3 meses ou com menos de 5 kg; Orientar que este medicamento aumenta a ação do álcool, diminuir ação da ciclosporina, e pode provocar ou aumentar reações adversas de clorpromazina; Contraindicação da solução oral para pessoas com diabetes. Dimeticona/Simeticona Tomar após refeições e antes ao se deitar; Evitar alimentos ácidos e picantes e cafeinados; Tomar após as refeições e antes de dormir. Paracetamol Orientar paciente a ingerir a dose correta, por conta do risco de danos hepáticos no caso de altas doses ou uso prolongado - não ultrapassar o limite de 4g/dia em maiores de 12 anos, e em tratamento prolongado, não passar de 2,6g diários; Adultos não devem tomar por mais de 10 dias, e crianças por mais de 5 dias; Informar sobre o aumento de reações adversas com uso de álcool, barbiturato, carbamazepina, hidantoína, rifampicina e sulfimpirazona; Não utilizar a medicação durante gestação ou lactação; Atenção aumentada a pacientes com redução na função hepática e/ou renal.
------------------	---	---



Pé diabético	Dor neuropática: Paracetamol 750 mg comprimido: Prescrever 1 (um) comprimido de 6/6 horas via oral. Não exceder o uso por mais de 5 (cinco) dias. Ibuprofeno 50mg/ml: Prescrever 40 gts de 8/8 horas via oral, em caso de dor, sem alívio satisfatório com Paracetamol. Tempo de tratamento: 5 dias. Infecção Fúngica (Tineapedis): Se recorrente, Fluconazol 150mg comprimido: Prescrever 1 (uma) cápsula 1x/semana via oral, durante 1 a 4 semanas. Observação: Nestes casos discutir com equipe de DST para disponibilização do medicamento.	Paracetamol Orientar paciente a ingerir a dose correta, por conta do risco de danos hepáticos no caso de altas doses ou uso prolongado - não ultrapassar o limite de 4g/dia em maiores de 12 anos, e em tratamento prolongado, não passar de 2,6g diários; Adultos não devem tomar por mais de 10 dias, e crianças por mais de 5 dias; Informar sobre o aumento de reações adversas com uso de álcool, barbiturato, carbamazepina, hidantoína, rifampicina e sulfimpirazona; Não utilizar a medicação durante gestação ou lactação; Atenção aumentada a pacientes com redução na função hepática e/ou renal. Ibuprofeno Tomar 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições para absorção máxima; Contraindicações: crianças menores de 12 anos; durante o 3º semestre de gravidez; Pode causar aftas e alterações no sangue; Não associar este medicamento a drogas nefrotóxicas, por conta do potencial efeito adverso consequente de lesão renal; Fluconazol Orientar a tomar com um copo de água durante as refeições; Não utilizar durante gestação, lactação ou crianças; Atenção quanto dose e efeitos adversos em pacientes com doenças hepáticas, pancreáticas e idosos.
---------------------	---	--



Hiperglicemia	Verificar a glicemia capilar, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio; Obter acesso venoso calibroso; Iniciar infusão endovenosa de solução salina 0,9% a 1-1,5 L/hora (15-20 ml/kg/hora na primeira hora);	Solução salina - Soro fisiológico 0.9% Deve ser usada com cautela em pacientes com hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, pré-eclâmpsia, insuficiência renal grave, edema pulmonar e obstrução do trato urinário; Em idosos, diminuir volume e velocidade de infusão para não ter sobrecarga circulatória
Hipoglicemia	Paciente consciente: Ambiente comunitário (extra muro): Administrar 30 g de carboidrato de absorção rápida (pão, bala, doce, dentre outros). Na unidade de saúde: administrar 30 ml de soro glicosado a 50% - VO). Repetir a glicemia capilar após 15 minutos; se não houve reversão, repetir o processo. Paciente inconsciente: Administrar 30 mL de glicose 50%, diluídos em 100 mL de SF 0,9% via endovenosa em acesso calibroso. ATENÇÃO! Em caso de hipoglicemia com sinais de alerta, acionar médico da unidade de saúde.	Glicose 50% Em idosos, diminuir volume e velocidade de infusão para não ter sobrecarga circulatória

Manejo de crise hipertensiva

CLASSES	MEDICAMENTOS	DOSES	INÍCIO DA AÇÃO	DURAÇÃO EFEITO	EVENTO ADVERSO
Alfa-agonista central	Clonidina*	0,1-0,2 mg inicial 1mg/h até 0,8mg	30-60 min	2-4 h	Tontura, boca seca, sonolência e rebote com suspensão abrupta.
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	Captopril	6,25-50 mg	15-30 min	6-12 h	Piora da função renal.

REFERENCIAS

AUERBACH, M.; DELOUGHERY, T. Single-dose intravenous iron for iron deficiency: a new paradigm. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. V. 2, n.1, 2016.

AUERBACH. M.; ADAMSON, J.W. How we diagnose and treat iron deficiency anemia. *Am J Hematol*; v. 91, n.31, 2016.

BERGAMASCO, E.C, et. al., Habilidades clínicas em enfermagem. 1ª Ed. Editora GEN. p.616. 2020.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 152 p. : il.

BRASIL. ACOlhIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume 1ª edição. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 12 abr. 2023.

BRASIL. Check-up médico. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/check-up-medico/>. Acesso em: 03 nov. 2023.

BRASIL. Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei no 7.498, de 25 de junho de

BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1986; 26 jun. Seção 1, p.9273-5.

184

BRASIL. Manual de Enfermagem. Programa Saúde da Família. Brasília; 2001. 250 p. [série A Normas e Manuais Técnicos, n. 135]

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino – serviço. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002a. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 6 de Novembro de 1996. [acessado 2023 Fev 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 95 de 28 de Janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. [acessado 2023 Fev 18]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2006. [Cadernos de Atenção Básica, 16; série A. Normas e Manuais Técnicos].

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

227

185

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: MS, 2006. [Cadernos de Atenção Básica, n. 16; série A. Normas e Manuais Técnicos].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília:MS, 2007. [Cadernos de Atenção Básica, n. 19; série A. Normas e Manuais técnicos].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos. NOTA TÉCNICA Nº 399/2021-CGAFME/DAF/SCTIE/MS. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/files/sistemas/silt/NOTA-TECNICA-N-3992021-Informacoes-sobre-a-distribuicao-do-medicamento-Rifapentina-150mg.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6.ed. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da Hanseníase. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica. Brasília:MS, 2002. [série Cadernos de Atenção Básica, n. 9; série A. Normas e Manuais Técnicos; n.174].

BRASIL. Notificação de Acidentes do Trabalho
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0442_M.pdf

BRASIL. Portaria no. 817/GM, de 26 de julho de 2000. [acessado em Fev 2023 18]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-817.htm>

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

228

186

CAMASCHELLA, C. Iron deficiency: new insights into diagnosis and treatment. Hematology. Am Soc Hematol Educ Program. p. 8-13, 2015.

CAMPOS, E.C. Protocolo de assistência de enfermagem: visão do enfermeiro na estratégia saúde da família. Dissertação de Mestrado. Botucatu. 2017.

CAMPOS, H.S. Gripe ou resfriado? Sinusite ou rinite. Jornal Brasileiro de Medicina, v. 102, n. 1, p. 41-50, 2014.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – CVE. ESQUEMA BÁSICO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE. Disponível em: [file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/folder_%20DOSE%20PLENA%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/folder_%20DOSE%20PLENA%20(1).pdf). Acesso em 24 jul. 2023.

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. [acessado 2023 Fev 18]. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>

COATES, S.J.; et. al. Ectoparasites: Pediculosis and tungiasis. J Am Acad Dermatol. v. 82, n. 3, p. 551-69. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 191, de 31 de maio de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. [acessado 2023 Fev 18]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038§ionID=34>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 195, de 18 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. [acessado 2023 Fev 18]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-195-1997-4252.html#:~:text=Art.na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o.>

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

229

187

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 288, de 03 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, em diversos de seus dispositivos. [acessado 2023 Fev 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2882004_4324.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 358, de 15 de Outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [acessado 2023 Fev 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 429, de 11 de Junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.[acessado 2023 Fev 18]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – GOIAS. Protocolo de enfermagem, 4ª edição. 2022. Disponível em: https://www.protocolodaenfego.org/files/ugd/e67780_5b15398985b040f28f7d7d3d1cc9047f.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM GOIÁS. COREN-GO. Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Estado de Goiás. 4ª Edição. 2022.

DEL GIUDICE, P.; HUBICHE, T.; ROGER P MARIE. Extensivecutaneous larva migrans. Am J TropMedHyg.;v. 99, n.2, 2018.

EHLERS, J.P., et al. Manual de doenças oculares do WillsEye Hospital - Diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 8ª edição. Editora Artmed; 2022.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

230

188

file:///D:/Downloads/PROTOCOLOS%20DE%20ENFERMAGEM COREN-
GO 4%C2%AAEDI%C3%87%C3%83O 2022 DIGITAL.pdf protocolo goias
2022

FILHO, A.D.O.; BEZERRA, L.T.C.N.; ALVES, A.S.; NEVES, S.J.F. Aumento do consumo de ivermectina no Brasil e o risco de surtos de escabiose. Research, SocietyandDevelopment, v. 10, n. 10, 2021.

GILL, N.; SOMAYAJI, R.; VAUGHAN, S. Exploring tropical infections: a focusoncutaneous larva migrans. AdvSkinWoundCare.;v.33, n.7, p.356-9. 2020.

GUSSO. G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. 2A ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2019.

Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de Condutas Médicas. [acessado 2023 Fev 18].Disponível em: http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/36manual_condutas.pdf

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Projeções populacionais por idade e sexo para o brasil até 2100. Textos para discussão Rio de Janeiro: Ipea , 2021.

KHURANA, A.; SARDANA, K.; CHOWDHARY, A. Antifungalresistance in dermatophytes: Recenttrendsandtherapeuticimplications. FungalGenet Biol.; v. 132, 2019.

LEUNG, A.K.C., et al. Paediatrics: how to managepediculosis capitis. DrugsContext.;v.11, 2022.

LUPI, O.; BELO, J.; CUNHA, P. Rotinas de diagnóstico e tratamento da SBD. 2a ed. AP Farmacêutica, 2012.

MATOS, M. A. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Homem. In: ROSSO, C. F. W. et al. (org.). Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à

189

Saúde no Estado de Goiás. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014

RAJAGOPALAN, M, et. al. Expert Consensus on The Management of Dermatophytosis in India (ECTODERM India). BMC Dermatol. v. 24, n. 18, 2018.

SANDHU, S.; BHATNAGAR, A.; SUHAG, D. Dermoscopy of cutaneous larva migrans. Indian J Dermatol Venereol Leprol.; p. 1-2. 2022.

SANTOS, VEIGA, ANDRADE. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm. v. 64, n.2, 2011.

SAUNTE, D.M.L.; GAITANIS, G.; HAY, R.J. Malassezia-Associated Skin Diseases, the Use of Diagnostics and Treatment. Front Cell Infect Microbiol.; v.10, p. 112. 2020

SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Escabiose: o que é, causas e prevenção. Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=333422>.
Acesso em: 16 abr. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Fluxograma de enfermagem – Demanda Espontânea. Disponível em:
https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Fluxogramas/Enfermagem_De_manda_Espontanea.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – SMS SÃO PAULO¹. CUIDANDO DE TODOS: DCNT DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MSP Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo5_Protocolo_Linha_Cuidado_DCNT_%20APS_MSP.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

232

190

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – SMS SÃO PAULO².
CUIDANDO DE TODOS: DCNT DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) Protocolo
Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis
(DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes
Mellitus Disponível em:
[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo6_Proto
colo_Clinico_Pratico_Tratamento_DCNT_APS_Hipertensao_Diabetes.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo6_Proto%20colo_Clinico_Pratico_Tratamento_DCNT_APS_Hipertensao_Diabetes.pdf).
Acesso em: 20 jun. 2023.

SCHWEIGER, C. et. al. Manual de lavagem nasal na criança e no adulto.
Disponível em: [https://aborlccf.org.br/wp-
content/uploads/2022/11/1669816618_Manual_de_lavagem_nasal-v2.pdf](https://aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2022/11/1669816618_Manual_de_lavagem_nasal-v2.pdf).
Acesso em: 24 jul. 2023.

TAUDORF, E.H., et al. Cutaneuscandidiasis- anevidence-basedreviewof topical
andsystemictreatments to informclinicalpractice. J
EurAcadDermatolVenereol.;v.33,n.10, p.1863-73. 2019.
THOMPSON, R., WESTBURY, S., SLAPE, D. Paediatrics: how to
managescabies. Drugs In Context, v.10, n.1-13. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Atenção Integral à
Saúde do Adulto. 2ª ed. 2016.

VIJAYASANKAR, P.; SUBRAMANIAM. R.; KALIAPERUMAL, K.
Bullouscutaneous larva migransofthepalm. Am J TropMedHyg.;v. 106, n.5,
p.1298-9. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integratedcare for olderpeople:
guidelinesoncommunity-levelinterventions to manage declines in
intrinsiccapacity. Geneva: World Health Organization; 2017.

APÊNDICE A. Receita de Soro Fisiológico caseiro para lavagem nasal.

Solução salina caseira:

Água filtrada e fervida (250mL) + Sal de cozinha ou sal marinho (1 colher de café, rasa, cerca de 1,03g) + Bicarbonato de sódio (1 colher de café, rasa, cerca de 1,59g);

Observações:

Para melhor preservação, é recomendável que se mantenha a solução em geladeira após a preparação, ou abertura do frasco de solução salina.

Deve-se evitar a lavagem nasal com soluções geladas.

É recomendado que se lave com solução salina em temperatura ambiente (25°C) ou levemente aquecida (ex: aquecer em forno microondas, entre 10-20 segundos, a depender da potência do aparelho).

Caso haja a necessidade de adição de medicamentos à solução, sempre o faça como última etapa da preparação, após o aquecimento.

Sistematização da Assistência de Enfermagem Saúde da Criança



Protocolo das Unidades de Atenção Básica à Saúde

Botucatu

2023

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

235

Equipe de elaboração: edição - 2008

Enfermeiros: Ana Lúcia Forti Luque, Danielle Cristina Alves Feitosa, Fernanda Cristina Manzini, Polyana Pimentel Proença, Priscila Cidade Furlan, Regina Stella Spagnuolo, Sara Figueiredo Bernardi Rocha, Maria Cristina Heinzle da Silva Machado e professora Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Médicos: Márcia de Almeida Parente, Oscar Antonio Grama Hoepfner, Paulo Roberto Zanatta Machado, Romana Cristina de Oliveira Corrêa, Scheilla Maria Franco Costa, Maísa Pires de Campos Luciano Gomes, Fausto Gondo, Anice Maria Vieira Camargo Martins

Organização

Fernanda Cristina Manzini
Secretaria Municipal de Saúde, Botucatu
Vera Lúcia Pamplona Tonetel
Departamento de Enfermagem, Unesp/Botucatu

Equipe de elaboração - 3ª Edição - 2023

Enfermeiros: Ana Paula dos Santos Costa Roberto, Débora Guedelha Blasi, Elisângela Cristina de Campos e Karyn Carregã Rodrigues

Médicos: Fatima Cristina Carvalho Castro Zambonini e Márcia de Almeida Parente

Organizadores

Ana Lúcia Forti Luque
Daniela Cristina da Silva
Valéria Maria Lopes Manduca Ferreira

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

236

Lista de figuras

Figura 1. Exemplo de preenchimento e análise das curvas nos gráficos de crescimento.

Figura 2. Ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Figura 3. Avaliação da icterícia neonatal segundo critério de Kramer.

Lista de quadros

Quadro 1. Calendário mínimo de consultas considerando RN de risco habitual.

Quadro 2. Calendário mínimo de consultas considerando RN de risco.

Quadro 3. Descrição dos testes de triagem neonatal.

Quadro 4. Coleta de teste do pezinho em casos especiais.

Quadro 5. Avaliação, classificação e conduta relacionada ao peso da criança.

Quadro 6. Fatores de risco ao desenvolvimento infantil, segundo aspectos da anamnese e exame físico.

Quadro 7. Avaliação, classificação e condutas relacionadas ao desenvolvimento infantil.

Quadro 8. Alimentação da criança em aleitamento materno.

Quadro 9. Alimentação da criança em uso de fórmula láctea.

Quadro 10. Alimentação da criança em uso de leite de vaca.

Quadro 11. Duração média do sono do bebê.

Quadro 12. Principais fatores de risco para Anemia Ferropriva em crianças e adolescentes.

Quadro 13. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de Anemia Ferropriva em crianças até 24 meses de idade **SEM** fatores de risco.

Quadro 14. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de Anemia Ferropriva em crianças até 24 meses de idade **COM** fatores de risco.

Quadro 15. Classificação do plano de atendimento.

Quadro 16. Terapia de reidratação oral.

Quadro 17. Tratamento de parasitose com resultado de exame positivo.

Quadro 18. Avaliação de crianças quanto a presença de sinais sugestivos de Pneumonia.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

237

Sumário

1. Introdução	6
2. Sistematização da Assistência de Enfermagem	6
3. Consulta de enfermagem em saúde da criança	7
4. Calendário de consultas	8
5. Primeira consulta do recém nascido	11
5.1. Anamnese	13
5.2. Testes de Triagem Neonatal	13
5.3. Aleitamento materno	15
5.4. Exame físico	17
5.5. Orientações gerais sobre o cuidado com o recém nascido	20
5.5.1 Higiene	20
5.5.2 Banho de Sol	21
5.5.3 Vestuário	21
5.5.4 Eliminações fisiológicas	22
5.5.5 Estimulação e desenvolvimento	22
5.5.6 Sono e repouso	22
5.5.7 Peso	23
6. Acompanhamento de rotina da criança maior de 30 dias	23
6.1. Avaliação do crescimento	24
6.2. Acompanhamento do desenvolvimento	27
6.3. Alimentação complementar	30
6.4. Eliminações fisiológicas	32
6.5. Sono	34
6.6. Calendário Básico de Imunização	35
7. Suplementação de vitaminas	36
7.1. Suplementação de Ferro	36
7.2. Suplementação de Vitamina A e D	38
8. Condutas de enfermagem nas principais intercorrências na infância	38
8.1. Alergia à picada de inseto	38
8.2. Anemia ferropriva	39
8.3. Candidíase/monilíase oral	40
8.4. Cólica	41
8.5. Congestão/obstrução nasal	41
8.6. Conjuntivite	42
8.7. Conjuntivite química	43
8.8. Constipação intestinal ou defecação prejudicada	43
8.9. Conteúdo vaginal externo	44
8.10. Criptorquidia	45
8.11. Dentição decídua	45
8.12. Dermatite de fralda (amoniacal)	46
8.13. Dermatite de fralda + <i>Candida albicans</i>	47

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

238

8.14. Dermatite seborreica	48
8.15. Diarreia.....	48
8.16. Dificuldade escolar: Quadro - vide página 36.	51
8.17. Escabiose	51
8.18. Estomatite	52
8.19. Febre	52
8.20. Fimose fisiológica.....	54
8.21. Hérnias	54
8.22. Icterícia neonatal	54
8.23. Impetigo (piodermite) - até cinco lesões.....	56
8.24. Larva migrans	57
8.25. Miliária rubra (brotoeja).....	57
8.26. Otalgia.....	58
8.27. Parasitose intestinal.....	59
8.28. Pediculose	61
8.29. Problemas e alertas de saúde de crianças e adolescentes na era digital	62
8.30. Problema no coto - granuloma umbilical	63
8.31. Resfriado comum.....	64
8.32. Regurgitação/Refluxo.....	65
8.33. Sinéquia labial	66
REFERÊNCIAS	67
ANEXO I.....	71
ROTEIRO 1ª CONSULTA DO RECÉM NASCIDO	71
ANEXO II	76
CONDUTAS PERANTE AS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NO PUERPÉRIO RELACIONADAS À AMAMENTAÇÃO ..	76
ANEXO III	84
Check-list Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHART-RF)	84

1. Introdução

As atribuições constantes deste Protocolo encontram respaldo legal na Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, em decretos do Conselho Federal de Enfermagem e em Manuais Técnicos do Ministério da Saúde.

Consta da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (nº 7.498, de 25 de junho de 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, do Conselho Federal de Enfermagem: “É incumbência do enfermeiro a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” (art. 1º, inciso II, alínea c).

A Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997, dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo enfermeiro, apresentando que “O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais” (art. 1º).

Apoiados pela legislação citada, alguns Manuais Técnicos do Ministério da Saúde têm apresentado: “Excepcionalmente, os enfermeiros poderão prescrever/transcrever e aplicar medicamentos estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” e outros tratam mais especificamente das competências desse profissional:

- (É atribuição do enfermeiro) “Solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe”.

Considerando a existência de respaldo legal, com a finalidade de contribuir para maior efetividade dos programas de atenção básica e melhoria dos indicadores de saúde elaborou-se o presente Protocolo, cujo objetivo geral é sistematizar a assistência de enfermagem, padronizando as condutas, atribuições e atividades a serem realizadas pelos enfermeiros das unidades de atenção básica de saúde do município de Botucatu-SP em todas as áreas de atuação.

2. Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem contempla ações em saúde prioritária, descritas no Pacto pela Saúde, portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006: Saúde do idoso - implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando sua atenção integral; Câncer de colo de útero e de mama - contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; Mortalidade Infantil e materna - reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias; Doenças emergentes e endemias: dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza - fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças

emergentes e endemias; Promoção da Saúde - elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável, combate ao tabagismo e vigilância do estado nutricional.

Para sua implementação é importante conhecer as atribuições gerais do enfermeiro:

- Executar, no nível de sua competência, assistência sistematizada e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança e ao adolescente, à mulher em todas as fases do ciclo vital, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar rotinas de trabalho em saúde desenvolvidas nas unidades de atenção básica e na comunidade;
- Supervisionar e desenvolver ações para capacitação técnica-científica dos agentes comunitários de saúde (ACS) e equipe de enfermagem para o desempenho de suas funções;
- Realizar consulta de enfermagem na unidade de saúde ou em visita domiciliar, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu;
- Realizar cuidados de enfermagem nas situações de urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e obstétricas inerentes à atenção básica e encaminhar para continuidade da assistência prestada;
- Organizar e coordenar a criação e desenvolvimento de grupos educativos e terapêuticos para patologias e outras situações específicas, de acordo com as necessidades de sua área de atuação;
- Planejar semanal e mensalmente as atividades com a equipe;
- Desenvolver ações programáticas e a livre demanda, segundo sua competência, realizando encaminhamento quando necessário;
- Participar das reuniões de equipe;
- Proceder a anotação relativa a todos os procedimentos realizados, atendendo à Resolução COFEN nº 19112.

3. Consulta de enfermagem em saúde da criança

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, na qual são utilizados métodos e evidências científicas para realizar a avaliação, prescrição e implementação de cuidados de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção e reabilitação de saúde do indivíduo, família e comunidade. A consulta deve ser fundamentada nas etapas do Processo de Enfermagem, constituído por histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição, implementação e avaliação de enfermagem, e acontecer nos serviços onde há a atuação profissional do enfermeiro.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

241

No contexto da atenção básica e estratégia saúde da família, a consulta de enfermagem vem sendo aplicada para todos os públicos, incluindo recém nascidos, crianças e adolescentes. Nesse sentido, ela deve contemplar as ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em seus 7 eixos principais (BRASIL, 2022):

1. Atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido;
2. Promoção do aleitamento materno;
3. Orientação e promoção da alimentação complementar saudável;
4. Promoção e acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento integral;
5. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e doenças crônicas;
6. Atenção integral à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura e paz; atenção à saúde de crianças deficientes ou em situações específicas de vulnerabilidade;
7. Vigilância e prevenção do óbito infantil.

Para tanto, é necessário que o enfermeiro esteja atento em registrar no prontuário dados referentes ao nascimento (peso ao nascer, Apgar, tipo de parto, dados antropométricos, internação em UTI/UCI, tipo de aleitamento, orientações de alta na maternidade, etc); realizar o exame físico completo da criança; checar sistematicamente o calendário vacinal da criança e realizar a vacinação sempre que necessário; encaminhar a criança para avaliação médica, ou serviço de referência, caso haja necessidade e/ou alteração clínica; encaminhar para consulta odontológica de rotina; solicitar exames laboratoriais complementares, quando necessário, orientando sobre o preparo, o próprio procedimento e os cuidados posteriores.

Este documento tem por objetivo direcionar as ações do enfermeiro durante o atendimento de rotina à saúde da criança, organizando a assistência de enfermagem a população infantil no contexto da Atenção Primária à Saúde do município de Botucatu. Considerando as diferentes fases da infância utilizaremos a seguinte definição (BRASIL, 2012):

- o Neonato ou Recém-nascido: indivíduo desde o nascimento até 28 dias de vida;
- o Criança: indivíduo na faixa etária de 0 a 10 anos (120 meses);
- o Adolescente: indivíduo na faixa etária de 10 a 19 anos.

4. Calendário de consultas

A frequência das consultas vai variar de acordo com a idade da criança e fatores de risco. O calendário básico de consultas para bebês classificados como sendo “de risco” em seu nascimento,

8

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

242

segue com avaliações mais frequentes quando comparado com o de bebês com “risco habitual”. A avaliação de risco é realizada seguindo o protocolo pré estabelecido pelo município, que leva em consideração as condições de nascimento do bebê, fatores biológicos e sociais (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022).

Vale ressaltar que, caso seja necessário, a unidade pode agendar avaliações mais frequentes ainda, a depender da necessidade e evolução do paciente, quer seja por questões biológicas, sociais, educação em saúde ou mesmo para fortalecimento do vínculo com a unidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022). Portanto, segue abaixo o calendário mínimo de consultas às crianças na atenção primária à saúde do município de Botucatu (Quadro 1), baseados na recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020):

Quadro 1. Calendário mínimo de consultas considerando RN de risco habitual.

Idade	Agenda
1º semana (até 10 dias)	Visita Domiciliar Enfermeiro
1º mês	Médico
2º mês	Enfermeiro
4º mês	Médico
6º mês	Médico
9º mês	Enfermeiro
12º mês	Médico
18º mês	Enfermeiro
24º mês	Médico

As consultas na primeira infância devem ser mais frequentes no início, a fim de apoiar o aleitamento materno, prevenindo complicações comuns da amamentação que podem prejudicar o ganho de peso e desenvolvimento do bebê nos primeiros meses de vida. Essas avaliações também tem o objetivo de prevenir infecções precoces, icterícia e dar suporte à família nos primeiros cuidados, além de garantir a realização dos testes de triagem neonatal, que serão abordados no tópico da “Primeira consulta do recém-nascido” (COREN GO, 2022). As consultas subsequentes seguem a periodicidade de cada 2 ou 3 meses, a depender da idade da criança, até completar 2 anos e idade, quando as consultas passam a ser anuais (BRASIL, 2020). O ideal é que os

9

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

243

atendimentos sejam intercalados entre médico e enfermeiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022).

Diversas condições podem configurar situações de vulnerabilidade e risco para saúde da criança, necessitando de um acompanhamento mais frequente. No município de Botucatu todos os recém nascidos são classificados de acordo com o protocolo de risco apresentado abaixo:

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Major Matheus, 07 - Vl. dos Lavradores CEP 18.609-630 - BOTUCATU/SP
Telefone: (14) 3811-1100

VIGILÂNCIA À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO
PREENCHIMENTO NA MATERNIDADE (no primeiro dia de vida)

IDENTIFICAÇÃO
Nome da Mãe: _____ Fone: _____
End. Residência: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Complemento: _____
Outro contato: _____ Fone: _____
Onde o RN ficará nos próximos 15 dias? () na própria residência () Outro: _____

O acompanhamento do RN após a alta será:
() Público _____
() Privado _____

DADOS DO NASCIMENTO
Local do parto: () UNESP () Hospital UNIMED () Outro _____
Data: ____/____/____ Tipo de Parto: () Vaginal () Cirúrgico
Número de conceitos: () Gestação única () Gemelar: () 2 () 3 () 4
Doença(s) de notificação compulsória (mãe/RN): () NÃO () SIM: Qual(is): _____

RISCOS AO NASCER
1. Riscos Biológicos
☐ - Peso nascimento < 2.500 (Peso _____ gramas).
☐ - Idade gestacional ao nascer < 37 semanas (Idade gestacional: _____ semanas _____ dias)
☐ - Malformação congênita maior ou múltipla/doença genética. Qual? _____
☐ - Internação em UTI/UCI | Motivo(s): _____
☐ - Apgar de 5 minutos menor que 7.

2. Riscos Sociais
☐ - Irmão morto com menos de cinco anos de idade.
☐ - Idade materna menor que 16 anos.
☐ - Mãe impossibilitada de cuidar da criança: problema psiquiátrico, dependência química, reclusão, doença, outro problema: _____
☐ - Mãe analfabeta
☐ - Mãe sem companheiro e sem apoio familiar
☐ - Mãe sem seguimento pré-natal (menos de 03 consultas)
☐ - Chefe de família sem renda.

DATA: ____/____/____
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO NA MATERNIDADE: _____

PREENCHIMENTO NA CLÍNICA DO BEBÊ
- Área de risco pré-estabelecida: () SIM () NÃO

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO AO NASCER
☐ RISCO HABITUAL
☐ RISCO (1 ou mais biológicos/2 ou mais sociais, incluindo ser de área de risco preestabelecida)
DATA: ____/____/____ NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO NA CLÍNICA DO BEBÊ: _____
DATA: ____/____/____ NOME DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DESTA FICHA: _____

Caso a criança atinja 1 risco biológico ou 2 riscos sociais, já é considerada "Recém Nascido de Risco", e deve seguir o calendário de consultas diferenciado de acordo com o descrito abaixo (Quadro 2). A partir do 7º mês, avaliar necessidade de manter seguimento mensal (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022).

Quadro 2. Calendário mínimo de consultas considerando RN de risco.

Idade	Agenda
1ª semana (até 10 dias)	Visita Domiciliar Enfermeiro
1º mês	Médico
2º mês	Enfermeiro
3º mês	Médico
4º mês	Médico
5º mês	Enfermeiro
6º mês	Médico
9º mês	Enfermeiro
12º mês	Médico

Os atendimentos em grupo podem ser introduzidos a qualquer momento, podendo ser no mesmo apazamento do enfermeiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022).

