



PORTARIA Nº 001, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2022

Faz adesão a protocolos do COREN-RS referentes à enfermagem na atenção primária à saúde.

**O SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE RESTINGA SÊCA**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos V e VI do art. 1º do Decreto nº 34, de 26 de julho de 2010, alterado pelo Decreto nº 3, de 05 de janeiro de 2011 e pelo Decreto nº 67, de 07 de novembro de 2022, e

**Considerando** a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências;

**Considerando** o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências;

**Considerando** a Lei nº 8080 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 e dá outras providências;

**Considerando** a Resolução COFEN nº 195 de 1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por Enfermeiro;

**Considerando** a Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009, que 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;

**Considerando** a Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

**Considerando** o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, o qual regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

**Considerando** a Resolução COFEN nº 509 de 4 de abril de 2016, que atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico;

**Considerando** a Resolução COFEN nº 514 de 6 de junho de 2016, que aprova o guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem;

**Considerando** a Resolução COFEN nº 543 de 12 de maio de 2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem;

**Considerando** a Resolução COFEN nº 564 de 6 de dezembro de 2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;



**Considerando** a Portaria GM/MS nº 2.436, de 24 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica;

**Considerando** as Publicações do Ministério da Saúde as quais norteiam as ações em saúde;

**Considerando** a necessidade de respaldar a atuação do profissional enfermeiro no âmbito da Atenção Básica,

resolve:

**Art. 1º** O Município de Restinga Sêca, através de sua Secretaria de Saúde, adere integralmente aos seguintes protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde:

I - Saúde da criança e do adolescente / [organização Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul]. -- Porto Alegre : Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2020. ISBN 978-65-88784-00-6.

II - Hipertensão e diabetes / [organização Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul]. -- Porto Alegre : Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2020. ISBN 978-65-88784-01-3.

III – Saúde da mulher / [Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul]. – Porto Alegre, RS : Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2022. ISBN 978-65-88784-02-0.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Restinga Sêca, 07 de novembro de 2022.

**NORTON SOARES DA ROSA**  
Secretário da Saúde



PROCOLOS DE  
ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

**HIPERTENSÃO E DIABETES**



PROCOLOS DE  
ENFERMAGEM  
**NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**HIPERTENSÃO E DIABETES**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Protocolos de enfermagem na atenção primária à  
saúde [livro eletrônico] : hipertensão e  
diabetes / [organização Conselho Regional  
de Enfermagem do Rio Grande do Sul]. --  
Porto Alegre : Conselho Regional de Enfermagem  
do Rio Grande do Sul, 2020.  
PDF

Vários autores.  
ISBN 978-65-88784-01-3

1. Cuidados primários de saúde 2. Diabetes  
3. Enfermagem 4. Enfermagem - Cuidados 5. Hipertensão  
6. Serviços de atenção primária I. Conselho Regional  
de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

20-53580

CDD-610.733

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à  
saúde : Ciências médicas 610.733

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427



## GESTÃO 2018-2020

### DIRETORIA **Presidente**

Enf<sup>o</sup> Daniel Menezes de Souza

### **Conselheira Secretária**

Enf<sup>a</sup> Nelci Dias da Silva

### **Conselheira Tesoureira**

Técnica de Enfermagem Sandra Maria Gawlinski

**CONSELHEIROS(AS)** Cecília Maria Brondani - COREN-RS 036.170 - ENF

**EFETIVOS(AS)** Daniel Menezes de Souza - COREN-RS 105.771 - ENF

Lionel Wirth - COREN-RS 100.795 - TE

Nelci Dias da Silva - COREN-RS 054.423 - ENF

Nilza Lourenço da Silva - COREN-RS 122.365 - TE

Ricardo Arend Haesbaert - COREN-RS 035.011 - ENF

Sandra Maria Gawlinski - COREN-RS 079.040 - TE

Silvete Maria Brandão Schneider - COREN-RS 052.114 - ENF

Úrsula Adriana Sander Stüker - COREN-RS 032.284 - TE

**CONSELHEIROS(AS)** Adriana Aparecida Paz - COREN-RS 108.883 - ENF

**SUPLENTE** Carine Amabile Guimarães - COREN-RS 114.044 - ENF

Cristiane Cabral Correa - COREN-RS 191.911 - AE

Fernando Brambila Mengue - COREN-RS 320.424 - TE

João Carlos da Silva - COREN-RS 030.181 - ENF

Luiz Carlos Moraes - COREN-RS 089.768 - AE

Michele Neves Meneses - COREN-RS 188.760 - ENF

Rodrigo Carolo Sulzbach - COREN-RS 089.085 - ENF



**HIPERTENSÃO  
E DIABETES**

**PROTÓCOLOS DE ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**PORTARIA COREN-RS N.º 336/2020** **COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS**

**INTEGRANTES** Carlice Maria Scherer COREN-RS 100.967 - ENF  
Daniel Soares Tavares COREN-RS 436.129 - ENF  
Fábio Meller da Motta COREN-RS 129.510 - ENF  
Janilce Dorneles de Quadros COREN-RS 350.203 - ENF  
Maristela Michelin COREN-RS 088.637 - ENF  
Nelci Dias da Silva COREN-RS 54.423 - ENF  
Pâmela Leites de Souza Steffen COREN-RS 285.667 - ENF  
Tainá Nicola COREN-RS 218.641 - ENF  
Thais Mirapalheta Longaray COREN-RS 152.625 - ENF  
Vanessa Romeu Ribeiro COREN-RS 122.366 - ENF

**COORDENAÇÃO** **Thais Mirapalheta Longaray**  
Departamento de Fiscalização

**ORGANIZAÇÃO** **Coren-RS**  
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

**Diagramação:**

Vanessa Lagemann Drehmer  
Setor de Comunicação e Eventos



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Valores referenciais e de alvo terapêutico conforme risco cardiovascular estimado em adultos acima de 20 anos .....	50
<b>Figura 2</b> - Locais para aplicação de insulina por quadrantes.....	96
<b>Figura 3</b> - Recomendações para tamanho das agulhas e prega cutânea.....	96



## LISTA DE FLUXOGRAMAS

<b>Fluxograma 1</b> - Manejo a partir da estratificação de risco cardiovascular global.....	46
<b>Fluxograma 2</b> - Avaliação do perfil lipídico e seus componentes.....	51
<b>Fluxograma 3</b> - Rastreamento do DM1 em crianças e adolescentes.....	79
<b>Fluxograma 4</b> - Rastreamento do DM na rotina de pré-natal .....	84



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Nível de Evidência segundo o Sistema GRADE.....	16
<b>Quadro 2</b> - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (a).....	17
<b>Quadro 3</b> - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP .....	28
<b>Quadro 4</b> - Manejo do Sobrepeso e Obesidade (a) .....	33
<b>Quadro 5</b> - Manejo do sedentarismo (a) .....	35
<b>Quadro 6</b> - Manejo da dieta inadequada (a) .....	37
<b>Quadro 7</b> - Manejo do uso nocivo de álcool em adolescentes e adultos .....	39
<b>Quadro 8</b> - Manejo do tabagismo em adolescentes e adultos .....	40
<b>Quadro 9</b> - Manejo do estresse psicossocial .....	42
<b>Quadro 10</b> - Abordagem da espiritualidade e religiosidade em saúde .....	43
<b>Quadro 11</b> - Estratificação do risco cardiovascular segundo o modelo ERG/SBC (2019) .....	45
<b>Quadro 12</b> - Principais exames para estratificação de risco global em indivíduos maiores de 18 anos e fatores de risco cardiovascular (a) .....	47
<b>Quadro 13</b> - Critérios para classificação da DRC segundo TFG e excreção urinária de albumina.....	53
<b>Quadro 14</b> - Manejo do rastreamento a partir da classificação de risco da DRC .....	54
<b>Quadro 15</b> - Proposta de periodicidade de consultas individuais conforme estratificação de risco cardiovascular .....	55
<b>Quadro 16</b> - Rastreamento da hipertensão arterial em pessoas com idade maior ou igual a 18 anos (a) .....	58
<b>Quadro 17</b> - Principais causas de HA secundária e seus sinais/sintomas .....	60
<b>Quadro 18</b> - Manejo das síndromes hipertensivas na gestação (a) .....	61
<b>Quadro 19</b> - Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com HA (a) .....	64
<b>Quadro 20</b> - Classificação da HA e metas para controle dos níveis pressóricos .....	66
<b>Quadro 21</b> - Cuidados de Enfermagem para a Aferição da PA em consultório (a) .....	67
<b>Quadro 22</b> - Indicações para monitoramento da PA conforme método de escolha .....	69
<b>Quadro 23</b> - Principais exames de rotina para acompanhamento do usuário vivendo com Hipertensão (a) .....	70
<b>Quadro 24</b> - Manejo das crises hipertensivas (a).....	72
<b>Quadro 25</b> - Manejo da Hipotensão (a) .....	74
<b>Quadro 26</b> - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM .....	80
<b>Quadro 27</b> - Rastreamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em adultos.....	81
<b>Quadro 28</b> - Manejo do DM2 em crianças e adolescentes (a).....	82
<b>Quadro 29</b> - Manejo do DMG e DM diagnosticado durante a gravidez (a).....	85
<b>Quadro 30</b> - Consulta de Enfermagem para acompanhamento do usuário com DM2 (a) .....	87
<b>Quadro 31</b> - Estratificação do risco para usuários com DM (a) .....	89
<b>Quadro 32</b> - Principais exames de rotina para acompanhamento do DM2 em adultos* (a) .....	91
<b>Quadro 33</b> - Metas glicêmicas conforme faixa etária e condição clínica (a).....	92
<b>Quadro 34</b> - Cuidados de Enfermagem na insulino terapia (a).....	93
<b>Quadro 35</b> - Indicações para monitoramento de metas glicêmicas via glicemia capilar na unidade de saúde ou AMGC .....	98
<b>Quadro 36</b> - Aspectos-chave para avaliação do risco de ulceração no exame dos pés do usuário com diabetes (a).....	99
<b>Quadro 37</b> - Periodicidade recomendada para exame dos pés segundo classificação de risco e nível de atenção (a) .....	102
<b>Quadro 38</b> - Manejo dos principais achados no exame dos pés (a).....	102
<b>Quadro 39</b> - Manejo da Hiperglicemia.....	107
<b>Quadro 40</b> - Manejo da Hipoglicemia (a) .....	108
<b>Quadro 41</b> - Estágios e estratégias para a mudança de comportamento (a) .....	112
<b>Quadro 42</b> - Desenvolvendo habilidades de comunicação centradas na pessoa (a).....	114
<b>Quadro 43</b> - Construção do plano conjunto de cuidados (a) .....	116
<b>Quadro 44</b> - Técnica dos 5 “As” .....	118



## LISTA DE SIGLAS

**AAE** - Atenção Ambulatorial Especializada

**AB** - Atenção Básica

**AMGC** - Automonitorização da Glicemia Capilar

**AMPA** - Automedida da Pressão Arterial

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**AUDIT** - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**BMJ** - *British Medical Journal*

**BVS** - Biblioteca Virtual em Saúde

**CA** - Circunferência Abdominal

**CIAP-2** - Classificação Internacional de Atenção Primária

**CIPE** - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

**CKD-EPI** - *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*

**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem

**COREN-RS** - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

**CV** - Cardiovascular

**DAC** - Doença Aterosclerótica

**DALYs** - *Disability-adjusted life-years* ou taxas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade

**DAP** - Doença Arterial Periférica

**DASC** - Doença Aterosclerótica Subclínica

**DASH** - *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

**DC** - Doenças Crônicas

**DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DCV** - Doenças Cardiovasculares

**DE** - Diagnóstico de Enfermagem

**DM** - Diabetes *Mellitus*

**DM1** - Diabetes *Mellitus* tipo 1

**DM2** - Diabetes *Mellitus* tipo 2

**DMG** - Diabetes *Mellitus* Gestacional

**DRC** - Doença Renal Crônica

**DRD** - Doença Renal do Diabetes

**EAS** - Exame Sumário de Urina



**ECG** - Eletrocardiograma

**EQU** - Exame Qualitativo de Urina

**ER** - Estratificadores de Risco

**ERG** - Escore de Risco Global

**FC** - Frequência Cardíaca

**FCRV** - Fatores de Risco Cardiovascular

**FICA ou HOPE** - Acrósticos que denominam instrumentos utilizados para realização de anamnese espiritual

**FR** - Fatores de Risco

**GJ** - Glicemia de Jejum

**GRADE** – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

**HA** - Hipertensão Arterial

**HbA1c** - Hemoglobina Glicada

**HDL** - *High Density Lipoproteins* ou Lipoproteínas de alta densidade

**HELLP** - Síndrome Hemólise, Enzimas hepáticas elevadas, Baixa contagem de plaquetas

**HGT** - Hemoglicoteste

**HJB** - Hipertensão do Jaleco Branco

**HM** - Hipertensão Mascarada

**HVE** - Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo

**IAM** - Infarto Agudo do Miocárdio

**IECA** - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

**IG** - Idade Gestacional

**IMC** - Índice de Massa Corporal

**INMETRO** - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

**ITB** - Índice Tornozelo-braço

**LDL** - *Low Density Lipoproteins* ou Lipoproteínas de baixa densidade

**LOA** - Lesão em Órgão-alvo

**MAPA** - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

**MEDLINE** - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

**MEV** - Mudanças de Estilo de Vida

**MI** - Membros Inferiores

**MRPA** - Monitoramento Residencial da Pressão Arterial

**NANDA-I** - *North American Nursing Diagnosis Association International*

**ND** - Neuropatia Diabética

**NPH** - *Neutral Protamine Hagedorn*

**OMS** - Organização Mundial da Saúde



**PA** - Pressão Arterial

**PAD** - Pressão Arterial Diastólica

**PAM** - Pressão Arterial Média

**PAS** - Pressão Arterial Sistólica

**PCDT** - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

**PE** - Processo de Enfermagem

**PN** - Pré-Natal

**PND** - Polineuropatia Diabética

**POP** - Procedimento Operacional Padrão

**PSP** - Perda de Sensibilidade Protetora

**RAS** - Redes de Atenção à Saúde

**RD** - Retinopatia Diabética

**RS** - Rio Grande do Sul

**SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SAHOS** - Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono

**SBC** - Sociedade Brasileira de Cardiologia

**SES/RS** - Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

**SM** - Síndrome Metabólica

**SOAP** - Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TFG** - Taxa de Filtração Glomerular

**TG** - Triglicérides

**TOTG** - Teste Oral de Tolerância à Glicose 75 g

**UH** - Urgência Hipertensiva

**UPD** - Úlcera do Pé Diabético

**US** - Unidade de Saúde

**VIGITEL** - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

**WHO** - *World Health Organization*



## SUMÁRIO

<b>ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>26</b>
<b>3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR</b>	<b>30</b>
3.1 MANEJO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	32
3.1.1 Obesidade .....	32
3.1.2 Sedentarismo .....	35
3.1.3 Dieta inadequada .....	36
3.1.4 Abuso de álcool.....	38
3.1.5 Tabagismo.....	39
3.1.6 Estresse Psicossocial.....	41
3.1.7 Espiritualidade e Religiosidade .....	42
3.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2019).....	44
3.3 PRINCIPAIS EXAMES PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	47
3.4 MANEJO DAS ALTERAÇÕES LIPÍDICAS .....	49
3.5 RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA .....	52
3.6 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS.....	55
<b>4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL .....</b>	<b>56</b>
4.1 RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL - HA.....	57
4.1.1 Rastreamento da HA em adultos .....	57
4.1.2 Rastreamento da HA em crianças e adolescentes .....	60
4.1.3 Rastreamento da HA na gestação .....	60
4.2 ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM HA.....	64
4.2.1 Classificação da HA e metas para controle .....	66
4.2.2 Indicações para monitoramento da pressão arterial na unidade de saúde e no domicílio	67
4.2.3 Principais exames de rotina .....	69
4.3 QUEIXAS MAIS COMUNS EM HIPERTENSÃO .....	72
4.3.1 Manejo das crises hipertensivas .....	72
4.3.2 Manejo da Hipotensão.....	74
<b>5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>76</b>
5.1 RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS	78



5.1.1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1 – DM1.....	78
5.1.2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 - DM2 em adultos.....	79
5.1.3	DM2 em crianças e adolescentes .....	81
5.1.4	Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional - DMG .....	83
5.2	ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO VIVENDO COM DM2 .....	87
5.2.1	Estratificação de risco para Diabetes <i>Mellitus</i> .....	89
5.2.2	Principais exames de rotina .....	90
5.2.3	Tratamento e metas glicêmicas para controle do DM2.....	92
5.2.4	Cuidados de Enfermagem na insulino terapia .....	93
5.2.5	Indicações para monitoramento da glicemia capilar na unidade de saúde e no domicílio 97	
5.2.6	Exame dos pés.....	99
5.3	QUEIXAS MAIS COMUNS EM DM.....	106
5.3.1	Manejo da Hiperglicemia.....	106
5.3.2	Manejo da Hipoglicemia .....	108
6	<b>MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA E AUTOCUIDADO</b> .....	110
6.1	PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO .....	111
6.2	MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO .....	112
6.3	HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO .....	114
6.4	CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS.....	116
6.5	ACOMPANHAMENTO .....	118
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	119
	<b>ANEXOS</b> .....	128
	ANEXO 1 - AUDIT: <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> / Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool.....	129
	ANEXO 2 - Teste de Fagerström para dependência de nicotina.....	130
	ANEXO 3 - Questionários FICA e HOPE para avaliação de espiritualidade .....	131
	ANEXO 4 - ESCORE DE FRAMINGHAM.....	132
	ANEXO 5 - Orientações para o autocuidado dos pés – prevenindo o pé diabético .....	137
	APÊNDICE 1- TÉCNICA ILUSTRADA DE MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL.....	138
	APÊNDICE 2 – Formulário para Monitoramento Residencial da Pressão Arterial – MRPA .....	139



## ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

Evidências são informações cientificamente fundamentadas que justificam ações propostas para a assistência, as quais devem associar-se à experiência profissional, considerando valores, crenças e preferências do paciente, além da organização da rede de Atenção à Saúde para a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2010). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades locais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

O sistema de classificação GRADE - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* - é uma proposta internacional de graduação da qualidade e da força das recomendações em saúde, indicada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde para síntese de evidências (GRADE, 2014; BRASIL, 2014). O GRADE atribui quatro níveis de evidências conforme o quadro abaixo.

**Quadro 1 - Nível de Evidência segundo o Sistema GRADE**

Nível de evidência	Legenda	Fonte de informação
Alto ++++	A	Qualidade de evidência e confiança altas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
Moderado +++●	B	Qualidade de evidência e confiança moderadas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos com limitações leves, como imprecisão nas estimativas ou vieses no delineamento do estudo; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
Baixo ++●●	C	Qualidade de evidência e confiança baixas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente suscetíveis a vieses.
Muito Baixo +●●●	D	Qualidade de evidência e confiança muito baixas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

\*Os quatro domínios do sistema GRADE foram legendados de A a D para fins de facilitar a aproximação e compreensão do leitor na interpretação da qualidade das evidências.

Fonte: Adaptado de GRADE, 2014; Brasil, 2014.



Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (a)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
BMJ BVS Ministério da Saúde Medline World Health Organization UptoDate	Mudanças de estilo de vida  Fator de risco cardiovascular	A promoção de atividade física, de alimentação saudável, da redução de peso, da cessação do tabagismo e a abordagem do consumo prejudicial de álcool e do estresse psicossocial são ações recomendadas para a diminuição do risco cardiovascular, prevenção e tratamento de DCNT.	<b>A/B</b> <b>Moderado a alto</b>
Scielo	Risco cardiovascular	O modelo multifatorial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019) é orientado para a estimativa de risco cardiovascular de pessoas com ou sem diabetes, <b>quatro níveis de risco</b> .	<b>B</b> <b>Moderado</b>
Scielo MEDLINE UptoDate	Mudanças de estilo de vida  Dislipidemias	Recomenda-se mudanças de estilo de vida <b>(MEV)</b> para todos os usuários com alterações lipídicas, com enfoque na promoção de: atividade física; cessação do tabagismo; redução de peso; redução da ingestão de bebidas alcoólicas; redução da ingestão de açúcares simples, da ingestão de carboidratos e da substituição (parcial) dos ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados (como oleaginosas e azeite de oliva);  <b>Tratamento medicamentoso</b> associado a <b>MEV</b> será considerado pelo médico em caso de alto ou muito alto risco cardiovascular e em caso de risco intermediário ou baixo, com LDL-c $\geq$ <b>160-190</b> mg/dl;  Risco intermediário (sem agravantes) ou baixo, o tratamento medicamentoso será definido em conjunto com a pessoa se de <b>3 a 6 meses</b> as MEV falharem.	<b>A/B</b> <b>Moderado a alto</b>  <b>A</b> <b>Alto</b>  <b>C</b> <b>Baixo</b>
BMJ Best Practice UptoDate BVS MEDLINE	Hipertensão Arterial  Rastreamento	Rastreamento e diagnóstico de HA com PA medida no consultório.  Sempre que possível, medidas fora do consultório via Monitoramento Residencial da PA (MRPA) devem ser preconizadas para confirmação diagnóstica e para maximizar a previsão do risco CV.  Rastrear HA em crianças e adolescentes, anualmente, a partir dos 3 anos de idade.	<b>B</b> <b>Moderado</b>  <b>A</b> <b>Alto</b>  <b>C</b> <b>Baixo</b>



Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (b)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
BMJ Best Practice PubMed MEDLINE	Hipertensão Arterial Controle	Diagnóstico de HA se níveis sustentados de <b>PA ≥ 140 / 90 mmHg</b> em consultório/US e/ou <b>PA ≥ 135 / 85 mmHg</b> em MRPA;  Recomenda-se <b>MEV</b> para todas as pessoas com pré-hipertensão e HA;  O <b>MRPA</b> é o método preferencial para acompanhamento, manejo do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e busca das metas de controle.	<b>A</b> <b>Alto</b>
BMJ Best Practice PubMed SciELO MEDLINE	Hipertensão Arterial Exames	Exames de rotina para acompanhamento da HA: <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Glicemia de Jejum;</b></li><li>● <b>Perfil lipídico</b> com Colesterol total, HDL e triglicerídeos;</li><li>● <b>Potássio;</b></li><li>● <b>Exame sumário de urina - EQU;</b></li><li>● <b>Ácido úrico;</b></li> <li>● <b>Creatinina sérica;</b></li><li>● <b>Microalbumina de amostra</b> – se proteinúria no EQU / DM / suspeita de síndrome metabólica/ HA com 2 ou + FRCV;</li><li>● <b>Eletrocardiograma.</b></li> <li>● <b>Fundoscopia</b></li></ul>	<b>C</b> <b>Baixo</b>  <b>B</b> <b>Moderado</b>  <b>A</b> <b>Alto</b>
BMJ Best Practice MEDLINE SciELO	Crise hipertensiva	<b>Emergência Hipertensiva</b> é definida por <b>PA ≥ 140/90 mmHg</b> associada à Lesão em Órgão-alvo (LOA) e demanda atendimento médico de emergência / referenciamento à Unidade de pronto-atendimento; <b>Urgência Hipertensiva</b> é definida arbitrariamente como níveis de <b>PAD ≥ 120 mmHg</b> e risco de evolução à LOA, demandando atendimento médico imediato na US. <b>Pseudocrise Hipertensiva</b> pode ser manejada com sintomáticos para dor aguda pelo enfermeiro, conforme sinais e sintomas: <b>Paracetamol 500 mg</b> (de 6/6h até 4/4h, máximo 3 g/dia) ou <b>Dipirona 500 mg</b> (de 6/6h até 4/4h, máximo 2 g/dia) por até <b>72h</b> . Encaminhar para consulta médica se não houver melhora.	<b>C</b> <b>Baixo</b>



Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (c)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
UPtoDate	Hipotensão	Para manejo da hipotensão, orientar ingestão de dois copos de água ( <b>480 ml</b> ) em até <b>5 min.</b> para reversão. Em caso de persistência dos sintomas, procurar a US ou atendimento médico de urgência se alterações graves do nível de consciência.	<b>D</b> <b>Muito baixo</b>
BMJ Best Practice BVS Scielo UPtoDate	Rastreamento  Diabetes <i>Mellitus</i>	A partir dos testes Glicemia de Jejum, HbA1c ou Teste oral de tolerância à glicose 75 g;  Crianças a partir dos <b>10 anos e/ou puberdade</b> e <b>adolescentes</b> com sobrepeso/obesidade e um ou mais FR para DM;  Todas as pessoas com idade $\geq 45$ anos ou em qualquer idade se excesso de peso e um ou mais FR.	<b>B</b> <b>Moderado</b>  <b>A</b> <b>Alto</b>  <b>C</b> <b>Baixo</b>
BMJ Best Practice BVS Scielo UPtoDate	Diabetes <i>Mellitus</i>  Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1  Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional  Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Crítérios diagnósticos:</b></li> <li>• <b>DM1: GJ <math>\geq 200</math> mg/dL</b> + sinais de hiperglicemia / crise hiperglicêmica;</li> <li>• <b>DM diagnosticado durante a gravidez: GJ <math>\geq 126</math> mg/dL</b> em dois testes consecutivos no 1º trimestre <b>E/OU TOTG 75 g</b> com Jejum <math>\geq 126</math> mg/dL / Após 2h <math>\geq 200</math> mg/dL no 2º ou 3º trimestre;</li> <li>• <b>DMG: GJ <math>\geq 92 &lt; 126</math> mg/dL</b> no 1º trimestre + qualquer um dos seguintes valores de <b>TOTG 75 g</b> no 2º ou 3º trim.: Jejum - <math>\geq 92 &lt; 126</math> mg/dL/ Após 1h: <math>\geq 180</math> mg/dL / 2h: <math>\geq 153</math> mg &lt; 200 mg/ dL.</li> <li>• <b>PRÉ-DM: GJ <math>\geq 100</math> e <math>&lt; 126</math> mg/dL / HbA1c <math>\geq 5,7\%</math> e <math>&lt; 6,5\%</math>.</b></li> <li>• <b>DM2: GJ <math>\geq 126</math> ou ao acaso <math>&gt; 200</math> mg/dL; TOTG 75 mg 2h após <math>\geq 200</math> mg/dL; HbA1c <math>\geq 6,5\%</math>.</b></li> </ul>	<b>A/B</b> <b>Moderado a alto</b>



Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (d)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
BMJ Best Practice Scielo UptoDate World Health Organization	Diabetes <i>Mellitus</i> <i>Management</i> Tratamento	Recomenda-se <b>MEV</b> para todos os usuários com pré-DM e DM, as quais podem ser associadas a <b>tratamento medicamentoso</b> , principalmente nos casos de maior risco ou HbA1c mais elevada; Atendimento em <b>equipe multiprofissional</b> , centrado na pessoa com abordagens integradas de tratamento a longo prazo baseado na promoção do autocuidado a partir de comunicação colaborativa contínua e estabelecimento de metas entre todos os membros da equipe; Os aspectos psicossociais e de rede de apoio devem ser considerados para todas as tomadas de decisão em saúde. A <b>HbA1c</b> é considerada o exame <b>padrão-ouro</b> para avaliar o controle metabólico da maioria dos indivíduos com DM.	<b>A/B</b> <b>Moderado a alto</b>
BMJ Best Practice PubMed Scielo MEDLINE	Diabetes <i>Mellitus</i> Exames	Exames de rotina para acompanhamento DM: <ul style="list-style-type: none"><li>● HbA1c;</li><li>● Perfil lipídico com Colesterol total, HDL e triglicerídeos;</li><li>● Creatinina sérica;</li><li>● Albumina em amostra isolada de urina;</li><li>● Fundoscopia;</li> <li>● Glicemia de Jejum;</li><li>● Eletrocardiograma;</li> <li>● Exame sumário de urina (EAS/EQU).</li></ul>	<b>A</b> <b>Alto</b>  <b>B</b> <b>Moderado</b>  <b>C</b> <b>Baixo</b>
BMJ Best Practice PubMed Scielo UPtoDate	Diabetes <i>Mellitus</i> Automonitoramento	A Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC) é recomendada para gestantes, pessoas com DM2 em uso de insulina basal e/ou múltiplas injeções diárias; Não há consenso quanto a AMGC para pessoas em uso apenas de antidiabéticos orais.	<b>B</b> <b>Moderado</b>  <b>C</b> <b>Baixo</b>



Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (e)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
<p>Scielo BMJ Best Practice NICE UPtoDate</p>	<p>Pé diabético</p>	<p>Todas as pessoas com DM devem receber orientações para o autocuidado dos pés; Realizar avaliação mínima <b>anual</b> a partir do momento do diagnóstico do DM2, para identificação de fatores de risco de ulceração e amputação; O exame dos pés deve incluir história e exame físico contemplando, minimamente, o teste com monofilamento de 10 g + 1 outro teste com, preferencialmente, diapasão ou palito e temperatura.</p>	<p><b>B</b> Moderado</p>
<p>UPtoDate</p>	<p>Diabetes <i>Mellitus</i>  Onicocriptose <i>Tinea Pedis</i>  Úlcera do diabético Pé diabético</p>	<p><b>Onicocriptose:</b> considerar para dor - Paracetamol 500 mg 1 comprimido via oral de até 6/6hh ou Ibuprofeno 600 mg 1 comprimido via oral de 12/12h (até 8/8h) por 3 dias. <b>Banhos de imersão</b> do pé afetado em <b>água morna e sabão por 10 a 20 minutos, 3x ao dia, durante 1 a 2 semanas.</b> Pode-se acrescentar <b>1 a 2 col. de chá de sal</b> na água se presença de edema e exsudato. Colocar uma <b>cunha de algodão</b> com a ajuda de pinça ou usar fita cirúrgica microporosa para <b>afastar a espícula da unha de sua prega lateral.</b> Reavaliar em <b>72h</b> (ou menos, se necessário) e espaçar acompanhamento conforme evolução favorável;  <b>Tinea Pedis: Miconazol 2% creme</b> - aplicar <b>2x ao dia</b> por 7 a 14 dias. Em caso de não haver melhora ou recorrência, encaminhar para consulta médica para tratamento sistêmico;  <b>Úlcera do Pé Diabético:</b> Em caso de dor, <b>Paracetamol 500 mg e/ou Dipirona 500 mg</b> se dor, 1 comprimido via oral de até 6/6h. Rastrear DAP. UPD sem evolução positiva após 4 a 6 semanas de tratamento adequado, necessidade de avaliação na AAE.</p>	<p><b>C</b> Baixo     <b>C</b> Baixo   <b>B</b> Moderado</p>
<p>BVS Scielo UPtoDate</p>	<p>Hipoglicemia</p>	<p>Glicose 15 g via oral é o tratamento de primeira escolha para hipoglicemia leve – HGT &lt; 70mg/dl ≥ 54 mg/dl - e repetir o processo monitorando a glicemia de 15/15 min até a normalização.</p>	<p><b>B</b> Moderado</p>

\*(A) Qualidade de evidência Alta. Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.

(B) Qualidade de evidência Moderada. Há confiança moderada no efeito estimado.

(C) Qualidade de evidência Baixa. A confiança no efeito é limitada.

(D) Qualidade de evidência Muito Baixa. A confiança na estimativa de efeito é muito limitada e há importante grau de incerteza nos achados.



## APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pois constitui a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde perpassam pela valorização e atuação dos enfermeiros neste nível de atenção. Historicamente, a Enfermagem vem contribuindo na efetivação dos princípios do SUS e na consolidação da APS, tendo papel de destaque na melhoria dos níveis de saúde das pessoas e comunidades. O perfil de gestão, cuidado e integralidade da enfermagem caracteriza uma profissão estratégica no enfrentamento de diversas condições e agravos no âmbito da saúde pública. Entretanto, persistem muitas dificuldades para a execução da prática desse profissional de forma autônoma e respeitada em seus preceitos éticos e legais, exigindo para o rompimento desse paradigma abordagens inovadoras e instrumentos que norteiem o seu fazer, como os protocolos assistenciais de Enfermagem.

A utilização de protocolos de Enfermagem está inserida em um contexto internacional para o aumento da resolutividade da atuação do enfermeiro pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. Nesta perspectiva, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN-RS nº 85/2019, o regramento da **Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária**, composta por profissionais de Enfermagem com experiência e conhecimento técnico, cuja finalidade é a construção e implementação de protocolos de enfermagem para o estado do Rio Grande do Sul.

O **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Hipertensão e Diabetes** integra o grupo de publicações do COREN-RS para orientação das consultas de Enfermagem para atendimento das principais necessidades e condições de saúde na RAS. Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987, os quais regulamentam o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução COFEN nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo Enfermeiro.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção à saúde em Hipertensão e Diabetes. Ressalta-se a necessidade de considerar para além de suas diretrizes as especificidades locais, bem como as singularidades de cada usuário para a tomada de decisão. O conteúdo poderá ser assumido na íntegra ou adaptado às diferentes realidades municipais, configurando-se como protocolo institucional.

*“O vento é o mesmo, mas a resposta é diferente em cada folha”.*  
Cecília Meireles



## 1 INTRODUÇÃO

### CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO RIO GRANDE DO SUL

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um grupo de doenças caracterizadas por etiologia multifatorial, diversos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por associarem-se à deficiências e incapacidades funcionais. As DCNT que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, o diabetes *mellitus* e as doenças respiratórias crônicas (WHO, 2018a; DATASUS, 2019).

Mundialmente, essas doenças, em especial as de origem cardiovascular, estão relacionadas à primeira causa de morte e à maior parte das 'taxas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade' - do inglês *Disability-adjusted life-years* (DALYs). A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou como meta global a redução dessa mortalidade em um terço até 2030, destacando para isso a abordagem dos principais fatores de risco cardiovascular, por meio da promoção da saúde e bem-estar, além das necessidades já consolidadas de detecção, diagnóstico e tratamento precoces (GBD, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; BRASIL, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; WHO, 2018a; WHO, 2020).

Nos últimos 20 anos, o Rio Grande do Sul (RS) tem intensificado esforços no enfrentamento dessa problemática e apresentado melhora em seus desfechos de saúde. Entretanto, a carga das DCNT segue em ascensão (GBD, 2020). No ano de 2018, houve registro de 23 mil mortes por doenças do aparelho circulatório no RS, com o estado liderando o ranking de mortes por esse grupo de causas da região Sul (MS/SVS/CGIAE, 2018). Dentre os fatores de risco clássicos para doenças cardiovasculares destaca-se a Hipertensão arterial (HA), considerada o principal fator de risco, e o Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) (MALTA et al., 2018).

A HA é a doença crônica mais prevalente no mundo, afetando aproximadamente um terço da população adulta. Nosso Estado possui a maior prevalência de hipertensão do Brasil, independente do critério diagnóstico utilizado, variando de 24,9% - autorreferido - a 39,3% - medido por instrumento e/ou uso de medicamentos (MALTA et al., 2018; VIGITEL, 2019). Segundo o inquérito populacional VIGITEL (2019) com dados das capitais brasileiras representando as 26 Unidades da federação e o Distrito Federal, Porto Alegre apresenta 28,2% de hipertensão autorreferida em adultos com idade igual ou superior a 18 anos, e, destes, 82,3% afirmaram fazer uso de tratamento medicamentoso para controle da doença.

Porto Alegre também lidera o ranking de prevalência de Diabetes *mellitus* entre as capitais do Brasil, com 8,6% (IC<sup>1</sup> 95% - 7,1-10). Das pessoas que confirmaram diagnóstico médico de diabetes, 92% delas informaram tratamento medicamentoso vigente. Em ambos os sexos, essas frequências aumentaram com o avançar da idade e diminuíram conforme o nível de escolaridade (VIGITEL, 2019).



Essas condições clínicas frequentemente se associam, sendo que mais de 60% dos adultos com DM2 possuem diagnóstico de HA, o que representa um aumento no risco de morte estimado em cerca de sete vezes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). A díade HA e DM2 responde também pela maior parte de amputações, diálises e procedimentos de alto custo do SUS (BRASIL, 2014; MALACHIAS et al., 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Na população gaúcha, a carga dessas doenças ao sistema de saúde envolve índices significativos de hospitalizações e de coeficiente de mortalidade. No ano de 2019 foram registradas 92.955 internações por doenças do aparelho circulatório, com coeficiente de mortalidade de 204/100.000 habitantes (22.049 óbitos). No mesmo período, com números menores mas, expressivos, o Diabetes *mellitus* foi apontado como causa de 7.998 hospitalizações e coeficiente de mortalidade de 46/100.000 habitantes (4.947) (SES/RSa, 2019).

Agravando esse panorama, uma pequena parcela de fatores de risco cardiovascular (FRCV) está relacionada a hábitos de vida modificáveis e é responsável pela maior parte de morbimortalidade em DCNT: tabagismo, consumo alimentar inadequado, sedentarismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WHO, 2013; WHO, 2018a). Dados estaduais representados por amostragem da capital gaúcha apontam para frequência em adultos de tabagismo de 14,6%, excesso de peso de 63%, obesidade de 21,6%, consumo abusivo de álcool 17,2%, consumo de alimentos ultraprocessados 26% e sedentarismo de 44% (VIGITEL, 2019).

Segundo a OMS (2018) a dieta inadequada aliada à inatividade física configuram a crescente epidemia de obesidade, diretamente associada ao aumento das DCNT. Estima-se que cerca de 72% da população adulta gaúcha esteja com excesso de peso ou obesidade. Entre os idosos do RS, 59% estão acima do peso (SISVAN, 2019).

Assim como na população adulta, a obesidade infantil também preocupa, uma vez que 3 em cada 10 crianças entre 5 e 9 anos atendidas no SUS estão acima do peso (DATASUS, 2019). O RS está em primeiro lugar do país em sobrepeso e obesidade infantil nessa faixa etária (15,8%). Entre os adolescentes gaúchos os dados revelam que 39% estão com índice de massa corporal (IMC) elevado (SISVAN, 2019). Esses dados associam-se intimamente com o aumento do número de casos de diabetes *mellitus* infantojuvenil nos últimos anos, especialmente, do DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Diante do exposto, faz-se emergente o desenvolvimento de estratégias que possibilitem maior acesso da população às ações de promoção da saúde, prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e acompanhamento de pessoas com risco cardiovascular, hipertensão e diabetes (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014; WHO, 2019). Para tanto, os gestores e profissionais da APS precisam considerar a realidade local, os indicadores sociodemográficos, epidemiológicos, econômicos, culturais, bem como a situação de saúde da população para a instituição de diretrizes com vistas à melhora dos indicadores de saúde.

Nessa perspectiva, um dos maiores desafios consiste na minimização das iniquidades em saúde e na promoção de mudanças de estilo de vida, em que o enfermeiro apresenta papel fundamental (GIYNN et al., 2010; WHO, 2013; GBD, 2020; WHO, 2018a). A prática baseada em



evidências proposta por este protocolo, integrada ao trabalho em equipe multidisciplinar, aos princípios do SUS e aos atributos da APS, é um dos eixos prioritários para uma APS forte e resolutiva na atenção às DCNT (MENDES, 2019; WHO, 2019).



## 2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), que deve ser realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução Cofen nº 358/2009. As etapas do PE estão descritas a seguir:

- **Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- **Planejamento de Enfermagem:** determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- **Implementação:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- **Avaliação de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e também de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O PE deve estar baseado num suporte teórico, que visa direcionar a prática profissional mediante valores e referenciais propostos. O alinhamento das práticas de enfermagem, a partir dos pressupostos de uma teoria, garante coerência, determina a finalidade da assistência e possibilita a implementação de cuidados efetivos, eficientes e seguros, com foco no usuário (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Conforme Tannure e Pinheiro (2019), as teorias podem ser entendidas como um conjunto de informações sistemáticas, associadas a questões importantes de uma profissão, e ressaltam que a falta de uma teoria para orientar a assistência “favorece a aplicação do processo de enfermagem

pautado no modelo biomédico; o que, por sua vez, pode fazer com que demandas apresentadas pelos usuários não sejam supridas em sua totalidade” (p. 03).

Na consulta de enfermagem na APS, estão previstos solicitação de exames de rotina e complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores de todas as esferas governamentais. Tais ações estão também na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Essas práticas estão fundamentadas na Lei nº 7.498/1986 e no Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e na Resolução Cofen nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares.

Os registros de enfermagem são parte integrante do PE e imprescindíveis no processo do cuidado, na medida em que possibilitam a comunicação da equipe de saúde, conferem visibilidade e valorização ao trabalho da enfermagem, assim como, respaldo técnico e legal. Estão regulamentados conforme Resolução COFEN nº 514/2016, a qual aprova o Guia de recomendações para o registro de Enfermagem, Resolução COFEN nº 429/2012 que 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 e Decisão COREN-RS nº 53/2016 que normatiza os registros de enfermagem no estado do Rio Grande do Sul.

Para registro da consulta de enfermagem no prontuário, recomenda-se que o processo de enfermagem seja documentado por meio da utilização dos campos ‘Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)’ e uso de taxonomias específicas de Enfermagem reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) e a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

Além das taxonomias de enfermagem, no prontuário eletrônico e-SUS APS é necessária para construção/atualização da Lista de Problemas a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) que se caracteriza como uma ferramenta de registro multiprofissional. Os sistemas padronizados de registro contribuem de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais e a obtenção de dados clínicos sob a ótica da longitudinalidade e do olhar integral em saúde (COREN/SC, 2017; MENDES, 2019).



### Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM
<b>S - SUBJETIVO</b>	Informação colhida na entrevista, problema relatado	Histórico de enfermagem
<b>O - OBJETIVO</b>	Dados do exame físico, exames	Histórico de Enfermagem – Exame físico
<b>A - AVALIAÇÃO</b>	Avaliação dos Problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem
<b>P - PLANO</b>	Implementação	Intervenções de Enfermagem Avaliação de Enfermagem

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2015.

A Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I possibilita uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro em sua prática (NANDA-I, 2018). A utilização da NANDA-I é apropriada para o planejamento do cuidado, pois possibilita documentação clínica, facilita a comunicação adequada entre os profissionais e a integração de dados em sistemas de registro.

A CIPE é um instrumento que provê dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. Consolida-se como um sistema unificado internacional da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro (COREN/SC, 2017).

Em consonância com o Parecer Técnico COREN-RS nº19/2016 a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias no âmbito de sua atuação profissional.

Diante disso, a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes abordada neste protocolo consiste, entre outros, na avaliação sistemática do risco cardiovascular, na abordagem integrada dos fatores de risco, no rastreamento e diagnóstico precoces e no acompanhamento ao longo do tempo. Essas ações devem nortear a construção do plano de cuidados, devendo ser realizadas em consultas de Enfermagem na unidade de saúde, em visitas domiciliares e/ou em atenção compartilhada a grupo (BRASIL, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Ao longo dos capítulos serão apresentados os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem utilizados na abordagem do risco cardiovascular e no manejo da HA e DM na APS. Cabe ressaltar que estes não se esgotam nas propostas deste protocolo, mediante às demais dimensões que podem ser trabalhadas frente às necessidades em saúde identificadas.



### 3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>1</sup>  
Tainá Nicola<sup>2</sup>  
Janilce Dorneles de Quadros<sup>3</sup>  
Carlice Maria Scherer<sup>4</sup>  
Thais Mirapalheta Longaray<sup>5</sup>  
Fábio Meller da Motta<sup>6</sup>  
Daniel Soares Tavares<sup>7</sup>  
Vanessa Romeu Ribeiro<sup>8</sup>

A HA e o DM são condições de difícil controle e de longa duração, cuja abordagem envolve trabalho multidisciplinar e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014). Uma das estratégias para organizar o cuidado é a estratificação segundo riscos, pois, ao reconhecê-los é possível adequar as ações e otimizar os recursos dos serviços para melhor resolatividade e integralidade da atenção (BRASIL, 2014).

Este capítulo irá descrever os principais critérios utilizados para essa estratificação segundo o modelo da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019), o qual fundamenta-se na estimativa de risco cardiovascular global para orientar decisões clínicas e terapêuticas (PRÉCOMA et al., 2019).

Independente do modelo adotado, a estratificação deve ser realizada pelo enfermeiro no atendimento à demanda espontânea ou programada para rastreamento de FRCV, HA e DM ou para acompanhamento de pessoas com doenças crônicas (DC) já diagnosticadas, devendo ser atualizada sempre que eventos clínicos apontarem a necessidade de reavaliação (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

A consulta de Enfermagem para a estimativa do risco cardiovascular deve basear-se no seguinte roteiro:

- Anamnese com identificação das necessidades em saúde e dos hábitos de vida;
- Identificação e manejo integrado dos principais fatores de risco cardiovascular (FRCV);

---

1Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

2Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

3Enfermeira. Especialista. SES-RS

4Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

5Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

6Enfermeiro. Especialista. Coren-RS

7Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

8Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande



- Exame físico: aferição da pressão arterial, frequência cardíaca, peso e altura para cálculo do IMC (quadro 4) e medida da circunferência abdominal (apêndice 1);
- Cálculo de risco a partir de história clínica, exame físico e solicitação/interpretação de exames;
- Definir os DE pactuando com a pessoa os objetivos, metas e intervenções prioritárias e individualizadas para o planejamento e execução do seu plano de cuidados;
- Elaborar e/ou revisar plano de cuidados considerando a autonomia, o empoderamento, a espiritualidade e o estilo de vida da pessoa, partindo sempre que possível da tomada de decisão compartilhada e de seus impactos na qualidade de vida;
- Promoção da adesão, do autocuidado e de mudanças de estilo de vida.



### 3.1 MANEJO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

A identificação e o manejo integrado dos FRCV - DM, HA, obesidade, dislipidemia, tabagismo, abuso de álcool e inatividade física - norteiam a prevenção primária e secundária das DCV (WHO, 2018a; MACH et.al, 2019; PRÉCOMA et al., 2019). Outros fatores, incluindo questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, também estão relacionados em maior ou menor grau às diferenças na carga de doenças entre as populações. A partir deles, conceitos como espiritualidade e religiosidade, condições socioeconômicas e ambientais integram os chamados fatores de risco emergentes, cujas contribuições na saúde cardiovascular são cada vez mais evidenciadas na literatura (PRÉCOMA et al., 2019).

A seguir são apresentados os principais FRCV e as recomendações de mudanças de estilo de vida (MEV) para redução do risco cardiovascular, as quais devem permear todas as consultas de Enfermagem ao público-alvo deste protocolo. Devido à sua complexidade, o manejo da dislipidemia será abordado em subitem separado - *Manejo das alterações lipídicas*.

#### 3.1.1 Obesidade

A obesidade é uma doença crônica de etiologia múltipla, recidivante e muitas vezes silenciosa; se não manejada adequadamente pode ter um impacto devastador em termos de qualidade de vida do indivíduo e de economia dos Países (BRASIL, 2017b). A atenção efetiva às pessoas com sobrepeso ou obesidade requer intervenções multifatoriais para promoção da redução de peso por meio de atividade física, alimentação saudável e abordagens para mudança de comportamento, a partir de ações baseadas no trabalho em equipe multiprofissional e em caráter interdisciplinar (BRASIL, 2017b; PRÉCOMA et al., 2019; BRASIL, 2020a).

A perda inicial de peso relaciona-se a melhorias sustentadas nos níveis de lipídios, de Hemoglobina glicada entre pessoas com diabetes (reduções de 0,3 a 2,0%) e de pressão arterial em pessoas com hipertensão (redução de 20 a 30%). A manutenção da perda de peso, por sua vez, previne doenças crônicas, reduz o risco cardiovascular e a morbimortalidade geral (MACH et.al, 2019; PRÉCOMA et al., 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).



#### Quadro 4 - Manejo do Sobrepeso e Obesidade (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I®	Risco de sobrepeso Sobrepeso Obesidade Estilo de vida sedentário Comportamento de saúde propenso a risco Controle ineficaz da saúde Disposição para controle da saúde melhorado Controle da saúde familiar ineficaz Enfrentamento familiar incapacitado Manutenção ineficaz da saúde Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Risco de tromboembolismo venoso Baixa autoestima crônica / Risco	
CIPE	Apoio social / Falta de Apoio social Autoimagem negativa Baixa autoestima Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde, prejudicada Obesidade Sobrepeso	
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Cálculo do IMC*:</b></p> <p>IMC = Peso (Kg) / Altura (m)<sup>2</sup></p> <p><b>Adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• IMC ≥ 25,0 &lt; 30,0: sobrepeso;</li><li>• IMC ≥ 30: obesidade.</li></ul> <p><b>Idosos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• IMC ≥ 22,0 &lt; 27,0: eutrófico;</li><li>• IMC ≥ 27,0: sobrepeso.</li></ul> <p><b>Medida da circunferência abdominal (CA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• CA ≥ 88 cm - mulheres;</li><li>• CA ≥ 102 cm - homens.</li></ul>	<p>Pactuar metas de redução de peso a partir de <b>5 a 10%</b> ao longo de <b>6 meses</b>, ao ritmo de <b>0,5 a 1,0 kg/mês</b>.</p> <p>Considerar metas de <b>7 a 10%</b> de redução do peso inicial para indivíduos com pré-diabetes e jovens com DM2, sobrepeso ou obesidade.</p> <p>Busca manutenção de perda de peso <b>≥ 10%</b> do peso inicial após <b>1 ano</b>.</p> <p>Redução da CA.</p> <p>Prática de <b>45 a 60 min</b> de atividade física de intensidade <b>moderada</b> por dia, incluindo àqueles com tendência à obesidade ou com perfil familiar. Para aqueles que foram obesos e perderam peso, <b>60-90 min diários</b> para evitar recuperar o peso perdido.</p> <p>Indivíduos fisicamente inativos, iniciar atividade física fracionada em sessões de <b>10 min</b> progredindo até meta mínima de <b>150 min/semana</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar avaliação <b>antropométrica</b> e <b>cálculo do IMC</b> em todas as consultas de avaliação do risco cardiovascular;</li><li>- Programar consulta médica se IMC ≥ 35 kg/m<sup>2</sup> e presença de comorbidades (DM, HA, dislipidemia, osteoartrites, entre outras) ou IMC ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>;</li><li>- Apoiar e promover autocuidado;</li><li>- Considerar fragilidades, potencialidades, rede de apoio, estilo de vida e motivação para a mudança de comportamento;</li><li>- Promover a redução e manutenção de peso como parte de um programa integrado de <b>atividade física, alimentação saudável e abordagens para mudança de comportamento</b>;</li><li>- Atentar que a redução da ingestão calórica é mais importante que a adoção de dietas específicas;</li><li>- Monitorar peso e resposta ao tratamento.</li></ul>



#### Quadro 4 . Manejo do Sobrepeso e Obesidade (b)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Crianças e adolescentes:</b> Antropometria e cálculo do IMC (a partir dos 2 anos), conforme curvas de crescimento, disponíveis no <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i>, do COREN-RS.</p>	<p>Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, complementado com alimentação até os 2 anos ou mais;</p> <p>Ajuste gradual da quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos;</p> <p>Atividade física de intensidade moderada a vigorosa (preferencialmente lúdicas e recreativas) por pelo menos <b>1h, diariamente</b>;</p> <p>Pactuar metas de redução de peso a partir de <b>7 a 10%</b> para crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade e <b>DM2</b>.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover ações preventivas desde o pré-natal, com estímulo ao aleitamento materno;</li><li>- Identificar fatores de risco como prematuridade, bebês pequenos para idade gestacional (IG), bebês grandes para IG, filhos de mães com DM, pais obesos, interrupção precoce do aleitamento materno e introdução inadequada da alimentação complementar;</li><li>- Realizar escuta qualificada aos sentimentos da criança/adolescente e família;</li><li>- Investigar hábitos alimentares dentro e fora de casa e orientar sobre alimentação saudável. Consultar <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i>, do COREN-RS, para mais informações segundo faixa etária;</li><li>- Promover atividade física, estimulando uma vida ativa com redução dos comportamentos sedentários, como limitar tempo de tela não escolar a menos de 2h diárias;</li><li>- Orientar horas adequadas de sono (de 9 a 13 horas, conforme faixa etária);</li><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> em caso de <b>obesidade grave</b> ou quando as estratégias relativas à dieta e atividade física não forem eficazes no controle do peso ao longo de <b>6 meses</b>;</li><li>- Encaminhar para acompanhamento com nutricionista, sempre que possível;</li><li>- Monitorar peso, crescimento e desenvolvimento.</li></ul>

Anotações: \*Você também pode utilizar a calculadora digital da Biblioteca Virtual em saúde para o cálculo do IMC, disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=6>.

Fonte: Brasil, 2017b; CIPE, 2017; SISVAN, 2019; Précoma et al., 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020; Brasil, 2020a.



### 3.1.2 Sedentarismo

Atividade física e exercício físico são termos distintos porém análogos em saúde cardiovascular (MACH et al, 2019; PRÉCOMA et al., 2019). **Atividade física** é todo movimento corporal que resulte em gasto energético. **Exercício físico** é a atividade física realizada de forma estruturada e repetitiva, com objetivo de condicionamento físico, estética e saúde (PRÉCOMA et al., 2019).

**Sedentarismo** é a ausência de exercício físico regular e de atividade física frequente que corresponda a um aumento de gasto energético de 2 a 3 vezes em relação ao valor de repouso, seja no trabalho, no transporte pessoal ou nas atividades de lazer (PRÉCOMA et al., 2019).

O incremento de atividade física em suas diversas formas, sejam elas estruturadas ou não, resulta em ganho de saúde, qualidade de vida e maior expectativa de vida (WHO, 2018a; PRÉCOMA et al, 2019). Sua prática deve ser estimulada, sobretudo, para a prevenção e tratamento da **HA e DM**.

Para pessoas com HA, a atividade física possibilita a redução dos níveis de PA e do uso ou número de doses/posologia de medicamentos (WILLIAMS et al. 2018; PRÉCOMA et al., 2019). Para pessoas com DM, proporciona condicionamento físico geral, controle de peso, redução da glicose sanguínea, melhora o IMC, o perfil lipídico, a PA e os níveis de estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A orientação para a prática de atividade e/ou exercício físico deve ser de início gradual e progressivo até o alcance das metas individualizadas conforme duração tolerada, condição de saúde e condicionamento físico prévio (WILLIAMS et al. 2018; PRÉCOMA et al, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

#### Quadro 5 - Manejo do sedentarismo (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	Estilo de vida sedentário Controle ineficaz da saúde Disposição para controle da saúde melhorado Mobilidade física prejudicada Deambulação prejudicada Intolerância à atividade / Risco de
CIPE	Adesão a / Não adesão a regime de exercício físico Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde prejudicada



Quadro 5. Manejo do sedentarismo (b)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/ METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Sedentarismo</b>	<p>População em geral: <b>150 min/semana</b> de atividade física e/ou exercício físico de <b>intensidade moderada</b> ou <b>75 min de alta intensidade</b>.</p> <p>Pessoas com <b>HA/DM: 150 min/semana</b> de exercícios aeróbicos de intensidade moderada a vigorosa, em pelo menos <b>3 sessões</b> intercaladas, evitando ficar com mais de 2 dias consecutivos sem atividade. Além de <b>2 a 3 sessões</b> de exercícios de resistência muscular em dias intercalados;</p> <p><b>Adultos jovens</b> ou pessoas em qualquer idade com <b>melhor condicionamento físico</b>: considerar meta progressiva até <b>300 min/semana</b> se intensidade moderada ou <b>75 a 150 min</b> se intensidade vigorosa;</p> <p><b>Crianças e adolescentes</b>, prática de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (preferencialmente lúdicas e recreativas) por pelo menos <b>1h, diariamente</b>;</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apoiar e promover autocuidado;</li><li>- Considerar fragilidades, potencialidades, rede de apoio, estilo de vida e motivação para a mudança de comportamento;</li><li>- Avaliar a motivação do usuário na adesão à dieta alimentar e na prática de exercícios físicos;</li><li>- Incentivar uma <b>vida ativa</b>, com redução de comportamentos sedentários (evitando longos períodos sentados);</li><li>- Encaminhar à <b>consulta médica</b> pessoas <b>idosas</b> de <b>alto risco</b> cardiovascular ou na presença de <b>deformidades/lesões osteomusculares</b>, para avaliação/liberação quanto à atividade física;</li><li>- Evitar subestimar a capacidade do idoso em modificação de hábitos;</li><li>- Em pessoas com DM orientar que se alimentem até 3h antes da realização de atividade física e até 30 min após o término consuma fontes de <b>carboidrato com proteína</b>, para fins de recuperação muscular e prevenção da hipoglicemia;</li><li>- Estimular atividades complementares de flexibilidade e equilíbrio a partir de <b>2 a 3 sessões</b> por semana;</li><li>- Para crianças e adolescentes, estimular atividade física e uma vida ativa com redução dos comportamentos sedentários, como limitar tempo de tela não escolar a menos de 2h diárias.</li></ul>

Fonte: Williams *et al.*, 2018; Précoma *et al.*, 2019; American Diabetes Association, 2020.

### 3.1.3 Dieta inadequada

A alimentação está potencialmente relacionada à perda de peso, ao controle glicêmico e à redução do risco para doenças cardiovasculares (PRÉCOMA *et al.*, 2019) Uma dieta inadequada, com consumo excessivo de açúcar, gordura saturada e sal implica no desenvolvimento e/ou piora do controle de DCNT (BRASIL, 2017b; PRÉCOMA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, é fundamental a promoção da alimentação saudável na APS, para a qual sugere-se utilizar como referência o manual do Ministério da Saúde de “*Alimentação Cardioprotetora: Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica*”, disponível em: <https://tinyurl.com/y4ewhb4m> (BRASIL, 2018). A alimentação cardioprotetora inclui a preferência por alimentos *in natura* e minimamente processados ou processados e, é indicada, especialmente, para pessoas com sobrepeso, obesidade, HA, DM, alterações lipídicas e histórico de acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) (BRASIL, 2018).