5. Primeira consulta do recém nascido

O primeiro atendimento do recém nascido deve ser realizado preferencialmente até o 6º dia de vida, exceto nos casos em que haja alguma impossibilidade, como internação mais prolongada, ou re-internação da mãe ou do bebê. Trata-se de um atendimento “mais breve”, focado em identificar problemas comuns na primeira semana de vida que possam ter aparecido após a alta da maternidade ou que não tenham sido identificados durante a internação, bem como realizar uma primeira reavaliação pós alta do bebê. Este atendimento tem como principais objetivos:

- Promover escuta qualificada para acolher as angústias e dificuldades da família no cuidado ao bebê;
- Verificar o cartão da criança e condições de alta da maternidade;
- Realizar uma avaliação física geral da criança;
- Realizar exame físico das mamas da mãe, observando a presença de ingurgitamento mamário, fissura mamilar, candidíase mamária, mastite ou outras anormalidades que possam aparecer;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

245

- Avaliar a mamada e orientar o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, corrigindo possíveis problemas que possam interferir nesse processo (vide protocolo de aleitamento materno), e caso o aleitamento materno não seja possível, orientar o uso de fórmula infantil abordando a diluição, preparo, modo de oferecer e cuidados;
- Checar a realização do teste do pezinho e, caso não tenha sido feito na maternidade, proceder a coleta no momento da avaliação;
- Checar o agendamento da primeira consulta na Clínica do Bebê (Espaço Saúde), e caso não haja, realizar o agendamento por telefone;
- Checar aplicação das vacinas de Hepatite B (geralmente aplicada na maternidade) e caso não tenha sido feita, proceder a aplicação;
- Para os bebês acima de 2.500g, aplicar a vacina BCG, ou orientar a família que será aplicada na Clínica do Bebê. Caso o recém nascido tenha menos de 2.500g, orientar a família sobre aguardar o ganho de peso para aplicação;
Obs: O Ministério da Saúde contra-indica a aplicação da vacina BCG em bebês com peso inferior a 2.000g.
- Tirar todas as dúvidas e tranquilizar os pais ou responsáveis sobre os cuidados com a criança;
- Deixar agendado o retorno conforme previsto em calendário de consultas, e reforçar a importância do comparecimento.

O primeiro atendimento pode acontecer na Unidade Básica de Saúde ou Estratégia Saúde da Família da área de abrangência a que o bebê pertence, no domicílio através da visita da equipe de saúde da rede básica, ou na Clínica do Bebê, que é o serviço de referência para atendimento de recém-nascidos em Botucatu, onde são realizados a primeira consulta e testes de triagem neonatal para todos os bebês nascidos no município.

Após essa primeira avaliação, é agendada a primeira consulta do bebê (que geralmente acontece na Clínica do Bebê), a qual tem os seguintes objetivos:

- Realizar um exame físico completo na criança;
- Pesar e medir a estatura e perímetro cefálico, observando o ganho de peso diário do bebê e crescimento. O ganho de peso ideal deve ser em torno de 20 a 30 g/dia;
- Avaliar novamente a mamada e condições da mama da mãe;
- Fazer uma breve anamnese sobre o pré-natal da mãe e condições de saúde antes e durante a gestação;
- Checar a carteirinha de vacina da mãe e do bebê;
- Atentar para as condições de saúde mental da mãe e sinais de alerta para depressão pós parto, maternity blue ou outras alterações que possam interferir no binômio mãe-bebê;

- Realizar o teste do pezinho, do olhinho, do coraçãozinho e da linguinha caso não tenham sido feitos na maternidade;
- Agendar o teste da orelhinha com a fonoaudióloga;
- Promover acolhimento das dúvidas e angústias trazidas pela família, e orientar sobre o cuidado tranquilizando os cuidadores;
- Agendar o próximo retorno de rotina na unidade de saúde da área de abrangência a qual pertence o bebê, dentro de 30 – 40 dias, e orientar a importância do comparecimento às consultas subsequentes.

5.1. Anamnese

Na anamnese deve constar informações sobre o pré-natal da mãe como paridade, número de consultas, resultados das principais sorologias, intercorrências clínicas e tratamentos realizados na gestação e parto, histórico de doenças crônicas ou congênitas da família dos pais, calendário vacinal da mãe, e outras informações que se julgar relevantes. Sobre o parto é importante considerar o tipo de parto, local, intercorrências, idade gestacional, índice APGAR, peso, estatura e perímetro cefálico ao nascer, se houve amamentação na primeira hora de vida, intercorrências nas primeiras 48 horas de vida e tratamentos que o bebê e a mãe receberam durante a internação.

No “Roteiro da 1ª consulta do recém-nascido” (Anexo I) encontra-se uma sugestão de anamnese a ser seguida na consulta.

5.2. Testes de Triagem Neonatal

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi criado em 6 de junho de 2001 (Portaria GM/MS nº 822), sendo reestruturado anos mais tarde (Portaria GM/MS nº 2829, de 14 de dezembro de 2012). É um programa de rastreamento populacional, que tem como objetivo identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno, para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

DIÁRIO OFICIAL

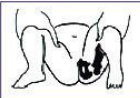
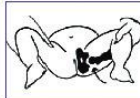
ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

247

Os testes incluídos no PNTN estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3. Descrição dos testes de triagem neonatal.

TESTES DE TRIAGEM NEONATAL	
TESTE	DESCRIÇÃO
Teste do Pezinho	- Tornou-se obrigatório através da Portaria GM/MS nº22 de 15 de janeiro de 1992. - Até a presente data, o teste consegue detectar seis doenças congênitas que são: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência da Biotinidase; - Deve ser coletado preferencialmente entre o 3º e o 5º dias de vida do bebê, mas pode ser colhido até 30 dias de vida (POP nº).
Teste da Orelhinha (Exame de Emissão Evocada Otoacústica)	- Tornou-se obrigatório através da Lei Federal nº 12.303/2010; - Detecta deficiências auditivas no recém nascido; - Deve ser realizado preferencialmente nos primeiros dias de vida do bebê (24 – 48 horas) mas pode ser realizado até 30 dias de vida (POP nº)
Teste do Olhinho (Teste do Reflexo Vermelho)	- Tornou-se obrigatório através da Portaria nº793 de 24 de abril de 2012. - Detecta alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares, sendo sinais de doenças como catarata congênita, glaucoma, toxoplasmose congênita, retinoblastoma, entre outras. - Deve ser realizado nos primeiros dias de vida da criança, preferencialmente ainda na maternidade mas pode ser repetido em qualquer momento posteriormente (POP nº)
Teste do Coraçãozinho (Teste da Oximetria de Pulso)	- Tornou-se obrigatório através da Portaria nº 20 de 10 de junho de 2014; - Detecta precocemente cardiopatias congênitas graves através da mensuração da saturação de oxigênio no MSD e um MI; - Também deve ser realizado nos primeiros dias de vida da criança, preferencialmente ainda na maternidade ou na primeira consulta (POP nº)
Teste da Linguinha (Avaliação do Frênulo Lingual)	- Tornou-se obrigatório pela Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014; - Detecta a presença de anquiloglossia (língua presa) e o grau de comprometimento que isso causa para o ganho de peso e amamentação do bebê. Possibilita a intervenção precoce nos casos mais graves; - Deve ser feito nos primeiros dias de vida do bebê (POP nº)
Testes de Barlow e Ortolani	- Identificar a presença de luxação congênita do quadril; - Na presença de alteração o bebê deve ser encaminhado à ortopedia UNESP para avaliação e realização de exames complementares.     Barlow Test Ortolani Test

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

248

Abaixo (Quadro 4) estão apresentadas considerações para coleta do teste do pezinho em casos especiais.

Quadro 4. Coleta de teste do pezinho em casos especiais.

CONDIÇÃO	COLETA
Rn com mais de 30 dias de vida sem coleta anterior	- Coletar o teste do pezinho normalmente em papel filtro AZUL, enviando ao CIPOI via malote da SMS. - Coletar TSH e T4 livre do bebê e enviar na rotina do laboratório/UNESP; - Agendar coleta de Biotinidase no CIPOI em Campinas via Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu; - Agendar o transporte com a Central de Ambulância na SMS para levar a mãe e o bebê até Campinas no dia da coleta, conforme convocação do CIPOI; - Fazer um relatório (em receituário branco) com o motivo da não coleta antes do 30º dia de vida do bebê e entregar para a mãe levar no dia da coleta da Biotinidase no CIPOI; - A família deve providenciar os seguintes documentos que são exigidos pelo CIPOI: Certidão de Nascimento, Cartão Nacional de Saúde, Cartão de vacina, RG da mãe e Comprovante de Endereço.
Rn que recebeu transfusão de sangue no hospital	- Caso não tenha coletado o teste no hospital, realizar a 1ª coleta (para biotinidase/hiperplasia adrenal congênita) em filtro AZUL, 5 (cinco) dias após a última transfusão de sangue; - Caso tenha coletado o teste no hospital, realizar a 1ª recoleta em filtro VERMELHO, 5 (cinco) dias após a última transfusão de sangue; - Realizar a 2ª recoleta em filtro VERMELHO (para fenilalanina/hipotireoidismo congênito/fibrose cística) 10 (dez) dias após a última transfusão de sangue; - Realizar a 3ª recoleta em filtro VERMELHO (para hemoglobinopatias) 120 (cento e vinte) dias após a última transfusão de sangue.
Pesquisa familiar (traço falciforme)	- Coletar sangue do pai e da mãe da criança que apresentou o traço falciforme, em papel filtro da cor CINZA; - Preencher dois filtros da cor CINZA, sendo um para o pai e outro para a mãe, com os dados corretamente de cada um, o número do exame anterior (coletado do bebê) e na parte de "reconvocação" assinalar "SIM"; - Colocar em observação: PESQUISA FAMILIAR.
Prematuridade (IG igual ou < 34 semanas)	- Fazer a 1ª coleta normalmente em filtro AZUL e enviar ao CIPOI. - Recoletar após 120 dias de vida em filtro VERMELHO e enviar ao CIPOI.
1ª coleta inadequada ou material insuficiente	- Recoletar o quanto antes, assim que receber a convocação via e-mail do CIPOI em papel filtro VERMELHO e enviar ao CIPOI; - No preenchimento do filtro assinalar corretamente o motivo da recoleta. Correto A área sinalizada é a indicada para a coleta. A área sinalizada é a indicada para a coleta. Incorreto Inaceitável Camadas sobrepostas. Insuficiente. Amostra com aspecto diluído. Amostras com anticoagulante.

5.3. Aleitamento materno

A primeira consulta é um momento bastante propício para o incentivo do aleitamento materno exclusivo e estreitamento do vínculo entre a mãe e o bebê. A amamentação pode ser

bastante desafiadora nos primeiros dias, o apoio e orientação correta podem fazer toda a diferença. De acordo com evidências encontradas na literatura o aleitamento materno tem diversos benefícios, entre eles (BRASIL, 2012):

- Diminuição da mortalidade infantil;
- Diminuição significativa do risco de infecções neonatais, especialmente gastrointestinais e respiratórias;
- Diminuição do risco de obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, alergias e diabetes;
- Melhora o vínculo do binômio mãe-bebê;
- Efeito positivo no desenvolvimento infantil na primeira infância;
- Passagem de anticorpos e imunoglobulinas da mãe para o bebê;
- Crianças amamentadas tendem a ter um melhor quociente de inteligência (QI);
- Diminui as chances de câncer de mama, útero e ovário na mãe;
- Diminui o risco de diabetes mellitus tipo 2 na mãe;
- Menor custo financeiro para a família;
- Melhor qualidade de vida para o binômio mãe-bebê.

O aleitamento materno deve ser incentivado e apoiado pela equipe de saúde. O ideal é que seja mantido até os 2 anos de idade ou mais, sendo exclusivo até o 6º mês, não havendo vantagem na introdução de outros tipos de alimento antes dos seis meses de vida da criança. É muito comum que as mulheres procurem os serviços de saúde com dúvidas ou dificuldades relacionadas à amamentação, e é importante que a equipe esteja preparada para manejar e resolver estas questões, prezando pela manutenção do aleitamento materno mesmo após a introdução da alimentação complementar (BRASIL, 2012)

Durante a consulta é sempre importante avaliar as mamas da mãe, observar a mamada do bebê questionando sobre os intervalos entre elas, a duração de cada mamada e se há revezamento entre as mamas. Em anexo (Anexo II) apresentamos o quadro com as principais condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério relacionadas à amamentação.

Também é importante relacionar o ganho ponderal do bebê à amamentação e se há introdução de outros tipos de leite ou alimentos antes dos 6 meses de vida. O “Protocolo de Aleitamento Materno do município de Botucatu” (em construção) traz um Roteiro de Avaliação da Mamada que pode auxiliar nesse processo, e também as condutas e prescrições de enfermagem relativas aos problemas mais comuns do aleitamento materno.

5.4. Exame físico

O exame físico do recém nascido tem algumas peculiaridades inerentes a essa fase da criança, que exigem um olhar diferente do empregado nas outras faixas etárias. Portanto, devem ser observados os seguintes tópicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023):

POSTURA DO RECÉM NASCIDO: extremidades fletidas, punhos geralmente fechados, rosto voltado para um dos lados.

PADRÃO RESPIRATÓRIO: observar se há presença de batimento de asa de nariz, tiragem intercostal ou diafragmática, respiração ruidosa, esforço respiratório.

ESTADO DE VIGÍLIA: estado de alerta, sono leve, sono profundo ou choro.

SINAIS DE DESIDRATAÇÃO OU HIPOGLICEMIA: pouca diurese, hipoatividade ou letargia, pouca ingestão (bebê não consegue mamar ou tem vômitos frequentes).

SINAIS VITAIS:

Sinais Vitais	Valores normais do Recém Nascido
Frequência respiratória (FR)	até 60 rpm
Frequência cardíaca (FC) acordado	85 – 200 bpm
Frequência cardíaca (FC) dormindo	60 – 160 bpm
Temperatura axilar (T)	36,4 – 37,5°C

Fonte: PALS-AHA, 2021. Disponível em: <https://savc.com.br/algoritmos-savc>

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

251

DESENVOLVIMENTO PSICOAFETIVO E SOCIAL: observar como a família interage com o bebê, como reagem às suas necessidades, observar e questionar sobre estímulos de acordo com a sua faixa etária.

REFLEXOS PRIMITIVOS: busca e sucção, preensão palmar e plantar, moro, Babinski e marcha, conforme ilustrado nas imagens abaixo:



Busca¹



Sucção²



Preensão palmar³



Preensão plantar⁴



Moro⁴



Sinal de Babinski⁵



Marcha⁶

Fonte: 1. Disponível em: <https://guiadagravida.com/reflexos-primitivos-o-que-sao/> 2. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos> 3. Disponível em: <https://bebemamae.com/> 4. Disponível em: <https://www.sanarmed.com> 5. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/> 6. Disponível em: <https://www.facebook.com/lojacalordemae/>

COTO UMBILICAL: observar se já houve a queda ou não, se há sinais flogísticos como hiperemia, calor local, presença de secreção purulenta, edema. Caso o coto já tenha se desprendido, observar a presença de granuloma umbilical.



PREFEITURA DE
BOTUCATU

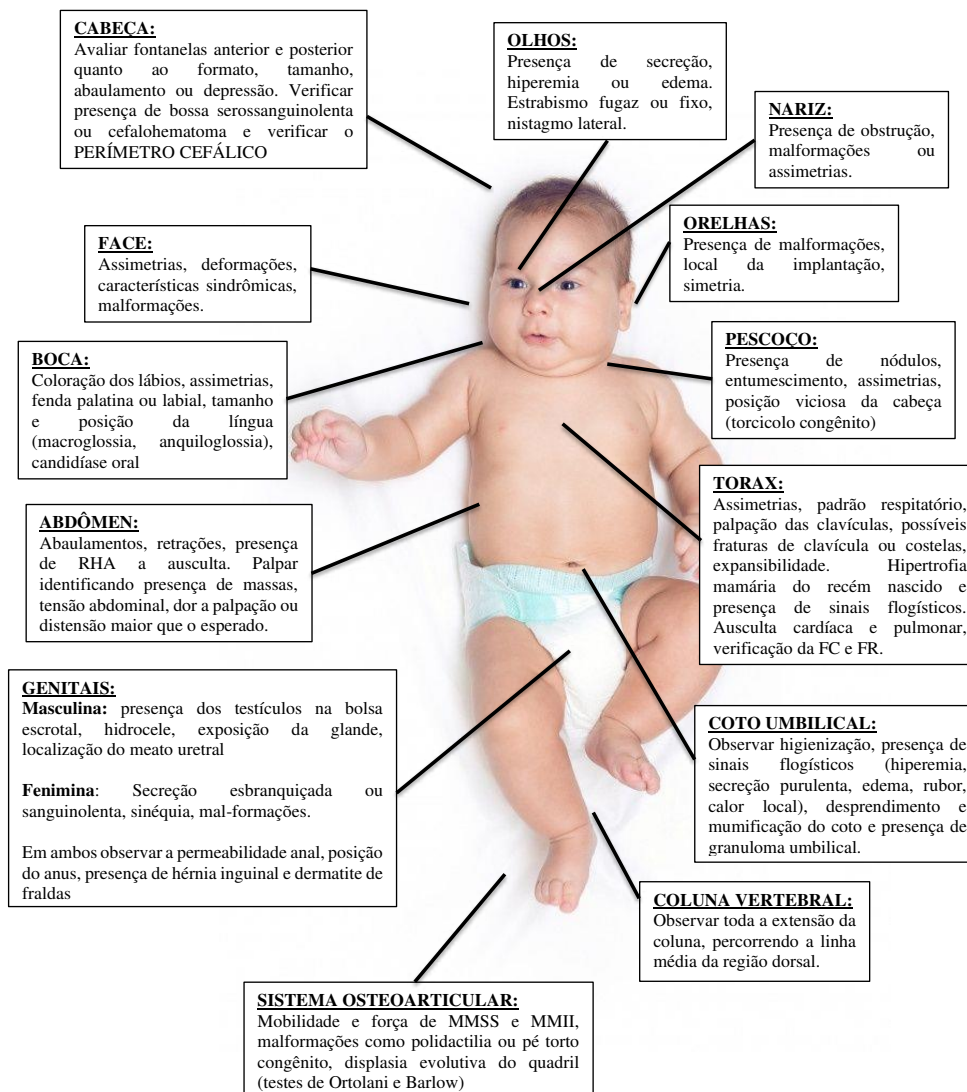
ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

252



5.5. Orientações gerais sobre o cuidado com o recém nascido

5.5.1 Higiene

- Orientar a lavagem das mãos antes e após o contato com o recém nascido para todos os membros da família;
- Banho: pode ser realizado diariamente ou em dias alternados. Checar a temperatura da água antes de colocar o bebê encostando o antebraço na superfície e verificando se está morna ou utilizando um termômetro, que deve indicar de 37°C a 37,5°C. Manter o bebê enrolado em uma fralda de pano durante a imersão na banheira e ir desenrolando aos poucos ao longo do banho pode ser uma opção mais agradável, colaborando para manter a temperatura e deixando a criança mais calma. Utilizar sabonete neutro específico para pele do bebê, que possua pH de aproximadamente 5,5 ou um pouco menor que isso (ligeiramente ácido), mantendo o pH da pele do bebê. Não é necessário o uso de xampu ou outros cosméticos na hora do banho (SBP, 2021);
- Troca de fraldas: dar preferência pelo uso de fralda de pano, gaze ou algodão embebido em água morna para realizar a limpeza dos genitais. Os lenços umedecidos podem ser uma alternativa, desde que contenham Ph levemente ácido e sejam livres de substâncias irritantes (álcool, fragrâncias, óleos essenciais, sabão ou detergentes). Realizar a higiene sempre no sentido anterior para posterior (de “frente para trás”) a fim de evitar a contaminação do trato urinário com as fezes. A troca frequente das fraldas, a exposição da pele ao ar e a aplicação de cremes de barreiras são medidas que podem controlar o aparecimento das dermatites de fralda (SBP, 2021);
- Coto Umbilical: geralmente fica mumificado entre o 3º e o 4º dia de vida e cai entre o 6º e o 15º dia de vida. Orienta-se manter a fralda dobrada abaixo do coto e não cobri-lo com faixas ou gaze a fim de não abafar o local. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o uso de cotonete embebido em álcool 70% para higienização do coto fica a critério da avaliação do profissional, considerando o contexto em que está inserido o bebê. Para bebês nascidos em ambiente hospitalar, em locais com baixa mortalidade infantil, é recomendado que o coto permaneça apenas limpo e seco, não sendo necessária a aplicação de álcool 70%. Já para bebês nascidos em ambientes com alta mortalidade neonatal, recomenda-se o uso do antisséptico (SBP, 2021);

- Lavagem Nasal: pode ser realizada com Soro Fisiológico 0,9% e seringa, sempre que se mostrar necessário. Não usar qualquer outro tipo de substância para lavar as narinas do bebê (SBP, 2022);
- Higiene Oral: pode-se iniciar a higiene oral com água filtrada ou fervida e gaze ou fralda de pano limpa mesmo antes do aparecimento dos primeiros dentes, a escovação deve ser iniciada a partir do nascimento do primeiro dente, com escova e creme dental próprio para bebês. Antes do aparecimento dos dentes, caso seja necessário realizar higiene oral, deve-se utilizar uma gaze ou fralda de pano macia umedecida com água filtrada, e passar com o dedo por toda a cavidade oral do bebê sem realizar fricção (SBP, 2018);
- Unhas: mantidas limpas e curtas, a fim de evitar possíveis escoriações. O corte sempre em linha reta e com pouca profundidade para evitar que encrave. Existe uma crença que não se deve cortar as unhas do RN nos primeiros dias de vida que deve ser orientada.

5.5.2 Banho de Sol

A exposição intencional ao Sol é contraindicada pela Sociedade Brasileira de Pediatria antes dos 6 meses de vida, devendo-se utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis ou roupas de proteção. Entre 6 meses e 2 anos de idade é recomendado o uso de protetores solares designados como “baby” quando a criança for exposta ao sol, os protetores solares “infantis” podem ser utilizados após os 2 anos de idade (SBP, 2021). Deve ser reforçada a orientação de que o banho de sol não é medida terapêutica para a icterícia neonatal.

5.5.3 Vestuário

Orientar que o vestuário deve obedecer o clima, nos dias de calor mais intenso usar roupas mais leves sem sobreposição de peças ou cobertores. Nos dias mais frios pode-se utilizar sobreposições e mantas, cobertores, luvas, meias e gorros. Sempre observar os sinais de frio (corpinho mais gelado, tremores, choro sem motivo aparente, extremidades mais arroxeadas) ou de calor (sudorese, bochechas avermelhadas, incomodo frequente) e adaptar o vestuário, tirando peças ou acrescentando conforme o caso (SBP, 2021).

5.5.4 Eliminações fisiológicas

Bebês em aleitamento materno exclusivo (AME) podem evacuar a cada mamada ou passar até 5 a 7 dias sem evacuar, estando ambas as situações dentro da normalidade, e as fezes podem variar de líquidas a pastosas. Esse ritmo e essas características evoluem até chegar a um ano de idade quando o ideal é evacuar pelo menos uma vez ao dia. Em crianças em aleitamento misto ou artificial, as fezes costumam ser mais ressecadas (bem pastosas) e o ritmo intestinal passa a ser mais espaçado, mesmo em bebês pequenos. O recém-nascido apresenta como sua primeira eliminação um tipo de fezes que é conhecido como mecônio (verde, grudento, difícil de limpar) que após 3 ou 4 dias começa a assumir uma cor amarelada-esverdeada e consistência mais líquida, até ficar mais amarelada, cor mais típica enquanto em aleitamento materno e que com o passar dos meses, fica mais escura e consistente (pastosa). A demora na eliminação do mecônio pode significar que a alimentação do RN pode não estar suficiente ou que possa haver alguma obstrução intestinal, sendo necessário maior cuidado e reavaliação. Nessa fase inicial, a presença de sangue nas fezes deve ser sempre investigada, podendo representar, por exemplo, um dos primeiros sinais de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), entre outras causas. Outros sinais de alerta são as fezes de cor muito clara ou brancas, que pode significar atresia de vias biliares, ou com presença de muco, que pode representar alguma inflamação intestinal. Caso algum dos sinais de alerta sejam identificados, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica (SPSP, 2014).

5.5.5 Estimulação e desenvolvimento

Incentivar que os pais interajam com seu bebê, conversem com ele, cantem para ele, expliquem o que estão fazendo (trocando a fralda, dando o banho, mudando de posição, etc), que o aconcheguem em seu colo e toquem o bebê, pois são ações que colaboram para a estimulação e desenvolvimento natural da criança (Brasil, 2012).

5.5.6 Sono e repouso

O recém nascido segue um ritmo de sono e vigília baseado na fome e desconforto, e não relacionado a luz diurna, geralmente apresenta períodos de sono de 2 a 4 horas intercalados com 50 a 60 minutos de vigília. Esse ritmo vai mudando de acordo com o crescimento e desenvolvimento da criança, e os períodos ininterruptos de sono vão aumentando no transcorrer

do primeiro ano de vida. Deve-se orientar quanto as medidas de segurança na hora de dormir, de forma a prevenir a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (HALAL, 2018):

- o Posicionar o bebê de barriga para cima;
- o Utilizar um colchão firme e plano, caso haja inclinação da cabeceira, esta não deve ser superior a 10%;
- o Não utilizar travesseiros ou produtos que mantenham a cabeça do bebe reclinada;
- o Caso use cobertor ou lençol, este deve estar bem ajustado e preso por baixo do colchão para que não se solte com o movimento do bebê;
- o O berço deve estar vazio, sem protetores de berço, brinquedos, naninhas ou qualquer outro objeto para evitar o sufocamento da criança;
- o Manter a criança no quarto dos pais até os 6 meses, porém em camas separadas. O berço, carrinho ou moisés da criança pode ser colocado ao lado da mãe a uma distância que ela consiga alcançar mesmo deitada;
- o Evitar o uso de gorros e chapéus, pois podem encobrir o rosto do bebê acidentalmente durante o sono;
- o O hiperaquecimento também pode aumentar o risco de morte súbita, portanto o excesso de roupas e cobertores deve ser evitado e orientado.

5.5.7 Peso

É importante considerar que o recém-nascido geralmente perde 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida (perda esperada e fisiológica), depois ganha de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida. Por isso, a importância do enfermeiro realizar o cálculo do ganho de peso nas consultas subsequentes.

6. Acompanhamento de rotina da criança maior de 30 dias

O acompanhamento de rotina da criança maior de 30 dias deve ser conduzido pela equipe de saúde, e o enfermeiro tem papel fundamental, inclusive em situações eventuais e condições de urgência e emergência.

A consulta de enfermagem programática tem como objetivo identificar, através de uma abordagem integral, as condições de saúde da criança e, por vezes, alterações que precisam ser investigadas.

6.1. Avaliação do crescimento

O crescimento infantil é medido a partir das variáveis: peso (kg), estatura ou comprimento (cm), índice de massa corporal (IMC) (m/kg^2) e perímetro cefálico (cm), até os dois (2) anos de idade - período esperado para o fechamento da fontanela anterior (BRASIL, 2020).

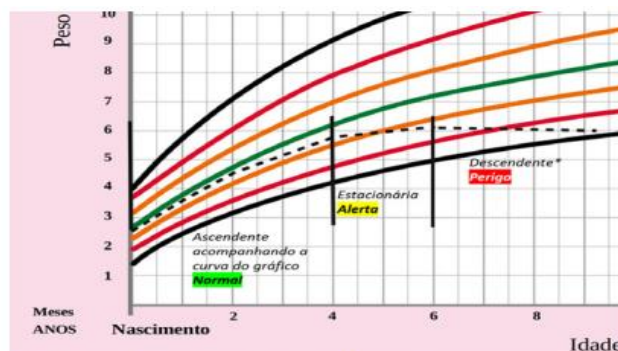
Os gráficos são apresentados pelo sexo, feminino e masculino, possuindo no eixo horizontal a idade em meses e no eixo vertical as medidas de acordo com cada variável (BRASIL, 2020).

Representam a distribuição das crianças em determinada população e orientam limites de normalidade por idade. Esses limites são representados por percentis ou desvios padrão, denominados escores Z (BRASIL, 2020).

O limite de normalidade do peso, estatura e perímetro cefálico está apresentado entre os escores +2 e -2, ou seja, sempre que os pontos representando os dados antropométricos da criança estiverem entre +2 e -2, indicam padrões de normalidade. Nos gráficos de perímetro cefálico e IMC, os escores +1 e -1 identificam sinais de alerta, que devem ser investigados antes de avançar para os limites +2 e -2 (COREN GO, 2022).

Os limites +2 e -2 são identificados por linhas vermelhas, sendo que as +1 e -1, de alerta, são amarelas. A linha verde representa a mediana (escore 0) e, muitas vezes é confundida como a única meta possível de normalidade. Além do intervalo de normalidade, é preciso interpretar a apresentação das curvas. Curvas ascendentes que seguem a tendência das curvas do gráfico representam dados satisfatórios, sendo que linhas horizontais representam alerta e curvas descendentes indicam perigo (COREN GO, 2022), como representado na Figura 1.

Figura 1. Exemplo de preenchimento e análise das curvas nos gráficos de crescimento.



Fonte: BRASIL (2020). Gráfico de peso adaptado com exemplo elaborado pelas autoras.

Diferente do recém-nascido, os bebês a partir dos 3 meses de vida, triplicam o peso de nascimento até o 12º mês de vida (COREN GO, 2022).

A caderneta de saúde da criança (BRASIL, 2020) também possibilita a avaliação através de curvas para crianças nascidas pré-termo. Assim, devem ser utilizadas até 64 semanas pós-concepcionais, quando o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da OMS/MS. Após 64 semanas deve-se calcular a idade corrigida da criança e continuar o acompanhamento nestas curvas. A idade corrigida deve ser utilizada até 2 anos de idade cronológica e até 3 anos, se Idade Gestacional (IG) < 28 semanas.

Como calcular a idade corrigida (BRASIL, 2020):

- 40 semanas – IG do nascimento em semanas = esse é o tempo que faltou para a IG de termo.
Ex: 40 sem - 28 sem = 12 sem (corresponde a 3 meses).
- A seguir: Descontar (deste valor em meses) da idade cronológica.
Ex: criança com 6 meses (Idade cronológica) - 3 meses (desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.

Após a interpretação dos gráficos de crescimento, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância orienta a conduta de acordo com os seguintes critérios apresentados no Quadro 5 (BRASIL, 2017):

Quadro 5. Avaliação, classificação e conduta relacionada ao peso da criança.

Avaliação	Classificação	Condutas e Orientações
- Emagrecimento - Edema em ambos os pés	DESNUTRIÇÃO GRAVE	Encaminhar para avaliação médica imediata
Peso para a idade < -3 escores z	PESO MUITO BAIXO	- Avaliar a alimentação da criança e possíveis causas da desnutrição - Discutir caso com Nasf – Pediatria, Nutrição e Serviço Social e agendar consulta com especialistas para avaliação - Uso profilático de ferro em menores de 24 meses - Reavaliar pelo menos em 7 dias ou antes se necessário, conforme avaliação clínica

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

259

		Orientar sinais de alerta (cansaço excessivo e contínuo, apatia, irritabilidade, fraqueza em cabelos e unhas, pele ressecada, dificuldade em se concentrar, problemas no desenvolvimento)
- Peso para a idade < -2 e > igual -3 z ou - Tendência da curva peso/idade horizontal ou descendente	PESO BAIXO OU GANHO DE PESO INSUFICIENTE	- Avaliar a alimentação da criança e possíveis causas do peso baixo - Orientar alimentação adequada - Discutir caso com Nasf – Pediatria, Nutrição e Serviço Social - Uso profilático de ferro em menores de 24 meses - Reavaliar pelo menos em 7 dias ou antes se necessário, conforme avaliação clínica - Orientar sinais de alerta
Peso para a idade > +2 escores z	PESO ELEVADO	- Avaliar a alimentação da criança e possíveis causas do peso elevado - Orientar alimentação adequada - Discutir caso com Nasf – Pediatria, Nutrição e Serviço Social - Verificar e estimular a prática de atividade física - Uso profilático de ferro em menores de 24 meses - Reavaliar em 30 dias ou antes se necessário, conforme avaliação clínica - Orientar sinais de alerta (falta de ar, dores articulares, alterações do sono – roncos e apneia, acantose nigricans, doenças crônicas)
Peso para a idade < igual +2 e > igual -2 escores z	PESO ADEQUADO	- Reforçar as recomendações para uma alimentação saudável - Uso profilático de ferro em menores de 24 meses - Retorno conforme avaliação

*Crianças com PESO ADEQUADO PARA A IDADE que se encontram entre o +1 e +2 escores z são consideradas como risco de sobrepeso, portanto, nestes casos, deve-se estimular alimentação saudável e também, a prática de atividade física regular.

**Caso o peso/idade esteja acima de escore z + 3: encaminhar para atenção especializada.

6.2. Acompanhamento do desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento permite identificar avanços alcançados pela criança ao longo do tempo com o objetivo de (COREN GO, 2022):

- Identificar precocemente eventuais alterações e fatores de risco, fazendo os encaminhamentos necessários e iniciando intervenções;
- Apoiar o estímulo ao desenvolvimento por meio de brincadeiras, disponibilidade de objetos e exploração do ambiente, posicionamento e interações;
- Acompanhar a evolução da criança de forma individualizada.

Durante a consulta de enfermagem, é importante identificar fatores associados ao desenvolvimento da criança e observar achados no exame físico que podem caracterizar risco (Quadro 6), finalizando com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária - que devem ser registrados no quadro de desenvolvimento, como mostra a figura abaixo (BRASIL, 2020).

Quadro 6. Fatores de risco ao desenvolvimento infantil, segundo aspectos da anamnese e exame físico.

Fatores de risco ao desenvolvimento
▪ Ausência ou pré-natal incompleto ▪ Problema na gestação, parto e nascimento ▪ Prematuridade (menos de 37 semanas) ▪ Peso abaixo de 2.500 gramas ▪ Icterícia grave e hospitalização no período neonatal ▪ Meningite, traumatismo craniano e convulsões ▪ Parentesco entre os pais ▪ Deficiência ou doença mental na família ▪ Violência doméstica ▪ Depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa ▪ Suspeita de abuso sexual ▪ Perímetro cefálico menor – 2 escore z, ou maior que + 2 escore z ▪ Alterações fenotípicas: fenda palpebral oblíqua, olhos afastados, implantação baixa das orelhas e lábio leporino, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e 5º dedo da mão curto e recurvado

O acompanhamento do desenvolvimento é realizado a partir de marcos referentes a cada faixa etária (Figura 2). Assim, o profissional de saúde consegue identificar se a criança apresenta, ou não, a condição esperada conforme a sua idade.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

261

Figura 2. Ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Ficha de acompanhamento do desenvolvimento																
Registro:	Nome:															
Data de nascimento / /	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)															
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada															
	Olha para a pessoa que a observa															
	Dá mostras de prazer e desconforto															
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual															
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente															
	Arrulha e sorri espontaneamente															
	Começa a diferenciar dia/noite															
	Postura: passa da posição lateral para linha média															
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço															
	Emite sons - Balbucia															
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva															
	Rola da posição supina para prona															
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo															
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro															
	Reconhece quando se dirigem a ela															
	Senta-se sem apoio															
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra															
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos															
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras															
	Arrasta-se ou engatinha															
	Pega objetos usando o polegar e o indicador															
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido															
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)															
Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)		Idade (meses)														
	Anda sozinha, raramente cai															
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário															
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras															
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista															
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão															
	Corre e/ou sobe degraus baixos															
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente															
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu															
	Veste-se com auxílio															
	Fica sobre um pé, momentaneamente															
	Usa frases															
	Começa o controle esfincteriano															
	Reconhece mais de duas cores															
	Pula sobre um pé só															
	Brinca com outras crianças															
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)															
	Veste-se sozinha															
	Pula alternadamente com um e outro pé															
	Alterna momentos cooperativos com agressivos															
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias															

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

P = presente; A = ausente; NV = não verificado
 Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalimski, A. N. e Zanoni, C. M. L.

É recomendado que a ficha de desenvolvimento infantil seja preenchida adequadamente e, a partir disso, que se faça uma interpretação dos dados de avaliação, definindo uma conduta como apresentado no Quadro 7 (BRASIL, 2020).

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

262

Quadro 7. Avaliação, classificação e condutas relacionadas ao desenvolvimento infantil.

Dados de avaliação	Classificação	Conduta
Perímetro cefálico < - 2 z escores ou > + 2 escores; Ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas; Ou Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos, posturas, habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação)	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	▪ Orientar o responsável sobre a estimulação da criança ▪ Aplicar check-list (Anexo III) ▪ Solicitar relatório escolar ▪ Discutir caso com Nasf – Pediatria, Psicologia e Fisioterapia ▪ Agendar consulta médica breve para avaliação e acompanhamento ▪ Encaminhar ao serviço especializado
Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos) Ou Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	▪ Orientar o responsável sobre a estimulação da criança ▪ Aplicar check-list (Anexo) ▪ Solicitar relatório escolar ▪ Discutir caso com Nasf – Pediatria e Fisioterapia ▪ Agendar consulta médica breve para avaliação e acompanhamento
Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	▪ Orientar e incentivar o responsável para que continue estimulando a criança

Controle esfinteriano

O controle esfinteriano é reconhecido como um marco do desenvolvimento infantil. Observa-se também que o início precoce, sem respeitar a maturação da criança, aumenta o

29

risco para o aparecimento de disfunções, como enurese, encoprese, constipação e recusa em ir ao banheiro. A idade ideal para iniciar o processo educativo varia de criança para criança: algumas entre 18 e 24 meses já mostram sinais de que estão prontas; outras não se mostram prontas antes dos dois anos e meio (BRASIL, 2012).

O importante é considerar que o desfralde deve ser guiado pela criança, sendo assim, os cuidadores devem identificar quando ela está pronta para esta etapa e, então, auxiliá-la sem cobrança de resultados. Para as crianças que estão na escola, é importante orientar os pais para que repitam em casa a mesma rotina escolar.

6.3. Alimentação complementar

Até os 6 meses de vida, recomenda-se que o bebê seja alimentado apenas com leite materno, sem a oferta de nenhum outro alimento. (BRASIL, 2021).

Cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento, sendo muito importante respeitar o momento de cada criança, não a forçando a comer. No início da introdução alimentar, a criança pode mamar antes de receber a refeição, ou após (BRASIL, 2021). O leite materno não interfere na absorção dos nutrientes dos alimentos, e até 1 ano de idade, ainda é o principal alimento.

Algumas orientações para o preparo das refeições:

- Adicione um fio de azeite de oliva extra virgem no preparo, sempre que possível;
- Use temperos naturais: alho, cebola, salsinha, cebolinha, manjerão, orégano, alecrim;
- Sal é contra-indicado até 1 ano de vida;
- Não peneire;
- Não use o liquidificador;
- Papas não são mais indicadas;
- Não misture;
- Deixe a criança explorar e conhecer os alimentos;
- Se for possível, cozinhe hortaliças (verduras e legumes) no banho maria;
- Utilize a quantidade de água necessária para cozer os alimentos;
- O prazo máximo de consumo de alimentos armazenados na geladeira é de 2 dias;
- Os congelados podem ficar armazenados por até 30 dias no freezer;
- Dê preferência aos potes de vidro para congelar;
- Embale bem a comida e anote o dia que foi preparada;
- Descongele dentro da geladeira e nunca em temperatura ambiente;
- Prefira aquecer a comida em banho maria, mas se usar micro-ondas, coloque em prato ou pote de vidro;
- Depois que descongelar, não pode recongelar.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

264

Abaixo estão apresentados quadros (8, 9 e 10) com as principais orientações das refeições para crianças conforme a faixa etária o tipo de leite que recebe (BRASIL, 2021).

Quadro 8. Alimentação da criança em aleitamento materno.

	6 meses	Entre 7 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã	Leite materno	Leite materno	Leite materno e fruta ou Leite materno e cereal ou Leite materno e raízes/tubérculos
Lanche	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno
Almoço	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos
Lanche	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Idem ao lanche da manhã
Jantar	Leite materno	Idem ao almoço	Idem ao almoço
Antes de dormir	Leite materno	Leite materno	Leite materno

Quadro 9. Alimentação da criança em uso de fórmula infantil.

	6 meses	Entre 7 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Fórmula infantil e fruta ou Fórmula infantil e cereal ou Fórmula infantil e raízes/tubérculos
Lanche	Fruta e fórmula infantil	Fruta e fórmula infantil	Fruta e fórmula infantil
Almoço	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos
Lanche	Fruta e fórmula infantil	Fruta e fórmula infantil	Idem ao lanche da manhã
Jantar	Fórmula infantil	Idem ao almoço	Idem ao almoço
Antes de dormir	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Fórmula infantil

Antes dos 4 meses de idade, o leite de vaca precisa ser modificado, uma vez que apresenta quantidades excessivas de proteínas, sódio, potássio e cloro e quantidades insuficientes de vitamina A, D e C. Após os 4 meses, o leite pode ser oferecido sem diluição (BRASIL, 2021).

De acordo com as orientações do Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2012), a diluição do leite de vaca para crianças menores de 4 meses é feita da seguinte forma: 2/3 de leite fluído + 1/3 de água fervida, acrescentando 1 colher de chá de óleo para cada 100ml de leite diluído.

É importante ressaltar que essa formulação supre as necessidades energéticas sem a necessidade de acrescentarmos açúcares ou farinhas.

Exemplos de diluição:

- 70ml de leite + 30ml de água = 100ml (acrescentar 1 colher de chá de óleo)
- 100ml de leite + 50ml de água = 150ml (acrescentar 1,5 colher de chá de óleo)
- 130ml de leite + 70ml de água = 200 ml (acrescentar 2 colheres de chá de óleo)

É importante ressaltar que em caso de indicação de introdução de alimentação complementar a partir dos 4 meses, é necessário avaliar se o bebê está pronto para essa nova fase. Para muitos bebês isso se dá por volta dos 6 meses, em que é possível avaliar os sinais de prontidão – senta sem (ou como o mínimo) de apoio, reflexo de protrusão da língua diminuído (ou ausente), leva objetos até a boca, mostra interesse pelo alimento.

Quadro 10. Alimentação da criança em uso de leite de vaca.

	4 meses	Entre 5 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou Leite de vaca integral e raízes/tubérculos
Lanche	Fruta	Fruta	Fruta e leite de vaca integral
Almoço	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/ovos
Lanche	Fruta e leite de vaca integral	Fruta e leite de vaca integral	Idem ao lanche da manhã
Jantar	Leite de vaca integral	Idem ao almoço	Idem ao almoço
Antes de dormir	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

6.4. Eliminações fisiológicas

Mesmo após os 30 dias de vida, bebês em aleitamento materno exclusivo (AME) podem evacuar a cada mamada ou passar até 5 a 7 dias sem evacuar e as fezes podem variar de líquidas a pastosas. Esse ritmo e essas características evoluem até que chegam a um ano de idade (ou até adultos) quando o ideal é evacuar pelo menos uma vez ao dia, fezes formadas, de consistência firme, porém não ressecadas (SBP, 2014). Em crianças em aleitamento misto ou em uso exclusivo de fórmulas infantis, as fezes costumam ser mais ressecadas e o ritmo

intestinal passa a ser mais espaçado, mesmo em bebês pequenos. Essa mudança das fezes fica mais evidente quando é introduzida a alimentação complementar (SBP, 2014).

São muitas as variáveis para essa avaliação, devendo ser levadas em consideração tanto a consistência das fezes quanto o ritmo de evacuação, que são variáveis de acordo com cada criança, com cada faixa de idade, com cada padrão de alimentação. Sempre devemos estar atentos a mudanças do padrão, especialmente se forem agudas. Diarreias e obstipações intestinais agudas costumam ser um sinal de que algo não vai bem. A diarreia é um quadro de mais fácil observação, as fezes ficam de consistência líquida, em maior número de vezes ao dia, deve-se levar em conta o estado de hidratação da criança e, especialmente para os bebês pequenos, este quadro deve ser comunicado ao pediatra. Depois da diarreia costuma vir um período de obstipação transitório, que se regula em dias (SBP, 2014).

Em outras crianças, o intestino pode ser mais preso, seja pela consistência endurecida das fezes, que dificultam sua expulsão, ou por características do funcionamento do intestino. É importante lembrar que só o intestino (fezes e ritmo) não é suficiente para indicar algum problema. O mais importante é avaliar como está a criança - se apresenta algum incômodo, seja no apetite, no comportamento, se estão ocorrendo outros sintomas (febre, vômitos). Abaixo, alguns sinais de alerta (SBP, 2014):

- Presença de sangue nas fezes;
- Presença de muco ou catarro nas fezes;
- Presença de algo dentro ou ao lado ou perto das fezes se mover;
- Presença de pedaços de alimentos não digeridos.

O padrão urinário e as características da urina também devem ser avaliados. É importante observar se nas trocas de fralda a urina está presente, além da coloração e do odor. Normalmente a urina tem aspecto claro e odor característico. Essa avaliação não deve ser feita isoladamente, sendo fundamental identificar o estado geral da criança. Contudo, devemos estar atentos aos sinais de alerta (SBP, 2014):

- Fralda seca, ausência ou diminuição da frequência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Presença de sangue ou grumos;
- Odor diferente do habitual;
- Presença de sinais de desconforto (choro, por exemplo);
- Presença de lesão em região genital.

6.5. Sono

Após algumas semanas de vida o sono diurno do bebê começa a diminuir. Em torno dos 6 meses de vida podem ser observado padrões de sono, embora isso varie muito. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a quantidade total de horas de sono de que os bebês precisam e o número de sonecas diurnas diminuem ao longo dos primeiros anos de vida (Quadro 11). Bebês que não desenvolvem uma regularidade evidente de sono e vigília podem estar demonstrando algum problema, inclusive àqueles relacionados ao ambiente (SBP, 2018).

Quadro 11. Duração média do sono do bebê.

Idade	Sono durante a noite	Sonecas	Total
1 mês	Ciclos de sono de 1 a 4 horas de duração, intercalados por 1 a 2 horas acordado – independentemente de ser noite ou dia	-	16 a 20 horas
3 meses	De 6 a 9 horas	De 5 a 9 horas, divididas em três a quatro sonecas	15 horas
6 meses	De 9 a 11 horas	De 2 a 3 horas, divididas em duas a três sonecas	14 horas
1 ano	De 9 a 10 horas	De 2,5 a 3 horas, sendo uma de manhã e outra à tarde	13 horas
2 anos	10,5 horas	De 1,5 a 2 horas, em uma soneca à tarde	12,5 horas

As crianças que apresentam problemas de sono necessitam de uma história focalizada em comportamentos durante o sono e a vigília. Avaliam-se questões como a idade de início do problema, em que circunstâncias ele ocorre, o prejuízo que causa à criança e a seus cuidadores, a persistência do problema e os fatores associados com a melhora e a piora dos sintomas. Também é útil avaliar as expectativas da família relacionadas com o sono, a história familiar de transtorno de sono e a descrição das práticas habituais de sono da família. Realiza-se um diário do sono, ou seja, uma descrição temporal do sono da criança em 24 horas, durante uma ou duas semanas, e compara-se o resultado com o esperado para a sua idade. É importante discutir com os pais as condutas e os manejos gerais diante desses transtornos: em primeiro lugar, ambos os pais devem estar de comum acordo em relação à rotina para a hora de dormir; caso contrário, a criança percebe a ambivalência. Uma rotina coerente é importante e permite o estabelecimento de um ciclo sono-vigília adequado (BRASIL, 2012).

A rotina para um sono tranquilo deve ser estabelecida para as crianças o mais cedo possível. É importante que, ao anoitecer, o movimento da casa seja modificado. Menos barulho e menos

iluminação são fundamentais para manter um ambiente mais sereno. Pode-se introduzir também o que chamamos de “ritual para uma boa noite de sono”, que deve acontecer diariamente. Os hábitos de contar uma história, ouvir uma música de suave melodia ou fazer uma massagem podem ajudar a criança a dormir mais relaxada. Devem ser evitados estímulos com televisão, computador ou luz acesa, o que pode reduzir a qualidade do sono da criança (SBP, 2018).

Mesmo após os 30 dias de vida, devemos reforçar as orientações e medidas de prevenção da SMSL. A prática da cama compartilhada é bastante controversa entre os especialistas quanto a associação com a SMSL. Devem ser considerados seus benefícios para a amamentação e vínculo, bem como maior risco de SMSL na presença de pais que fumam, usam drogas, álcool ou bebês prematuros (MARINELLI et al., 2019).

6.6. Calendário Básico de Imunização

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil tem avançado a cada ano, promovendo melhor qualidade de vida à população, pela prevenção de doenças. Oferece vacinas seguras, adotadas como estratégia de saúde pública para proteger crianças e adultos de doenças infecciosas.

Em todas as consultas os profissionais devem conferir o estado vacinal da criança, de acordo com a faixa etária e encaminhá-la para sala de vacina, a fim de atualizar a caderneta de vacinação. Demais atendimentos realizados, igualmente, devem ser encarados como oportunidade para checagem da caderneta de vacinação, com intuito de identificação de vacinas em atraso e resgate das doses. O controle, por meio da busca ativa das crianças com doses de vacinas atrasadas, também deve fazer parte da estratégia da APS.

Como as vacinas possuem muitos aspectos técnicos importantes, e o calendário básico de vacinação tem atualizações frequentes, indicamos documentos técnicos para consulta:

Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação	https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf
Calendário Básico Nacional de Imunização	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao
Norma Técnica do Programa de Imunização 2021	http://saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/imunizacao/norma-tecnica-do-programa-de-imunizacao

Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf
---	---

7. Suplementação de vitaminas

7.1. Suplementação de Ferro

A anemia, por deficiência de ferro, é o problema nutricional de maior magnitude no Brasil, com uma prevalência de aproximadamente 50% em crianças brasileiras menores de 24 meses. Por isso é recomendado a suplementação de ferro para todas as crianças brasileiras, conforme apresentado nos quadros abaixo (Quadros 12, 13 e 14), segundo a presença ou não de fatores de risco (SBP, 2021; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023).

Quadro 12. Principais fatores de risco para Anemia Ferropriva em crianças e adolescentes.

Fatores de Risco para Anemia Ferropriva
<u>Baixa reserva materna:</u> Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas Dieta materna deficiente em ferro Perdas sanguíneas Não suplementação de ferro na gravidez e lactação
<u>Aumento da demanda metabólica:</u> Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500g) Lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90) Meninas com grandes perdas menstruais Atletas de competição
<u>Diminuição do fornecimento:</u> Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida Aleitamento materno exclusivo prolongado (superior a seis meses) Alimentação complementar com alimentos pobres em ferro ou de baixa biodisponibilidade Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida Consumo de fórmula infantil com baixo teor de ferro ou quantidade insuficiente Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista Ausência ou baixa adesão à suplementação profilática com ferro medicamentoso
<u>Perda sanguínea:</u> Traumática ou cirúrgica Hemorragia gastrointestinal Hemorragia ginecológica Hemorragia urológica

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

270

Hemorragia pulmonar
Discrasias sanguíneas
Malária
<u>Má absorção de ferro:</u>
Síndromes de má-absorção
Gastrite atrófica, cirurgia gástrica
Redução da acidez gástrica

Quadro 13. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de Anemia Ferropriva em crianças até 24 meses de idade **SEM** fatores de risco.

Situação	Dose profilática de ferro elementar
Recém-nascido a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.	1 mg de ferro elementar/Kg/dia, iniciando aos 180 dias de vida até o 24º mês de vida.

Quadro 14. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de Anemia Ferropriva em crianças até 24 meses de idade **COM** fatores de risco.

Situação	Dose profilática de ferro elementar
Recém-nascido a termo, com peso adequado para a IG em aleitamento materno exclusivo ou não	1mg de ferro elementar/kg/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida
Recém-nascido a termo, com peso adequado para a IG em uso de menos de 500ml de fórmula infantil por dia	1mg de ferro elementar/kg/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida
Recém-nascido a termo com peso inferior a 2500g	2mg de ferro elementar/kg/dia a partir de 30 dias de vida, durante 1 ano. Após este período, 1mg de ferro elementar/kg/dia até completar 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo com peso com peso entre 2500g e 1500g	2mg de ferro elementar/kg/dia a partir de 30 dias de vida, durante 1 ano. Após este período, 1mg de ferro elementar/kg/dia até completar 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo com peso com peso entre 1500g e 1000g	3mg de ferro elementar/kg/dia a partir de 30 dias de vida, durante 1 ano. Após este período, 1mg de ferro elementar/kg/dia até completar 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo com peso inferior a 1000g	4mg de ferro elementar/kg/dia a partir de 30 dias de vida, durante 1 ano. Após este período, 1mg de ferro elementar/kg/dia até completar 24º mês de vida

7.2. Suplementação de Vitamina A e D

Para garantir adequado aporte de Vitamina D e evitar sua deficiência recomenda-se a suplementação da vitamina logo após o nascimento, para todas as crianças de 0-12 meses de idade, na dose de 400UI por dia, independentemente de seu modo de alimentação. Dos 12-24 meses, recomenda-se a suplementação com 600 UI por dia. (SBP, 2019).

Assim, recomenda-se a prescrição de Vitamina A e D (Adtil) duas gotas ao dia para todas as crianças a partir dos 15 dias até os dois anos de idade.

8. Condutas de enfermagem nas principais intercorrências na infância

8.1. Alergia à picada de inseto

Características: alergia dermatológica com prurido e/ou inflamação de pele (COREN PR, 2020).

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar para não coçar;
- Orientar manter unhas curtas;
- Orientar quanto ao uso de mosquitoireiro;
- Orientar uso de repelente tópico: em lactentes acima de seis meses é restrito a uma aplicação ao dia. Em bebês com mais de dois meses é aceitável o uso apenas em situações de exposição intensa e inevitável a insetos e específicos para a faixa etária. Bebês menores de dois meses, apenas barreiras físicas como roupas e carrinhos com mosquitoireiros com elásticos. Entre um e doze anos podem ser utilizadas duas aplicações ao dia e, a partir de doze anos, podem ser realizadas duas a três aplicações ao dia. É importante ler sempre a bula e seguir as recomendações do repelente quanto à idade, aplicar nas mãos do adulto e depois na pele da criança, lavar as mãos após a aplicação, remover no banho depois da exposição, não aplicar na pele com lesões e ferimentos e nem nos olhos e na boca (SBP, 2021);
- Evitar agasalhar a criança em excesso, dar banho para refrescar, aplicar compressa fria de chá de camomila na pele;
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção, dor intensa e/ou edema intenso, alteração respiratória, sinais de choque, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022).

8.2. Anemia ferropriva

Características: palidez cutânea e de mucosas, estrias longitudinais em unhas, cabelos descolorados, hipocoloração da palma da mão, perda do apetite, desânimo, apatia, cansaço, irritabilidade, taquicardia. Confirmação com alterações no resultado de hemograma: baixos níveis de hemoglobina e hematócrito. O ponto de corte para diagnóstico de anemia em crianças de 6 a 60 meses são valores de hemoglobina menores que 11g/dl. Para crianças de 5 a 11 anos de idade os valores devem ser menores de 11,5g/dl (SBP, 2018).

Orientações e condutas de Enfermagem:

- o Como medidas básicas para a prevenção da ferropenia, a Organização Mundial da Saúde recomenda as seguintes condições: moradia com água tratada e saneamento básico, vacinação completa, acesso aos serviços de saúde e educação, renda familiar que garanta oferta alimentar adequada, vínculos familiares/institucionais saudáveis;
- o Fazer o rastreamento com solicitação de Hemograma Completo no primeiro ano de vida e aos 2 e 5 anos de idade (SBP, 2018);
- o Avaliar antecedentes da criança: gestacionais, de parto, prematuridade, baixo peso, morbidade neonatal, tempo e duração do aleitamento materno e se foi exclusivo ou não, a idade de introdução de alimentos sólidos. Discutir e/ou encaminhar para consulta médica imediata sempre que identificar fatores que necessitem de diagnóstico diferencial (SBP, 2018);
- o Avaliar o tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal;
- o Reforçar a orientação alimentar (alimentos ricos em ferro heme e os facilitadores da absorção do ferro não heme junto às refeições, como carne, frutas cítricas e carboidratos);
- o Reforçar a orientação sobre higiene pessoal e ambiental;
- o Observar sinais de alerta – valor de Hb muito baixo, apatia importante, algum sinal de sangramento. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
- o Agendar retorno em consulta médica em 30-45 dias para acompanhamento e solicitação de demais exames (reticulócitos e outros que o médico julgar necessário) (SBP, 2018).

Tratamento:

- o Deve haver a confirmação diagnóstica e identificação da etiologia da Anemia, seguida pela correção da causa primária, suplementação com ferro e confirmação do sucesso terapêutico:
 - Prescrever 3 mg (anemias leves) a 5 mg (anemias mais graves) de ferro elementar/Kg/dia, fracionado ou em dose única (duas ou três vezes ao dia) antes das refeições, por 3 a 6 meses (SBP, 2018);

Na intolerância ao tratamento (diarréia, vômito, constipação): realizar a introdução progressiva do sulfato ferroso, oferecendo cinco gotas a cada três dias e aumentar gradativamente até completar a dose total. Se for possível, dose única, contudo se houver intolerância poderá ser fracionado.

Obs.: Orientar o uso de canudinho, se possível, para a administração do sulfato ferroso, pois este, mancha os dentes e alertar para a mudança na coloração das fezes.

8.3. Candidíase/monilíase oral

Características: infecção por fungo *Candida albicans*, com formação de placas/grumos brancos aderidos à mucosa da cavidade oral (língua e bochecha) da criança.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar para evitar o uso de chupetas ou mamadeiras e o beijo próximo aos lábios da criança;
- Orientar para lavar com água e sabão e ferver bicos de mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura, após uso, guardando em local protegido;
- Colocar os bicos da mamadeira e chupeta na solução de água com bicarbonato (75 ml de água fervida e fria com uma colher de chá de bicarbonato de sódio), antes e após o uso, durante o tratamento;
- Se amamentando, orientar lavar os mamilos com água morna e passar Nistatina solução oral;
- Observar a presença de candidíase vaginal para tomar as devidas providências, se houver;
- Observar sinais de alerta – outras alterações ao exame de orofaringe, associação com outros sinais e sintomas (febre, por exemplo), persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica ou odontológica.

Tratamento:

- Limpar as crostas com o dedo envolvido em uma fralda limpa e umedecida em água filtrada ou fervida
- A Nistatina em solução oral é a primeira escolha de tratamento. Para RNs, aplicar um contagotas (1ml - 100.000UI/ml) na mucosa oral, para lactentes de um a dois contagotas e para crianças a partir de 24 meses de uma a seis contagotas – quatro vezes ao dia (6/6h), colocar metade da dose de cada lado da boca. Manter o tratamento por 48h após a resolução das lesões (SBP, 2020).

8.4. Cólica do RN

CIPE: Cólica

CIAP-2: D01 - Dor abdominal generalizada/Cólicas

Características: Dor abdominal que pode aparecer no período neonatal até o 3º ou 4º mês de vida da criança, com duração de algumas horas, diariamente ou algumas vezes na semana, geralmente no final da tarde ou a noite, aparentemente sem uma causa definida (SBP, 2022).

- Sinais e Sintomas: Choro inconsolável, em tom alto e gritante, que não desaparece após descartar outras possíveis causas, de forma frequente, geralmente no mesmo horário do dia, e que melhora após algumas horas. Irritabilidade, flexão das pernas e arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatos, abdome mais tenso e dificuldade para acalmar o bebê (SBP, 2022).

Orientações e condutas de enfermagem:

- Aconchegar o bebê no colo com a barriga mantendo contato com o corpo de quem está segurando;
- Decúbito ventral assistido no colo;
- Enrolar o bebê com um cueiro ou cobertor;
- Utilizar compressas mornas na barriga ou dar um banho morno pode ajudar;
- Flexionar as pernas do bebê sobre a barriga;
- Procurar um lugar mais calmo, sem muito ruído, excesso de pessoas ou de estímulos para o bebê;
- Não oferecer chás, água ou outros líquidos que não sejam leite materno ou fórmula infantil para a criança (SBP, 2022).

Tratamento:

- Prescrever: Simeticona gotas 75mg/ml 1 gota/kilo de peso 8/8 horas se necessário e Paracetamol gotas 200mg/ml 1 gota/kilo de peso 6/6 horas se necessário (caso não tenha melhora com Simeticona).

8.5. Congestão/obstrução nasal

Características: acúmulo de secreção nas narinas.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar para aumentar a ingestão líquida da criança, se não estiver em aleitamento materno;
- Orientar para elevar a cabeceira do berço;
- Orientar sobre a vaporização do ambiente e para umedecer o ar: colocar água em um recipiente, com uma toalha de banho dentro, e deixar perto da cama durante a noite, trocando a água diariamente;
- Orientar não varrer a casa, passar pano úmido.

Tratamento:

- Prescrever lavagem nasal com solução fisiológica 0,9% (em temperatura ambiente ou aquecido em banho maria) de 4 a 6 vezes ao dia ou quando necessário. O volume depende da faixa etária da criança, 1 ml em RNs, 2 a 5 ml em cada narina, repetindo o processo até observar melhora da congestão, sempre antes das mamadas ou refeições (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023; SBP, 2022).

8.6. Conjuntivite

Características: inflamação da conjuntiva, podendo ser alérgica, viral ou bacteriana (infecção clamidiana, gonocócicas). Apresenta-se com vermelhidão e secreção de cor clara.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar para lavar bem as mãos, antes e depois de cuidar da criança;
- Observar sinais de alerta – secreção abundante e purulenta, edema importante, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.
- Notificar o caso.

Tratamento:

- Orientar limpeza ocular com gaze embebido em soro fisiológico 0,9% do canto nasal para canto temporal, três vezes ao dia ou mais, caso necessário;
- Orientar compressas com gaze embebido com SF 0,9% frio nos olhos fechados, seis vezes ao dia (4/4h);
- Em caso de obstrução do canal lacrimal: realizar massagem por dez minutos, três vezes ao dia (8/8h), no canal lacrimal.