Para pessoas com HA, pode-se basear ainda na dieta DASH - *Dietary Approaches to Stop Hypertension*, assim como, para pessoas com DM, no padrão alimentar da dieta do Mediterrâneo, ambas as dietas com evidências de impacto positivo no controle pressórico e glicêmico (SACKS et al., 2001; PRÉCOMA et al., 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

#### Quadro 6 - Manejo da dieta inadequada (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I®	Sobrepeso / Risco Obesidade Comportamento de saúde propenso a risco Controle da saúde familiar ineficaz Disposição para nutrição melhorada Risco de glicemia instável	
CIPE	Apoio social / Falta de apoio social Condição nutricional prejudicada Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde prejudicada	
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Adultos:</b>  <b>Breve anamnese</b> dos hábitos alimentares investigando o consumo de alimentos saudáveis, refrigerantes e ultraprocessados.	Consumir diariamente: <b>3</b> porções de <b>frutas</b> e de <b>verduras e legumes</b> ;  Açúcares livres e gorduras saturadas não devem ultrapassar <b>10%</b> do valor energético total diário;  Consumo diário máximo de sódio de <b>2.300 mg</b> , equivalente a <b>5 g</b> sal ou uma colher de chá. Atentar pois 80% do consumo de sal envolve sal oculto em alimentos processados/industrializados.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Investigar hábitos alimentares de todas as pessoas com FRCV, diagnóstico recente ou em tratamento para DCNT;</li><li>- Orientar sobre hábitos alimentares saudáveis;</li><li>- Realizar orientações individualizadas para <b>pessoas com DM</b>, a partir dos seguintes pontos-chave: enfatizar vegetais, minimizar açúcares adicionados/grãos refinados e preferir alimentos integrais a alimentos altamente processados. Os adoçantes dietéticos podem ser utilizados como substitutos do açúcar, com moderação;</li><li>- Atentar a possíveis deficiências de <b>Vitamina D</b> (relacionadas ao controle glicêmico) e <b>Vitamina B12</b> (comum com o uso de Metformina) na alimentação de pessoas com <b>DM</b>;</li><li>- Para pessoas com <b>HA</b>, atentar para indicação de alimentação rica em potássio, vitamina C, peptídeos bioativos derivados de alimentos, alho, fibras dietéticas, linhaça, soja, nitratos orgânicos e ômega 3, com evidências de significativa redução da PA;</li><li>- Discutir o caso ou encaminhar para <b>nutricionista</b> pessoas com metas pressóricas fora do alvo, com DM gestacional, DM descompensada e/ou em uso de insulina;</li><li>- Monitorar alimentação e peso.</li></ul>



#### Quadro 6. Manejo da dieta inadequada (b)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Crianças e adolescentes:</b></p> <p><b>Breve anamnese</b> dos hábitos alimentares da criança, adolescente e família.</p>	<p>Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, e, após, complementado com alimentação até os 2 anos ou mais;</p> <p>Não adicionar sal na comida até 1 ano e evitar adição de açúcar até 2 anos;</p> <p>Alimentação saudável.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar escuta qualificada aos sentimentos da criança/adolescente e família;</li><li>- Investigar sobre hábitos alimentares dentro e fora de casa;</li><li>- Orientar sobre alimentação saudável. Para mais informações segundo faixa etária, consultar <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i>, do COREN-RS;</li><li>- Orientar acompanhamento com nutricionista, sempre que possível;</li><li>- Monitorar alimentação, peso, crescimento e desenvolvimento.</li></ul>

Fonte: Sacks et al., 2001; Brasil, 2017b; Brasil, 2018; Prêcoma et al., 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.

#### 3.1.4 Abuso de álcool

Abuso, uso nocivo ou prejudicial de álcool é um padrão de uso contínuo sem critérios para dependência, mas que resulta em danos sociais, interpessoais e para a saúde do indivíduo. Já a dependência alcoólica refere-se ao conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e psicológicos que podem se desenvolver a partir do uso repetido de álcool (BRASÍLIA, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Na atenção às DCNT, é importante identificar o padrão de uso de álcool por sua associação linear (ainda não totalmente estabelecida) com os níveis de PA, a prevalência de HA e o risco cardiovascular (PRÊCOMA et al., 2019). Além disso, o consumo de álcool pode relacionar-se a dificuldades de adesão e de controle da doença crônica, levando a descompensações agudas, principalmente em pessoas com DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Dessa forma, a prevenção e a detecção precoce do abuso de álcool influencia significativamente nos resultados em saúde, sendo que destinar 5 a 10 minutos da consulta de rotina ao aconselhamento desses usuários de risco já pode ser suficiente para reduzir o consumo em 20 a 30% (FLORIANÓPOLIS, 2020).

Para o rastreamento do uso abusivo em adultos e adolescentes recomenda-se o uso do instrumento AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool, disponível no anexo 1 (BRASÍLIA, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).

**Quadro 7 - Manejo do uso nocivo de álcool em adolescentes e adultos**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I®	Comportamento de saúde propenso a risco Controle de impulsos ineficaz Processos familiares disfuncionais Enfrentamento ineficaz Síndrome de abstinência de substâncias aguda / Risco de Risco de glicemia instável Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	
CIPE	Apoio social / Falta de Apoio social Abuso de Álcool (ou alcoolismo) Comportamento compulsivo Dependência de Álcool Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde prejudicada Sintoma de abstinência	
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Aplicar Instrumento de rastreamento <b>AUDIT (anexo 1)</b>	Evitar consumo diário e excessivo de álcool;  Limitar consumo a <b>1 dose/dia para mulheres e 2 doses/dia para homens</b> (1 dose = 1 cerveja de 350 ml, 1 copo de vinho de 150 ml, ou 45 ml de bebidas destiladas).	- Fazer Rastreamento ( <i>Screening</i> ) de Abuso de Álcool; - Avaliar todos os pacientes que refiram uso de álcool e manejar a condição a partir do resultado do instrumento AUDIT; - Apoiar Processo de Tomada de Decisão; - Facilitar Recuperação de Abuso de Álcool; - Alertar, em especial, pessoas com <b>DM</b> quanto à relação do álcool com o aumento do peso corporal e com episódios de hipoglicemia; - Para mais informações quanto ao manejo do abuso de substância psicoativa na adolescência, consultar <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i> , do COREN-RS.

Fonte: Iorianópolis, 2020; Malachias et al., 2016; CIPE, 2017; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

### 3.1.5 Tabagismo

O tabagismo é uma doença decorrente da dependência à nicotina e fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como as doenças cardiovasculares (WHO, 2018b; BRASIL, 2020b). Todos os tabagistas devem ter acesso amplo e disponível ao tratamento para a dependência no SUS, em caráter inclusivo, sem qualquer tipo de discriminação, garantindo pelo menos um aconselhamento breve pelos profissionais de saúde em qualquer ponto da RAS (BRASIL, 2020b). As ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo evocar as motivações do usuário e apoiá-lo na tomada de decisão para deixar de fumar ao longo do tempo (STEINBERG; MILLER, 2015; BRASIL, 2020b).



No tocante à HA e DM, essas medidas merecem destaque, pois a cessação do tabagismo é a mudança de estilo de vida mais eficaz para prevenção de doença cardiovascular (WILLIAMS et al., 2018). Em pessoas com HA, estudos demonstram acréscimo de até 20 mmHg na pressão arterial sistólica após o primeiro cigarro do dia, além da nicotina aumentar a resistência aos medicamentos anti-hipertensivos, o risco de complicações cardiovasculares e a progressão da insuficiência renal (FERREIRA et al., 2009; PRÉCOMA et al., 2019).

Não obstante, o uso do tabaco está associado a processos metabólicos relacionados com o DM, incluindo a homeostase da glicose, hiperinsulinemia e resistência à insulina, representando níveis de hemoglobina glicada mais altos entre fumantes que em não fumantes, independente do sexo. O cigarro também aumenta as concentrações de colesterol total e LDL, diminui o HDL, e nos fumantes que têm DM, aumenta o risco para neuropatia, úlcera do pé diabético e nefropatia diabética (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

#### Quadro 8 - Manejo do tabagismo em adolescentes e adultos

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I®	Comportamento de saúde propenso a risco Controle de impulsos ineficaz Enfrentamento ineficaz Síndrome de abstinência de substâncias aguda / Risco de Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz
CIPE	Apoio social / Falta de Apoio social Comportamento compulsivo Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde prejudicada Sintoma de abstinência Tabagismo Tabagismo prévio
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Autorrelato do usuário; Grau de dependência à nicotina pelo <b>Teste de Fagerström</b> (anexo 2).	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perguntar como rotina no atendimento inicial, se a pessoa fuma;</li><li>- Promover a cessação do tabagismo, do uso de produtos derivados do tabaco ou de dispositivos eletrônicos com nicotina para todas as pessoas;</li><li>- Considerar abordagem na perspectiva da redução de danos;</li><li>- Manejar o tabagismo em consultas de rotina e encaminhar à abordagem mais adequada conforme o caso - <b>consultar PCDT Tabagismo</b> (BRASIL, 2020b)*;</li><li>- Fornecer informações, levantar dúvidas e trazer questionamentos, preparando para a cessação ou redução e acompanhando o processo;</li><li>- Apoiar Processo de Tomada de Decisão;</li><li>- Para mais informações quanto ao manejo do abuso de substância psicoativa na adolescência, consultar <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i>, do COREN-RS.</li></ul>

FONTE: CIPE, 2017; Précoma et al., 2019; Brasil, 2020b.

**Legenda:** PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, disponível em: <https://tinyurl.com/yy82tc5f> ;



### 3.1.6 Estresse Psicossocial

Os fatores psicossociais abrangem os determinantes sociais da saúde como distribuição de renda, riqueza e educação, assim como os fatores de sofrimento psíquico, incluindo estresse, depressão, raiva, hostilidade e ansiedade. Esses fatores predizem eventos clínicos cardiovasculares com risco atribuível semelhante aos FRCV clássicos (YUSUF et al., 2004; PRÉCOMA et al., 2019).

No escopo das DCNT, o estresse psicossocial correlaciona-se ao desenvolvimento de HA em indivíduos com predisposição, ao aumento dos níveis pressóricos em hipertensos, ao aparecimento de resistência insulínica, DM2 e síndrome metabólica e à possibilidade de descompensação dos níveis glicêmicos em portadores de DM2 (NOBREGA; CASTRO; SOUZA, 2007; PENTEADO; OLIVEIRA, 2009; WILLIAMS et al., 2018; PRÉCOMA et al., 2019).

Apesar de sua difícil definição e medição, o estresse psicossocial está relacionado a diversas dimensões, entre elas, estresse no trabalho e em casa, estresse financeiro e ocorrência de eventos adversos na vida, como divórcio, perda do emprego, aposentadoria, conflito intrafamiliar ou doença (YUSUF et al., 2004). Agravando esse panorama, pessoas com uma ou mais DCNT apresentam maior prevalência de depressão, associada à piora do estado de saúde, menores níveis de adesão e ao aumento da utilização dos recursos de saúde sem efetividade (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; BOING et al., 2012).

O próprio tratamento da DCNT pode ser um fator gerador de estresse, representado por medo de complicações, limitações na vida profissional, estigmatização, discriminação, necessidade de modificações do estilo de vida, falta de conhecimento e sensação de frustração diante da falta de controle e da progressão da doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

As estratégias para a prevenção e redução desta carga de estresse implicam em suporte dos serviços de saúde, na contínua manutenção de uma atitude positiva frente à terapêutica, no cuidado por pessoas que encorajem o usuário, no suporte social e em medidas que visem o equilíbrio emocional (PENTEADO; OLIVEIRA, 2009; SOUZA, 2014; PRÉCOMA et al., 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).



### Quadro 9 - Manejo do estresse psicossocial

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	Ansiedade Sobrecarga de estresse Processos familiares disfuncionais Relacionamento ineficaz / Risco Enfrentamento ineficaz Campo de energia desequilibrado Insônia Desesperança
CIPE	Ansiedade Estresse Falta de Apoio familiar Falta de Apoio social Humor deprimido Renda inadequada Risco de Condição Psicossocial Prejudicada
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar anamnese de contexto socioeconômico, incluindo rede de apoio e demais aspectos envolvidos na capacidade de autocuidado;</li><li>- Realizar escuta acolhedora, estimulando que a pessoa explore e verbalize seus sentimentos;</li><li>- Identificar fatores psicossociais que diminuem a adesão ao estilo de vida saudável e ao tratamento medicamentoso da DCNT;</li><li>- Atentar para sinais e sintomas de estresse e sofrimento gerado pela doença;</li><li>- Adequar todas as decisões terapêuticas às condições psicossociais do indivíduo e família;</li><li>- Promover ou encaminhar o usuário para práticas de gerenciamento e controle de estresse em outros pontos da RAS como psicoterapias comportamentais e Práticas Integrativas e Complementares;</li><li>- Acionar rede de Assistência Social conforme condições socioeconômicas e de vulnerabilidade.</li></ul>

Fonte: Nobrega; Castro; Souza, 2007; Penteadó; Oliveira, 2009; Schneider et al., 2012; Prêcoma et al., 2019; American Diabetes Association, 2020.

#### 3.1.7 Espiritualidade e Religiosidade

Espiritualidade é um conceito multidimensional constituído pelo conjunto de valores morais, mentais e emocionais que guiam pensamentos, comportamentos e atitudes perante a vida, e que podem ou não estar vinculados a uma religião. As definições de espiritualidade tipicamente se fundem a outros construtos, como a religiosidade, que envolve desde práticas, cerimônias e rituais, até as dimensões de bem-estar psicológico, das relações, de propósito na vida e, por vezes, de crenças sobrenaturais (GONÇALVES, 2014; PRÉCOMA et al., 2019).

A espiritualidade (E) e a religiosidade (R) podem levar a posturas de enfrentamento positivo ou negativo na prevenção ou tratamento da DCNT (HEINISCH; STANGE, 2014). Níveis elevados e benéficos de E/R estão associados a menores prevalências de tabagismo, de consumo de álcool, de



excesso de peso, de estresse e sedentarismo, à diminuição de sintomas de depressão e ansiedade, à melhor qualidade de vida e adesão nutricional e farmacológica (GONÇALVES, 2014; HEINISCH; STANGE, 2014; PRÉCOMA et al., 2019).

Em face ao exposto, orienta-se que os enfermeiros conheçam as crenças do usuário, de maneira que elas integrem os processos de tomada de decisão, e estimulem favoravelmente a capacidade de enfrentamento do indivíduo a partir de suas concepções de vida, espiritualidade e religiosidade (GONÇALVES, 2014; HEINISCH; STANGE, 2014; PRÉCOMA et al., 2019).

#### Quadro 10 - Abordagem da espiritualidade e religiosidade em saúde

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	Disposição para bem-estar espiritual melhorado Religiosidade prejudicada / Risco Disposição para esperança melhorada Desesperança Sofrimento espiritual / Risco de
CIPE	Angústia espiritual Condição espiritual, Eficaz/Ineficaz Crença – cultural, de saúde, espiritual, religiosa - facilitadora/ conflituosa / negativa Desesperança / Esperança Dificuldade de enfrentamento Falta de significado

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Questionário de espiritualidade:</b>  Aplicar questionário <b>FICA</b> ou <b>HOPE</b> - anexo 3	Realizar questionário de espiritualidade mostrando interesse e respeito, sem preconceitos e buscando compreender o tipo de religião, crenças de vida e práticas;  Evitar aconselhar, desacreditar ou desvalorizar as crenças do usuário e sua família no processo saúde e doença;  Realizar escuta acolhedora e promover reflexões de maneira a estimular que o usuário explore seus sentimentos e pensamentos sobre a sua vida e tratamento sob a perspectiva espiritual;  Identificar potencialidades na espiritualidade e religiosidade ao enfrentamento eficaz da doença ou de fatores de risco cardiovascular.

Fonte: Gonçalves, 2014; Heinisch; Stange, 2014; Précoma et al., 2019.



### 3.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2019)

O escore mais comum e amplamente utilizado para avaliação de risco cardiovascular é o **Escore de risco global (ERG) de Framingham** - anexo 4, o qual considera critérios como sexo, idade, tabagismo, níveis pressóricos e de colesterol total e HDL. Esse escore estima a probabilidade de ocorrência de eventos coronarianos em 10 anos, a partir de uma pontuação que classifica o indivíduo em três possíveis categorias: menos de 10% de chance; 10% a 20% de chance e quando existe mais de 20% de chance de ocorrer um evento cardiovascular ocorrer em dez anos (SES-RS, 2018).

No entanto, diretrizes internacionais e nacionais recomendam o uso de modelos multifatoriais, que permitam o uso de um cálculo unificado para estimar o risco em diferentes condições clínicas (MACH et al., 2018; PRÉCOMA et al., 2019; VIJAN, 2020). Nesse contexto, o Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia elaborou o modelo de estratificação de risco global (ERG/SBC) (quadro 11), o qual considera quatro níveis de risco a partir do ERG de Framingham modificado, considerando, além dos critérios supramencionados, a presença de DCV, a classificação das alterações lipídicas, da doença renal crônica (DRC) e os estratificadores de risco para DM (PRÉCOMA et al., 2019). O fluxograma 1 orienta condutas a serem tomadas pelos enfermeiros, a partir da estratificação de risco cardiovascular conforme esse modelo.

Você pode utilizar a “**Calculadora para estratificação de risco cardiovascular**” (ERG/SBC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, disponível para download de aplicativo para dispositivos móveis ou acessá-la online em:  
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/index.html>.



**Quadro 11 - Estratificação do risco cardiovascular segundo o modelo ERG/SBC (2019)**

Critérios	Estratificação de risco cardiovascular
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adultos de ambos os sexos, cujo ERG Framingham é &lt; 5%</li></ul>	<b>Baixo risco cardiovascular</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Homens com ERG Framingham de 5 a 20%</li><li>• Mulheres com ERG Framingham de 5 a 10%</li><li>• Pessoas com DM, com LDL-c entre 70 e 189 mg/dL e <b>SEM</b> fatores ER* ou de DASC**</li></ul>	<b>Risco intermediário</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Homens com ERG Framingham &gt; 20%</li><li>• Mulheres com ERG Framingham &gt; 10%</li><li>• Diagnóstico prévio de DASC** ou Aneurisma de aorta abdominal</li><li>• DRC definido por Taxa de Filtração Glomerular &lt; 60 mL/min<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacientes com LDL-c ≥ 190 mg/dL</li></ul></li><li>• Diabetes tipos 1 ou 2 com <b>presença de ER*</b> ou DASC**</li></ul>	<b>Alto risco cardiovascular</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Histórico de DCV estabelecida<ul style="list-style-type: none"><li>• DAC manifesta</li></ul></li><li>• ERG Framingham &gt; 30%.</li></ul>	<b>Muito alto risco cardiovascular</b>

**Legenda:** DCV - Doença cardiovascular; DAC - Doença aterosclerótica; ERG - Escore de risco global Framingham; DASC - Doença aterosclerótica subclínica; DM - Diabetes *mellitus*; DRC - Doença renal crônica; ER - Estratificadores de risco.

**Anotações:**

**\*ER - Estratificadores de risco em diabetes *mellitus*:**

- Idade: Homem > 49 anos Mulher > 56 anos;
- Hipertensão Arterial;
- DM com tempo de diagnóstico >10 anos;
- Obesidade central: definida pela medida de circunferência abdominal (CA) ≥ 94 cm em Homens ou ≥ 80 cm em Mulheres;
- Síndrome Metabólica: CA > 90 cm para homens e > 80 cm para mulheres, em associação a pelo menos dois dos seguintes critérios: triglicérides > 150 mg/dL, glicose > 100 mg/dL, PA ≥ 130/85 mmHg e HDL-c < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres;
- Excreção urinária de albumina aumentada / TFG <60 ml/min (ver item “Rastreamento da Doença Renal Crônica”);
- Retinopatia diabética;
- Tabagismo (pelo menos 1 cigarro no último mês);



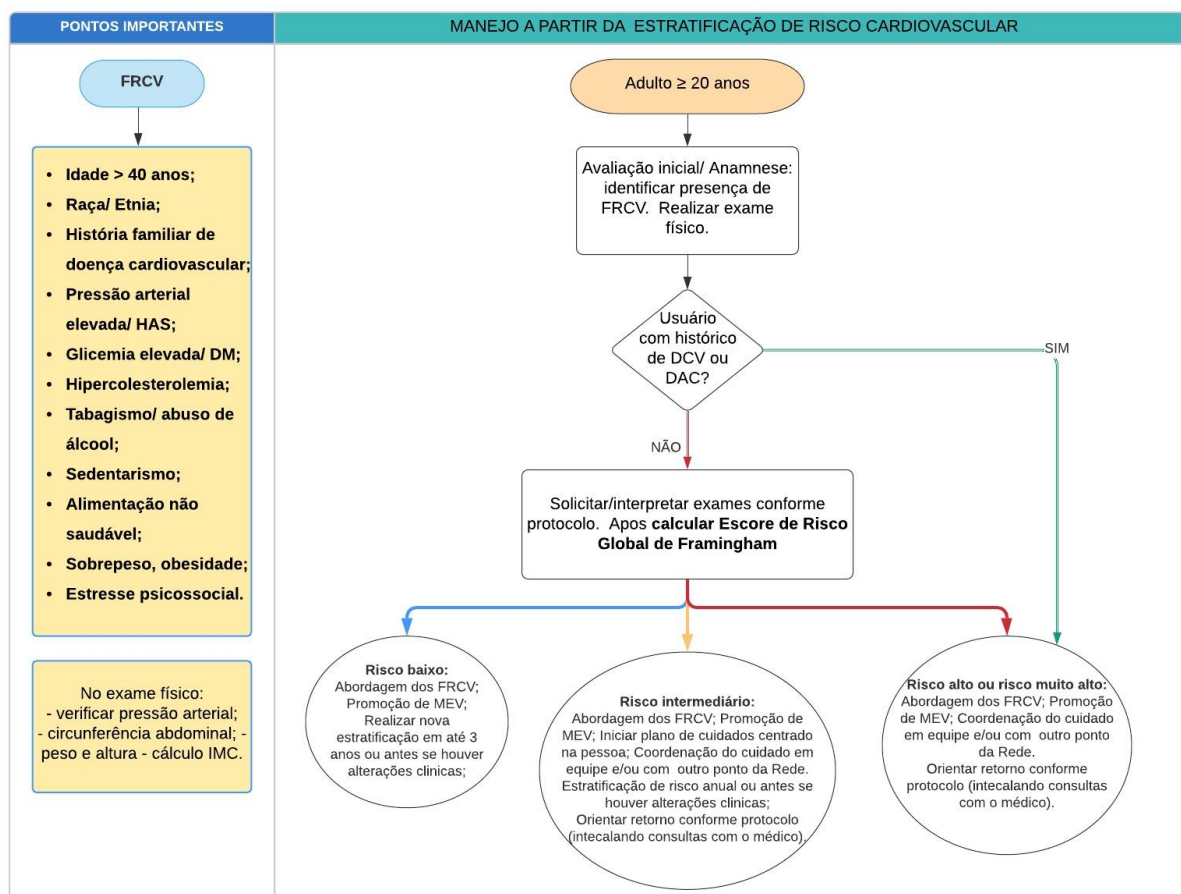
- História familiar de doença cardiovascular prematura em familiares de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos).

**\*\*DASC – Doença Aterosclerótica subclínica:** caracterizada por LDL-c entre 70 e 189 mg/dl e ERG Framingham > 20% em Homens ou > 10% em Mulheres. O LDL-c pode vir descrito no laudo do resultado do exame conforme método de análise do laboratório ou pode ser calculado pela fórmula:

$$\text{LDL-c em mg/dL} = \text{Colesterol Total} - \text{HDL} - (\text{Triglicerídeos}/5)$$

Fonte: Précoma et al., 2019; International Diabetes Federation, 2017; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

### Fluxograma 1 - Manejo a partir da estratificação de risco cardiovascular global



**Legenda:** FCRV – Fatores de risco cardiovascular; PA – Pressão Arterial; HAS - Hipertensão arterial sistêmica; DM – Diabetes *mellitus*; CA – Circunferência abdominal; DCV – doença cardiovascular; DAC – doença aterosclerótica; MEV - Mudanças de estilo de vida; AAE - Atenção Ambulatorial Especializada.

Fonte: Brasil, 2014; Précoma et al., 2019.



### 3.3 PRINCIPAIS EXAMES PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Tendo em vista a magnitude das doenças cardiovasculares ao sistema de saúde e sociedade é de fundamental importância que o enfermeiro, no exercício de suas atribuições, solicite exames laboratoriais e complementares, objetivando uma assistência de enfermagem segura, sem riscos ou danos, com fortalecimento do trabalho em equipe e atendimento oportuno às necessidades individuais do usuário (WHO, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Cabe ressaltar que a solicitação destes exames delimita-se às indicações do presente protocolo de Enfermagem, e que, alterações em seus resultados deverão ser avaliadas e, quando recomendado, discutidas e compartilhadas em consulta médica ou via interconsulta. No quadro abaixo, constam os exames a serem solicitados para estratificação de risco cardiovascular em pessoas com fatores de risco e/ou em rastreamento para hipertensão e diabetes. Os exames específicos a serem solicitados na estratificação de risco de pessoas com diagnóstico prévio de HA e DM serão abordados nos capítulos correspondentes.

**Quadro 12 - Principais exames para estratificação de risco global em indivíduos maiores de 18 anos e fatores de risco cardiovascular (a)**

Exame	Indicações	Periodicidade
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Colesterol total</b></li><li>• <b>Dosagem de HDL – Colesterol</b></li><li>• <b>Triglicérides</b></li></ul>	<p>Cálculo de risco cardiovascular entre <b>40 e 75 anos</b> de idade e em qualquer idade se diagnóstico de HA, DM e/ou DCV;</p> <p>Em qualquer faixa etária se história de <b>familiar de 1º grau</b> com diagnóstico de <b>hipercolesterolemia familiar</b> (colesterol total &gt; 310 mg/dL e/ou LDL-c ≥ 190 mg/dL).</p>	<p>Para interpretação dos resultados, consultar figura 1; A cada <b>3 anos</b> se valores desejáveis ou limítrofes, sem doença crônica ou alteração lipídica prévia e <b>baixo risco cardiovascular</b>; <b>Rotina anual</b> se valores desejáveis, risco cardiovascular moderado, alto ou muito alto e no acompanhamento da hipertensão e diabetes; Repetir em <b>3 a 6 meses</b> se valores limítrofes e risco cardiovascular moderado, alto ou muito alto; Em caso de <b>início ou manutenção de dose</b> de tratamento com medicamentos <b>hipolipemiantes</b>, realizar monitoramento de <b>1 a 3 meses</b>, após, <b>semestral</b> até o alcance dos alvos terapêuticos. Posteriormente, o controle passa a ser <b>anual</b>; Em caso de valores <b>limítrofes, alterados</b> e/ou indivíduos em <b>tratamento para alterações lipídicas</b>, consultar também fluxograma 2;</p> <p><b>Quando os níveis de triglicérides estiverem acima de 400 mg/dL (sem jejum), solicitar nova coleta com jejum de 12 horas</b></p>



**Quadro 12. Principais exames para estratificação de risco global em indivíduos maiores de 18 anos e fatores de risco cardiovascular (b)**

Exame	Indicações	Periodicidade
<b>Exame sumário de urina*</b>	<p>Cálculo de risco cardiovascular em indivíduos entre <b>40 e 75 anos</b> de idade ou em qualquer idade se diagnóstico de HA, DM e/ou DCV;</p> <p>Rastreamento de proteinúria, como indicativo de doença renal crônica e/ou doença renal do diabetes (DRD). Para mais informações, consultar o item “<i>Rastreamento da Doença Renal Crônica</i>”;</p> <p>Para pessoas com <b>HA e DM</b>, consultar exames de rotina nos capítulos correspondentes.</p>	<p><b>Sem alterações</b> - conforme necessidade de classificação de risco cardiovascular;</p> <p>Em caso de <b>hematúria ou proteinúria</b>, solicitar <b>Creatinina Sérica e Albumina em amostra isolada de urina</b>. Para interpretação dos resultados, consultar “<i>Rastreamento da Doença Renal Crônica</i>”.</p>

**Legenda:** FRCV - fatores de risco cardiovascular; HA - Hipertensão arterial; DM - Diabetes *mellitus*; DCV - Doenças cardiovasculares.

Anotações: \*Os termos Exame Sumário de Urina (EAS) e Exame Qualitativo de Urina (EQU) são considerados equivalentes.

Fonte: Brasil, 2015; Florianópolis, 2020; Précoma et al., 2019; Cosentino et al., 2020; Vijan, 2020.



### 3.4 MANEJO DAS ALTERAÇÕES LIPÍDICAS

As alterações lipídicas ou dislipidemias são importantes FRCV, principalmente, na origem da DAC. Os exames para seu rastreamento e acompanhamento consistem em testes laboratoriais de perfil lipídico e seus componentes (lipidograma), cuja coleta não exige jejum na maioria dos casos, exceto na primeira vez em que são solicitados ou quando houver a finalidade de acompanhar hipertrigliceridemia conhecida (PRÉCOMA et al., 2019; MACH et al., 2020; VIJAN, 2020).

O rastreio deve ser realizado conforme o quadro 12. Os parâmetros para identificação de dislipidemias e seus alvos terapêuticos com base na classificação do risco ERG/SBC encontram-se na figura 1 (PRÉCOMA et al., 2019). Já a interpretação e condutas de Enfermagem nessa avaliação são orientados no fluxograma 2.

O tratamento das dislipidemias envolverá o atingimento dos alvos terapêuticos por meio de orientações para **mudanças de estilo de vida (MEV)** e/ou de prescrição de medicamento hipolipemiante em determinadas circunstâncias, pelo médico (PRÉCOMA et al., 2019; MACH et al., 2020; VIJAN, 2020). O manejo das alterações lipídicas na consulta de Enfermagem inclui (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; PRÉCOMA et al., 2019; MACH et al., 2020; VIJAN, 2020):

- Identificar e realizar abordagem integrada dos FRCV;
- Realizar exame físico com avaliação antropométrica e medida da circunferência abdominal para avaliação de risco adicional cardiometabólico;
- Estratificar risco cardiovascular e avaliar alvos lipídicos terapêuticos (figura 1);
- Iniciar e/ou atualizar plano conjunto de cuidados, com enfoque nas MEV que comprovadamente melhoram o perfil lipídico, orientando: redução de peso, da ingestão de bebidas alcoólicas, de açúcares simples, de carboidratos, bem como da substituição (parcial) dos ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados (como oleaginosas e azeite de oliva); atividade física e cessação do tabagismo;
- Realizar reforço positivo frente a hábitos e resultados desejáveis em saúde;
- Tomar decisão compartilhada com o usuário e equipe de saúde para encaminhamento a outras categorias profissionais ou demais modalidades de atenção, a partir de abordagem centrada na pessoa e das necessidades em saúde identificadas;
- Considerar aprazamento de novo perfil lipídico conforme fluxograma 2;
- Aprazar/pactuar retorno.



**Figura 1 - Valores referenciais e de alvo terapêutico conforme risco cardiovascular estimado em adultos acima de 20 anos**

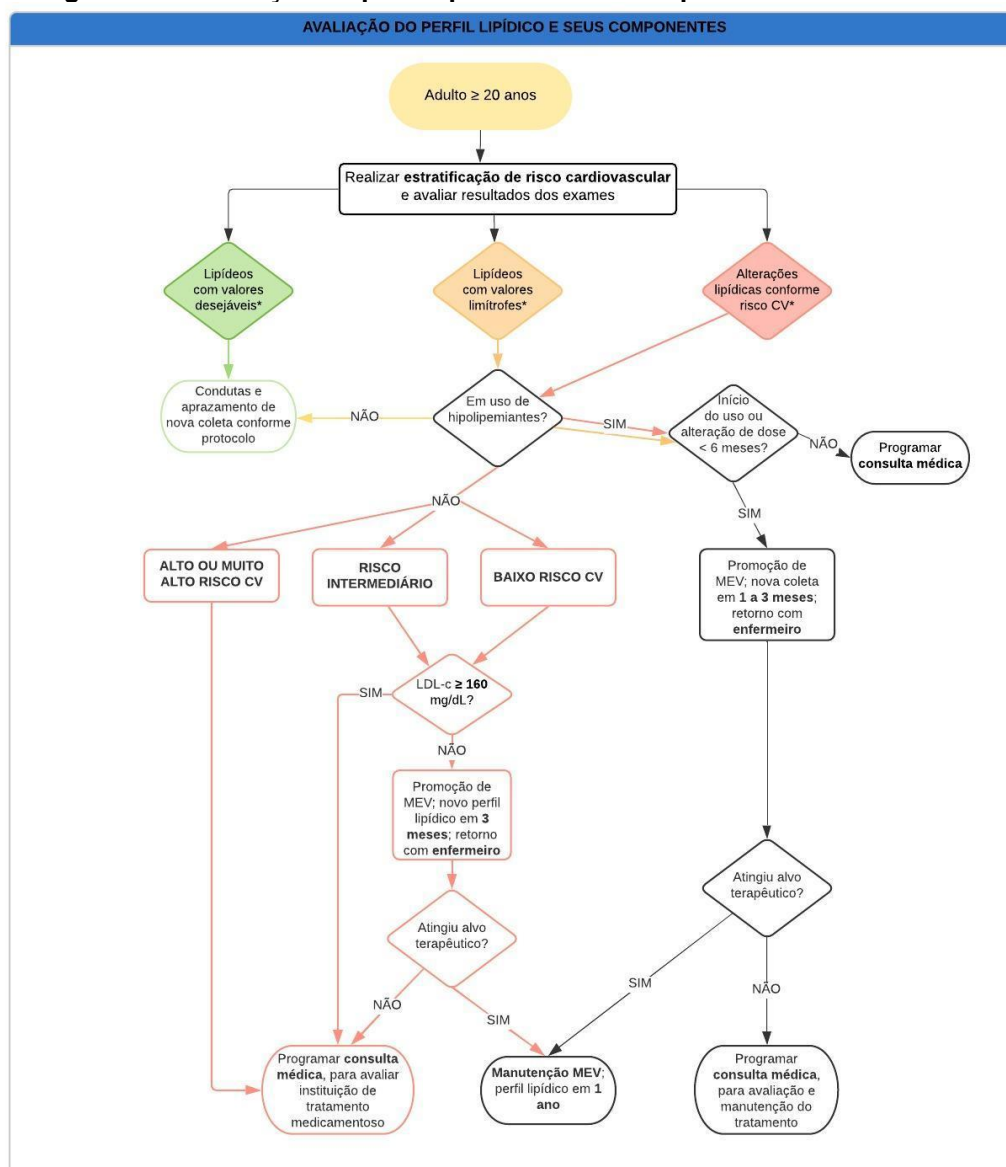
Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria de risco	Risco	Com hipolipemiantes		
					Sem hipolipemiantes	Meta de LDL-c (mg/dL)	Meta de não-HDL-c (mg/dL)
					Redução (%)		
Colesterol total	< 190	< 190	Desejável	Muito alto	> 50	< 50	< 80
HDL-c	> 40	> 40	Desejável	Alto	> 50	< 70	< 100
Triglicérides	< 150	< 175	Desejável	Intermediário	30-50	< 100	< 130
LDL-c*	< 130	< 130	Baixo	Baixo	> 30	< 130	< 160
	< 100	< 100	Intermediário				
	< 70	< 70	Alto				
Não-HDL-c	< 50	< 50	Muito alto				
	< 160	< 160	Baixo				
	< 130	< 130	Intermediário				
	< 100	< 100	Alto				
	< 80	< 80	Muito alto				

**Legenda:** \*Se colesterol total > 310 mg/dL e/ou LDL-c ≥ 190 mg/dL, há probabilidade de hipercolesterolemia familiar.

Fonte: Reproduzido de Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019.



## Fluxograma 2 - Avaliação do perfil lipídico e seus componentes



**Legenda:** CV – Cardiovascular.

### Anotações:

\*Valores interpretados conforme risco cardiovascular estimado pelo modelo ERG/SBC. Atentar para interpretação dos parâmetros para alteração lipídica, em que não é necessário consulta médica para instituição de tratamento medicamentoso visando a elevação dos níveis de HDL-c isoladamente. Do mesmo modo, é indicado encaminhamento para consulta médica casos de hipertrigliceridemia isolada, apenas se: triglicérides (TG) > 500 mg/dL ou para pessoas com diabetes em uso de estatina + TG > 204 mg/dL + HDL-c < 34 mg/dL. Valores de TG < 500 sem demais alterações lipídicas devem ser avaliados em interconsulta ou em consulta médica, caso as MEV falharem em 3 a 6 meses.

Fonte: Ferreira; Périco; Dias, 2017; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016; American Diabetes Association, 2020; Prócima et al., 2019; Cosentino et al., 2020; Vijan, 2020.



### 3.5 RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui critério de alto risco cardiovascular e define-se por anormalidades na estrutura e/ou função do rim persistentes por mais de **3 meses**, com implicações para a saúde (*INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY*, 2017).

A detecção precoce e o tratamento adequado em estágios iniciais, realizados na Atenção Primária, ajudam a prevenir os desfechos deletérios e a subsequente morbidade relacionados às nefropatias. Além disso, resultam em potenciais benefícios para qualidade de vida, longevidade e redução de custos associados ao cuidado em saúde.

A classificação da DRC (quadro 13), independente da causa, baseia-se na taxa de filtração glomerular (TFG) e na excreção urinária de albumina (*INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY*, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Desse modo, para os usuários com DM e HA há recomendação de realização de creatinina sérica para cálculo da TFG e rastreio de albuminúria por exame sumário de urina (EAS), anualmente (SES/RS, 2018b). O exame alterado - creatinina sérica e/ou albumina em amostra isolada de urina - deverá ser repetido em **até 3 meses** para definição de conduta (*INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY*, 2017; LEEHEY; MOINUDDIN, 2019).

A TFG é calculada a partir da fórmula da *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration - CKD-EPI* baseada no resultado do exame creatinina sérica, no sexo, idade e cor da pele do indivíduo (*INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY*, 2017; LEEHEY; MOINUDDIN, 2019).

Você pode utilizar a calculadora automática de TFG da Sociedade Brasileira de Nefrologia, disponível em:  
<https://tinyurl.com/y5fop4kj>.

A albumina, corresponde a cerca de 15% das proteínas excretadas na urina, é considerada o componente mais significativo para o rastreamento da DRC desde os estágios iniciais (LEEHEY; MOINUDDIN, 2019). Apesar de o exame sumário de urina ser o exame mais comumente solicitado na rotina de avaliação da função renal, este trata-se de um indicador relativamente insensível à albuminúria, não refletindo-se em proteinúria positiva até que a excreção urinária de albumina já esteja gravemente aumentada (excedendo 300 a 500 mg / dia) (BAKRIS, 2019).

Entretanto, considerando a relação custo-benefício, sugere-se a solicitação de exame sumário de urina para rastreamento da proteinúria na estratificação de risco inicial e solicitação de creatinina sérica e albumina em amostra isolada de urina apenas para pessoas com proteinúria ou com risco aumentado de DRC - suspeita ou confirmação de síndrome metabólica, diabetes, hipertensão com dois ou mais FRCV e diagnóstico de diabetes associado (BAKRIS, 2019;



SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; PRÉCOMA et al., 2019; LEEHEY; MOINUDDIN, 2019).

Na ausência ou déficit de recursos na rede local de saúde, pode-se priorizar a solicitação do exame sumário de urina apenas para estratificação de risco inicial em pessoas com alto risco para DRC e solicitação de dosagem de albumina em amostra isolada de urina, em caso de proteinúria ou hematúria no resultado. Se albuminúria positiva, solicitar creatinina sérica para estimativa da TFG e classificação do estágio da DRC, bem como definição de condutas relacionadas (LEEHEY; MOINUDDIN, 2019).

### Quadro 13 - Critérios para classificação da DRC segundo TFG e excreção urinária de albumina

				Categorias conforme albuminúria persistente (3 meses) *		
				A1	A2	A3
Valores de referência em amostra de urina de 24 horas				< 30mg/g	30 a 300 mg/g	>300 mg/g
Valores de referência em amostra de urina única				< 17 mg/L	17 a 173 mg/L	≥174 mg/L
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)				< 30mg/g	30 a 300 mg/g	>300 mg/g
Categorias conforme TFG (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	1	Normal ou alta	≥ 90			
	2	Levemente reduzida	60-89			
	3A	Redução moderada	45-59			
	3B	Redução marcada	30-44			
	4	Redução grave	15-29			
	5	Insuficiência renal	<15			

**Legenda:** Verde: Baixo risco – se não houver outros marcadores de dano renal, sem nefropatia; Amarelo: Risco moderado; Laranja: Risco alto; Vermelho: Risco muito alto.

\*Pelo menos dois exames com intervalo mínimo de 3 meses.

\*\* Microalbuminúria representa Doença Renal Incipiente. \*\*\* Macroalbuminúria indica Doença Renal manifesta.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018a, adaptado de International Society of Nephrology, 2017 e Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.



Em relação à classificação da DRC, as condutas a partir do risco associado são abordadas a seguir:

#### Quadro 14 - Manejo do rastreamento a partir da classificação de risco da DRC

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Risco de desequilíbrio eletrolítico Volume de líquidos excessivo Risco de pressão arterial instável
CIPE	Proteinúria Função renal eficaz / prejudicada
RISCO	CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Baixo risco</b> (verde)	- Abordagem integrada dos FRCV; - Elaborar e atualizar plano de cuidados individualizado com enfoque no controle estrito da PA, da glicemia, na promoção da adesão ao tratamento e a MEV; - Manter acompanhamento e periodicidade de rastreamento <b>anual</b> recomendada na presença de doenças crônicas e risco cardiovascular.
<b>Risco moderado, alto ou muito alto</b> (amarelo, laranja ou vermelho) Ou em caso de persistência da alteração por mais de 3 meses	- Encaminhar para <b>consulta médica</b> com brevidade; - Abordagem integrada dos FRCV; - Manter coordenação do cuidado para pessoas com DRC, em equipe multiprofissional e/ou com Atenção Ambulatorial Especializada, quando indicada; - Monitorar e contribuir com o plano de cuidados individualizado com enfoque no controle estrito da PA, da glicemia, na promoção da adesão ao tratamento e a MEV.

Fonte: International Society of Nephrology, 2017; Brasil, 2014; WILLIAMS et al., 2018; Leehey; Moinuddin, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.



### 3.6 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

Com base no risco cardiovascular estimado pelo modelo de estratificação ERG/SBC, propõe-se a seguinte periodicidade de consultas:

**Quadro 15 - Proposta de periodicidade de consultas individuais conforme estratificação de risco cardiovascular**

Risco cardiovascular ERG/SBC	Consulta individual*	Consulta Odontológica**
Baixo	1x / ano	Pelo menos 1 avaliação
Intermediário	2x / ano	1x / ano
Alto	3x / ano	1x / ano
Muito Alto	4x / ano	1x / ano

**Legenda:**

\* Sugere-se que as consultas médicas e de enfermagem sejam intercaladas e complementares, garantindo a continuidade do cuidado.

\*\* Previsão para usuários com diagnóstico de DM, como um dos grupos prioritários para atendimento odontológico na APS, devido à relação entre saúde bucal e controle glicêmico. Pessoas com HA deverão ter pelo menos uma avaliação odontológica, independente do estrato de risco.

Fonte: Précoma et al., 2019; Paraná, 2018; Williams et al., 2018; SES/RS, 2018b; Basile; Bloch, 2019; Wexler, 2020.

Esta é uma proposta mínima de acompanhamento da pessoa com FRCV e/ou hipertensão e diabetes, a ser realizado pelo enfermeiro, médico e dentista nas equipes da APS, de maneira intercalada, de acordo com o risco cardiovascular e a etapa do plano de cuidados. As equipes devem definir seu cronograma a partir da disponibilidade de recursos humanos, da estratificação de risco da população e da realidade epidemiológica local. Outros momentos de avaliação poderão ocorrer conforme as necessidades em saúde identificadas. Cabe destacar que algumas pessoas necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência, como pessoas com dificuldades de autocuidado e/ou multimorbidades (BRASIL, 2014).



## 4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>9</sup>

Janilce Dorneles de Quadros<sup>10</sup>

Tainá Nicola<sup>11</sup>

Thais Mirapalheta Longaray<sup>12</sup>

Carlíce Maria Scherer<sup>13</sup>

Fábio Meller da Motta<sup>14</sup>

Daniel Soares Tavares<sup>15</sup>

Vanessa Romeu Ribeiro<sup>16</sup>

A hipertensão arterial essencial ou idiopática, ou seja, sem causa secundária reconhecida, é uma doença altamente heterogênea, de início insidioso e etiologia multifatorial, herdabilidade genética que varia de 35 a 50% dos casos. Apesar de sua origem não estar totalmente esclarecida, resulta, necessariamente, de alteração no débito cardíaco e/ou na resistência periférica dos vasos (WILLIAMS et al., 2018). Seu diagnóstico, geralmente, ocorre a partir do rastreamento de um indivíduo assintomático, destacando a importância da aferição da PA em adultos como rotina nos serviços de APS (BRETTLER, 2019).

Já a HA secundária tem prevalência de 3-5% e está relacionada a causas como distúrbios da tireóide, doenças renais parenquimatosas, coarctação da aorta e síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS). Ao identificar-se as causas, o tratamento pode curar ou efetivar o controle da HA (MALACHIAS et al., 2016).

A consulta de Enfermagem para o manejo da HA envolve o rastreamento, detecção precoce e acompanhamento da pessoa vivendo com pré-hipertensão e hipertensão. As intervenções de Enfermagem devem ter enfoque na promoção do autocuidado, da adesão medicamentosa e às MEV, a partir da abordagem centrada na pessoa e em sua rede de apoio (BRASIL, 2014; MENDES, 2019).

---

9Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

10Enfermeira. Especialista. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

11Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS

12Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

13Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

14Enfermeiro. Especialista. Coren-RS

15Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

16Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande



## 4.1 RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL - HA

### 4.1.1 Rastreamento da HA em adultos

O rastreamento consiste na aferição da PA de todas as pessoas com idade  $\geq 18$  anos no momento do contato com a Unidade de Saúde e na identificação de fatores de risco para a doença. A aferição de PA deverá ser **periódica** em todas as consultas de pessoas com DM, em consultas de pré-natal e de acordo com o aprazamento decorrente do resultado do rastreamento (MALACHIAS et al., 2016; BRETTTLER, 2019; BRASIL, 2013a).

#### Principais fatores de risco para Hipertensão Arterial

(MALACHIAS et al., 2016; BRETTTLER, 2019):

- Idade > 60 anos;
- raça / cor negra;
- história familiar de hipertensão ou doença arterial coronariana (DAC);
- obesidade;
- síndrome metabólica;
- diabetes *mellitus*;
- apneia obstrutiva do sono;
- ingestão moderada/elevada de álcool;
- sedentarismo.

O diagnóstico, por sua vez, se dará pela história clínica, estratificação de risco cardiovascular e pela avaliação dos níveis pressóricos aferidos. A presença de níveis elevados e sustentados em pelo menos **três medições** em ocasiões diferentes de **PAS  $\geq 140$  e/ou PAD  $\geq 90$  mmHg**, com intervalo mínimo de 1 semana, configura hipótese diagnóstica de HA. Apesar de este ponto de corte estar em pauta de discussão, a HA, sobretudo, será definida como o nível de PA em que os benefícios do tratamento superem os riscos (MALACHIAS et al., 2016; NEREMBERG et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018; NOBRE et al., 2018; BRETTTLER, 2019; HEARTS, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A aferição dos níveis pressóricos podem ser realizados em **consultório**, por meio de **Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA)** (apêndice 2) e/ou **Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)**, este último, método diagnóstico padrão-ouro solicitado apenas pelo médico a partir de critérios específicos (NOBRE et al., 2018). Sempre que possível, após a triagem inicial, preconiza-se a obtenção de medidas confirmatórias fora da unidade de saúde via **MRPA**, para diagnóstico e instituição do tratamento (STERGIOU; BLIZIOTIS, 2011; RIO DE JANEIRO, 2013; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2015; SIU, 2015; BASILE; BLOCH, 2019).



A consulta de Enfermagem para o rastreamento da HA deve basear-se no seguinte roteiro (BRASIL, 2013a; MALACHIAS et al., 2016):

- Realizar anamnese da história familiar e pessoal, com enfoque na identificação dos fatores de risco para HA, FRCV, identificação de possíveis causas secundárias, necessidades em saúde e hábitos de vida do usuário;
- Identificar sinais e sintomas de gravidade como cefaleia importante, alterações visuais, dor precordial ou dispneia que possam indicar crise hipertensiva. Na presença destes, encaminhar para consulta médica imediata;
- Exame físico: aferição da pressão arterial nos dois braços e, se um braço tiver uma pressão mais alta, esse braço deve ser usado para medição e interpretação da PA (realizar duas medidas com intervalo de 1 a 2 min e calcular a média pressórica), frequência cardíaca e respiratória, peso e altura para cálculo do IMC e medida da circunferência abdominal;
- Cálculo de risco cardiovascular a partir de história clínica, exame físico e solicitação/interpretação de exames, conforme fluxograma 1;
- Promoção do autocuidado e de MEV;
- Solicitar monitoramento para confirmação das médias pressóricas, preferencialmente, via **MRPA** (apêndice 2), ou, na indisponibilidade deste, na **unidade de saúde** por **1 a 2x** por semana por até **14 dias**;
- Apazar retorno em até **14 dias** para gerenciamento do rastreamento (*screening*).

#### Quadro 16 - Rastreamento da hipertensão arterial em pessoas com idade maior ou igual a 18 anos (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	Risco de pressão arterial instável Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz Obesidade Sobrepeso / Risco Volume de líquidos excessivo
CIPE	Pressão Arterial Alterada Pressão Arterial nos Limites Normais



Quadro 16. Rastreamento da hipertensão arterial em pessoas com idade maior ou igual a 18 anos (b)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Normotensão</b></p> <p>PA &lt; 120/80 mmHg</p> <p><b>Pré - Hipertensão:</b></p> <p><b>Medida de consultório:</b> 3 ou + medidas com PA <math>\geq</math> 120/80 &lt; 140/90 mmHg;</p> <p><b>MRPA</b> - Média de PA <math>\geq</math> 120/80 &lt; 135/85 mmHg;</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar promoção da saúde e de MEV se presença de fatores de risco para hipertensão e FRCV;</li><li>- Gerenciar rastreamento pelo menos a cada <b>2 anos</b>.</li></ul>
<p><b>Hipertensão Arterial</b></p> <p><b>Consultório:</b> 3 ou + medidas com PAS <math>\geq</math> 140 e/ou PAD <math>\geq</math> 90 mmHg;</p> <p><b>MRPA</b> - Média de PAS <math>\geq</math> 135 e/ou PAD <math>\geq</math> 85 mmHg;</p> <p><b>Resultado de MAPA</b> - Média ambulatorial de 24h PA <math>\geq</math> 130/80 mmHg.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para hipertensão e FRCV;</li><li>- Orientar a pessoa quanto ao risco aumentado para o desenvolvimento da HA e suas complicações;</li><li>- Promover o autocuidado e MEV;</li><li>- Gerenciar Acompanhamento de Rastreamento (<i>Screening</i>);</li><li>- Apraziar rastreamento <b>anual</b> se risco cardiovascular <b>baixo</b> ou <b>intermediário</b>;</li><li>- Encaminhar para consulta médica se risco cardiovascular <b>alto</b> ou <b>muito alto</b>.</li></ul>
<p><b>Hipertensão Arterial Secundária</b></p> <p>Presença de sinais e sintomas sugestivos de causas secundárias (quadro 17)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> para diagnóstico;</li><li>- Encaminhar para consulta médica imediata se sinais e sintomas de crise hipertensiva (consultar quadro 24);</li><li>- Monitorar Pressão Arterial;</li><li>- Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento.</li></ul>
<p><b>Hipertensão do Jaleco Branco (HJB)</b></p> <p>É a diferença <math>\geq</math> 20 mmHg na PAS e/ou 10 mmHg na PAD entre as medidas obtidas no consultório e fora dele, que em geral, não implica em instituição de tratamento medicamentoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> para investigação diagnóstica;</li><li>- Monitorar Pressão Arterial;</li><li>- Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento.</li></ul>
<p><b>Hipertensão Mascarada (HM)</b></p> <p>Ocorre quando os valores de consultório são normais, porém as medidas no domicílio, a história clínica e a presença de FRCV indicam HA.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Registrar o HJB no prontuário do usuário;</li><li>- Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para hipertensão e FRCV;</li><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> para avaliação e consideração de solicitação do MAPA;</li><li>- Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento;</li><li>- Monitorar Pressão Arterial.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Na suspeita dessa condição, encaminhar para <b>consulta médica</b> para avaliação e consideração de solicitação do MAPA.</li></ul>

Fonte: Malachias et al., 2016; Nobre et al., 2018; Williams et al., 2018; Brettler, 2019; Précoma et al., 2019.

**Quadro 17 - Principais causas de HA secundária e seus sinais/sintomas**

CAUSAS	SINAIS E SINTOMAS
SAHOS	Ronco, sonolência diurna, obesidade
Hiperaldosteronismo primário	Hipertensão resistente ao tratamento, hipopotassemia
Doença renal parenquimatosa	Fadiga, anorexia, edema, ureia e creatinina elevadas, proteinúria/hematúria
Doença renovascular	Sopro sistólico ou diastólico abdominal à ausculta, edema agudo de pulmão, alteração da função renal
Síndrome de <i>Cushing</i>	Ganho de peso, fadiga, hirsutismo, face em lua cheia, estrias purpúreas, obesidade central
Coarctação de aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, PA reduzida em MIs
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações
Hipotireoidismo	Hipertensão diastólica, fadiga, ganho de peso, perda de cabelo, fraqueza muscular
Hipertireoidismo	Hipertensão sistólica, intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, exoftalmia, tremores, taquicardia

Legenda: SAHOS - Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono.

Fonte: Malachias et al., 2016.

#### 4.1.2 Rastreamento da HA em crianças e adolescentes

A prevalência de HA em crianças e adolescentes dobrou nos últimos 20 anos, atribuída, principalmente, ao grande aumento da obesidade infantil. Recomenda-se medições **anuais** da PA para rastreamento da HA por método auscultatório, a partir dos **3 anos** (MALACHIAS et al., 2016; PRÉCOMA et al., 2019).

A HA é definida pelo percentil da PA em relação à idade, sexo e estatura. Em caso de alteração pressórica, confirmar níveis em pelo menos **três ocasiões diferentes**. Se confirmada a PA alterada, encaminhar para **avaliação médica** (MALACHIAS et al., 2016; PRÉCOMA et al., 2019). Para mais informações quanto ao procedimento e parâmetros para definição de alterações pressóricas na infância e adolescência, consultar *Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente*, do COREN-RS, disponível em <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeCriancaAdolescente.pdf>

#### 4.1.3 Rastreamento da HA na gestação

As síndromes hipertensivas na gestação (quadro 18) resultam em expressiva morbimortalidade materno fetal, e estão relacionadas a 20-25% de todas as causas de óbito materno (MALACHIAS et al., 2016). Para fins de rastreamento, a PA deve ser medida em todas as consultas de pré-natal. Considerar rastreio positivo para HA, gestantes com PAS  $\geq$  140 mmHg ou PAD  $\geq$  90 mmHg medida de maneira adequada, em pelo menos duas ocasiões com até 4h de intervalo ou PA



gravemente elevada com intervalo de 15 minutos (PAS  $\geq$  160 mmHg e/ou PAD  $\geq$  110 mmHg) (MALACHIAS et al., 2016; MELVIN; FUNAI, 2020; TELESSAÚDERS, 2019).

A detecção precoce e o manejo adequado são decisivos para os desfechos materno-fetais, uma vez que 10 a 50% das mulheres inicialmente diagnosticadas com hipertensão gestacional desenvolvem pré-eclâmpsia em uma a cinco semanas. A progressão de pré-eclâmpsia para pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, por sua vez, pode ocorrer rapidamente, em poucos dias (MELVIN; FUNAI, 2020).

#### Quadro 18 - Manejo das síndromes hipertensivas na gestação (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"><li>· Controle ineficaz da saúde</li><li>· Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</li><li>· Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz</li><li>· Perfusão tissular periférica ineficaz / Risco</li><li>· Risco de pressão arterial instável</li><li>· Volume de líquidos excessivo</li><li>· Risco de desequilíbrio eletrolítico</li><li>· Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico</li><li>· Risco de binômio mãe-feto perturbado</li><li>· Confusão aguda / Risco de</li><li>· Intolerância à atividade / Risco</li><li>· Dor aguda</li><li>· Náusea</li></ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>· Pressão Arterial Alterada</li><li>· Complicação durante a gestação</li><li>· Risco de complicação durante a gestação</li><li>· Risco de complicação durante o processo parturitivo</li><li>· Risco de complicações relacionadas com o parto</li></ul>



Quadro 18. Manejo das síndromes hipertensivas na gestação (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>HIPERTENSÃO GESTACIONAL</b></p> <p>Diagnóstico de HA com idade gestacional (IG) &gt; 20 semanas, na ausência de proteinúria e de sinais de lesão em órgão-alvo.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atentar para possibilidade de HJB;</li><li>- Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de <b>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b> se confirmadas as alterações pressóricas*;</li><li>- Apoiar o plano de cuidados com enfoque na adesão ao tratamento e MEV;</li><li>- Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e AAE;</li><li>- Atentar para presença de edema patológico de MIs (sinal de proteinúria e pré-eclâmpsia).</li></ul>
<p><b>HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA</b></p> <p>Diagnóstico de HA preexistente à concepção ou detectada com IG &lt; 20 semanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se idade &lt; <b>40 anos</b> com HA essencial <b>controlada</b> com apenas <b>UM</b> anti-hipertensivo, <b>SEM</b> presença de demais FRCV, <b>SEM</b> lesão em órgão-alvo e <b>SEM</b> fatores de risco adicionais à gestação, manter seguimento de <b>PN RISCO HABITUAL*</b> na APS;</li><li>- Todas as demais possibilidades da condição clínica configuram necessidade de encaminhamento para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de <b>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b>;</li><li>- Atentar para a possibilidade de pré-eclâmpsia sobreposta, definida por qualquer uma das seguintes condições a partir das 20 semanas de gestação: piora da proteinúria ou do controle pressórico, piora / resistência da HA e/ou sinais e sintomas de pré-eclâmpsia;</li><li>- Atentar para presença de edema patológico de Mis (sinal de proteinúria e pré-eclâmpsia);</li><li>- Monitorar PA;</li><li>- Promover adesão e MEV.</li></ul>



**Quadro 18. Manejo das síndromes hipertensivas na gestação (c)**

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>PRÉ-ECLÂMPSIA</b></p> <p>Hipertensão gestacional** associada a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Proteinúria (relação proteinúria/creatinúria <math>\geq 0,3</math> mg/dL; 300 mg ou mais em urina de 24h ou fita reagente <math>\geq 2+</math>)</li></ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Disfunção significativa de órgão-alvo com ou sem proteinúria após 20 semanas de gestação ou pós-parto</li></ul> <p>E/OU</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Qualquer um dos seguintes sintomas: cefaleia persistente ou grave, visão turva, escotomas, fotofobia, confusão mental, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispneia ou dor retroesternal.</li></ul> <p><b>ECLÂMPSIA</b></p> <p>Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para atendimento de <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA;</b></li><li>- Atentar para alto risco de eclâmpsia, definida como a ocorrência de crises tônico-clônicas ou coma.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para atendimento de <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA;</b></li></ul>

**Anotações:**

\*Em caso de história prévia de hipertensão gestacional com antecedentes de mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória entre outras), encaminhar para o PN de alto risco, independente dos níveis pressóricos e quadro atual.