8.7. Conjuntivite química

CIAP 2: F73 – Outras infecções ou inflamações oculares / F15 – Aparência anormal dos olhos

Características: Inflamação da conjuntiva durante o primeiro mês de vida, geralmente em decorrência do uso do colírio de Nitrato de Prata 1% logo após o parto. Apresenta-se com hiperemia de conjuntiva leve, lacrimejamento.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Lavagem ocular com soro fisiológico 0,9%, pingando uma gota em cada olho sempre que necessário;
- Higiene em área externa com gaze ou fralda de pano macia umedecida com água ou soro fisiológico 0,9%;
- Por se tratar de um processo autolimitado, na maioria dos casos não há necessidade de tratamento específico;
- Observar sinais de alerta como: aumento da hiperemia, do edema, aparecimento de secreção purulenta, não melhora com o uso do soro fisiológico. Caso criança apresente esses sinais, encaminhar para avaliação médica.

8.8. Constipação intestinal ou defecação prejudicada

Características: diminuição da frequência de evacuações, menor que três vezes por semana necessidade de esforço e presença de dor ao evacuar, fezes em cíbalos (vírgula), “em bolinha” ou com presença de rachaduras, muito volumosas que entopem o vaso sanitário.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Aumentar ingesta hídrica;
- Promover reeducação alimentar;
- Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana maçã e farináceos);
- Reforçar alimentação rica em fibras (farelo de trigo, frutas - banana, mamão, água de ameixa e ameixa, laranja com bagaço) e hidratação oral;
- Orientar atividade física em crianças na fase escolar;
- Observar comportamento retentivo – as crianças se recusam a sentar no pinico ou vaso sanitário, expelindo as fezes em lugares diferentes, como atrás de algum local (cortinas ou portas);

- Observar sinais de alerta – febre, vômito, dor ou distensão abdominal, fissura anal, anorexia ou hemorroidas. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
- Orientar retorno em 30 dias se não houver melhora. Encaminhar para consulta médica;
- Em RN, realizar exercícios passivos, massagem abdominal, compressas mornas.

Obs.: RN saudável, em aleitamento materno exclusivo pode ocorrer ausência de evacuação de 5 a 7 dias, sem a presença de outros sintomas, sendo recomendada massagem em região abdominal.

Tratamento:

- Crianças maiores de 2 anos:
 - Óleo mineral na dose de 5 a 20 ml/dia (começar com dose pequena - 5 ml - e verificar resposta, podendo aumentar se necessário), divididos em até 2 doses (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023);
 - Leite de Magnésia, 2 ml, duas vezes ao dia.

8.9. Conteúdo vaginal externo

Características: presença de conteúdo vaginal na região da fralda ou calcinha de coloração amarelada (descartar sujidade).

Orientações e condutas de enfermagem:

- No caso de recém-nascidos o conteúdo vaginal branco ou sanguinolento (“mini menstruação”) é normal por ação dos hormônios maternos que passam para o bebê através do leite, devendo desaparecer ao longo das primeiras semanas de vida, não sendo necessária nenhuma intervenção;
- Observar sinais de alteração na pele da região genital;
- Orientar para promover a higiene íntima no sentido vulva-ânus, com papel higiênico neutro;
- Contra-indicar o uso de lenços umedecidos;
- Orientar para fazer banho de assento morno com chá de camomila (feito sobre infusão);
- Para crianças com mais idade e adolescentes, fazer o check list:
 - Roupas íntimas de algodão/brancas, lavar com sabão de pedra e/ou sabão de coco, não usar sabão em pó, amaciante e alvejante, secar ao sol ou em lugar ventilado, passar a ferro, guardar somente calcinhas na gaveta, não colocando sachês, sabonetes perfumados;
 - Não fazer ducha genital;
 - Utilizar papel higiênico branco, sem perfume;
 - No banho, usar preferencialmente sabonete neutro para higiene íntima;

- Investigar sinais sugestivos de violência sexual. Se suspeita de VVS, seguir protocolo;
- Orientar sobre saúde sexual: não apelidar região íntima, ter o hábito de dar os nomes reais aos órgãos genitais, explicar que não região íntima ninguém deve tocar (definir quem pode tocar no momento de auxiliar na higiene por exemplo), estimular o diálogo e não incentivar o “guardar segredo” em situações do dia a dia.
 - o Solicitar PPF;
 - o Observar sinais de alerta e solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica sempre que necessário.

8.10. Criptorquidia

CIAP 2: Y83 – Testículo não descido/Criptorquidia/Testículo ectópico

Características: Ausência de um ou dos dois testículos dentro da bolsa escrotal. Testículo não palpável em bolsa escrotal, sendo uni ou bilateral.

Orientações e condutas de enfermagem:

- o Acompanhar observando a descida dos testículos nas consultas subsequentes;
- o Caso os testículos não estejam na bolsa escrotal entre 6 meses a 1 ano de idade, encaminhar a criança a consulta médica para avaliação e encaminhamento ao especialista via Anexo I. (SBP; SBU, 2020)

8.11. Dentição decídua

Características: Gengiva grossa e/ou coceira na gengiva (COREN PR, 2020).

Orientações e condutas de enfermagem:

- o Orientar massagear a gengiva com gaze umedecida com solução fisiológica;
- o Orientar uso de mordedor frio;
- o Desmistificar presença de febre relacionada à dentição decídua e investigar outras causas;
- o Observar sinais de alerta e solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica ou odontológica;
- o Encaminhar para consulta odontológica.

8.12. Dermatite de fralda (amoniacal)

Características: afecção cutânea geralmente inflamatória, apresenta-se com hiperemia, dor e calor local. Causada por contato prolongado com urina, umidade, fricção, microorganismo, fezes e irritantes químicos. Importante descartar infecção por *Candida albicans*.



Fonte: *Pediatria descomplicada*

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar sobre a higiene do períneo a cada troca de fralda, com água e sabão neutro;
- Alertar para não utilizar lenço umedecido, assim como outros produtos industrializados potencialmente irritantes: óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele;
- Orientar sobre a importância das trocas frequentes de fraldas, sempre que evacuações e urina, pelo menos cinco a seis vezes por dia;
- Caso a família opte pelas fraldas de pano, orientar sobre a higiene: lavar com sabão neutro, não usar sabão em pó e amaciantes, enxaguar bem em água corrente, utilizando duas colheres de vinagre branco para cada um litro de água no último enxágüe. Secar as fraldas e passar;
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Orientar sobre banho de sol na área afetada por cinco a 15 minutos, duas vezes ao dia, antes das 9h da manhã e após as 16h;
- Orientar sobre o uso de amido de milho na região afetada (diluir o amido na água até obter uma consistência cremosa);
- Prescrever Óxido de Zinco pomada a cada troca de fralda como creme de proteção e barreira (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023);
- Orientar para expor os genitais ao ambiente, sempre que possível, deixando sem fraldas.

8.13. Dermatite de fralda + *Candida albicans*

Características: afecção cutânea com hiperemia, dor, calor local, placas esbranquiçadas, com ou sem presença de bolhas.



Fonte: msdmanuals.com

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar sobre a higiene do períneo a cada troca de fralda, com água e sabão;
- Alertar para não utilizar lenço umedecido e para limpar os genitais com água e sabão;
- Orientar sobre a importância das trocas frequentes de fraldas, sempre que evacuações e urina, pelo menos cinco a seis vezes por dia;
- Orientar para que, em cada troca de fralda, a pele fique em contato com o ambiente por, no mínimo, cinco minutos;
- Caso a família opte pelas fraldas de pano, orientar sobre a higiene: lavar com sabão neutro, não usar sabão em pó e amaciantes, enxaguar bem em água corrente, utilizando duas colheres de vinagre branco para cada um litro de água no último enxágue. Secar as fraldas e passar;
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Orientar sobre banho de sol na área afetada por cinco a 15 minutos, duas vezes ao dia, antes das 9h da manhã e após as 16h;
- Orientar para expor os genitais ao ambiente, sempre que possível, deixando sem fraldas;
- Orientar sobre o uso de amido de milho na região afetada (diluir o amido na água até obter uma consistência cremosa);
- Prescrever Óxido de Zinco pomada a cada troca de fralda como creme de proteção e barreira (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- Prescrever: Nistatina, creme vaginal, 2 vezes ao dia, até melhora. Manter por pelo menos 48h após a resolução das lesões.

- Recomendar banho de assento ou compressa com chá de camomila morno três vezes ao dia até melhora dos sinais de irritação da pele.

8.14. Dermatite seborreica

Características: placas de gorduras endurecidas fixadas no couro cabeludo, devido ao excesso de secreção sebácea.



Fonte: drviniciusfigueredo.com.br

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar sobre a importância da higiene da cabeça, com água e sabão, e desmistificar a ideia da fragilidade das fontanelas;
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Orientar sobre o uso de vaselina líquida/óleo de cozinha/óleo de bebê no couro cabeludo, deixando por uma hora. Depois, remover cuidadosamente as crostas soltas com água morna e lavar a cabeça. Não remover com pentes ou com as unhas, realizar apenas a limpeza das crostas que estão soltas.

8.15. Diarreia

Características: Aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, em comparação ao padrão normal da criança, ocasionada pela perda de água e eletrólitos; algumas vezes apresenta produtos patológicos (muco, pus, sangue e vermes) que precisam ser investigados.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

282

Orientações e condutas de enfermagem:

- Avaliar as características da diarreia e número de episódios (SBP, 2023; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022):

- Diarreia Aguda (menos de quatorze dias)
- Diarreia persistente (mais de quatorze dias)
- Distinguir as diarreias potencialmente mais graves, questionando a presença de febre, muco, pus e/ou sangue nas fezes

Observar sinais de alerta, avaliando a criança de acordo com os critérios abaixo para classificação do plano de atendimento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023):

Quadro 15. Classificação do plano de atendimento.

ESTADO GERAL	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico
OLHOS	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
LÁGRIMAS	Presentes	Ausentes	Ausentes
SEDE	Bebe normalmente, sem sede	Sedento, bebe rapidamente	Bebe mal, não é capaz de beber
SINAL DE PREGA	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente
PULSO	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente
SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Sem sinais de desidratação	Com sinais de desidratação	Com sinais de desidratação
PLANO	A	B	C

❖ Plano A (hidratação em domicílio)

Orientar os responsáveis a:

- Aumentar a oferta de líquido, para prevenir a desidratação. A criança deve tomar líquidos caseiros (água, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica;
- Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição. Continuar o aleitamento materno;
- Se a criança não estiver sendo amamentada, continuar com o leite habitual;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

283

- Retornar ao serviço de saúde, se a criança não melhorar em 7 dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo:
 - ✓ Piora da diarreia;
 - ✓ Recusa de alimentos;
 - ✓ Vômitos repetidos;
 - ✓ Febre;
 - ✓ Muita sede;
 - ✓ Sangue nas fezes.
- Prescrever terapia de reidratação oral (médico/enfermeiro), conforme Quadro 16:

Quadro16. Terapia de reidratação oral.

Idade	Quantidade de SRO após evacuação diarreica	Quantidade de SRO para levar para o domicílio
Menores de 1 ano	50 a 100ml	1 envelope por dia
1 a 10 anos	100 a 200ml	2 envelopes por dia
Maiores de 10 anos	Tudo que quiser	4 envelopes por dia

❖ Plano B (reidratação na Unidade de Saúde)

Pesar a criança, solicitar avaliação médica e seguir os seguintes passos:

- Administrar Sais de Reidratação Oral (SRO). A quantidade de solução ingerida dependerá da sede da criança. O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. A orientação inicial é que a criança deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas;
- Observar o paciente na Unidade de Saúde durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral;
- Durante a reidratação, reavaliar a criança. Se não apresentar sinais de desidratação, retorne ao Plano A. Caso continue desidratada, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar. Se a criança evoluir para desidratação com choque, passar para o Plano C (a seguir);
- As crianças com quadro de desidratação deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa, encaminhar ao PSI na proximidade de seu fechamento para continuidade do tratamento da criança.

❖ Plano C (reidratação intravenosa na Unidade de Saúde)

Pesar a criança e **solicitar avaliação médica de urgência** para iniciar terapia intravenosa que também deve ser iniciada se a criança não tolerar ingestão de SRO.

8.16. Dificuldade escolar: Quadro - vide página 36.

8.17. Escabiose

Características: parasitose da pele causada por um ácaro parasita, suas lesões são em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. Áreas de preferência: região interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças, podem ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas das mãos. O prurido é intenso, principalmente à noite (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023).



Fonte: revista.spdv.com.pt

Orientações e condutas de enfermagem:

- O ácaro sobrevive fora da pele por apenas três dias, assim, roupas de cama e de uso pessoal usadas até três dias do tratamento devem ser lavadas com água quente (SBP, 2020);
- Orientar quanto à higiene e aos cuidados necessários durante o tratamento:
 - Cuidados com roupas: trocar lençóis diariamente, lavar as roupas íntimas e de banho separadas das demais da casa, secar no sol, ferver e passar; não misturar cobertor e toalhas e, também, não movimentá-las bruscamente dentro de casa;
 - Separar sabonete e fômites (penteados, escovas de cabelo, bonés, entre outros);
 - Colocar cobertor no sol todos os dias; limpar a casa com pano úmido, ao invés de varrer.
- Orientar manutenção da precaução por até 24 horas após o tratamento (SBP, 2020);
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2020).

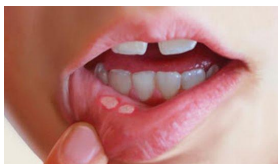
Tratamento:

- Para crianças de até dois anos: Benzoato de Benzila 25% loção, diluir em água 1:3, uma vez ao dia, após banho morno à noite (dormir e tomar banho ao acordar), durante três noites seguidas. Descansa sete dias e depois repete por mais quatro dias. Não utilizar em crianças menores de seis meses;
- Para crianças a partir de 2 anos: Deltametrina loção, uma vez ao dia, após banho morno, durante quatro dias, descansa sete dias e depois repete por mais quatro dias;
- Para afecção de repetição, prescrever: Ivermectina 6mg, dose única, via oral: peso corporal de 15 a 24 Kg - 1/2 comprimido; peso corporal de 25 a 35 Kg - 1 comprimido; peso corporal

de 36 a 50 Kg - 1 comprimido e 1/2; peso corporal de 51 a 65 Kg - 2 comprimidos; peso corporal de 66 a 79 Kg - 2 comprimidos e 1/2; peso corporal maior ou igual a 80 Kg – 3 comprimidos ou 200 microgramas/kg;

- Para alívio do prurido em crianças maiores de 2 anos prescrever: Loratadina 1mg/ml 5ml, uma vez ao dia, por 5 dias. Para crianças acima de 12 anos ou acima de 30kg, prescrever 10ml ou 1 comprimido, uma vez ao dia, por 5 dias. (SBP, 2020);
- Tratar os contactantes.

8.18. Estomatite



Características: lesões na orofaringe, presença ou não de pus.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar para oferecer dieta líquida ou pastosa fria ou morna e para não oferecer sucos ácidos (laranja, limão etc) ou alimentos secos;
- Tratar a febre como protocolado e encaminhar para consulta médica ou odontológica se não houver melhora do quadro de um a dois dias;
- Descartar outras afecções como Síndrome da Mão-Pé-Boca;
- Observar sinais de alerta – outras alterações ao exame de orofaringe, associação com outros sinais e sintomas (febre é esperada), persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica ou odontológica.

8.19. Febre

Características: criança apresentando temperatura axilar maior ou igual 37,8°C (SBP, 2021). A febre em menores de 3 meses ou em crianças portadoras de doenças de base deve sempre ser investigada pelo médico.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Avaliar (SBP, 2021):
 - Frequência Cardíaca (batimentos por minuto): < 12 meses (≥160 bpm) e 12 a 24 meses (≥ 150 bpm) 2 a 5 anos (≥ 140 bpm);

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

286

- Frequência Respiratória (respirações/minuto): > 50 (6 a 12 meses); > 40 para os maiores de 12 meses e, saturação de oxigênio ≤ 95%;
- Tempo de enchimento capilar, alerta se > 3 segundos;
- Grau de hidratação, avaliar mucosas e turgor da pele;
- Grau de atividade e responsividade aos estímulos.
- o Identificar associação com outros sinais e sintomas;
- o Orientar sobre a importância de observar sinais de desconforto da criança;
- o Orientar sobre a adequação das vestimentas ao clima, dando preferências às leves;
- o Orientar para aumentar a ingestão hídrica;
- o Observar sinais de alerta – alterações no exame físico, febre persistente de três dias ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.
- o Observar sinais de alerta de maior gravidade – letargia, desconforto respiratório, vômito em jato, rigidez de nuca, abaulamento de fontanela, atividade convulsiva, exantema, petéquias e não conseguir beber água ou se alimentar. Solicitar avaliação médica imediata.
- o Orientar que não está recomendado métodos físicos (banho ou compressas por exemplo) na tentativa de diminuição da temperatura (SBP, 2021);
- o Não deve ser indicada de rotina a administração profilática de medicamentos antipiréticos no momento da vacinação (BRASIL, 2014).

Tratamento:

Obs.: Criança com temperatura acima de 37,8°C é considerada febril, o que não significa que precisa ser medicada. Desse modo, está recomendado retirar um pouco de roupa, hidratar oferecendo água, medir novamente a temperatura após 30 minutos (a febre pode desaparecer sem medicação). O uso de antitérmicos deve ser pautado pelo estado geral da criança, e não pelo número predeterminado pela aferição. Assim, recomenda-se o uso de antitérmicos quando a febre está associada a desconforto evidente (choro, irritabilidade, redução da atividade, redução do apetite, distúrbio do sono). Também devemos desmistificar que a convulsão febril esteja associada com a febre alta, nesse caso, é considerada benigna e tem relação com a subida ou descida brusca da temperatura (SBP, 2021).

- o Primeiramente, questionar o cuidador sobre alergia medicamentosa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023);
- o Paracetamol 200mg/ml: uma gota/kg, vezes (6/6h) ao dia, com limite de trinta gotas;
- o Para crianças a partir de 3 meses de vida: Dipirona 500mg/ml, uma gota/2kg ou 10 a 15mg/kg, quatro vezes (6/6h) ao dia. Cada gota de Dipirona contém a dose máxima – 25mg – a ser administrada por quilo de peso da criança (a dose recomendada é de 10 a 15 mg por quilo de peso).

53

- Para crianças a partir de 6 meses de vida: Ibuprofeno 50mg/ml – a dose recomendada varia de 1 a 2 gotas de Ibuprofeno 50 mg/ml por cada 1 kg de peso corporal da criança, administradas 3 a 4 vezes por dia, em intervalos de 6 a 8 horas. Crianças com mais de 30 Kg, a dose máxima recomendada é de 200 mg, o equivalente a 40 gotas de Ibuprofeno 50 mg/ml ou 20 gotas de Ibuprofeno 100 mg/ml.

8.20. Fimose fisiológica

Características: estreitamento prepucial distal, com ou sem aderências associadas, que dificulta ou impossibilita a exposição da glândula.

Orientações e condutas de enfermagem:

- No período neonatal trata-se de um quadro normal e esperado que tende a se resolver espontaneamente até o 3º ano de vida;
- Evitar manobras prepuciais ou retrações traumáticas;
- Exercer uma suave tração no prepúcio apenas para higiene do local sem provocar traumas;
- Se após três anos de vida a fimose persistir, a criança deve ser encaminhada ao médico para avaliação e escolha do tratamento que pode ser clínico (aplicação de corticosteroides tópicos) ou cirúrgico (através do encaminhamento ao especialista via Anexo I). (SBP + SBU, 2020)

8.21. Hérnias

Características: abaulamento em região umbilical e inguinal.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Hérnia umbilical: esclarecer aos pais que a hérnia tende a desaparecer naturalmente entre dois e quatro anos de vida, não sendo necessária nenhuma intervenção até essa idade.
- Hérnia inguinal: tratamento cirúrgico. Encaminhar a criança para consulta médica no momento do diagnóstico.

8.22. Icterícia neonatal

CIPE: Hiperbilirrubinemia

CIAP 2: D13 - Icterícia

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

288

- Características: Coloração amarelada da pele, esclera e mucosas em virtude da alta concentração da bilirrubina sérica e acúmulo nos tecidos. A icterícia pode ser fisiológica, que aparece após 24 horas de vida, atingindo seu pico entre o 3º e 4º dias de vida e tende a resolver nos dias subsequentes com amamentação livre demanda e metabolização da bilirrubina. Porém, caso não tenha boa evolução, o quadro pode se agravar e trazer complicações neurológicas relacionadas a hiperbilirrubinemia. Sinais e sintomas: Tom amarelado da pele, olhos e mucosas. Os fatores de risco para o agravamento da icterícia são (SBP, 2021):
- Aparecimento da icterícia antes das 24 - 36 horas após o parto;
- Incompatibilidade materno-fetal ABO ou Rh;
- IG de 35, 36 ou 37 semanas (independente do peso ao nascer);
- Clampeamento do cordão umbilical 60 segundos após o nascimento;
- Aleitamento materno com dificuldade ou perda de peso do bebê;
- Irmão que teve icterícia neonatal e foi tratado com fototerapia;
- Presença de céfalo-hematoma ou equimoses;
- Descendência asiática;
- Mãe diabética;
- Sexo masculino;
- Bilirrubina sérica ou transcutânea na zona de alto risco ou intermediária (> percentil 75 a 95) antes da alta hospitalar.

Figura 3. Avaliação da icterícia neonatal segundo critério de Kramer.

Avaliação segundo critérios de Kramer		
1. Face	4–8 mg/dL	1
2. Parte superior do tronco	5–12 mg/dL	2
3. Tronco inferior e coxas	8–16 mg/dL	3
4. Braços e pernas	11–18 mg/dL	4
5. Palmas (mãos) e solas (pés)	>15 mg/dL	5

Fonte: <https://www.ufrgs.br/levi/hiperbilirrubinemia/>

Orientações e condutas de enfermagem:

- Zona I, II ou III = avaliar amamentação, hidratação e ganho de peso, orientar intervalo entre as mamadas de no máximo 3 horas, corrigir pega e posicionamento do bebê na mamada se

55

necessário, observando a produção de leite materno pela mãe. Agendar um retorno breve para reavaliação, em 48 ou 72 horas;

- o Zona IV ou V = encaminhar ao Pronto Socorro Infantil com carta de referência para avaliação e coleta de bilirrubina total e frações;
- o Sempre orientar a boa hidratação da criança, pois caso não esteja conseguindo mamar ou a mãe não esteja com uma boa produção de leite, há risco para dificuldade na excreção da bilirrubina, e conseqüentemente para agravamento do quadro;
- o Considerar os fatores de risco na avaliação do bebê;
- o De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o banho de Sol não é mais indicado para tratamento da icterícia, pois o comprimento de onda ideal para agir na bilirrubina é o azul, mesmo a luz do Sol contendo todos os comprimentos de onda não é suficiente para atingir o resultado esperado (SBP, 2021).

8.23. Impetigo (piodermite) - até cinco lesões

Características: infecção cutânea, com pústula podendo estar recoberta de crostas amareladas espessas, mais comumente localizada na face. Normalmente não causa febre. Altamente contagioso.



Fonte: msdmanuals.com

Orientações e condutas de enfermagem:

- o Orientar sobre a higiene da criança – lavagem das mãos e manter unhas curtas e limpas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- o Orientar sobre os meios de transmissão;
- o Fazer busca ativa de casos no núcleo familiar e escolar (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- o Não compartilhar roupas de cama e banho, assim como lavá-las, secá-las ao sol e passá-las e trocá-las diariamente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- o Observar sinais de alerta - lesões em grande quantidade ou em mais de duas regiões anatómicas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022), sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;

- Agendar retorno em três dias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022).

Tratamento:

- Orientar remoção das crostas e lavagem durante o banho morno, com sabão neutro;
- Prescrever Neomicina, Sulfato + Bacitracina Zênica (tubo 10g) pomada nas lesões rompidas, quatro vezes ao dia, por dez dias (COREN PR, 2020).

8.24. Larva migrans

Características: infestação acidental por larvas de *Ancylostoma*, cujo movimento na região intradérmica resulta numa lesão linear e sinuosa, acompanhada de intenso prurido. Além da forma linear, podem ser encontradas formas bolhosas ou papulosas.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar quanto à higiene local e para evitar contato com areias e locais contaminados por cães e/ou gatos;
- Observar sinais de alerta - sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Prescrever para crianças maiores de 2 anos: Albendazol 400 mg dose única.

8.25. Miliária rubra (brotoeja)

Características: lesões características de pápulas e vesículas com halo eritematoso e prurido, decorrente da obstrução da eliminação do suor produzido pelas glândulas écrinas, provocado pelo calor intenso e associado à umidade elevada.



Orientações e condutas de enfermagem:

- Observar extensão da área afetada (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- Evitar excesso de roupas nos dias quentes;
- Evitar roupas de lã em contato com a pele;
- Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes com pH fisiológico (4,2-5,6) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023);
- Observar sinais de alerta - sinais de infecção secundária, febre (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022), persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Orientar para enxaguar a criança após o banho com duas colheres de sopa de amido de milho diluídas em um litro de água, três vezes ao dia;
- Aplicar pasta d'água três vezes ao dia, após o banho.

8.26. Otolgia

Características: dor localizada no ouvido, otoscopia apresenta conduto auditivo externo sem alteração, ausência de hiperemia e membranas íntegras.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar para proteção do ouvido no momento do banho e em situações de corrente de ar frio;
- Orientar sobre a aplicação de compressas mornas secas na região auricular;
- Observar sinais de alerta – alterações no exame físico, apatia, fadiga, febre persistente por mais de três dias, associação com outros sinais e sintomas (COREN PR, 2020). Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
- Orientar não aplicar nada no ouvido.

Tratamento:

- Paracetamol 200mg/ml: uma gota/kg, vezes (6/6h) ao dia, com limite de trinta gotas;
- Para crianças a partir de 3 meses de vida: Dipirona 500mg/ml, uma gota/2kg ou 10 a 15mg/kg, quatro vezes (6/6h) ao dia. Cada gota de Dipirona contém a dose máxima – 25mg

– a ser administrada por quilo de peso da criança (a dose recomendada é de 10 a 15 mg por quilo de peso).

- Para crianças a partir de 6 meses de vida: Ibuprofeno 50mg/ml – a dose recomendada varia de 1 a 2 gotas de Ibuprofeno 50 mg/ml por cada 1 kg de peso corporal da criança, administradas 3 a 4 vezes por dia, em intervalos de 6 a 8 horas. Crianças com mais de 30 Kg, a dose máxima recomendada é de 200 mg, o equivalente a 40 gotas de Ibuprofeno 50 mg/ml ou 20 gotas de Ibuprofeno 100 mg/ml.

8.27. Parasitose intestinal

Características: falta de apetite, irritabilidade, dor e distensão abdominal, náuseas e vômitos, diarreia e/ou constipação e anemia. Alguns tipos de vermes apresentam um ciclo pulmonar, e por isso podem provocar tosse, chiado no peito e até mesmo pneumonia (SBP, 2019).

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar para uso de água tratada ou fervida, lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito a 2% (vinte gotas por litro) por trinta minutos;
- Orientar para comer carne cozida ou assada e nunca comer carne crua;
- Orientar para manter sempre as mãos limpas, principalmente após evacuações, antes das refeições e de preparar os alimentos; e para manter as unhas cortadas e limpas;
- Orientar para proteger os alimentos contra poeira, moscas e outros animais;
- Orientar para estar sempre com pés calçados;
- Orientar para manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados;
- Orientar para não usar água parada para banho ou brincadeiras;
- Desmistificar que a verminose não causa mancha na pele (SBP, 2019);
- Solicitar exame de PPF.

Tratamento: Conforme detalhado no Quadro 13.

Quadro 17. Tratamento de parasitose com resultado de exame positivo.

Tipo de verme	Idade/peso	Medicamento	Esquema terapêutico	Observação
Ascaris lumbricoides	*Acima de 10 kg	Mebendazol comprimido ou suspensão 100mg	1 comp. ou 5ml duas vezes ao dia (12/12h) por três dias	Repetir após três semanas Tratar os contatos domiciliares



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

293

Trichiuris trichiura	Acima de dois anos	Albendazol comprimido ou suspensão 400 mg	10ml dose única ou 1 comp. de 400mg	Repetir após uma semana Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaléia, diarreia, náuseas e vômitos Solicitar hemograma
Enterobius vermiculares (oxiuríase)	*Acima de 10 kg Dose máxima: 600mg	Mebendazol comprimido ou suspensão 100mg	1 comp. ou 5ml duas vezes ao dia (12/12h) por três dias	Repetir após três semanas Tratar outras crianças da mesma casa
Necator americanus	Acima de dois anos	Albendazol comprimido ou suspensão 400mg	10ml dose única ou 1 comp. de 400mg	Repetir após uma semana Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaléia, diarreia, náuseas e vômitos Solicitar hemograma
Ancilóstomo duodenalis	*Acima de 10 kg	Mebendazol comprimido ou suspensão 100mg	1 comp. ou 5ml duas vezes ao dia (12/12h) por três dias	Repetir após três semanas
Teníase sp	*Acima de 10 kg	Mebendazol comprimido ou suspensão 100mg	2 comp. ou 10 ml duas vezes ao dia (12/12h) por três dias	Repetir após três semanas
	Acima de dois anos	Albendazol comprimido ou suspensão 400mg	10ml ou 1 comp. de 400mg por três dias	Repetir após duas semanas Solicitar hemograma
Giárdia lamblia	Crianças menores de 12 anos não exceder a 750mg/dose	Metronidazol	7,5mg/kg três vezes ao dia (8/8h) por cinco dias	Repetir após uma semana
Entamoeba histolytica	Crianças menores de 12 anos não exceder a 750mg/dose	Metronidazol	7,5mg/kg três vezes ao dia (8/8h). Amebíase leve ou moderada, por cinco dias; amebíase intensa, cinco a dez dias	Contra-indicado para gestação, amamentação, doenças neurológicas ativas e displasia sanguínea Efeitos colaterais: gosto metálico, cefaléia, diarreia, náuseas e vômitos, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões Evitar uso de bebida alcoólica

* Crianças abaixo de dez kg devem ser encaminhadas para avaliação médica.

Obs.: Tratamento com Mebendazol é indicado: queixa de perversão alimentar (comer gelo, alimentos cru, terra, papel, espuma), vermes visíveis nas fezes, associação a anemias.

8.28. Pediculose

Características: visualização de piolhos adultos no couro cabeludo ou lêndeas nos fios (SBP, 2020). São caracterizadas por um conjunto de lesões cutâneas em couro cabeludo, provocadas pelo prurido.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar quanto à higiene e aos cuidados necessários durante o tratamento;
- Orientar sobre o modo de transmissão e cuidados com contatos no domicílio e nas instituições que a criança frequenta, evitando o compartilhamento;
- Orientar sobre cuidados com roupas de cama, pessoais e fômites usados nas últimas 48h: trocar lençóis diariamente, lavar as roupas íntimas e de banho separadas das demais da casa, secar no sol, ferver e passar;
- Orientar não compartilhar pentes, escova, boné;
- Orientar manter pentes e escovas de cabelos contaminados submersos em água quente por 10 minutos (afim de matar os piolhos presentes) (SBP, 2020);
- Observar sinais de alerta - sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2020).

Tratamento:

- Benzoato de Benzila 25% loção: até dois anos, diluição com água filtrada ou fervida, de 1:3; > 2 anos, diluir 1:1 (repetir em sete dias), com aplicação única durante seis horas. Não utilizar em crianças menores de seis meses;
- Para crianças a partir de 2 anos: Deltametrina shampoo, passar no couro cabeludo, massageando. Deixar agir por dez minutos e enxaguar com água. Realizar todo o procedimento diariamente por quatro dias, descansar por sete dias e, após, repetir por quatro dias;
- Para lêndeas: fazer a retirada manual com pente fino, repetindo o mesmo procedimento a cada dois-três dias, até a sua remoção completa. Esse processo deve ser realizado no cabelo úmido com auxílio de vinagre diluído em água (proporção 1:1) ou em condicionador (SBP, 2020);
- Para afecção de repetição, prescrever: Ivermectina, dose única, via oral: peso corporal de 15 a 24 Kg - 1/2 comprimido; peso corporal de 25 a 35 Kg - 1 comprimido; peso corporal de 36 a 50 Kg - 1 comprimido e 1/2; peso corporal de 51 a 65 Kg - 2 comprimidos; peso corporal de 66 a 79 Kg - 2 comprimidos e 1/2; peso corporal maior ou igual a Kg – 3 comprimidos ou 200 microgramas /kg;

- Tratar os contactantes.

8.29. Problemas e alertas de saúde de crianças e adolescentes na era digital

Características (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023):

- Uso problemático das mídias interativas;
- Problemas relacionados à saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão;
- Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade;
- Transtornos do sono;
- Transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia;
- Sedentarismo e falta da prática de exercícios;
- Bullying & cyberbullying;
- Transtornos da imagem corporal e da autoestima;
- Riscos relacionados à sexualidade, nudez, abuso sexual, estupro virtual;
- Comportamentos autodestrutivos, indução e riscos de suicídio;
- Aumento da violência, abusos e fatalidades;
- Problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador;
- Problemas auditivos e perda auditiva ocasionada pelo ruído;
- Transtornos posturais e musculoesqueléticos;
- Uso de nicotina, bebidas alcoólicas, maconha, anabolizantes e outras drogas.

Orientações e condutas de enfermagem (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023):

- Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas;
- Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/ responsáveis;
- Crianças com idades entre 6 e 10 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1-2 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis;
- Adolescentes com idades entre 11 e 18 anos, limitar o tempo de telas e jogos de videogames a 2-3 horas/dia, e nunca deixar “virar a noite” jogando;
- Não permitir que as crianças e adolescentes fiquem isolados nos quartos com televisão, computador, tablet, celular, smartphones ou com uso de webcam; estimular o uso nos locais comuns da casa;
- Para todas as idades: nada de telas durante as refeições e desconectar 1-2 horas antes de dormir;

- Oferecer alternativas para atividades esportivas, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a natureza, sempre com supervisão responsável;
- Nunca postar fotos de crianças e adolescentes em redes sociais públicas, por quaisquer motivos;
- Criar regras saudáveis para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além das regras de segurança, senhas e filtros apropriados para toda família, incluindo momentos de desconexão e mais convivência familiar;
- Encontros com desconhecidos (online ou off-line) devem ser evitados, saber com quem e onde seu filho está, e o que está jogando ou sobre conteúdos de risco transmitidos (mensagens, vídeos ou webcam), é responsabilidade legal dos pais/cuidadores;
- Estimular a mediação parental das famílias e a alfabetização digital nas escolas com regras éticas de convivência e respeito em todas as idades e situações culturais, para o uso seguro e saudável das tecnologias;
- Conteúdos ou vídeos com teor de violência, abusos, exploração sexual, nudez, pornografia ou produções inadequadas e danosas ao desenvolvimento cerebral e mental de crianças e adolescentes, postados por cyber criminosos devem ser denunciados e retirados pelas empresas de entretenimento ou publicidade responsáveis;
- Identificar, avaliar e diagnosticar o uso inadequado precoce, excessivo, prolongado, problemático ou tóxico de crianças e adolescentes para tratamento e intervenções imediatas e prevenção da epidemia de transtornos físicos, mentais e comportamentais associados ao uso problemático e à dependência digital, discutindo o caso com o NASF.

8.30. Problema no coto - granuloma umbilical

CIPE: Integridade da pele prejudicada

CIAP 2: S19 – Outra lesão cutânea

Características: Formação de cor avermelhada ou branca, situada no fundo da fossa umbilical, de tamanho variável. Acontece após a queda do coto umbilical e pode produzir secreção serosa ou sanguinolenta, com risco de infecção local (SBP, 2021).

- Sinais e sintomas: Presença da formação com tecido granuloso de cor avermelhada ou branca em fundo da fossa umbilical.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Manter a higienização com cotonete embebido em álcool 70% sempre que necessário;
- Higienizar com água e sabonete neutro na hora do banho;

- Avaliar periodicamente, a cada 48 ou 72 horas e acompanhar evolução;
- Na presença de sinais de alerta como hiperemia na borda, rubor, calor, edema, secreção purulenta ou mau cheiro, encaminhar para avaliação médica na Unidade de Saúde ou, se necessário, ao Pronto Socorro Infantil (SBP, 2021).

Tratamento:

- Aplicar bastão de nitrato de prata a 10%, após aplicação de vaselina líquida ou sólida em região de bordas (peri-umbilical), no fundo da lesão 1 vez por dia até cicatrização completa (SBP, 2021).

8.31. Resfriado comum

Características: inflamação catarral aguda da mucosa das fossas nasais, devido à presença de vírus, podendo ocorrer de seis a dez vezes ao ano até os sete anos de idade, sendo que menos de 10% dessas infecções virais podem evoluir para uma infecção aguda bacteriana (SBP, 2018).

Ao exame físico: queda do estado geral, podendo estar febril; coriza nasal presente; amígdalas sem alteração ou hiperemiadas, ausência de pontos de pus; conduto auditivo sem alteração e com membranas íntegras; ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventício, podendo haver roncos de transmissão.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Se aleitamento materno, orientar para aumentar a oferta em livre demanda;
- Se criança não estiver em aleitamento materno, orientar sobre a importância do aumento da oferta de líquidos, água, chás com ervas naturais ou xaropes caseiros (guaco, poejo, limão, hortelã), uma colher de sopa de três a cinco vezes ao dia, enquanto os sintomas persistirem;
- Orientar lavagem nasal com solução fisiológica (em temperatura ambiente ou aquecido em banho maria) de 4 a 6 vezes ao dia ou quando necessário, 2 a 5 ml em cada narina, dependendo da faixa etária e repetindo o processo em cada narina até melhora da congestão;
- Orientar sobre a importância do controle ambiental (umidificar o ambiente, evitar poeiras, usar panos úmidos para limpeza da casa, não fumar, retirar do quarto animais de pelúcia, tapetes, animais domésticos e cortinas);
- Observar sinais de alerta – febre persistente, prostração, perda do apetite, dispneia. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
- Seguir recomendações descritas no Quadro 18;

- Observar se sintomas prolongados – secreção nasal abundante, obstrução nasal e tosse persistente, por mais de 12 dias. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2018);
 - Observar se houve piora do quadro. Após o quarto ou quinto dia o quadro costuma melhorar. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2018);
 - Prescrever antitérmico se necessário.
- Se tosse associada:
- Orientar quanto ao aumento da ingestão hídrica para fluidificar as secreções;
 - Orientar para deixar a criança em decúbito elevado ao dormir;
 - Orientar para remover umidade, mofo ou bolor da casa e mantê-la ventilada;
 - Orientar para que adultos não fumem dentro de casa;
 - Orientar para oferecer dieta fracionada;
 - Observar sinais de alerta – respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
 - Desmistificar sobre o uso de antibiótico para tratamento da maioria das infecções.

Quadro 18. Avaliação de crianças quanto a presença de sinais sugestivos de Pneumonia.

Criança < 2 meses com tosse ou dificuldade respiratória		Criança 2 meses a 4 anos com tosse ou dificuldade respiratória		
Tiragem persistente FR > 60 irpm	Sem tiragem FR < 60 irpm	Com tiragem FR > 50 irpm (2-11 meses) FR > 40 irpm (1-4 anos) Presença de sibilo/estertor crepitante	Sem tiragem FR > 50 irpm (2-11 meses) FR > 40 irpm (1-4 anos) ou presença de sibilo ou tosse há mais de trinta dias	Sem tiragem Sem respiração rápida Ausculta pulmonar normal
Consulta médica imediata Encaminhar ao PSI	Orientações: Amamentação Desobstrução das vias aéreas Consulta médica	Consulta médica imediata Encaminhar ao PSI	Consulta médica Tratamento domiciliar	Orientações conforme descrito acima

8.32. Regurgitação/Refluxo

Características: expulsão não forçada de leite e secreções do esôfago ou do estômago pela boca. Há a regurgitação fisiológica quando a criança não apresenta outros sintomas, sendo que em bebês saudáveis, a evolução do ganho de peso é normal e tem-se a diminuição gradativa das regurgitações ao longo do tempo. Estes episódios aumentam muito entre dois e quatro meses e diminuem com o crescimento, a maioria absoluta resolve até o primeiro ano de vida (SBP, 2018).

Orientações e condutas de enfermagem:

- o Realizar ausculta pulmonar, verificando presença de ruídos adventícios e controlar o ganho de peso e a nutrição da criança;
- o Verificar aspectos e características em jato (se ocorre logo após a amamentação, grande quantidade de leite fluido) ou leite coalhado;
- o Orientar que a regurgitação tende a melhorar;
- o Observar sinais de alerta – ausência de ganho de peso adequado, relato de piora na qualidade de vida do lactente, choro, irritabilidade, recusa alimentar, anemia e vômitos com sangue. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2018).

Obs.: no primeiro trimestre de vida, a média de ganho de peso diária deve ser de 20 a 30 gramas.

Tratamento:

- o Orientar para colocar o bebê para eructar após as mamadas pelo menos 15 minutos com a cabeça mais elevada que o abdômen;
- o Orientar não sacudir ou embalar a criança após as mamadas, evitando o uso de fraldas ou roupas apertadas no abdômen;
- o Orientar para elevar a cabeceira do berço (30º a 45º) (SBP, 2018).

8.33. Sinéquia labial

Características: aderência dos pequenos lábios, resultante da inflamação do epitélio vulvar. Ocorre em meninas de três meses a seis anos, ocasionada por higiene inadequada. Pode ser total ou parcial. Predispõe a vulvovaginite e infecção urinária, embora não seja frequente.

Orientações e condutas de enfermagem:

- o Orientar quanto à higiene vulvar;
- o Encaminhar para avaliação médica – Pediatria ou Ginecologia do Nasf.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/94406-87.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2008.

BRASIL. Lei no 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 1986; 26 jun. Seção 1, p.9273-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. 1º ed. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 1º ed. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. 3º ed. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília, 2022. Disponível em: <[PNAISC – Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://PNAISC-Ministério da Saúde (www.gov.br))>. Acesso em: 12 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2829, de 14 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829_14_12_2012.html>. Acesso em: 15 mai, 2023.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

301

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 195, de 18 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Disponível em: <http://www.enfermagem.medicina.nom.br/enf/resol_195.htm>. Acesso em: 27 fev. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás: Protocolo de Enfermagem não Acompanhamento à Saúde da Criança. 4º ed. Goiás, 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária – Módulo 4: Atenção à Saúde da Criança. Paraná, 2020.

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança. Ribeirão Preto, 2023.

HARRINGTON CT, HAFID NA, WATERS KA. Butyrylcholinesterase is a potential biomarker for Sudden Infant Death Syndrome. EBioMedicine., v.80, n.104041, 2022. No prelo.

MARINELLI, K.A.; BALL, H.L.; MCKENNA, J.J.; BLAIR, P.S. An Integrated Analysis of Maternal-Infant Sleep, Breastfeeding, and Sudden Infant Death Syndrome Research Supporting a Balanced Discourse. J Hum Lact., v.35, 3, p.510-520, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Fluxogramas de Enfermagem Demanda Espontânea. Campinas, 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Cronograma de Atendimento à Criança de 0 a 12 anos. rev e atual. Botucatu, 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo das Unidades de Atenção Básica de Botucatu – Sistematização da Assistência de Enfermagem: Saúde da Criança. Botucatu, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. São Paulo, 2018.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

302

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ectoparasitoses. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. São Paulo, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Informativo para Escola: Diarreia e Vômito. Grupo de trabalho: Educação é Saúde. São Paulo, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Quantas horas por dia o bebê deve dormir? Goiás, 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/quantas-horas-por-dia-o-bebe-deve-dormir-3/>. Acesso em: 15 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manejo da Febre Aguda. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. São Paulo, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. O bebê e a eliminação de fezes. São Paulo, 2014. Disponível em: www.spsp.org.br/2014/01/15/o-bebe-e-a-eliminacao-de-fezes-evacuacoes/. Acesso em: 12 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Refluxo gastroesofágico. São Paulo, 2018. Disponível em: www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-a-saude/refluxo-gastroesofagico/. Acesso em: 15 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Rinossinusite na infância. São Paulo, 2018. Disponível em: www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/doencas/rinossinusite-na-infancia/. Acesso em: 15 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Suplementação de Nutrientes. Departamento de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários. São Paulo, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Atualização sobre os cuidados com a pele do recém-nascido. Departamento de Dermatologia e Neonatologia. São Paulo, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Hiperbilirrubinemia indireta no período neonatal. Departamento de Neonatologia. São Paulo, 2021.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

303

HALAL, C. S.; NUNES, M. L. Organização e higiene do sono na infância e adolescência. Residência Pediátrica 2018; 8(supl 1): 45 – 48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de saúde oral materno-infantil. São Paulo, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Cólica do lactente. Departamento científico de gastroenterologia pediátrica. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/colica-do-lactente/>. Acesso em: 26/05/2023.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Limpeza nasal: como fazer. Departamentos de Pediatria Ambulatorial SPSP. Recomendações: Atualização de Condutas em Pediatria, nº91, Abril 2020.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. O bebê e a eliminação de fezes (evacuações). Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários da SPSP, 2014. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2014/01/15/o-bebe-e-a-eliminacao-de-fezes-evacuacoes>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Uropediatria: um guia para pediatras, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_Uropediatria-Final.pdf.

ANEXO I

ROTEIRO 1ª CONSULTA DO RECÉM NASCIDO

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composição familiar:

Antecedentes mórbidos:

Maternos:

Paternos:

Renda Familiar Mensal: R\$

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

G P A C Se abortos: Pré-natal: nº consultas: Local:

Vacinação materna:

Medicamentos: () não () sim () quais:

() Sulfato Ferroso () Ácido Fólico

	1º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Sífilis (VDRL/Trep.)		
HIV		
Hepatite B		
Hepatite C		
Toxoplasmose		

OBSERVAÇÕES:

Uso de:

Bebida alcoólica: () não () sim

Drogas: () não () sim:

Tabagista: () não () sim:

Durante a gestação reduziu o consumo de alguma dessas substâncias?

Em casa, alguém consome alguma dessas substâncias?

PARTO:

Hospital de Nascimento: () HC Unesp () Hosp. Unimed () Estadual () Outro:

() Natural () Fórceps () Cesárea IG: semanas e dias

Intercorrências: () não. Se presentes: () mecônio () bolsa rota hs () circular de cordão

APGAR: / / Manobras de reanimação:

Tip. Sanguínea materna: RN: Peso: g Comp: cm PC: cm

Amamentação: Sala de parto ou na 1ª hora de vida: () Sim () Não



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

305

Alojamento conjunto: () sim: () não () UTI: () UCI:
() oxigenoterapia: () Fototerapia:
() transfusão sanguínea: nº () Drogas vasoativas () EXT
() ATB:

Alta com: dias de vida Peso de alta: g

HD ALTA:

Tipo de alimentação orientada na alta: () AME () AM misto () Aleitamento Artificial

Retorno no serviço de origem:

RECÉM-NASCIDO:

RESULTADOS / ORIENTAÇÕES	
ORTOLANI	
TESTE DO PEZINHO	
TESTE DA ORELHINHA	
TESTE DO OLHINHO	
TESTE DO CORAÇÃOZINHO	
TESTE DA LINGUINHA	

AValiação:

QUEIXA PRINCIPAL:

ISDA:

Cabeça: deformidades ()

Olhos: secreções ()

Orelha: () secreções () deformidades

Digestivo: Boca: () salivagem excessiva () "sapinho" () regurgitação:

Hábito intestinal () mecônio () transição () amareladas () outro
() cólica: () sangramentos

Gênito-urinário: Diurese: () pouco () média () muito. Cor:

Respiratório: () congestão nasal () rouquidão () tosse () obstrução nasal:

Neurológico: () tremores

ALIMENTAÇÃO:

() LM exclusivo: Intervalo entre as mamadas: h Tempo de mamada: min
Revezamento entre as mamas:

() LM predominante: Intervalo entre as mamadas: h Tempo de mamada: min
Revezamento entre as mamas:
O que mais oferece para o bebê?

72

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

306

Com que frequência oferece?

- () LM misto ou parcial: Intervalo entre as mamadas: h
Tempo de mamada em SM: min
Revezamento entre as mamas:
Fórmula Infantil: ml vezes ao dia

- () Aleitamento artificial: Fórmula Infantil: ml
Intervalo entre as mamadas: h

VACINAÇÃO: () iniciada (Hepatite B na maternidade)
() BCG:

HIGIENE MENTAL:

- Sono () tranquilo () agitado
Recreação/estímulo: () Conversa com a criança () ouve música suave
() Explica o que está fazendo () Brinquedos sonoros
() Brinquedos coloridos () Canta para a criança
Local onde dorme: () Berço () Carrinho () Moises/Bebe conforto () Na cama dos pais
() Outro:

EXAME FÍSICO:

Peso: g comp: cm PC: cm Ganho ponderal: g/dia
Aspecto geral: () calmo () agitado () irritado () gemente () prostrado () choroso
Pele: () corada () descorada () icterícia: zona de Kramer

Outros:

Cabeça:

Assimetrias:

Couro cabeludo:

Fontanelas:

Face: () assimetrias () hemangiomas () outros:

Olhos: () secreções: () sangramento () estrabismo fixo () fugaz () Íris deformada

Boca:

Nariz:

Orelhas e otoscopia:

Pescoço: () sem alterações () hemangiona em região cervical posterior
() clavículas sem alterações () alterações:

Tórax: FR: mpm FC: bpm Córdio:

Respiratório:

Alterações:

Abdômen: umbigo: queda coto () não () sim: dias () secreções

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

307

() hiperemia () granuloma:

Genitais: () femininos – () secreções () clara () sanguinolenta () sinéquea

() masculinos – () hidrocele: () Testículos na bolsa:

Prepúcio permeável à glândula: () sim () não () parcialmente

() Meato uretral central () hipospádia () epispádia

() Dermatite de fraldas () Monilíase genital

() Outros:

Membros:

Coluna:

Neurológico: postura: () flexão 4 membros () extensão 4 membros () outros

() Movimentação ativa () Tônus e força muscular () Cardeais () Preensão palmar

() Preensão plantar () Sucção () Marcha primitiva () Moro

OBSERVAÇÕES:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (CIPE):

() Crescimento e desenvolvimento eficaz

() Risco de atraso no desenvolvimento

() Amamentação eficaz

() Amamentação ineficaz

() Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais

() Nutrição equilibrada

() Padrão ineficaz de alimentação do bebê

() Padrão respiratório eficaz

() Padrão respiratório ineficaz

() Eliminação urinária prejudicada

() Risco de infecção

() Hiperbilirrubinemia Neonatal

ORIENTAÇÕES:

() Manter AME em livre demanda

() Orientações quanto a pega e posição para amamentar

() Cuidados com as mamas

() Orientações quanto a alimentação materna

() Orientações quanto ao aumento da ingestão hídrica materna

() Uso do Adtil a partir do 14º dia de vida

() Banho de Sol

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

308

- () Uso do álcool 70% em coto umbilical
- () Orientações de higiene íntima
- () Orientações de higiene oral
- () Orientações de higiene geral
- () Orientações quanto ao desenvolvimento infantil
- () Massagem abdominal para amenizar cólicas
- () Vacinação
- () Importância do comparecimento às consultas
- () Outras:

Retorno:

ANEXO II

CONDUTAS PERANTE AS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NO PUERPÉRIO RELACIONADAS À AMAMENTAÇÃO

Alterações	Descrição / manifestações	Condutas / orientações de enfermagem
Traumas Mamilares	Fissuras • Pequena (até 3 mm): dor e desconforto apenas no início das primeiras sugadas; • Média (até 6 mm): dor desde o início e demora para desaparecer; • Grande (maior que 6 mm): dor intensa durante toda a mamada e pode ou não ter sangramento. (PEREIRA et. al, 2012; VINHA, 2002)  (Fonte: BRASIL, 2015)	Observar a mamada e corrigir a posição e pega, se necessário; Iniciar a mamada pela mama menos afetada; Evitar o uso de óleos, cremes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; Ordenhar um pouco de leite antes da mamada (evita que o bebê sugue com força para promover este reflexo); Alternar diferentes posições de mamadas para reduzir a pressão dos tecidos danificados; Amamentar em livre demanda; Não utilizar bombas tira-leite; Observar no RN a presença de freio lingual curto;
	Erosão Maior prevalência em mamilos pseudoinvertidos e invertidos; • Caracterizada por desgaste do relevo ou remoção da epiderme ou derme do mamilo, causando dor intensa durante a mamada.  (Fonte: VINHA, 2002)	Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada; Após a amamentação, enxaguar com água limpa e secar bem os mamilos; Manter os seios expostos ao ar livre, mas não expostos diretamente à luz solar, pois pode dificultar a cicatrização da lesão, considerando que a pele estando lesionada, as camadas mais profundas da epiderme precisam de umidade para que a cicatrização ocorra mais rápido. Alternativamente pode-se utilizar

Escoriação

Maior prevalência em mamilos semiprotusos;

- Caracterizada por uma lesão tipo esfoliação, com epiderme levantada e a derme exposta;
- Localiza-se, geralmente, no quadrante superior lateral externo do mamilo, com formato de meia lua;
- Presença de dor durante todo o tempo da amamentação.



(Fonte: VINHA, 2002)

Vesículas

Caracterizada por ardência nos mamilos



(Fonte: VINHA, 2002)

um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa;

Recomendar o tratamento úmido com a aplicação de leite ordenhado nos mamilos antes e após as mamadas. Nos Estados Unidos, tem sido utilizada a lanolina, embora sejam limitados os estudos sobre sua eficácia, tanto nacionais quanto internacionais;

Nos casos de fissuras grandes ou outros traumas que causem muita dor e/ou sangramento, deve-se suspender a amamentação por 48h a 72h no mamilo traumatizado. Após a suspensão oferecer a mama comprometida por 5 min. com aumento gradativo a cada dia:

1º dia: amamentar somente 3 vezes ao dia, não excedendo 5 minutos de mamada. Em seguida, realizar a ordenha manual e oferecer o leite ordenhado para a criança;

2º dia: se não ocorrer a reincidência do trauma e, na ausência de dor, aumentar de 3 em 3 horas e continuar a não exceder o tempo de 5 minutos;

Após recuperação do trauma orientar a amamentação em livre demanda;

Se necessário, o enfermeiro deverá prescrever: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas

; • Agendar retorno na unidade de saúde.



	Dilaceração Ocorre na região mamilo-areolar; Causada, geralmente, pela pressão negativa das bombas de extração de leite.  (Fonte: VINHA, 2002)	
Candidíase	• Principais causas: umidade excessiva, lesão dos mamilos e a boca da criança contaminada pelo fungo (mesmo não estando aparente); • Sinais e Sintomas: prurido, sensação de queimação e dor tipo agulhadas nos mamilos, mamilos e aréolas podem apresentar hiperemia com descamação. Raramente se observam placas esbranquiçadas. A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite.	• Após as mamadas, enxaguar os mamilos, secá-los bem e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores mamilares; • Orientar a puérpera a realizar a troca de sutiã diariamente ou mais vezes ao dia, se necessário; • As chupetas e bicos, se utilizados, se não for possível eliminá-los, devem ser fervidos uma vez ao dia por 20 minutos; • Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase; • Prescrever para a criança: Nistatina solução oral – passar na mucosa oral da criança 1 conta -gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias; • Prescrever para a puérpera: uso tópico de Nistatina, Clotrimazol, Miconazol, ou Cetoconazol por 14 dias, após cada mamada. Orientar a mãe a retirar delicadamente a pomada antes da mamada para não deixar a pele escorregadia. Estas medicações são compatíveis com a amamentação ; • Se o tratamento tópico falhar, encaminhar para consulta médica.
Fenômeno de Raynaud	Trata-se de uma isquemia intermitente que pode acometer os mamilos.	• Orientar o uso de compressas mornas exclusivamente no mamilo para o alívio da dor. Porém deve-se avaliar o risco em relação ao ingurgitamento mamário e mastite;



	• Principais causas: frio excessivo, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante; • Sinais e sintomas: os mamilos ficam pálidos inicialmente, em seguida podem tornar-se cianóticos e posteriormente, avermelhados pelo déficit de irrigação sanguínea. A mulher refere dor antes, durante e após a mamada em “fisgadas” e em queimação, o que pode ser confundido com candidíase.	• Prescrever analgésico sistêmico, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas; • Caso não ocorra melhora do quadro, encaminhar para consulta médica.
Ingurgitamento Mamário	• Acontece geralmente entre o 3º e 5º dia após o parto, entretanto pode ocorrer em qualquer fase da lactação; • Ingurgitamento Fisiológico: Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade; • Ingurgitamento Patológico: Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas edemaciadas e brilhantes.	• Realizar e orientar a massagem (delicada) particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite e ordenha manual conforme Fig. 1, 2 e 3; • Orientar a testar a flexibilidade da aréola antes da mamada e caso esteja tensa, proceder a massagem e a ordenha do complexo mamilo-areolar (Fig. 4); • Uso de sutiã com alças largas e firmes; • Mamadas frequentes em livre demanda; • Prescrever para a puérpera, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas; • Em situações de maior gravidade, realizar compressas frias de 2 em 2 horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote (aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local); • Agendar retorno na unidade de saúde.



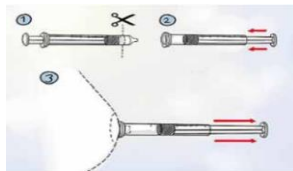
		 Figura 1 Figura 3 Figura 4
Mastite	Ocorre geralmente entre a 2ª e 3ª semanas após o parto. Mastite não infecciosa: Caracterizada por dor, edema, hiperemia, calor local, drenagem de leite sem pus. Mastite infecciosa: Além dos sinais e sintomas da mastite não infecciosa, ocorre drenagem de leite com pus e febre alta (>38°C), calafrios e mal-estar. O sabor do leite materno pode ter alteração, tornando-se mais salgado.	• Consulta médica no dia; • Orientar a mulher como fazer a massagem e a ordenha manual; • Identificar junto com a mãe a causa que provocou a estagnação do leite; • Suspender a ordenha manual apenas com o desaparecimento dos sinais e sintomas; • Agendar retorno na unidade. Realizar e orientar a massagem bem como testar a flexibilidade da aréola antes da mamada, conforme figuras 1, 2, 3 e 4 da linha anterior.

	 (Fonte: BRASIL, 2015)	
Demora na descida do leite	A apojadura normalmente ocorre em média 30 horas após o parto, podendo estender este tempo no parto cesárea.	• Estimular a autoconfiança da mãe; • Orientar medidas de estímulo como sucção frequente do bebê e a ordenha; • Realizar a relactação que consiste em uma sonda conectada a um recipiente (pode ser um copo ou pote) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira, o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.
Hipogalactia (baixa produção de leite)	• A mãe pode estar insegura e sofrendo pressão de pessoas próximas, que traduzem o choro do bebê e as mamadas frequentes (inerentes ao comportamento normal em recém-nascidos) em sinais de fome; • A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro; • A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar	• Orientar a mãe que a descida do leite costuma ocorrer entre o 2º e 3º dia pós parto, antes disso, a mulher produz em média 40 à 160 ml de colostro nas primeiras 48hs, quantidade suficiente para saciar a fome do RN; • Orientar que o volume de leite produzido na lactação varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz em média 800 a 1.000 ml de leite por dia;



	menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome; • Crianças que recebem suplemento, sugará menos o peito e, como consequência, haverá menor produção de leite.	• Observar os sinais do bebê quando há insuficiência de leite: ficar inquieto na mama, chorar muito, querer mamar com muita frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. Observar: • Ganho de peso que deve ser maior ou igual a 20g/dia; • Número de micções: no mínimo 6 a 8 vezes ao dia; • Sinais clínicos de desidratação: turgor da pele diminuído, fontanela deprimida; • Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados; • Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; • Após a mamada, ordenhar o leite residual; • Aumentar ingestão de líquidos; • Contraindicar consumo de álcool; • Estimular que a puérpera descanse, se possível, acionar rede de apoio; • Caso estas medidas não tenham êxito, orienta-se realizar a relactação; • Caso estas medidas não farmacológicas não funcionem pode ser útil o uso de galactogogos; • O Enfermeiro poderá prescrever domperidona 10 a 20 mg, 3 a 4 vezes ao dia, por 3 a 8 semanas. A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.
--	---	--



Presença de sangue no leite	Fenômeno causado pelo rompimento de capilares devido ao aumento súbito da pressão osmótica intra-alveolar na fase inicial da amamentação.	• Orientar que é um fenômeno transitório (primeiras 48 horas) e a melhora acontece após o esvaziamento das mamas com ordenha manual; • Ocorre com mais frequência em mulheres acima de 35 anos e primíparas adolescentes
Mamilos planos ou invertidos	Podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois grande parte dos RNs fazem o “bico” com a aréola.	• Promover a confiança e empoderar a mãe; • Ajudar a mãe a favorecer a pega correta; • Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor; • Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, com estímulo (toque) do mamilo, utilização de seringa de 10 ml ou 20 ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada);  (Fonte: BRASIL, 2015) • Recomenda-se esta técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar; • O mamilo deve ser mantido em sucção por cerca de 30 a 60 segundos ou menos, se houver desconforto.

Fonte: Brasil, 2005; Brasil, 2015; Brasil, 2016; Florianópolis, 2016; Giugliani, 2004b; Moraes & Thomson, 2006; Pereira et. al, 2012

ANEXO III

Check-list Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-RF)

Por favor, responda as questões abaixo sobre a sua filha. Pense em como ela geralmente se comporta. Se você viu a sua filha apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, a sua filha olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, a sua filha olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se a sua filha pode ser surda?	Sim	Não
3	A sua filha brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	A sua filha gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	A sua filha faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	A sua filha aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	A sua filha aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	A sua filha se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, sua filha olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	A sua filha traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	A sua filha responde quando você a chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ela olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você a chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para a sua filha, ela sorri de volta para você?	Sim	Não
12	A sua filha fica muito incomodada com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, sua filha grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	A sua filha anda?	Sim	Não
14	A sua filha olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ela, ou vestindo a roupa dela?	Sim	Não
15	A sua filha tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ela repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, a sua filha olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	A sua filha tenta fazer você olhar para ela? (POR EXEMPLO, a sua filha olha para você para ser elogiada/aplaudida, ou diz: "olha mãe!" ou "ôh mãe!")	Sim	Não
18	A sua filha compreende quando você pede para ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, a sua filha entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, a sua filha olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	A sua filha gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Sim	Não

Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-RF)SM.
Tradução: Longtin, Sigman, Lampreia, Litzero, & Pondé, 2020.