\*\*PAS  $\geq 140$  mmHg ou PAD  $\geq 90$  mmHg detectada em duas ocasiões com pelo menos 4h de intervalo ou se PAS  $\geq 160$  mmHg ou PAD  $\geq 110$  mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente.

Fonte: SES/RS, 2018c; TelessaúdeRS, 2019; Melvin; Funai, 2020.

A maioria das mulheres com hipertensão gestacional irá normalizar seus níveis pressóricos entre a primeira e 12ª semana após o parto. Em caso de persistência da elevação da pressão arterial por período  $\geq 12$  semanas pós-parto, deve-se encaminhar a mulher para avaliação médica devido à provável atualização do diagnóstico de HA transitória da gestação para HA crônica (MELVIN; FUNAI, 2020).



## 4.2 ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM HA

As medidas terapêuticas iniciais para todas as pessoas com pré-hipertensão e HA serão MEV a partir da abordagem multiprofissional. Muitos usuários necessitarão ainda, de tratamento medicamentoso, iniciado pelo médico conforme risco cardiovascular e estágio da HA, no momento oportuno e com critérios clínicos (MALACHIAS et al., 2016; WILIAMS et al., 2018; BRETTLER, 2019).

Os medicamentos empregados para o tratamento são medicamentos de baixo custo, com efeitos colaterais limitados, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na APS (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). Seus mecanismos de ação, em suma, diminuem a resistência periférica, o volume sanguíneo ou a força e a frequência da contração miocárdica (MALACHIAS et al., 2016).

O não tratamento, e o não controle adequado dos níveis pressóricos, por sua vez, concorrem para distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, que representam maior risco de morte súbita, acidente vascular encefálico, demência, doença de Alzheimer, cegueira em pacientes com DM associado, IAM, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e DRC (MALACHIAS et al., 2016; WILIAMS et al., 2018; PRÉCOMA et al., 2019).

### Quadro 19 - Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com HA (a)

#### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ANAMNESE

- História atual – tempo de diagnóstico, FRCV; medicamentos em uso, reações adversas e demais aspectos relacionados à adesão;
- História familiar de HA, DM, DRC, DCV e DAC / morte prematura e/ou súbita;
- Estilo de vida e rotina do usuário;
- Espiritualidade (anexo 3) e contexto socioeconômico, incluindo rede de apoio e demais aspectos envolvidos na capacidade de autocuidado;
- Levantamento de queixas e necessidades em saúde atuais.

#### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - EXAME FÍSICO

- Estado geral;
- Avaliação neurológica com objetivo de busca precoce de distúrbios neurológicos e declínio cognitivo. Recomenda-se uso de instrumentos de avaliação cognitiva como o Mini-Exame do Estado Mental (disponível em <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>);
- Inspeção da face, pele e pelos e inspeção e palpação da glândula tireoide;
- Ausculta cardíaca e respiratória;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Aferir PA – na primeira consulta, deve-se aferir a pressão arterial com a pessoa sentada (também de pé, se suspeita de hipotensão ortostática\*), em ambos os braços, e considerar a média pressórica para classificação da HA. Nas consultas subsequentes, padronizar a medida no braço que apresentou a maior leitura;
- Avaliação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. Atentar para retardamento ou redução de pulsos femorais como sinais sugestivos de coarctação da aorta;
- Avaliação do estado nutricional: peso e altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal.



## Quadro 19. Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com HA (b)

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

TAXONOMIA NANDA	TAXONOMIA CIPE
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estilo de vida sedentário</li><li>• Comportamento de saúde propenso a risco</li><li>• Controle ineficaz da saúde</li><li>• Disposição para controle da saúde melhorado</li><li>• Controle da saúde familiar ineficaz</li><li>• Manutenção ineficaz da saúde</li><li>• Disposição para nutrição melhorada</li><li>• Obesidade</li><li>• Sobrepeso / Risco</li><li>• Volume de líquidos excessivo</li><li>• Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico</li><li>• Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</li><li>• Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz</li><li>• Perfusão tissular periférica ineficaz / Risco</li><li>• Risco de pressão arterial instável</li><li>• Disposição para conhecimento melhorado</li><li>• Ansiedade</li><li>• Enfrentamento familiar incapacitado</li><li>• Sobrecarga de estresse</li><li>• Risco de infecção</li><li>• Risco de tromboembolismo venoso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adesão a / Não adesão a tratamento</li><li>• Ambivalência</li><li>• Ansiedade</li><li>• Angústia espiritual</li><li>• Apoio familiar / Falta de apoio familiar</li><li>• Audição prejudicada</li><li>• Autoeficácia - baixa ou alta</li><li>• Capaz de Executar o Autocuidado/Déficit de autocuidado</li><li>• Comportamento de busca de saúde</li><li>• Cognição prejudicada</li><li>• Continuidade do cuidado Ineficaz/ Eficaz</li><li>• Crença – cultural, de saúde, espiritual, religiosa</li><li>• Dificuldade de enfrentamento</li><li>• Disposição (ou Prontidão) para – (Ex: tomada de decisão, Abandono de Tabagismo, MEV, autocuidado)</li><li>• Efeito colateral da medicação</li><li>• Humor deprimido</li><li>• Pressão Arterial, Alterada</li><li>• Polifármacos (ou Polifarmácia)</li><li>• Manutenção da saúde prejudicada</li><li>• Negação sobre / Aceitação da condição de saúde</li><li>• Renda inadequada</li><li>• Risco de Condição Psicossocial prejudicada</li></ul>

### CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar anamnese e exame físico completos na primeira consulta e direcioná-los nas consultas subsequentes conforme necessidades em saúde e etapa do plano de cuidados;
- Classificar estágio da HA utilizando as médias pressóricas da consulta em associação às médias no domicílio ou Unidade de Saúde, se disponíveis;
- Estratificar risco cardiovascular conforme indicações deste protocolo (Ver item 3.2);
- Solicitar exames de rotina conforme indicações deste protocolo (Ver item 3.3);
- Avaliar a habilidade e a capacidade para o autocuidado;
- Apoiar autocuidado;
- Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HA;
- Avaliar entendimento e orientar usuário e/ou cuidador acerca da patologia, sintomas, tratamento e automonitoramento conforme indicações deste protocolo;
- Iniciar e/ou atualizar plano conjunto de cuidados, centrado na pessoa e em sua rede de apoio;
- Apoiar processo de tomada de decisão;
- Promover MEV;
- Realizar abordagem integrada dos FRCV;
- Oferecer suporte para reabilitação e limitação das incapacidades produzidas por complicações da doença, quando já instaladas;
- Monitorar metas de controle;
- Monitorar peso e estado nutricional;
- Realizar reforço positivo frente a resultados desejáveis em saúde;
- Pactuar retornos com equipe multiprofissional de acordo com o plano de cuidados e estrato de risco do usuário;
- Encaminhar para consulta médica na presença de anormalidades no exame físico, da necessidade de manutenção do tratamento prescrito ou conforme demais indicações deste protocolo.

Fonte: Brasil, 2013a; WHO, 2013; Brasil, 2014; Malchias et.al., 2016; Brettler, 2019; Précoma et al., 2019.



#### 4.2.1 Classificação da HA e metas para controle

Os valores dos níveis pressóricos em conjunto com a estratificação de risco cardiovascular e condição clínica do usuário irão definir a classificação do estágio da HA e as metas para controle individualizadas (quadro 20), devendo ser reavaliados em cada consulta médica e de Enfermagem (MALACHIAS et al., 2016; WILLIAMS et al., 2018).

O Enfermeiro deve encaminhar o usuário com HA ao médico para manutenção do tratamento sempre que o monitoramento das metas de controle, a avaliação dos níveis de adesão e da capacidade de autocuidado indicarem essa necessidade.

**Quadro 20 - Classificação da HA e metas para controle dos níveis pressóricos**

Classificação*	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Risco cardiovascular	Meta PAS (mmHg)	Meta PAD (mmHg)
Estágio 1	140-159	90-99	Baixo Intermediário	< 140	< 90
			Alto Muito Alto	< 130	< 80**
Estágio 2	160 - 179	100-109	Baixo Intermediário	< 140	< 90
			Alto Muito Alto	< 130	< 80**
Estágio 3	≥ 180	≥ 110	Qualquer risco	< 140	< 90

#### Anotações:

\*Quando a PAS e a PAD estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo igualmente ser classificada em estágios 1, 2 e 3. Atentar que as médias pressóricas oriundas do Monitoramento Residencial da PA (MRPA) podem ser utilizadas para a classificação, desde que, reduzindo 5 mmHg em relação aos parâmetros acima para contemplar a diferença das medidas de consultório.

\*\*Usuários com DAC manifesta não devem ficar com média pressórica < 120/70 mmHg, particularmente, com a PAD < 60 mmHg, pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares.

Fonte: Malachias et al., 2016; Williams et al., 2018; Brettler et al., 2019; Précoma et al., 2019.

Em idosos acima de **80 anos** e/ou pessoas com multimorbidades e dificuldades importantes de autocuidado, médias de **PAS < 150 mmHg** podem ser admitidas. Para pessoas com **DM**, recomenda-se metas de **PA < 130/80 mmHg**, exceto se intolerância, nos quais metas abaixo de **140/80 mmHg** são razoáveis (WILLIAMS et al., 2018; BRETTLER et al., 2019; PRÉCOMA et al., 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).



#### 4.2.2 Indicações para monitoramento da pressão arterial na unidade de saúde e no domicílio

O monitoramento da PA pode ser recomendado tanto para confirmação diagnóstica quanto para o acompanhamento da pessoa com HA (CAPUCCIO et al., 2004; MALACHIAS et al., 2016; NOBRE et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018; BASILE; BLOCH, 2019). Na unidade de saúde, a equipe de Enfermagem deverá estar atenta aos cuidados à técnica correta para a aferição da PA (quadro 21), bem como ciente dos padrões atualizados de níveis pressóricos considerados anormais (BRASIL, 2013a).

Para medidas no domicílio, o usuário e/ou cuidador devem ser orientados e treinados pela equipe de Enfermagem quanto a esses mesmos cuidados, ressaltando-se o uso de aparelhos automáticos de braço validados e calibrados, anualmente. Cabe destacar que os dispositivos de pulso são desaconselhados por realizarem estimativas e não medidas exatas da PA (MALACHIAS et al., 2016; NOBRE et al., 2018; NEREMBERG et al., 2018).

##### Quadro 21 - Cuidados de Enfermagem para a Aferição da PA em consultório (a)

Disponibilizar ambiente calmo e tranquilo. Em caso de grande movimentação na Unidade de Saúde, analisar com cautela os níveis pressóricos aferidos;

Orientar o procedimento ao usuário e mantê-lo em repouso mínimo de 3 a 5 min;

Certificar-se do preparo adequado do usuário para que este esteja com a bexiga vazia, sem ter praticado atividade física nos últimos 60 min, não ter ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou não ter fumado nos últimos 30 min;

Utilizar esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos, desde que devidamente validados e calibrados conforme exigências do INMETRO;

Atentar para hiato auscultatório em idosos e pessoas com DM, se aferição com aparelho manual;

Indicar posição sentada, com as costas apoiadas, pernas descruzadas, pés apoiados no chão;

Posicionar o braço na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e as roupas sem garrotear o membro;

Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano e selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço ou, na indisponibilidade deste, realizar as devidas correções (disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>, pág. 19).



#### Quadro 21. Cuidados de Enfermagem para a Aferição da PA em consultório (b)

Posicionar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem folgas;

Orientar o usuário a não falar durante o procedimento;

Aferir em um primeiro contato a PA nos dois braços, com intervalo de 1 a 2 min cada, e utilizar o braço de maior valor no seguimento. Atentar para presença de esvaziamento axilar unilateral, em que deve-se realizar o procedimento no braço contralateral pelo risco de linfedema;

Na suspeita ou confirmação de HA secundária à coarctação da aorta ou na presença de mastectomia com esvaziamento axilar direito e esquerdo, realizar a medida nos MIs. O usuário deve estar na posição deitada, com o manguito colocado na região da panturrilha cobrindo pelo menos 2/3 da distância entre o joelho e o tornozelo;

Na suspeita de hipotensão ortostática - idosos, diabéticos, com neuropatia autonômica e naqueles em uso de medicação anti-hipertensiva - medir a PA também com o usuário em pé, após 3 minutos da medida de braço.

Fonte: Malachias et al., 2016; Nobre et al., 2018; Neremberg et al., 2018.

Independente do método, imprecisões na aferição da PA podem levar a sobrediagnósticos, classificação incorreta do estágio da HA e uma conseqüente prescrição médica ou manutenção inadequada de medicamentos anti-hipertensivos (MALACHIAS et al., 2016; WILLIAMS et al., 2018). Logo, a prática do monitoramento da PA no domicílio ou na Unidade de Saúde deve ser estimulada sendo parte integrante do plano de cuidados do usuário, considerando sua capacidade de autocuidado e de acordo com protocolos específicos por períodos determinados (CAPUCCIO et al., 2004; NOBRE et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018; BASILE; BLOCH, 2019). As indicações conforme método de escolha encontram-se no quadro a seguir.



## Quadro 22 - Indicações para monitoramento da PA conforme método de escolha

MÉTODO	INDICAÇÕES	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>AMPA - Automedida da PA</b> Medidas ocasionais da PA, sem protocolo preestabelecido, por decisão do usuário ou do profissional.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Automanejo em situações de queixas sugestivas de alterações agudas da PA;</li><li>- Não deve ser o método de escolha para monitoramento das metas de controle.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Treinar e revisar a técnica adequada junto ao usuário /cuidador, sistematicamente;</li><li>- Orientar parâmetros anormais e condutas relacionadas;</li><li>- Reforçar MRPA como método de escolha para monitoramento das metas pressóricas.</li></ul>
<b>MRPA - Monitoramento Residencial da PA</b>  Modalidade realizada no domicílio pelo usuário com as devidas instruções (apêndice 2), durante <b>5 a 7 dias</b> . A conclusão se dará a partir da média total das 24 medidas, sendo aceito a partir de 14 registros, excluindo-se as medidas das primeiras 24h de controle.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Método recomendado para monitoramento das metas pressóricas;</li><li>- Avaliação da resposta ao ajuste de doses de anti-hipertensivos e a MEV;</li><li>- Suspeita de dificuldades de controle e/ou oscilações pressóricas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar MRPA sempre na <b>semana anterior à consulta</b> programada;</li><li>- Pode-se associar ao monitoramento na Unidade de Saúde ou AMPA com <b>1 medida semanal por 14 dias</b>;</li><li>- Treinar e revisar a técnica adequada junto ao usuário /cuidador, sistematicamente;</li><li>- Orientar parâmetros anormais e condutas relacionadas.</li></ul>
<b>Medida de consultório / na Unidade de Saúde</b> Consiste na aferição da PA pelos profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consultas de rotina;</li><li>- Avaliar resposta ao ajuste de doses de anti-hipertensivos, a MEV;</li><li>- Suspeita de dificuldades de controle e/ou oscilações pressóricas;</li><li>- Na <b>indisponibilidade do MRPA</b>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Solicitar monitoramento <b>semanal por 14 a 30 dias</b>, conforme objetivo e data de retorno em consulta;</li><li>- Orientar que, uma vez estabilizada, a PA deverá ser verificada, pelo menos a cada <b>6 a 12 meses</b>. Nesse caso, podendo ser aferida apenas nas consultas de rotina e na presença de queixas/alterações agudas;</li><li>- Educação permanente da equipe de Enfermagem para técnica adequada da aferição da PA (quadro 21) e parâmetros atualizados de alteração;</li></ul>

Fonte: Stergiou; Bliziotis ,2011; Kaufmann, 2018; Nobre et al., 2018; Basile; Bloch, 2019; Nice (2019); Roerecke; Kaczorowski; Myers, 2019; Pappaccogli et al., 2019.

### 4.2.3 Principais exames de rotina

A investigação laboratorial básica e de exames complementares no acompanhamento do usuário vivendo com HA terá por objetivo detectar lesões subclínicas ou clínicas em órgãos-alvo, fornecer subsídios para melhor estratificação de risco cardiovascular, identificar FRCV e investigar doenças associadas (MALACHIAS et al., 2016; WILLIAMS et al., 2018). Além disso, os exames



fornecem informações úteis sobre a resposta ao tratamento, que podem não ser evidenciados apenas através da história e exame físico, isoladamente (FLORIANÓPOLIS, 2020).

Cabe ressaltar que a solicitação destes exames delimitam-se às indicações do presente protocolo de Enfermagem, e que, alterações em seus resultados deverão ser avaliadas e, quando recomendado, discutidas e compartilhadas em consulta médica ou via interconsulta. Em caso de exames recentes e sem novos eventos clínicos no período, considerar os últimos resultados disponíveis.

**Quadro 23 - Principais exames de rotina para acompanhamento do usuário vivendo com Hipertensão (a)**

Exame	Indicações / Considerações	Periodicidade
<b>GLICEMIA DE JEJUM (GJ)</b>	- Identificar fatores de risco adicionais de pré-diabetes e DM2. Para mais informações, consulte rastreamento do DM.	<b>Anual</b>
<b>PERFIL LIPÍDICO</b> Colesterol total, HDL. Triglicerídeos	- Rastreamento e acompanhamento de dislipidemias e Síndrome Metabólica. Para mais informações, consultar item " <i>Manejo das alterações lipídicas</i> ".	<b>Anual</b> ou Aos <b>3 e 6 meses</b> após início de hipolipemiante ou manutenção de doses. Após correção, <b>anual</b>
<b>POTÁSSIO (K+)</b>	- Monitorar função renal e equilíbrio ácido básico; - Níveis elevados de K+ podem estar relacionados a IAM e Insuficiência renal; - Monitoramento pelo risco de hipopotassemia ser evento adverso do uso de diuréticos e/ou Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA).	<b>Anual</b>
<b>ÁCIDO ÚRICO</b>	- Indicado apenas para monitoramento do risco de hiperuricemia por uso de diuréticos e/ou IECA.	<b>Anual</b>



**Quadro 23. Principais exames de rotina para acompanhamento do usuário vivendo com Hipertensão (b)**

Exame	Indicações / Considerações	Periodicidade
<b>CREATININA SÉRICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rastreamento da DRC.</li><li>- Utilizada para calcular a <b>TFG (CKD-EPI)</b>. Para conduta e seguimento, consultar item "<i>Rastreamento da Doença Renal Crônica</i>";</li><li>- Taxas podem estar elevadas no mau controle ou no diagnóstico inicial da HA.</li></ul>	<b>Anual</b>  Repetir em <b>3 meses</b> se TFG alterada
<b>EXAME SUMÁRIO DE URINA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rastreamento de proteinúria ou hematúria;</li><li>- Glicosúria pode indicar DM2 não diagnosticada ou mau controle glicêmico em usuários com DM.</li></ul>	<b>Anual</b>
<b>ALBUMINA EM AMOSTRA ISOLADA DE URINA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Indicado apenas se proteinúria no exame sumário de urina, na suspeita ou confirmação de síndrome metabólica e/ou se DM associado;</li><li>- Para conduta e seguimento, consultar item "<i>Rastreamento da Doença Renal Crônica</i>".</li></ul>	<b>Anual</b>  Repetir em <b>3 meses</b> se alteração.
<b>ECG DE REPOUSO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rastreamento de Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE) e demais alterações cardíacas.</li></ul>	<b>Anual</b>

**Legenda:** IECA – Inibidores da Enzima conversora de angiotensina; TFG – Taxa de filtração glomerular; HA – Hipertensão arterial; SM – Síndrome Metabólica; DRC – Doença renal crônica; DM2 – Diabetes *mellitus* tipo 2; HVE – Hipertrofia de ventrículo esquerdo.

**Anotações:**

\*Além dos exames citados, atentar para a necessidade de avaliação oftalmológica em que o usuário deverá ser encaminhado à consulta médica para direcionamento ao especialista ou para triagem por telemedicina, se disponível.

Fonte: Brasil, 2015; Florianópolis, 2020; Malachias et al., 2016; Paraná, 2018; Waheed, 2018; Bakris, 2019; Hearts, 2019; leehey; Moinuddin, 2019; Précoma et al., 2019.



### 4.3 QUEIXAS MAIS COMUNS EM HIPERTENSÃO

As queixas mais comuns em HA consistem nas crises hipertensivas ou em episódios de hipotensão. A prevenção, o reconhecimento e o manejo adequado desses eventos em tempo oportuno é fundamental para melhores desfechos em saúde e redução da morbimortalidade (BRASIL, 2014).

#### 4.3.1 Manejo das crises hipertensivas

O aumento dos níveis pressóricos como evento agudo é uma das demandas mais comuns no atendimento à demanda espontânea no dia a dia das equipes e merece especial atenção, uma vez que está relacionado a piores desfechos cardiovasculares. Sua ocorrência representa oportunamente a necessidade de reavaliar o acompanhamento ou de inserir o usuário em um projeto terapêutico mais efetivo (BRASIL, 2013c; MALACHIAS et al., 2016).

#### Quadro 24 - Manejo das crises hipertensivas (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risco de pressão arterial instável</li><li>• Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</li><li>• Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz</li><li>• Dor aguda</li><li>• Confusão aguda / Risco</li><li>• Ventilação espontânea prejudicada</li><li>• Intolerância à atividade / Risco de</li></ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pressão Arterial Alterada</li><li>• Risco de Função Cardíaca, Prejudicada</li><li>• Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada</li></ul>



## Quadro 24. Manejo das crises hipertensivas (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Emergência Hipertensiva</b> Elevação aguda da PA associada a sinais/sintomas de alerta: alterações do nível de consciência, perda de força motora, alterações visuais, de fala e da face, convulsões, dor precordial, dispneia, cianose ou saturação <math>\leq 90\%</math>, bradicardia (FC <math>\leq 50</math> bpm) ou taquicardia (FC <math>\geq 120</math> bpm).</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para <b>atendimento médico imediato</b>;</li><li>- Atentar para a administração do Captopril por via oral, se necessário (conforme prescrição médica), uma vez que sua apresentação comercial não prevê absorção sublingual e não há benefícios comprovados que a justifiquem.</li></ul>
<p><b>Urgência Hipertensiva (UH)</b> Elevação da PA estágio 2 e/ou PAD <math>\geq 120</math> mmHg, em usuários com risco de evolução para lesão em órgão-alvo, com sintomas menos graves.</p> <p>Sinais e sintomas de desconforto, dor moderada em região occipital, dor torácica moderada.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> pela necessidade de reestabelecer controle pressórico em <b>24-48h</b>;</li><li>- Atentar para a administração do Captopril por via oral, se necessário (conforme prescrição médica), uma vez que sua apresentação comercial não prevê absorção sublingual e não há benefícios comprovados que a justifiquem;</li><li>- Pactuar retorno em até <b>7 dias</b> após estabilização do quadro para revisão do plano de cuidados.</li></ul>
<p><b>Pseudocrise hipertensiva</b> Elevação da PA associada a sintomas relatados pelo usuário que não permitem estabelecer relação causal entre a hipertensão e a manifestação do desconforto.</p> <p>Relato de ansiedade, situação estressante recente, dor leve/crônica ou cefaleia.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a intensidade dos sintomas e necessidade de consulta médica do dia;</li><li>- Realizar escuta acolhedora;</li><li>- Avaliar sinais e sintomas de sofrimento psíquico;</li><li>- Identificar condições que possam ter desencadeado o aumento da PA;</li><li>- Promover conforto;</li><li>- Prescrever, se dor: <b>Paracetamol 500 mg</b> 1 comprimido via oral de até 6/6h <b>OU</b> <b>Dipirona 500 mg</b> 1 comprimido via oral de até 6/6h e reavaliar em até 3 dias;</li><li>- Atentar para a contraindicação relativa do uso de Ibuprofeno pela sua influência na elevação da pressão arterial;</li><li>- Realizar rastreamento da HA se não houver diagnóstico médico prévio da doença;</li><li>- Pactuar retorno em até 3 dias para reavaliação.</li></ul>
<p><b>Elevação eventual da PA</b> Alteração dos níveis pressóricos sem queixas e sem sinais de gravidade, apresentando-se, geralmente, como um achado nas verificações de rotina da US.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar e abordar condições que possam ter desencadeado o aumento da PA como dificuldades de adesão / autocuidado;</li><li>- Conduzir consulta de enfermagem de rastreamento ou de acompanhamento se diagnóstico prévio de HA;</li><li>- Revisar histórico de saúde e plano de cuidados;</li><li>- Solicitar MRPA, ou, na indisponibilidade deste, monitoramento de PA na US;</li><li>- Solicitar exames de rotina, se indicados;</li><li>- Pactuar retorno em até 14 dias.</li></ul>

Fonte: Brasil, 2013c; Porto Alegre, 2015; Malachias et al., 2016.



### 4.3.2 Manejo da Hipotensão

A hipotensão constitui um quadro que pode ser relatado em consultas de rotina, mas, dificilmente apresenta-se como situação de urgência, sendo um evento de caráter, em geral, transitório. Sua ocorrência está relacionada, na maioria das vezes, ao uso exacerbado de determinados anti-hipertensivos, à neuropatia diabética, à doença vascular periférica, à síncope vasovagal ou à hipotensão postural na população idosa, com risco associado de quedas (CAPUCCIO et al., 2004; KAUFMANN, 2018).

**Quadro 25 - Manejo da Hipotensão (a)**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risco de pressão arterial instável</li><li>• Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</li><li>• Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz</li><li>• Risco de choque</li><li>• Confusão aguda / Risco de</li><li>• Intolerância à atividade / Risco de</li><li>• Risco de queda</li></ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipotensão</li><li>• Risco de Efeito Colateral da Medicação</li><li>• Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada</li><li>• Risco de Lesão por Queda</li></ul>



## Quadro 25. Manejo da Hipotensão (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Hipotensão absoluta</b> Geralmente PAS &lt; 90 mmHg ou pressão arterial média &lt; 65 mmHg (<math>PAM = [(2 \times PAD) + PAS / 3]</math>) com taquipneia, taquicardia e sinais de alteração do nível de consciência.</p> <p>Hipotensão relativa Queda abrupta na PAS &gt; 40 mmHg acompanhada de sintomas como tontura, fraqueza, desfoque visual ou escurecimento dos campos visuais.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para <b>atendimento médico imediato</b>.</li><li>- Recomendar a ingestão de dois copos de água (<b>480 ml</b>) em até <b>5 minutos</b> para reversão do quadro. Orientar essa medida também para o manejo da hipotensão no domicílio ou na rua;</li><li>- Encaminhar para <b>atendimento médico</b> se hipotensão persistente;</li><li>- Revisar plano de cuidados com enfoque nos fatores desencadeantes da hipotensão e encaminhar ao médico para manutenção do tratamento se quadro recorrente de hipotensão sintomática;</li><li>- Orientar medidas de prevenção como levantar-se sempre lentamente, principalmente, pela manhã, realizar atividade física, manter alimentação balanceada, hidratação adequada (1,5 a 3 L de água por dia), evitar o superaquecimento e manter acompanhamento regular com a equipe de saúde;</li><li>- Orientar procurar a unidade de saúde para atendimento médico sempre que hipotensão persistente sem sinais de gravidade ou serviço de emergência na presença de alteração grave do nível de consciência.</li></ul>
<p><b>Hipotensão ortostática</b> Queda na PAS &gt; 20 mmHg ou na PAD &gt; 10 mmHg em pé.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aferir PA na posição sentada e em pé, a partir do risco de ou na suspeita de hipotensão ortostática;</li><li>- Encaminhar para atendimento médico se hipotensão persistente;</li><li>- Orientar medidas de prevenção como levantar-se sempre lentamente, principalmente, pela manhã, realizar atividade física, manter alimentação balanceada, hidratação adequada (1,5 a 3 L de água por dia), evitar o superaquecimento e manter acompanhamento regular com a equipe de saúde;</li><li>- Revisar plano de cuidados e encaminhar ao médico para manutenção do tratamento se quadro recorrente de hipotensão sintomática.</li></ul>

Fonte: Malachias et al., 2016; Gaieski; Mikkelsen, 2020.



## 5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS

Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>17</sup>

Janilce Dorneles de Quadros<sup>18</sup>

Tainá Nicola<sup>19</sup>

Thais Mirapalheta Longaray<sup>20</sup>

Carlíce Maria Scherer<sup>21</sup>

Daniel Soares Tavares<sup>22</sup>

Vanessa Romeu Ribeiro<sup>23</sup>

Fábio Meller da Motta<sup>24</sup>

O diabetes *mellitus* (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por **hiperglicemia persistente**, decorrente de deficiência na produção de insulina e/ou na sua ação, de etiologia complexa e multifatorial, que envolve componentes genéticos, imunológicos e ambientais de origem ainda não completamente esclarecida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Subdivide-se em **diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1)**, **diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2)** e **diabetes *mellitus* gestacional (DMG)**, descritos a seguir. Este protocolo abordará com maior ênfase o DM2 por configurar 90 a 95% dos casos de DM e estar associado a maior carga de doenças cardiovasculares no Brasil (GBD, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os sinais e sintomas característicos da suspeita de DM são poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Sintomas mais inespecíficos como prurido vulvar ou cutâneo, visão turva e fadiga também podem estar presentes. Esses sinais são mais agudos no DM1, podendo evoluir para cetose, desidratação e acidose metabólica. Embora estes sinais e sintomas possam ocorrer no DM2, seu início é normalmente insidioso, levando frequentemente ao diagnóstico tardio a partir da apresentação de uma complicação (BRASIL, 2013b).

Cabe ao Enfermeiro, como integrante da equipe de APS, a identificação dos fatores de risco e rastreamento do DM, o acompanhamento da pessoa vivendo com DM, assim como a prevenção e a participação na detecção precoce de suas potenciais complicações (BRASIL, 2013b). As

---

17Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

18Enfermeira. Especialista. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

19Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS

20Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

21Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

22Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

23Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande

24Enfermeiro. Especialista. Coren-RS



intervenções de Enfermagem devem ter enfoque na promoção do autocuidado, da adesão medicamentosa e às MEV, a partir da abordagem centrada na pessoa e em sua rede de apoio (BRASIL, 2014; MENDES, 2019).



## 5.1 RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS

As indicações e condutas específicas para o rastreamento baseiam-se na idade e no tipo de diabetes em investigação. Independente do tipo de DM, a consulta de Enfermagem deve nortear-se pelo roteiro a seguir (BRASIL, 2013b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; PRÉCOMA et al., 2019):

- Realizar anamnese da história familiar e pessoal, com enfoque na identificação dos fatores de risco para DM, FRCV, necessidades em saúde e hábitos de vida do usuário;
- Identificar sinais e sintomas de gravidade como náuseas, vômitos, dor abdominal, alterações do nível de consciência que podem evoluir ao coma e morte. Na presença destes, encaminhar para consulta médica imediata;
- Exame físico: Glicemia capilar conforme indicações deste protocolo; aferir PA, frequência cardíaca e respiratória; peso e altura para cálculo do IMC e medida da circunferência abdominal;
- Cálculo de risco cardiovascular a partir de história clínica, exame físico e solicitação/interpretação de exames, conforme fluxograma 1;
- Promoção do autocuidado e de MEV;
- Solicitar exames de rastreamento conforme indicações deste protocolo;
- Pactuar retorno com resultados para gerenciamento do rastreamento (*screening*).

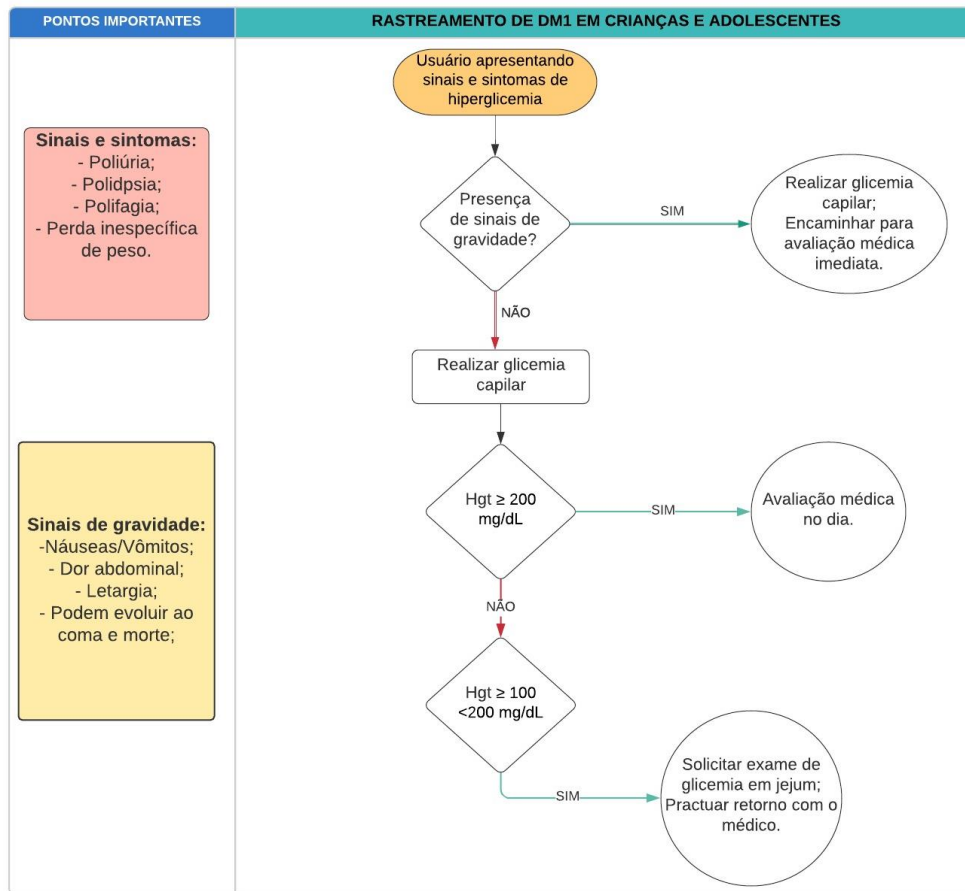
### 5.1.1 Diabetes Mellitus tipo 1 – DM1

O DM1 é uma das doenças crônicas mais comuns na infância, caracterizada pela destruição autoimune das células  $\beta$  pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Geralmente, as crianças e adolescentes apresentam na ocasião da investigação os sinais e sintomas clássicos de hiperglicemia acentuada - poliúria, polidipsia, polifagia, noctúria e perda de peso inexplicada - e cetoacidose diabética (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; LEVITSKY; MISRA, 2020).

O rastreamento é demonstrado pela hiperglicemia a partir de glicemia ao acaso  $> 200$  mg/dL e na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia descritos acima. A confirmação diagnóstica se dará a partir dos mesmos parâmetros de DM2 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Em caso de confirmação da alteração glicêmica, esse usuário deve ser encaminhado para consulta médica com brevidade. A maioria dos casos será manejada prioritariamente por uma equipe da AAE e compartilhado o cuidado com a equipe de APS (TELESSAÚDERS, 2018a).

### Fluxograma 3 - Rastreamento do DM1 em crianças e adolescentes



Fonte: Inzicchi; Lupsa, 2020; American Diabetes Association, 2020; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; TelessaúdeRS, 2018b.

#### 5.1.2 Diabetes Mellitus tipo 2 - DM2 em adultos

O DM2 tem início geralmente insidioso e caracteriza-se pela perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina, estando diretamente relacionado aos hábitos de vida. Em torno de 80 a 90% dos casos de DM2 associam-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica. Indivíduos com DM2, diferentemente do DM1, podem apresentar níveis de insulina normais ou elevados na tentativa de regular os estados de hiperglicemia, porém, com o passar do tempo a secreção de insulina torna-se insuficiente para compensar a resistência dos tecidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Em decorrência dessas características, o **rastreamento** tem grande importância para a saúde pública em termos de diagnóstico precoce do DM e da condição de pré-diabetes em indivíduos assintomáticos. Deve ser realizado em todos os usuários com tuberculose, hanseníase, idade igual ou superior a **45 anos** ou em qualquer idade a partir dos 18 anos **excesso de peso** e **um ou mais dos seguintes fatores de risco** (O'CONNOR; SPERL-HILLEN, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; ROBERTSON, 2020):



**Principais fatores de risco para DM2 em adultos:**

- Ascendência não branca;
- História familiar de DM (familiar de primeiro grau);
- Avançar da idade;
- Diagnóstico prévio de pré-diabetes ou DMG;
- Hipertensão Arterial;
- Doença cardiovascular;
- HDL-c < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL;
- Sobrepeso / obesidade;
- Sedentarismo;
- Síndrome de ovários policísticos;
- Acantose nigricans;
- Uso de corticoides, antirretrovirais, diuréticos tiazídicos ou antipsicóticos.

O diagnóstico baseia-se na avaliação laboratorial de hiperglicemia, a partir da solicitação de exame **glicemia de jejum (GJ)**, **hemoglobina glicada (HbA1c)** e/ou **Teste oral de tolerância à glicose 75 g (TOTG)**, cujos parâmetros e condutas relacionadas são descritos no quadro 26 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

**Quadro 26 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM**

	<b>Glicemia em jejum (mg/dL)</b>	<b>Glicemia 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)</b>	<b>Glicemia ao acaso (mg/dL)</b>	<b>HbA1c (%)</b>
<b>Normoglicemia</b>	< 100	< 140	-	<5,7
<b>Pré-diabetes ou risco aumentado para DM*</b>	≥ 100 e < 126	≥ 140 e < 200	-	≥ 5,7 e < 6,5
<b>Diabetes estabelecido**</b>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas clássicos de hiperglicemia	≥ 6,5

\*Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.

\*\*Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes. Se a segunda medida apresentar níveis abaixo do limiar diagnóstico, repetir a coleta em **3 a 6 meses**.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.



**Quadro 27 - Rastreamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em adultos**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	Risco de glicemia instável Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico

CIPE

- Crise de saúde aguda
- Hiperglicemia

CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Normoglicemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para DM e FRCV;</li> <li>- Estratificar risco cardiovascular;</li> <li>- Orientar o usuário quanto ao risco aumentado para o desenvolvimento do DM e suas complicações;</li> <li>- Promover o autocuidado e MEV;</li> <li>- Realizar reforço positivo frente a hábitos e resultados desejáveis em saúde;</li> <li>- Gerenciar rastreamento a cada <b>3 anos</b> ou menos conforme risco cardiovascular.</li> </ul>
Pré-Diabetes ou risco aumentado para DM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para DM e FRCV;</li> <li>- Estratificar risco cardiovascular;</li> <li>- Orientar o usuário quanto ao risco aumentado para o desenvolvimento do DM e suas complicações;</li> <li>- Realizar promoção da saúde e de MEV;</li> <li>- Gerenciar rastreamento <b>anual</b>;</li> <li>- Encaminhar ao médico se até em <b>1 ano</b> as MEV não forem bem sucedidas.</li> </ul>
Diabetes Mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> para confirmação diagnóstica;</li> <li>- Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento.</li> </ul>

Fonte: O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020; Robertson, 2020.

### 5.1.3 DM2 em crianças e adolescentes

Na última década, a incidência e prevalência de DM2 em crianças e adolescentes tem aumentado drasticamente. Apesar de serem comumente assintomáticos ou oligossintomáticos por longos períodos, a solicitação de exames de rotina para diagnóstico não é recomendada, exceto na presença de **excesso de peso / obesidade** associado a **um ou mais** dos seguintes **fatores de risco** (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; LAFFEL; SVOREN, 2020):



**Principais fatores de risco para DM2 em crianças e adolescentes:**

- Sexo feminino;
- Excesso de peso ou obesidade;
- História materna de Diabetes *Mellitus* Gestacional durante sua gestação;
- História familiar de DM2 em familiares de 1º ou 2º grau;
- Ascendência não branca;
- Sinais de resistência à insulina ou condições associadas à resistência à insulina: acantose nigricans, hipertensão, dislipidemia, síndrome de ovários policísticos ou recém-nascido pequeno para a idade gestacional.

Nestes casos, a **GJ** deve ser o teste de escolha para o rastreamento e os parâmetros de interpretação serão os mesmos preconizados para adultos (quadro 26) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; LAFFEL; SVOREN, 2020). Embora o cuidado a partir do diagnóstico seja idealmente gerenciado pela AAE, as equipes de APS possuem papel fundamental na prevenção da obesidade infantil, no diagnóstico precoce do DM e na coordenação do cuidado daqueles em tratamento (TELESSAÚDERS, 2018b; LAFFEL; SVOREN, 2020).

**Quadro 28 - Manejo do DM2 em crianças e adolescentes (a)**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"><li>● Risco de glicemia instável</li><li>● Obesidade</li><li>● Sobrepeso / Risco de</li><li>● Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico</li><li>● Controle ineficaz da saúde</li><li>● Comportamento de saúde propenso a risco</li><li>● Controle da saúde familiar ineficaz</li></ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>● Hiperglicemia</li><li>● Obesidade</li><li>● Sobrepeso</li><li>● Papel Parenteral (Eficaz/ Ineficaz)</li><li>● Risco de Condição Psicossocial, Prejudicada</li><li>● Sono (Adequado/ Inadequado)</li></ul>



Quadro 28. Manejo do DM2 em crianças e adolescentes (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Normoglicemia</b> GJ < 100 mg/dL	- Promover hábitos de vida saudáveis; - Monitorar dados antropométricos e realizar manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes (consultar quadro 4).
<b>Pré-diabetes</b> GJ ≥ 100 < 126 mg/dL	- Encaminhar à <b>consulta médica</b> para diagnóstico; - Pactuar seguimento com enfermeiro; - Promover hábitos de vida saudáveis; - Monitorar dados antropométricos e realizar manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes (consultar quadro 4); - Após confirmada a condição, gerenciar rastreamento a partir de solicitação de <b>nova GJ em 1 ano</b> .
<b>Diabetes Mellitus tipo 2</b> GJ ≥ 126 mg/dL	- Encaminhar à <b>consulta médica</b> para diagnóstico; - Pactuar seguimento com enfermeiro; - Monitorar dados antropométricos e realizar manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes (consultar quadro 4); - Oferecer suporte e apoio psicológico a longo prazo diante do diagnóstico de DM e impactos na qualidade de vida da criança/adolescente e família; - Atentar para mudanças comportamentais, sinais de dificuldades de adesão ao tratamento do DM, principalmente, em adolescentes; - Atentar para sinais de isolamento social, baixa autoestima, depressão e dificuldade de aceitação por seus pares.

Fonte: Brasil, 2017b; Weffort; Lamounier, 2017; Levitsky; Misra, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.

#### 5.1.4 Diabetes Mellitus Gestacional - DMG

Diabetes *Mellitus* Gestacional é definido como qualquer grau de intolerância à glicose que foi reconhecido durante a gravidez, de caráter transitório ou permanente no período pós-parto e que não preenche critérios de DM fora da gestação (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

##### Principais fatores de risco para DM na gestação:

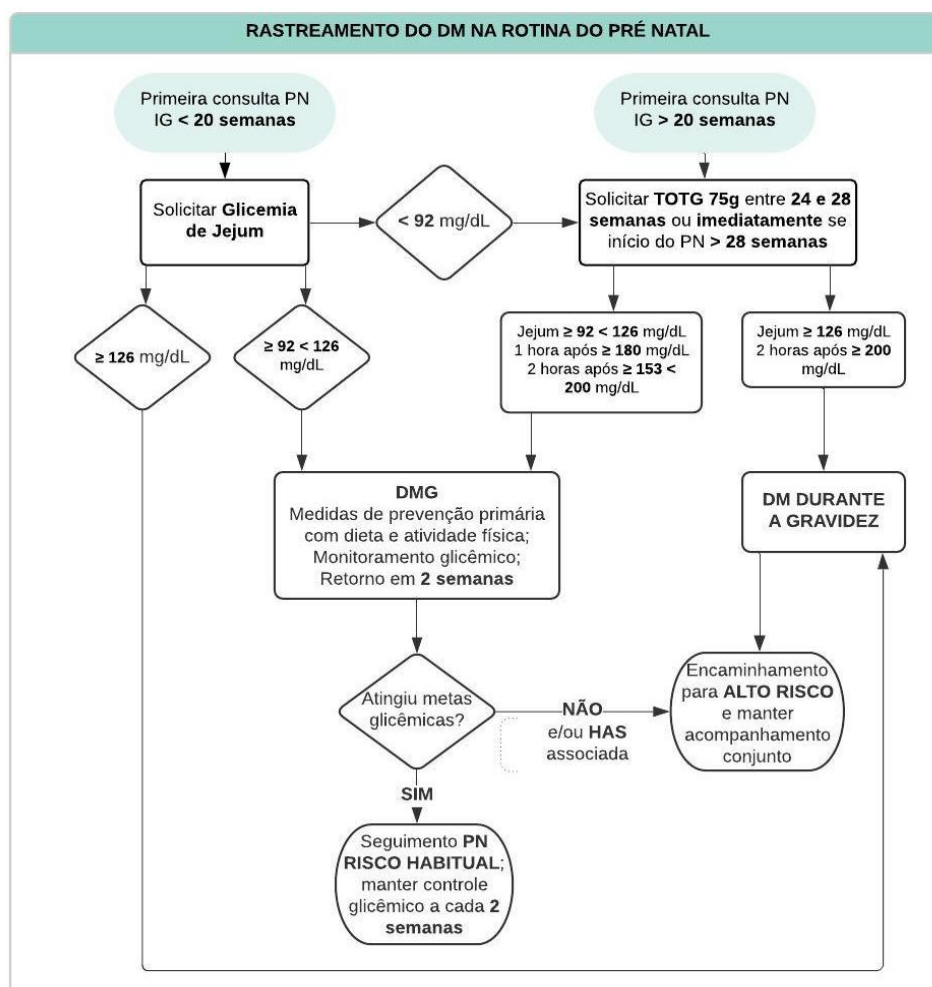
- Idade materna avançada;
- Baixa estatura (menos de 1,5 m);
- Síndrome de ovários policísticos;
- História familiar de DM em familiares de 1º grau;
- Diagnóstico prévio de Pré-diabetes;
- Sobrepeso/obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Crescimento fetal excessivo;
- Polidrâmnio;
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia;
- Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia ou DMG.



O DMG e o mau controle durante a gestação traz importantes riscos para a mãe, feto e neonato. Além disso, o diagnóstico constitui aumento no risco de obesidade e DM2 nos filhos, ao longo da vida. Intervenções intensivas no estilo de vida, com predomínio de hábitos alimentares saudáveis e controle de peso, devem ser encorajadas durante e após a gestação. Esses cuidados são especialmente importantes em mulheres com história de DMG, uma vez que podem reduzir em até 50% a incidência de DM2 no futuro, bem como retardar a progressão da doença quando já diagnosticada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O DM diagnosticado a partir do rastreamento em consultas de pré-natal pode classificar-se em Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) ou DM diagnosticado durante a gravidez (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). As orientações para o rastreamento do DM na rotina de pré-natal e os parâmetros diagnósticos são descritos no fluxograma 4 e quadro 29.

#### Fluxograma 4 - Rastreamento do DM na rotina de pré-natal



Fonte: Steinberg; Miller, 2015; TelessaúdeRS, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.



Quadro 29 -Manejo do DMG e DM diagnosticado durante a gravidez (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
<p>Nanda-I ®</p> <p>CIPE</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Controle ineficaz da saúde</li><li>• Comportamento de saúde propenso a risco</li><li>• Risco de glicemia instável</li><li>• Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico</li><li>• Risco de desequilíbrio eletrolítico</li><li>• Volume de líquido excessivo</li><li>• Risco de volume de líquidos desequilibrado</li><li>• Risco de infecção</li><li>• Risco de binômio mãe-feto perturbado</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aceitação da condição de saúde</li><li>• Complicação durante a gestação</li><li>• Hiperglicemia</li><li>• Risco de complicação durante a gestação</li><li>• Risco de complicação durante o processo parturitivo</li><li>• Risco de complicações relacionadas com o parto</li><li>• Resposta a terapia Eficaz / Ineficaz</li></ul>
CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Diabetes Mellitus Gestacional</b> Glicemia de jejum com IG &lt; 20 semanas: <b>≥ 92 &lt; 126 mg/dL;</b></p> <p>TOTG 75 g a partir de IG &gt; 24 semanas:</p> <p>Jejum <b>≥ 92 &lt; 126 mg/dL</b> 1h após <b>≥ 180 mg/dL</b> 2h após <b>≥ 153 &lt; 200 mg/ dL.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar escuta qualificada considerando os sentimentos e impactos decorrentes desse diagnóstico para a mulher e na vivência da gestação;</li><li>- Iniciar plano de cuidados;</li><li>- Promover autocuidado e MEV, com enfoque na alimentação saudável e atividade física com segurança e de acordo a idade gestacional;</li><li>- Identificar rede de apoio e fatores de risco à adesão ao tratamento;</li><li>- Solicitar <b>monitoramento glicêmico</b> no domicílio ou na Unidade de Saúde, conforme disponibilidade, via <b>glicemia capilar</b> em <b>jejum</b> além de <b>1h e 2h</b> após as principais refeições <b>OU</b>, minimamente, em <b>jejum e 1h</b> após o <b>café, almoço e janta</b>;</li><li>- Monitorar metas glicêmicas a cada <b>14 dias</b>;</li><li>- Programar seguimento a partir de consultas intercaladas com o médico conforme rotina de pré-natal de risco habitual;</li><li>- Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de <b>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b> a qualquer momento se não atingir o controle glicêmico e/ou houver diagnóstico associado de Hipertensão Arterial.</li></ul>



Quadro 29. Manejo do DMG e DM diagnosticado durante a gravidez (b)

CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Diagnóstico de Diabetes <i>Mellitus</i> na gestação ou prévio à gestação:</b></p> <p><b>DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional;</b></p> <p><b>OU</b></p> <p>Glicemia de jejum <math>\geq 126</math> mg/dL;</p> <p><b>OU</b></p> <p>TOTG 75 g 2h após <math>\geq 200</math> mg/dL.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Glicemia ao acaso <math>\geq 200</math> mg/dL na presença de sintomas clássicos de DM</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de <b>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b>;</li><li>- Realizar escuta qualificada acolhendo os sentimentos e o impacto decorrentes desse diagnóstico na vida dessa mulher e na vivência da gestação;</li><li>- Contribuir ao plano de cuidados com enfoque na adesão ao tratamento e MEV;</li><li>- Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e AAE.</li></ul>

Fonte: Steinberg; Miller, 2015; SES/RS, 2018c; Telessaúde, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

A maioria das **puérperas** apresentará normalização das glicemias nos primeiros dias após o parto, especialmente, naquelas em aleitamento materno, pois está associado à prevenção do DM2 em mulheres com histórico de DMG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A incidência de diabetes entre mulheres com história prévia de DMG varia de 3 a 65%, devendo ser reclassificada **6 semanas após o parto** a partir do exame **TOTG 75 g**, idealmente, **ou glicemia de jejum**. Os parâmetros glicêmicos serão os mesmos estipulados para a população em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A dosagem de HbA1c no pós-parto não está indicada porque esse exame não está validado para o diagnóstico de DM2 no puerpério. Se resultados normais, as mulheres deverão ser rastreadas **anualmente** ou no máximo a cada **3 anos** por toda a vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).



## 5.2 ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO VIVENDO COM DM2

A consulta de Enfermagem para o manejo do DM2 tem como foco a promoção do autocuidado e de MEV, a gestão da adesão ao tratamento, o empoderamento da pessoa e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2013b). Além disso, prevê a estratificação de risco cardiovascular, de risco para diabetes e o rastreamento e detecção precoce das complicações de maneira integrada, apoiando o usuário em todas as fases de tratamento e de evolução da doença (RIO GRANDE DO SUL, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

As principais complicações do DM são: retinopatia/ cegueira, nefropatia/ insuficiência renal, neuropatia periférica com risco de úlceras nos pés, pé diabético e amputações não traumáticas de membros inferiores. O DM2 representa ainda incidência aumentada de HA, DCV, DAP e doenças cerebrovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

### Quadro 30 - Consulta de Enfermagem para acompanhamento do usuário com DM2 (a)

#### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ANAMNESE

- História atual – tempo de diagnóstico, FRCV; medicamentos em uso, reações adversas e demais aspectos relacionados à adesão; consumo de medicamentos ou drogas que possam alterar o metabolismo da glicose ou interferir no tratamento;
- História familiar de HA, DM, DRC, DCV e DAC / morte prematura e/ou súbita;
- Estilo de vida e rotina do usuário;
- Espiritualidade (anexo 31) e contexto socioeconômico, incluindo rede de apoio e demais aspectos envolvidos na capacidade de autocuidado;
- Necessidades em saúde atuais;
- Rastreamento de sintomas de depressão e ansiedade, na visita inicial, anualmente e sempre que houver mudanças significativas no tratamento ou curso da doença.

#### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - EXAME FÍSICO

- Estado geral;
- Avaliação neurológica em idosos com 65 anos ou mais na primeira consulta e, anualmente, conforme necessidade, com objetivo de busca precoce de distúrbios neurológicos e declínio cognitivo. Recomenda-se uso de instrumentos de avaliação cognitiva como o Mini-Exame do Estado Mental (disponível em <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>);
- Atentar para sinais e sintomas de sarcopenia, como perda progressiva de massa, força e função muscular, especialmente no idoso e em pessoas com câncer e/ou DRC;
- Inspeção e palpação dos locais de aplicação da insulina, se prescrita. Identificando locais de lipodistrofia;
- Ausculta cardíaca e respiratória;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Aferir PA – na primeira consulta, deve-se aferir a pressão arterial com a pessoa sentada e de pé;
- Avaliação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. Atentar para retardamento ou redução de pulsos femorais como sinais sugestivos de DAP ou coarctação da aorta;
- Avaliação do estado nutricional: peso e altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal (apêndice 1);
- Exame dos pés.



**Quadro 30. Consulta de Enfermagem para acompanhamento do usuário com DM2 (b)**

CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	Controle ineficaz da saúde Comportamento de saúde propenso a risco Ansiedade Risco de glicemia instável Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de perfusão cerebral ineficaz Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de pressão arterial instável Manutenção ineficaz da saúde Risco de infecção
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adesão a / Não adesão a tratamento</li><li>• Ansiedade</li><li>• Audição prejudicada</li><li>• Cognição prejudicada</li><li>• Efeito colateral da medicação</li><li>• Hiperglicemia / Hipoglicemia</li><li>• Humor deprimido</li><li>• Pressão Arterial, Alterada</li><li>• Polifármacos (ou Polifarmácia)</li><li>• Manutenção da saúde prejudicada</li><li>• Visão Prejudicada</li></ul>

#### CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar anamnese e exame físico completos na primeira consulta e direcioná-los nas consultas subsequentes conforme necessidades em saúde e etapa do plano de cuidados;
- Estratificar risco cardiovascular conforme indicações deste protocolo (Ver item 3.2);
- Solicitar exames de rotina conforme indicações deste protocolo (Ver item 3.3);
- Avaliar a habilidade e a capacidade para o autocuidado;
- Apoiar autocuidado;
- Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do DM2;
- Avaliar entendimento e orientar usuário e/ou cuidador acerca da patologia, sintomas, tratamento e automonitoramento conforme indicações deste protocolo;
- Iniciar e/ou atualizar plano conjunto de cuidados, centrado na pessoa e em sua rede de apoio;
- Apoiar processo de tomada de decisão;
- Promover MEV;
- Realizar abordagem integrada dos FRCV;
- Oferecer suporte para reabilitação e limitação das incapacidades produzidas por complicações da doença, quando já instaladas;
- Monitorar metas de controle;
- Monitorar peso e estado nutricional;
- Realizar reforço positivo frente a resultados desejáveis em saúde;
- Pactuar retornos com equipe multiprofissional de acordo com o plano de cuidados e estrato de risco do usuário;
- Encaminhar para consulta médica na presença de anormalidades no exame físico, do rastreio positivo para depressão/ansiedade, da necessidade de manutenção do tratamento prescrito ou conforme demais indicações deste protocolo.

Fonte: Young-Hyman et al., 2016; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.



### 5.2.1 Estratificação de risco para Diabetes Mellitus

A estratificação de risco para DM consiste em uma forma de abordagem desta condição crônica, que proporciona organização da demanda, melhoria do fluxo e do acesso dos usuários, como também otimização do tempo de atendimento e dos custos em saúde. Todo usuário com DM apresenta risco para complicações decorrentes da doença, sendo o risco maior quando não há controle metabólico e pressórico e, menor quando existe a capacidade para o autocuidado (FORTALEZA, 2016).

O processo de estratificação de risco é dinâmico e deve ser feito periodicamente, podendo em algumas situações, haver mudança no estrato de risco de um mesmo usuário (FORTALEZA, 2016). Salienta-se que usuários estratificados em todos os níveis de risco devem ser acompanhados pelas equipes da APS, independente de necessitarem de encaminhamento à atenção especializada (SES/RS, 2018d).

Para fins de organização da assistência aos usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus, este protocolo propõe a utilização da estratificação de risco abordada a seguir, além da ERG/SBC citada no capítulo 3. Salienta-se que apesar das duas estratificações sugeridas considerarem critérios diferentes e complementares, sendo a classificação a seguir com maior detalhamento aos usuários com DM, a periodicidade das consultas de acompanhamento por estrato de risco ocorre da mesma forma em ambas.

Quadro 31 - Estratificação do risco para usuários com DM (a)

RISCO	CRITÉRIOS	ACOMPANHAMENTO
<b>BAIXO</b>	Controle glicêmico; hemoglobina glicada (HbA1c); complicações e capacidade para o autocuidado* Pessoa com diabetes diagnosticado e <b>HbA1c &lt; 7,5%</b> e <u>todas</u> as situações abaixo: - controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas); - ausência de internações por complicações agudas** nos últimos 12 meses; - ausência de complicações crônicas***; - capacidade de autocuidado <b>suficiente</b> .	01 consulta ao ano
<b>MÉDIO</b>	Pessoa com diabetes diagnosticado e <b>HbA1c &lt; 7,5%</b> e <u>todas</u> as situações a seguir: - controle pressórico adequado; - ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - ausência de complicações crônicas; - capacidade de autocuidado <b>insuficiente</b> . <b>OU</b> Pessoa com diabetes diagnosticado e <b>HbA1c entre 7,5 a 9%</b> e todas as situações previstas no risco médio com exceção da capacidade de autocuidado que deve ser <b>suficiente</b> .	02 consultas ao ano

**Quadro 31. Estratificação do risco para usuários com DM (b)**

RISCO	CRITÉRIOS	ACOMPANHAMENTO
<b>ALTO</b>	Pessoa com diabetes diagnosticado e <b>HbA1c entre 7,5 a 9%</b> e uma das situações a seguir, <b>independente</b> da capacidade de autocuidado: - controle pressórico <b>inadequado</b> ; - internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - complicações crônicas ou comorbidades severas (câncer, doença neurológica, entre outras).	03 consultas ao ano
<b>MUITO ALTO</b>	Pessoa com diabetes diagnosticado e <b>HbA1c &gt; 9%</b> , com capacidade de autocuidado <b>insuficiente</b> e uma das situações a seguir: - controle pressórico <b>inadequado</b> ; - internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - complicações crônicas ou comorbidades severas (câncer, doença neurológica, entre outras).	04 consultas ao ano

Fonte: Adaptado de SES/RS, 2018d.