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

318



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Major Matheus, 07 Vila dos Lavradores
CEP: 186009-083 Fone/Fax (014) 3811.1100
saude@botucatu.sp.gov.br

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Saúde da Mulher



Protocolo das Unidades de Atenção Básica de Botucatu

Botucatu

2023

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

319

Equipe de elaboração: edição - 2008.

Enfermeiros: Ana Lúcia Forti Luque, Danielle Cristina Alves Feitosa, Fernanda Cristina Manzini, Polyana Pimentel Proença, Priscila Cidade Furlan, Regina Stella Spagnuolo, Sara Figueiredo Bernardi Rocha, Maria Cristina Heinzle da Silva Machado e professora Cristina Maria Garcia de Lima Parada.

Médicos: Márcia de Almeida Parente, Oscar Antonio Grama Hoepfner, Paulo Roberto Zanatta Machado, Romana Cristina de Oliveira Corrêa, Scheilla Maria Franco Costa, Máisa Pires de Campos Luciano Gomes, Fausto Gondo, Anice Maria Vieira Camargo Martins

Organização

Fernanda Cristina Manzini
Secretaria Municipal de Saúde, Botucatu
Cristina Maria Garcia de Lima Parada,
Departamento de Enfermagem, Unesp/Botucatu

Equipe de elaboração - 3ª Edição - 2023

Enfermeiros: Ana Paula dos Santos Costa Roberto, Elisangela Cristina de Campos, Karyn Carregã Rodrigues, Letícia Nunes Coca dos Santos, Maria Julia Alves, Milena Temer Jamas, Thayná Santos Buesso.

Médicos: Priscila Ferreira Poloni

Organizadores:

Ana Lúcia Forti Luque
Daniela Cristina da Silva
Valéria Maria Lopes Manduca Ferreira

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

320

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Recomendações para coleta de exame citopatológico de acordo com faixa etária e quadro clínico de usuária.
- Quadro 2** - Recomendações diante das situações especiais.
- Quadro 3** - Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta.
- Quadro 4** - Recomendações diante de resultados de exames normais.
- Quadro 5** - Recomendações diante do resultado de exames citopatológicos anormais.
- Quadro 6** - Síntese para tratamento de corrimento vaginal e cervicite.
- Quadro 7** - Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento do colo do útero – CIPE 2018.
- Quadro 8** - Fatores de risco para o câncer de mama.
- Quadro 9** - Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento do câncer de mama – CIPE 2018.
- Quadro 10** - Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos
- Quadro 11** - Critério de Elegibilidade de contraceptivos por condição clínica.
- Quadro 12** - Atribuições do enfermeiro no pré-natal.
- Quadro 13** - Atribuições de técnicos e auxiliares de enfermagem no pré-natal
- Quadro 14** - Exames realizados para diagnóstico de gravidez.
- Quadro 15** - Histórico de enfermagem na primeira consulta.
- Quadro 16** - Informações sobre exame físico geral e específico na gestação.
- Quadro 17** - Solicitação e interpretação de exames.
- Quadro 18** - Recomendações para coleta de exame colpocitopatológico em gestantes
- Quadro 19** - Prescrição farmacológica durante o pré-natal de baixo risco.
- Quadro 20** - Orientações frente às queixas mais comuns na gestação.
- Quadro 21** - Recomendações de vacinação durante o pré-natal.
- Quadro 22** - Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento do Pré-Natal - CIPE.
- Quadro 23** - Critérios para encaminhamentos de gestantes para pré-natal de Alto Risco.
- Quadro 24** - Anamnese e coleta de dados para consulta de enfermagem no puerpério.
- Quadro 25** - Exame físico da puérpera.
- Quadro 26** - Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao puerpério - CIPE.
- Quadro 27** - Manifestações associadas ao climatério.
- Quadro 28** - Roteiro para anamnese no climatério.
- Quadro 29** - Exame físico específico.
- Quadro 30** - Exames complementares a serem solicitados no climatério.
- Quadro 31** - Abordagem farmacológica e não farmacológica no climatério.
- Quadro 32** - Contraindicações absolutas e relativas à TRH.
- Quadro 33** - Alguns diagnósticos e intervenções no climatério e menopausa - CIPE.

LISTA DE FLUXOGRAMAS

- Fluxograma 1** - Consultas subsequentes de pré-natal.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

321

SUMÁRIO

1.0 GINECOLOGIA:	6
1.1 Infecções genitais e prevenção do câncer do colo uterino:	6
1.1.1 Aferição do pH vaginal:	6
1.1.2 Coleta de material para exame direto do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram:	6
1.1.3 Teste das aminas ou Whiff Test (WT):	6
1.1.4 Coleta de Exame Citopatológico:	7
1.1.5 Recomendações para coleta do exame citopatológico de colo uterino - situações especiais:	7
1.1.6 As condutas de enfermagem frente aos resultados de Citopatologia oncológica:	10
1.1.7 Infecções que causam corrimento vaginal, cervicite e seus respectivos tratamentos:	13
1.1.8 Diagnósticos e intervenções no rastreamento do colo uterino – CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem):	17
1.2 Assistência de Enfermagem no rastreamento de câncer de mamas:	17
1.2.1 Solicitação de Mamografia – Município de Botucatu	17
1.2.2 Mastalgia:	19
1.2.3 Diagnósticos e intervenções no rastreamento do câncer de mama – CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem):	20
1.3 Planejamento familiar:	20
1.4 Dismenorréia:	31
2. PRÉ-NATAL:	32
2.1 Atribuições da equipe de enfermagem na assistência ao Pré-natal de risco habitual:	32
2.2 Diagnóstico da gestação:	33
2.3 Consulta de Enfermagem no Pré-natal:	34
2.3.1 Primeira consulta:	34
2.3.2 Exame físico geral e específico:	36
2.3.3 Consultas subsequentes intercaladas com consultas médicas:	39
2.3.4 Solicitação de Exames e Interpretação dos Resultados:	40
2.3.5 Coleta de Exame colpocitopatológico na gestação:	47
2.3.6 Prescrição farmacológica durante o pré-natal:	48
2.3.7 Queixas comuns na gestação:	49
2.3.8 Imunização:	62
2.3.9 Diagnósticos de Enfermagem CIPE:	63
2.3.10 Critérios para encaminhamentos para Pré-Natal de Alto Risco:	64
3. PUERPÉRIO:	66
3.1 Anamnese, exame físico e diagnósticos de enfermagem no puerpério:	66
3.2 Queixas comuns ao puerpério:	67
4. CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:	69
4.1 Manifestações associadas ao climatério:	69
4.2 Anamnese:	70
4.3 Exame físico:	70
4.5 Prescrições do enfermeiro no climatério:	72
4.5.1 Terapia de Reposição Hormonal (TRH):	73
4.6 Alguns diagnósticos e intervenções no climatério e menopausa - CIPE:	74
REFERÊNCIAS:	75
ANEXO 1	78

PROTOCOLO: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A SAÚDE DA MULHER

1.0 GINECOLOGIA:

1.1 Infecções genitais e prevenção do câncer do colo uterino:

O tratamento das infecções genitais será realizado, preferencialmente, a partir do diagnóstico etiológico. Na impossibilidade deste, será baseado na abordagem síndrome proposta pelo Ministério da Saúde no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

A sequência para coleta de material vaginal é: medida do pH vaginal, coleta de material para exame a fresco, teste das aminas e coleta de material para citologia oncológica.

1.1.1 Aferição do pH vaginal:

São utilizadas fitas reagentes para medida do pH do terço médio da parede lateral da vagina. A técnica deve ser realizada com auxílio de uma pinça Cheron, devendo a fita permanecer de um a três minutos em contato com a parede vaginal, dependendo da orientação do fabricante. Em seguida, determina-se o pH, comparando a cor apresentada na fita com padrões existentes na caixa de fitas de pH. Consideram-se normais valores que variem de 3,5 a 4,4.

1.1.2 Coleta de material para exame direto do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram:

Colhe-se preferencialmente com swab, conteúdo vaginal do terço médio da parede lateral da vagina. Em seguida, realiza-se esfregaço fino e homogêneo em lâmina de extremidade fosca, previamente identificada, e encaminha-se para análise no laboratório de referência, sem fixar. Na impossibilidade de coleta com swab, utilizar cotonete embalado individualmente e esterilizado em autoclave.

1.1.3 Teste das aminas ou Whiff Test (WT):

Colhe-se conteúdo do terço médio da parede lateral da vagina, preferencialmente com swab, e nele são pingadas duas gotas de hidróxido de potássio a 10%. Se ocorrer alteração de odor para fétido (peixe podre), significa que o teste é positivo. Na impossibilidade de coleta com swab, utilizar cotonete embalado individualmente e esterilizado em autoclave.

1.1.4 Coleta de Exame Citopatológico:

Quadro 1 - Recomendações para coleta de exame citopatológico de acordo com faixa etária e quadro clínico de usuária.

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

Fonte: BRASIL, 2016.

Orientações para coleta do exame de citologia oncológica de rotina:

- Não ter relações sexuais 72 horas antes do exame;
- Término do fluxo menstrual há pelo menos cinco dias;
- Não ter usado cremes vaginais pelo menos nos sete dias que antecedem ao exame;
- Não fazer uso de ducha vaginal pelo menos nos três dias que antecedem ao exame;
- **Não há impedimento para coleta se essas recomendações não tiverem sido seguidas. Porém, nestes casos, a aferição do pH e o teste das aminas serão inconclusivos.**

1.1.5 Recomendações para coleta do exame citopatológico de colo uterino - situações especiais:

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

324

Quadro 2 - Recomendações diante das situações especiais.

Sem história de atividade sexual	Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres
Gestantes	O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. Devendo sempre ser considerada uma oportunidade à procura da unidade de saúde para a realização do Pré-Natal. Verificar indicações do protocolo Pré-Natal.
Histerectomizadas	Recomenda-se que em caso de <u>histerectomia subtotal</u>, seguir com o rastreamento de rotina. Em caso <u>de histerectomia total por condições benignas</u>, não se recomenda o rastreamento, desde que apresente exames anteriores normais. Exceção: se a histerectomia foi realizada devido a uma lesão precursora ou câncer de colo do útero, seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina: • Lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais. • Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada (indicação da histerectomia).
Imunossuprimidas	Recomenda-se o exame citopatológico após o início da atividade sexual a cada seis meses no primeiro ano; se normais anualmente, enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

325

	Em casos de mulheres HIV positivas, deve ser realizado o rastreamento a cada seis meses até a correção dos níveis de CD4+ > 200 células /mm ³ . Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.
--	--

Fonte: Brasil, 2016.

Quadro 3 - Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta.

Situação	O que fazer
Vaginismo	Caracterizada pela contração involuntária dos músculos próximos da vagina durante a penetração, podendo dificultar a coleta. Recomendações: • Adiar a coleta, para evitar desconfortos ou mesmo lesões à mulher. Buscar tranquilizar e apoiar a mulher, reagendando a avaliação; • Considerar o encaminhamento ao ginecologista, caso seja identificado causa orgânica que necessite tratamento na atenção especializada ou quando necessário, o apoio psicológico.
Ressecamento Vaginal	• Mulheres em menopausa: o exame deve ser cuidadoso para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias, pois o resultado pode levar a falsos positivos. • Mulheres no climatério: caso haja esta queixa, o enfermeiro deverá discutir com médico da unidade ou ginecologista NASF para avaliar a necessidade de prescrição de tratamento específico (estrogenização), se houver dificuldade na coleta ou o laudo mencionar dificuldade diagnóstica causada por atrofia;
Ectopia	Presente no período de atividade menstrual e fase reprodutiva da mulher. Geralmente a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, sendo uma situação fisiológica.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

326

 Fonte: Brasil, 2016.	Intervenções: não há
Cisto de Naboth  Fonte: Brasil, 2016	É decorrente da obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes. Intervenções: não há.
Pólipos Cervicais  Fonte: Brasil, 2016	São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramentos vaginais fora do período menstrual e, principalmente, após relação sexual. Intervenções: encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Brasil, 2016.

1.1.6 As condutas de enfermagem frente aos resultados de Citopatologia oncológica:

Quadro 4 - Recomendações diante de resultados de exames normais.

Diagnóstico citopatológico	Conduta Inicial
Dentro dos limites da normalidade	Seguir rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente; Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas). Achados microbiológicos • Lactobacillus sp; • Cocos; • Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/ Mobiluncus);	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal segundo quadro XX.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

327

• Candida sp	
Achados microbiológicos • Clamidia sp; • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes; • Trichomonas vaginalis;	A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs; No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados: Herpes Vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital conforme capítulo de ISTs; Clamídia, Gonococo e Trichomonas: Mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos por Clamídia e Gonococo) seguir esquema de tratamento de mulher e parceiro, além das orientações e solicitações de sorologias;
Atrofia com inflamação	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Se o resultado discriminar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, proceder com a orientação de estrogenização conforme esquema sugerido no item de ressecamento vaginal.
Indicando radiação	Seguir a rotina de rastreamento citológico; O tratamento radioterápico deve ser mencionado na requisição do exame.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

328

Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Avaliar cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Encaminhar ao ginecologista ou médico da ESF. Nota: Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a este método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal
--	--

Fonte: BRASIL, 2016.

Quadro 5 - Recomendações diante do resultado de exames citopatológicos anormais.

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (ASGC)	Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)			Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir micro invasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: INCA, 2016.



1.1.7 Infecções que causam corrimento vaginal, cervicite e seus respectivos tratamentos:

Quadro 6 - Síntese para tratamento de corrimento vaginal e cervicite.

Causa e Agente Etiológico	Manifestações Clínicas	Teste de Apoio diagnóstico	Orientações	Tratamento medicamentoso	Gestantes e Nutrizes
Mucorréia	No exame especular, mostra ausência de inflamação vaginal e muco claro e límpido.	- Exame de microscopia a fresco sem alterações inflamatórias. O pH normal, entre 4,0 e 4,5.	Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais.	-	-
Vaginose Citolítica <i>Lactobacillus</i> ou citólise de <i>Doderlein</i>	- Prurido vaginal; - Queimação vaginal; - Dispareunia; - Disúria terminal, - Conteúdo branco abundante (piora na fase lútea)	- Exame de microscopia a fresco: aumento de lactobacilos e escassez de leucócitos. - O pH entre 3,5 e 4,5.	- Ducha vaginal com bicarbonato (4 xicaras de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio). 2x/semana a cada 2 semanas.	-	-
Candidíase Vulvovaginal <i>Candida albicans</i>	- Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo uterino; - Sem odor;	- pH vaginal < 4,5; - teste de aminas negativo.	Orientar medidas higiênicas: - Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a	A 1ª escolha é a via oral: - Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; 2ª escolha:	- Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal, ao deitar-se, por 7 dias;



(mais frequente); Candida spp	- Prurido vaginal intenso; - Edema de vulva; - Dispareunia de introito; - Disúria. Período de incubação: 2 a 5 dias.	- Na microscopia a fresco: presença de hifas ou micélios birrefringentes e esporos de leveduras; - Leucócitos frequentes.	ventilação e diminuir umidade na região vaginal); - Evitar calças apertadas; - Retirar roupa íntima para dormir; - Candidíase recorrente (4 ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para Cândida, visando a identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais;	- Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal ao deitar-se, por 7 noites; ou - Nistatina 100.000 UI - um aplicador (5g) à noite, ao deitar-se, por 14 dias. É comum durante a gestação, apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. Para candidíase de repetição o tratamento fica a critério médico.	ou - Nistatina 100.000 UI - um aplicador (5g) à noite via vaginal, ao deitar-se, por 21 dias. Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contra indicado na gestação e lactação.
Vaginose Bacteriana <i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Mobiluncus sp</i>	- Secreção vaginal acinzentada, cremosa, odor fétido, mais acentuada após o coito e durante o período menstrual;	- pH vaginal superior a 4,5; - Teste das aminas positivo (liberação de odor	- Orientar medidas higiênicas: - Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir	Via oral: - Metronidazol, 250mg, VO, 2 cp a cada 12 horas por 7 dias; - Ou	Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrízes):



<i>Mycoplasma hominis</i> <i>Bacteroides sp</i> Peptococcus e outros anaeróbios.	- Dispareunia. Sem sintomas inflamatórios	fétido com KOH a 10%).	umidade na região vaginal); - Evitar calças apertadas; - Retirar roupa íntima para dormir. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Orientar quanto ao efeito antabuse – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento.	- Cetoconazol, 200mg, 1 cp a cada 12 horas por 5 dias. Via intravaginal: - Metronidazol, gel vaginal 100 mg/g, 1 aplicador (5g), 1x dia, por 5 dias.	Metronidazol, 250mg, VO, 2 cps a cada 12 horas, por 7 dias; ou Metronidazol gel vaginal 100mg/, à noite ao deitar-se, por 5 dias.
Tricomoniase <i>Trichomonas vaginalis</i>	-Secreção vaginal, espumosa, amarelo esverdeado e fétida; - Queimação e prurido vulvovaginal intenso; - Sinusiorragia (sangramento relacionado à atividade sexual); - Dispareunia; • - Edema vulvar;	- Teste das aminas negativo ou fracamente positivo; - pH vaginal > 4,5.	- Fornecer informações sobre as IST e sua prevenção; - Ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B, gonorréia e clamídia (quando disponíveis). Orientar quanto ao efeito antabuse – não fazer uso de bebida	- Metronidazol, 2g, VO, dose única; ou - Metronidazol, de 250 mg, 2 cp, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.	Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrízes): Metronidazol, 2g, VO, dose única; ou Metronidazol, de 250 mg, 2 cp, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.



	-Disúria pouco frequente; - Eritema vaginal; -Colo uterino com petéquias e em "framboesa". Período de incubação: 5 a 28 dias.		alcoólica antes, durante e após o tratamento.		
Doença Inflamatória Pelvica (DIP)	Sintomas: - Sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting) - Dispareunia - Corrimento Vaginal - Dor pélvica ou dor no abdome inferior - Dor à mobilização do colo do útero ao toque (podem estar presentes na DIP)	Crítérios Maiores -Dor no hipogástrio dor à palpação dos anexos -Dor à mobilização de colo uterino Crítérios Menores -Temperatura axilar > 37,5°C ou > 38,3°C - Conteúdo vagina ou secreção endocervical anormal - Massa pélvica - Leucocitose em sangue periférico - Proteína C reativa ou velocidade de	-Orientar medidas higiênicas: - Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); - Evitar calças apertadas; - Retirar roupa íntima para dormir. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Orientar quanto ao efeito antabuse – não fazer uso de bebida	Primeira opção Ceftriaxona 500mg, IM dose única + Doxíciclina 100mg, VO, de 12 em 12 horas por 14 dias + metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, de 12 em 12 horas por 14 dias Segunda escolha Cefotaxima 500mg, IM, dose única + Doxíciclina 100mg, VO, de 12 em 12 horas por 14 dias + metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, de 12 em 12 horas por 14 dias.	



		hemossedimentação (VHS) elevada	alcóolica antes, durante e após o tratamento.		
--	--	---------------------------------	---	--	--

Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2019.

1.1.8 Diagnósticos e intervenções no rastreamento do colo uterino – CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem):

Quadro 7 - Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento do colo do útero – CIPE 2018.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Aceitação da condição de saúde	- Acompanhar e aconselhar a paciente; - Avaliar satisfação com atenção à saúde; - Colaborar com a paciente; - Promover comportamento de procura de saúde
Adesão ao regime terapêutico	- Acompanhar e aconselhar a paciente; - Obter dados sobre adesão ao regime terapêutico; - Avaliar plano de cuidado; - Contratualizar adesão.
Ansiedade	- Aconselhar a paciente sobre ansiedade; - Orientar sobre manejo da ansiedade; - Gerenciar ansiedade.
Autocuidado	- Avaliar autocuidado; - Avaliar comportamento sexual; - Avaliar uso de contraceptivo.
Autoestima positiva	- Acompanhar e aconselhar a paciente; - Apoiar autoestima positiva; - Reforçar comportamento positivo.

1.2 Assistência de Enfermagem no rastreamento de câncer de mamas:

1.2.1 Solicitação de Mamografia – Município de Botucatu

Para a mulher em idade igual ou superior a 40 anos, na consulta de enfermagem deve-se incluir a solicitação de mamografia de rotina.

Periodicidade: Conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Mastologia, o rastreio deverá ser anual.

Para a solicitação de ultrassom de mamas, o município possui um protocolo específico com critérios médicos para a solicitação. Caso haja indicação do exame, deverá ser discutido com médico da ESF ou ginecologista.

Fatores de risco para o câncer de mama:

Diversos fatores estão relacionados ao câncer de mama. O risco de desenvolver a doença aumenta com a idade, sendo maior a partir dos 50 anos.

Quadro 8 - Fatores de risco para o câncer de mama.

Comportamentais/ambientais
Obesidade e sobrepeso após a menopausa. Sedentarismo (não fazer exercícios); Consumo de bebida alcoólica; Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X, mamografia e tomografia).
História reprodutiva/hormonais
Primeira menstruação (menarca) antes de 12 anos; Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos; Não ter tido filhos. Primeira gravidez após os 30 anos. Não ter amamentado; Ter feito uso de contraceptivos orais por tempo prolongado. Ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos.
Hereditários/genéticos
História familiar de: • Câncer de ovário; • Câncer de mama em homens; • Câncer de mama em mulheres, principalmente antes dos 50 anos.

Fonte: Inca, 2016.

A mulher que possui alterações genéticas herdadas na família, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2, têm risco elevado de câncer de mama.

São fatores que favorecem a investigação mamária com o uso da mamografia fora das indicações habituais de rastreio:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade, ou câncer de mama bilateral em qualquer faixa etária (Inca, 2019);
- Mulheres com história familiar de câncer de ovário ou de câncer de mama masculino (Inca, 2019);
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (Inca, 2009).

Mulheres que apresentam risco muito elevado para a doença (cerca de 1% da população) devem iniciar o rastreamento com **exame clínico das mamas e mamografia**

anuais a partir dos 35 anos, sendo classificadas conforme os seguintes critérios (Inca, 2009).

Recomenda-se que os profissionais de saúde estimulem a mulher a ter uma postura de alerta, sendo orientada sobre as mudanças habituais das mamas e quais são os principais sinais da doença. **A palpação ocasional da mama pode ser realizada sempre que a mulher se sentir confortável, porém não é recomendada a necessidade de orientação para que a mulher realize sistematicamente o autoexame da mama, pois ensaios clínicos não demonstraram a redução da mortalidade e há um aumento acentuado do número de solicitação de biópsias com achados benignos (Inca, 2019).**

1.2.2 Mastalgia:

Quando a mulher tem queixa de mastalgia, além de exame clínico, deve-se fazer cuidadosamente anamnese dirigida, incluindo investigação de fatores de risco e relativo ao ciclo menstrual.

Definição: Dor nas mamas. Está relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino, uso de terapias hormonais ou gestação. Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos (GOYAL, 2016). Podem vir acompanhadas de febre ou não.

Conduta do enfermeiro:

Investigar gestação;

Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar dor;

Em caso de nutrizes, avaliar se há ingurgitamento mamário e realizar medidas para conforto e avaliação de amamentação.

Orientar uso de roupa íntima adequada;

Para alívio de sintomatologia, prescrever Paracetamol _{750 mg}: um comprimido a cada oito horas na presença de dor, interrompendo com a melhora do quadro.

Encaminhar para consulta médica caso persistam sintomas ou na presença de sinais infecciosos.

1.2.3 Diagnósticos e intervenções no rastreamento do câncer de mama – CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Quadro 9 - Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento do câncer de mama – CIPE 2018.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Ansiedade	▪ Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; ▪ Estabelecer relação de confiança; ▪ Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade.
Dor mamária	▪ Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração; ▪ Promover ou encaminhar a terapêuticas e práticas integrativas que favoreçam o controle da dor; ▪ Ofertar e orientar mecanismos não medicamentosos de controle da dor; ▪ Avaliar a resposta ao manejo da dor.
Infecção no tecido mamário	▪ Avaliar as mamas atentando para a presença de sinais flogísticos; ▪ Orientar uso correto de sutiã evitando bojos e/ou compressão excessiva; ▪ Verificar a presença de quadro febril, intensidade da dor e outras queixas associadas;
Imagem corporal perturbada	▪ Orientar acerca das alterações condutas frente a elas; ▪ Apoiar imagem corporal positiva; ▪ Apoiar processo familiar de enfrentamento; ▪ Acompanhar a paciente e orientá-la sobre o seguimento clínico multidisciplinar.

1.3 Planejamento familiar:

Com base no cuidado centrado na pessoa, o enfermeiro promove o aconselhamento reprodutivo, com escuta e vínculo com o objetivo de promover os direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, fornece informações para o autoconhecimento do corpo e escolha de métodos contraceptivos e contraceptivos.

A depender da decisão da mulher e/ou casal, o enfermeiro tem total autonomia para conduzir todo o processo de planejamento reprodutivo, como no caso dos métodos de barreira (preservativos masculino e feminino) e método não hormonal.

Dessa forma, podemos dizer que o enfermeiro pode atuar em três pilares:

- Educação em saúde;
- Aconselhamento reprodutivo;
- Implementação e avaliação do método (a depender da escolha da mulher)

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

Na consulta de enfermagem, é importante associar o histórico e a preferência individual com um adequado levantamento de riscos cardiovasculares e comorbidades, patologias crônicas, uso de medicações, dentre outras.

A escolha do método está condicionada aos critérios de elegibilidade estipulados pela OMS. O enfermeiro, atuando em equipe multiprofissional, é fundamental no processo de informações de cada método e da escolha adequada às necessidades de cada mulher.

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

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

Quadro 10 -: Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

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

Fonte: OMS, 2018. Adaptado a partir do Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, p. 161.2016.

Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é quem define os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) do ponto de vista clínico para cada pessoa. Segue a lista com as recomendações dos métodos disponíveis no SUS:

**Quadro 11** - Critério de Elegibilidade de contraceptivos por condição clínica.

Condição atual	Contraceptivo oral	Anticoncepcional injetável		Mini pílula	DIU de cobre	Métodos de Barreira*
		Combinado (mensal)	Progestágeno (Trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 a 2	1
Idade ≥ 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção, entre eles vírus Zika)
Amamentação: menos de 6 semanas do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (Diafragma não aplicável se ≤ 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 semanas a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	2	2	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 acompanhamento da HAS)
HAS: controlada sem acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 80 - 89 mmHg	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS>180 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 de 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 (prévio 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	3/4	3/4	3	2	1	1



(nefro, retino ou neuropatias)						
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	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 sem aura (≥35 anos)	3 (Introdução do método) 4 (Manutenção do método)	3 (Introdução do método) 4 (Manutenção do método)	2 (Introdução do método) 3 (Manutenção do método)	2 (Introdução do método) 3 (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 evidências por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes **	3	2	1	3	1	

Fonte: Adaptado OMS (2010).

Legenda:

A - O DIU de cobre é categoria 2.

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

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

D - O DIU de cobre é categoria 1 se: a) for introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat.4); b) For introduzido após quatro semanas do parto.

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



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

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

Notas:

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

**Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida

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

A seguir, são apresentados brevemente os principais métodos contraceptivos para prescrição do profissional enfermeiro, mediante avaliação prévia dos critérios de elegibilidade para cada paciente:

Anticoncepcional hormonal oral (ACO)

Prescrever e orientar o uso dos seguintes medicamentos, conforme indicação e disponibilidade nas unidades de saúde:

- **Etinilestradiol** 0,03 mg e **Levonorgestrel** 0,15 mg: Tomar o primeiro comprimido da cartela no primeiro dia do sangramento menstrual, uma vez ao dia, sempre no mesmo horário, por 21 dias (até o término da cartela). Dar uma pausa de sete dias e iniciar a nova cartela no oitavo dia.

Em caso de esquecimento: A eficácia contraceptiva pode ser reduzida se a paciente esquecer-se de tomar algum comprimido de CICLO 21, e particularmente, se o esquecimento aumentar o intervalo sem comprimidos.

Se a paciente esquecer-se de tomar um comprimido de CICLO 21, mas o atraso for menor que 12 horas, deve-se ingeri-lo tão logo se lembre. Os comprimidos seguintes devem ser tomados no horário habitual.

Se a paciente esquecer-se de tomar um comprimido de CICLO 21 e o atraso for maior que 12 horas ou se tiverem sido esquecidos mais de um comprimido, a proteção contraceptiva pode ser menor. O último comprimido esquecido deve ser tomado tão logo se lembre, mesmo que isso signifique tomar 2 comprimidos num único dia. Os comprimidos seguintes devem ser ingeridos no horário habitual.

Adicionalmente, um método contraceptivo não hormonal deve ser usado nos próximos 7 dias.

Se esses 7 dias ultrapassarem o último comprimido na embalagem em uso, a próxima embalagem deve ser iniciada tão logo a anterior tenha acabado; não deve haver intervalo entre as embalagens. Isto previne um intervalo prolongado entre os comprimidos ingeridos que pode aumentar o risco de ocorrer ovulação. É improvável que ocorra menstruação até o final da segunda embalagem, mas a paciente pode apresentar pequenos sangramentos nos dias em que estiver ingerindo os comprimidos. Se a paciente não menstruar no término da segunda embalagem, a possibilidade de gravidez deve ser descartada antes de iniciar a próxima embalagem.

Anticoncepcional hormonal injetável (ACI)

Prescrever e orientar o uso dos seguintes medicamentos, conforme indicação e disponibilidade nas unidades de saúde:

- **Acetofenido de algestona** 150 mg + **Etantato de estradiol** 10 mg (**UnoCiclo**): Aplicar mensalmente uma ampola intramuscular, na região glútea, entre sétimo e o décimo dia da menstruação, preferencialmente no oitavo dia a partir do início de cada menstruação.

Em casos de esquecimento: Adotar um método contraceptivo de barreira (como preservativos) para evitar a gravidez indesejada durante aquele ciclo até que novo ciclo se inicie e a medicação seja reiniciada.

- **Enantato de Norestisterona** 50 mg + **Valerato de Estradiol** 5 mg (**Mesygina**): Aplicar uma ampola intramuscular, na região glútea, do primeiro ao quinto dia do ciclo menstrual, em intervalos de 30 dias, sendo o intervalo mínimo de 27 e máximo de 33 dias.

Em casos de esquecimento: não se pode contar com o grau necessário de segurança contraceptiva a partir da data do esquecimento, deverá usar um método contraceptivo adicional. Reiniciar uso na próxima menstruação.

- **Acetato de Medroxiprogesterona** 150 mg (**Depoprovera**): Para iniciar o uso, aplicar somente durante os primeiros cinco dias após o início da menstruação e depois a cada 90 dias.

Em caso de esquecimento: esquecimento além de 91 dias da última aplicação, descartar gravidez e reaplicar imediatamente.

Anticoncepção de emergência:

A anticoncepção de emergência (AE) é um método anticonceptivo para prevenção da gestação inoportuna ou indesejada decorrente de relação sexual não consensual,

relação sexual desprotegida e em situações nas quais ocorram falhas na anticoncepção de rotina ou o seu uso incorreto (BRASIL, 2011).

Deve ser usada somente como método de emergência e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional.

- **Levonorgestrel**_{0,75 mg}: O primeiro comprimido deve ser tomado até 72 horas após a relação sexual e o segundo após 12 horas do primeiro. Quanto mais precoce o uso, maior a eficiência do método.

Dispositivo intrauterino (DIU):

Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção o DIU de cobre. Não recomendado para mulheres com história de dismenorréia intensa e metrorragia sem uso de métodos hormonais.

Para inserção, os casos devem ser discutidos com médico ou ginecologista para inserção do mesmo.

Preferencialmente realizar ultrassom transvaginal anualmente para controle do mesmo.

Contracepção no Puerpério:

Em caso de anticoncepcional hormonal oral, pode-se indicar o uso de:

- **Norestisterona**_{0,35mg}: iniciando o uso de um comprimido/dia quarenta dias após o parto. Manter uso contínuo até seis meses de puerpério, desde que com aleitamento materno exclusivo.

Em caso de anticoncepcional hormonal injetável, pode-se indicar o uso de:

- **Acetato de medroxiprogesterona**_{150mg} (**Depoprovera**): Aplicar uma ampola intramuscular profunda no glúteo - a primeira aplicação quarenta dias após o parto, repetida a cada 90 dias, sempre no mesmo dia do mês.

Após a introdução de outros alimentos que não o leite materno na dieta da criança, realizar consulta de enfermagem para troca do método anticoncepcional oral.

Contracepção na Adolescência:

São métodos possíveis de utilização na adolescência, desde que avaliado os critérios de elegibilidade:

- As pílulas combinadas;

- Injeção mensal;
- Dispositivo intrauterino (DIU);
- Implante subdérmico de Etonogestrel

Métodos contraindicados na adolescência (BRASIL, 2013)

- Miniplula e injeção trimestral para menores de 18 anos pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea;
- Métodos definitivos (laqueadura e vasectomia).

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

A Lei nº 9.263, de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, determina que os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante do conjunto de ações em uma visão holística e integral à saúde. Acrescenta-se que o adolescente tem direito à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, segundo os artigos 11, 102 e 103 do Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Orientações sobre outros métodos:

Laqueadura Tubária - Orientações sobre as novas regras:

Mudanças já vigoram sobre o processo de laqueadura tubária, de acordo com a LEI 14.443 de 2 de setembro de 2022 que entrou em vigor em 01 de março de 2023.

Mulheres com capacidade civil plena, com 21 anos de idade ou pelo menos 2 filhos vivos, desde que observado prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação do desejo e o ato cirúrgico. Neste período deve-se propiciar acesso a serviço de regulação da fecundidade inclusive com aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce.

A esterilização cirúrgica poderá ser realizada no parto, desde que seja respeitado o prazo de 60 dias desde a manifestação do desejo e as devidas condições médicas.

Para tanto, a Febrasgo (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) propõe novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a laqueadura. (Anexo 1)

Implante subdérmico de Etonogestrel

Seguir protocolo do município para discutir a indicação do método e o encaminhamento para inserção do mesmo.

1.4 Dismenorréia:

Ocorrência de cólica moderada ou intensa, em períodos que antecedem, durante ou após a menstruação. Para aliviar os sintomas, orientar a utilização de compressas quentes na região pélvica, repouso em decúbito ventral, uso de chás fitoterápicos (erva cidreira ou noz moscada, uma xícara três vezes ao dia).

O tratamento medicamentoso inclui o uso de antiinflamatórios para desta forma agir sobre a causa da dismenorreia, ou seja, a liberação de prostaglandinas. Dessa forma, essa classe de medicamentos se mostra superior em eficácia quando comparado ao uso de antiespasmódicos.

Adota-se a prescrição de Nimesulida _{100mg}: 1 comprimido de 12 em 12 horas por no máximo 5 dias ou Diclofenaco _{50mg} : 1 comprimido de 8 em 8 horas por até 5 dias ou melhora de sintomas. Observar as contra indicações do uso do fármaco na prescrição.

2. PRÉ-NATAL:

2.1 Atribuições da equipe de enfermagem na assistência ao Pré-natal de risco habitual:

- Enfermeiro:

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

Quadro 12 - Atribuições do enfermeiro no pré-natal.

- Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, esclarecer suas dúvidas, medos ou angústias;
- Orientar a gestante e família sobre a importância do acompanhamento Pré-Natal e rotina das consultas;
- Cadastrar gestante no Sistema de Informação do Pré-Natal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, o qual deve ser verificado e atualizado a cada consulta;
- Realizar consulta de Pré-Natal de gestação de risco habitual intercalada com a consulta médica;
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo de assistência Pré-Natal;
- Realizar testes rápidos: Sífilis, HIV, hepatites B e C (sendo este último realizado apenas em situações de vulnerabilidades);
- Prescrever medicamentos padronizados para o Pré-Natal, além dos medicamentos padronizados para o tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo prescrição de penicilina para tratamento de sífilis congênita, de acordo com o presente protocolo;
- Orientar e realizar a vacinação das gestantes contra tétano, difteria e coqueluche (dTpa), hepatite B e influenza;
- Encaminhar a gestante para atendimento odontológico e médico;
- Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista ou assistente social, de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional);

- Identificar gestantes com fator de risco e encaminhá-las para consulta médica. No caso de dificuldade no agendamento, encaminhar diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame físico geral e obstétrico;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, orientando e sanando todas as dúvidas (aleitamento materno, planejamento familiar entre outras).

Fonte: Brasil, 2016.

- **Técnicos e auxiliares de enfermagem:**

Quadro 13 - Atribuições de técnicos e auxiliares de enfermagem no pré-natal.

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

Fonte: Brasil, 2016.

2.2 Diagnóstico da gestação:

A captação da gestante deve ser o mais precoce possível, ou seja, no primeiro trimestre de gestação (12ª semana), sendo nesta ação importante avaliar riscos e necessidades de encaminhamentos para outros serviços de saúde, evitando complicações graves.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

351

Quadro 14 - Exames realizados para diagnóstico de gravidez.

Atraso menstrual	Exame	
> 15 dias	Teste imunológico de gravidez (TIG) Teste rápido de gravidez	
Acima de 12 semanas	Diagnóstico clínico	Sinais de presunção: atraso menstrual, manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudanças de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência); Sinais de probabilidade: amolecimento da cérvix uterina e aumento de volume, parede vaginais aumentadas com aumento da vascularização e positividade na fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização; Sinais de certeza: presença de batimentos cardíacos fetais (BCF), percepção de movimentos fetais (entre 18 e 20 semanas) e ultrassonografia transvaginal com visualização do saco gestacional (a partir de 5 semanas) e/ou atividade cardíaca embrionária (a partir de 6 semanas gestacionais).

Fonte: Brasil, 2016.

2.3 Consulta de Enfermagem no Pré-natal:

2.3.1 Primeira consulta:

Quadro 15 - Histórico de enfermagem na primeira consulta

Histórico de Enfermagem	Descrição
Identificação	Nome, matrícula, cartão SUS, CPF, idade, endereço e telefones atuais.
Dados socioeconômicos e demográficos	Escolaridade, ocupação, estado civil, número e idade de dependentes, renda familiar (incluindo benefícios de programas sociais), condições de moradia e saneamento, rede de apoio.
Planejamento reprodutivo	- Gestação desejada e/ou planejada; - Métodos contraceptivos utilizados e desejo de planejamento reprodutivo durante a gestação.
Antecedentes familiares	- Doenças hereditárias; - Gemelaridade; - Hipertensão; - Diabetes mellitus; - Hanseníase; - Transtorno mental; - Doença neurológica;



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

352

	• Grau de parentesco com o pai do bebê; • Pré-eclâmpsia; • Tuberculose; • Câncer de mama ou ovário; • Deficiência e malformações; • Parceiro com IST e/ou HIV/Aids.
Antecedentes clínicos	• Diabetes, hipertensão, cardiopatias; • Trombose venosa; • Alergias, transfusão de sangue; • Cirurgias prévias; • Medicamentos em uso; • Hemopatias (incluindo doença falciforme e talassemia) • Doenças autoimunes, doenças respiratórias, doenças hepáticas, doença renal, tireoidopatias, infecção urinária, IST, tuberculose, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; • Transtornos mentais, doenças neurológicas, epilepsia, neoplasias; • Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade). • Sinais de depressão
Antecedentes ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	• Menarca; • Ciclos menstruais; • Histórico de infertilidade • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino; • Histórico de útero bicorno, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamárias, implantes, doença inflamatória pélvica.
	• Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais - GPAC; • Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal.
	• Histórico de aleitamento: tempo, intercorrências, desmame precoce(motivo);
Saúde sexual	• Idade do início da atividade sexual; • Intercorrências como dor ou desconforto; • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para ISTs.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

353

Uso de substâncias químicas	Medicamentos, tabagismo, alcoolismo, uso de substâncias psicoativas (tipos, quantidade e frequência de uso).
Saúde bucal	- Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpíte, cáries, doença periodontal ou outras queixas. - Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; - Data da última avaliação de saúde bucal.
Gestação atual	
Aceitação	- Aceitação da gravidez atual tanto pela mulher, quanto pelo(a) parceiro(a) e familiares; - Desejo amamentar.
Hábitos	- Hábitos alimentares; - Eliminações; - Medicamentos; - Tabagismo; - Uso de álcool e/ou outras drogas.
Imunização	Situação vacinal: dT/dTpa, Hepatite B, Influenza, COVID-19 e Tríplice viral (não administrar durante a gestação em caso de atraso).
Queixas e Sintomas	- Náuseas e vômito; obstipação e flatulência; - Sintomas urinários; - Sialorreia; pirose; - Leucorreia (que pode ser fisiológico ou não); - Vertigem; tontura; - Lombalgia; - Mastalgia; - Alterações no padrão do sono; - Dor e edema em MMII; dor pélvica; - Falta de ar e/ou dificuldade para respirar.

Fonte: Brasil, 2016.

2.3.2 Exame físico geral e específico:

Quadro 16 - Informações sobre exame físico geral e específico na gestação.

Avaliar	Descrição
Antropometria e Sinais Vitais	- Peso, altura e IMC (avaliação nutricional e ganho de peso gestacional); - A gestante deve ser monitorada desde o início da gestação, com avaliação do peso inicial (Índice de Massa Corporal - IMC); Classificação gestantes segundo o IMC:



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

354

	• Baixo peso – ganho total deve ser de: 12,5-18,0 kg; • Peso adequado – ganho total= 11,5-16,0 kg; • Sobrepeso – ganho total= 7,0-11,5 kg; • Obesidade – ganho total= 5,0-9,0 kg. (CARVALHAES et al., 2013) • Aferição de sinais vitais como pulso e pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e, quando necessário, temperatura axilar; SPO2; glicemia capilar.
Cabeça e Pescoço	• Inspeção e palpação de crânio, face, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, cavidade oral e tireoide. Linfonodos
Pele e Anexos	Inspeção e palpação; • Pele: cor de pele, áreas com coloração alterada; temperatura; umidade; turgor; vascularização ou hematomas; lesões (local, tamanho, exsudato, leito da lesão, margem e pele perilesional); • Inspeção do cabelo e das unhas.
Tórax	• Inspeção: alterações e assimetrias, padrão respiratório; • Palpação: presença de nódulo, massas ou sensibilidade, frêmito tóraco-vocal; • Percussão: percutir os campos pulmonares e estimar a excursão diafragmática; • Ausculta pulmonar e cardíaca.
Mamas	• Exame clínico das mamas: Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa; • Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros; • Tipo de mamilo; Sinal de Hunter; Rede de Haller; Presença de Tubérculos de Montgomery; • Expressão mamilar
Abdome	Inspeção, Palpação, mensuração e ausculta obstétrica. • Mensuração da Altura Uterina Tem como objetivo avaliar a evolução gestacional, o que permite saber a idade da gravidez; acompanhar o crescimento fetal, assim como suspeitar de gemelaridade, e do excesso do líquido amniótico (polidrâmnio). • Palpação obstétrica Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 |

Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

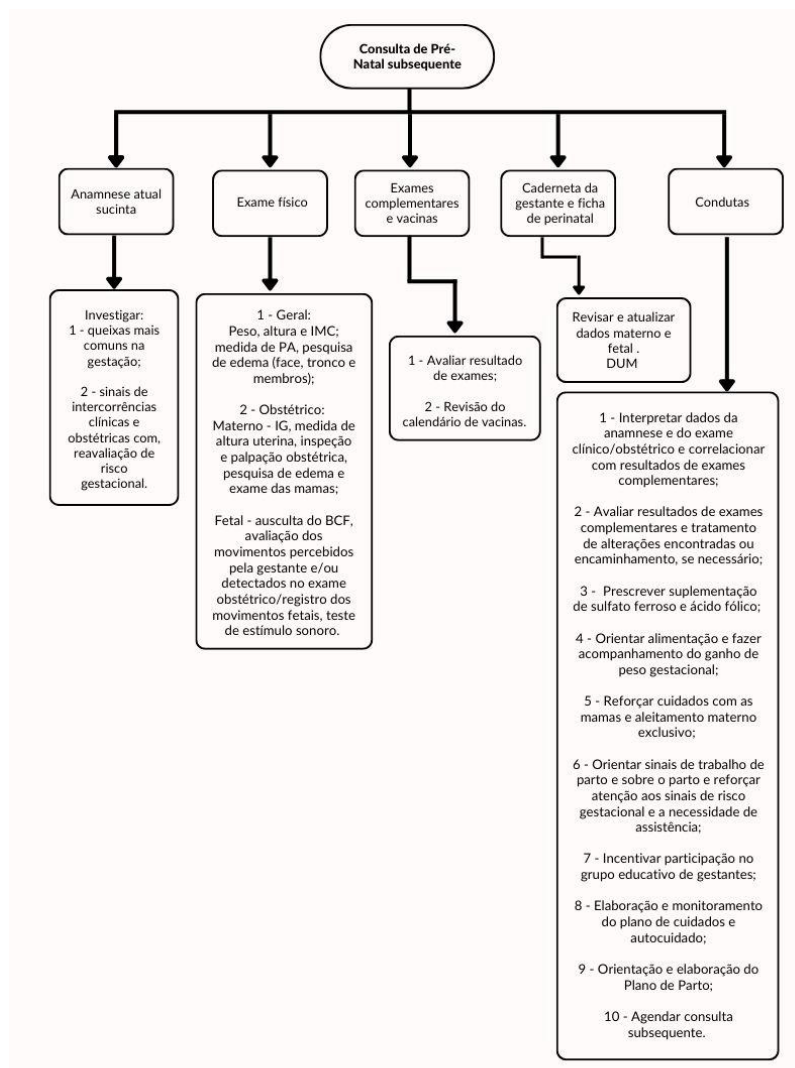
355

	altura uterina; Em torno da 36^a semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica ou transversa). • Ausculata dos Batimentos Cardíofetais (BCF) Audível com uso de sonar doppler a partir da 10^a/12^a semana; Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm. • Dinâmica Uterina Em caso de queixa referida pela gestante, avaliar a frequência e intensidade; - Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos; - Colocar a mão no fundo do útero da gestante a fim de avaliar o início de uma contração, anotar frequência e duração; - Se forem observadas três contrações com duração maior que 20 segundos em 10 minutos, a gestante deverá ser encaminhada para a maternidade; - Se intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.
Avaliação pélvica e coleta de citopatológico	• Inspeção dos genitais externos (investigar presença de tumores, corrimento vaginal fisiológico ou vulvovaginites, prolapso genital, rotura de períneo, incontinência urinária, Batholinite, verrugas e perda de líquido via vaginal); • Realizar o exame especular de acordo com a necessidade, orientado pela história e queixas da gestante; • No Município de Botucatu realizamos a coleta do conteúdo vaginal por meio do GRAM para avaliar a presença de alterações da microbiota vaginal, a toda gestante com queixas. • Realizar a coleta do exame citopatológico de colo de útero de acordo com orientações no item exames.
Membros superiores e inferiores	• Inspeção: avaliar integridade da pele, coloração, varizes e edema; • Palpação: palpar pulsos e perfusão periférica a fim de avaliar sistema circulatório. • Avaliar e classificar o edema sacro e de MMII.

Fonte: BRASIL, 2012. BRASIL, 2016.

2.3.3 Consultas subsequentes intercaladas com consultas médicas:

Fluxograma 1 - Consultas subsequentes de pré-natal.



Fonte: Adaptado de Brasil (2012; 2019).



2.3.4 Solicitação de Exames e Interpretação dos Resultados:

Quadro 17 - Solicitação e interpretação de exames.

Exames de Rotina	Período de Solicitação	Resultados	Condutas
Tipo Sanguíneo e fator RH	1ª consulta	A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo; A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo	Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto; Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto
Teste de coombs indireto (PAI)	A partir da 24ª semana	Coombs indireto positivo: Gestante sensibilizada. Coombs indireto negativo: Gestante não sensibilizada.	Coombs indireto positivo: Referenciar ao alto risco. Coombs indireto negativo: Repetir exame de 4/4 semanas; Imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e Coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta e 3º trimestre	Hemoglobina > 11g/dl – normal. Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave.	Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme descrito no quadro XX - prescrição de medicamentos. Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.



Glicemia de Jejum	1ª consulta e 3º trimestre	Rastreamento universal, independentemente da presença de fator de risco. Glicemia de jejum (GJ) na primeira consulta de pré-natal. • Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL: diabetes mellitus diagnosticado na gestação (diabetes prévio); • Glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: diabetes mellitus gestacional. • Para pacientes com glicemia de jejum < 92 mg/dL no 1º trimestre: realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre 24 e 28 semanas, com avaliação da GJ, G1h e G2h.	
Teste de tolerância à glicose	24ª-28ª semanas	• TOTG-75g: para o DMG, considerar os limites de 92 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL, respectivamente, para GJ, uma hora e duas horas, e pelo menos um valor alterado; • Se GJ ≥ 126 mg/dL e/ou duas horas ≥ 200 mg/dL: diabetes, diagnosticado na gestação.	• Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular); • Referenciar o serviço ambulatorial de gestantes de alto risco; • Manter acompanhamento na UBS
Teste rápido de triagem para sífilis e VDRL	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre (28ª semana)	Teste rápido não reagente: exame normal.	Repetir exame de acordo com a periodicidade.
		Teste rápido reagente: verificar histórico de tratamento, caso negativo, iniciar tratamento para sífilis de acordo com POP do município.	



Teste rápido para HIV ou sorologia (anti HIV I e II)	1ª consulta 2ª trimestre 3º trimestre (28ª semana)	TR não reagente e sorologia negativa	• Manter acompanhamento de rotina do Pré-Natal; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • Teste rápido não reagente: aconselhamento e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir o exame em 30 dias; • Repetir sorologia (ou TR em situações especiais) no 3º trimestre.
		TR reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.	• Realize o aconselhamento pós-teste; • A gestante deve ser encaminhada para serviço de Pré-Natal de alto risco (SAEi); • Manter seguimento na Atenção Básica; • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber Terapia Antirretroviral (TARV) durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV; • As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar; • O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2); • Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes; • Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado



			sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.
Sorologia hepatite B (HBsAg)	1ª consulta e 3º trimestre	• HBsAg não reagente: normal. • HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (TGO e TGP)	• Fazer aconselhamento pré e pós-teste. • HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco e/ou SAEi; • HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina no 1º trimestre; • Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade gestacional.



Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta e 3º trimestre	• IgG e IgM reagentes: - avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; - avidez forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame. • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame. • IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir no 2 e 3 trimestres.	Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: • lavar as mãos ao manipular alimentos; • lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; • não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); • evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; • evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; • após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; • não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; • propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha; • alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; • lavar bem as mãos após o contato com os animais.
Urina tipo I	1ª consulta e 3º trimestre	• Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo; • Hematúria: presença acima de	• Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Na ausência do exame, encaminhar para avaliação médica. • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento



		10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo; • Proteinúria: alterado > 10 mg/d; • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco; • Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao Pré-Natal de alto risco; • Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco; • Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco; • Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco.
Urocultura e antibiograma	1ª consulta e 3º trimestre	• Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por ml (UFC/ml); • Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/ml; • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	• Mediante urocultura positiva, encaminhar para avaliação e tratamento médico.
Parasitológico de fezes	Quando há anemia presente ou outras manifestações sugestivas.	• Negativo: ausência de parasitos; • Positivo: conforme descrição de parasitos.	• Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. • Gestantes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação;



			Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.
Hepatite C (Anti-HCV)	Considerar como sendo oportunidade de diagnóstico.		Mediante resultado Anti HVC positivo, encaminhar para avaliação de alto risco.
Ultrassonografia	1ª consulta e 3º trimestre	- Preferencialmente entre 10 e 12 semanas para datação mais precisa e translucência nual. - O município fornece um 2º ultrassom para o terceiro trimestre para avaliação de crescimento fetal.	

Fonte: Brasil, 2016.

2.3.5 Coleta de Exame colpocitopatológico na gestação:

A coleta do exame colpocitopatológico realizado por enfermeiros e/ou médicos, não é considerada um procedimento contraindicado na gestação e pode ser coletado, em qualquer período gestacional de preferência até o 7º mês. (BELO HORIZONTE-MG, 2017; SÃO PAULO, 2016; COREN-PB, 2015).

Para realização do exame é importante seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária, como para as demais mulheres, sendo considerada uma oportunidade de rastreamento, quando as gestantes buscam o serviço de saúde para o acompanhamento de Pré-Natal (BRASIL, 2006; INCA, 2016).

Quadro 18 - Recomendações para coleta de exame colpocitopatológico em gestantes.

Coleta de exame	Período recomendado	Indicação
Colpocitologia oncológica	• De preferência no 1º trimestre, na 1ª consulta de Pré-Natal; • Não há contraindicação para ser coletado ao longo do período gestacional; • Realizar exame ginecológico com ou sem coleta colpocitológica, para avaliar presença de lesões e/ou leucorreias, utilizando de fita pH ou testes aminas.	• Gestantes que nunca coletaram ou com menos de 2 coletas nos últimos 3 anos; • Gestantes com vínculo fragilizado ao serviço de saúde de referência e/ou não aderentes ao programa de rastreamento; • Oportunidade para investigação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e alterações citopatológicas.

Fonte: Adaptado de LONDRINA-PR, 2017.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

365

2.3.6 Prescrição farmacológica durante o pré-natal:

Quadro 19 - Prescrição farmacológica durante o pré-natal de baixo risco.

Medicamento	Prescrição
Ácido Fólico 5mg	Prevenção de defeitos do tubo neural. Prescrever um comprimido no dia do início da gestação até 12 semanas.
Ferro elementar Sulfato Ferroso 200 mg = 40 mg/dia de ferro elementar.	Prescrever com 20 semanas até o final da gestação. Antes, sem necessidade de tratamento. Anemia leve a moderada • Solicitar exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; • Tratar a anemia com sulfato ferroso 200 mg ao dia, 2 comprimidos antes do café, 2 comprimidos antes do almoço e 1 antes do jantar, uma hora antes das refeições; Repetir a dosagem de hemoglobina após 60 dias: Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40 mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a HB permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco.

Fonte: Brasil, 2016.



2.3.7 Queixas comuns na gestação:

Quadro 20 - Orientações frente às queixas mais comuns na gestação.

Alteração	Descrição/ Manifestações	Condutas/ Orientações de enfermagem	Prescrição
Náusea/ vômitos	Alterações hormonais comuns no primeiro trimestre gestacional, que apresentam de maneira mais intensa pela manhã e durante jejuns prolongados; Náuseas e vômitos até cerca de 14 semanas de gestação: quadro de êmese gravídica e é considerada normal; A hiperêmese gravídica*, forma grave, ocorre em 0,3 a 2% das gestações e caracteriza-se por vômitos incoercíveis, desidratação, oligúria, perda de peso e distúrbios metabólicos. Pode ocasionar, nos casos graves, insuficiência hepática, renal e neurológica; 10% das gestantes mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre.	As condutas e o tratamento devem estar voltados à alimentação e ao apoio emocional, no intuito de prevenir complicações e proporcionar conforto, bem-estar e segurança à gestante. Conduta: • Orientar hábitos de alimentação fracionada, evitando longos períodos de jejum; • Orientar alimentos sólidos no primeiro período do dia com mastigações lentas; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar alimentos gordurosos, condimentados, com pouco carboidrato, orientando o aumento de consumo de alimentos ricos em proteínas;	Antieméticos orais prescritos por médico ou enfermeiro: 1. Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas, VO; 2. Dimenidrinato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg, de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia), VO. Nos casos de hiperêmese gravídica que não respondem à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária - encaminhar a gestante imediatamente para um hospital.



	*Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, poliúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).	• Orientar o consumo de leite e derivados integrais; • Orientar que as refeições sejam realizadas em ambientes tranquilos, evitando estresse; • Evitar deitar-se após as refeições; • Oferecer encontros educativos relacionados à saúde alimentar no período gestacional e puerperal; • Proporcionar apoio emocional, se necessário; • Referenciar o serviço de nutrição da rede de saúde, quando houver necessidade. Investigar hiperêmese gravídica	
Pirose/azia	Causada pelo refluxo gastroesofágico, (mais frequente no 3º trimestre gestacional) e decorre de alterações hormonais, que influenciam em distúrbios na motilidade gástrica. Em situações em que se observa elevação pressórica, deve-se investigar pré-eclâmpsia	Conduta: • Fazer alimentação fracionada; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Orientar elevar a cabeça da cama ou utilizar	1. Hidróxido de alumínio via oral, 10 ml após as refeições (uma colher de sopa) 2 a 4 vezes ao dia ou; Encaminhar para avaliação clínica caso não tenha melhora do quadro.



		travesseiro alto; • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces; • Evitar alimentos picantes, condimentados e gordurosos; • Evitar álcool e cigarro. Caso essas medidas não resolvem, avaliar a necessidade do uso de medicamentos.	
Sialorréia	A sialorréia, também conhecida como ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez (BRASIL, 2016). Pode estar associada à náusea e causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas	As condutas para salivação excessiva, assim como o recomendado para náuseas e vômitos, estão voltadas à alimentação e ao apoio emocional, a fim de proporcionar conforto e bem-estar. Conduta: • Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar deglutir saliva e ingerir.	
Queixas urinárias	Conjunto de sinais e sintomas que envolvem o trato urinário. O aumento da frequência de micções se deve à fisiologia da gestação onde há a compressão da bexiga pelo útero gravídico, o qual reduz a capacidade volumétrica levando à polaciúria. Em decorrência do aumento do fluxo renal ao deitar-se, pode	• Manter ingestão hídrica; • Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Orientar que o sintoma é transitório; • Se nictúria: Reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna; • Evitar bebidas	• Mediante alterações no exame de urocultura, encaminhar para atendimento médico para avaliação e tratamento. Cuidados • Repetir urocultura 7



	ocasionar a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono); Além da polaciúria e da nictúria, a disúria, urgência miccional, estrangúria (micção lenta e dolorosa), dor retro púbica e supra púbica ou abdominal com ou sem febre podem indicar uma Infecção do Trato Urinário (ITU), sendo indispensável a avaliação da presença de sinais de alerta e sintomas sistêmicos.	cafeinadas, que estimulam a micção Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta com médico (UNICAMP, 2017);	a 10 dias após o término do tratamento; • Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição; • Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.
--	---	--	--



Tonturas vertigens/ fraquezas desmaios.	/ e	Instabilidade hemodinâmica decorrente da vasodilatação e hipotonia vascular em (atividade da progesterona na parede dos vasos que estimulam a diminuição da perfusão periférica pela compressão do útero na circulação de retorno). Estas ocorrências causam diminuição do débito cardíaco, hipotensão arterial e hipóxia cerebral transitória. Outro aspecto associado com as tonturas e vertigens são as hipoglicemias	Na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, não requer terapêutica medicamentosa. Conduta: • Fazer alimentação fracionada; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar jejum prolongado; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Evitar mudanças bruscas de posição; • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces; • Evitar álcool e cigarro. • Orientar deitar-se de decúbito lateral esquerdo ou a sentar com a cabeça abaixada e respirar profunda e pausadamente; • Evitar ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; • Evitar vestuário desconfortável e apertado; • Orientar ingestão hídrica adequada; • Orientar atividade física monitorada; • Monitorar e observar a pressão arterial
Cefaleia		Comum no primeiro trimestre de gestação devido a alterações hormonais; Atentar para sintomas que podem indicar doenças graves como hipertensão arterial e pré-eclâmpsia	• Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação); • Conversar com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores; • Repousar em local com 1. Paracetamol 750 mg, 6/6 horas;



		pouca luminosidade e boa ventilação; • Orientar exercícios de relaxamento; • Referenciar à consulta médica, se os sintomas persistirem.	
Cólica/dores abdominais		• Avaliar a cólica quanto à localização, frequência e duração; • Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios monitorados; • Manter repouso; • Avaliar dinâmica uterina; Se persistir, encaminhar para avaliação médica.	1. Hioscina 10 mg, de 8/8 horas.
Obstipação (flatulências)	Ação da progesterona favorece relaxamento da musculatura lisa, diminuindo o peristaltismo	• Aumentar a ingestão líquida; • Orientar dieta rica em fibra; • Aumentar o consumo de fruta laxativa (ameixas, abacate, mamão, frutas cítricas), verdura crua e cereais integrais; • Evitar alimentos fermentativos (feijão, repolho, batata, milho, ovo e frituras);	1. Hioscina 10 mg, de 8/8 horas, para dor abdominal; 2. Supositório de glicerina 1 x ao dia. 3. Encaminhar para avaliação médica s/n. Lembrando que a Simeticona disponível na rede é de categoria de risco C para gestante.