**Anotações:**

**\*Autocuidado:** constituem a prática de atividades que os usuários desempenham para seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. O conceito de autocuidado insuficiente caracteriza-se por: limitação em níveis relevantes, dificuldade de compreensão de sua condição crônica, desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição, baixo suporte familiar e social, recolher-se em sua condição crônica, estar sem ação para melhoria de sua condição, abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e/ou depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

**\*\*Complicações agudas:** acidente vascular encefálico transitório ou não, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial obstrutiva periférica com intervenção cirúrgica.

**\*\*\*Complicações crônicas:** macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica; microvasculares (retinopatia e nefropatia), neuropatia e pé diabético.

Cabe salientar que o indicativo de consultas/ano não substitui a avaliação de acordo com as condições clínicas do usuário, analisando os casos individualmente. Além disso, deve-se considerar o cuidado multiprofissional independente do estrato de risco, já que as ações voltadas à manutenção do autocuidado demandam essa abordagem (SES/RS, 2018d).

### 5.2.2 Principais exames de rotina

Os exames complementares a serem solicitados no acompanhamento da pessoa com DM objetivam o monitoramento dos níveis de controle e metas terapêuticas, bem como a avaliação permanente do risco CV e a detecção precoce de complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Cabe ressaltar que a solicitação destes exames delimita-se às indicações do presente protocolo de Enfermagem, e alterações em seus resultados deverão ser avaliadas sendo discutidas e compartilhadas em consulta médica ou via interconsulta, quando recomendado. Em caso de exames recentes e sem novos eventos clínicos no período, considerar os últimos resultados disponíveis.



Quadro 32 - Principais exames de rotina para acompanhamento do DM2 em adultos\* (a)

Exame	Objetivo/ Considerações	Periodicidade
<b>GLICEMIA DE JEJUM (GJ)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitorar alterações glicêmicas em situações de estresse físico, como infecções;</li><li>- Monitorar metas glicêmicas em condições que contraindicam a realização da HbA1c, como anemias e hemoglobinopatias;</li><li>- Em caso de resultado com <b>GJ <math>\geq</math> 300 mg/dL</b> encaminhar para atendimento médico imediato.</li></ul>	<p>ANUAL: se DM baixo e médio risco</p> <p>2X ANO: se DM alto ou muito alto risco</p>
<b>HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Exame padrão-ouro</b> para monitoramento de metas glicêmicas;</li><li>- Representa dados dos últimos <b>3 meses</b>;</li><li>- Em caso de resultado com <b>HbA1c <math>\geq</math> 10%</b>, encaminhar para atendimento médico de urgência.</li></ul>	<p>2X ANO: se DM baixo ou médio risco</p> <p>4X ANO: se DM alto ou muito alto risco</p>
<b>PERFIL LIPÍDICO</b>  Colesterol total, HDL, triglicerídeos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rastreamento e acompanhamento de dislipidemias e Síndrome Metabólica. Para mais informações, consultar item "<i>Manejo das alterações lipídicas</i>".</li></ul>	<p>Anual: independente do escore de risco em DM</p> <p>Aos <b>3 e 6 meses</b> após início de estatina ou manutenção de doses. Após correção, <b>anual</b></p>
<b>CREATININA SÉRICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rastreamento da DRC;</li><li>- Utilizada para calcular a <b>TFG</b>. Para conduta e seguimento, consultar item "<i>Rastreamento da Doença Renal Crônica</i>".</li></ul>	<p>Anual: DM baixo ou médio risco</p> <p>2X ANO: se DM alto risco</p> <p>4X ANO: se DM muito alto risco</p> <p>Repetir em <b>3 meses</b> se TFG alterada</p>
<b>EXAME SUMÁRIO DE URINA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glicosúria pode indicar mau controle glicêmico;</li><li>- Na presença de Hematúria e proteinúria, solicitar albumina em amostra isolada de urina e creatinina sérica.</li></ul>	<p>Anual: se DM baixo, médio ou alto risco</p> <p>2X ANO: se DM muito alto risco</p>
<b>ALBUMINA EM AMOSTRA ISOLADA DE URINA*</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Solicitar como <b>rotina</b>, minimamente, se suspeita de <b>SM</b> ou <b>dois ou mais FRCV</b>;</li><li>- Método recomendado em conjunto com a creatinina sérica para rastreio da Nefropatia diabética e DRC;</li></ul>	<p>Anual: independente do escore de risco em DM</p> <p>Nova coleta em <b>3 meses</b> para confirmação, se alterada</p>
<b>ECG DE REPOUSO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Classificação de risco CV;</li><li>- Atentar, especialmente, se HA associada ou risco CV intermediário ou alto/muito alto.</li></ul>	<p>Anual: se DM baixo, médio ou alto risco</p> <p>2X ANO: se DM muito alto risco</p>

**Anotações:**

\*Além dos exames citados, atentar para a necessidade de avaliação oftalmológica em que o usuário deverá ser encaminhado à consulta médica para direcionamento ao especialista ou para triagem por telemedicina, se disponível.

FONTE: Brasil, 2015; Précoma et al., 2019; Bakris, 2019; Cosentino et al., 2019; Hearts, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; Wexler, 2019, SES/RS, 2018d.



### 5.2.3 Tratamento e metas glicêmicas para controle do DM2

O tratamento do Pré-DM ou DM2 busca o controle glicêmico para redução do risco de complicações a partir de **MEV** para todos os usuários e, na maior parte dos casos, da prescrição médica de **tratamento medicamentoso**. Apesar de na maioria das situações a indicação de antidiabéticos orais ser suficiente para o atingimento das metas de controle, o uso de insulina pode ser necessário ao longo dos anos ou em qualquer tempo do diagnóstico para correção de hiperglicemia grave - **GJ  $\geq$  300 mg/dl ou HbA1c  $\geq$  10%** (BRASIL, 2013b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Cabe ao médico o estabelecimento das metas terapêuticas para controle do DM e ao enfermeiro o monitoramento destas, de maneira integrada, centrando o plano de cuidados no usuário (BRASIL, 2013b). A busca de alvos glicêmicos mais próximos à normalidade são desejáveis, desde que não gerem instituição de polifarmácia ou prejuízos à qualidade de vida. Logo, a condição clínica global e a capacidade de autocuidado devem ser decisivos para a tomada de decisão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; COSENTINO et al., 2019).

O enfermeiro deverá encaminhar o usuário ao médico para consulta de revisão sempre que as MEV, promoção da adesão e do autocuidado não refletirem em alcance das metas ao longo de **3 a 6 meses** ou na presença de **hiperglicemia grave** (BRASIL, 2013b; COSENTINO et al., 2019).

**Quadro 33 - Metas glicêmicas conforme faixa etária e condição clínica (a)**

Faixa etária / Condição clínica	HbA1c	Glicemia Capilar Jejum	Glicemia Capilar 1h pós-prandial
Adultos	< 7%	< 100-130 mg/dL	< 160-180 mg/dL
Adultos com boa tolerância	< 6,5%	< 100 mg/dL	< 160 mg/dL
Adultos com complicações e riscos de hipoglicemia grave	< 8%	< 150 mg/dL	< 180 mg/dL
Gestantes	6%*	< 95 mg/dL	< 140 mg/dL
Gestantes com riscos de hipoglicemia	< 7%	< 95 mg/dL	< 140 mg/dL
Crianças e adolescentes < 18 anos	< 7- 7,5%	< 130-150 mg/dL	< 180 mg/dL
Idosos > 65 anos	7,5%		< 180 mg/dL
Idosos com complicações, riscos de hipoglicemia e dificuldades de autocuidado**	< 8 %	< 150 mg/dL	Idosos com complicações, riscos de hipoglicemia e dificuldades de autocuidado**

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; American Diabetes Association, 2020; Laffel; Svoren, 2020; Mach et al., 2020.



**Anotações:**

\*Estritamente aos casos em que esta meta puder ser alcançada sem hipoglicemia significativa. O alvo mais baixo refere-se ao fato da HbA1C ser ligeiramente aumentada na gestação pelas alterações na circulação sanguínea.

\*\*Conforme tempo de diagnóstico, expectativa de vida, condições cognitivas, capacidade de autocuidado, comorbidades/multimorbidades e riscos de hipoglicemia grave.

### 5.2.4 Cuidados de Enfermagem na insulino terapia

A insulina está entre os principais medicamentos definidos pela Organização Mundial da Saúde (2017) como potencialmente perigosos, pois falhas na sua utilização podem resultar em danos significativos, incluindo a morte. Os efeitos colaterais incluem a hipoglicemia como possível complicação mais grave, ganho de peso e lipodistrofias. Podem estar presentes efeitos colaterais menos comuns como fome, náuseas, diaforese, irritação no local da injeção ou anafilaxia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O enfermeiro deve realizar o treinamento inicial para o uso da insulina a partir da prescrição médica e manter-se vigilante nas consultas de Enfermagem subsequentes para os erros na utilização, dificuldades de adesão, eventos adversos, orientações de condutas frente à possibilidade de hipoglicemia, importância do automonitoramento da glicemia capilar e adoção de estratégias para engajamento no autocuidado (BRASIL, 2013b; WHO, 2013).

Cabe destacar que, muitas vezes, a insulina poderá ser parte integrante do tratamento devido ao declínio progressivo da função das células  $\beta$  pancreáticas com o passar dos anos de diagnóstico, independente dos níveis de adesão e de autocuidado do usuário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

#### Quadro 34 - Cuidados de Enfermagem na insulino terapia (a)

##### ASPECTOS GERAIS

- Realizar escuta empática acolhendo sentimentos e o impacto daquela prescrição para usuário e família, conforme momento de vida;
- Atentar se o usuário está em condições de receber orientações na ocasião do contato, antes de iniciar o treinamento. Se não estiver, despende mais tempo para a escuta e programar um retorno breve para realizar as instruções necessárias quando se sentir pronto e atento para isso;
- Evitar fornecer um grande volume de informações em uma mesma ocasião;
- Demonstrar a técnica e solicitar para quem irá realizar a aplicação, a repetição do processo para avaliar o aprendizado;
- Procurar ser objetivo e prático;
- Atentar para idosos e possíveis dificuldades auditivas, visuais ou cognitivas;
- Fornecer materiais informativos e ilustrativos, se disponíveis.



### Quadro 34. Cuidados de Enfermagem na insulinoterapia (b)

#### ACONDICIONAMENTO

- Orientar manter a insulina sob refrigeração entre 2 a 8° C, ou até 30° C em temperatura ambiente, conforme recomendação do fabricante;
- Descartar o frasco em até 4 a 6 semanas após sua abertura;
- Acondicionar o frasco em sua embalagem original no refrigerador, nos locais de menor proximidade ao congelador como as prateleiras do meio para baixo. Evitar locais como a porta do refrigerador.

#### TÉCNICA PARA PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DA INSULINA

- Realizar higiene das mãos;
- Homogeneizar a insulina a partir da movimentação do frasco e da seringa com insulina previamente preparada, de dez a vinte vezes, em movimentos suaves (interpalmar, circular ou pêndulo) para prevenção do aparecimento de bolhas de ar;
- Realizar assepsia da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool a 70%;
- Aspirar o ar da dose correspondente de insulina na seringa e injetar no frasco;
- Posicionar o frasco de cabeça para baixo e aspirar a dose correspondente à insulina;
- Eliminar bolhas de ar, se presentes, e manter protetor da agulha até o momento antes da aplicação;
- Atentar para a graduação das seringas e indicações de agulhas x prega cutânea, conforme figura 3;
- Realizar assepsia com álcool 70% no local escolhido e esperar secar, para então fazer a prega subcutânea conforme indicações e aplicar a dose mantendo a agulha no tecido, com o êmbolo pressionado, por, no mínimo, 5 segundos;
- Soltar a prega subcutânea, se indicada, e remover a agulha suavemente, com movimento único;
- Descartar o material em recipiente adequado para perfurocortantes.
- Preparação de duas insulinas concomitantes: aspirar primeiro ar correspondente à dose de insulina NPH e injetá-lo no frasco da insulina NPH, retirando a agulha do frasco sem aspirar a insulina; após, aspirar ar correspondente à dose de insulina regular e injetá-lo no próprio frasco, aspirando na sequência a dose prescrita de insulina regular; posicionar o frasco de insulina NPH de cabeça para baixo, introduzir a agulha da seringa que já está com a insulina regular e aspirar a dose correspondente à insulina NPH; conferir se a dose total de insulina está de acordo com a prescrição médica. É indispensável a injeção do ar no frasco de NPH antes da aspiração da segunda dose para que não haja extravasamento do conteúdo da seringa com a insulina regular para o frasco de NPH;
- Se utilizar canetas, após a homogeneização da insulina, selecionar a dose necessária, realizar a assepsia da pele com álcool 70% esperando secar, realizar a prega cutânea e aplicar a dose pressionando o botão injetor da caneta de insulina.

#### RODÍZIO DOS LOCAIS DE APLICAÇÃO

- Orientar locais para aplicação segundo figura 2. Evitar a aplicação da insulina em um mesmo ponto por pelo menos 14 dias, tempo necessário de cicatrização do tecido;
- Recomendar a divisão do local de aplicação em quadrantes - figura 2 - e usar um quadrante por semana, espaçando as aplicações dentro de cada quadrante em pelo menos 1 cm cada, movendo-se sempre em sentido horário;
- Reforçar a importância do rodízio de locais desde o início do tratamento para a adequada absorção e prevenção de lipodistrofias. Com o tempo de uso é comum que os usuários insistam em determinadas regiões de aplicação por facilidade ou por diminuição da sensibilidade à dor e por alterações decorrentes das repetidas aplicações;
- Atentar para a contraindicação de aplicar insulina em área com lipohipertrofia até o tecido alterado voltar ao normal;
- Para gestantes a partir do último trimestre de gravidez, desaconselhar aplicações na região abdominal para evitar riscos de lesão uterina, desconforto, saída de insulina e descontrole glicêmico.



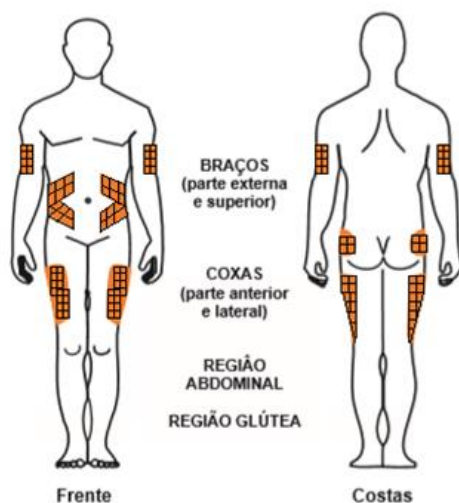
### Quadro 34. Cuidados de Enfermagem na insulinoterapia (c)

REUTILIZAÇÃO DE SERINGAS E AGULHAS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Recomendar seringas com agulhas fixas, com graduação adequada ao número de unidades de insulina diária;</li><li>- Contraindicar a reutilização de seringas e agulhas, pois após o primeiro uso, perdem sua esterilidade aumentando risco de infecção, estando associado a erros de dose, desperdício de insulina, variabilidade glicêmica, diminuição da afiação e risco de quebra da agulha, desconforto, dor nas aplicações e lipo-hipertrofia;</li><li>- Na impossibilidade de uso único, orientar os usuários a reutilizar agulhas para aplicação de insulina subcutânea, entre 4 a 8 utilizações.</li></ul>
DESCARTE
<ul style="list-style-type: none"><li>- Atentar para procedimentos operacionais padrão (POP) de Enfermagem locais elaborados pelos municípios conforme logística e insumos disponíveis;</li><li>- Garantir que os perfurocortantes, materiais com sangue e frascos de insulina gerados no domicílio sejam descartados adequadamente. Na ausência do coletor próprio para perfurocortantes, recomenda-se recipiente com características semelhantes: identificado como material contaminado, inquebrável, paredes rígidas, resistentes à perfuração, boca larga (o suficiente para colocar os materiais sem acidentes) e tampa.</li></ul>
TRANSPORTE
<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar para transporte doméstico o uso de embalagem comum, respeitando-se os cuidados com o tempo (até 7 dias), o calor (temperatura máxima até 30º) e a não exposição à luz solar direta;</li><li>- Atentar para a insulina não entrar em contato direto com o gelo ou similar em caso de utilização de embalagem térmica ou isopor;</li><li>- Atentar para transportá-la sempre como bagagem de mão;</li><li>- Desaconselhar a conservação da insulina em porta-luvas, painel, bagageiro de carro ou ônibus.</li></ul>
INSUMOS DE DIABETES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar direitos do usuário para receber, gratuitamente, insumos e medicamentos necessários ao tratamento, conforme critérios pré-definidos, previstos na Lei Federal nº 11.347/2006, e nas Portarias nº 2.583/2007 e nº 1.555/2013.</li></ul>

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020; Brasil, 2020c.



Figura 2 - Locais para aplicação de insulina por quadrantes



Fonte: Adaptado de Rio de Janeiro, 2013.

Figura 3 - Recomendações para tamanho das agulhas e prega cutânea na insulinoterapia

AGULHAS	INDICAÇÃO	PREGA SUBCUTÂNEA	ÂNGULO DE INSERÇÃO DA AGULHA	IMPORTANTE
4 mm	Todas as pessoas	Dispensável, exceto para crianças menores de seis anos	90°	Recomenda-se realizar prega subcutânea em pessoas com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
5 mm	Todas as pessoas	Dispensável, exceto para crianças menores de seis anos	90°	Recomenda-se realizar prega subcutânea em pessoas com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
6 mm	Todas as pessoas	Indispensável	90° para adultos 45° para crianças e adolescentes	Recomenda-se realizar ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, para prevenir risco de aplicação IM
8 mm	Indicação restrita para crianças, adolescentes e adultos com escassez de tecido subcutâneo	Indispensável	90° ou 45° adultos 45° crianças e adolescentes	Recomenda-se realizar ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, devido ao risco de aplicação IM
12 mm, 12,7 mm e 13 mm	Indicação restrita para todas as pessoas	Indispensável	45°	Alto risco de aplicação IM para todas as pessoas

**Anotações:** Em gestantes a prega subcutânea deve ser considerada independente do comprimento da agulha que será usada. Preferencialmente usar agulhas com 4 mm de comprimento.

Fonte: Reproduzido de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014.



### 5.2.5 Indicações para monitoramento da glicemia capilar na unidade de saúde e no domicílio

O monitoramento da glicemia capilar na unidade de saúde e/ou a automonitorização da glicemia capilar (AMGC) podem proporcionar otimização do controle glicêmico a partir do envolvimento do usuário como protagonista em seu tratamento (O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019).

A relação custo-benefício positiva e a efetividade da recomendação da AMGC dependem de critérios bem definidos para sua solicitação e de capacitação sistemática dos profissionais e dos usuários com DM, para que os dados gerados não sejam subutilizados e de fato contribuam ao controle glicêmico (AUGUSTO et al., 2014; O'CONNOR; SPERL-HILLEN, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Para usuários com DM2 em uso de insulina basal e/ou múltiplas injeções diárias, recomenda-se a AMGC para acompanhamento e manutenção do tratamento (BRASIL, 2013b; O'CONNOR; SPERL-HILLEN, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). Já para usuários em uso apenas de antidiabéticos orais, a AMGC não é recomendada na ausência de risco de hipoglicemia franca, por não haver evidências que sustentem os benefícios dessa prática para além do controle regular via HbA1c, nem indicações padronizadas para a frequência de testes (O'CONNOR; SPERL-HILLEN, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; WEINSTOCK, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Diante disso, o monitoramento das metas glicêmicas via glicemia capilar, além dos exames de rotina, pode ser parte integrante do plano de cuidados do usuário, de acordo com o quadro abaixo.



**Quadro 35 - Indicações para monitoramento de metas glicêmicas via glicemia capilar na unidade de saúde ou AMGC**

População-alvo	Indicações	Frequência de testes
<b>Em uso de Insulina basal</b>	<p><b>Automonitorização da glicemia capilar</b> é o método preferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitorar ajuste de doses e avaliar efeitos de mudanças no tratamento;</li><li>- Detectar hipoglicemias assintomáticas e hiperglicemias pós-prandiais;</li><li>- Manejar alterações agudas da glicemia;</li><li>- Avaliar resposta glicêmica à presença de doenças graves /infecções.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>2 a 3x ao dia</b>, principalmente, <b>antes do café e antes do jantar</b>;</li><li>- Após alcance das metas glicêmicas, podem ser realizados mais esparsamente, conforme critério clínico, durante a semana, em diferentes horários. Retomar controle diário na semana anterior à data da consulta programada na unidade de saúde;</li><li>- Sempre que houver <b>alterações agudas sintomáticas</b> da glicemia.</li></ul>
<b>Em uso de insulina basal e de ação rápida</b>	<p><b>Automonitorização da glicemia capilar</b> é o método preferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Para definir a dose a ser aplicada de insulinas se prescrição de esquema terapêutico conforme a glicemia capilar;</li><li>- Monitorar ajuste de doses e avaliar efeitos de mudanças no tratamento;</li><li>- Reconhecer padrões de flutuação da glicemia no dia a dia e adequar o tratamento ao estilo de vida;</li><li>- Detectar hipoglicemias assintomáticas e hiperglicemias pós-prandiais;</li><li>- Manejar alterações agudas da glicemia.</li><li>- Avaliar resposta glicêmica à presença de doenças graves /infecções.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>4 a 7x ao dia</b> – antes das refeições e/ou 1h após as refeições (pós-prandiais) e antes de dormir;</li><li>- Sempre que houver <b>alterações agudas sintomáticas</b> da glicemia.</li></ul>
<b>Em uso de antidiabéticos orais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preferencialmente, na <b>unidade de saúde</b>, ou no domicílio se houver disponibilidade e desejo;</li><li>- Avaliar resposta glicêmica ao início do tratamento ou para manutenção de doses, até alcance dos alvos terapêuticos;</li><li>- Detectar hipoglicemias assintomáticas;</li><li>- Manejar alterações agudas da glicemia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sugere-se no <b>mês anterior</b> à data da consulta programada na Unidade de Saúde, monitoramento com <b>2 a 3 medidas por semana</b>, em <b>diferentes turnos</b> e com os devidos registros;</li><li>- Sempre que houver <b>alterações agudas sintomáticas</b> da glicemia, ou na vigência de doenças graves/infecções.</li></ul>

**Anotações:**

Deve-se estimular o usuário a trazer o medidor de glicose e as tiras em todas as consultas de Enfermagem e a realizar registros de situações que interferem na glicemia no momento da aferição, como estresse, esquecimento ou atraso no horário habitual de doses, exercício, mudança na alimentação, entre outros.

Fonte: Brasil, 2013b; Rio de Janeiro, 2013; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; Weinstock, 2019; American Diabetes Association, 2020.



### 5.2.6 Exame dos pés

A neuropatia diabética (ND) afeta mais de 50% dos indivíduos com DM e caracteriza-se pela presença de sintomas e/ou sinais de disfunção dos nervos do sistema nervoso periférico, podendo impactar significativamente na qualidade de vida do usuário e família. À medida que progridem, as NDs tornam-se fatores de risco para o pé diabético (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; MALIK; ALAM; AZMI, 2019). A infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles, que decorrem de alterações neurológicas e de diferentes graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores, denomina-se pé diabético (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

As úlceras do pé diabético (UPD) precedem 85% das amputações de membros inferiores mundialmente. A prevenção é influenciada diretamente pela adesão, controle glicêmico, controle pressórico e do tabagismo, constituindo-se como um evento sentinela no cuidado. Logo, a capacidade das equipes de saúde em rastrear, estratificar o risco de ulceração e tratar os pés e UPD representa um indicador de qualidade da atenção em diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A partir do momento do diagnóstico do DM2, o exame dos pés na APS deve ser realizado, sistematicamente, pelo médico ou enfermeiro, devidamente capacitados e segundo periodicidade recomendada (quadro 37). A consulta de Enfermagem pode apresentar resultados potenciais a partir da educação em saúde, de promoção do autocuidado e de melhora no comportamento de autoproteção do pé (WHO, 2013; NICE, 2015).

Os quadros 36 e 38 abordam achados significativos durante o exame dos pés pelo enfermeiro e condutas recomendadas às alterações identificadas. Maiores informações quanto à realização do exame e orientações para os cuidados de autoproteção do pé estão disponíveis em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_do\\_pe\\_diabetico.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf).

#### Quadro 36 - Aspectos-chave para avaliação do risco de ulceração no exame dos pés do usuário com diabetes (a)

##### Identificação de Fatores de risco (FR)

###### FR principais:

- Polineuropatia diabética (PND)
- Deformidades
- Trauma
- Doença Arterial Periférica (DAP)
- Histórico de úlcera / amputação

###### Outros FR:

- Idade
- Duração do DM > 10 anos
- Nefropatia diabética e retinopatia;
- Mau controle glicêmico
- Baixos níveis de adesão
- Fatores psicossociais
- Tabagismo



**Quadro 36. Aspectos-chave para avaliação do risco de ulceração no exame dos pés do usuário com diabetes (b)**

**Avaliação neurológica: rastreamento/investigação de Neuropatia diabética (ND) e Perda de Sensibilidade protetora (PSP)**

**Sintomas:**

- Relato de dor, queimação e dormência que tipicamente melhoram com o exercício
- Desequilíbrio
- Alteração da percepção de temperatura
- Pode haver manifestações clínicas em demais sistemas orgânicos como: disfunção erétil, ressecamento vaginal, hipotensão ortostática, sensação de plenitude gástrica e diminuição ou ausência da percepção de hipoglicemia

**Sinais:**

- Pele seca (xerodermia) e fissuras
- Hiperqueratose e calosidades
- Deformidades neuropáticas: dedos em garra ou em martelo, proeminências de cabeças dos metatarsos e acentuação ou retificação do arco plantar (Artropatia de Charcot)
- Unhas hipotróficas, encravadas ou micóticas
- Lesões fúngicas e maceração interdigital
- Alterações de marcha
- Diminuição da acuidade visual
- Hipo ou anidrose

**Rastreamento da Perda de Sensibilidade Protetora (PSP)**

Material necessário	Achados significativos	Interpretação
Monofilamento de náilon de 10 g	Alterado se duas respostas erradas em três aplicações, inclusive uma simulação, em qualquer área de teste	PSP / rastreamento positivo se monofilamento alterado + 01 ou mais teste anormal
Diapazão (128 Hz)	Percepção vibratória anormal se o paciente responde de forma incorreta em, pelo menos, duas de três aplicações Sensibilidade ao frio diminuída ou ausente	
Palito descartável	Sensibilidade dolorosa diminuída ou ausente	

**Considerações para rastreamento/investigação da ND**

A partir da avaliação clínica e exame dos pés, quando dois dos três seguintes critérios estiverem presentes, há possível diagnóstico de ND:

- Sintomatologia associada à neuropatia;
- Perda de Sensibilidade Protetora (PSP);
- Diminuição ou ausência de reflexos neuromusculares (reflexos tendíneos aquileus reduzidos ou ausentes).

Até 50% dos pacientes com ND podem ser completamente assintomáticos, evidenciando a importância do rastreamento a partir do exame dos pés.

**Se indicativo de neuropatia diabética programar consulta médica para diagnóstico e conduta. Seguimento com enfermeiro.**



**Quadro 36. Aspectos-chave para avaliação do risco de ulceração no exame dos pés do usuário com diabetes (c)**

**Avaliação vascular: Rastreamento/ investigação de Doença Arterial periférica (DAP)**

**Fatores de risco para DAP**

- Idade > 40 anos
- Diabetes Mellitus
  - Hipertensão
  - Hiperlipidemia
- Doença Aterosclerótica Subclínica / Doença Aterosclerótica
  - Tabagismo
  - Sedentarismo
  - Excesso de peso

**Sintomas:**

- Nem sempre haverá sintomas referidos pela insensibilidade decorrente da ND.
- Fadiga nos pés e nas pernas
- Dor em repouso
- Claudicação (fluxo sanguíneo inadequado durante exercícios, causando fadiga, câimbras, desconforto ou dor)
- Dor mais intensa em membro unilateral
- Dor na coxa ou nádegas ao andar, que alivia quando em repouso
- Disfunção erétil

**Sinais:**

- Pulsos diminuídos ou ausentes
- Pele fina e brilhante
- Ausência de pelos no dorso do pé
- Unhas do hálux espessadas
- Alteração de coloração e temperatura (indicando isquemia)
- Atrofia muscular
- Palidez quando a perna é elevada
- Gangrena (necrose em um ou mais pododáctilos)
- Úlceras/lesões que não cicatrizam

**Considerações para rastreamento / investigação de DAP**

O diagnóstico envolve a correlação entre os fatores de risco para DAP, os achados da avaliação vascular, os achados gerais do exame dos pés e a realização do índice tornozelo-braço (ITB\*) e/ou exames complementares.

- DAP é menos provável se ITB entre 0,9 e 1,3 segundos. Porém, não descartar DAP em pessoas com DM de longa data e/ou em diálise se a avaliação global for sugestiva.

- ITB < 0,90 é consistente para DAP.

Se indicativo de DAP programar consulta médica para diagnóstico e conduta. Seguimento com enfermeiro.

**Anotações:**

\*Realizar **ITB - índice tornozelo-braço** se disponível e capacitação prévia. Informações sobre a técnica correta disponíveis nas páginas 343 e 344, em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Na indisponibilidade do teste na APS, deve-se encaminhar ao médico para realização na Atenção Ambulatorial Especializada.

Fonte: Brasil, 2016; Armstrong, 2018; International Working Group on the Diabetic Foot, 2019; Malik; Alam; Azmi, 2019; Nice, 2019; O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.



**Quadro 37 - Periodicidade recomendada para exame dos pés segundo classificação de risco e nível de atenção (a)**

<b>Categoria / Risco UPD</b>	<b>Características</b>	<b>Periodicidade</b>	<b>Nível de Atenção</b>
<b>0 Muito baixo</b>	Ausência de PSP e DAP	<b>Anual</b>	APS
<b>1 Baixo</b>	PSP ou DAP	<b>A cada 6 a 12 meses</b>	APS / Considerar AAE
<b>2 Moderado</b>	PSP e DAP PSP ou DAP e deformidade dos pés	<b>A cada 3 a 6 meses</b>	APS + AAE
<b>3 Alto</b>	PSP ou DAP e um ou mais dos seguintes FR: - História de UPD - História de amputação de membro inferior - Doença renal em estágio terminal.	<b>A cada 1 a 3 meses</b>	APS + AAE

Legenda: UPD – Úlcera do Pé Diabético; PSP – Perda da Sensibilidade Protetora; DAP – Doença Arterial Periférica; APS – Atenção Primária à Saúde; AAE – Atenção Ambulatorial Especializada.

Anotações: Em crianças, o imperativo são os cuidados com os pés (envolvendo seu cuidador) e avaliação somente quando necessário.



Fonte: Nice, 2019; IWGDF, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

**Quadro 38 - Manejo dos principais achados no exame dos pés (a)**

<b>TAXONOMIA</b>	<b>PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>
<b>Nanda-I ®</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteção ineficaz</li> <li>• Perfusão tissular periférica ineficaz / Risco de</li> <li>• Risco de infecção</li> <li>• Risco de disfunção neurovascular periférica</li> <li>• Integridade da pele prejudicada / Risco de</li> <li>• Risco de lesão</li> <li>• Risco de lesão térmica</li> <li>• Dor aguda</li> </ul>
<b>CIPE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade para proteção prejudicada (perda de sensibilidade)</li> <li>• Cicatrização da ferida Eficaz/ Ineficaz / Melhorada / Prejudicada</li> <li>• Conhecimento sobre cuidados com ferida</li> <li>• Dor / Dor crônica</li> <li>• Função vascular periférica, Eficaz</li> <li>• Infecção</li> <li>• Integridade da pele Prejudicada</li> <li>• Lesão</li> <li>• Pele Seca</li> <li>• Percepção sensorial, Eficaz</li> <li>• Perfusão tissular periférica, Prejudicada</li> <li>• Risco de Função Neurovascular Periférica, Prejudicada</li> <li>• Risco de infecção</li> <li>• Risco de integridade da pele, Prejudicada</li> <li>• Risco de úlcera do pé diabético</li> <li>• Úlcera arterial</li> <li>• Úlcera diabética</li> <li>• Úlcera venosa</li> </ul>




Quadro 38. Manejo dos principais achados no exame dos pés (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Deformidades neuropáticas</b></p>  <p>Proeminências de cabeças dos metatarsos, dedos em garra ou em martelo e acentuação ou retificação do arco plantar (Charcot).</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar cuidados redobrados de autoproteção dos pés (anexo 5) pelo risco aumentado de UPD;</li><li>- Encaminhar para <b>avaliação médica</b>;</li><li>- Em caso de diagnóstico prévio e/ou acompanhamento na <b>AAE</b>, manter coordenação do cuidado.</li></ul>
 <p><b>Onicomicose</b></p> <p>Descoloração das unhas, hiperqueratose subungueal, divisão e/ou destruição da placa ungueal.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para <b>avaliação médica</b>;</li></ul>
<p><b>Onicocriptose (unhas dos pés encravadas)</b></p>  <p>Reação inflamatória por corpo estranho (mais comum no hálux) decorrente da penetração de espículo da placa ungueal lateral na pele da prega lateral da unha, com risco de infecção secundária se não tratado adequadamente.</p> <p>Mais de 70% dos casos respondem ao tratamento conservador - correção dos fatores causais e cuidados de Enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- considerado tratamento de primeira escolha pelo risco de recorrência à cantoplastia parcial/total.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar cuidados de autoproteção dos pés (anexo 5), com enfoque no corte das unhas e uso de calçados adequados; - Desaconselhar o uso de calçados fechados durante o tratamento;</li><li>- Recomendar repouso do membro afetado;</li><li>- Se <b>DOR</b>, prescrever: <b>Paracetamol 500 mg</b> 1 comprimido via oral de até <b>6/6h</b> ou <b>Ibuprofeno 600 mg</b> 1 comprimido via oral de <b>12/12h</b> (até 8/8h) <b>por 3 dias</b>;</li><li>- Orientar <b>banhos de imersão</b> do pé afetado em <b>água morna e sabão por 10 a 20 minutos, 3x ao dia, durante 7 a 14 dias</b>. Acrescentar <b>1 a 2 col. de chá de sal</b> na água se presença de edema e exsudato;</li><li>- Aplicar uma <b>cunha de algodão</b> com a ajuda de pinça ou utilizar fita cirúrgica microporosa para <b>afastar a espícula da unha de sua prega lateral</b>;</li><li>- Realizar curativo ligeiramente compressivo e na direção do afastamento recomendado se presença de <b>edema</b>;</li><li>- Em caso de <b>hipergranulação</b>, indicar, conforme disponibilidade de insumos e protocolos locais, coberturas especiais com propriedades antimicrobianas e de absorção (hidrofibra de <b>prata</b>, <b>alginato de prata</b> ou <b>polihexanida</b>). Evitar aplicar loção à base de ácidos graxos essenciais pela possibilidade de agravamento do granuloma. Não realizar desbridamento instrumental pelo risco de sangramento;</li><li>- Reavaliar em <b>72h</b> (ou menos, se necessário) e espaçar acompanhamento conforme evolução favorável;</li><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> se persistência ou piora do quadro.</li></ul>




Quadro 38. Manejo dos principais achados no exame dos pés (c)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Tinea pedis (pé-de-atleta)</b></p>  <p>Erosões pruriginosas, eritematosas ou descamativas, comumente na região interdigital. Pode ocasionar fissuras com dor e risco de infecção secundária e ulceração.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar cuidados de autoproteção dos pés (anexo 5), reforçando a necessidade de secar bem e evitar uso de hidratantes na região interdigital;</li><li>- Prescrever <b>Miconazol 2%* creme</b> - aplicar nos locais afetados <b>2x ao dia por 7 a 14 dias</b>;</li><li>- Reavaliar em <b>7 dias</b> (ou menos, se necessário) e espaçar acompanhamento conforme evolução favorável;</li><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> se persistência do quadro ou em caso de <i>tinea pedis</i> recorrente.</li></ul>
<p><b>Xerodermia</b></p> <p>Ressecamento da pele que pode favorecer o surgimento de fissuras e UPD.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar cuidados de autoproteção dos pés (anexo 5), reforçando o uso de hidratantes após o banho;</li><li>- Indicar uso de cremes à base de <b>ureia</b> (concentração de 4 até 10%) para diminuição de calosidades, de fissuras e do ressecamento nos pés.</li></ul>
<p><b>Hiperqueratose ou calosidades</b></p>  <p>Espessamento difuso da camada mais externa da pele, o estrato córneo, decorrentes de repetidas fricções ou pressões por deformidades nos pés e/ou uso de calçados inadequados.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar cuidados de autoproteção dos pés (anexo 5), reforçando hidratação da pele e adequação de calçado;</li><li>- Recomendar redução do nível de atividade para o pé afetado;</li><li>- Contraindicar produtos químicos/abrasivos para remoção de calos sem orientação de um profissional de saúde;</li><li>- Avaliar em conjunto com o médico e o usuário a necessidade de prescrição de órteses (ex.: dispositivos de silicone) para mudança de pontos de pressão;</li><li>- Em caso de falha das medidas conservadoras ou <b>lesões extensas e sintomáticas</b>, realizar <b>desbridamento/desbastamento instrumental</b> (lâmina reta de bisturi) para remoção de tecidos desvitalizados e redução da pressão plantar, se capacitado para tal;</li><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> conforme evolução do quadro e/ou necessidade de calçados especiais.</li></ul>
<p><b>Dermatite de estase na Insuficiência venosa crônica</b></p>  <p>Achado que apesar de não fazer parte das alterações associadas ao pé diabético predispõe ulcerações/lesões em pessoas com DM. Sinais de estase venosa incluem dermatites (ocres) com eritema, edema, hiperpigmentação da pele, eczema ou úlcera venosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar elevação de membros inferiores acima do nível do coração para alívio dos sintomas;</li><li>- Estimular prática regular de atividades físicas;</li><li>- Promover cessação do tabagismo;</li><li>- Recomendar vaselina líquida como emoliente para limitar o ressecamento e prurido. Evitar loções à base de lanolina;</li><li>- Em caso de prurido mais intenso, prescrever <b>acetato de hidrocortisona 10 mg/g (1%)</b> creme, aplicar no local afetado <b>1 a 2x</b> ao dia por <b>7 dias</b>;</li><li>- Reavaliar em <b>7 dias</b> (ou menos, se necessário);</li><li>- Encaminhar para <b>consulta médica</b> se persistência ou piora do quadro.</li></ul>



**Quadro 38. Manejo dos principais achados no exame dos pés (d)**

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Úlcera do pé diabético</b></p>  <p>Características conforme origem neuropática, neuroisquêmica, isquêmica ou mista. São mais comuns as de origem neuropática, as quais costumam apresentar bordos hiperqueratóticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar com <b>urgência</b> para atendimento hospitalar se isquemia crítica de membro, UPD profunda com comprometimento ósseo ou de articulação e/ou infecção grave;</li><li>- Realizar escuta qualificada aos aspectos psicossociais e impactos da UPD na qualidade de vida do usuário;</li><li>- Promover <b>alívio do estresse mecânico</b> com dispositivos de proteção conforme condições de mobilidade e de <b>repouso</b> do membro afetado;</li><li>- Identificar a origem da UPD e classificá-la conforme o Sistema de Classificação de Ferida Diabética da Universidade do Texas e o sistema de estadiamento da gravidade da infecção, disponível em: <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf</a></li><li>- Prescrever curativo de acordo com insumos disponíveis na rede de saúde e protocolos locais;</li><li>- Realizar desbridamento de tecidos desvitalizados para prevenção/tratamento da infecção e viabilização da epitelização, se capacitado para tal;</li><li>- Realizar rastreamento de DAP;</li><li>- Encaminhar para avaliação médica se presença de infecção;</li><li>- Manter acompanhamento conjunto multiprofissional <b>E</b> compartilhado com <b>AAE</b> (angiologia/cirurgia vascular/ambulatório de feridas) <b>SE</b> úlcera isquêmica ou neuroisquêmica e/ou UPD sem redução de mais de 40 a 50% da sua área / profundidade após <b>4 a 6 semanas</b> de tratamento;</li><li>- Se dor, prescrever <b>Paracetamol 500 mg</b> ou <b>Dipirona 500 mg</b>, 1 comprimido via oral de até <b>6/6h</b> por <b>3 dias</b>. Se piora da dor ou evolução desfavorável solicitar avaliação médica;</li><li>- Monitorar controle glicêmico;</li><li>- Monitorar peso e alimentação, estimulando a hidratação adequada e ingestão de alimentos que contribuem à cicatrização ricos em: proteínas, carboidratos, vitaminas A, B, C, E, ferro, zinco e selênio;</li><li>- Promover a cessação do tabagismo.</li></ul>

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético, 2001; Diniz, 2013; Gomes et al., 2013; Brasil, 2016; Macedo; Nunes; Barret0, 2016; Gin et al., 2017; Armstrong; Asla, 2019; Goldstein; Goldstein, 2019a; Goldstein; Goldstein, 2019b; Malik; Alam; Azmi, 2019; International Working Group on the Diabetic Foot, 2019; O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; Fransway, 2019; American Diabetes Association, 2020.



### 5.3 QUEIXAS MAIS COMUNS EM DM

As queixas mais comuns em usuários com DM no dia a dia das equipes de APS são decorrentes de alterações agudas da glicemia, classificadas em hiperglicemias ou hipoglicemias (BRASIL, 2013c). O manejo dessas condições será abordado a seguir.

#### 5.3.1 Manejo da Hiperglicemia

A hiperglicemia pode ocorrer na ocasião do diagnóstico do DM (especialmente em crianças e adolescentes com DM1 - consultar rastreamento do DM) ou devido à descompensação da doença conhecida. Quando não identificada e tratada adequadamente, pode evoluir para quadros graves de cetoacidose (DM 1 ou 2) ou hiperosmolaridade não cetótica (DM 2), que demandam internação em unidades de emergência e/ou de terapia intensiva (BRASIL, 2013c; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os estados infecciosos são as etiologias mais comuns relacionadas à cetoacidose e ao estado hiperglicêmico hiperosmolar, mas outros fatores importantes como trauma, uso de glicocorticoides, AVC, uso de antipsicóticos atípicos, uso de drogas ilícitas, infarto agudo do miocárdio e uso excessivo de álcool podem ser observados (BRASIL, 2013c).

Não obstante, mundialmente, a descompensação do Diabetes está relacionada a baixos níveis de adesão. A **consulta de Enfermagem**, com foco nos fatores precursores da hiperglicemia, pode evitar manutenção equivocada de doses medicamentosas, bem como otimizar as agendas/recursos disponíveis da equipe, na medida em que aborda a adesão, o autocuidado e as MEV para o controle glicêmico (WHO, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Exames laboratoriais e monitoramento da glicemia capilar no domicílio ou na Unidade de Saúde, já poderão ser solicitados, se indicados, para que o atendimento posterior seja mais efetivo. Alguns casos exigirão encaminhamento para avaliação médica imediata ou com brevidade, conforme sinais de gravidade, demais demandas do usuário e/ou confirmação de que apesar de boa adesão, o controle não está adequado.



### Quadro 39 - Manejo da Hiperglicemia

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
-----------	---------------------------------------

<b>Nanda-I ®</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manutenção ineficaz da saúde</li><li>• Risco de glicemia instável</li><li>• Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico</li><li>• Risco de perfusão tissular periférica ineficaz</li><li>• Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz</li><li>• Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</li><li>• Confusão aguda / Risco de</li><li>• Risco de infecção</li><li>• Náusea</li><li>• Dor aguda</li></ul>
------------------	--

<b>CIPE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adesão a / Não adesão a</li><li>• Continuidade do cuidado Eficaz/ Ineficaz</li><li>• Crise de saúde aguda</li><li>• Hiperglicemia</li><li>• Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada</li></ul>
-------------	---

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Hiperglicemia grave</b></p> <p>Presença de <b>sinais de gravidade</b> como náuseas, vômitos, dor abdominal com defesa, sinais importantes de desidratação, hálito cetônico, taquipneia, hipotensão, alterações do nível de consciência</p> <p><b>e/ou HGT ≥ 300 mg/dl</b></p>	<p>- Encaminhar para <b>atendimento médico imediato</b>.</p>
<p><b>Hiperglicemia</b></p> <p><b>HGT ≥ 200 mg/dl &lt; 300 mg/dl</b></p> <p>assintomático ou com sintomas de boca seca, sede, poliúria, enurese; emagrecimento; náuseas, dor abdominal sem defesa, sinais de desidratação, cansaço, fraqueza ou sonolência e visão turva.</p>	<p>- Em caso de ausência de diagnóstico de DM, realizar consulta de rastreamento;</p> <p>- Na presença de diagnóstico prévio de DM:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar presença/intensidade de sintomas e demais demandas clínicas indicativos de encaminhamento para <b>avaliação médica</b>, se necessário;</li><li>- Identificar fatores precursores da hiperglicemia e revisar plano de cuidados;</li><li>- Orientar medidas de <b>prevenção da hiperglicemia</b>: realizar acompanhamento regular e exames periódicos, entender equilíbrio entre tratamento, alimentação, estresse e nível de atividade física, nunca deixar de usar por conta própria insulina conforme prescrição médica se infecções/quadros agudos;</li><li>- Orientar medidas para <b>manejo da hiperglicemia no domicílio</b>: ingerir um copo de água de hora em hora, procurar US se glicemia se manter elevada por mais de 12h. Orientar procurar atendimento médico de urgência se evolução do quadro com presença de sinais de gravidade;</li><li>- Pactuar retorno para consulta de acompanhamento DM.</li></ul>

Fonte: Brasil, 2013c; O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.



### 5.3.2 Manejo da Hipoglicemia

A hipoglicemia em usuários com DM é definida como todo o episódio de concentração de glicose plasmática anormalmente baixa, que expõe o indivíduo a danos. A hipoglicemia pode ser assintomática ou vir acompanhada de sintomas como sensação de fome, cefaleia, confusão mental, taquicardia, tremores, sudorese, alterações visuais e nos casos mais graves, convulsões, coma e óbito. Se prolongada, pode causar lesões cerebrais irreversíveis. É necessário atentar que os limiares glicêmicos que induzem os sintomas variam entre os indivíduos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; CYRER, 2020).

As principais causas são uso de dose excessiva de insulina, polifarmácia, idade avançada e disfunção cognitiva, desequilíbrio entre dieta, exercício físico e insulino terapia, condições agudas que resultam em menor ingestão alimentar como náuseas e vômitos, atraso nas refeições, uso nocivo de álcool e insuficiência renal (BRASIL, 2013c; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

#### Quadro 40 - Manejo da Hipoglicemia (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
<b>Nanda-I ®</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manutenção ineficaz da saúde</li><li>• Risco de glicemia instável</li><li>• Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico</li><li>• Risco de perfusão tissular periférica ineficaz</li><li>• Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz</li><li>• Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</li><li>• Confusão aguda / Risco de</li><li>• Náusea</li><li>• Risco de queda</li></ul>
<b>CIPE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crise de saúde aguda</li><li>• Hipoglicemia</li><li>• Polifarmácia</li><li>• Risco de Efeito Colateral da Medicação</li><li>• Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada</li><li>• Risco de Lesão por Queda</li></ul>



#### Quadro 40. Manejo da Hipoglicemia (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Hipoglicemia moderada a grave</b> (nível 2 e 3)</p> <p><b>HGT &lt; 54 mg/dl</b> e/ou sinais de gravidade como tonturas, alterações do nível de consciência e impossibilidade de ingestão via oral</p> <p><b>Hipoglicemia leve</b> (nível 1)</p> <p><b>HGT &lt; 70 e ≥ 54 mg/dl</b> Assintomática ou acompanhada de tremores, palpitações, ansiedade / excitação, sudorese, fome e parestesias.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para <b>atendimento médico imediato</b>.</li><li>- Gerenciar hipoglicemia:<ul style="list-style-type: none"><li>- Administrar 15-20 g de glicose por via oral, equivalentes a <b>1 colher de sopa de açúcar</b> ou <b>30 ml de soro glicosado a 50%</b> diluído em um copo de água filtrada;</li><li>- Repetir <b>HGT</b> e o processo de administração de glicose via oral de <b>15 em 15 min</b> até <b>HGT ≥ 70 mg/dL</b>.</li><li>- Se persistência ou piora do quadro, encaminhar para <b>avaliação médica</b>;</li></ul></li><li>- Orientar o consumo de uma refeição ou lanche equilibrado após a normalização dos níveis glicêmicos para evitar recorrência;</li><li>- Identificar fatores precursores e pactuar retorno para revisão do plano de cuidados;</li><li>- Orientar medidas para <b>prevenção da hipoglicemia</b> como manter alimentação balanceada evitando ficar longos períodos em jejum, pessoas em uso de insulina ou sulfonilureias carregar sempre consigo uma fonte de carboidrato de absorção rápida (sachê de glicose 15 g ou balas não <i>diets</i>) e realizar acompanhamento regular;</li><li>- Orientar medidas para <b>manejo da hipoglicemia no domicílio</b>: ingerir <b>1 colher de sopa de açúcar</b> diluída em um copo de água ou <b>3 balas</b> não <i>diets</i> ou um <b>sachê de glicose 15 g</b> de <b>15 em 15 min</b> até normalizar o HGT. Procurar US em caso de persistência do quadro. Orientar familiar que em caso de alteração grave do nível de consciência, colocar mel ou açúcar embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha do usuário e procurar atendimento médico de urgência.</li></ul>

Fonte: Rio de Janeiro, 2013; Brasil, 2013c; American Diabetes Association, 2020; Cyrrer, 2020.



## 6 MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA E AUTOCUIDADO

Janilce Dorneles de Quadros<sup>25</sup>  
Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>26</sup>  
Tainá Nicola<sup>27</sup>  
Thais Mirapalheta Longaray<sup>28</sup>  
Carlíce Maria Scherer<sup>29</sup>  
Daniel Soares Tavares<sup>30</sup>  
Vanessa Romeu Ribeiro<sup>31</sup>  
Fábio Meller da Motta<sup>32</sup>

A consulta de Enfermagem no manejo da hipertensão e diabetes, salvo às especificidades discutidas ao longo dos capítulos anteriores, requer objetivos concomitantes e frequentemente associados, entre eles, a promoção do autocuidado e MEV. As dificuldades das pessoas em adequar seus hábitos a um estilo de vida saudável e conciliar suas atividades diárias com o tratamento medicamentoso e as diferentes tecnologias do cuidado têm sido uma lacuna a ser trabalhada de forma mais efetiva na rotina da APS (MOURA et al., 2011; WHO, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

Observa-se que, em geral, são necessários pelo menos de 2 a 8 meses para mudar um hábito, aprender ou aplicar um comportamento recomendado a partir do processo de orientação no serviço de saúde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). Promover esse processo não é atribuição exclusiva de um profissional de saúde ou outro, contudo, o enfermeiro tem papel fundamental na elaboração e coordenação do plano de cuidados, no qual serão definidas e pactuadas em conjunto com o usuário as mudanças necessárias à sua saúde e bem-estar.

Sendo assim, buscar estratégias que contemplem a educação em saúde, o empoderamento, o apoio ao autocuidado e, conseqüentemente, o controle das doenças crônicas, devem ser diretrizes fundamentais da assistência a esse público-alvo (BRASIL, 2014; POWERS et al., 2017; MENDES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

---

25Enfermeira. Especialista. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

26Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

27Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS

28Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

29Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

30Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

31Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande

32Enfermeiro. Especialista. Coren-RS



## 6.1 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

Entende-se por autocuidado a capacidade do indivíduo em cuidar de si, incluindo o contexto em que está inserido e suas atitudes perante a doença. Nesse sentido, o autocuidado não é equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, o qual orienta ao usuário o que ele deve fazer. O autocuidado reconhece o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro nesse processo (BRASIL, 2014; MENDES, 2012).

Inicialmente é fundamental que as pessoas com doenças crônicas e seus familiares estejam bem informados sobre sua condição de saúde, motivados a lidar com ela e adequadamente capacitados a cumprirem o seu papel no plano de cuidados (SILVA, 2016). As informações essenciais as quais todos os usuários devem ter acesso são: sintomas, causas, diagnóstico, evolução, formas e objetivos de tratamento, automonitoramento, possíveis complicações e sinais de alerta (MENDES, 2019).

**Cabe ressaltar que pessoas consideradas com ‘capacidade para o autocuidado insuficiente’ são aquelas (BRASIL, 2014):**

- Com dificuldades de compreensão de sua doença crônica, das necessidades farmacológicas e/ou do plano de tratamento;
- Que se encontram no estágio pré-contemplativo de mudança de comportamento;
- Com baixo suporte social e fraca rede de apoio;
- Com baixa autoeficácia, isto é, que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições;
- Que reduzem a sociabilidade e tornam-se reclusas por suas limitações, muitas vezes fazendo dos próprios problemas o centro de suas vidas;
- Que abandonam o tratamento por não atingirem as metas terapêuticas;
- Com depressão grave e prejuízo no desempenho das atividades diárias.



## 6.2 MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

O conhecimento, isoladamente, não é suficiente para promover a mudança do comportamento. Por isso, é necessário sensibilizar e estimular a modificação da maneira de agir dos usuários com relação às medidas de autocuidado, considerando que esse processo envolve dimensões como propósito de vida, concepção de prioridades, escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

O primeiro passo para o estímulo à mudança de comportamento é considerar o estágio no qual o usuário se encontra. Os estágios motivacionais para a mudança de comportamento e estratégias recomendadas são descritos no quadro a seguir (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

**Quadro 41 - Estágios e estratégias para a mudança de comportamento (a)**

TAXONOMIA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamento de saúde propenso a risco</li><li>• Controle da saúde familiar ineficaz</li><li>• Disposição para controle da saúde melhorado</li><li>• Manutenção ineficaz da saúde</li><li>• Disposição para nutrição melhorada</li><li>• Disposição para sono melhorado</li><li>• Disposição para melhora do autocuidado</li><li>• Manutenção do lar prejudicada</li><li>• Disposição para conhecimento melhorado</li><li>• Disposição para processos familiares melhorados</li><li>• Disposição para enfrentamento familiar melhorado</li></ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aceitação da condição de saúde</li><li>• Ambivalência</li><li>• Autoeficácia - baixa ou alta</li><li>• Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento</li><li>• Conhecimento, Adequado / Falta de conhecimento sobre</li><li>• Disposição (ou Prontidão) para – (Ex: tomada de decisão, Abandono de Tabagismo; MEV; autocuidado)</li><li>• Disposto (ou pronto) a Aprender</li><li>• Tomada de decisão, Eficaz</li></ul>



Quadro 41. Estágios e estratégias para a mudança de comportamento (b)

ESTÁGIO	CONCEITO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Pré-contemplação / Pré-ponderação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Não tem intenção de modificar determinado comportamento em um futuro próximo, ainda que reconheça essa necessidade;</li><li>- A resistência para a mudança pode apresentar-se de forma hostil, resignada ou racionalizadora.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornecer informações, levantar dúvidas e trazer questionamentos;</li><li>• Evidenciar a discrepância entre os objetivos pessoais e o comportamento;</li><li>• Dar <i>feedback</i>.</li></ul>
<b>Contemplação / Ponderação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ambivalência: ao mesmo tempo em que há consciência dos riscos e problemas relacionados ao comportamento, há o desejo de mudar, mas não neste momento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Explorar a ambivalência;</li><li>• Evocar as razões para mudar e os riscos de mudar ou não mudar o comportamento alvo;</li><li>• Utilizar balança decisória (prós e contras da mudança);</li><li>• Fornecer apoio, fortalecendo a autoeficácia.</li></ul>
<b>Preparação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Está se preparando para a mudança, estabelecendo metas para a mudança de comportamento nos próximos 30 dias;</li><li>- A pessoa parece estar pronta para comprometer-se com a ação, mas isso não significa que toda a ambivalência esteja resolvida.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborar em conjunto com a pessoa/rede de apoio um plano de ação/ plano de cuidados;</li><li>• Estabelecer metas e prazos.</li></ul>
<b>Ação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Realizando a mudança.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acompanhar o processo de mudança, avaliando os resultados e adequando o plano de cuidados conforme necessidade.</li></ul>
<b>Manutenção</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Quando os indivíduos mantiveram sua mudança de comportamento por um período maior - em geral, 6 meses após o início da fase de ação.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar reforço positivo auxiliando na identificação dos benefícios do comportamento assumido;</li><li>• Reconhecer as situações de risco para deslizos e recaídas, estabelecendo estratégias de prevenção e enfrentamento.</li></ul>
<b>Deslizos e recaídas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Caráter transitório ou permanente;</li><li>- Recaídas e deslizos são esperados no processo de mudança a longo prazo e se não trabalhados adequadamente, podem enfraquecer a autoeficácia e reforçar pensamentos de culpa, fracasso ou impotência.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Auxiliar a pessoa a renovar o processo de mudança;</li><li>• Evitar falas que provoquem culpa, imobilização ou desmoralização da pessoa;</li><li>• Avaliar e evocar o aprendizado para prevenir e/ou lidar com futuras situações.</li></ul>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012; Brasil, 2014.



### 6.3 HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

As dificuldades dos profissionais em estabelecer empatia e comunicação apropriadas para compartilhar as responsabilidades do plano conjunto de cuidados com o usuário e família podem prejudicar a adesão e o processo de mudança de comportamento (ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004; DICKINSON et al., 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Nesse sentido, uma abordagem inadequada a partir de uma linguagem não centrada na pessoa (mesmo que com intenção de) pode levar a atritos entre as necessidades em saúde, o plano de cuidados e as prioridades do usuário, conforme momento de vida (SPEIGHT et al., 2012; DICKINSON et al. 2017).

Reflexos disso, são sentimentos de fracasso, frustração e culpa, gerados como consequências de expectativas irreais e inequânimes de cuidado. Com o tempo, muitas pessoas param de confiar em si e nos profissionais ou familiares, buscando evitar - consciente ou inconscientemente - atendimentos na unidade de saúde (SPEIGHT et al., 2012).

O quadro abaixo descreve maneiras mais efetivas de comunicação para a promoção do autocuidado e mudanças de estilo de vida.