		• Recomendar caminhadas, caso não haja contraindicação; • Com a persistência do quadro pode ser necessário prescrição de formadores de bolo fecal, como farelo de trigo; • Não se deve prescrever óleos minerais que diminuem absorção de vitaminas; Caso os cuidados não sejam efetivos, encaminhar para avaliação médica	
Dispneia/ Falta de ar/ dificuldade para respirar	Desconforto respiratório pela compressão do músculo diafragma pelo útero gravídico. Sintomas recorrentes na gestação, pelo aumento do volume do útero e compressão pulmonar, podendo ocorrer também por ansiedade. Avaliar sinais de alerta como: tosse, edema, febre, trauma, pneumopatias, sinais de trombozes	Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. • Repouso em decúbito lateral esquerdo; • Realizar ausculta cardiopulmonar; • Monitorar a frequência respiratória; • Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias; • Evitar roupas apertadas; • Elevar a cabeceira da cama; • Deixar o ambiente arejado/ventilado;	
Hemorroidas	Alteração venosa na região anal, com inflamação e/ou dilatação que pode ser adquirida e/ ou	• Orientar quanto a alimentação rica em fibras, afim de evitar a obstipação intestinal; • Higiene no chuveiro ou ducha após evacuações;	



	agravada no período gestacional. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto. É importante estar atento a sangramento retal, dor e endurecimento local	• Não use papel higiênico colorido ou áspero; • Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação; • Banho de assento com água morna 3 vezes ao dia; • Agendar consulta médica oportuna, caso haja dor ou sangramento anal persistente. Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.	
Dor nas mamas	Devido a modificações hormonais da gestação, ocorre o aumento da sensibilidade nas mamas e mamilos, sendo necessário o preparo da mama para a amamentação, que deve ser iniciado no Pré-Natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno. É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase totalidade das vezes, se trata de colostro fisiológico para a idade gestacional. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas.	• Orientar o uso de sutiã confortável durante a gestação; • Banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas); • Orientar as vantagens e o manejo na amamentação; • Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso.	1. Paracetamol 1 comprimido (500mg) de 6/6 horas VO; É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Orientar uso de sutiã com boa sustentação.



Estrias	Lesões dermatológicas definitivas, ocasionadas pela distensão dos tecidos localizadas no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção;	Orientar: Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele; O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; Controlar o ganho de peso; Atenção: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, que é também contraindicado na amamentação.
Sangramento nas gengivas	A produção de hormônios esteróides pode aumentar a vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal.	• Encaminhar toda gestante para avaliação odontológica; • Orientar o uso de escova de dente macia e suave; • Uso de fio dental; • Realizar bochechos com soluções antissépticas. Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.
Varizes	Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. Avaliar sempre:	• Diminuir o tempo em pé ou sentada, evitando inatividade; • Fazer vários repouso intercalados com as atividades diárias aproximadamente 20 minutos; • A elevação dos membros durante o repouso pode ser útil; • Evitar roupas apertadas; • Caso seja possível, utilizar meia-calça elástica para gestante, de suave ou média compressão. (Sugerir o tamanho de



	• Dor contínua ou ao final do dia; • Presença de sinais flogísticos; • Edema persistente.	acordo com a mensuração da circunferência da panturrilha) • Acompanhar a evolução, devido ao risco de complicações tromboembólicas; • Orientar quanto ao controle de peso e práticas seguras de atividades físicas, sob orientação de profissional.
Câimbra	Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação. Iniciam normalmente no primeiro trimestre, são espasmos musculares involuntários, súbitos, dolorosos, impulsionados pelo estiramento dos músculos comprometidos, ocorrem especialmente na panturrilha. Pode estar relacionada pela diminuição da circulação sanguínea nos músculos, devido à pressão do útero, estando associada a uma acidose loco regional, ocasionada pela diminuição de cálcio e acréscimo de fósforo na circulação materna.	• Aumentar ingestão de alimentos ricos em potássio, cálcio, magnésio e vitamina B1 (banana, melão, tomate); • Reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.); • Massagear músculo contraído; • Evitar o alongamento antes de iniciar atividades físicas, ao acordar e ao repousar. • Evitar excesso de atividades físicas; • Uso de compressas mornas no local.



Edema	Fenômeno comum em 25% das gestantes, ocorrem principalmente nos membros inferiores, como resultado do peso do útero gravídico sobre grandes vasos, dificultando o retorno venoso, aumentando a retenção de líquidos em espaços tissulares. • Edema Fisiológico: não há aumento dos níveis pressóricos ou proteinúria, apenas edema isolado; • Edema patológico: aumenta níveis pressóricos e/ou proteinúria e/ou sinais e sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia, como cefaléia e dores epigástricas, entre outros.	• Elevar membros inferiores acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. por diversas vezes durante o dia; • Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; • Usar roupas leves, evitando meias elásticas 3/4 ou roupas apertadas que dificultam o retorno venoso; • Dieta normossódica, aumentando a ingestão de líquidos; • Realizar controle de peso e pressão arterial Classificar o edema: • Edema apenas no tornozelo, sem alteração de pressão arterial e peso (+/+++): questione se está relacionado a esforços físicos ou inatividade, calçados apertados ou até mesmo a temperatura e estação do ano; • Edema de membros inferiores, com aumento da pressão arterial e peso (++)/+++): orientar repouso em decúbito lateral esquerdo, avaliar sinais de pré-eclâmpsia e agendar consulta médica; • Edema generalizado (face, tronco e membros), se mostrando presente ao despertar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento de peso: gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada ao serviço de alto risco.	
Dor lombar	A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. Avaliar sempre: • Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo	• Orientar correção da postura ao andar, sentar-se ou abaixar -se; • Os sapatos devem ser baixos (aprox. 3cm) e confortáveis, evitar saltos; • Compressas mornas ajudam a aliviar a dor; • Orientar a manter as	1. Paracetamol 750 mg, 6/6 horas; Caso não ocorra a melhora dos sintomas em até três dias, encaminhar para avaliação médica.



	de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); • Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); • História de trauma É importante distinguir entre dor mecânica (tempo de evolução, relacionada a movimentos) e/ou dor inflamatória (presença de febre, mal-estar)	atividades cotidianas normalmente, a inatividade pode aumentar as dores; • Encaminhar para fisioterapia) e investigação complementar, dependendo da evolução da dor; • No caso de presença de febre e/ou queixas urinárias, ficar atento para a possibilidade de pielonefrite e encaminhar imediatamente a gestante para avaliação médica; Evidências mostram que atividades físicas acompanhadas podem ser benéficas para aliviar a dor, porém devem ser evitados excessos; Recomendar acupuntura e atividades de relaxamento e lazer para diminuição do estresse e ansiedade, se houver disponibilidade .	No período gestacional estão contraindicados os anti-inflamatórios, devido ao risco de oligodrânio
Pigmentações/ cloasma gravídico	O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de	Geralmente estas hiperchromias desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. É recomendado: • Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; • Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou	



	hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.	sombrinha); Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia
Epistaxe e congestão nasal	Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteróides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.	Congestão nasal: - instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: - Leve compressão na base do nariz. - Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.

Fonte: Brasil, 2016.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

379

2.3.8 Imunização:

Quadro 21 - Recomendações de vacinação durante o pré-natal.

Vacinas	Estado vacinal	Recomendação
Difteria, tétano e coqueluche – dTpa. Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	Previamente vacinada, com pelo menos 3 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Vacinação incompleta tendo recebido 1 dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
Hepatite B	A gestante deve ter recebido 3 doses. Caso a caderneta esteja incompleta, completar as 3 doses.	Três doses, com intervalo de 0 - 1 - 6 meses. A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.
Influenza	- A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza; - A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação; - Dose única anual.	
COVID-19	Checar Documento Técnico mais atual para maiores informações.	

Fonte: Brasil, 2016.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

380

2.3.9 Diagnósticos de Enfermagem CIPE:

Quadro 22 - Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento do Pré-Natal - CIPE 2017.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Vertigem postural (tontura)	Fazer alimentação fracionada; • Evitar jejum prolongado; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Evitar mudanças bruscas de posição; • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces.
Salivação	Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar deglutir saliva e ingerir.
Tolerância a atividade ineficaz	• Avaliar o nível de atividade possível para ser realizado conforme idade gestacional; • Orientar atividades de baixo impacto; • Alertar a gestante quanto aos efeitos de extremo calor e frio ao realizar alguma atividade; • Incluir familiares para o apoio adequado das atividades a serem realizadas.
Incontinência urinária	Manter ingestão hídrica; • Orientar que o sintoma é transitório; • Se nictúria, reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna; • Evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção.
Integridade da pele prejudicada	• Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; • Controlar o ganho de peso.

2.3.10 Critérios para encaminhamentos para Pré-Natal de Alto Risco:

Quadro 23 - Critérios para encaminhamentos de gestantes para pré-natal de Alto Risco.

Referenciar ao Pré-Natal de alto risco os seguintes casos
• Cardiopatias; • Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada); • Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados); • Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); • Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia); • Doenças neurológicas (como epilepsia); • Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); • Alterações genéticas maternas; • Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; • Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras); • Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma); • Hanseníase; • Tuberculose; • Anemia grave (hemoglobina < 8); • Isoimunização Rh; • Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado; • Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida; • Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas); • Esterilidade/infertilidade; • 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).
Fatores relacionados à gravidez atual • Restrição do crescimento intrauterino; • Polidrâmnio ou oligodrâmnio; • Gemelaridade; • Malformações fetais ou arritmia fetal;



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

382

- 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);
- Neoplasia intraepitelial cervical - III (NIC- III) – Vide capítulo câncer colo útero;
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com BI-RADS III ou mais – Vide capítulo câncer de mamas;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial

Fonte: Brasil, 2022.

3. PUERPÉRIO:

É de extrema importância o atendimento e acolhimento à puérpera e ao RN no pós-parto (imediato e tardio), para saber como foi o parto, analisar vulnerabilidades, condições de risco e orientar sobre dúvidas que a puérpera possa ter. A saída da maternidade deve ser feita já com o agendamento de consulta de RN (USF/UBS deve realizar visita domiciliar ou atendimento até o 6º dia de vida) e da revisão de parto (até 42 pós-parto). Durante o período do pré-natal, deve ser fortalecido o vínculo e orientado sobre o retorno no pós-parto.

As USF/UBS devem ter controle de suas gestantes e puérperas, buscando fortalecer vínculos com a sua unidade de referência, identificar e manejar riscos de vulnerabilidades, orientações referentes ao planejamento familiar, aleitamento materno e outras demandas biopsicossociais da puérpera.

O enfermeiro deve realizar atendimento humanizado, de modo qualificado e com escuta ampliada.

3.1 Anamnese, exame físico e diagnósticos de enfermagem no puerpério:

Quadro 24 - Anamnese e coleta de dados para consulta de enfermagem no puerpério.

Anamnese
• Confirmar data de nascimento, cor identidade de gênero e sexual, procedência, escolaridade, profissão, atividade laboral remunerada, estado civil, condição de habitação, situação familiar; • Confirmar antecedentes familiares e pessoais (hipertensão arterial, diabetes, alergias, gemelaridade, câncer, cirurgias, transtorno psiquiátrico, infecções sexualmente transmissíveis, data do último papanicolau e resultado); • Realizar escuta ativa de como foi a experiência do parto; • Realizar escuta ativa de como estão os primeiros dias de vida com o bebê em casa: sua rotina, alimentação, ingesta hídrica, aleitamento materno, sono e repouso, higiene, eliminações, execução das atividades, apoio familiar; • Parto: Confirmar dados do parto: tipo de parto, idade gestacional (tempo de amenorreia e ultrassonografia), intercorrências. Realizar escuta do relato de parto. Escuta sobre a experiência atual do puerpério - desejo de amamentar, organização das rotinas familiares e do relacionamento com a(s) parceria (s); • Identificar vulnerabilidades (violência, situação de rua, abandono do parceiro, situação de moradia e de acesso a serviços, situação de emprego e renda), riscos (uso de drogas lícitas e ilícitas);

- Atentar para estado psíquico (sinais e sintomas de Baby Blues, depressão e psicose puerperal);
- Pré Natal: Observar os dados registrados no cartão de Pré - Natal, carteira de vacinação, prontuário e sistema de informação. Atentar para:
 - Número de gestações, parto (tipos, idade gestacional nos partos), abortos;
 - Número de filhos vivos;
 - Intercorrências na gestação;
 - Experiências anteriores com aleitamento materno;
 - Planejamento e aceitação da gestação;
 - Sorologias;
 - Se Rh negativo, verificar se fez uso da imunoglobulina anti-D;
 - Situação vacinal (seguir calendário de vacinação para puerperas conforme diretrizes do PNI);
 - Verificar exames realizados e solicitados (se houver) e medicamentos em uso.

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

Quadro 25 - Exame físico da puérpera.

Exame físico
• Avaliar mucosas, hidratação, condições de pele. Na inspeção atentar para lesões que não se expliquem, suas distribuições e características morfológicas, equimoses múltiplas na cabeça e/ou pescoço e em diversas partes do corpo, hematomas e cicatrizes que possam indicar situação de violência; • Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura) e antropometria (verificar IMC); • Realizar ausculta cardíaca e pulmonar; • Avaliar mamas (ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, cicatrizes que dificultem amamentação) e mamilos (tipos, presença de escoriações, fissuras, vesícula); • Palpar o abdome. Avaliar involução uterina, dor, cicatriz de ferida operatória em caso de cesária; • Avaliar o períneo e a vulva. Atentar para lacerações (extensão, localização e aspecto), episiorrafia, pontos cirúrgicos, sinais flogísticos, presença de hematoma, avaliar região anal, verificar presença de hemorroidas; • Avaliar membros inferiores. Observar a presença de edemas, dor, hiperemia local, sinais flogísticos, varicosas e sinais de trombose venosa profunda (realizar sinal de Homan, que consiste na dorsiflexão do pé sobre a perna, o sinal será positivo se houver dor, e sinal de Bandeira, que consiste em palpar a panturrilha e comparar com a outra, o sinal será positivo se houver edema, dor, rubor, calor, a movimentação ficará comprometida.

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

3.2 Queixas comuns ao puerpério:

Vide protocolo de Saúde da Criança do Município de Botucatu.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

385

Quadro 26 -. Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao puerpério - CIPE.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
Ansiedade	• Demonstrar técnicas de relaxamento; • Encaminhar para serviço de auto ajuda • Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; • Orientar sobre controle dos sintomas.
Dificuldade para amamentar	• Avaliar e colaborar com o plano de amamentação da paciente; • Encaminhar para grupo de apoio à amamentação; • Promover amamentação exclusiva; • Orientar sobre amamentação.
Ingurgitamento mamário	• Orientar sobre os cuidados com a mama, durante o período pós - parto; • Ordenhar a mama por completo; • Encaminhar para grupo de apoio à amamentação; • Avaliar a integridade do mamilo.
Falta de apoio familiar	• Promover o apoio familiar; • Obter dados sobre a rede familiar através do uso de instrumentos como o ecomapa; • Facilitar a participação familiar no plano de cuidado • Orientar a família sobre o desenvolvimento do bebê (ou lactente).
Humor deprimido, no período pós parto	• Gerenciar humor deprimido no pós parto; • Gerenciar sintomas; • Obter dados sobre humor deprimido.

4. CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:

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

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

É importante ressaltar que esta fase é um processo biológico e não patológico e que deve envolver uma abordagem humanizada por parte dos profissionais de saúde, pautada em princípios éticos e competências relacionais, orientações, educação em saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2016).

4.1 Manifestações associadas ao climatério:

Quadro 27 - Manifestações associadas ao climatério.

Alterações hormonais	Diminuição dos níveis de estradiol, progesterona e aumento das gonadotrofinas hipofisárias.
Manifestações menstruais	No período da perimenopausa, o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou aumentar, além de a menstruação pode ser mais abundante e longa.
Manifestações neurogênicas	Ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesia, insônia, perda da memória e fadiga.
Manifestações psicogênicas	Diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.
Metabolismo ósseo	A perda óssea é mais considerável e as fraturas osteoporóticas são bastante comuns nas mulheres.
Metabolismo lipídico	Níveis aumentados de LDL e diminuídos de HDL.
Manifestações urogenitais	Prolapsos genitais, além de sintomas vaginais, como ressecamento, sangramento e dispareunia e uretrais, como disúria, frequência e urgência miccional.
Manifestações tegumentares	Ressecamento da pele, perda de elasticidade, enfraquecimento da musculatura, perda do coxim subcutâneo. Podem aparecer manchas hipocrômicas na pele ou formação de lentigos (sardas) e melanose (pigmento escuro) nas áreas expostas ao sol.
Alterações sexuais	Diminuição da libido, dispareunia, diminuição da lubrificação

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

387

	do canal vaginal.
Alterações mamárias	As mamas tendem a apresentar aumento da gordura ficando mais pesadas, flácidas e pêndulas.
Alterações visuais	Presbiopia em virtude de modificações na acomodação visual.
Alterações dentárias	Descolamento e retração da gengiva, favorecendo as infecções e as cáries dentárias.
Obesidade	Há tendência à obesidade do tipo androide (circunferência abdominal / circunferência quadril > 0,8) e o índice de massa corpórea (peso/altura ²) maior que 25.

Fonte: FEBRASGO, 2010.

4.2 Anamnese:

Quadro 28 - Roteiro para anamnese no climatério.

- Data da primeira menstruação;
- Data da última menstruação
- Orientação e hábitos sexuais;
- Antecedentes pessoais e familiares;
- Métodos contraceptivos;
- Hábitos alimentares;
- Hábitos de sono/repouso;
- Hábitos de atividades físicas;
- Histórico de quedas;
- Patologias existentes;
- Tabagismo e história familiar de câncer de mama;
- Última coleta de citopatológico do colo do útero – resultado;
- Sangramento genital pós-menopausa;
- Queixas;
- Realização de mamografia – último resultado;
- Medicamentos de rotina;
- Dados sobre alergias;
- Situação vacinal;
- Atentar-se para as vulnerabilidades – exemplo: violência*

4.3 Exame físico:

Quadro 29 - Exame físico específico.

- Questionar dificuldades visuais;
- Observar alterações na mucosa oral;
- Observar alterações tegumentares;
- Observar alterações no sistema cardiovascular;
- Verificar o índice de massa corporal e a circunferência abdominal;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

388

- Examinar as mamas, com orientação para o autoexame e solicitação oportuna de mamografia (ver capítulo sobre prevenção do câncer de mama);
- Realizar exame ginecológico orientado para as queixas urogenitais, com coleta oportuna de exame citopatológico de colo uterino (ver capítulo sobre prevenção do câncer de colo do útero);
- Observar as condições musculoesqueléticas com enfoque na perda de força e equilíbrio.

4.4 Exames complementares:

Quadro 30 - Exames complementares a serem solicitados no climatério.

Tipo de exame	Agravos associados	Periodicidade	Valores de referência e encaminhamentos
FSH - Hormônio folículo estimulante	Distúrbios na hipófise ou doenças que envolvem os ovários	Quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal	Hipofunção ou falência ovariana: > 30 mUI/ml
TSH – Hormônio estimulante da tireoide	Distireoidismo	Anual	Entre 0,3 e 4,0 mUI/L
Estradiol	Alterações menstruais, menopausa, menopausa precoce, doenças ovarianas.	Quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal.	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório. Baixos níveis podem indicar disfunções ovarianas e menopausa.
Glicemia de jejum	Intolerância à glicose, diabetes	Anual	• Desejável < 110 mg/dL; • ≥ 110 mg/dL, encaminhar para avaliação médica.
Triglicérides	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	• Desejável < 150 mg/dL; • Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto); • Se valor ≥ 500mg/ dL, encaminhar para avaliação médica.
Colesterol total	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	• Desejável < 200 mg/dL; • Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto); • Se valor > 300mg/ dL, encaminhar para avaliação médica.
Colesterol HDL	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	• ≥ 40 mg/dL; • Se <40 mg/dL encaminhar para avaliação médica.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

389

Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, processos infecciosos, alterações imunológicas	Se necessário, mediante sintomas sugestivos dos agravos relacionados	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
TGO/TGP	Alteração das funções hepáticas associadas à diabetes e obesidade	Anual	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
Urina 1 e urocultura	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal	Se necessário, mediante queixas do aparelho urinário	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
PSO – Pesquisa de sangue oculto nas fezes	Anemia, alterações no aparelho digestório	Se necessário, mediante queixas do aparelho digestório	Se positivo, encaminhar para avaliação médica
ECG	Alterações cardíacas	Anual e mediante sintomas relatados	Encaminhar para avaliação médica as mulheres com traçados alterados
Mamografia	Rastreamento do câncer de mama	Vide item 1.2 deste Protocolo.	

4.5 Prescrições do enfermeiro no climatério:

Quadro 31 - Abordagem farmacológica e não farmacológica quando necessário no climatério.

Prescrição	Justificativa	Realizar/orientar
Exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico	São eficazes para tonificar os músculos do assoalho pélvico. A fraqueza deste grupo muscular pode contribuir para o aparecimento de incontinência urinária e diminuição do prazer sexual.	Faça os exercícios quando estiver com a bexiga vazia; • Quando você for iniciante na prática, tente praticar os exercícios enquanto estiver deitada; • Segure suas contrações por 3 segundos e depois relaxe por 3 segundos; • A duração das contrações deve aumentar aos poucos até chegar a 10 segundos; • Conforme você for dominando a técnica, contraia e relaxe o mais rápido possível, iniciando com 30 repetições, até chegar a 200 vezes; • Quando você sentir que seus músculos do assoalho pélvico estão ficando mais fortes, tente fazer os exercícios enquanto estiver sentada, ou em pé. Você pode fazer esses exercícios em qualquer momento, em

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

390

		qualquer lugar e em qualquer idade, independente da posição adotada. Discutir com profissional do NASF para maiores orientações.
Lubrificação vaginal	A diminuição do hormônio estrogênio no climatério provoca alterações na região da vulva e vagina. Podem então aparecer sintomas como secura vaginal, diminuição da elasticidade da vagina, coceira, irritação, ardência e uma sensação de pressão.	Orientar quanto à utilização de lubrificantes íntimos à base de água. Conversar sobre as mudanças no organismo durante o climatério. Incluir avaliação ginecológica para identificar possíveis sinais de síndrome genito urinária.
Cosmético Hidratação da pele Filtro solar com FPS de alta proteção	Uso diário de um filtro solar com FPS 15 ou superior (preferencialmente acima de 30) - permite que a pele seja protegida dos efeitos nocivos do sol e conserva a umidade necessária às células cutâneas	Recomendar uso de filtro solar com base umectante no rosto, pescoço e mãos todas as manhãs após a limpeza. Deve ser reaplicado periodicamente a cada três ou quatro horas, sempre que possível após nova limpeza com água.
Exercícios físicos	A prática regular de atividade física melhora a capacidade cardiovascular e respiratória, promove o ganho de massa óssea, diminui a pressão arterial em hipertensas, melhora a tolerância à glicose e a ação da insulina	Recomendar a prática de atividades físicas e exercícios aeróbicos e musculação devidamente orientados por profissionais da área. Exemplos: caminhada, natação, hidroginástica, dança, jardinagem, jogos ao ar livre, brincadeiras com crianças, andar de bicicleta, passear com o animal de estimação, etc.
Alimentação saudável	O consumo inadequado de alimentos pode contribuir para a osteoporose e o consumo excessivo pode causar obesidade que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, Diabetes mellitus e outras	Recomendar a adoção de hábitos alimentares saudáveis, devidamente orientados por profissionais da área.

Fonte: COREN, 2019.

4.5.1 Terapia de Reposição Hormonal (TRH):

A prescrição da TRH é de responsabilidade médica, porém é importante para o enfermeiro ter conhecimento das contraindicações

Quadro 32 - Contraindicações absolutas e relativas à TRH.

Absolutas	Relativas
• Câncer de mama; • Câncer de endométrio; • Doença hepática grave; • Sangramento genital não esclarecido;	• Hipertensão arterial não controlada; • Diabetes mellitus não controlado; • Tabagismo • Hipercolesterolemia

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

391

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • História de tromboembolismo agudo e recorrente; • Porfíria. | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertrigliceridemia • Obesidade |
|--|---|

4.6 Alguns diagnósticos e intervenções no climatério e menopausa - CIPE:

Quadro 33 - Alguns diagnósticos e intervenções no climatério e menopausa - CIPE.

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
Desconforto	• Implementar cuidados de conforto; • Orientar sobre cuidados de conforto no climatério.
Ansiedade	• Gerenciar ansiedade; • Esclarecer sobre a ansiedade, medos, anseios, pensamentos conturbados e crises de pânico; • Orientar técnicas de auto controle, meditação, etc.
Termorregulação prejudicada	• Orientar sobre o manejo com a termorregulação; roupas leves, controle do ambiente. • Encaminhar para avaliação médica, se necessário.
Desempenho sexual prejudicado	• Incentivar o uso de lubrificante vaginal; • Sanar dúvidas sobre a diminuição da libido; • Encaminhar para avaliação psicológica; • Encaminhar para avaliação médica, se necessário
Risco de função do sistema urinário prejudicada	• Orientar exercícios para fortalecimento da musculatura perineal; • Orientar aumento da ingestão hídrica; • Orientar sinais de urgência miccional.
Risco de queda	• Orientar sobre as medidas de prevenção de quedas e suas consequências; • Orientar sobre a adaptação de móveis e estrutura da residência; • Encaminhar para avaliação ortopédica, se necessário.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

392

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_do_cancer_de_mama_no_brasil.pdf> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf> Acesso em: 10 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 13: controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 12 de fev. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das hepatites virais. **Fluxograma de mesa para diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres no Pré-Natal, parto e puerpério - teste, trate e cure**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2019/fluxograma-de-mes>>

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

393

a-para-diagnostico-de-sifilis-em-mulheres-no-pre-natal-parto-e-puerperio> Acesso em: 12 de fev. de 2023.

CARVALHAES, M.A.B.L. et al. **Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 35, n. 11, p. 523–529, 2013. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001100008>> Acesso em: 12 de fev. de 2023.

Conselho Internacional de Enfermagem. **CIPE Versão 2017**. Português do Brasil. 2017. Disponível em: <<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>> Acesso em: 10 de fev. de 2023.

COREN-GO. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no Estado de Goiás** [livro eletrônico]. 4ª ed. Goiânia, 2022. Disponível em: <<https://www.protocolodaenfego.org/c%C3%B3pia-ler-online>> Acesso em: 10 de fev. de 2023.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Anticoncepção**. FEBRASGO, 2015. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>> Acesso em: 3 de fev. de 2023.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%20%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>> Acesso em: 8 de fev. de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos**. 3ª ed. OMS, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf>> Acesso em: 3 de fev. de 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Enfermagem: Saúde da Mulher**. 4ª ed. São Paulo: SMS, 2016. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ManualSaude-daMulher302012017.pdf>> Acesso em: 12 de fev. de 2023.



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

394

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA. **Manual do cuidado no Pré-Natal e puerpério na Atenção Primária em Saúde.** Londrina: SMS, 2017. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/manual_cuidado_pre-natal_puerperio_atencao_primaria_saude.pdf> Acesso em: 12 de fev. de 2023.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Eu _____, portadora da cédula de identidade nº _____, inscrita no CPF sob o nº _____, residente e domiciliada na _____, na cidade de Estado do _____, atualmente com _____ anos de idade, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, Dr. _____, inscrito no CRM sob o nº _____, manifesto o desejo de ser submetida à laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade.

Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 e que, de acordo com a mesma lei, desde que observado esse prazo mínimo, é permitida a laqueadura durante o período do parto;

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea); via periumbilical (logo a seguir do parto vaginal).
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de alguma anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo médico assistente e Serviço de Anestesia.
- Embora o método de laqueadura tubária esteja entre os mais efetivos dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. **Existe uma porcentagem de falha em torno de 0,41% que independe da paciente ou do médico.**
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente nem garantia de sucesso**, devendo sempre ser entendido a laqueadura como um procedimento potencialmente irreversível;
- As complicações que poderão surgir são: Intra-operatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e Pós-operatórias Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelvipertonites, hemorragia e outras, que podem ter desdobramentos graves) perfurações de órgãos;
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto ou necessidade técnica, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

396

- O procedimento planejado da esterilização cirúrgica durante o período de parto (após passado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o parto) poderá sofrer mudanças de técnica ou postergado, devido a condições médicas, técnicas ou de estrutura assistencial da maternidade.

- Por se tratar a Medicina de ciência com múltiplas variáveis, do meu próprio corpo, de dificuldades ou indicações e contra-indicações que podem se apresentar no momento, caso não seja possível realizar a laqueadura, entendo que a fundamentação será registrada em prontuário e a equipe médica me orientará outro método para evitar gravidez que seja aplicável ao meu caso;

- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os Métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Dispositivos intrauterinos (DIU), Implantes e Métodos naturais;

Entendo também que o desejo de laqueadura não significa jamais a indicação absoluta de cesárea, haja vista as outras técnicas descritas para a laqueadura pós- parto que podem ser aplicadas no caso de parto via vaginal, e que é proibido pela Lei realizar cesárea para fim exclusivo de esterilização;

Tenho ciência, conforme disposto no Art. 11 da Lei 9263/1996, que toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde;

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).



PREFEITURA DE
BOTUCATU

ASSINADO ICP
DIGITALMENTE Brasil

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Ano XXX | Edição 2287-B | Lei municipal nº 6239/2021 | Quarta-feira, 20 de Dezembro de 2023

397

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome: _____

Assinatura: _____

Identidade nº: _____

São Paulo _____ Hora _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

São Paulo _____ Hora _____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico.

DIÁRIO OFICIAL

ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU

Gabinete do Prefeito

Praça Professor Pedro Torres, 100 - Centro

(14) 3811-1541

gabinete@botucatu.sp.gov.br

Fundo Social de Solidariedade

Rua José Barbosa de Barros, 120 - Vila Jahu

(14) 3811-1524

fundosocial@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Assistência Social

Rua Velho Cardoso, 338 - Centro

(14) 3811-1468

assistenciasocial@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Cultura

Rua General Telles, 1040 - Centro
(Pinacoteca Forum das Artes)

(14) 3811-1470

cultura@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Relações Institucionais e Trabalho

Rua Benjamim Constant, 161 - Vila Jaú
(antiga Estação Ferroviária)

(14) 3811-1493

desenvolvimento@botucatu.sp.gov.br

Secretaria Adjunta de Turismo

Rua Benjamim Constant, 161 - Vila Jaú
(antiga Estação Ferroviária)

(14) 3811-1490

turismo@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Educação

Rua José Barbosa de Barros, 120 - Vila dos Lavradores

(14) 3811-3199

educacao@educatu.com.br

Secretaria de Esportes e Promoção da Qualidade de Vida

Rua Maria Joana Felix Diniz, 1585 - Vila Auxiliadora
(Ginásio Municipal)

(14) 3811-1525

esportes@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Governo

Praça Professor Pedro Torres, 100 - Centro

(14) 3811-1542

governo@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Habitação e Urbanismo

Praça Professor Pedro Torres, 100 - Centro

(14) 3811-1412

planejamento@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Infraestrutura

Rodovia Marechal Rondon - SP 300 - KM 248 - S/N - Vila Juliana
(atrás do Posto da Polícia Ambiental)

(14) 3811-1502

obras@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Participação Popular e Comunicação

Praça Professor Pedro Torres, 100 - Centro

(14) 3811-1520

comunicacao@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Saúde

Rua Major Matheus, 07 - Vila dos Lavradores

(14) 3811-1100

saude@botucatu.sp.gov.br

Secretaria de Segurança

Rua Vitor Atti, 145 - Vila dos Lavradores

(14) 3882-0932

seguranca@botucatu.sp.gov.br

Secretaria do Verde

Rua Lourenço Carmelo, 180 - Jardim Paraíso
(Poupatempo Ambiental)

(14) 3811-1533

meioambiente@botucatu.sp.gov.br

EXPEDIENTE

O Diário Oficial Eletrônico do Município de Botucatu é uma publicação da Prefeitura Municipal, da Câmara Municipal e do BOTUPREV.