#### Quadro 42 - Desenvolvendo habilidades de comunicação centradas na pessoa (a)

##### Princípios orientadores

- Evitar culpar ou empregar termos que impliquem em julgamento moral sobre comportamentos, mesmo que com tom amigável;
- Evitar uso de termos como: “diabético”, “hipertenso”, “não aderente”, “mau controle”, “descompensado”, “você deve...”, “você tem que...”, “você não pode”;
- Preferir termos como: “pessoa com diabetes ou hipertensão”, “manejo da condição”, “você atingiu seus objetivos”, “você pode considerar...”, “você pode escolher entre...”, “o que você pensa ou gostaria de...”;
- Atentar que ideias de “não controle” geram frustração e sentimento de impotência, podendo paralisar a mobilização de forças para enfrentamento;
- Evitar fornecer muitas informações sobre a condição crônica como rotina;
- Aceitar e respeitar que o indivíduo tem o direito de fazer escolhas e é responsável por sua própria condição;
- Considerar que a doença nem sempre pode ser prioridade na vida do usuário;
- Lembrar sempre de que todas as pessoas são diferentes, mesmo com características em comum decorrentes de riscos e doenças;
- Procurar estimular a esperança e o otimismo, valorizando todos os passos realizados em busca da mudança, por menores que possam parecer em um primeiro momento;
- Reforçar que saúde e bem-estar a partir do autocuidado e mudanças no estilo de vida vão muito além do que “controlar doenças”;
- Focar a abordagem e a linguagem na produção de vida e não na reprodução de discursos que remetam hábitos saudáveis a sacrifícios ou de que mudanças são difíceis;
- Destacar sempre o que as pessoas alcançaram e estão dispostas a fazer em vez de explorar como rotina dificuldades, hábitos nocivos ou resultados anteriores que não deram certo.



## Quadro 42. Desenvolvendo habilidades de comunicação centradas na pessoa (b)

### Exemplos de como conduzir uma conversa sobre mudança\*

**1. Conhecer a pessoa, sua rede de apoio e a rotina antes de abordar a condição clínica.**

*“Antes de tudo, se o Sr. não se importar, eu gostaria de lhe conhecer um pouco melhor. Como você se descreveria em relação a sua família, a sua rotina?”*

*“Como o diabetes / hipertensão afeta a sua vida diária e a da sua família?”*

**2. Faça perguntas abertas, uma de cada vez e evite responder ou completar as frases pela pessoa.**

*“Como tem sido com as suas medicações?”*

*“Que perguntas você tem?”*

*“O que lhe causa maior preocupação sobre sua condição de saúde nesse momento?”*

**3. Respeite a autonomia e peça permissão para informar.**

*“Eu realmente estou preocupada em quanto o cigarro está influenciando a sua saúde. Tudo bem para você se falássemos um pouco a respeito?”*

*“Para que eu não me concentre em algo que não seja útil para você nesse momento, pergunto o que você já sabe sobre o colesterol alto e o que você gostaria de saber?”*

**4. Explore as razões, a importância e a confiança da pessoa para mudar determinado comportamento.**

*“Por quais razões você quer emagrecer?”*

*“O que lhe motiva a parar de fumar?”*

*“Qual a importância para você, hoje, de iniciar uma atividade física?”*

*“O quão confiante você se sente para aplicar a insulina sozinho a partir de agora?”*

**5. Evite aconselhar, auxilie a pessoa a encontrar as suas próprias respostas e alternativas.**

*“De que formas você pensou em fazer essa mudança?”*

*“O que você já tentou ou fez para parar de fumar?”*

*“Que tipos de atividades físicas você se exerceria fazendo?”*

**6. Faça afirmações e reforços positivos.**

*Usuário: “Eu consegui reduzir o açúcar do café, mas os doces não consegui deixar de comer. Não consigo.”*

*Profissional: “Que ótimo que você conseguiu dar o primeiro passo, mudar nem sempre é fácil no início. Me conte mais como você conseguiu fazer essa mudança?”*

**7. “Faça resumos e finalize a consulta retomando as pactuações.**

*“Então, você decidiu que vai tentar iniciar caminhadas com o seu esposo e vai tentar fazer mais vezes o exame da glicose durante o dia. Conversamos um pouco sobre o quanto você acha importante cuidar mais de você nesse momento. Combinamos de você repetir os exames em um mês e retornar comigo em consulta. É isso ou esqueci de alguma coisa?”*

**Anotações:** \*Abordagem baseada na Entrevista Motivacional, que constitui um estilo de comunicação colaborativa e centrada na pessoa com objetivo de evocar as motivações para mudanças de comportamento no interesse de sua saúde.

Fonte: Speight et al., 2012; Miller; Rollnick, 2013; Steinberg; Miller, 2015; Dickinson et al., 2017; American Diabetes Association, 2020.



## 6.4 CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS

O autocuidado deve ser centrado na pessoa e propõe a construção de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida conjuntamente entre o profissional de saúde e o usuário. Mendes (2012) sugere que sejam levantados os objetivos de vida, além de questionamentos sobre o grau de interesse em mudar determinado comportamento, pontuando de 0 a 10. É necessário realizar uma pactuação com o usuário, descrevendo o que será feito, quantas vezes, quando, onde e como. Nessa perspectiva, avaliar o grau de confiança do indivíduo em fazer a atividade pactuada e, se o valor for menor que 7, desmembrar a tarefa em partes menores e mais acessíveis. Estas estratégias são demonstradas no quadro 43 a seguir (MENDES, 2012).

**Quadro 43 - Construção do plano conjunto de cuidados (a)**

TAXONOMIA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamento de saúde propenso a risco</li><li>• Controle da saúde familiar ineficaz</li><li>• Disposição para controle da saúde melhorado</li><li>• Saúde deficiente da comunidade</li><li>• Manutenção ineficaz da saúde</li><li>• Disposição para nutrição melhorada</li><li>• Disposição para sono melhorado</li><li>• Disposição para melhora do autocuidado</li><li>• Manutenção do lar prejudicada</li><li>• Disposição para conhecimento melhorado</li><li>• Disposição para processos familiares melhorados</li><li>• Disposição para enfrentamento familiar melhorado</li><li>• Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade</li></ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aceitação da condição de saúde</li><li>• Adesão a / Não adesão a</li><li>• Apoio familiar / Falta de Apoio familiar</li><li>• Apoio social / Falta de Apoio social</li><li>• Capaz de Executar o Autocuidado</li><li>• Capacidade para participar no planejamento do cuidado</li><li>• Comportamento de busca de saúde</li><li>• Continuidade do cuidado, Eficaz</li><li>• Qualidade de vida</li><li>• Déficit de autocuidado</li></ul>



**Quadro 43. Construção do plano conjunto de cuidados (b)**

**PACTUAÇÃO**

**PREENCHER COM O USUÁRIO:**

Data:

Comportamento e/ou atividade:

O que você fará/Quanto/Quantas vezes  
(dia/semana)/Quando/Onde/Como:

As principais barreiras para alcançar  
essa meta são:

As ações que posso fazer para superar  
essas barreiras são:

Grau de confiança - de 0 (totalmente  
sem confiança) a 10 (totalmente  
confiante):

Fonte: Adaptado de Mendes, 2012.



## 6.5 ACOMPANHAMENTO

Em cada uma das consultas de acompanhamento, o Enfermeiro deve estar atento ao cumprimento das metas acordadas anteriormente e pactuar novos objetivos. Para este acompanhamento, sugere-se utilizar a técnica dos Cinco “As”, a qual traz orientações sobre todo o processo de promoção do autocuidado.

### Quadro 44 - Técnica dos 5 “As”

INTERVENÇÃO	TÉCNICA
<b>AVALIE</b>	Avalie o conhecimento e as ideias do usuário sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde, assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
<b>ACONSELHE</b>	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que o usuário relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ele entendeu das recomendações feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
<b>ACORDE/ PACTUE</b>	Estabeleça uma parceria com o usuário para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
<b>ASSISTA</b>	Dê assistência ao processo de mudança - auxilie no planejamento, na elaboração e adequação dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizos e recaídas; forneça material de apoio.
<b>ACOMPANHE</b>	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com o usuário as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012.

Posto isto, os principais objetivos do autocuidado compreendem: gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer a condição de saúde e a partir disso, decidir e escolher o tratamento, adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a saúde, utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças e superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde (MENDES, 2012).

Assim sendo, a equipe de enfermagem tem papel fundamental na identificação das barreiras à mudança, na motivação dos usuários, no aperfeiçoamento de habilidades para solução de problemas, buscando assegurar o suporte necessário para as mudanças comportamentais.

Para saber mais sobre essas e demais ferramentas para a promoção do autocuidado na APS, consulte o Caderno de Atenção Básica nº 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)



## REFERÊNCIAS

ALIOTTA, S; VLASNIK, J.; DELOR, B. Enhancing adherence to long-term medical therapy: a new approach to assessing and treating patients. **Pubmed**, [s.l.], v. 21, p. 214-31, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15605616/>.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes 2020. **The journal of clinical and applied research and education diabetes care**, [s.l.], v. 43, p. 193-202, 2020.

ARMSTRONG, D.G, ASLA, R.J. Management of diabetic foot ulcers. Post TW, ed. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 21 mai. 2020.

AUGUSTO, M.C. et al. Avaliação do Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar. **Revista Latino-Americana**, set./ out. 2014.

BAKRIS, G. L. Moderately increased albuminuria (microalbuminuria) and cardiovascular disease. Post TW, ed. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em 29 abr. 2020.

BASILE, J.; BLOCH, M. J. Overview of hypertension in adults. Post TW, ed. UpToDate, mai. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-66, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358 /2009**, de 15 out. 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. Brasília, 15 out. 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária n.29**: rastreamento. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e insumos estratégicos em saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n. 35, p. 162, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n.37, p.128, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n.36, p.160, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, 1 ed. V. II, n.28, p. 290, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2015.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Manual do pé diabético, p. 62, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.436/GM**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, seção 1, p. 68, 2017a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira** [recurso eletrônico] Rio de Janeiro, 6.5 MB; ePUB, 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2605**, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 156**, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e dá outras providências. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital do Coração. **Alimentação cardioprotetora.** Brasília, 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao\\_cardioprotetora.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos.** Brasília, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo.** Brasília, 2020b. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio\\_PCDT\\_Tabagismo\\_520\\_2020\\_FINAL.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2.** Brasília, 2020c. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113\\_Relatorio\\_PCDT\\_565\\_Diabetes\\_Mellito\\_Tipo\\_2.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_PCDT_565_Diabetes_Mellito_Tipo_2.pdf).

BRASÍLIA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas.** Brasília: Sistema para deteção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, módulo 3, 7 ed., p. 68, 2014.

BRETTLER, J. **Hipertensão essencial.** BMJ Publishing Group Ltda, London, ago 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/26/pdf/26/Hipertensão%20essencial.pdf>. Acesso em: 9 mai 2020.

CAPUCCIO, F. C. et al. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. BMJ Publishing Group Ltda, jul 2004.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** [S.l.], 2017. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnp>. Acesso em 6 jan 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **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 profissional da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen 195/1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html). Acesso em: 9 jan 2019.



CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n 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. Rio de Janeiro: 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n 514/2016**. Aprova o guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n 564/2017**. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html). Acesso em: 9 jan 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Diretrizes para elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais**. Brasília, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Parecer n° 19**, de 2016. Parecer quanto ao uso da classificação internacional da atenção primária por enfermeiros da atenção básica na sistematização da assistência de enfermagem através do E-SUS e, se esta pode ser utilizada como diagnóstico de enfermagem ou se há a necessidade de utilizá-la juntamente com outros sistemas de classificação de diagnóstico de enfermagem. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=legislacao&pagina=pareceres>. Acesso em: 21 ago 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Protocolo de Enfermagem volume 1: Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, p. 57, 2015.

COSENTINO, F. et al. **Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the task force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology and the European Association for the Study of Diabetes**. European Heart Journal, [S.l.] v. 41, issue 2, p. 255-323, 7 jan 2020.

CYRER, P. E. Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus. Post TW, ed. UpToDate, 2020.. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 1 out 2020.

DICKINSON, J.K. et al. The use of language in diabetes care and education. Diabetes Care, [S.l.] 2017.

DIMATTEO, M. R.; LEPPER, HS, CROGHAN, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. [S.l.], Arch Intern Med., 2000.

DINIZ, A. G. **Relevância da nutrição no processo de cicatrização de feridas**. 2013. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) -Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa Santa, 2013.

FERREIRA, S. R. S; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 690 p, 2017.

FERREIRA, S. R. S. et al. **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde**. Gerência de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

FLORIANÓPOLIS. Protocolo de enfermagem sobre hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis, v. 1, versão 1.5, 2015.

FRANSWAY, A. F. Stasis dermatites. Post TW, ed. UpToDate, 2019.. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 19 mai 2020.



GAIESKI, D; MIKKELSEN, M. E. **Avaliação e abordagem inicial do paciente adulto com hipotensão e choque indiferenciados.** Post TW, ed. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 15 mai 2020.

GBD 2019 Risk Factors Collaborators. **Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019:** a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).

GIN, H. et al. **Treatment by a moisturizer of xerosis and cracks of the feet in men and women with diabetes:** a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Diabetic Medicine, UK.

GLYNN, L. G. et al. **Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension.** Cochrane Database of Systematic Reviews, [S.l.], v. 3, 2010.

GOLDSTEIN, A. O; GOLDSTEIN; B. G. A. **Dermatophyte (tinea) infections.** Post TW, ed. UpToDate, 2019ª. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 29 abr 2020.

GOLDSTEIN, A. O; GOLDSTEIN; B. G. Management of ingrown toenails. Post TW, ed. UpToDate, 2019b. Disponível em: <https://www.uptodate.com> Acesso em: 29 abr 2020.

GOMES, A. **Hypergranulation:** best practices in nursing systematic review of the literature. Journal of aging and innovation, v. 2, ed. 2, 2013.

GONÇALVES, JPB. **Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde:** revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados. 2014. Dissertação (mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre pé diabético.** Tradução de Ana Claudia de Andrade e Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

HEARTS, XX. **Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde.** Organização Panamericana da Saúde, Washington, 2019.

HEINISCH, R. H.; STANGE, L. J. **Religiosidade e doenças cardiovasculares.** Arq Catarin Med, 2014

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Bruxelas, tlas, 8.ed., 2017.

INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY. Clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder. Kidney International Supplements, p.1-59,2017.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT. **Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease.** 2019.

INZUCCHI, S.E.; LUPSA, B. **Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults.** Post TW, ed. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 17 mai 2020.

KAUFMANN, H. **Treatment of orthostatic and postprandial hypotension.** Post TW, ed. UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 17 mai 2020.

LAFFEL, L.; SVOREN, B. **Management of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents.** Post TW, ed. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 4 jun 2020.



LEEHEY, D.J.; MOINUDDIN, I. **Doença renal diabética**. BMJ Publishing Group Ltda, London, 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/530/pdf/530/Doença%20renal%20diabética.pdf>. Acesso em: 8 mai 2020.

LEVITSKY, L.L.; MISRA, M. **Epidemiology, presentation, and diagnosis of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents**. Post TW, ed. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 6 jun 2020.

LISBOA, C.S.F.; LOPES, E.C. **Automonitorização da glicemia: construção de uma proposta de documento orientador**: construção de uma proposta de documento orientador. Boletim da saúde, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 65-74, 2017

MACEDO, G.M.C.; NUNES, S.; BARRETO, T. **Skin disorders in diabetes mellitus**: an epidemiology and physiopathology review. Diabetol Metab Syndr, [S.l.], 2016.

MACH, F. et al. **Guidelines for the management of dyslipidaemias**: lipid modification to reduce cardiovascular risk. The task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society. European Heart Journal, [S.l.], 2020

MALIK, R. A.; ALAM, U.; AZMI, S. **Neuropatia diabética**. BMJ Best Practice, [S.l.]. Acesso em: 29 mai 2020.

MALACHIAS, M. V. B. et al. **Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, 2016.

MELVIN, L.M.; FUNAI, E.F. **Gestational hypertension**. Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em 30 set 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019

MOURA, D. J. M. et al. **Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão**: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 4, 2011.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação 2018-2020. Tradução de Regina Machado Garcez. Revisão técnica Alba Lucia Bottura Leite de Barros. Porto Alegre: Artmed, 11 ed., 2018.

NERENBERG, . et al. **Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children**. Can J Cardiol, v. 34, n. 5, p. 506-25, 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Diabetic foot problems**: prevention and management. NICE guideline, [S.l.]: 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Hypertension in adults**: diagnosis and management. NICE guideline Published, [S.l.], 2019. Disponível em: [www.nice.org.uk/guidance/ng136](http://www.nice.org.uk/guidance/ng136).

NOBRE, F. et al. **Sexta Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e Quarta Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 110, n.5, supl. 1, 2018.

NOBREGA, A. C. L.; CASTRO, R. R. T.; SOUZA, A. C. **Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica mental**. Revista Brasileira de Hipertensão, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 94-7, 2007.



O'CONNOR, P.J.; SPERL-HILLEN, J.M. **Diabetes do tipo 2 em adultos**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2019.

OLIVEIRA, L.F.; RODRIGUES, P.A.S. **Circunferência de cintura**: protocolos de mensuração e sua aplicabilidade prática. *Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde*, v.3, n.2, p. 90-95, 2015.

PAPPACCOGLI, M. et al. **Comparison of Automated Office Blood Pressure With Office and Out-Office Measurement Techniques**: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hypertension Journal*, [s.l.], v. 73, issue 2, p. 481-490, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.12079>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus**. SESA, Curitiba, 57 p., 2018.

PENTEADO, M. S.; OLIVEIRA, T. C. **Associação estresse-diabetes mellitus tipo II**. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, v. 7, p. 40-5, 2009.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de 4 Atenção Básica. **Guia de apoio à tomada de decisão para o acolhimento com identificação de necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica**. Coordenação Geral da Atenção Básica - Fernando Ritter (org.), Porto Alegre, 2015.

POWERS, M. A. et al. **Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes**: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*, [s.l.], v. 43, n.1, 2017.

PRÉCOMA, D. B. et al. **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2019**. *Arquivo Brasileiro Cardiologia*, [s.l.], 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>.

RIO DE JANEIRO. **Guia de referência rápidasobre Hipertensão**: Manejo clínico da hipertensão em adultos. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

ROBERTSON, P. R. **Prevention of type 2 diabetes mellitus**. Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em 15 mai 2020.

ROERECHE, M; KACZOROWSKI, J; MYERS, M. **Comparing Automated Office Blood Pressure Readings With Other Methods of Blood Pressure Measurement for Identifying Patients With Possible Hypertension**: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*, [s.l.]. 2019.

SACKS, F.M. et al. DASH-Sodium Collaborative Research Group. **Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet**. *N Engl J Med*, [s.l.], 2001.

Schneider SCHNEIDER, RH; GRIM, Grim CE; RAINFORTH, Rainforth MV; KOTCHEN, Kotchen T; NIDICH, Nidich SI; GAYLORD-KING, Gaylord-King C, et al. **Stress reduction in the secondary prevention of cardiovascular disease**: randomized, controlled trial of transcendental meditation and health education in Blacks. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, [s.l.], 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. **Diretrizes clínicas**: Diabetes Mellitus. Fortaleza, 139 p., 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Portal Saúde, 2018a. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php>.



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 303/18 CIB/RS** Nota Técnica 03/2018 Atenção ao indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2018b. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201812/11115617-cib-303-18-reformulada-has.pdf>.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 22/2019 CIB/RS**. Guia do Pré-Natal na Atenção Básica, 2018c. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 302/18 CIB/RS**. Nota Técnica 02/2018 - Atenção ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus tipo II na Atenção Básica, 2018d. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201911/22151908-cib302-2018-versao-com-figura.pdf>.

SILVA, C. G. **Conhecimento e Atividades de Autocuidado dos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2: Fatores Associados**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

SIU, A. L. **Screening for high blood pressure in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement**. *Annals of Intern Medicine*, [s.l.], 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/M15-2223>. Acesso em:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.

SPEIGHT, J.; CONN, J.; DUNNING T., SKINNER, T.C. **A new language for diabetes: improving communications with and about people with diabetes**. *Diabetes Res Clin Pract*, [s.l.] 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Aplicação de insulina: dispositivos e técnica de aplicação**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015). São Paulo: Clannad, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)**. São Paulo: Clannad, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>.

SOUZA, A. Condições psicossociais e psiconeurológicas. *In*: BARROS, N.; RAMOS, S.; MANENTI, E.; FRIEDRICH, M. A. G.; SAADI, E. K. (Org.). **Entendendo as doenças cardiovasculares**. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 95-99.

STEINBERG, M.P.; MILLER, W.R. **Applications of motivational interviewing in diabetes care**. Guilford Press, 2015.

STERGIOU, G. S.; BLIZIOTIS, I. A. **Home Blood Pressure Monitoring in the Diagnosis and Treatment of Hypertension: A Systematic Review**. *American Journal of Hypertension*, v. 24, n. 2, p. 123-134, 2011.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M.; **Sistematização da Assistência de Enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3 ed. 2019.

TELESSAÚDERS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento para endocrinologia pediátrica: RegulaSUS**. Porto Alegre, 2018b. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolos\\_encaminhamento\\_endocrinologia\\_pediatriaTSRS20180209\\_v001.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_endocrinologia_pediatriaTSRS20180209_v001.pdf).



TELESSAÚDERS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento para obstetrícia: pré-natal de alto risco.** Porto Alegre, 2016. Revisado em 15 de agosto de 2019. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolo\\_encaminhamento\\_obstetricia\\_TSRS20190821.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf)

TELESSAÚDERS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Resumo Clínico Doença Renal Crônica:** RegulaSUS. Porto Alegre, 2016. Revisado em 9 de fevereiro de 2018a. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/nefrologia\\_resumo\\_doenca\\_renal\\_cr%C3%B4nica\\_TSRS.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/nefrologia_resumo_doenca_renal_cr%C3%B4nica_TSRS.pdf).

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **High blood pressure in adults:** screening. [S.L.], 2015.

VIJAN, MD. **Screening for lipid disorders in adults.** Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 29 abr 2020.

YOUNG-HYMAN, D. et al. **Psychosocial care for people with diabetes:** a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, [s.l.], 2016.

YUSUF, S; HAWKEN, S.; OUNPUU, S; DANS, T; AVEZUM A; LANAS, F; MCQUEEN M; BUDAJ, A; PAIS, P; VARIGOS, J; LISHENG, L; INVESTIGATORS, Interheart Study. **Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries:** case-control study. *Lancet*, p. 937-952, 2004.

WAHEED, S. **Avaliação da proteinúria.** London: BMJ Publishing Group Ltda, 2018.

WEFFORT, Virginia Resende Silva; LAMOUNIER, Joel Alves (Coord.). **Nutrição em pediatria:** da neonatologia à adolescência. São Paulo: Manole, 2 ed. 2017.

WEINSTOCK, R. **Self-monitoring of glucose in management of nonpregnant adults with diabetes mellitus.** Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 21 mai 2020.

WEXLER, D. J. **Overview of general medical care in nonpregnant adults with diabetes mellitus.** Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 17 mai 2020.

WILLIAMS, B; MANCIA, G; SPIERING, W et al. **Guidelines for the management of arterial hypertension.** *European Heart Journal*, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. *Who Technical Report Series*, Geneva, n. 894, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases.** Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018:** monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva: World Health Organization, 2 ed. 2018b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm:** Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=AB6065219E532E2F47B566C383592592?sequence=1>. Acesso em: 4 abr 2019.



HIPERTENSÃO  
E DIABETES

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2019–2021.** Strategy. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/call-for-nominations-to-uniatf-2020-awards>.



## ANEXOS

### ANEXO 1 - AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test / Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool*

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você costuma beber?</p> <p>(01 dose: 01 copinho de pinga ou destilado ou licor, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho)</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência você consome 06 ou mais doses em uma mesma ocasião?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>Total:</p>	



Pontuação	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool: informações sobre consumo, limites de beber e orientações gerais
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica: educação para o uso de álcool e a proposta de estabelecimento de metas para a redução ou abstinência
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve de acordo com a motivação para mudança do padrão de beber e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Provável Dependência	Avaliação do Diagnóstico e encaminhar para tratamento na Unidade de Saúde, se necessário, com apoio de profissionais de saúde mental, ou nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2017.



**ANEXO 2 - Teste de Fagerström para dependência de nicotina**

<b>1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?</b>			
[3] Dentro de 5 minutos [1] Entre 31-60 minutos	[2] Entre 6-30 minutos [0] Após 60 minutos		
<b>2. Para você, é difícil não fumar em lugares proibidos?</b>			
[1] Sim	[0] Não		
<b>3. Qual dos cigarros que você fuma durante o dia lhe dá mais satisfação?</b>			
[1] O primeiro da manhã	[0] os outros		
<b>4. Quantos cigarros você fuma por dia?</b>			
[0] Menos de 10	[1] de 11-20	[2] de 21-30	[3] Mais de 31
<b>5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?</b>			
[1] Sim	[0] Não		
<b>6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?</b>			
[1] Sim	[0] Não		

Total: [0-2] Muito baixa; [3-4] Baixa; [5] Moderada; [6-7] Elevada; [8-10] Muito elevada.

Fonte: Précoma et al., 2019.



### ANEXO 3 - Questionários FICA e HOPE para avaliação de espiritualidade

Questionário FICA
<p><b>F – Fé/ crença</b></p> <p>Você se considera religioso ou espiritualizado? Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas? Se não: o que te dá significado à vida?</p>
<p><b>I - Importância ou influência</b></p> <p>Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida? A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?</p>
<p><b>C – Comunidade</b></p> <p>Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Ela te dá suporte, como? Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você? Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?</p>
<p><b>A – Ação no tratamento</b></p> <p>Como você gostaria que o seu médico ou profissional de saúde considerasse a questão religiosidade/espiritualidade no seu tratamento? Indique, remeta a algum líder espiritual/religioso.</p>
Questionário HOPE
<p><b>H – Há fontes de esperança?</b></p> <p>Quais são suas fontes de esperança, conforto e paz? A que você se apegua nos tempos difíceis? O que lhe dá apoio e faz você andar para frente?</p>
<p><b>O – Organização religiosa</b></p> <p>Você se considera parte de uma religião organizada? Isso é importante? Faz parte de uma comunidade? Isso ajuda? De que formas sua religião ajuda você? Você é parte de uma comunidade religiosa?</p>
<p><b>P – Práticas espirituais pessoais</b></p> <p>Você tem alguma crença espiritual que seja independente da sua religião organizada? Você crê em Deus? Qual é a sua relação com ele? Que aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual ajudam mais? (oração, meditação, leituras, frequentar serviços religiosos?)</p>
<p><b>E – Efeitos no tratamento</b></p> <p>Há algum recurso espiritual do qual você está sentindo falta? Há alguma restrição para seu tratamento gerada por suas crenças?</p>

Fonte: Reproduzido de Précoma et al., 2019.



#### ANEXO 4 - ESCORE DE FRAMINGHAM

O Escore de Framingham é o instrumento adotado Pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC-DA) para estimar, em 10 anos, o risco para desenvolvimento de eventos coronarianos, cerebrovasculares, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca (PRECOMA, et al., 2019).

A estratificação de Risco Cardiovascular (RCV) proposta pelo SBC-DA, considera três níveis de risco:

Grau de risco CV	Percentual de risco em 10 anos
Risco baixo	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 5% em homens ou mulheres</li></ul>
Risco intermediário	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 a &lt; 20% em homens</li><li>• 5 a &lt; 10% em mulheres</li><li>• Pacientes com diabetes sem doença aterosclerótica subclínica - DASC ou Estratificação de Risco - ER</li></ul>
Risco alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 20% em homens</li><li>• &gt; 10% em mulheres</li><li>• Aterosclerose subclínica</li><li>• Aneurisma de aorta abdominal</li><li>• Doença renal crônica</li><li>• LDL elevado</li></ul>
Risco muito alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aterosclerose significativa (&gt; 50% obstrução) com ou sem sintomas clínicos coronária cerebrovascular vascular periférica</li></ul>

Fonte: Adaptado de Précoma; D.B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019.



## Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham

HOMENS	
Idade	Pontuação
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

Colesterol Total X Idade	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1

Fumante	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1



PA Sistólica	Tratamento	
	Sim	Não
< 120	0	0
120-129	1	0
130-139	2	1
140-159	2	1
≥ 160	3	2

HDL	Pontuação
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 37, pg 123.

MULHERES	
Idade	Pontuação
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16



Colesterol Total X Idade	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2

Fumante	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	9	7	4	2	1

PA Sistólica	Tratamento	
	Sim	Não
< 120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥ 160	4	6

HDL	Pontuação
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 37, pg 124.



### Determinação do % de risco em 10 anos

HOMENS		MULHERES	
Somatório de Pontos	Risco em 10 anos (%)	Somatório de Pontos	Risco em 10 anos (%)
< 0	< 1	< 9	< 1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	25	≥ 30
≥ 17	≥30		
RISCO % =		RISCO % =	

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 37, pg 125.



## ANEXO 5 - Orientações para o autocuidado dos pés – prevenindo o pé diabético

- Realize a inspeção diária dos pés (seja por você mesmo ou com a ajuda de um familiar ou um cuidador orientado), incluindo as áreas entre os dedos.
- Realize a higiene regular dos pés, seguida da secagem cuidadosa deles, principalmente entre os dedos.
- Cuidado com a temperatura da água! Ela deve estar sempre inferior a 37°C, para evitar o risco de queimadura.
- Evite andar descalço, seja em ambientes fechados ou ao ar livre.
- Sempre use meias claras ao utilizar calçados fechados.
- Use, sempre que possível, meias com costura de dentro para fora ou, de preferência, sem costura.
- Procure trocar de meias diariamente.
- Nunca use meias apertadas e evite usar meias altas acima do joelho.
- Inspecione e palpe diariamente a parte interna dos calçados, à procura de objetos que possam machucar seus pés.
- Use calçados confortáveis e de tamanho apropriado, evitando o uso de sapatos apertados ou com reentrâncias e costuras irregulares.
- Use cremes ou óleos hidratantes para pele seca, porém, evite usá-los entre os dedos.
- Corte as unhas em linha reta.
- Não utilize agentes químicos ou emplastros para remover calos.
- Calos e calosidades devem ser avaliados e tratados pela sua equipe de saúde.
- Faça a reavaliação dos seus pés com a sua equipe de saúde uma vez ao ano (ou mais vezes, se for solicitado).
- Procure imediatamente sua Unidade de Saúde se uma bolha, corte, arranhão ou ferida aparecer.
- Em caso de dúvidas, procure sempre a sua equipe de saúde!

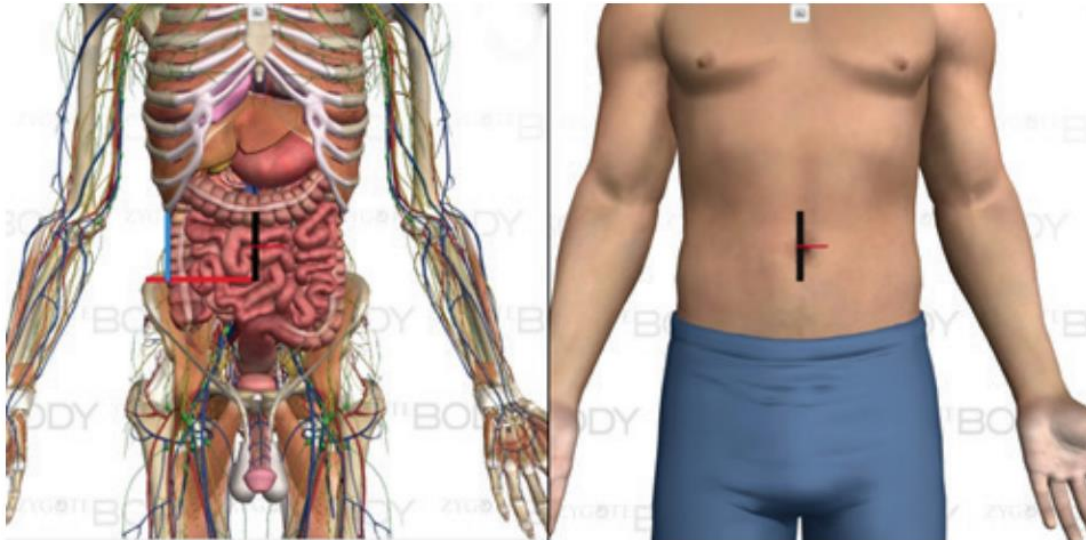
Fonte: Reproduzido de Brasil, 2016.



## APÊNDICE 1- TÉCNICA ILUSTRADA DE MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

### HOMENS

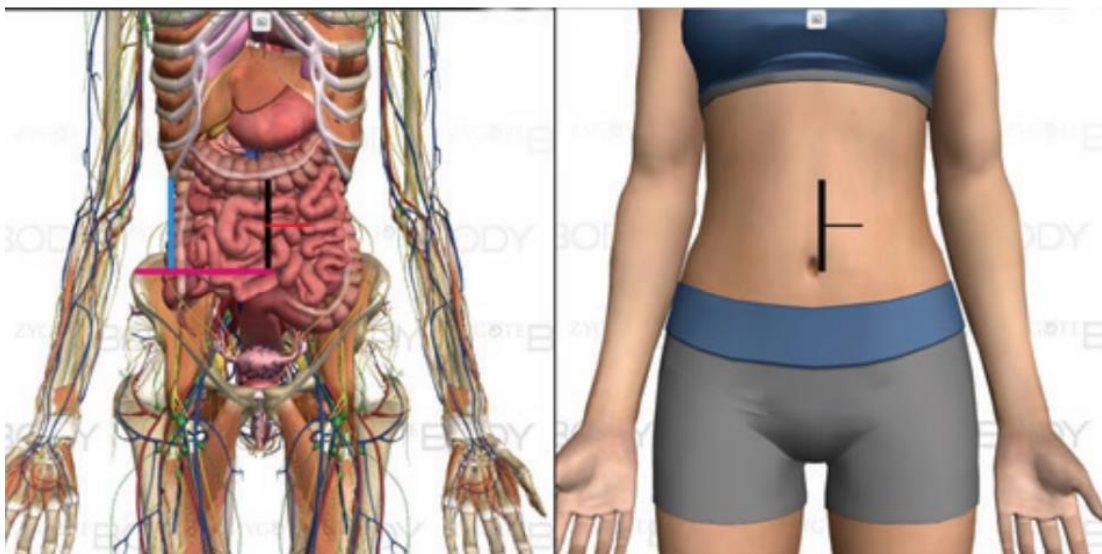
Figura 1: Ponto médio entre últimos arcos costais e crista íliaca (azul e preto), e correspondência no corpo masculino.



Fonte: Reproduzido de Oliveira; Rodrigues, 2015.

### MULHERES

Figura 2: Ponto médio entre últimos arcos costais e crista íliaca (azul e preto), e correspondência no corpo feminino.



Fonte: Reproduzido de Oliveira; Rodrigues, 2015.



## APÊNDICE 2 – Formulário para Monitoramento Residencial da Pressão Arterial – MRPA

Nome: \_\_\_\_\_ Data da consulta: \_\_\_\_\_

Utilize um aparelho de pressão automático de braço para verificar a pressão após pelos menos 5 minutos de repouso, na posição sentada, com as pernas descruzadas, costas apoiadas e braço apoiado na altura do coração. Evite falar durante o procedimento. As medidas da pressão arterial devem ser feitas:

- Pela manhã, antes do café e das suas medicações (caso utilize). Aguarde um minuto de intervalo entre cada medida;
- Pela noite, antes do jantar e das suas medicações (caso utilize). Aguarde um minuto de intervalo entre cada medida;
- Registre no campo “Anotações”, dados que possam ser úteis para entender melhor o padrão de sua pressão, como, por exemplo, estar com dor no momento da aferição ou ter esquecido ou atrasado alguma dose de seus medicamentos por algum motivo.

Realize as medições e registros conforme a opção prescrita abaixo:

1. ( ) Monitoramento com duas medidas, 2x ao dia por 7 dias.

Medidas	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7
<b>Manhã</b>							
Medida 1							
Medida 2							
<b>Noite</b>							
Medida 1							
Medida 2							
Anotações							



2. ( ) Monitoramento com três medidas, 2x ao dia por 5 dias.

Nº Medida	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Anotações
<b>Manhã</b>						
Medida 1						
Medida 2						
Medida 3						
<b>Noite</b>						
Medida 1						
Medida 2						
Medida 3						

Profissional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Fonte: Nobre et al., 2018; Basile; Bloch, 2019.



PROTÓCOLOS DE  
ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

**SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

## **SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

### **PROCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**RIO GRANDE DO SUL**  
2020



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde [livro eletrônico] : saúde da criança e do adolescente / [organização Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul]. -- Porto Alegre : Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2020.  
PDF

Bibliografia.  
ISBN 978-65-88784-00-6

1. Adolescentes - Saúde 2. Crianças - Saúde  
3. Cuidados primários de saúde 4. Enfermagem  
5. Enfermagem - Cuidados 6. Serviços de atenção primária I. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

20-45718

CDD-610.733

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à saúde : Ciências médicas 610.733

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427



## GESTÃO 2018-2020

### DIRETORIA **Presidente**

Enfº Daniel Menezes de Souza

### **Conselheira Secretária**

Enfª Nelci Dias da Silva

### **Conselheira Tesoureira**

Técnica de Enfermagem Sandra Maria Gawlinski

**CONSELHEIROS(AS)** Cecília Maria Brondani - COREN-RS 036.170 - ENF

**EFETIVOS(AS)** Daniel Menezes de Souza - COREN-RS 105.771 - ENF

Lionel Wirth - COREN-RS 100.795 - TE

Nelci Dias da Silva - COREN-RS 054.423 – ENF

Nilza Lourenço da Silva - COREN-RS 122.365 – TE

Ricardo Arend Haesbaert - COREN-RS 035.011 - ENF

Sandra Maria Gawlinski - COREN-RS 079.040 - TE

Silvete Maria Brandão Schneider - COREN-RS 052.114 - ENF

Úrsula Adriana Sander Stüker - COREN-RS 032.284 - TE

**CONSELHEIROS(AS)** Adriana Aparecida Paz - COREN-RS 108.883 - ENF

**SUPLENTE** Carine Amabile Guimarães - COREN-RS 114.044 - ENF

Cristiane Cabral Correa - COREN-RS 191.911 - AE

Fernando Brambila Mengue - COREN-RS 320.424 - TE

João Carlos da Silva - COREN-RS 030.181 – ENF

Luiz Carlos Moraes - COREN-RS 089.768 - AE

Michele Neves Meneses - COREN-RS 188.760 - ENF

Rodrigo Carolo Sulzbach - COREN-RS 089.085 – ENF



PORTARIA COREN-RS **COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA**  
N.º 285/2020 **ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS**

**INTEGRANTES** Carlice Maria Scherer COREN-RS 100.967 - ENF  
Daniel Soares Tavares COREN-RS 436.129 - ENF  
Fábio Meller da Motta COREN-RS 129.510 - ENF  
Janilce Dorneles de Quadros COREN-RS 350.203 - ENF  
Maristela Michelon COREN-RS 088.637 - ENF  
Nelci Dias da Silva COREN-RS 54.423 - ENF  
Pâmela Leites de Souza Steffen COREN-RS 285.667 - ENF  
Patrícia Adriane Tondo Borba COREN-RS 69.706 - ENF  
Tainá Nicola COREN-RS 218.641 - ENF  
Thais Mirapalheta Longaray COREN-RS 152.625 - ENF  
Vanessa Romeu Ribeiro COREN-RS 122.366 - ENF

**COORDENAÇÃO** **Thais Mirapalheta Longaray**  
Departamento de Fiscalização

**ORGANIZAÇÃO** **Coren-RS**  
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

**Diagramação:**

Vanessa Lagemann Drehmer  
Setor de Comunicação e Eventos



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Fluxo para casos de violência e/ou maus-tratos com crianças.....61



## LISTA DE FLUXOGRAMAS

<b>Fluxograma 1</b> - Atenção à criança com queixa respiratória.....	67
<b>Fluxograma 2</b> - Atenção à criança com queixa de dor de ouvido.....	70
<b>Fluxograma 3</b> - Manejo da febre.....	72
<b>Fluxograma 4</b> - Manejo de parasitoses.....	77
<b>Fluxograma 5</b> - Manejo das queixas oculares.....	80
<b>Fluxograma 6</b> - Triagem oftalmológica.....	82
<b>Fluxograma 7</b> - Atenção à criança com problemas de pele.....	90
<b>Fluxograma 8</b> - Atenção à criança com suspeita de anemia.....	94



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Nível de evidência segundo sistema GRADE.....	12
<b>Quadro 2</b> - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores.....	13
<b>Quadro 3</b> - Registro do Processo de Enfermagem - SOAP.....	23

### SAÚDE DA CRIANÇA

<b>Quadro 4</b> - Periodicidade de consultas na Atenção Primária conforme estratificação de risco.....	26
<b>Quadro 5</b> - Critérios para estratificação de risco.....	28
<b>Quadro 6</b> - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta.....	31
<b>Quadro 7</b> - Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos.....	39
<b>Quadro 8</b> - Observação das mamadas.....	43
<b>Quadro 9</b> - Restrições ao aleitamento materno.....	45
<b>Quadro 10</b> - Alimentação da criança em aleitamento materno por faixa etária.....	46
<b>Quadro 11</b> - Classificação dos grupos alimentares.....	48
<b>Quadro 12</b> - Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas.....	50
<b>Quadro 13</b> - Alimentação da criança que recebe leite de vaca por faixa etária.....	51
<b>Quadro 14</b> - Suplementação de Ferro.....	53
<b>Quadro 15</b> - Suplementação de Vitamina A.....	54
<b>Quadro 16</b> - Suplementação de Vitamina D em crianças com fatores de risco.....	55
<b>Quadro 17</b> - Sinais de alerta para violência.....	60
<b>Quadro 18</b> - Orientações de cuidados para garantir a segurança das crianças na prevenção de acidentes.....	62
<b>Quadro 19</b> - Manejo da cólica infantil.....	63
<b>Quadro 20</b> - Manejo da infecção de vias aéreas superiores.....	64
<b>Quadro 21</b> - Manejo dos problemas respiratórios mais comuns.....	66
<b>Quadro 22</b> - Identificação das principais alterações à otoscopia.....	68
<b>Quadro 23</b> - Manejo da dor de ouvido.....	69
<b>Quadro 24</b> - Manejo da febre.....	71
<b>Quadro 25</b> - Classificação segundo o grau de desidratação.....	73
<b>Quadro 26</b> - Condutas conforme o grau de desidratação em crianças.....	74
<b>Quadro 27</b> - Manejo de parasitoses intestinais.....	75
<b>Quadro 28</b> - Tratamento conforme a parasitose intestinal.....	76
<b>Quadro 29</b> - Manejo das principais queixas oculares.....	78
<b>Quadro 30</b> - Avaliação da acuidade visual por meio da Escala de Snellen.....	81



<b>Quadro 31</b> - Manejo das principais lesões de pele.....	83
<b>Quadro 32</b> - Manejo dos problemas mais comuns da boca.....	91
<b>Quadro 33</b> - Anamnese, exame físico e sinais na suspeita de anemia.....	92
<b>Quadro 34</b> - Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças.....	92
<b>Quadro 35</b> - Diagnósticos de Enfermagem e conduta para o quadro de anemia após confirmação laboratorial.....	93

## SAÚDE DO ADOLESCENTE

<b>Quadro 36</b> - Identificação de situações de risco.....	97
<b>Quadro 37</b> - Maturação sexual por sexo.....	99
<b>Quadro 38</b> - Problemas no desenvolvimento puberal.....	100
<b>Quadro 39</b> - Orientações para promoção de alimentação saudável.....	101
<b>Quadro 40</b> - Manejo de lesões bucais.....	101
<b>Quadro 41</b> - Testagem para HIV e sífilis conforme a faixa etária.....	103
<b>Quadro 42</b> - Manejo em situações de violência.....	105
<b>Quadro 43</b> - Sinais e indícios de suspeita de violência.....	106
<b>Quadro 44</b> - Manejo do sobrepeso/obesidade.....	108
<b>Quadro 45</b> - Manejo da anorexia nervosa.....	109
<b>Quadro 46</b> - Manejo da bulimia.....	110
<b>Quadro 47</b> - Manejo da acne.....	111
<b>Quadro 48</b> - Manejo do <i>bullying</i> .....	112
<b>Quadro 49</b> - Manejo do abuso de substâncias psicoativas.....	113
<b>Quadro 50</b> - Fatores de risco para suicídio.....	115
<b>Quadro 51</b> - Manejo na identificação de sinais e sintomas para o risco de suicídio.....	116



## LISTA DE SIGLAS

- AB** - Atenção Básica
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AIG** - Adequado para idade gestacional
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- AV** - Acuidade Visual
- BO** - Boletim de ocorrência
- Bpm** - Batimentos por minuto
- CDC** - *Centers for Disease Control and Prevention*
- CIAP** - Classificação Internacional de Atenção Primária
- CIPE** - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem
- COREN-RS** - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
- CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CVV** - Centro de Valorização da Vida
- DEE/RS** - Departamento de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul
- DNV** - Declaração de Nascido Vivo
- ECA** - Estatuto da Criança e Adolescente
- FC** - Frequência cardíaca
- FR** - Frequência respiratória
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HTLV1 e HTLV2** - Vírus T-linfotrófico humano grupos 1 e 2
- IC** - Idade corrigida
- IGHAVZ** - Imunoglobulina humana antivaricela zóster
- IMC** - Índice de massa corporal
- IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- IVAS** - Infecções de Vias Aéreas Superiores
- LGBTQIA+** - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais e +
- LSD** - Dietilamida do ácido lisérgico
- MEDLINE®** - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
- Mrpm** - Movimentos respiratórios por minuto
- MS** - Ministério da Saúde



- NANDA-I®** - *North American Nursing Diagnosis Association International*
- NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMA** - Otite média aguda
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PA** - Pressão arterial
- PAD** - Pressão arterial diastólica
- PAS** - Pressão arterial sistólica
- PC** - Perímetro cefálico
- PE** - Processo de Enfermagem
- PEAISA** - Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes
- PIG** - Pequeno para idade gestacional
- PNAISARI** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
- PNAISC** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PNAISP** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
- PrEP** - Profilaxia Pré-Exposição
- PSE** - Programa de Saúde na Escola
- PTS** - Projeto Terapêutico Singular
- RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial
- RAS** - Redes de Atenção à Saúde
- RN** - Recém-nascido
- RS** - Rio Grande do Sul
- SBP** - Sociedade Brasileira de Pediatria
- SES/RS** - Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
- SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SOAP** - Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano
- SRO** - Sal de Reidratação Oral
- STORCH** - Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UTI** - Unidade de Terapia Intensiva
- VDRL** - *Venereal Disease Research Laboratory*
- VSR** - Vírus Sincicial Respiratório
- WHO** - *World Health Organization*



## SUMÁRIO

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	12
APRESENTAÇÃO.....	18
1 INTRODUÇÃO - CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	19
2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	21
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	24
3.1 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS.....	26
3.2 CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA.....	28
3.3 ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA.....	31
3.4 CONSULTAS SUBSEQUENTES.....	39
3.4.1 <b>Atenção à saúde bucal</b> .....	41
3.5 ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE IDADE.....	43
3.5.1 <b>Apoio ao aleitamento materno</b> .....	43
3.5.2 <b>Amamentação e o uso de medicamentos e outras substâncias</b> .....	44
3.5.3 <b>Alimentação para crianças amamentadas</b> .....	46
3.5.4 <b>Alimentação para crianças não amamentadas</b> .....	49
3.6 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS.....	53
3.6.1 <b>Suplementação de Ferro</b> .....	53
3.6.2 <b>Suplementação de Vitamina A</b> .....	54
3.6.3 <b>Suplementação de Vitamina D</b> .....	55
3.7 SEGUIMENTO PARA SITUAÇÕES DE RISCO.....	57
3.7.1 <b>Prematuridade</b> .....	57
3.7.2 <b>Recém-nascido exposto a HIV e/ou exposto à sífilis na gestação</b> .....	58
3.7.3 <b>Recém-nascido exposto à substância psicoativa na gestação</b> .....	58
3.7.4 <b>Criança exposta à toxoplasmose na gestação</b> .....	58
3.7.5 <b>Atenção à criança com microcefalia</b> .....	59
3.8 REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL.....	60
3.8.1 <b>Crianças e suas famílias em situações de violência</b> .....	60
3.8.2 <b>Prevenção de acidentes</b> .....	61
3.9 INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE COMUNS EM CRIANÇAS.....	63
3.9.1 <b>Cólicas no recém-nascido</b> .....	63
3.9.2 <b>Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS)</b> .....	64
3.9.3 <b>Dor de ouvido</b> .....	68
3.9.4 <b>Manejo da febre</b> .....	71
3.9.5 <b>Gastroenterite (diarreia e vômitos)</b> .....	72
3.9.6 <b>Parasitoses intestinais</b> .....	75
3.9.7 <b>Queixas oculares</b> .....	78
3.9.7.1 <b>Triagem oftalmológica</b> .....	80
3.9.7.1.1 <b>Avaliação da Acuidade Visual a partir da utilização do Teste de Snellen</b> .....	81
3.9.8 <b>Lesões de pele mais frequentes</b> .....	82



3.9.9 Problemas mais comuns da boca.....	90
3.9.10 Anemia ferropriva.....	92
<b>4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE.....</b>	<b>95</b>
4.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PUBERAL.....	98
4.2 ALIMENTAÇÃO.....	100
4.3 SAÚDE BUCAL.....	101
4.4 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	103
4.4.1 Acesso a diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS e sífilis com aconselhamento pré e pós-teste.....	103
4.4.2 Pré-natal/ parto/ puerpério.....	104
4.5 ATENÇÃO INTEGRAL EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....	104
4.5.1 Gravidez em decorrência da violência sexual.....	106
4.6 PRINCIPAIS AGRAVOS NA ADOLESCÊNCIA.....	108
4.6.1 Obesidade.....	108
4.6.2 Anorexia nervosa.....	109
4.6.3 Bulimia.....	109
4.6.4 Acne.....	110
4.6.5 Bullying.....	111
4.6.6 Uso/abuso de substância psicoativa.....	113
4.6.7 Violência autoinfligida/suicídio.....	114
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>
ANEXO 1 - Técnicas para rastreamento de displasia do desenvolvimento do quadril - Testes de Barlow e Ortolani.....	126
ANEXO 2 - Parâmetros referenciais para valores de PA em crianças e adolescentes.....	127
ANEXO 3 - Parâmetros referenciais para IMC em adolescentes.....	131
ANEXO 4 - Alertas e recomendações acerca da exposição digital.....	133
APÊNDICE 1 - Processo de enfermagem na consulta de puericultura.....	134
APÊNDICE 2 - Reflexos primitivos do recém-nascido.....	150
APÊNDICE 3 - Processo de enfermagem na consulta do adolescente.....	152



## EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Evidências são informações cientificamente fundamentadas que justificam ações propostas para a assistência, as quais devem associar-se à experiência profissional, considerando valores, crenças e preferências do paciente, além da organização da rede de Atenção à Saúde para a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2010). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades locais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

Para a estratégia de busca por evidências, foram utilizados os descritores específicos dos agravos nas bases de dados eletrônicas: PubMed, BMJ *Best Practice*, *Cochrane Library*, UptoDate, MEDLINE, Scielo, Google Scholar, *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, *Dynamed* e TelessaúdeRS. Posteriormente, elaborou-se uma síntese com a descrição das fontes de dados, descritores, algoritmos empregados e nível de evidência de acordo com o sistema de classificação GRADE – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE, 2014; BRASIL, 2014).

### Quadro 1 - Nível de Evidência segundo Sistema GRADE

Nível de evidência	Fonte de informação
A	Qualidade de evidência alta. Resultados provenientes de ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
B	Qualidade de evidência alta. Resultados provenientes de ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
C	Qualidade de evidência baixa. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses.
D	Qualidade de evidência muito baixa. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

Fonte: Grade, 2014; Brasil, 2014.



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (a)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
MEDLINE <i>National Guideline Clearinghouse</i> <i>NICE Guidelines Finder</i> <i>Canadian Medical Association Practice Guidelines</i> <i>Infobase, The Cochrane Library**</i>	Limpeza do coto umbilical	Estudos que apontam para uma vantagem da utilização de antissépticos em países subdesenvolvidos, com elevadas taxas de mortalidade neonatal e em partos não hospitalares.	C
Sociedade Brasileira de Pediatria	Anemia, ferro, crianças	<b>Profilaxia:</b> 1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida, em aleitamento materno exclusivo ou não. <b>Tratamento:</b> 3 a 5 mg de ferro elementar/kg/dia por 8 semanas.	B
<i>World Health Organization</i> Ministério da Saúde	Suplementação de Vitamina D	Não existem evidências suficientes que embasem uma recomendação geral de reposição profilática de vitamina D em crianças saudáveis. A seleção de subpopulações de maior risco tem plausibilidade como opção para maximizar os benefícios. Quando houver indicação, no caso de fatores de risco para deficiência de vitamina D e raquitismo, a suplementação deverá ocorrer desde a <b>primeira semana de vida</b> da criança <b>até os 12 meses</b> de idade com dose de <b>400 UI ao dia</b> . Após os 12 meses de idade, todas as crianças e adultos deveriam atender suas necessidades nutricionais de vitamina D através de dieta, exposição solar e/ou suplementação. Não é recomendado o monitoramento rotineiro de níveis séricos de vitamina D. <b>Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml</b> para este fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica.	A

+m~]';[p >=-~çlk ojiuay87T4W3AQ\'



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (b)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
<i>World Health Organization</i> Ministério da Saúde	Suplementação de Vitamina A	<p>Suplementação de vitamina A, na forma de megadoses, é recomendada apenas para crianças do <b>6º até o 59º mês</b> de vida, nas regiões de alta prevalência de hipovitaminose A, ficando a critério do município a adesão ao programa nacional.</p> <p>O suplemento de vitamina A ou megadose utilizado na suplementação de crianças é: vitamina A na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E, na dosagem de 100.000 UI dose única para crianças de 6 a 11 meses e 200.000 UI a cada 6 meses para crianças de 12 a 59 meses.</p> <p>Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para este fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica.</p>	A
<i>BMJ Best Practice</i>	Cólica, recém-nascido, bebê	<p>Avaliar pega mamária (posição/sucção), identificar e restringir laticínios e/ou orientar dieta hipoalergênica para a mãe;</p> <p>Se a cólica for leve a moderada, considerar diminuição do volume de ingesta da fórmula, e estímulo da introdução de alimentos em crianças desmamadas. A troca por derivados da proteína de vaca, por meio de fórmula hipoalergênica, está indicada nos casos mais severos de cólica e quando há presença de sinais de dermatite atópica;</p> <p>Não há evidências sobre a eficácia do uso de medicamentos para o tratamento da cólica infantil considerando os medicamentos seguros para as faixas etárias menores.</p>	C



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (c)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
<i>BMJ Best Practice</i> PubMed	Gastroenterite diarreia, vômitos	Quantidade de <b>solução de reidratação oral (SRO)</b> por episódio de vômitos ou fezes diarreicas: <b>menores de 1 ano 50 a 100 ml SRO; maiores de 1 ano: 100 a 200 ml SRO</b> , até cessação dos vômitos e diarreia; Crianças com <b>desidratação leve</b> devem ser reidratadas com <b>SRO 75 ml/kg em 4 horas</b> ; Para lactentes amamentados, o aleitamento materno deve ser mantido durante todo o tempo; Oferecer amamentação ou mamadeiras com maior frequência a lactentes.	<b>A</b>
<i>BMJ Best Practice</i> MEDLINE SciELO	Febre, dor	<b>Paracetamol solução oral 200 mg/ml 1 gota/kg/dose</b> por via oral a cada <b>4-6 horas</b> quando necessário, máximo de 75 mg/kg/dia OU <b>Dipirona 500 mg/ml 1 gota/2kg/dose</b> a cada <b>6 horas</b> (dose máxima por dia: 60 gotas até 6 anos, 120 gotas de 6 a 12 anos e 160 gotas para maiores de 12 anos). <b>Contraindicado em menores de 3 meses ou menos de 5 kg.</b> Alternar drogas antipiréticas, como acetaminofeno e ibuprofeno, é contraindicado por todos os consensos de especialistas. Drogas antipiréticas devem ser reservadas para crianças com desconforto físico ou dor. Drogas antipiréticas não previnem convulsões febris.	<b>B</b>
<i>BMJ Best Practice</i> Cochrane Library	Hordéolo (terçol)	Compressas mornas com gaze estéril por 10-15 minutos, 2-4x/dia.	Nenhuma evidência foi encontrada a favor ou contra a eficácia dos tratamentos comuns para hordéolo.



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (d)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
	Blefarite	Compressas mornas 2-3x/dia para amolecimento das crostas; Remoção com auxílio de pano macio limpo (tecido tipo fralda) ou gaze; Uso de sabão não irritativo (sabonete líquido infantil) pode auxiliar na limpeza.	C
<i>BMJ Best Practice UptoDate</i>	Dermatite de fraldas, infecções dermatofíticas, intertrigo, monilíase	<b>Dermatite leve a moderada:</b> aplicar empiricamente creme barreira de uso tópico contendo <b>óxido de zinco</b> a cada troca de fraldas;  Leite materno pode ser utilizado topicamente para tratamento de dermatite leve a moderada; Na presença de coinfeção fúngica;  <b>Miconazol creme</b> dermatológico a 2% de 2 a 3x ao dia <b>até a resolução do quadro</b> ;  Uso de pós como talcos ou amido de milho é contraindicado.  Uso de corticosteroides tópicos combinados com cremes antifúngicos é contraindicado.  <b>Dermatite grave:</b> corticoide tópico <b>Hidrocortisona a 1%, 2x ao dia por 3 a 7 dias.</b>	B  D  B  C  C  C
<i>BMJ Best Practice UptoDate</i>	Dermatite seborreica	Pode-se aplicar óleo vegetal ou mineral antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. Não retirar escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária. Considerar tratar apenas os casos mais intensos com <b>hidrocortisona 1% creme</b> 1x/dia por até 7 dias; ou <b>cetoconazol 2% xampu</b> , aplicação no couro cabeludo 2x/semana durante 14 dias.	A  C
<i>BMJ Best Practice PubMed</i>	Miliária, brotoeja	Em geral, o único tratamento e prevenção consistem em evitar o aumento da sudorese.	C



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (e)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
<i>Centers for disease control and prevention (CDC)</i> <i>DynaMed</i> <i>TelessaúdeRS</i> <i>UPtoDate</i>	Pediculose	<b>Permetrina 1% loção:</b> fazer aplicação no couro cabeludo, nuca e atrás das orelhas, deixar agir por <b>10 minutos</b> e enxaguar com água morna. Fazer remoção mecânica dos parasitas e lêndeas. <b>Repetir uma vez em 9 dias.</b> A permetrina pode ser utilizada a partir dos <b>2 meses de idade</b> e seu uso é seguro na gestação.	<b>A</b>
<i>BVS APS</i> <i>Centers for disease control and prevention (CDC)</i> <i>DynaMed</i> <i>TelessaúdeRS</i>	Escabiose	<b>Permetrina 5% loção:</b> fazer aplicação no corpo inteiro (pescoço para baixo), deixar agir por <b>8 a 14 horas</b> e <b>enxágue no banho. Repetir a aplicação uma a duas semanas</b> depois para maior efetividade. Em crianças menores de 2 anos, deve-se incluir o couro cabeludo, face (não aplicar na região periocular e perilabial), pescoço e orelhas. O uso da permetrina é seguro na gestação, durante a amamentação e em crianças a partir de 2 meses de vida.	<b>A</b>
<i>BMJ Best Practice</i> <i>Cochrane Library</i>	Varicela	Pasta d'água a base de óxido de zinco 2x/dia e tratamento de suporte sintomático com paracetamol e emolientes cutâneos pode ser suficiente para as crianças com baixo risco; Vacina de vírus vivo atenuado contra a varicela como prevenção, conforme calendário do Ministério da Saúde.	<b>A</b>
<i>BMJ Best Practice</i> <i>Cochrane Library</i>	Candidíase oral, monilíase oral	<b>Nistatina 100.000 UI/ml 1 ml, a cada 6 horas até 48 horas</b> após desaparecimento de sintomas, por no máximo <b>14 dias.</b>	<b>A</b>

- \*(A) Qualidade de evidência Alta.
- (B) Qualidade de evidência Moderada.
- (C) Qualidade de evidência Baixa.
- (D) Qualidade de evidência Muito Baixa.



## APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pois constitui a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde perpassam pela valorização e atuação dos enfermeiros neste nível de atenção. Historicamente, a Enfermagem vem contribuindo na efetivação dos princípios do SUS e na consolidação da APS, tendo papel de destaque na melhoria dos níveis de saúde das pessoas e comunidades. O perfil de gestão, cuidado e integralidade da enfermagem caracteriza uma profissão estratégica no enfrentamento de diversas condições e agravos no âmbito da saúde pública. Entretanto, persistem muitas dificuldades para a execução da prática desse profissional de forma autônoma e respeitada em seus preceitos éticos e legais, exigindo para o rompimento desse paradigma abordagens inovadoras e instrumentos que norteiem o seu fazer, como os protocolos assistenciais de Enfermagem.

A utilização de protocolos de Enfermagem está inserida em um contexto internacional para o aumento da resolutividade da atuação do enfermeiro pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. Nesta perspectiva, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN-RS nº 85/2019, o regramento da **Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária**, composta por profissionais de Enfermagem com experiência e conhecimento técnico, cuja finalidade é a construção e implementação de protocolos de enfermagem para o estado do Rio Grande do Sul.

O **Protocolo de Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária à Saúde** integra o grupo de publicações do COREN-RS para orientação das consultas de Enfermagem para atendimento das principais necessidades e condições de saúde na RAS. Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987, os quais regulamentam o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução COFEN nº 195/1997 que dispõe acerca da solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção à saúde da criança e do adolescente. Ressalta-se a necessidade de considerar para além de suas diretrizes as especificidades locais, bem como as singularidades de cada usuário para a tomada de decisão. O conteúdo poderá ser assumido na íntegra ou adaptado às diferentes realidades municipais, configurando-se como protocolo institucional.

*“As diretrizes clínicas são trilhas e não trilhos”*  
Eugênio Vilaça Mendes



## 1 INTRODUÇÃO

### CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O Rio Grande do Sul (RS) é o quinto maior estado do Brasil, com extensão territorial de 281.730,2 km<sup>2</sup>, ocupando mais de 3% do território brasileiro. Dividido em 497 municípios, possui 11.329.605 habitantes, o que corresponde a 6% da população nacional. A densidade demográfica é de 39,8 habitantes/km<sup>2</sup>. Dos 497 municípios do estado, 387 (78%) possuem menos de 20.000 habitantes (DEE/RS, 2018).

As crianças, de 0 a 9 anos, representavam 12,3% da população do RS em 2018. Já a faixa etária de 10 a 19 anos representava 13,4% da população do RS neste ano. No mesmo período, as mulheres representavam 51,3% da população e as faixas etárias com mais de 60 anos de idade foram as que apresentaram o maior aumento ao longo dos anos, passando de 9% da população total em 1991 para 17,6% em 2018 (DEE/RS, 2018).

Apesar do número de nascimentos no estado apresentar discreta progressão ao longo da série histórica, saindo de 133.143 em 2010 para 139.849 em 2018, observa-se uma queda no coeficiente geral de natalidade no estado a partir de 2015, com diminuição progressiva a cada ano. A diminuição desse coeficiente explica a inversão da estrutura da pirâmide etária do RS, em que a base está cada vez menor e o topo aumentando, já que a expectativa de vida da população vem crescendo ao longo dos anos e o número de nascidos vivos regredindo (SES/RS, 2018a).

A proporção de baixo peso ao nascer (9,3%) e a taxa de prematuridade (11,9%) têm se mantido estáveis no RS. Valores abaixo de 10% são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada em países desenvolvidos varie em torno de 6%. No Brasil, a taxa de prematuridade vem apresentando discreto crescimento, atingindo em torno de 11% em 2018. Essa é uma taxa alta, se comparada com países similares, sendo a prematuridade uma das principais causas de mortes de crianças no nosso país (SES/RS, 2018a).

Quanto à morbidade, no ano de 2018, 69% das internações em menores de um ano, derivaram de algumas afecções originadas no período perinatal e doenças do aparelho respiratório (36,0% e 32,6%, respectivamente). No grupo etário de um a quatro anos, 45,3% das internações e, de cinco a nove anos, 31,2%, ocorreram por doenças do aparelho respiratório. Já no grupo de 10 a 14 anos, 16,9% das internações tiveram como maior causa de internação as doenças do aparelho digestivo e, de 15 a 19 anos, 47,4% tiveram como causa gravidez, parto e puerpério (SES/RS, 2018a).



Com relação à mortalidade infantil, o RS apresentou uma taxa de 9,72% em 2018. Os mais elevados índices de mortalidade infantil concentram-se nas macrorregiões sul (12,63%) e centro-oeste (11,67%) do estado. A maioria dos óbitos ocorre nos primeiros seis dias de vida e em recém-nascidos com menos de um quilo. A redução da mortalidade, predominantemente perinatal, passa necessariamente por ações de qualificação dos atendimentos pré-natal, parto e nascimento em serviços com infraestrutura adequados (SES/RS, 2018a).

Já quanto à mortalidade por grupo etário e causa, em 2018 58% dos óbitos de menores de um ano derivaram de algumas afecções originadas no período perinatal. No grupo etário de um a quatro anos, 26,0% dos óbitos e, no grupo de cinco a nove anos, 28,7% dos óbitos ocorreram por causas externas de morbidade e mortalidade. Já no grupo de 10 a 14 anos, 39,5% dos óbitos e, no grupo de 15 a 19 anos, 74,6% dos óbitos foram por causas externas de morbidade e mortalidade (SES/RS, 2018a).

Diante do exposto, os profissionais da Atenção Primária à Saúde devem considerar a realidade local, com base em indicadores sociodemográficos, epidemiológicos, econômicos, culturais, bem como a situação de saúde da população, instituindo diretrizes de acesso, processo e resolutividade, para buscar a modificação dos indicadores de saúde. Nesse sentido, é um desafio para a APS ampliar o acesso às gestantes, recém-nascidos, crianças e adolescentes, integrando o cuidado com o desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção, em que o enfermeiro tem papel fundamental.



## 2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), que deve ser realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução COFEN nº 358/2009. As etapas do PE estão descritas a seguir:

- **Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- **Planejamento de Enfermagem:** determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- **Implementação:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- **Avaliação de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e também de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O PE deve estar baseado num suporte teórico que visa direcionar a prática profissional mediante valores e referenciais propostos. O alinhamento das práticas de enfermagem, a partir dos pressupostos de uma teoria, garante coerência, determina a finalidade da assistência e possibilita a implementação de cuidados efetivos, eficientes e seguros, com foco no usuário (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Conforme Tannure e Pinheiro (2019), as teorias podem ser entendidas como um conjunto de informações sistemáticas, associadas à questões importantes de uma profissão, e ressaltam que a falta de uma teoria para orientar a assistência “favorece a aplicação do processo de enfermagem pautado no modelo biomédico; o que, por sua vez, pode fazer com que demandas apresentadas pelos usuários



não sejam supridas em sua totalidade” (p. 03).

Na consulta de enfermagem na APS, estão previstos solicitação de exames de rotina e complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores de todas as esferas governamentais. Tais ações estão também na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Essas práticas estão fundamentadas na Lei nº 7.498/1986 e no Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e, na Resolução COFEN nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares.

Os registros de enfermagem são parte integrante do PE e imprescindíveis no processo do cuidado, na medida em que possibilitam a comunicação da equipe de saúde, dão visibilidade e valorização ao trabalho da enfermagem, assim como respaldo técnico e legal. Estão regulamentados conforme Resolução COFEN nº 514/2016, a qual aprova o Guia de recomendações para o registro de Enfermagem, Resolução COFEN nº 429/2012 que 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 - e Decisão COREN-RS nº 53/2016 que normatiza os registros de enfermagem no estado do Rio Grande do Sul.

Para registro da consulta de enfermagem no prontuário, recomenda-se que o processo de enfermagem seja documentado por meio da utilização dos campos ‘Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)’ e uso de taxonomias de Enfermagem específicas reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) e a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

Além das taxonomias de enfermagem, no prontuário eletrônico e-SUS APS é necessária para construção/atualização da Lista de Problemas a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) que se caracteriza como uma ferramenta de registro multiprofissional. Os sistemas padronizados de registro contribuem de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais e a obtenção de dados clínicos sob a ótica da longitudinalidade e do olhar integral em saúde (COREN/SC, 2017; MENDES, 2019).



### Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM
S - SUBJETIVO	Informação colhida na entrevista, problema relatado	Histórico de enfermagem
O - OBJETIVO	Dados do exame físico, exames	Histórico de Enfermagem – Exame físico
A - AVALIAÇÃO	Avaliação dos Problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem
P - PLANO	Implementação	Intervenções de Enfermagem Avaliação de Enfermagem

Fonte: Adaptado Coren-SC, 2015.

A Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I possibilita uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro em sua prática (NANDA-I, 2018). A utilização da NANDA-I é apropriada para o planejamento do cuidado, pois possibilita documentação clínica, facilita a comunicação entre os profissionais e adequada para a integração de dados em sistemas.

A CIPE é um instrumento que provê dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. Consolida-se como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro (COREN/SC, 2017).

Em consonância com o Parecer Técnico COREN-RS nº19/2016, a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem, e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias no âmbito de sua atuação profissional.

Diante disso, a atenção à saúde da criança e do adolescente abordada neste protocolo consiste, entre outros, na avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, situação vacinal, condição social, clínica e psíquica, estratificação de risco e avaliação de vulnerabilidades. Esse acompanhamento pode ser realizado em consultas de Enfermagem na unidade de saúde, em visitas domiciliares e/ou grupos educativos.



### 3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Tainá Nicola<sup>1</sup>

Janilce Dorneles de Quadros<sup>2</sup>

Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>3</sup>

Carlice Maria Scherer<sup>4</sup>

Thais Mirapalheta Longaray<sup>5</sup>

Daniel Soares Tavares<sup>6</sup>

Maristela Michelin<sup>7</sup>

Vanessa Romeu Ribeiro<sup>8</sup>

Patrícia Adriane Tondo Borba<sup>9</sup>

Fábio Meller da Motta<sup>10</sup>

A equipe de enfermagem possui competência técnica e legal para ofertar cuidados na APS, no sentido de contribuir com mudanças nos indicadores de saúde, como a redução da morbimortalidade, mediante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Neste sentido, dentre as atribuições da Equipe de Enfermagem na assistência à saúde da criança, estão:

- Acolher a família, buscando identificar e esclarecer suas dúvidas, avaliar riscos e realizar encaminhamentos necessários;
- Verificar realização dos testes de triagem neonatal;

---

**1**Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

**2**Enfermeira. Especialista. SES-RS

**3**Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

**4**Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

**5**Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

**6**Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

**7**Enfermeira. Especialista. GHC

**8**Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande

**9**Enfermeira. Especialista. SMS de Dilermando de Aguiar

**10**Enfermeiro. Especialista. Coren-RS



- Preencher a Caderneta de Saúde da Criança, com os dados antropométricos no gráfico de crescimento (após mensuração e pesagem em consulta), ensinando os responsáveis pela criança como interpretá-los e informar sobre a importância dos mesmos;
- Orientar e acompanhar as atividades relacionadas à promoção do potencial de desenvolvimento da criança e à detecção de problemas;
- Orientar alimentação saudável, informando os responsáveis pela criança quanto ao seu preparo e oferta;
- Prestar cuidados e orientações de enfermagem, inclusive nas intercorrências;
- Promover orientação e acompanhamento sobre aleitamento materno;
- Monitorar a frequência do comparecimento da criança conforme calendário, estratificação de risco ou necessidade, realizando busca ativa de faltosos ou supervisionando a realização da mesma;
- Realizar procedimentos técnicos regulamentados no exercício de sua profissão;
- Promover visitas domiciliares às crianças quando indicado ou necessário;
- Promover atividades educativas na UBS e na comunidade, tanto individuais quanto coletivas;
- Promover e participar de atividades de educação permanente em serviço;
- Realizar planejamento, monitoramento e avaliação das ações por meio dos indicadores de saúde da criança;
- Monitorar o vínculo das crianças através da Declaração de Nascido Vivo e se necessário, realizar busca ativa;
- Realizar acolhimento à demanda espontânea e atividades programáticas;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.



### 3.1 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

Com base nas orientações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, sugere-se a seguinte periodicidade das consultas conforme estratificação de risco (BRASIL, 2012a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; RIO GRANDE DO SUL, 2019):

**Quadro 4 - Periodicidade de consultas na Atenção Primária, conforme estratificação de risco**

Risco	Faixa etária	Nº de consultas	Quando?
Risco habitual	1º ano de vida	7	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês.
	2º ano de vida	2	18º e 24º mês.
	A partir do 2º ano de vida	1	Consultas anuais próximas ao mês do aniversário.
Médio e alto risco	1º ano de vida	12	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 3º mês, 4º mês, 5º mês, 6º mês, 7º mês, 8º mês, 9º mês, 10º mês e 12º mês.
	2º ano de vida	4	15º mês, 18º mês, 21º mês e 24º mês.
	A partir do 2º ano de vida	2	Consultas semestrais.

Fonte: Adaptado Brasil, 2012a; SBP, 2012; Rio Grande do Sul, 2019.

Essa é uma proposta mínima de acompanhamento da criança a ser realizado pelo enfermeiro e pelo médico da Unidade de Saúde, de maneira intercalada, sendo preconizado o atendimento por um dos profissionais a cada mês ou pelos dois profissionais em interconsulta. As equipes devem definir seu cronograma de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, a composição etária da população e a realidade epidemiológica. Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme as necessidades em saúde.

Cabe destacar que algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência. O acompanhamento de recém-nascido de risco, de acordo com os critérios do



Ministério da Saúde, deverá ser mensal. Recomenda-se a necessidade da visita domiciliar para todas as crianças na primeira semana de vida/e ou após alta hospitalar (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) prevê a implantação de UBS nas unidades prisionais. Dessa forma, as equipes multiprofissionais se propõem a desenvolver ações de promoção de saúde, como: acesso ao pré-natal qualificado, orientações sobre o planejamento reprodutivo, estímulo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil através da Caderneta de Saúde da Criança e fortalecimento do vínculo afetivo.



### 3.2 CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA

As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade, em todos os contatos da criança com o serviço de saúde. Os riscos podem ser identificados na maternidade, na visita domiciliar ou nos atendimentos individuais na unidade de saúde.

Sugere-se os seguintes critérios para estratificar o risco em crianças de 0 a 3 anos (ESPIRÍTO SANTO, 2017; RIO GRANDE DO SUL, 2019):

Quadro 5 - Critérios para estratificação de risco (a)

RISCO	FATORES	PONTO DA REDE
<b>Risco Habitual</b>	Risco inerente ao ciclo de vida da criança. <ul style="list-style-type: none"><li>- Baixo peso ao nascer (2.000 a 2.500 g)</li><li>- Prematuridade tardia: 35-36 semanas</li><li>- Criança sem realização de triagem neonatal</li><li>- Desmame antes do 6º mês de vida</li><li>- Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais</li><li>- Sobrepeso</li><li>- Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado</li><li>- Cárie precoce</li></ul>	Cuidado na Atenção Primária
<b>Médio risco (dois ou mais fatores)</b>	<b>Fatores sócio-familiares:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mãe adolescente (menor que 18 anos)</li><li>- Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo</li><li>- Mãe sem suporte familiar</li><li>- Chefe da família sem fonte de renda</li><li>- Mãe com menos de 4 consultas pré-natal</li><li>- Mãe com antecedente de um filho nascido morto</li><li>- Mãe com história de exantema durante a gestação</li><li>- Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis</li><li>- Gravidez e/ou criança manifestadamente indesejada</li><li>- Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica</li><li>- Transtorno mental severo, deficiência ou doença neurológica de um dos pais</li><li>- Pais/responsáveis com dependência de álcool/drogas</li><li>- Mãe ausente por doença, abandono ou óbito</li><li>- Indícios de violência</li><li>- Mãe e/ou pai privados de liberdade</li></ul>	Cuidado na Atenção Primária, compartilhado com outros serviços da rede (NASF, CRAS, CREAS, etc.)



Quadro 5 - Critérios para estratificação de risco (b)

RISCO	FATORES	PONTO DA REDE
<b>Alto risco (um ou mais fatores)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Afecções perinatais e malformações congênitas</li><li>- Baixo peso ao nascer (&lt;2.000 g)</li><li>- Prematuridade ≤34 semanas</li><li>- RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: dependendo de sua etiologia, esta pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento (BRASIL, 2016)</li><li>- Asfixia perinatal e/ou apgar ≤6 no 5º minuto</li><li>- Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransusão</li><li>- Infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) + HIV + Zika confirmadas ou em investigação</li><li>- Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica</li><li>- Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal, ao nascer</li><li>- Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária</li><li>- Sinais evidentes de violência</li><li>- Desnutrição grave</li><li>- Obesidade</li><li>- Intercorrências repetidas com repercussão clínica</li><li>- Três ou mais internações nos últimos 12 meses</li></ul>	Cuidado compartilhado entre a Atenção Primária (por meio de consultas e visitas domiciliares) e a Atenção Especializada
<b>Gestão de caso</b>	<p>A gestão de caso é uma tecnologia da gestão da clínica que se indica aos usuários com condições de saúde de alta complexidade. Trata-se de um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, o usuário, sua família e a rede de suporte social. O processo da gestão de caso envolve as etapas: seleção do caso, identificação do problema, elaboração e implantação do plano de cuidado e monitoramento do plano de cuidado (MENDES, 2015).</p> <p>Sugere-se, assim, que para os casos complexos, o cuidado seja compartilhado com diversos pontos da Rede de Atenção conforme necessidade, além da elaboração de Projeto Terapêutico Singular.</p>	

Fonte: Adaptado SES/ES, 2017; Brasil, 2018<sup>a</sup>; Rio Grande do Sul, 2019.



Os recém-nascidos de alto risco merecem ainda maior destaque, pois além da necessidade de cuidados pela equipe de APS, com muita frequência demandam atendimento especializado por profissionais habilitados.

Um dos atributos essenciais da Atenção Primária é a coordenação do cuidado, a qual implica na adequada e eficiente troca de informações, como nas ferramentas de referência e contrarreferência (TAKEDA, 2013). O compartilhamento de informações e a corresponsabilização entre os diferentes níveis de atenção à saúde são fundamentais para a continuidade do cuidado da criança e família, em especial, às que apresentam situações de risco. Portanto, de acordo com a conformação do território e a organização da rede local de saúde sugere-se aos serviços e equipes o estabelecimento e/ou efetivação de estratégias para a coordenação do cuidado, priorizando a realização de referência e contrarreferência com vistas à integralidade da atenção.



### 3.3 ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA

Os profissionais de saúde devem atender as crianças e seus responsáveis, oferecendo uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética. A primeira consulta do recém-nascido oportuniza a oferta de um conjunto de ações de saúde essenciais na APS, sendo o primeiro contato após a alta da maternidade, com o intuito de assegurar atendimento ao binômio mãe-bebê já na primeira semana.

Tais ações visam garantir a vinculação da família de forma precoce, permitindo a detecção de dificuldades e necessidades particulares do binômio e de riscos e vulnerabilidades familiares, traduzindo-se no “5º Dia de Saúde Integral”, estratégia prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2018b).

O apêndice 1 apresenta o roteiro para primeira consulta do recém-nascido pelo Enfermeiro. Além disso, deve atentar-se para:

- Escuta qualificada às queixas, intercorrências e necessidades em saúde referidas pelos acompanhantes;
- Realizar exame físico completo na primeira consulta de puericultura, que inclui desde a verificação do estado geral, dados antropométricos, avaliação detalhada das peculiaridades fisiológicas e anatômicas, até a verificação dos reflexos próprios do recém-nascido, conforme quadro abaixo:

Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (a)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
<b>Peso, comprimento e perímetro cefálico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verificar e registrar os dados de peso, comprimento e perímetro cefálico na curva de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança.</li><li>- Considera-se normal uma perda de peso de até 10% ao nascer e sua recuperação até o 15º dia de vida.</li><li>- <b>O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (&lt; -2 ou &gt; +2 escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, que exigem avaliação e encaminhamento. <b>Microcefalia (IG 37 semanas ou mais):</b> PC menor ou igual a 31,5 cm para meninas e 31,9 cm para meninos.</b></li></ul>



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (b)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
<b>Estado geral</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar o exame físico geral que é de suma importância na avaliação clínica do RN. Por vezes traz mais informações que o exame físico especial.</li><li>- Avaliar a <b>postura</b> normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados.</li><li>- Avaliar o aspecto geral, a atividade, a intensidade do choro, a movimentação e o estado de hidratação são informações que devem constar no exame físico geral. O RN apresenta normalmente choro forte, de timbre variável; o choro fraco ou gemência podem estar presentes nas infecções e no desconforto respiratório. Choro monótono, agudo, intermitente (grito cerebral) pode ser encontrado em lesões neurológicas graves.</li><li>- Identificar sinais de <b>desidratação e/ou hipoglicemia</b>: pouca diurese, ingestão inadequada (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia.</li><li>- Atentar para a <b>temperatura axilar</b> normal que fica entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.</li></ul>
<b>Face</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pesquisar assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.</li></ul>



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (c)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Pele	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Avaliar:</b> textura, umidade, cor, presença de mancha mongólica, presença de icterícia, presença de anomalias.</li> <li>- <b>Avaliar equimoses e petéquias:</b> equimoses são manchas comuns nos RN, sobretudo nos prematuros, e sua localização depende da apresentação e dos traumas sofridos, especialmente durante o parto. Equimose situada na face tem aspecto de cianose localizada e é chamada de máscara cianótica ou equimótica, geralmente sem relevância clínica. Petéquias localizadas, especialmente se restritas ao rosto, não são motivo de preocupação, mas quando generalizadas devem ser investigadas. A reabsorção do sangue extravasado pode contribuir para o aumento tardio dos níveis de bilirrubina.</li> <li>- <b>Avaliar presença de Edema:</b> se for generalizado, avaliar doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; <b>se for localizado, sugere trauma de parto.</b></li> <li>- <b>Avaliar Palidez:</b> sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou <b>sinal de arlequim</b> - palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, <b>por alteração vasomotora e sem repercussão clínica.</b></li> <li>- <b>Avaliar Cianose:</b> se for generalizada, avaliar doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, avaliar hipotermia.</li> <li>- <b>Avaliar Eritema tóxico:</b> acomete 30 a 72% dos recém-nascidos. Etiologia desconhecida, relacionado à imaturidade dos folículos polissebáceos. Podem estar presentes no nascimento, mas geralmente aparecem em 24 a 48 horas. A erupção se resolve em 5 a 7 dias, assim, esclarecer à família quanto à benignidade do eritema tóxico.</li> <li>- <b>Avaliar Hemangioma:</b> o hemangioma infantil é um tumor benigno. As lesões podem raramente estar presentes ao nascimento, mas praticamente todos os hemangiomas estão visíveis ao final do primeiro mês de vida. As lesões de pequenas dimensões e não ulceradas, que não apresentem risco de comprometimento estético e não prejudiquem o funcionamento de um órgão, podem ser simplesmente acompanhadas em intervalos regulares (SBD, 2019).</li> <li>- <b>Avaliar Icterícia:</b> atentar caso a icterícia tenha se iniciado <b>nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida.</b> Caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se espalhar pelo corpo, <b>atingindo pernas e braços.</b></li> <li>SINAIS DE ICTERÍCIA: o enfermeiro deve examinar a criança com pele amarelada sob a luz solar. A icterícia é clinicamente visível quando os níveis de bilirrubina estão acima de 4-5 mg/dL. Se a área icterícia se localiza abaixo do umbigo até extremidades (região palmar e plantar), <b>considera-se como doença neonatal muito grave e a criança precisa de tratamento urgente: encaminhar para internação hospitalar.</b> Se a área icterícia se localiza apenas em face e tórax, pode tratar-se de uma icterícia fisiológica e necessitará ser <b>avaliada em dois dias, para observar se a área icterícia se estendeu além do umbigo ou para as extremidades</b> (BRASIL, 2012b).</li> <li>- Pesquisar a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis).</li></ul>



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (d)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
<b>Crânio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Iniciar o exame verificando assimetrias. A seguir, faz-se a palpação das suturas cranianas. São comuns as sobreposições das bordas dos ossos do crânio (cavalgamentos), especialmente no parto normal, as quais desaparecem em poucos dias, bem como as disjunções de suturas, sem qualquer expressão patológica.</li><li>- Examinar as <b>fontanelas</b>: a fontanela anterior mede de 1 cm a 4 cm, tem forma losangular. <b>Fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês.</b> Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.</li><li>- Avaliar <b>bossa serossanguínea e cefalohematomas</b>: desaparecem espontaneamente.</li></ul>
<b>Olhos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Avaliar reflexo fotomotor</b>: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anatomofuncional.</li><li>- <b>Avaliar a realização do teste do reflexo vermelho ou Bruckner test</b>: Se for notado um <b>reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade</b>, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade.</li><li>- <b>Avaliar Conjuntivas</b>: as pálpebras podem estar edemaciadas após medicamentos utilizados na maternidade (pela reação ao nitrato de prata a 1%, se utilizado, caso o local não disponha da pomada de eritromicina a 0,5% ou tetraciclina a 1%, recomendados para profilaxia da oftalmia neonatal) e a <b>regressão é espontânea em 24 h a 48 h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite</b> e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus. <b>A conduta adequada é coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico.</b> A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para swab, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura, e após o resultado encaminhar para avaliação médica.</li><li>- Avaliar Estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois <b>a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses.</b> Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses.</li></ul>
<b>Ouvidos e audição</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verificar: forma, a consistência, simetria e implantação dos pavilhões auriculares, e a presença de condutos auditivos externos, fístulas retroauriculares e apêndices pré-auriculares.</li><li>- Orientar a família para a realização da <b>triagem auditiva neonatal universal (Tanu)</b> ou “<b>teste da orelhinha</b>”.</li></ul>



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (e)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Nariz	<ul style="list-style-type: none"><li>- Observar a permeabilidade nasal ao ar inspirado e expirado. Obstrução nasal e espirros frequentes são comuns e muitas vezes decorrentes do trauma causado pela aspiração das vias aéreas superiores ao nascimento.</li><li>- Atentar para a presença de coriza mucoide, mucopurulenta ou mucopiossanguinolenta, que é rara e sugere o diagnóstico de sífilis congênita (geralmente em torno da segunda semana de vida).</li></ul>
Boca	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Avaliar alterações morfológicas</b> que possam representar dificuldade na pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, a gengiva, <b>o freio lingual</b> e a coloração dos lábios.</li></ul>
Pesçoço	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a <b>assimetria facial</b> e a <b>posição viciosa da cabeça</b>. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade).</li></ul>
Tórax e aparelho respiratório	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a <b>assimetria</b>, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal.</li><li>- Apalpar as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço; caso houver fratura encaminhar para consulta médica.</li><li>- Orientar a família para a <b>involução espontânea de mamas</b>, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos).</li><li>- Observar a <b>frequência respiratória (FR)</b>, que é <b>basicamente abdominal</b> e deve estar entre: <b>De 0 a 2 meses: até 60 mrpm</b> <b>De 3 a 11 meses: até 50 mrpm</b></li><li>- Observar possíveis <b>sinais de sofrimento respiratório</b> (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). A palpação, percussão e ausculta devem ser feitas em toda a área de extensão do parênquima pulmonar.</li></ul>



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (f)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Aparelho cardiocirculatório	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verificar a frequência cardíaca (FC), que normalmente varia entre: <b>Recém-nato: 70 a 170 bpm (média de 120)</b> <b>Aos 11 meses: 80 a 160 bpm (média de 120)</b> <b>2 anos: 80 a 130 bpm (média de 110)</b></li><li>- Avaliar a presença de taquicardia. Observar a possível presença de cianose, abaulamento precordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos. Verificar também os pulsos periféricos.</li><li>- Na ausculta cardíaca do RN, sopros ou arritmias podem ser transitórios.</li></ul>
Abdome	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verificar à inspeção, se o abdome do RN apresenta-se semigloboso, com perímetro abdominal cerca de <b>2 a 3 cm</b> menor que o cefálico.</li><li>- Observar a <b>forma do abdome</b>: se estiver dilatado, pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se estiver escavado, pode indicar hérnia diafragmática.</li><li>- Verificar a presença de <b>hérnias inguinal e umbilical</b>. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já os casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia.</li><li>- Verificar a presença de <b>granuloma umbilical</b> após a queda do coto. Se a região umbilical apresentar secreção purulenta na base do coto, com edema e hiperemia da parede abdominal, o achado indica <b>onfalite</b> (infecção de alto risco para a criança) e, portanto, deve-se encaminhar para a emergência.</li><li>- Observar quanto à eliminação de mecônio que costuma ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas de vida. Trata-se de material viscoso, verde-escuro, composto por sais biliares, células epiteliais de descamação, sucros digestivos e lanugo.</li></ul>



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (g)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Genitália	<p>- A primeira diurese costuma ocorrer na sala de parto ou nas primeiras 48 h. Em mais de 90% ocorrem nas primeiras 24 h. Eventualmente observam-se manchas avermelhadas nas fraldas, que devem-se à presença de uratos na urina e não tem repercussão clínica.</p> <p>- <b>Genitália masculina:</b> apalpar a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. A <b>criptorquidia</b> é uma anomalia congênita, que ocorre quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido; a mãe/responsável pode ser informado de que se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Os <b>testículos migram para a bolsa escrotal até os 3 meses de vida</b>, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica e tratamento;</p> <p>- O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza <b>hidrocele</b>, que em geral tem regressão lenta, <b>com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança</b>;</p> <p>- <b>A fimose é fisiológica ao nascimento.</b> Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia.</p> <p>- <b>Genitália feminina:</b> os <b>pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes.</b> Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente. Atentar para a <b>sinéquia vaginal</b>, presença de aderência de pequenos lábios, orientar a higiene adequada e a observação contínua do local, quando criança assintomática e sem complicações, pois a resolução pode ser espontânea com a higiene local e a retirada das fraldas. Na criança sintomática com complicações como dificuldade para urinar, prurido, ardência, infecção urinária e vulvovaginites, encaminhar para avaliação médica;</p> <p>- É importante observar os orifícios uretral e vaginal. Anomalias anorretais podem levar à eliminação de mecônio pela vagina ou uretra.</p>
Ânus e reto	<p>- Realizar exame do orifício anal obrigatoriamente, podendo-se detectar anomalias anorretais e fístulas. Faz-se apenas a inspeção visual. Não se recomenda de rotina, toque ou introdução de sonda retal para verificação de sua permeabilidade.</p>



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (h)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
<b>Sistema osteoarticular</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar cuidadosamente a presença de deformidades ósseas, inadequações de mobilidade e dor à palpação de todos os ossos e articulações do RN.</li><li>- Examinar os <b>membros superiores e inferiores</b>, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia.</li><li>- Identificar a provável <b>presença de pé torto</b>, que pode ser posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) ou pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênicas. O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, avaliar necessidade de consulta médica para encaminhamento ao ortopedista.</li><li>- Verificar a presença de <b>displasia evolutiva do quadril</b> realizando os testes de Ortolani e de Barlow (anexo 1). Há conflito na literatura sobre a efetividade na redução de desfechos clínicos com o rastreamento para displasia de quadril, embora os protocolos recomendem sua realização, devido à importância do diagnóstico precoce (antes dos 3-6 meses).</li></ul>
<b>Coluna vertebral</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Examinar toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo <b>a linha média</b>.</li></ul>
<b>Avaliação neurológica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Iniciar o exame físico geral do RN, simultaneamente com a avaliação neurológica, pois postura, movimentação espontânea, resposta ao manuseio e choro são parâmetros importantes dessa avaliação.</li></ul> <p><b>AValiaÇÃO DOS REFLEXOS PRIMITIVOS</b> (apêndice 2): Os <b>reflexos primitivos</b> são respostas involuntárias a determinados estímulos externos padronizados para avaliação neurológica, presentes do nascimento ao longo dos primeiros meses de vida. A persistência dessas respostas além do período previsto para cada caso indica disfunção neurológica a ser investigada a partir de encaminhamento para consulta médica.</p>

Fonte: Brasil, 2011a; Brasil, 2012b; Brasil, 2018b; SES/PR, 2019.



### 3.4 CONSULTAS SUBSEQUENTES

O acompanhamento periódico da saúde da criança – puericultura - permite que se mantenha a vigilância sobre o crescimento físico, o desenvolvimento e a relação cuidadores e criança. É fundamental que o profissional e a família estabeleçam uma relação de vínculo e confiança ao longo do acompanhamento. Através das consultas de seguimento preconizadas, são oportunizadas a oferta de imunizações e de orientações de promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012a).

O enfermeiro pode guiar-se pelo roteiro disposto no apêndice 1 para consulta de enfermagem a crianças até dois anos. Acima dessa faixa etária deve seguir o acompanhamento, anualmente, ou conforme necessidade, realizando exame físico completo a cada consulta, conforme quadro abaixo:

**Quadro 7. Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos (a)**

Tópico do Exame Físico	Ação
<b>Estado Geral</b>	Realizar anamnese e exame clínico; Avaliar presença de fatores de risco; Avaliar crescimento, desenvolvimento e estado nutricional; Avaliar e orientar quanto à imunização; Avaliar e orientar sobre queixas e intercorrências; Avaliar e orientar quanto à alimentação e condições de higiene.
<b>Controle de sinais</b>	Aferir: temperatura, frequência cardíaca e respiratória.
<b>Pressão Arterial (PA)</b>	A partir dos 3 anos: medir PA anualmente, com método auscultatório, e tamanho de manguito adequado - largura da bolsa inflável de 40% da circunferência no ponto médio entre o acrômio e o olécrano e comprimento de 80-100% da circunferência do braço - posição sentada, pés e costas apoiados, aferir no <b>braço direito</b> , apoiado na altura do coração. Crianças e adolescentes são considerados <b>hipertensos</b> quando PAS e/ou PAD forem superiores ao percentil ( <b>p</b> ) <b>95</b> , de acordo com idade, sexo e percentil de altura, em pelo menos <b>três ocasiões</b> diferentes. Define-se como <b>Pré-Hipertensão</b> , PAS/PAD $\geq$ p 90 < p 95 e $\geq$ 120/80 mmHg e < p 95 em adolescentes. Tabelas de referência no anexo 2. Pode-se utilizar também, aplicativos para dispositivos móveis: <i>PA Kids</i> e <i>Ped(z)</i> . Se alteração de PA, encaminhar para avaliação médica.



Quadro 7. Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos (b)

Tópico do Exame Físico	Ação
Dados antropométricos	Verificar estatura, peso e índice de massa corporal - IMC, conforme curvas de crescimento do Ministério da Saúde (MS).
Exame da cabeça e pescoço	Observar anormalidades.
Olhos	A partir dos 3 anos: exame da acuidade visual (escala de Snellen, descrito no capítulo 12.7.1.1).
Boca e faringe	Observar aspecto das tonsilas (tamanho, cor) e suas anormalidades. Observar dentição e alterações na cavidade oral.
Orelha	Observar anormalidades.
Tórax	Observar forma, simetria e mamilos. <b>Ausculta pulmonar:</b> observar FR, desconforto respiratório e anormalidades. Valores de referência para FR: <b>De 12 meses a 5 anos: 40 mrpm</b> <b>De 6 a 8 anos: até 30 mrpm</b> <b>Acima de 8 anos: até 20 mrpm</b>  <b>Ausculta cardíaca:</b> ritmo, frequência e presença de sopros. Valores de referência de FC: <b>2 anos: de 80 a 130 bpm (média 110bpm)</b> <b>4 anos: de 80 a 120 bpm (média 100bpm)</b> <b>6 anos: de 75 a 115 bpm (média 100bpm)</b> <b>8 anos: de 70 a 110 bpm (média 90bpm)</b> <b>10 anos: de 70 a 110 bpm (média 90bpm)</b>
Abdome	<b>Abdome normal:</b> deve ser depressível, indolor, sem massas palpáveis ou visceromegalias e ruídos hidroaéreos presentes.
Pele e mucosas	Avaliar hidratação, coloração (corada, pálida, icterica ou cianótica) e presença de lesões.
Genitália	<b>Meninos:</b> observar hérnias inguinais, aderência no prepúcio e fimose. Testículos devem estar tópicos (na bolsa escrotal). <b>Os testículos devem migrar para a bolsa escrotal até os 6 meses de vida;</b> na presença de anormalidade, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica e tratamento. <b>Meninas:</b> exame em caso de queixa clínica.
Membros	Observar alterações e deformidades.

Legenda: PA - pressão arterial; PAS - pressão arterial sistólica; PAD - pressão arterial diastólica; FR - frequência respiratória; MRPM - movimentos respiratórios por minuto; FC - frequência cardíaca; BPM - batimentos por minuto

Fonte: Brasil, 2012a; Brasil, 2016a; Malachias et al., 2016.



Para realizar o exame físico em crianças menores pode-se utilizar recursos lúdicos, como o uso de brinquedos ou com os próprios objetos de exame. É necessário avisar sobre todos os procedimentos, especialmente os desagradáveis e os dolorosos, se possível, demonstrando em si mesmo ou em algum boneco. A ordem do exame é variável, adaptando-se à situação. Geralmente inicia-se com a criança sentada, de pé ou no colo do acompanhante. Colocá-la em decúbito dorsal apenas para os procedimentos em que for necessário, de modo que ela se sinta menos vulnerável. Se for imprescindível conter a criança para procedimentos específicos, como ocorre frequentemente com a otoscopia e oroscopia, explicar aos pais a técnica mais adequada de contenção e assegurar-lhes que a reação da criança é normal para a idade (BLANK; ECKERT, 1995).

Já para crianças maiores, uma sugestão é uma conversa amigável sobre assuntos variados, tais como escola ou amigos, passando para as explicações sobre os procedimentos do exame físico. Atentar para o pudor da criança, conservando parte da roupa enquanto se examina o resto do corpo (BLANK; ECKERT, 1995).

A consulta de enfermagem para crianças de 2 a 10 anos de idade deve compreender a criança como sujeito de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento, com prioridade no atendimento, por equipe multiprofissional, buscando a produção do cuidado integral.

Além disso, deve-se realizar o acolhimento com escuta ativa, identificação e estratificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e análise de vulnerabilidades, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo (como, por exemplo, ações articuladas com as escolas), por meio de uma clínica ampliada que produza vínculos, favorecendo a constituição da autonomia da criança e família (SES/RS, 2019a).

Salienta-se que a realização de exames laboratoriais é preconizada somente a partir de critérios clínicos e fatores de risco apresentados pelo usuário. Assim, ressalta-se que não existe nenhum estudo bem delineado que indique a realização de exame laboratorial de rotina. Para crianças de alto risco para anemia, recomenda-se avaliar a necessidade de solicitação de exame de hemoglobina e hematócrito, entre 9 e 12 meses de idade, visto que essas populações podem ter prevalência de anemia aumentada (TelessaúdeRS, 2009). Em crianças e adolescentes a partir dos 10 anos de idade (e/ou do início da puberdade), na presença de excesso de peso e um ou mais fatores de risco para diabetes, como história materna de Diabetes *Mellitus* Gestacional em sua gestação, deve-se solicitar o exame Glicemia de Jejum para rastreamento do Diabetes *Mellitus* tipo 2, cujos parâmetros diagnósticos são os mesmos para os adultos (American Diabetes Association, 2020; Laffel; Svoren, 2020; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019).

### 3.4.1 Atenção à saúde bucal

O desenvolvimento dos dentes geralmente tem início aos 5 a 6 meses. A criança pode apresentar alteração do sono, aumento da salivação, coceira nas gengivas e irritabilidade. Aos 3 anos, a criança já tem todos os dentes decíduos, totalizando 20 dentes. Por volta dos 6 anos, inicia-se a troca



pelos dentes permanentes. A dentição é completada em torno dos 18 anos, com um total de 32 dentes (BRASIL, 2020).

Em relação à higiene bucal do lactente orienta-se realizar com gaze ou fralda limpa e úmida pelo menos 1 x/dia, enquanto não houver dente na cavidade oral. A partir do nascimento do primeiro dente é indispensável utilizar uma escova pequena de cerdas macias, com o uso de pequena quantidade (menos de um grão de arroz) de creme dental com flúor. Deve-se cuidar para não ocorrer a ingestão da espuma que se forma durante a escovação (BRASIL, 2020; SES/RS 2019a).

Os pais ou cuidadores devem auxiliar na escovação ou acompanhar a mesma até perceber que a criança está realizando a higienização bucal de maneira adequada.



## 3.5 ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE IDADE

### 3.5.1 Apoio ao aleitamento materno

O aleitamento materno no decorrer dos anos tem se constituído tema fundamental para a garantia da saúde da criança. Os dois primeiros anos de vida são os mais decisivos para o crescimento e desenvolvimento, com repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. É uma prioridade mundial o estímulo e a manutenção do aleitamento materno (BRASIL, 2019a).

A recomendação atual é que a criança seja amamentada já na primeira hora de vida e por dois anos ou mais. Nos primeiros seis meses, a orientação é que a criança receba somente leite materno, o que caracteriza o aleitamento materno exclusivo e em livre demanda, ou seja, é amamentada na hora que quiser e quantas vezes quiser (BRASIL, 2019a).

O aleitamento materno é uma excelente estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Além disso, permite grande impacto na promoção da saúde integral da mãe/bebê e benefícios para toda a sociedade (BRASIL, 2016b).

A equipe de enfermagem poderá observar a mamada e auxiliar quando necessário, observando inicialmente se as roupas da mãe e do bebê não restringem os movimentos e se a mãe está confortavelmente posicionada. Dor no momento da amamentação é um sinal de pega ou posicionamento inadequados. Os pontos-chave a serem observados são:

#### Quadro 8. Observação das mamadas (a)

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade na amamentação
<b>Mãe</b> Relaxada e confortável Sinais de vínculo entre a mãe e bebê	<b>Mãe</b> Parece tensa ou desconfortável Sem contato visual com o bebê
<b>Bebê</b> Calmo e relaxado Procura o peito se tiver fome	<b>Bebê</b> Está impaciente ou chorando Não procura o peito
<b>Mamas</b> Sem dor ou desconforto Apoiada com os dedos longe do mamilo	<b>Mamas</b> Hiperemiada, edemaciada, com fissura ou mamilos doloridos Apoiada com os dedos na aréola
<b>Posição do bebê</b> Cabeça e tronco do bebê alinhados Corpo do bebê bem perto do corpo da mãe Nádegas do bebê apoiadas Nariz do bebê na altura do mamilo	<b>Posição do bebê</b> Com pescoço ou tronco torcido Longe da mãe Apoiado na cabeça ou nas costas somente Nariz do bebê acima ou abaixo do mamilo



#### Quadro 8. Observação das mamadas (b)

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade na amamentação
<b>Pega do bebê</b> Mais aréola acima da boca Boca bem aberta e lábio inferior virado para fora Queixo toca a mama	<b>Pega do bebê</b> Mais aréola abaixo da boca Boca pouco aberta e lábios para a frente ou para dentro Queixo não toca a mama
<b>Sucção</b> Sugadas lentas e profundas, com pausas Bochecha redonda durante a mamada Bebê solta o peito quando termina a mamada	<b>Sucção</b> Sugadas rápidas Esforço da bochecha durante a mamada Mãe tira o bebê do peito

Fonte: Brasil, 2016b; Brasil, 2012a; Brasil, 2019a.

Em algumas situações pode ser necessário e útil retirar o leite do peito durante a amamentação, tais como: quando ocorre a apojadura, sempre que sentir desconforto pela mama muito cheia, se precisar afastar-se da criança por algumas horas, no retorno ao trabalho e quando a mulher, por alguma razão, estiver temporariamente sem poder amamentar (em um ou nos dois peitos). Retirar o leite ajuda a deixar a mulher mais confortável e a manter a produção para quando ela voltar a dar o peito (BRASIL, 2019a).

Recomenda-se que o leite seja retirado com as mãos. Apesar da utilização de bombas manuais ou elétricas auxiliarem a retirada, deve-se tomar cuidado com o seu uso e higienização, devido ao risco de causar contaminação, fissuras e outros traumas no peito. Para mais informações sobre retirada, armazenamento e oferta do leite retirado, acessar o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos (BRASIL, 2019<sup>a</sup>), através do link <https://tinyurl.com/y5jcm8sz>

### 3.5.2 Amamentação e o uso de medicamentos e outras substâncias

Em geral, as mães que amamentam devem evitar o uso de quaisquer medicamentos. No entanto, se isto for imperativo, o enfermeiro deve estar atento aos fármacos em uso e possíveis prejuízos à saúde da mãe e bebê. Drogas de uso prolongado pela mãe, em geral, oferecem um maior risco para o lactente pelos níveis que podem atingir no leite materno. Em caso de contraindicação conhecida ou intercorrências, encaminhar para avaliação médica para manutenção do regime terapêutico vigente (BRASIL, 2012a).

A utilização de álcool e outras drogas deve ser desencorajada desde a gestação, e tal recomendação deve ser mantida após o nascimento da criança, pois a exposição ao álcool e às drogas psicoativas como cocaína, crack, maconha, anfetaminas, *ecstasy*, dietilamida do ácido lisérgico (LSD) e heroína podem prejudicar o julgamento da mãe e interferir no cuidado com o seu filho, além do risco



de toxicidade para o lactente (SPB, 2017).

As equipes de saúde da APS, articuladas com a rede de atenção psicossocial local, devem orientar as mães dependentes de álcool e drogas ilícitas a não amamentar seus filhos enquanto estiverem fazendo uso da substância. Todo o esforço deve ser feito para que essas mulheres recebam o apoio necessário para que consigam ficar em abstinência e, assim, poderem amamentar os seus filhos se esse for o seu desejo. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta que poderá ser utilizada em casos prioritários (BRASIL, 2013, BRASIL, 2019a).

Há algumas situações em que há restrições ao aleitamento materno. São elas:

### Quadro 9 - Restrições ao aleitamento materno

#### CONTRAINDICAÇÕES:

Mãe infectada por HIV;

Mãe infectada pelo HTLV1 e HTLV2;

Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (antineoplásicos, radiofármacos, etc);

Criança com galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.

#### RECOMENDAÇÃO DE INTERRUÇÃO TEMPORÁRIA:

Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;

Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta\*;

Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;

Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;

Consumo de drogas de abuso, que contraindiquem a amamentação e uso de álcool\*\*;

Mãe com HIV negativo no parto, com risco de soroconversão por parceiro com HIV não tratado e/ou carga viral detectável ou desconhecida\*\*\*

Vacina contra febre amarela em mães de crianças menores de 6 meses. Suspender o aleitamento materno preferencialmente por 28 dias (mínimo 10 dias) após a vacinação\*\*\*\*;

Mães submetidas a exames com radiofármacos.

Fonte: Adaptado Brasil, 2015; Brasil, 2019a; SES/RS, 2019a.

\*Nesses casos a criança deve receber imunoglobulina humana antivaricela zóster (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.

\*\*Deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção. Para mais informações, acesse o Caderno de AB nº 23 e Guia Alimentar da Criança 2019.

\*\*\*Até resultado de carga viral para HIV na mãe e em uso de profilaxia pré-exposição. Para mais informações, acesse o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.

\*\*\*\*Mãe deve procurar um serviço de saúde para orientação e acompanhamento a fim de manter a produção do leite materno e garantir o retorno à lactação.



### 3.5.3 Alimentação para crianças amamentadas

A nutrição adequada durante a infância é essencial para a saúde e bem-estar ao longo da vida. A equipe de enfermagem acompanha a introdução de alimentação ao longo das consultas periódicas da criança e propõe estratégias de qualificação da alimentação, bem como oferta suporte para a solução de problemas enfrentados pela família.

A partir de seis meses, recomenda-se a introdução de alimentos, pois antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê. Assim, a alimentação deve ser introduzida de forma lenta e gradual, para que aos doze meses de idade esteja integrada à da família. Esta deve prover quantidades suficientes de água, aporte calórico, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, disponíveis, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança.

Recomenda-se o esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade em aleitamento materno, conforme o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019a) <https://tinyurl.com/y5jcm8sz>.

**Quadro 10 - Alimentação da criança em aleitamento materno por faixa etária (a)**

	Ao completar 6 meses*	Entre 7 e 8 meses de idade*	Entre 9 e 11 meses de idade*	Entre 1 e 2 anos de idade*
<b>Café da manhã</b>	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Fruta e leite materno ou Cereal e leite materno ou Raízes e tubérculos e leite materno
<b>Lanche da manhã</b>	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno



Quadro 10 - Alimentação da criança em aleitamento materno por faixa etária (b)

	Ao completar 6 meses*	Entre 7 e 8 meses de idade*	Entre 9 e 11 meses de idade*	Entre 1 e 2 anos de idade*
<b>Almoço</b>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li><li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li><li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li><li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li></ul> <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 2 a 3 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li><li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li><li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li><li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li></ul> <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 3 a 4 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li><li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li><li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li><li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li></ul> <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 4 a 5 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li><li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li><li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li><li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li></ul> <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 5 a 6 colheres de sopa no total.</p>
<b>Lanche da tarde</b>	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno ou Cereal e leite materno ou Raízes e tubérculos e leite materno
<b>Jantar</b>	Leite Materno	<p>Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 3 a 4 colheres de sopa no total.</p>	<p>Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 4 a 5 colheres de sopa no total.</p>	<p>Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 5 a 6 colheres de sopa no total.</p>
<b>Antes de dormir</b>	Leite Materno	Leite Materno	Leite materno	Leite materno

Fonte: Brasil, 2019a.

\* O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.

\*\* Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.



O consumo de sódio requer atenção e deve ser utilizado com moderação nas preparações culinárias. Nos dois primeiros anos de vida, não deve ser ofertado açúcar ou produtos que contenham esse ingrediente, visando contribuir para a formação de hábitos alimentares mais saudáveis e evitar a formação de placa bacteriana e cáries. O quadro abaixo traz orientações de consumo, a partir da atual classificação de grupos alimentares:

#### Quadro 11 - Classificação dos grupos alimentares

Grupo de alimentos	Orientação de consumo
<b>Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados</b> (Leguminosas, cereais, tubérculos, vegetais, frutas, carne, ovos, leite)	Devem ser a base da alimentação da criança e de toda família, ou seja, a maior parte dos alimentos consumidos devem ser desse grupo;
<b>Alimentos processados</b> (Extrato de tomate, óleo de soja, manteiga, queijos, pães, frutas em calda, etc)	Podem ser consumidos em pequenas quantidades e eventualmente, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados;
<b>Alimentos ultraprocessados</b> (Refrigerantes, sucos em pó, salgadinhos, chocolate, balas, biscoitos, iogurte com sabor, nuggets, salsicha, etc)	Não devem ser oferecidos à criança e devem ser evitados pelos adultos.

Fonte: Brasil, 2019a.

Para mais informações sobre os tipos de processamento dos alimentos, acessar o Guia alimentar da criança (2019a): <https://tinyurl.com/y5jcm8sz>

Nas crianças com alguma deficiência ou doença que acometa o sistema gastrointestinal, é importante considerar a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança, bem como suas necessidades nutricionais, para definir o período adequado para iniciar a introdução dos alimentos (SES/RS, 2019a).

O leite materno pode continuar a ser oferecido sempre que a criança quiser. Depois de um ano de vida, até por volta dos 2 anos, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes e de proteção natural contra doenças infecciosas. Estima-se que 500ml de leite materno no segundo ano de vida fornecem quase toda a necessidade de vitamina C e praticamente metade da quantidade necessária da vitamina A, além de boa quantidade de proteínas e energia (BRASIL, 2019a).

Ao iniciar a oferta de outros alimentos, além do leite materno, deve ser orientada também a oferta de água para a criança nos intervalos das refeições. A água deve ser oferecida em copo, xícara ou colher, evitando-se o uso de mamadeiras e, para isso, a criança deve estar sentada, com a cabeça



e pescoço firmes e alinhados. Se a criança recusar a água, deve ser orientado que se oferte em outros momentos, até ela acostumar. Orientar que água de coco, chás e outras bebidas não substituem a água (BRASIL, 2019a).

### 3.5.4 Alimentação para crianças não amamentadas

Há diversas situações, condições e escolhas que ocorrem no período da amamentação e podem fazer com que a criança menor de 6 meses não receba somente leite do peito. Abaixo são apresentadas recomendações para a alimentação de crianças que, antes dos 6 meses, recebem qualquer outro alimento, além do leite materno.

- **Fórmula infantil**

As fórmulas infantis correspondem a leites industrializados para crianças que não estão em aleitamento materno. No entanto, apesar de sua adaptação com relação ao carboidrato, proteína e vitamina, os fatores anti-infecciosos e bioativos não são encontrados nas fórmulas infantis. Diante da impossibilidade do aleitamento materno, é recomendado que crianças menores de seis meses de vida sejam alimentadas com fórmulas para lactentes e as crianças de seis a doze meses com fórmulas de seguimento (SBP, 2018a).

A fórmula infantil para lactente deve ser preparada cuidadosamente, de acordo com as instruções do rótulo de cada produto e deve ser administrada em quantidades adequadas de acordo com o peso e a idade da criança.

A equipe de enfermagem deve orientar os cuidadores quanto à importância de seguir as recomendações de diluição do produto. Leites muito concentrados ou muito diluídos podem ser prejudiciais para a saúde da criança, pois podem ocasionar sobrecarga renal de sais e proteínas ou desnutrição. É importante destacar a necessidade do consumo de água (tratada, fervida e filtrada) nos intervalos das refeições para crianças não amamentadas.

É importante ressaltar que as crianças expostas ao HIV e ao HTLV têm direito a receber a fórmula láctea em substituição ao aleitamento materno até 1 ano de vida. A fórmula é fornecida pela Secretaria Estadual da Saúde/RS aos municípios do estado. As UBS devem verificar com a Secretaria Municipal de Saúde de seu município o fluxo para o recebimento da fórmula. Do nascimento até o 6º mês de vida o RN receberá a fórmula tipo 1 (8 a 12 latas/mês) e do 6º ao 12º mês de vida a fórmula tipo 2 (até 9 latas/mês); o quantitativo será definido pelas necessidades nutricionais da criança, avaliado por médico ou nutricionista.

Se a criança é alimentada com fórmula infantil, a introdução de outros alimentos deve ser feita a partir dos seis meses de vida e deve seguir as mesmas orientações sobre a introdução da alimentação para crianças amamentadas, conforme quadro 9. Porém, a partir dos 9 meses, a fórmula infantil pode ser substituída pelo leite de vaca integral (SBP, 2018a; WHO, 2010; BRASIL, 2019a).



- **Leite de vaca integral**

Sabe-se que há condições em que é contraindicada a amamentação e situações em que o leite de vaca é o único disponível em função do baixo custo. Assim, é importante que a equipe de enfermagem oriente as mães, famílias e cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura. O quadro a seguir fornece as orientações para diluição e reconstituição do leite de vaca integral. Para mais informações, acessar: Caderno da Atenção Básica nº 23 - Saúde da Criança/MS.

#### **Quadro 12 - Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas**

##### **Reconstituição do leite em pó integral (a 10%):**

- 1 colher das de sobremesa rasa para 100 ml de água fervida;
- 1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150 ml de água fervida;
- 2 colheres das de sobremesa rasas para 200 ml de água fervida.

Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

##### **Diluição do leite integral fluido:**

- 2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida:
  - 70 ml de leite + 30 ml de água = 100 ml;
  - 100 ml de leite + 50 ml de água = 150 ml;
  - 130 ml de leite + 70 ml de água = 200 ml.

Para ambos, acrescentar 01 colher de chá de óleo para cada 100 ml de leite.

Após completar quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e o leite em pó deve ser reconstituído a 15%. Nenhum deve ser acrescido de óleo, já que nessa idade a criança não amamentada receberá outros alimentos e seu consumo não deverá ultrapassar 500 ml por dia.

Reconstituição do leite em pó a 15%; 1 colher de sopa em pó cheia para 100 ml de água fervida.

Fonte: Brasil, 2012a; Brasil, 2018b

Obs.: a criança alimentada com leite de vaca modificado precisa receber suplementação de vitaminas e minerais, com a orientação dos profissionais de saúde; consultar capítulo 09.

O leite desnatado e o leite semidesnatado não são indicados para crianças menores de 2 anos, pois possuem menor quantidade de gordura, a qual é importante para o desenvolvimento neurológico da criança.

**Se a criança não estiver sendo alimentada com leite materno e nem fórmula infantil, a partir dos quatro meses de vida deve-se iniciar a introdução de outros alimentos para suprir suas necessidades nutricionais.** A partir desta idade, o leite de vaca integral não deve ser



diluído e o leite de vaca em pó deve ser preparado conforme orientações do rótulo.

Os alimentos devem ser amassados e não peneirados e liquidificados, e a textura adequada à faixa etária, pois alimentação muito líquida não favorece o desenvolvimento da cavidade oral. Para mais informações, acesse as orientações contidas no Guia alimentar da criança (2019<sup>a</sup>), disponível em <https://tinyurl.com/y5jcm8sz>.

**Quadro 13 - Alimentação da criança que recebe leite de vaca por faixa etária (a)**

		Nascimento até completar 4 meses	Aos 4 meses de idade	Entre 5 e 11 meses de idade	Entre 1 e 2 anos de idade
Café da manhã	Alimentação o láctea	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos	
Lanche manhã		Fruta	Fruta	Fruta	
Almoço		<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos003B</li> <li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada*: 2 a 3 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada*: Entre 5 e 6 meses: 2 a 3 colheres de sopa no total; Entre 7 e 8 meses: 3 a 4 colheres de sopa no total; Entre 9 e 11 meses: 4 a 5 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;</li> <li>- 1 alimento do grupo dos feijões;</li> <li>- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;</li> <li>- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.</li> </ul> <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total.</p>	
Lanche da tarde		Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos	



**Quadro 13 - Alimentação da criança que recebe leite de vaca por faixa etária (b)**

		Nascimento até completar 4 meses	Aos 4 meses de idade	Entre 5 e 11 meses de idade	Entre 1 e 2 anos de idade
Jantar			Leite de vaca integral	Igual ao almoço	Igual ao almoço
Antes de dormir			Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

Fonte: Brasil, 2019a.

\*Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.

Essas recomendações precisam ser adaptadas a cada caso e a cada criança, sendo que a introdução deve respeitar a aceitação. Mesmo após o início de outros alimentos o consumo de leite continua sendo uma importante fonte de vitaminas e minerais (SES/RS, 2019a), assim como a oferta regular de água, conforme descrito no item 8.3.



## 3.6 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS

Para atender às necessidades nutricionais de minerais da criança, é preciso oferecer uma variedade de alimentos complementares com alta densidade de nutrientes, assim como a suplementação de vitaminas.

### 3.6.1 Suplementação de Ferro

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018b), ações de educação alimentar e nutricional devem estimular o acesso universal à alimentação adequada, ao aleitamento materno exclusivo e prolongado, de forma a aumentar o consumo de fontes de ferro, bem como daqueles que aumentam a biodisponibilidade e a absorção do ferro na introdução de alimentos complementares.

A indicação do aleitamento materno, bem como a limitação de consumo de 500ml/dia de leite de vaca para crianças também são estratégias reconhecidas protetoras contra a deficiência de ferro e o desenvolvimento de anemia ferropriva (SBP, 2018b). Não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação para a prevenção. Abaixo estão as recomendações para a suplementação de ferro:

Quadro 14 - Suplementação de Ferro\*

Situação	Recomendação
Crianças de 3 a 24 meses, independente do regime de aleitamento materno	Sulfato Ferroso na dosagem de 1 mg/kg peso/dia
Do 30º dia até os 12 meses (pré-termo ou com peso menor de 1500 g)	2 mg de ferro elementar/kg/dia
Do 30º dia até os 12 meses (pré-termo com peso entre 1000 g e 1500 g)	3 mg de ferro elementar/kg/dia
Do 30º dia até os 12 meses (pré-termo com peso <1000 g)	4 mg de ferro elementar/kg/dia

Fonte: SBP, 2018b.

\*Após o 1º ano de vida, a suplementação em todos os casos é de 1 mg/kg/dia por mais 12 meses (SBP, 2018b). Atentar em situações em que a criança possuir o diagnóstico de doença que acumule ferro (anemia falciforme e talassemia, entre outras).



### 3.6.2 Suplementação de Vitamina A

A suplementação com vitamina A reduz o risco de morte em crianças em 24%, sendo o risco de mortalidade por diarreia reduzido em 28%; já crianças HIV positivo têm a mortalidade reduzida, por todas as causas, em 45%. A deficiência de vitamina A, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), aumenta o risco de morbidades e mortalidade e também de desenvolverem anemia (WHO, 2011).

Diante disso, é importante que a alimentação habitual das crianças forneça fontes de vitamina A. Esta pode ser encontrada em alimentos como abóbora, manga, cenoura, acerola, goiaba, melão, agrião, alface, brócolis, couve e rúcula, entre outros. Os casos que merecem investigação para hipovitaminose A são: criança ou gestante com dificuldade para enxergar à noite ou em baixa luminosidade (cegueira noturna), presença de alguma alteração ocular sugestiva de xeroftalmia (ressecamento do olho), ocorrência frequente de diarreia e crianças com desnutrição energético proteica (BRASIL, 2013).

Para a suplementação, a vitamina A é distribuída gratuitamente pelo SUS. Os municípios não contemplados pelo programa nacional de suplementação, mas que queiram receber as megadoses, podem solicitar inclusão junto à gestão do município. Recomenda-se que os profissionais de saúde considerem locais com dificuldades de realização de diagnóstico clínico de xeroftalmia, além disso, a ocorrência de deficiência de vitamina A em populações de risco e quando existirem casos graves de desnutrição, diarreia e sarampo frequentes (BRASIL, 2013). Abaixo encontram-se as recomendações para a suplementação:

#### Quadro 15 - Suplementação de Vitamina A

Situação	Recomendação	Apresentação
De 6 a 11 meses	Dose de vitamina A de 100.000 UI (dose única)	Apresentação em cápsula, a qual deverá ser aberta e administrada diretamente na boca da criança.
De 12 a 59 meses	Dose de vitamina A de 200.000 UI (1 dose a cada 6 meses)	

Fonte: Brasil, 2013.

Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para esse fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica. Alta ingestão de vitamina A sintética por um período prolongado pode levar à toxicidade; mas intoxicação por fontes alimentares é rara (PAZIRANDEH E BURNS, 2019; LENZ E FLORES, 2014).



### 3.6.3 Suplementação de Vitamina D

O raquitismo é atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e restrição à exposição solar, sendo uma condição prevenível, mas que continua ocorrendo, mesmo em países desenvolvidos. No entanto, o Ministério da Saúde não recomenda a suplementação universal de rotina, em razão das necessidades diárias serem facilmente atingidas pela exposição regular ao sol. Desse modo, não existem evidências suficientes que embasem uma recomendação geral de reposição de vitamina D em crianças saudáveis (BRASIL, 2012a).

Para subgrupos de maior risco de deficiência de vitamina D e raquitismo pode ser ofertada a suplementação. Os principais fatores de risco estão listados abaixo (BRASIL, 2012a; NICE, 2014; PEREIRA-SANTOS et al, 2019):

- Pigmentação cutânea escura;
- Exposição inadequada ao sol (por hábitos culturais, cobrir todo o corpo, uso de protetor solar em todos os passeios ao ar livre, viver em áreas urbanas com prédios e/ou poluição que bloqueiam luz solar);
- Deficiência materna durante a gravidez;
- Filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados;
- Viver em altas latitudes;
- Variações sazonais;
- Uso de alguns anticonvulsivantes (hidantoína, fenobarbital), glicocorticoides e antirretrovirais.

Quando houver indicação, a suplementação deverá ocorrer desde a primeira semana de vida da criança até os 12 meses de idade. Após essa faixa etária todas as crianças e adultos deveriam atender suas necessidades nutricionais de vitamina D através de dieta e exposição solar. Não é recomendado o monitoramento rotineiro de níveis séricos de vitamina D (BRASIL, 2012a; NICE, 2014; PEREIRA-SANTOS et al, 2019). Abaixo encontram-se as recomendações para a suplementação em crianças com fatores de risco:

#### Quadro 16 - Suplementação de Vitamina D em crianças com fatores de risco

Situação	Recomendação
A partir da primeira semana de vida até os 12 meses*	400 UI por dia (2 gts)
Recém-nascido pré-termo – a suplementação deve ser iniciada quando o peso for superior a 1.500 g e houver tolerância plena à nutrição enteral.	400 UI por dia (2 gts)

Fonte: SBP, 2016.

\*Avaliar se há indicação; não é recomendado rotineiramente a todas as crianças.



Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para esse fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica (PAZIRANDEH E BURNS, 2019; LENZ E FLORES, 2014).



## 3.7 SEGUIMENTO PARA SITUAÇÕES DE RISCO

### 3.7.1 Prematuridade

O prematuro (idade gestacional menor que 37 semanas) exige um acompanhamento diferenciado tendo em vista suas particularidades. Geralmente são de baixo peso < 2.500 gramas, sendo Pequeno para Idade Gestacional (PIG) ou Adequado para Idade Gestacional (AIG). Devem ser monitorados e acompanhados pela APS e por serviços especializados quando necessário.

Orientações para acompanhamento (BRASIL, 2012a; SES/RS 2019a):

- **Correção da Idade Gestacional:** prematuros abaixo de 37 semanas de gestação deverão ter seus dados corrigidos de acordo com sua idade gestacional. Idade corrigida (IC) é a idade pós-natal menos o número de semanas que faltaram para o nascimento a termo. Exemplo de recém-nascido com 32 semanas:  $IC = 40 - 32 = 8$  semanas (2 meses). Deverão ser descontados 2 meses na avaliação de crescimento da criança. Assim, se a criança tem 3 meses de idade cronológica, avaliar seu crescimento como se tivesse 1 mês de idade.
- **Prazos de utilização da IC:** perímetro cefálico (até 18 meses); peso (até 2 anos); estatura (até 3 anos e 6 meses).
- **Cólica do lactente:** pode durar um pouco mais no prematuro, pois começa com 40 semanas e termina, aproximadamente, com 3 meses de idade corrigida. O aparecimento de hérnia inguinal é mais comum nos prematuros.
- **Indicação de uso do Palivizumabe:** medicamento que pode ser utilizado para prevenir as formas graves da doença respiratória, causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). O enfermeiro da APS deve estar atento durante o acompanhamento destas crianças, para encaminhamento quando necessário. Consultar no site da SES/RS a Nota Técnica do Palivizumabe, para a sazonalidade do ano vigente, além do detalhamento necessário para o uso deste medicamento no RS.

Segundo o MS e a SES/RS, os critérios de inclusão para receber a profilaxia (imunoglobulina para VSR-Palivizumabe) atualmente é:

- Crianças menores de 1 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas;
- Crianças menores de 2 anos de idade com doença pulmonar crônica da prematuridade demonstrada;
- Crianças menores de 2 anos com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica comprovada.



Com a melhoria da qualidade das UTIs neonatais e consequente maior sobrevivência dos RNs com menor idade gestacional e baixo peso, há necessidade de seguimento diferenciado para essas crianças de risco. O acompanhamento dessas crianças deve ser compartilhado entre APS e Ambulatórios de Egressos (Resolução nº 324/2010 CIB/RS) ou ambulatórios especializados de acompanhamento de RN de alto risco (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

### 3.7.2 Recém-nascido exposto a HIV e/ou exposto a sífilis na gestação

As crianças expostas ao HIV ou em risco de exposição pelo aleitamento materno (quando o parceiro tem HIV) devem ter acompanhamento compartilhado entre APS e Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids (SES/RS, 2019a).

A avaliação do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que estas crianças podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar *déficits* e maior risco de exposição a outros agentes infecciosos.

O acompanhamento das crianças com sífilis congênita, deverá ser realizado pela APS, com atenção mais cuidadosa no monitoramento laboratorial e de sinais e sintomas sugestivos da doença (SES/RS, 2019a). **O Enfermeiro deve solicitar VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos ou queda do título em duas diluições** (BRASIL, 2019b).

Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto. Discutir em equipe a necessidade de encaminhar para acompanhamento oftalmológico, neurológico (ou terapia ocupacional) e audiológico. Para mais informações sobre o cuidado, diagnóstico e critérios para encaminhamento, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2019b).

### 3.7.3 Recém-nascido exposto à substância psicoativa na gestação

A exposição à substância psicoativa deve ser informada na ficha de notificação para RN de risco, e discutir em equipe a necessidade do encaminhamento a serviço especializado. Cabe destacar que a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) se propõe a articular e integrar os diferentes pontos de atenção da rede de saúde do território, qualificando o cuidado, de forma a garantir o acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências.

### 3.7.4 Criança exposta à Toxoplasmose na gestação

O RN deve ser submetido à avaliação clínica cuidadosa, com atenção especial à possível presença de anormalidades sugestivas de toxoplasmose congênita. Entretanto, o exame físico ao nascimento é normal em 80% a 90% das crianças com toxoplasmose congênita, sendo necessária a interpretação de testes sorológicos seriados e outros exames complementares, para o diagnóstico



definitivo da doença (MONCADA, 2012; MCLEOD, 2014; PEYRON in Remington, 2016; MALDONADO, 2017).

**Portanto, considerando os recursos diagnósticos necessários para definir ou descartar a toxoplasmose congênita logo após o nascimento, é recomendado a avaliação inicial e o seguimento dos casos suspeitos em ambulatório de atenção especializada (SES/RS, 2019a).**

### 3.7.5 Atenção à criança com microcefalia

Manter consultas de puericultura conforme calendário preconizado e encaminhar para serviço especializado ou compartilhar cuidado com equipe de matriciamento, se o município contar com esta estratégia, para seguimento do desenvolvimento e estimulação precoce.



### 3.8 REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL

Para efetivar o cuidado e a proteção social das crianças a APS deve estar articulada com uma rede de apoio no território. No âmbito da assistência social as redes que se destacam são:

- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) - proteção social básica, porta de entrada da assistência social, trabalha na prevenção da ruptura de vínculos familiares e comunitários, acesso a benefícios e programas de transferência de renda;
- Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) - proteção social especializada, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, onde já ocorreu a violação de direitos.

#### 3.8.1 Crianças e suas famílias em situações de violência

A maioria das definições de maus tratos incorpora dois elementos centrais: presença de alterações comportamentais e de danos físicos resultantes dessa conduta. O abuso ou os maus-tratos contra crianças engloba toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocional, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, do qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (BRASIL, 2012a).

Durante as consultas e atendimentos, os enfermeiros devem estar atentos aos sinais e sintomas físicos e comportamentais que podem indicar algum tipo de violência. A seguir são apresentados alguns sinais e sintomas de alerta:

#### Quadro 17 - Sinais de alerta para violência

<b>Sinais de violência psicológica*</b>	Dificilmente as crianças exteriorizam o sofrimento e prevalecem as alterações comportamentais. Entre os fatores comportamentais predominam: choro ou irritabilidade sem motivo aparente, olhar indiferente, apatia, falta de limites, atraso no desenvolvimento psicomotor incluindo a fala, dificuldades de amamentação, enurese, encoprese, distúrbios do sono, dificuldades de sociabilização, agressividade e ansiedade.
<b>Sinais de violência física*</b>	As lesões físicas mais frequentes são: equimoses, hematomas e escoriações, em geral encontradas em locais normalmente protegidos, como costas, nádegas, braços, coxas, peito, face, orelhas, mãos e pés.
<b>Sinais de violência sexual*</b>	Os sinais físicos que devem ser observados são traumatismos e lesões nas genitálias e/ou ânus, infecções urinárias, infecções sexualmente transmissíveis, doenças psicossomáticas, dores abdominais, enurese, encoprese e distúrbios na alimentação. Já os sinais comportamentais mais comuns compreendem os distúrbios do sono, agressividade, apatia, choro sem motivo aparente, conduta regressiva e comportamento sexual inapropriado para idade.

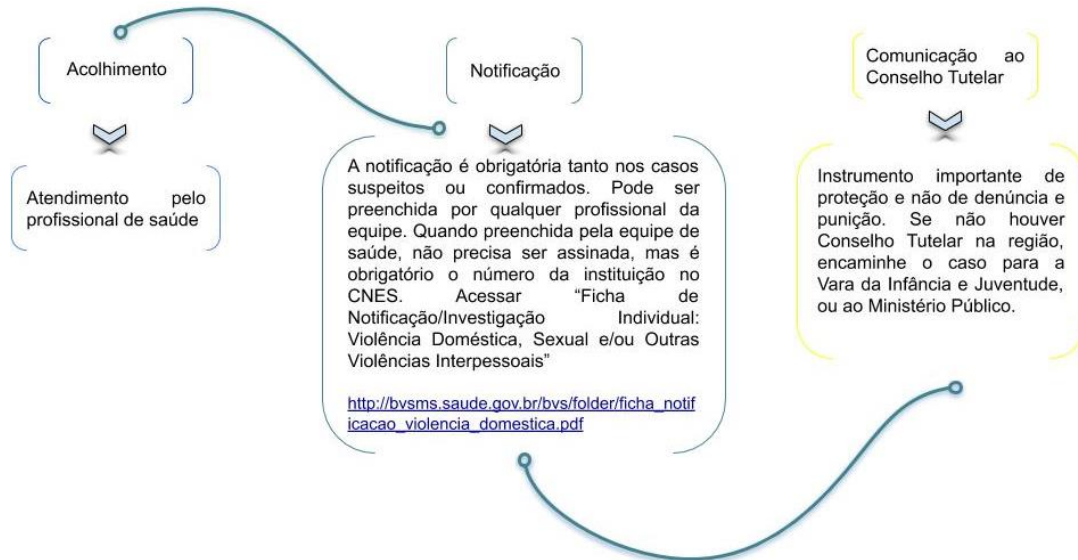
Fonte: SES/RS 2019 apud Brasil 2012a; SES/SP, 2015.

\*Estes são alguns sinais de alerta para maus tratos e/ou violência; avaliar cada criança de maneira individual e com suas particularidades.



Em casos de violência e/ou maus tratos seguir o fluxo descrito abaixo:

**Figura 1 - Fluxo para casos de violência e/ou maus-tratos com crianças**



Fonte: Reproduzido de SES/RS, 2019.

Para o seguimento, deve-se manter atendimento na rede de cuidado e de proteção social, para a criança e a família, além de manter a articulação com a APS.

### 3.8.2 Prevenção de acidentes

Levando-se em consideração os fatores intrapessoais, observa-se que a criança, em seu processo natural de crescimento e desenvolvimento com seu comportamento exploratório, enfrenta situações que podem colocar em risco a sua integridade. Tais situações ocorrem conforme a fase do desenvolvimento da criança, o sexo e a faixa etária. É importante que a equipe de enfermagem esteja atenta à identificação, abordagem e prevenção destas situações, com vistas à desconstrução do caráter imprevisível de eventos cuja cadeia causal pode ser identificada e rompida (BRASIL, 2012a).

Assim, ações de prevenção podem incidir nas famílias e comunidades para facilitar a reflexão sobre questões culturais e ambientais relevantes, além de propiciar ações que estimulem a modificação dos determinantes de risco para lesões (acidentes) nos âmbitos da moradia, transporte, lazer, educação, entre outros, promovendo um ambiente seguro e saudável para a criança (BRASIL, 2012a).

As informações do quadro a seguir são relacionadas aos cuidados para a segurança das crianças, no sentido de evitar e prevenir acidentes.



## Quadro 18 - Orientações de cuidados para garantir a segurança das crianças na prevenção de acidentes

### Além das recomendações deste protocolo, orientar os pais e/ou responsáveis para:

Banho: temperatura ideal da água é de 37° C (verificar a temperatura na região interna do antebraço); não se deve deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água. Nunca utilizar talco próximo ao rosto;

Quarto da criança: evitar posicionar camas e outros móveis perto da janela. Manter a distância entre as ripas da grade do berço  $\leq$  6 cm, utilizar cobertas leves e travesseiro firme para evitar a sufocação do bebê. Se estiver frio, é preferível agasalhar com maior quantidade de roupas do que cobrir com muitas cobertas;

Evitar aquecer o leite materno, a fórmula infantil ou outros líquidos em forno micro-ondas, devido ao risco de escaldamento, pois o interior do líquido pode ferver. Examinar a temperatura na região interna do antebraço;

Transporte do bebê em automóvel: deve ser feito sempre no banco traseiro, em cadeirinha especial para lactente, bebê conforto ou assento infantil, com cinto de segurança e com a criança posicionada adequadamente na cadeirinha apropriada para a faixa etária;

A criança não deve ser deixada perto de animais sem observação, mesmo os animais de casa, pois eles podem ter reações imprevisíveis. Não deixar a criança aproximar-se de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando. Atentar para animais peçonhentos;

Evitar que as pessoas fumem dentro de casa, principalmente com a criança no colo;

Nunca oferecer à criança medicamentos que não tenham sido receitados por profissionais de saúde. Manter medicamentos, produtos de limpeza, venenos e produtos inflamáveis fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados;

Colocar protetores nas tomadas e nos fios elétricos, deixando-os longe do alcance de crianças. Usar os queimadores de trás do fogão e manter os cabos das panelas voltados para o centro do fogão. Manter as crianças longe do fogo, de aquecedores e de ferros elétricos;

Colocar nas janelas redes de proteção ou grades que possam ser abertas em casos de incêndio. Instalar barreiras de proteção nas escadas. Certificar-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo;

Não deixar as crianças sozinhas perto de baldes, tanques, poços e piscinas. A criança não deve nadar sozinha. Orienta-se ensinar as crianças a nadar;

Não deixar ao alcance das crianças armas de fogo, sacolas plásticas, objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos. Evitar cortinas, persianas, brinquedos e roupas com correntes ou tiras que possam conferir risco de estrangulamento.

Garagem: não são locais seguros para brincadeiras. Trancar o veículo e manter as chaves e controles automáticos longe do alcance das crianças. Atentar ao manobrar o veículo;

Plantas: atentar para as plantas que são venenosas; remova-as ou deixe-as em local inacessível para as crianças;

Na rua: segure a criança pelo pulso, assim, impede que ela se solte. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e rua) e escolha lugares seguros (parques, ciclovias, praças e lugares próprios para lazer infantil). Ao andar de bicicleta, skate ou patins, a criança deve usar capacete de proteção. Orientar sobre normas de trânsito;

Manter a criança sob supervisão constante quando estiver em lugares públicos (parques/supermercados/lojas).

Fonte: Brasil, 2012a; Brasil, 2020; SBP, 2020.



### 3.9 INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE COMUNS EM CRIANÇAS

#### 3.9.1 Cólicas no recém-nascido

A definição clínica para cólica do lactente é de paroxismos de irritabilidade, agitação ou choro, durante, pelo menos três, horas por dia, mais de três dias na semana em, pelo menos, três semanas, em crianças saudáveis. O lactente apresenta choro intenso, sem uma causa aparente, com exame físico normal e apresentando ganho ponderal adequado. Esse problema usualmente surge na segunda semana de vida, intensifica-se entre a quarta e a sexta semana e gradativamente alivia, diminuindo até o terceiro mês de vida, mas pode estar presente até 1 ano de idade (SBP, 2017; BRASIL, 2016).

Trata-se de uma condição transitória, sem riscos de mortalidade e que não interfere no crescimento da criança. Entretanto, além de ser uma situação estressante para a família, pode alterar o desenvolvimento pelo reflexo negativo na interação da criança com seus pais (SBP, 2017).

#### Quadro 19 - Manejo da cólica infantil

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dor aguda; Conforto prejudicado.	Nanda-I ®
Presença de dor abdominal; Presença de cólica.	CIPE
CUIDADOS/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar massagem abdominal. Calor local e banhos mornos de aspersão podem promover o relaxamento da criança e vínculo familiar, além de tranquilizar os pais;</li><li>- Lactentes em aleitamento exclusivo: avaliar pega mamária (posição/ sucção), identificar e restringir laticínios e/ou dieta hipoalergênica para a mãe;</li><li>- Lactentes em uso de fórmula ou leite integral com proteína de vaca: Se cólica leve a moderada, considerar estimular a diminuição do volume de ingestão da fórmula, e estímulo da introdução de alimentos em crianças desmamadas. A troca por derivados da proteína de vaca, por meio de fórmula hipoalergênica, está indicada nos casos mais severos de cólica e quando há presença de sinais de dermatite atópica.</li></ul>	<p>Contraindicado;</p> <p>Não há evidências sobre a eficácia do uso de medicamentos para o tratamento da cólica infantil, considerando os medicamentos seguros para as faixas etárias menores.</p>

Fonte: Brasil, 2016.

Legenda: ® - Direitos autorais Nanda International.



### 3.9.2 Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS)

As IVAS estão dentre as causas mais comuns de atendimentos no que tange à assistência à saúde da criança. O manejo deve proporcionar a identificação precoce dos sinais de alerta e o uso adequado e racional de medicamentos. A classificação a partir de sinais de tosse ou dificuldade para respirar evita a administração inadequada de antibióticos e propicia o manejo em tempo nos casos que necessitem (COREN-SC, 2018).

**Quadro 20 - Manejo da infecção de vias aéreas superiores**

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Desobstrução ineficaz das vias aéreas; Ventilação espontânea prejudicada; Dor aguda; Conforto prejudicado.	Nanda-I ®
Corrimento nasal; Tosse; Dor (grau); Respiração prejudicada; Presença de infecção; Presença de inflamação.	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS - ANALGÉSICO E ANTITÉRMICO
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumentar ingestão de água e outros líquidos (criança em aleitamento materno aumentar o número das mamadas);</li><li>- Remover a umidade, mofo ou bolor da casa;</li><li>- Manter a casa ventilada;</li><li>- Estimular a lavagem seguida das mãos da criança;</li><li>- Evitar fumar na presença da criança;</li><li>- Promover higiene nasal com soro fisiológico 0,9%, com seringa de 5 ml ou spray vaporizador, 3 vezes por dia;</li><li>- Avaliar a necessidade de aspiração de vias aéreas;</li><li>- Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas e creches);</li><li>- Reavaliar o quadro em 24/48 h;</li><li>- Orientar sinais de gravidade para que procurem a unidade de saúde ou emergência imediatamente.</li></ul>	<p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre.</p>

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.



**Quadro 21 - Manejo dos problemas respiratórios mais comuns (a)**

**COMO  
IDENTIFICAR/AVALIAR**

**CONDUTAS/INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM**

**CRIANÇA COM CORIZA OU CATARRO NASAL**

**Rinite alérgica:**

Rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, espirros em salvas, prurido ocular, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, perda do paladar e do olfato (raro); sem febre  
Quadro subagudo/crônico.

- Controle ambiental: identificar e afastar desencadeantes é o tratamento mais eficaz.
- Tratamento medicamentoso (principais medicações):

Anti-histamínico HI oral:

- Loratadina solução de 1 mg/ 1 ml ou comprimido 10 mg como primeira escolha:

- Crianças entre 2 e 12 anos - abaixo de 30 kg: 5 ml (5 mg), 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. - Acima de 30 kg: 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido, 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas.

- Dextrofeniramina xarope de 2 mg/ 5 ml ou comprimido 2 mg:

- Crianças de 2 a 6 anos: 1,25 ml ou ¼ comprimido a cada 8 horas (máximo de 3 mg/dia) de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas;

- Crianças de 6 a 12 anos: 2,5 ml ou ¼ comprimido a cada 8 horas (máximo de 6 mg/dia).

OBS: Quadros superiores a 10 dias podem indicar infecção bacteriana secundária;

Se suspeita ou quadro de rinite alérgica crônica, encaminhar para avaliação médica para tratamento a longo prazo;

Crianças menores de 2 anos: tratamento conforme quadro anterior ou encaminhar para avaliação médica.

Reavaliar o quadro em 24/48 h.

**Infecção bacteriana de VAS:**

Rinorreia anterior ou posterior, com obstrução ou congestão nasal, acompanhado de pressão ou dor facial e comprometimento do olfato.

Na presença de um ou mais destes sinais de gravidade, encaminhar para avaliação médica:

- Febre acompanhada de secreção nasal purulenta;

- Dor facial ou de dente moderada a intensa;

- Edema periorbital com duração de pelo menos 3 a 4 dias;

- Agravamento dos sintomas após 3 a 5 dias;

- Ausência de melhora após 7 a 10 dias.

- Rinossinusite viral aguda: sintomas com menos de 10 dias de evolução viral (maior parte dos casos), tratar conforme quadro anterior;

- Rinossinusite bacteriana aguda: sintomas com mais de 10 dias e menos de quatro semanas, encaminhar para avaliação médica.

Reavaliar o quadro em 24/48 h.



## Quadro 21 - Manejo dos problemas respiratórios mais comuns (b)

### CRIANÇA COM CORIZA OU CATARRO NASAL

**Resfriado comum (viral):** Início súbito, com rinorreia hialina ou mucoide, obstrução nasal, espirros e irritação na garganta. Podem ocorrer: tosse e febre, hiperemia de mucosa nasal, orofaringe e membranas timpânicas. \*Depois dos primeiros dias é comum a secreção nasal ficar mais espessa e esverdeada, em decorrência da destruição de células epiteliais e de neutrófilos, o que não deve ser, precipitadamente, interpretado como infecção bacteriana. Os sintomas do resfriado comum são mais intensos nos primeiros três dias e costumam regredir por volta do 7º ao 10º dia, podendo persistir tosse por alguns dias.

Prescrever antitérmicos e analgésicos se dor ou febre:

- Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;
- Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;
- Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas.

- Estimular Ingestão hídrica adequada;
  - Orientar inalação de vapor d'água;
  - Recomendar lavagem nasal com solução salina (pode ser feita através de seringa de 5 ml ou spray vaporizador, três vezes por dia), utilizar soluções salinas isotônicas (0,9%); Anti-histamínicos sedativos devem ser evitados em crianças <4 anos, pelo risco de eventos adversos graves.
  - Reavaliar o quadro em 24/48 h;
- OBS: Caso os sintomas persistam após 7 a 10 dias ou piora do quadro após o quinto dia de evolução, encaminhar para avaliação médica.

#### Respirador bucal:

Obstrução nasal e roncos durante o sono, boca aberta ou entreaberta, lábios ressecados, língua rebaixada e hipotônica, nariz achatado e narinas pequenas, prurido nasal e ocular, espirros em salva, rinorreia serosa ou seromucosa, corpos estranhos nasais e polipose nasal, protrusão da arcada dentária superior e mordida cruzada e podem apresentar sonolência, apneia obstrutiva do sono e déficit de atenção.

- Encaminhar para avaliação médica;
- Aconselhar e acompanhar estimulando o padrão de respiração nasal;
- Orientar alimentação e higienização adequadas para manutenção dos dentes decíduos;
- Referenciar para cirurgião-dentista na necessidade de correção de hábitos bucais.

### CRIANÇA COM DOR DE GARGANTA

#### Infecção viral:

Hiperemia em faringe e/ou vesículas associada a sintomas de resfriado comum: febre (geralmente abaixo de 38,5º C), irritabilidade, congestão nasal, tosse leve e inapetência.

Prescrever antitérmicos e analgésicos se dor ou febre:

- Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;
- Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;
- Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas.

Reavaliar em 24/48 h; se houver piora do quadro encaminhar para avaliação médica.

#### Infecção bacteriana:

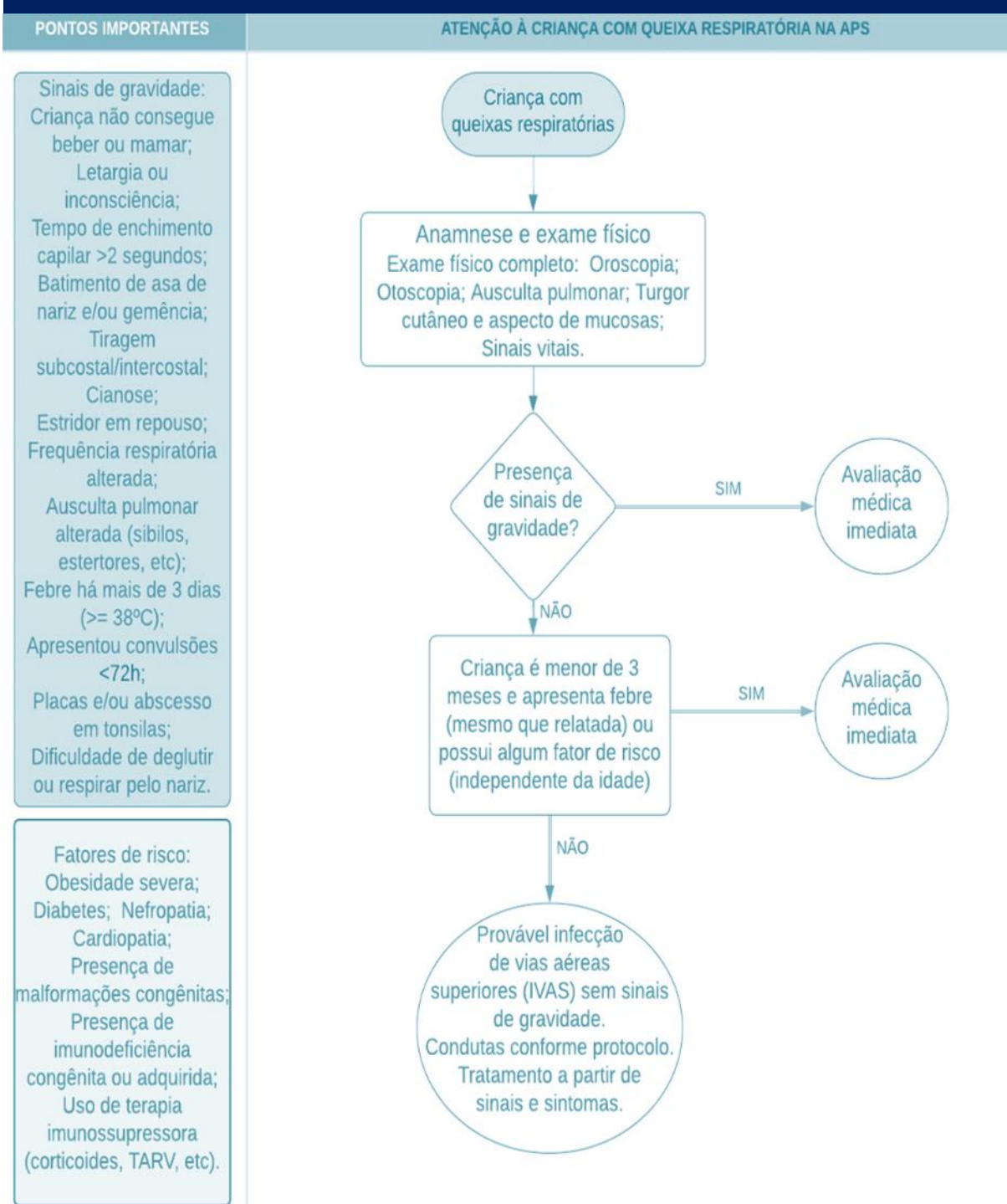
Febre alta (de 38,5º C), gânglios aumentados e dolorosos no pescoço, amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato e presença de sintomas gastrointestinais (tais como: disfagia, vômitos, dor abdominal).

Encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Adaptado Brasil, 2016; Sakano et al, 2017; deShazo; Stephen, 2020.



## Fluxograma 1 - Atenção à criança com queixa respiratória



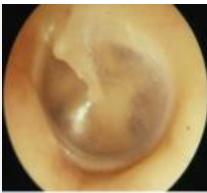



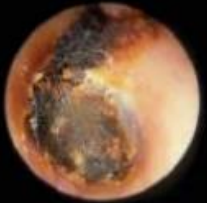
Fonte: Elaboração própria



### 3.9.3 Dor de ouvido

A dor no conduto auditivo é uma queixa frequente em crianças e pode ou não estar associada a quadro infeccioso. O enfermeiro possui papel importante na identificação imediata de sinais de gravidade e manejo adequado, conferindo medidas de conforto à criança e orientação aos pais (COREN-SC, 2018, BRASIL, 2016).

Quadro 22 - Identificação das principais alterações à otoscopia

Achado na otoscopia	Sinais/sintomas	Alteração
	Membrana timpânica íntegra e conduto auditivo sem alterações.	- Exame físico normal
	Hiperemia de conduto auditivo com secreção e descamação.	Dor e/ou prurido no ouvido, geralmente sem febre; Aumento da dor à mobilização do pavilhão auricular e palpação do tragus. Otite externa
	Opacidade, hiperemia ou abaulamento timpânico.	Dor de ouvido leve a muito intensa com início súbito, podendo ocorrer febre e otorreia. Otite média aguda (OMA)
	Perfuração da membrana timpânica.	Em decorrência de otite média crônica e otorreia supurativa; Pode ocorrer perda auditiva. *Comum em otite média crônica ou por perfuração traumática.
	Cerúmen impactado.	Congestão – sensação de ouvido tapado e diminuição auditiva. Cerúmen impactado por provável uso de cotonetes.

Fonte: Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.



### Quadro 23 - Manejo da dor de ouvido

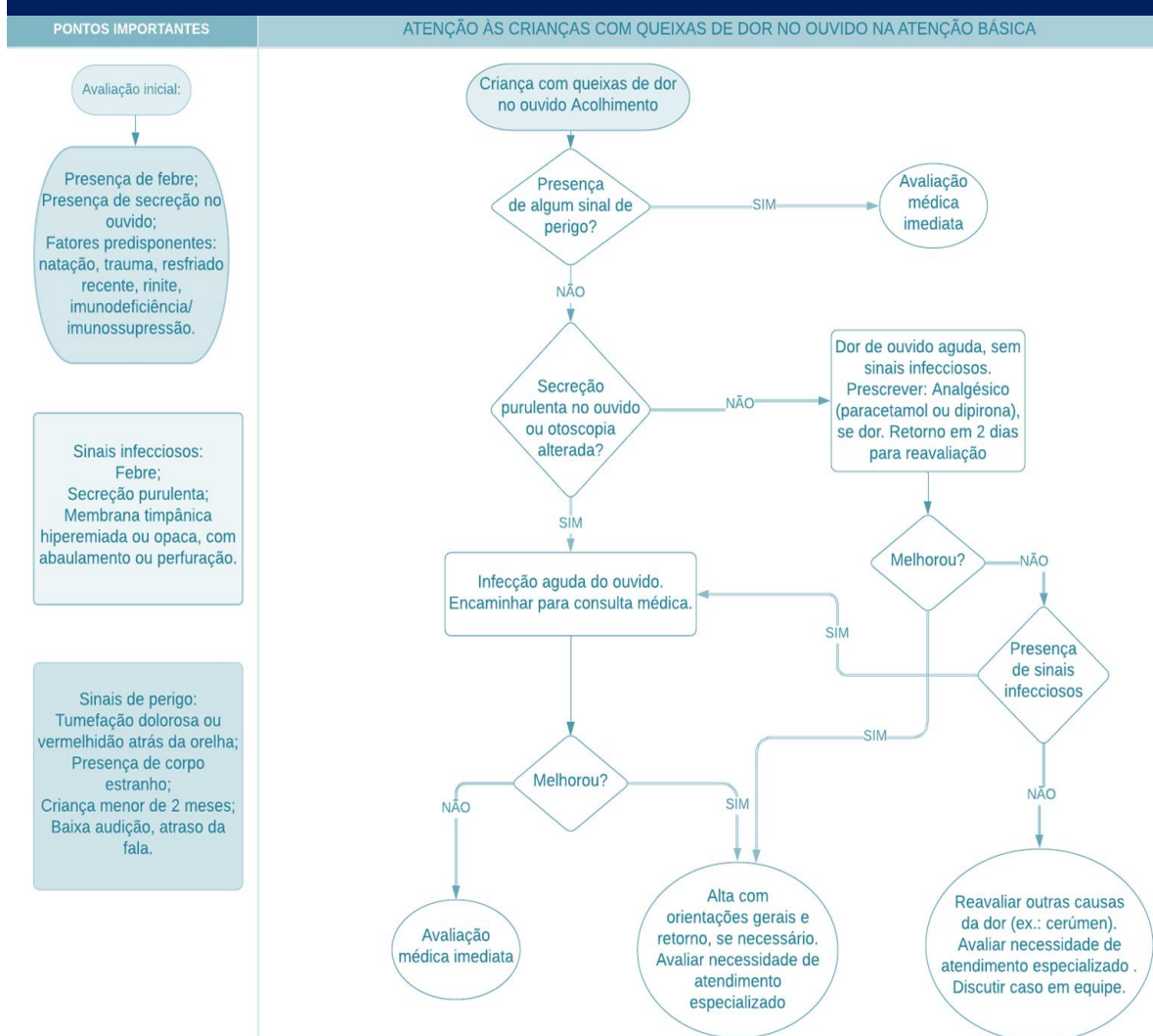
PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Conforto prejudicado; Dor aguda; Risco de infecção.	Nanda-I ®
Dor (grau); Risco/ Presença de infecção; Presença de inflamação; Audição prejudicada.	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicar compressas mornas para conforto e alívio de sintomas;</li><li>- Investigar causas ambientais (fumaça, poeira, etc.);</li><li>- Orientar uso de protetor auricular para crianças realizando atividades aquáticas, uma vez que estas podem estar propensas a dores de ouvido ou infecções;</li><li>- Contraindicar o uso de cotonetes, limpeza somente externa com toalha, gaze ou similar;</li><li>- Orientar posição adequada (45°) para crianças em amamentação;</li><li>- Orientar sinais de gravidade ou se persistência do quadro por mais de 24 horas, retornar imediatamente à unidade;</li></ul> <p><b>Crianças com otite média crônica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para consulta médica para avaliar necessidade de consulta com especialista.</li></ul>	<p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre; OU Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre; OU Ibuprofeno* 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 8/8 horas, se necessário (não utilizar em crianças menores de 6 meses).</p>

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

\*Observação: Ibuprofeno é contraindicado em crianças com suspeita de dengue.



## Fluxograma 2 - Atenção à criança com queixa de dor de ouvido



Fonte: Elaboração própria



### 3.9.4 Manejo da febre

A febre é sinal comum a vários problemas de saúde de crianças e, frequentemente, apresenta-se como principal motivo de consulta na APS. A definição exata da temperatura, a partir da qual se considera febre, é dada por pontos de corte arbitrários que variam na literatura e conforme a região de aferição no corpo, geralmente como temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (BRASIL, 2016).

A febre é o sinal mais comum perceptível, indicando que o estado de saúde da criança necessita maior atenção. No entanto, devido ao amadurecimento do sistema imunológico, principalmente nas crianças menores de 2 anos, a febre costuma estar presente mesmo em condições cuja imunidade da criança seja suficiente para combater a provável infecção. Devido a esse fato, não é incomum que a febre se apresente de maneira isolada na criança, sem a presença de outros sinais ou sintomas que possam auxiliar na identificação da origem da infecção, quando presente (COREN-SC, 2018). Essa situação exige muita atenção, especialmente em crianças pequenas, pelo risco de doenças potencialmente graves, que podem evoluir com deterioração do estado geral rápido, principalmente bacteremias ocultas e doenças bacterianas graves (BRASIL, 2016).

#### Quadro 24 - Manejo da febre

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Hipertermia	Nanda-I <sup>®</sup>
Febre	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar uso de roupas leves e banhos mornos na criança, os quais auxiliam na termorregulação;</li><li>- Ofertar ingesta hídrica (água e outros líquidos) conforme demanda e em horários regulares, os quais auxiliam na reposição hídrica e auxiliam o controle térmico infantil;</li><li>- Orientar repouso da criança;</li><li>- Orientar cuidadores que, apesar de a febre ser um sinal de alerta, a mesma é na maioria das vezes um mecanismo de defesa, pois significa que o sistema imunológico está ativo e combatendo uma possível infecção viral ou bacteriana, a qual se diferencia pelas alterações no exame físico e valores da temperatura (acima de <math>39^{\circ}\text{C}</math>);</li><li>- Orientar sinais de gravidade para que retornem prontamente ao serviço de saúde ou pronto atendimento, se necessário;</li><li>- Orientar que a convulsão febril é um evento incomum, de curta duração, que possui caráter benigno e não costuma ter novo episódio em 24 horas.</li></ul>	<p>Se temperatura axilar <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> e desconforto, prescrever as medicações abaixo:</p> <p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas* (máx. 75 mg/kg/dia) por até 3 dias, reavaliar o quadro em 24/48 h; OU Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas** por até 3 dias, reavaliar o quadro em 24/48 h; OU Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas*** (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, reavaliar o quadro em 24/48 h</p>

**Fonte:** adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

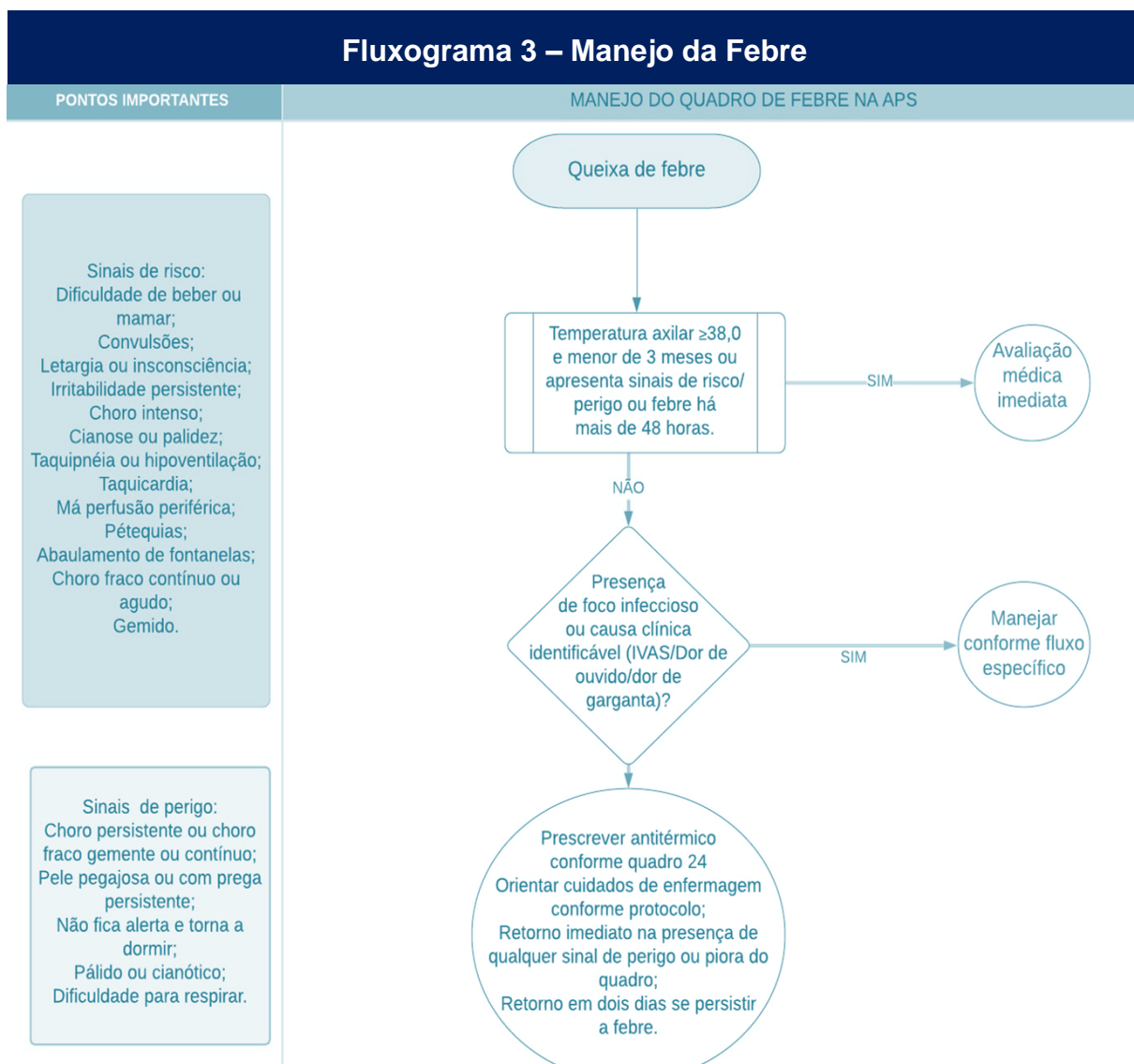
\*Atentar risco de hepatopatias e história pregressa de problemas hepáticos (contraindicado).

\*\*Atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado).

\*\*\*Não utilizar em suspeita de arbovirose.



**Obs.:** A cada nova avaliação pelo enfermeiro, em 24-48 horas, o foco da febre deve ser buscado. Deve-se evitar a utilização de medicação antitérmica sem a identificação de foco infeccioso, para que não se corra o risco de mascarar quadros de gravidade potencial.



Fonte: Elaboração própria

### 3.9.5 Gastroenterite (diarreia e vômitos)

Problema de saúde que acomete inúmeras crianças durante todo o ano. Apesar de relacionarmos as gastroenterites com o aspecto hídrico e alimentar, a maioria possui a etiologia viral como principal causa. Seu manejo deve ser sempre orientado à observação de sinais de gravidade precoces, pois pode causar desidratação grave, principalmente em crianças, nos quais deve-se procurar o serviço de saúde (COREN-SC, 2018).



Os quadros abaixo auxiliam na avaliação do nível de desidratação da criança e conduta clínica do enfermeiro.

#### Quadro 25 - Classificação segundo o grau de desidratação

##### Grupo A: sem desidratação

- Criança alerta;
- Olhos brilhantes com lágrimas;
- Mucosas úmidas;
- Fontanela normotensa;
- Turgor cutâneo normal;
- Pulso cheio;
- Perfusão normal (menor que 2");
- Circulação/pressão arterial normal;
- Diurese normal.

##### Grupo B: desidratação

- Criança irritada, com sede;
- Olhos encovados;
- Mucosas secas;
- Fontanela deprimida;
- Turgor cutâneo pouco diminuído;
- Pulso palpável;
- Perfusão normal (menor que 2");
- Circulação/pressão arterial normal;
- Diurese pouco diminuída .

##### Grupo C: desidratação grave

- Criança deprimida;
- Olhos muito encovados sem lágrimas;
- Mucosas muito secas;
- Fontanela muito deprimida;
- Turgor cutâneo muito diminuído;
- Pulso rápido, ausente ou débil;
- Perfusão alterada (maior que 2");
- Circulação/pressão arterial alterada;
- Diurese oligúria/anúria.

Fonte: Coren-SC, 2018; Ministério da Saúde, 2017b; Brasil, 2016.



**Quadro 26 - Conduas conforme o grau de desidratação em crianças**

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Diarreia; Motilidade gastrointestinal disfuncional; Náusea; Volume de líquidos deficiente; Conforto prejudicado.		Nanda-I ®
Diarreia; Vômito; Risco de desidratação; Desidratação (grau).		CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
A Sem DESIDRATAÇÃO	B Se 2 ou + sintomas: DESIDRATAÇÃO	C 2 ou + sintomas: DESIDRATAÇÃO GRAVE
<p>Crianças menores de 1 ano: 50 a 100 ml Sal de Reidratação Oral (SRO) após cada perda hídrica, ofertar outros líquidos conforme aceitação;</p> <p>Crianças maiores de 1 ano: 100 a 200 ml SRO após cada perda hídrica e conforme aceitação.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Amamentar a criança com maior frequência e por maior duração;</li><li>- Ofertar ingesta hídrica superior que o habitual;</li><li>- Estimular crianças em aleitamento exclusivo a receber SRO e leite materno;</li><li>- Estimular crianças em aleitamento misto ou desmamadas a ingerir SRO e outros líquidos;</li><li>- Manter alimentação habitual para prevenir desnutrição;</li><li>- Solicitar que a criança retorne à unidade caso não obtenha melhora em 24-48 horas ou apresente algum sinal de perigo, como: piora da diarreia, vômitos repetidos, sede excessiva, recusa de alimentos, sangue nas fezes e diminuição da diurese.</li></ul>	<p>Terapia de Reidratação Oral na unidade, avaliar a necessidade de hidratação endovenosa;</p> <p>Prescrever e orientar Sal de Reidratação Oral - 75 ml/kg em 4 horas;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reavaliar a cada 30 minutos a 1 hora e estar atento a sinais de gravidade;</li><li>- Solicitar avaliação médica imediata em caso de sinais de gravidade ou ausência de melhora;</li><li>- Administrar SRO continuamente e de forma lenta para evitar vômitos, até desaparecimento dos sinais de desidratação;</li><li>- Reavaliar com frequência para redefinir conduta.</li></ul>	<p>Puncionar acesso venoso calibroso e solicitar avaliação médica imediata.</p>

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

Obs.: A orientação quanto à validade do soro de reidratação depois de preparado deve seguir a recomendação do fabricante.



### 3.9.6 Parasitoses intestinais

As parasitoses intestinais ainda se constituem um importante problema de saúde pública, as quais para serem combatidas necessitam de adequados hábitos de higiene e acesso ao saneamento territorial. São frequentemente assintomáticas, mas podem causar perda de peso e desnutrição, anemia, diarreia crônica, dor abdominal crônica e prurido anal. A profilaxia é contraindicada devido à possibilidade de danos relacionados à exposição da criança ao vermífugo, o qual é indicado apenas nos casos em que houver evidência ou suspeita clínica (COREN-SC, 2018; BRASIL, 2016).

#### Quadro 27 - Manejo de parasitoses intestinais

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Risco de infecção; Conforto prejudicado; Dor aguda; Diarreia; Risco de sufocação.		Nanda-I ®
Risco de infecção; Dor abdominal; Presença de Diarreia; Desconforto aumentado; Risco de asfixia.		CIPE
QUEIXAS MAIS COMUNS	SINAIS DE GRAVIDADE	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Prurido anal; Presença de vermes em fezes ou roupas íntimas; Presença de cistos (ovos) visíveis em fezes ou roupas íntimas; Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade;  Diarreia intermitente não relacionada com a alimentação.	Distensão abdominal; Dor abdominal intensa associada a helmintose; Diarreia persistente; Helmintos saindo de cavidade nasal; Queixas de verminose em crianças menores de 1 ano.  <b>Na presença destes sinais referenciar para avaliação médica.</b>	Caso não possua sinais de gravidade: tratamento conforme quadro seguinte; - Encaminhar para avaliação médica imediata na presença de qualquer sinal de gravidade; - Tratar todos os contatos domiciliares*; - Repetir dose em 2 semanas ao verificar presença de prurido anal no momento da consulta (familiares também devem repetir); - Reforçar medidas de higiene com mãos e alimentos crus (lavá-los bem); - Explicar importância do consumo de alimentos bem cozidos e água filtrada ou tratada; - Manter as unhas das crianças sempre bem aparadas e orientar higiene frequente das mãos.

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

\*A prescrição deve ser no nome do familiar para o qual se destina a medicação, com registro em prontuário sobre a fonte dos sinais/sintomas.



O tratamento das verminoses em crianças com idade entre 1 e 2 anos pode ser realizado com Albendazol ou Mebendazol. Recomenda-se o uso do Albendazol pelo maior número de estudos publicados sobre o perfil de segurança em crianças menores de 2 anos. Para as crianças menores de 1 ano de idade, o tratamento só deve ser realizado se apresentar quadro clínico muito importante e se os benefícios do uso da medicação superarem seus riscos. Nesses casos, também preferir o uso do Albendazol (TELESSAÚDERS, 2020).

Os esquemas de tratamento de acordo com o parasita são apresentados no quadro a seguir:

#### Quadro 28 - Tratamento conforme a parasitose intestinal\*

##### Albendazol (susp. oral 40 mg/ml; comprimidos mastigáveis 400 mg)

Ascaris lumbricoides Ancylostoma duodenale Enterobius vermicularis Necator americanus	400 mg dose única; Repetir em duas semanas na enterobíase.
Strongyloides stercoralis** Trichuris trichiura Taenia saginata Taenia solium	400 mg, uma vez ao dia, por 3 dias.
Giardia Lamblia	10 a 15 mg/kg, uma vez ao dia, por 5 dias; Dose máxima: 400 mg/dose.

##### Mebendazol (susp. oral 100 mg/5 ml; comprimidos de 100 mg)

Ascaris lumbricoides Ancylostoma duodenale Necator americanus Trichuris trichiura	100 mg, de 12 em 12 h, por 3 dias.
Enterobius vermicularis	100 mg, dose única; Repetir em duas semanas.
Taenia saginata Taenia solium	200 mg, de 12/12 h por 3 dias.
Giardia Lamblia	200 mg, três vezes ao dia, por 5 dias.

##### Metronidazol (susp. oral 40 mg/ml; comprimidos de 250 mg e 400 mg)

Giardia Lamblia	15 mg/kg/dia, dividido em duas ou três vezes ao dia, por 5 dias; Dose máxima de 250 mg/dose.
-----------------	---



## Ivermectina (comprimidos de 6 mg)

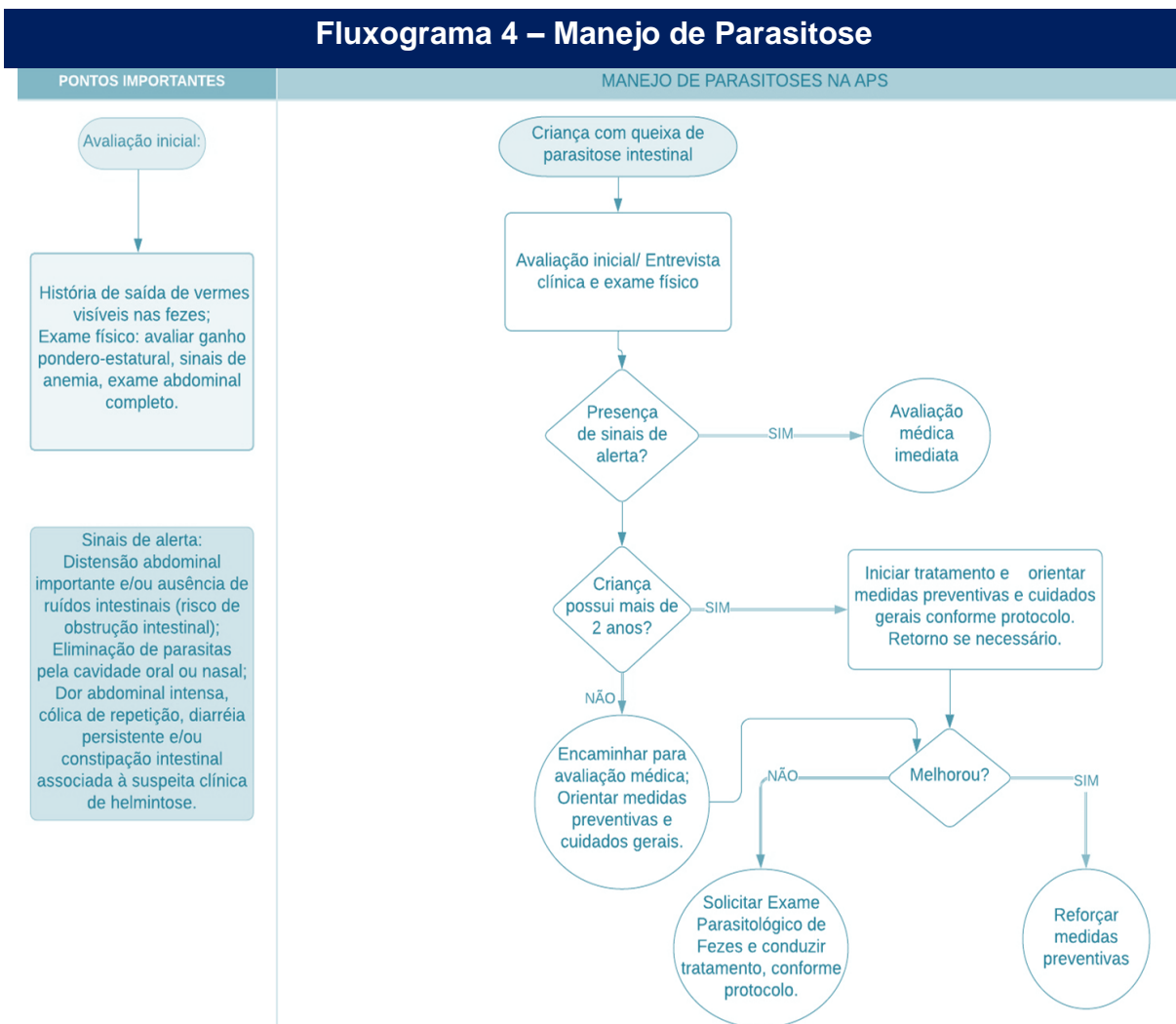
Ascaris lumbricoides	0,2 mg/kg, uma vez ao dia, por 2 dias consecutivos; Não é a primeira escolha.
Enterobius vermicularis	0,2 mg/kg, em dose única; Repetir em duas semanas; Não é a primeira escolha.
Strongyloides stercoralis	0,2 mg/kg, uma vez ao dia, por 2 dias consecutivos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020.

\*Atentar para indicação de idade supracitada;

\*\*Para o tratamento de Strongyloides stercoralis, o Albendazol pode ser utilizado de 3 a 7 dias, porém as taxas de cura são inferiores ao tratamento com Ivermectina.

## Fluxograma 4 – Manejo de Parasitose



Fonte: Elaboração própria



### 3.9.7 Queixas oculares

As queixas de olho vermelho ou conjuntivite são de causa variável, em geral, podendo ser abordadas no contexto da APS com bom prognóstico. Outras afecções oculares também são comuns, como o hordéolo (terçol) e o edema palpebral isolado, sem sinais de anafilaxia (COREN-SC, 2018). É importante estar atento para os sinais de alerta de gravidade, pois em alguns casos a avaliação pelo oftalmologista pode ser necessária (BRASIL, 2016). A avaliação de sintomas e da acuidade visual na prática clínica é indicada, conforme descrito a seguir.

#### Quadro 29 - Manejo das principais queixas oculares (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Integridade tissular prejudicada; Conforto prejudicado; Dor aguda; Risco de ressecamento ocular; Risco de lesão na córnea.		Nanda-I ®
Visão prejudicada; Capacidade visual diminuída Desconforto aumentado; Presença de inflamação; Presença de infecção.		CIPE

CONDIÇÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Conjuntivite infecciosa</b>	Olho vermelho associado à secreção, hiperemia bulbar e/ou peripalpebral; Sintomas oculares de fotofobia, dor, lacrimejamento, alteração da acuidade visual: ausentes ou leves; Suspeitar de bacteriana na presença de secreção abundante, e virótica, caso apresente-se sem secreção importante.	<b>Tratar com soro fisiológico;</b> Na APS, a maioria dos casos de conjuntivite, mesmo bacteriana, resolve-se sem necessidade de antibioticoterapia tópica, que deve ser reservada para quadros mais graves ou tomada de decisão compartilhada com usuário e médico.



Quadro 29 - Manejo das principais queixas oculares (b)

CONDIÇÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Hordéolo</b>	Infecção das glândulas palpebrais, também conhecido como terçol.	Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas; OU Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas.  - Higienizar local com soro fisiológico; - Aplicar compressas mornas com gaze estéril por 10-15 minutos, 2-4x/dia; - Explicar que o desaparecimento pode demorar semanas. Se não houver resposta ao tratamento proposto ou aparecimento de infecção secundária, encaminhar para avaliação médica.
<b>Blefarite</b>	Inflamação crônica das margens palpebrais levando a olho seco e irritação ocular.	- Higienizar local com soro fisiológico; - Aplicar compressas mornas 2-3x/dia para amolecimento das crostas; - Remover crostas com auxílio de pano macio limpo (tecido tipo fralda) ou gaze; - Solicitar avaliação médica se não houver melhora do quadro.
<b>Iridociclite (Uveíte)</b>	Olho vermelho sem história de trauma, sem secreção, com hiperemia pericorneana. Fotofobia, dor, lacrimejamento: moderados a intensos. Alteração da acuidade visual ausente ou discreta. Opacidade da córnea e pupilas mióticas.	- Encaminhar à avaliação médica com urgência.

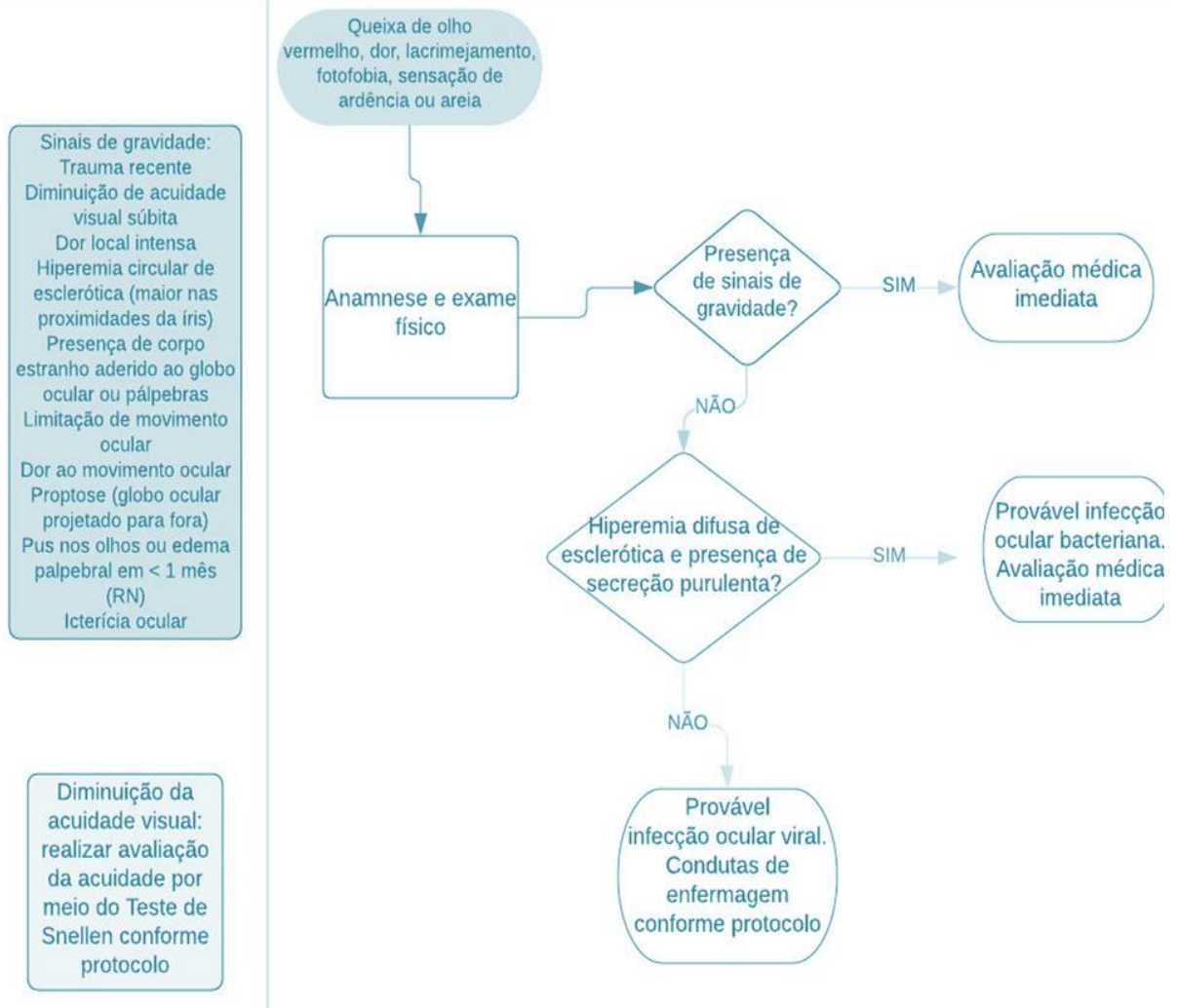
Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.



## Fluxograma 5 – Manejo das queixas oculares

### PONTOS IMPORTANTES

### MANEJO DAS QUEIXAS OCULARES NA APS



Fonte: Elaboração própria

### 3.9.7.1 Triagem oftalmológica

A visão é um dos fatores mais relevantes no aprendizado escolar, assim, a atuação dos enfermeiros voltada para saúde ocular de crianças precisa ser aprimorada. A ausência total ou parcial da visão na infância pode interferir no desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e na aquisição da linguagem da criança, que, por sua vez, são aspectos fundamentais para o processo de independência do indivíduo (SCHUMACHERI E GASPARETTO, 2016; NASCIMENTO E GAGLIARDO, 2016).

No processo de identificação, os enfermeiros devem estar alertas aos sinais sugestivos de alterações visuais que as crianças possam apresentar. O reconhecimento dos sinais de problemas de



saúde ocular pode ser realizado por meio de (BRASIL, 2016):

- **Comportamento:** durante atividades em sala de aula como aproximação exagerada dos objetos ou papel para ler/ desenhar, falta de atenção, desinteresse por leitura, dificuldades para acompanhar exercícios no quadro;
- **Sinais visuais apresentados:** sensibilidade excessiva à luz, olhos vermelhos, estrabismo, nistagmo (movimentos oculares oscilatórios, rítmicos e repetitivos dos olhos), lacrimejamento, apertar ou arregalar os olhos e franzir da testa;
- **Queixas:** queixas como dor de cabeça, fotofobia, sensação de ardor pulsante, doloroso ou agudo no olho ou em volta dele, sensação de haver algo preso no olho (BRASIL, 2016).

### 3.9.7.1.1 Avaliação da Acuidade Visual a partir da utilização do Teste de Snellen

O Teste de Snellen consiste em uma avaliação inicial que busca identificar a existência de problemas de refração, que necessitarão de oftalmologista. É realizada por meio de um teste simples, utilizando a escala de sinais de Snellen, conforme quadro abaixo:

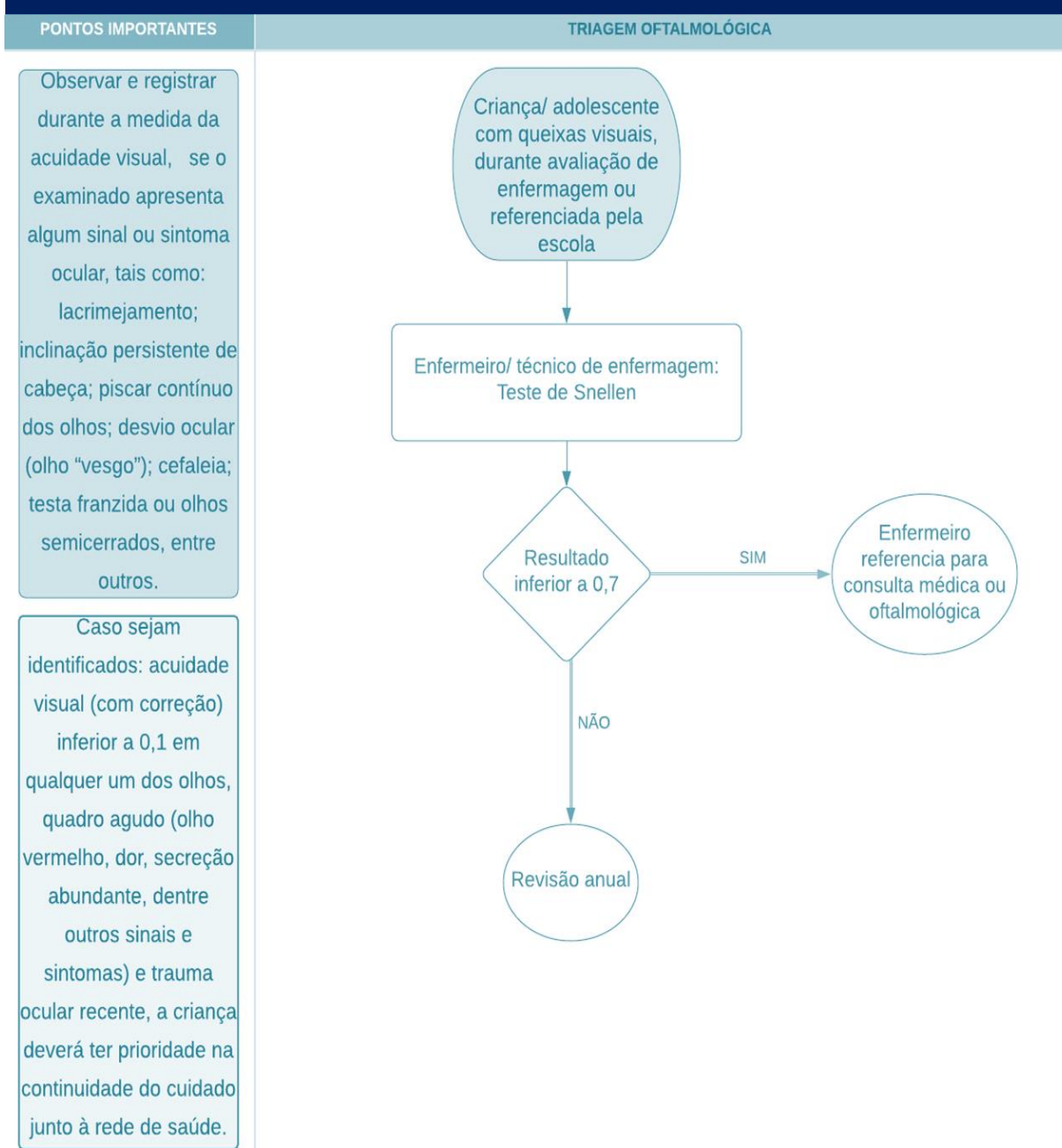
**Quadro 30 - Avaliação da acuidade visual por meio da Escala de Snellen**

<b>Preparo do local</b>	O local deve ser calmo, bem iluminado e sem ofuscamento; A Escala de Sinais de Snellen deve ser colocada em parede a uma distância de cinco metros da pessoa a ser examinada; As linhas de optótipos (símbolos presentes na escala de Snellen) devem estar situadas ao nível dos olhos do examinado.
<b>Preparo para a aplicação do teste</b>	Explicar e demonstrar o procedimento; Deve-se colocar a pessoa próxima à Escala de Sinais de Snellen e pedir-lhe que indique a direção para onde está voltado cada optótipo; Ensinar o examinado a cobrir o olho sem comprimi-lo e lembrá-lo que, mesmo sob o ocluser, cobrindo um dos olhos durante a avaliação, os dois olhos devem ficar abertos.
<b>Aplicação da técnica</b>	A pessoa que usar óculos para longe deve mantê-los durante o teste; Os optótipos podem ser mostrados com um objeto que aponte; Para apontar o símbolo a ser visto, deve-se colocar o objeto em posição vertical passando-o em cima e repousando abaixo do símbolo; Mover com segurança e ritmicamente o objeto de um símbolo para outro; Iniciar pelo olho direito; O exame deve ser iniciado com os optótipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade; Utilizar a mesma conduta para medir a acuidade visual no olho esquerdo; ATENÇÃO: anotar sempre os resultados do olho direito, antes de iniciar o teste no olho esquerdo; Mostrar pelo menos dois símbolos de cada linha. Se o usuário tiver alguma dificuldade numa determinada linha, mostrar um número maior de sinais da mesma linha. Caso a dificuldade continue, voltar à linha anterior; Todas as crianças que não atingirem 0,7 devem ser retestadas. Valerá o resultado em que a medida da acuidade visual foi maior. É muito comum um erro significativo na primeira medida; Se a pessoa examinada não conseguir identificar corretamente os optótipos maiores, ou seja, os optótipos da 1ª linha da escala de Snellen, deverá ser anotada Acuidade Visual (AV) como menor que 0,1 (<0,1).

Fonte: Brasil, 2016.



## Fluxograma 6 – Triagem oftalmológica



Fonte: Elaboração própria

### 3.9.8 Lesões de pele mais frequentes

Os problemas de pele estão entre as causas mais frequentes de procura aos serviços de saúde na APS. Na maioria das vezes, as lesões são autolimitadas, de evolução favorável e podem ser manejadas pelo enfermeiro, o qual deve estar atento aos sinais de alarme. O quadro abaixo descreve



a identificação e o manejo das principais lesões de pele para adequada abordagem e conseqüente minimização de danos às crianças. (BRASIL, 2016).

**Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (a)**

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Integridade da pele prejudicada/ Risco de; Conforto prejudicado; Risco de infecção; Dor aguda.		Nanda-I ®
Desconforto; Integridade da pele prejudicada; Dor cutânea; Presença de dermatite seborreica; Risco de infecção; Risco de alimentação prejudicada; Presença de eritema; Presença de exantema.		CIPE

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Dermatite seborreica do lactente*</b>	Início nas primeiras semanas de vida. Ocorre em couro cabeludo, sobrancelhas, áreas flexoras, atrás das orelhas e regiões de fralda; Lesões: máculas e placas avermelhadas, bem delimitadas, úmidas, com ou sem fissura de pele. Pode haver crosta amarelada.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tranquilizar a família, orientando o ótimo prognóstico;</li><li>- Aplicar óleo vegetal ou mineral antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. Não retirar escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária;</li><li>- Considerar tratar apenas os casos mais intensos com hidrocortisona 1% creme 1x/dia por até 7 dias;</li></ul> ou <ul style="list-style-type: none"><li>- Cetoconazol 2% xampu, aplicação no couro cabeludo 2x/semana durante 14 dias.</li><li>- Reavaliar após 7 dias e/ou se necessário.</li></ul>
<b>Miliária/ brotoeja*</b>	Pequenas pápulas amareladas, menores que 1 mm no nariz, bochechas, e cistos de inclusão com queratina (milia); Miliária: erupção relacionada ao calor. Pequenas pápulas, retenção de suor por oclusão das estruturas exócrinas.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tranquilizar a família, explicando que é uma condição benigna e se resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida;</li><li>- Orientar o uso de roupas mais leves, evitar o uso de tecidos irritantes;</li><li>- Evitar banhos com temperatura elevada.</li></ul>



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (b)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Dermatite de fraldas*</b></p> <p><b>e</b></p> <p><b>Candidíase de fraldas</b></p>	<p>Dermatite leve a moderada: é a mais comum causa de erupção em área de fraldas. Dermatite irritativa por contato da pele com urina e fezes. Hiperemia em região de períneo acompanhado ou não de pápulas ou crostas;</p> <p>Dermatite grave: eritema extenso, com aparência brilhante, erosões dolorosas, pápulas e nódulos.</p> <p>Candidíase: complicação frequente da dermatite. Acomete o interior de pregas cutâneas, pode ter "lesões satélites": pápulas ou pústulas ao redor da área do <i>rash</i>.</p>	<p>Dermatite leve a moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar os responsáveis a manter a área seca e limpa, com trocas frequentes de fralda e aplicar creme de barreira óxido de zinco a cada troca de fralda;</li></ul> <p>A aplicação de leite materno para tratamento da dermatite tem se mostrado tão eficaz quanto o uso de corticoide tópico e mais eficaz que o uso de creme de barreira, por suas propriedades anti-inflamatórias e antimicrobianas</p> <p>Dermatite grave: corticosteroide tópico Hidrocortisona a 1%, 2x ao dia por 3 a 7 dias, concomitantemente com creme de barreira. Os produtos de barreira devem ser aplicados por último;</p> <p>Corticosteroides tópicos e cremes antifúngicos combinados, como creme de dipropionato de betametasona e clotrimazol ou acetato de triamcinolona e creme de nistatina, são contraindicados.</p> <p>Candidíase: mesmas orientações da dermatite e considerar miconazol creme dermatológico 2% 8/8 horas até a resolução do quadro.</p> <p>Medidas de prevenção:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estimular o aleitamento materno;</li><li>- Trocar fraldas frequentemente;</li><li>- Realizar limpeza suave e limitada com água morna e um pano macio geralmente é suficiente. As fezes secas podem ser removidas suavemente com óleo mineral aplicado com algodão. Não é necessário limpar completamente o creme de barreira a cada troca de fralda. A limpeza excessivamente zelosa pode promover irritação e retardar a cicatrização da pele;</li><li>- Evitar uso de lenços umedecidos. Se o uso for inevitável, lenços umedecidos sem detergente e sem álcool podem ser utilizados;</li><li>- Evitar o uso de pós como amido de milho ou pó de talco, uma vez que representa risco respiratório significativo.</li></ul>



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (c)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Tungíase</b>	Uma ou mais pápulas amareladas com pontos pretos centrais, pruriginosas; As áreas mais comuns são as extremidades (pés e mãos).	<ul style="list-style-type: none"><li>- Retirar tunga, sob assepsia local, com agulha estéril de calibre adequado para o tamanho da lesão e curativo local após retirada;</li><li>- Verificar esquema vacinal da criança (principalmente antitetânica);</li><li>- Solicitar avaliação médica, se infecção secundária.</li></ul>
<b>Pediculose</b>	Prurido no couro cabeludo; Identificação a olho nu do piolho adulto ou dos seus ovos (lêndeas).	Permetrina 1% loção**: <ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicar no couro cabeludo, nuca e atrás das orelhas, deixar agir por 10 minutos e enxaguar com água morna;</li><li>- Fazer remoção mecânica dos parasitas e lêndeas, com auxílio de um pente fino, com o cabelo ainda molhado e a cada 2 a 3 dias, até a remoção total;</li><li>- Explicar que o cabelo não deve ser lavado pelas próximas 24 a 48 h após a aplicação do produto;</li><li>- Repetir uma vez em 9 dias.</li></ul>
<b>Escabiose</b>	Pápulas avermelhadas intensamente pruriginosas, acometendo principalmente áreas de aquecimento (axilas, virilhas, interdigitais, periumbilical, etc), mas podendo acometer outras partes do corpo; Prurido intenso no corpo com piora à noite, principalmente.	Permetrina 5% loção**: <ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicar no corpo inteiro (pescoço para baixo), deixar agir por 8 a 14 horas e enxaguar no banho;</li><li>- Repetir a aplicação uma a duas semanas depois pode ser necessário, para maior efetividade;</li><li>- Afastar a criança das atividades habituais até 24 horas após início do tratamento.</li></ul> <p>OBS: Em crianças menores de 2 anos, deve-se incluir o couro cabeludo, face (não aplicar na região periocular e perilabial), pescoço e orelhas.</p>



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (d)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Doenças exantemáticas	<p>Varicela: lesões pruriginosas progridem de mácula → pápula → vesícula → crostas. Podem estar presentes lesões em todas as fases em região de face, tronco e membros.</p> <p>Sarampo: exantema morbiliforme generalizado (a partir do 3º dia) e descamação furfurácea (7º dia). Dura em média 10 dias. Distribuição descendente: atrás da orelha e face, tronco e membros.</p> <p>Rubéola: exantema maculopapular róseo descendente que dura 3 a 5 dias.</p> <p>Geralmente são precedidos por quadro febril, o qual cessa espontaneamente;</p> <p>Para diagnóstico diferencial, observar os seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Manchas de Koplik (manchas esbranquiçadas no palato e bochechas), características de sarampo;</li><li>Conjuntivite, coriza, fotofobia e bronquite também características de sarampo;</li><li>Existência de lesões em estágios diferentes ao mesmo tempo, características da varicela.</li></ul>	<p>Varicela: Pasta d'água a base de óxido de zinco 2 x/dia, até resolução dos sintomas. Notificar surtos. Considerar antitérmicos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Paracetamol gotas 1 gota/kg/dose de 6/6 horas se necessário ou Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre.</li></ul> <p>Sarampo: tratamento sintomático, considerar antitérmicos. Notificar todos os casos.</p> <p>Rubéola: tratamento sintomático, considerar antitérmicos. Notificar todos os casos.</p> <p>Na presença de sinais/sintomas de infecção secundária (secreção purulenta, celulites, edema, etc) e/ou complicações, encaminhar para avaliação médica.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar a realização de banho com água e sabão neutro, à temperatura pouco menos que morna, a qual auxilia no controle do prurido;</li><li>- Cortar as unhas da criança a fim de evitar quadros de infecção secundária;</li><li>- Afastar a criança da escola por 7 dias (verificar necessidade de atestado médico);</li><li>- Tranquilizar sobre a benignidade do quadro.</li></ul>
	Impetigo	<p>Infecção superficial de pele;</p> <p>Lesões de pele geralmente afebris, com grande potencial de disseminação e que pode ser de aspecto crostoso e/ou bolhoso;</p> <p>Localização mais comum na face e em regiões próximas ao nariz;</p> <p>Deve-se excluir síndrome mão-pé-boca.</p>



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (e)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Síndrome mão-pé-boca</b>	<p>Doença de etiologia viral, de transmissão fecal-oral: Úlceras amareladas de base eritematosa na língua, faringe, mucosa bucal, gengiva e, ocasionalmente, nos lábios; Presença de erupção cutânea em mãos e pés, caracterizadas por vesículas e pústulas. Vesículas são flácidas e de parede fina, com um halo eritematoso, ocasionalmente, podem ser dolorosas ou pruriginosas;</p> <p>Diminuição da aceitação alimentar e febre baixa são sintomas comuns associados a esta patologia.</p>	<p>Manejo é feito com medidas de suporte, pois geralmente é leve e autolimitado. Considerar antitérmicos;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Manter boa ingesta hídrica e adequada alimentação da criança;</li><li>- Evitar bebidas cítricas e alimentos condimentados ou muito temperados;</li><li>- Estimular medidas gerais de higiene, principalmente a lavagem das mãos;</li><li>- Cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;</li><li>- Manter a higienização da casa, das creches e das escolas;</li><li>- Evitar compartilhamento de itens pessoais, como colheres e copos, lavar com água e sabão após o uso;</li><li>- Realizar interconsulta com médico para avaliar afastamento escolar em crianças febris, indispostas, com vesículas rompidas ou com sialorreia;</li></ul> <p>OBS: O período de maior transmissão ocorre na primeira semana da doença, no entanto, pode ocorrer em crianças assintomáticas e durante várias semanas após a resolução dos sintomas.</p>
<b>Micose (<i>tinea corporis</i>)</b>	<p>Lesões circulares e pruriginosas, com descamação de crescimento lento e bordas elevadas, tendo como áreas mais comuns as axilas e região da virilha.</p>	<p>Miconazol creme dermatológico 2%, 2x/dia por 7 a 14 dias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Encaminhar para avaliação médica, se lesões extensas.</li><li>- Evitar contato direto ou indireto com pessoas com sintomas;</li><li>- Identificar e recomendar o tratamento de animais domésticos infectantes;</li><li>- Lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente.</li></ul>



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (f)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Alteração cutânea difusa por fungo</b>	Máculas descamativas coalescentes hipopigmentadas (mais comum) ou hiperpigmentadas no tronco, face, pescoço e membros superiores; É mais comum nos meses de verão em adolescentes e adultos jovens, favorece áreas oleosas da pele e geralmente apresenta uma natureza recidivante que requer tratamento frequente; prurido é raro.	Miconazol creme dermatológico 2%: aplicar em áreas afetadas, duas vezes ao dia por 14 dias; OU Cetoconazol 2% xampu: aplicar em todo o corpo após fazer espuma lavando os cabelos, deixando agir por 5 minutos no corpo todo antes de retirar a substância. Usar 1x/dia por 14 dias.  - Explicar que as mudanças na pigmentação da pele normalmente persistem após o término do tratamento; - Explicar que o retorno à coloração normal leva meses após o término da terapia; - Orientar que o contato direto não transmite a lesão; - Explicar que as lesões não são decorrentes de má higiene.
<b>Micose interdigital (<i>tinea pedis e mannum</i>)</b>	Lesões descamativas úmidas entre os dedos ou nas plantas dos pés. Pode apresentar forma vesículo-bolhosa.	Miconazol creme dermatológico 2% de 12/12 horas por 7 a 14 dias;  Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar para avaliação médica.  - Lavar e secar bem os pés; - Usar calçados abertos/sandálias; - Expor ao sol os sapatos fechados.
<b>Paroníquia aguda</b>	Dor, vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus; Problema frequentemente associado à história de trauma, por exemplo, retirar a cutícula ou roer as unhas.	- Considerar indicação de analgésicos por até 3 dias, com reavaliação em 24/48 horas: Paracetamol 200mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor; ou Ibuprofeno 50mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 8/8 horas (máx 40 mg/kg/dia).  Prescrever banhos de imersão do membro afetado em água morna e sabão por 10 a 15



		<p>minutos, 3x ao dia, durante 7 a 14 dias. Pode-se acrescentar 1 a 2 col. de chá de sal de cozinha na água se presença de edema e exsudato.</p> <p>Em caso de abscesso superficial no local, associado a desconforto importante, realizar incisão com agulha calibrosa, permitindo a drenagem passiva de exsudato purulento.</p> <p>Se dor intensa, infecção além das pregas ungueais, lesões herpéticas no local, temperatura acima de 38° C, e pacientes com risco de cicatrização encaminhar para avaliação médica.</p>
<b>Larva Migrans (bicho geográfico)</b>	<p>Erupção papular, linear, serpiginosa, eritematosa e muito pruriginosa; Localizada principalmente nas extremidades (pés), podendo aparecer em outros locais do corpo; Larvas contraídas em solos quentes e arenosos, bem como em lugares úmidos.</p>	<p>Para crianças &gt;2 anos: albendazol 10 a 15 mg/kg/dia (dose máxima de 800 mg/dia) por 3 dias.</p> <p>Há contraindicação do uso em crianças menores de 2 anos;</p> <p>Para crianças &lt;2 anos: encaminhar para avaliação médica.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicar compressas frias com gelo no local (alívio de sintomas);</li><li>- Evitar andar descalço em áreas arenosas, sombreadas ou úmidas.</li></ul>
<b>Míase furunculoide (berne)</b>	<p>Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central com secreção serosa;</p> <p>A lesão é dolorosa, com sensação de “ferroada/mordida”.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ocluir orifício com esparadrapo;</li><li>- Retornar em 24 horas para retirada da larva com pinça, tomando o cuidado para não romper a mesma;</li><li>- Encaminhar para imunização antitetânica ou completar esquema vacinal, se necessário;</li><li>- Encaminhar para avaliação médica se presença de sinais infecciosos.</li></ul>

Legenda: \*problema de pele comum do lactente;

\*\*o uso da permetrina é seguro na gestação, durante a amamentação e em crianças a partir de 2 meses de vida.

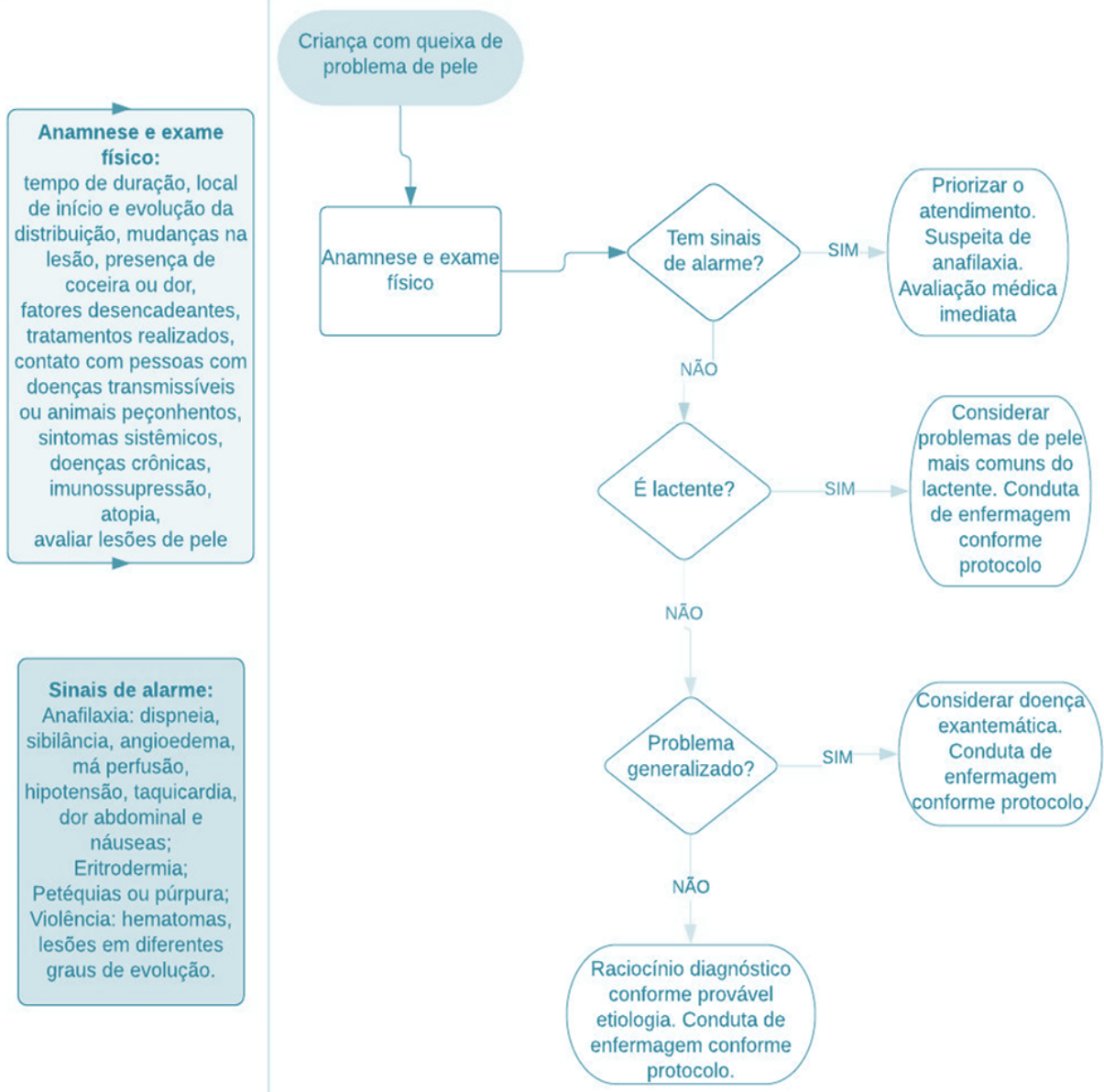
Fonte: Coren-SC, 2018; Brasil, 2016; TelessaúdeRS, 2017 e 2018; Goldstein; Goldstein; Tosti, 2019; Horii, 2019; Sasseville, 2019.



## Fluxograma 7 – Atenção à criança com problemas de pele

### PONTOS IMPORTANTES

### ATENÇÃO À CRIANÇA COM PROBLEMAS DE PELE NA APS



Fonte: Elaboração própria

### 3.9.9 Problemas mais comuns da boca

As alterações na cavidade oral mais comuns na APS, principalmente em crianças menores de dois anos, seguem identificadas a seguir:



### Quadro 32 - Manejo dos problemas mais comuns da boca

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Integridade da membrana mucosa oral prejudicada; Dor aguda; Conforto prejudicado; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais; Risco de infecção.		Nanda-I ®
Risco/presença de infecção; Risco/presença de inflamação; Alimentação prejudicada; Dor; Higiene da cavidade oral prejudicada.		CIPE

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Estomatite/ afta</b>	Alteração bucal de etiologia viral, caracterizada por lesões dolorosas e hipocrômicas em região da boca, podendo acometer a língua/mucosas e palato. Em geral, o quadro é autolimitado.	Prescrever tratamento de suporte com Paracetamol gotas 1 gota/kg/dose de 6/6 horas se necessário.  - Manter escovação e higienização oral; - Manter higiene das mãos; - Evitar alimentos condimentados; - Verificar necessidade de afastar a criança da escola/creche, considerando o risco de disseminação viral.
<b>Candidíase oral*</b>	Conhecido popularmente como "sapinho"; Placas brancas grumosas aderentes à cavidade oral; Diminuição da aceitação alimentar; Fatores de risco: neonatos, má higiene, ambiente úmido e uso de antibióticos de amplo espectro.	Prescrever a aplicação de nistatina solução 100.000 UI/ml 1 ml, a cada 6 horas e até 48 horas após desaparecimento de sintomas, por no máximo 14 dias.  - Manter higienização e escovação normalmente; - Limpar placas com gaze ou escova dental macia; - Orientar as mães de crianças em aleitamento materno quanto aos cuidados especiais com a mama: enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas e expô-los à luz solar por pelo menos alguns minutos por dia preferencialmente antes das 10 h e após 16 h; - No caso de uso de chupetas, mamadeiras e afins, ferver os utensílios por 20 min pelo menos 1x/dia;

Fonte: Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

\*Crianças expostas ao HIV devem ser avaliadas e testadas.



### 3.9.10 Anemia ferropriva

A anemia ferropriva tem efeito no crescimento e desenvolvimento de populações em risco, por afetar grupos em idade de crescimento e comprometer o desenvolvimento cerebral (SBPb, 2018). O tratamento da anemia constitui-se importante estratégia de prevenção de internações hospitalares desnecessárias e complicações severas no desenvolvimento infantil causadas pela carência do ferro. Sendo assim e, considerando a suplementação universal, a avaliação individual de cada caso é extremamente importante (COREN-SC, 2018). No quadro abaixo, estão evidenciados pontos importantes para a consulta de enfermagem003A

**Quadro 33 - Anamnese, exame físico e sinais na suspeita de anemia**

Anamnese	Exame físico	Sinais e sintomas
Dados do parto (desnutrição intrauterina, prematuridade, baixo peso ao nascer); Estado nutricional, crescimento e desenvolvimento e ganho de peso; Tempo de aleitamento materno, desmame precoce e seus substitutos; Histórico alimentar, alergias; Histórico vacinal, suplementação de ferro e vitamina A; História de parasitose intestinal e malária; Presença de sinais e sintomas; Presença de sinais de gravidade.	Peso e estatura; Frequência cardíaca; Frequência respiratória; Temperatura; Inspeção de pele e palma das mãos; Coloração de mucosas e conjuntivas; Ausculta pulmonar; Ausculta cardíaca; Palpação abdominal; Exame do aparelho genital e região anal; Exame neurológico; Identificação de qualquer fonte de sangramento ativo ou agudo.	Fraqueza; Sonolência; Cansaço; Síncope; Cefaleia; Zumbido; Glossite; Atraso na aquisição da linguagem e do desenvolvimento motor; Diminuição de apetite.

Fonte: Coren-SC, 2018.

Na suspeita clínica de anemia durante a consulta de enfermagem, deverá ser solicitado hemograma. Considerar os parâmetros a seguir para conduta/seguimento

**Quadro 34 - Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças**

Idade	Não anêmica	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia grave
Entre 6 meses e 4 anos	$\geq 11,0$	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	$< 7,0$
Entre 5 anos e 11 anos	$\geq 11,5$	11,0 – 11,4	8,0 – 10,9	$< 8,0$
Entre 12 anos e 14 anos	$\geq 12,0$	11,0 – 11,9	8,0 – 10,9	$< 8,0$

Fonte: WHO, 2011; SBP, 2018b.



**Quadro 35 - Diagnósticos de enfermagem e conduta para o quadro de anemia após confirmação laboratorial**

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
	Intolerância à atividade; Fadiga; Dinâmica alimentar ineficaz da criança; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais; Risco de infecção; Risco de desenvolvimento atrasado.	Nanda-I ®
	Ingestão nutricional prejudicada; Risco de desnutrição; Desconforto.	CIPE
TIPO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SEGUIMENTO
<b>Leve</b>	Prescrever <b>sulfato ferroso 3 a 5 mg de ferro elementar/kg/dia* por 8 semanas</b> (não ultrapassar 60 mg/dia).  - Fracionar a dose em 2 a 3x/dia ou em dose única, antes das refeições; - Evitar ingestão de leite e chás junto com o ferro (diminuem a absorção); - Explicar importância do consumo de alimentos fontes de ferro heme (origem animal); - Explicar importância do consumo conjunto de alimentos com vitamina C ou A; - Atentar para fatores socioeconômicos (baixa renda e qualidade da alimentação).	- Realizar novo hemograma em 1 mês para confirmação do sucesso terapêutico; - Reavaliar em interconsulta com médico, se não houver restabelecimento dos valores normais; - Manter tratamento na mesma dose por mais 6 semanas para repor as reservas de ferro.
<b>Moderada</b>	- Realizar orientações alimentares; - Atentar para fatores socioeconômicos (baixa renda e qualidade da alimentação); - Encaminhar para consulta médica.	- Realizar seguimento com enfermeiro a partir do estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”.
<b>Grave</b>	- Encaminhar para avaliação médica imediata.	- Realizar seguimento com enfermeiro a partir do estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”.

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

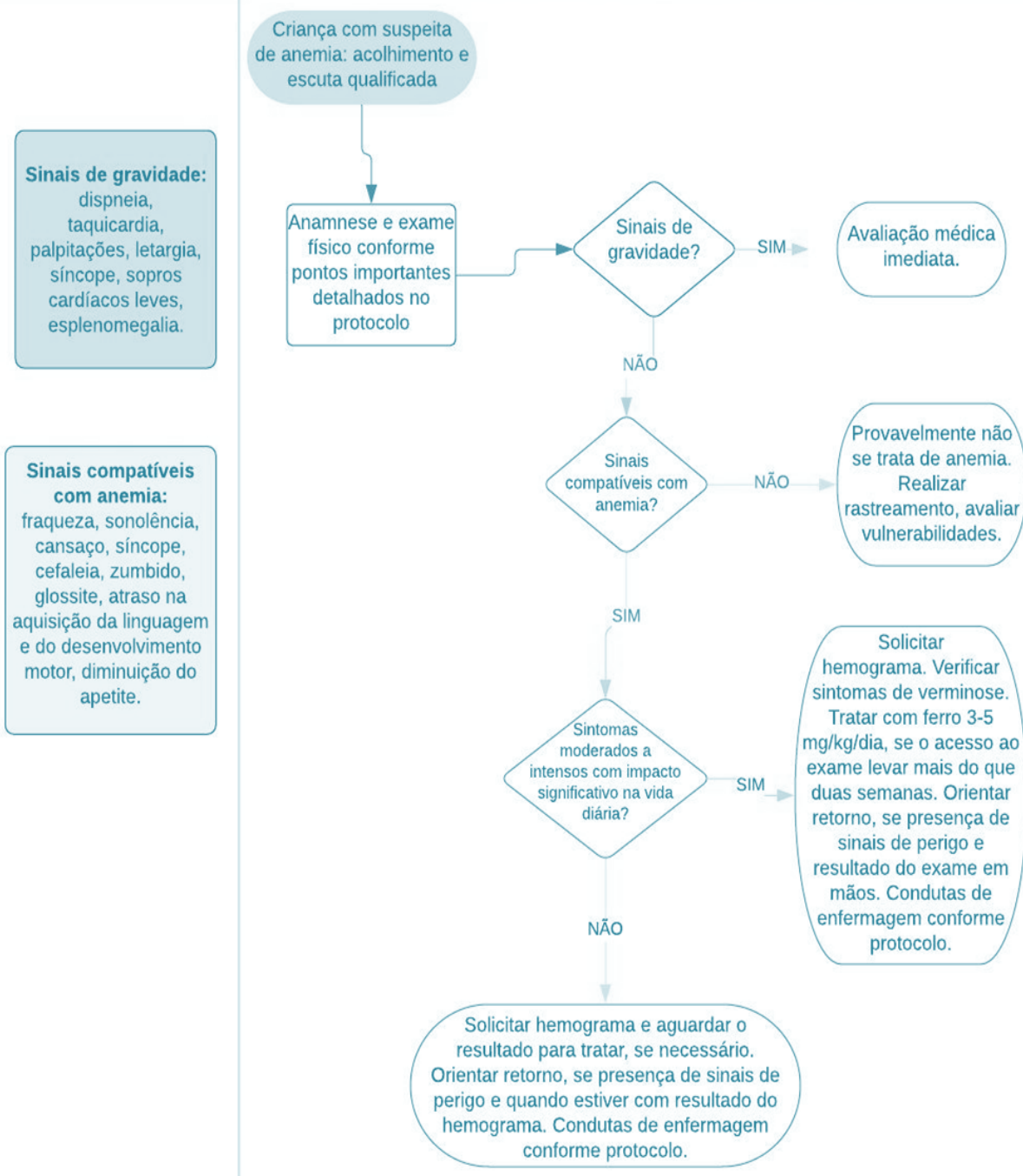
Fonte: Coren-SC, 2018; SBP, 2018b.



## Fluxograma 8 – Atenção à criança com suspeita de anemia

### PONTOS IMPORTANTES

### ATENÇÃO À CRIANÇA COM SUSPEITA DE ANEMIA



Fonte: Elaboração própria



## 4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Janilce Dorneles de Quadros<sup>1</sup>

Tainá Nicola<sup>2</sup>

Thais Mirapalheta Longaray<sup>3</sup>

Carlíce Maria Scherer<sup>4</sup>

Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>5</sup>

Daniel Soares Tavares<sup>6</sup>

Fábio Meller da Motta<sup>7</sup>

Maristela Michelin<sup>8</sup>

Patrícia Adriane Tondo Borba<sup>9</sup>

Vanessa Romeu Ribeiro<sup>10</sup>

O Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) considera crianças as pessoas de 0 a 11 anos de idade e adolescentes as que têm entre 12 e 18 anos. Entretanto, a OMS (1986) antecipa esse período, para ampliar o espectro da prevenção de agravos e da promoção à saúde, demarcando o período da adolescência como a faixa etária entre 10 e 19 anos. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA) adota, a exemplo do Ministério da Saúde, tal classificação, sendo que prevê abordagens diferenciadas às faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, devido à diversidade, vulnerabilidade e subjetividade desses grupos populacionais nos seus contextos sócio-históricos e culturais (SES/RS, 2018b).

Considera-se que adolescentes são sujeitos em desenvolvimento, capazes de discernimento para expressar opiniões e responsabilizar-se por seus atos, cuja maturidade, em construção, relaciona-

---

**1**Enfermeira. Especialista. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

**2**Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS

**3**Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

**4**Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

**5**Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

**6**Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

**7**Enfermeiro. Especialista. Coren-RS

**8**Enfermeira. Especialista. GHC

**9**Enfermeira. Especialista. SMS de Dilermando de Aguiar

**10**Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande



se com os vínculos que estabelecem com seus grupos de convivência. A ampliação do acesso de adolescentes aos serviços de saúde e a qualificação do atendimento, estimulando o autocuidado e o exercício da cidadania, são condições indispensáveis para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde, além da garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2017c).

Neste sentido, orienta-se seguir minimamente o roteiro de consulta de Enfermagem abordado no apêndice 3. Além disso, deve-se atentar para as recomendações a seguir (SES/RS 2018b):

- Acolher o adolescente e/ou sua família, buscando identificar e esclarecer suas dúvidas, avaliar riscos e realizar encaminhamentos necessários;
- O adolescente tem direito a ser atendido desacompanhado e de receber todas as informações sobre os procedimentos de saúde necessários. A obrigatoriedade da presença dos pais ou responsáveis não deve inviabilizar o acesso ao serviço de saúde, salvo às situações em que o enfermeiro constate que o adolescente não apresenta condições de decidir sozinho pela complexidade da situação em curso;
- Encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento de seus atendimentos e demandas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos/tutelados;
- Nas situações em que a quebra do sigilo for necessária, o adolescente deverá ser informado, explicando os motivos dessa conduta, exceto quando essa comunicação venha a causar maior dano. Nesse caso, a decisão, unilateral, de quebra de sigilo pela equipe, será resguardada pelas cautelas éticas e legais cabíveis;
- Orientar alimentação saudável;
- Orientar sobre sexualidade, métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's);
- Orientar vacinação conforme calendário vacinal vigente;
- Promover atividades educativas;
- Realizar planejamento, monitoramento e avaliação das ações através dos indicadores de saúde do adolescente.

É importante desenvolver o protagonismo juvenil engajando o adolescente em projetos próprios, promovendo autonomia, apoio e aprovação (BRASIL, 2017c). Recomenda-se que a equipe de enfermagem, durante o atendimento ao adolescente, indague sobre a presença de situações de risco, tais como:



**Quadro 36 - Identificação de situações de risco**

<b>INSTABILIDADE FAMILIAR</b>	A família está passando por dificuldades? Pais se separando? Está se reestruturando após separação ou divórcio? Doença grave ou morte de familiar? Conflitos sérios? Violência doméstica? Dificuldades econômicas? Desemprego de provedores?
<b>QUESTÕES PSICOSSOCIAIS</b>	Está em sofrimento mental? (depressão, risco de suicídio, alta ansiedade, impulsividade, manias, oscilações de humor significativas, etc) Faz uso de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas? Se faz uso, qual a periodicidade e quantidade? Tem envolvimento com o tráfico? Identifica-se com o gênero biológico ou possui outra identidade de gênero?
<b>VIOLÊNCIA</b>	Sofreu ou sofre algum tipo de violência?
<b>SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA</b>	Tem dúvidas em relação a métodos contraceptivos e prevenção de IST's? Está vivenciando situação de gravidez não planejada? Já apresentou alguma infecção sexualmente transmissível? Está esclarecido quanto à sexualidade e sua orientação sexual?
<b>DOENÇA CRÔNICA/ SOFRIMENTO CRÔNICO</b>	Possui alguma doença crônica? E a família? Encontra dificuldades para cuidar de si mesmo? Percebe dependência da família no cuidado de si e seus problemas de saúde?
<b>DIFICULDADES ESCOLARES</b>	Como avalia sua escola? E seu aprendizado? Está com dificuldades de aprendizado? A escola é inclusiva e permite a participação dos alunos e familiares nas decisões pedagógicas? Sente discriminação ou maus tratos por seus pares (colegas)? E pelos professores e funcionários?
<b>FALTA OU FALHA NA IDENTIDADE DE GRUPO</b>	Sente-se com dificuldade para pertencer a algum grupo? Qual? Seu grupo chega a expor você a alguma situação de risco?
<b>SOLIDÃO</b>	Sente-se muito só? Sem a quem recorrer em momentos difíceis? Passa a maior parte do tempo interagindo em redes sociais ou através de jogos eletrônicos?
<b>IMPULSIVIDADE</b>	Sente que age muito sem pensar? Sem querer está sempre envolvido em situações de conflito e no centro destes conflitos? Perde a cabeça facilmente? Chega a agredir pessoas fisicamente ou com palavras?
<b>COMUNIDADE</b>	Como avalia sua comunidade? Sente-se em comunidade? Sente seu bairro violento e de risco para si e sua família? Você tem amigos na sua comunidade?
<b>TRABALHO</b>	Sente que é obrigado a trabalhar? Sente-se explorado? Como são suas condições de trabalho? Sente prejuízo nos estudos por ter que trabalhar?
<b>PROJETO DE VIDA</b>	Você planeja seu futuro? Qual profissão pretende exercer? Você deseja fazer um curso profissionalizante e/ou superior?

Ao pesquisar estes fatores de risco, pode-se chegar à identificação de situações que possam causar vulnerabilidade. E a partir desta leitura, elaborar com o adolescente estratégias de enfrentamento às situações que podem estar lhe causando sofrimento.

Fonte: Adaptado Brasil, 2017c.



Na identificação de situações de risco, o enfermeiro deve realizar discussão dos casos com os demais membros da equipe da APS e com serviços de atenção psicossocial disponíveis na rede municipal, buscando construir um Projeto Terapêutico Singular e/ou Familiar (BRASIL, 2014).

Neste sentido, o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que possibilita às equipes da APS um suporte técnico especializado em diversas situações, além de consistir em uma estratégia que proporciona retaguarda especializada na assistência e no processo de construção coletiva de cuidados colaborativos (BRASIL, 2011b).

Se necessário, recomenda-se também, discutir os casos com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543, de segunda a sexta-feira, das 8 h às 17h30.

É importante ressaltar que o enfermeiro e demais membros da equipe da APS devem, de maneira implicada e corresponsável, seguir com o acompanhamento do adolescente de forma compartilhada com os demais serviços da Rede.

#### 4.1 Crescimento e desenvolvimento puberal

A puberdade expressa o conjunto de transformações somáticas da adolescência, que, entre outras, englobam: aceleração (estirão) e desaceleração do crescimento ponderal e estatural, modificação da composição e proporção corporal (resultado do crescimento esquelético, muscular e redistribuição do tecido adiposo), desenvolvimento de todos os sistemas do organismo (com ênfase no circulatório e respiratório) e a maturação sexual (BRASIL, 2017c).

##### **Crescimento pondero-estatural**

A média de velocidade de crescimento máxima durante a puberdade é cerca de 10 cm/ano para o sexo masculino e 9 cm/ano para o sexo feminino. A velocidade máxima de crescimento em altura ocorre, em média, entre 13 e 14 anos no sexo masculino e 11 e 12 anos no sexo feminino. Após a menarca, as meninas crescem, no máximo, de 5 a 7 cm (BRASIL, 2017c).

Em relação ao ganho de peso, estima-se que, durante a puberdade os adolescentes ganham cerca de 50% de seu peso adulto. Recomenda-se a avaliação antropométrica (peso, altura e avaliação nutricional) anualmente até o final da adolescência e com maior frequência se for detectado algum problema (baixa estatura, baixo peso, sobrepeso e obesidade). O quadro a seguir apresenta as fases de maturação sexual, por sexo, nos adolescentes (SMS/SP, 2015; BRASIL, 2017c).



### Quadro 37 - Maturação sexual por sexo

#### SEXO FEMININO

A primeira manifestação é o surgimento do broto mamário, em média aos 9 anos, que pode ser doloroso e unilateral, demorando até 6 meses para o crescimento contralateral. No mesmo ano há o aparecimento dos pelos pubianos;

Aproximadamente aos 10 anos de idade começam a aparecer os pelos axilares acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas, o que pode proporcionar o odor característico do adulto;

A primeira menstruação, denominada menarca, pode vir prescindida de uma secreção vaginal clara. A idade média para a menarca gira em torno de 12 anos aproximadamente. Os primeiros ciclos menstruais geralmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos pós-menarca.

#### SEXO MASCULINO

A primeira manifestação de maturação sexual é o aumento do volume testicular, por volta dos 10 anos.

O crescimento peniano ocorre geralmente um ano após o crescimento dos testículos, sendo que primeiro o pênis cresce em comprimento e depois em diâmetro;

Os pelos pubianos aparecem em torno dos 11 anos, em seguida são os pelos axilares, faciais e os do restante do corpo;

A primeira ejaculação, denominada espermarca, ocorre em média aos 12 anos, e a mudança da voz acontece mais tarde;

A polução noturna é a ejaculação noturna involuntária, ou seja, saída de sêmen durante o sono. É um evento fisiológico normal, entretanto, pode causar constrangimentos e dúvidas aos adolescentes, que devem ser orientados e tranquilizados pelo enfermeiro.

Fonte: SMS/SP, (2015).

Em relação às alterações no desenvolvimento, é necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta para os possíveis sinais descritos no quadro abaixo. Na identificação destes, encaminhar para avaliação médica.



Quadro 38 - Problemas no desenvolvimento puberal

Alteração	Sexo feminino	Sexo masculino
<b>Puberdade precoce</b>	Qualquer sinal de maturação sexual antes dos 8 anos de idade.	Aumento do volume testicular e dos pelos pubianos antes dos 9 anos de idade.
<b>Puberdade tardia</b>	Telarca (desenvolvimento de mamas) e pubarca (aparecimento de pelos) em idades superiores a 13 e 14 anos, respectivamente, e a menarca em idades maiores de 16 anos.	Persistência do estágio pré-puberal após a idade cronológica de 16 anos.
<b>Baixa estatura</b>	Adolescentes de ambos os sexos com estatura de dois desvios padrões abaixo da média ou abaixo do 3º percentil. Em média, 20% têm baixa estatura patológica e os 80% restantes serão divididos entre os de baixa estatura constitucional e familiar.	
<b>Hirsutismo</b>	Trata-se do aparecimento anormal de pelos no corpo feminino, em quantidade excessiva. Investigar doenças endócrinas e ovários policísticos.	Não se aplica.
<b>Ginecomastia</b>	Não se aplica.	Consiste no aumento visível ou palpável da glândula mamária do adolescente do sexo masculino. Pode ser uni ou bilateral, aparecendo em torno dos 13 e 14 anos, durante o estirão puberal, regredindo, naturalmente em 12 a 18 meses.
<b>Micropênis</b>	Não se aplica.	Tamanho peniano menor que 1,9 cm, medido da base até a ponta, em qualquer idade.

Fonte: Brasil, 2017c.

## 4.2 Alimentação

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, potencialmente determinada por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais que irão interferir diretamente na formação dos hábitos alimentares. A nutrição tem papel crítico no desenvolvimento do adolescente, sendo o consumo de dieta inadequada uma influência desfavorável sobre o crescimento somático e maturação (SMS/SP 2015).

Para realizar a avaliação nutricional de adolescentes, o método mais adequado é o índice de massa corporal [IMC = peso (Kg)/ altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)], considerado bom indicador de magreza ou excesso ponderal na adolescência. Para acessar aos parâmetros, consultar anexo 3 (BRASIL, 2017c).

O quadro a seguir apresenta orientações, para promoção da alimentação saudável:



### Quadro 39 - Orientações para promoção de alimentação saudável

Preferir alimentos naturais, comida caseira e evitar ultraprocessados;
Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras;
Evitar substituir refeições por lanches;
Evitar a omissão do café da manhã;
Evitar realizar refeições assistindo televisão/computador/celular/ <b>tablet</b> ;
Incorporar ao cotidiano técnicas como comer devagar e mastigar bem os alimentos, permitindo um melhor controle da ingestão e uma adequada percepção da saciedade;
Ingerir todos os grupos de alimentos.

Fonte: Brasil, 2017c; SMS/SP, 2015.

### 4.3 Saúde bucal

As doenças bucais de alta prevalência prejudicam o crescimento e o desenvolvimento, afetando a imagem corporal, a estética, a mastigação e a fala, além de dificultar o acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2017c). Portanto, o enfermeiro deve estar atento às principais afecções, bem como às respectivas condutas, conforme descrito a seguir:

### Quadro 40 - Manejo de lesões bucais (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dentição prejudicada; Integridade da membrana mucosa oral prejudicada; Conforto prejudicado; Dor aguda; Risco de infecção; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais.	Nanda-I ®
Risco/presença de infecção; Risco/presença de inflamação; Dor; Dentição prejudicada; Risco/presença de Infecção da Membrana Mucosa Oral.	CIPE



Quadro 40 - Manejo de lesões bucais (b)

TIPO DE LESÃO	O QUE É/ COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Cárie</b>	É uma doença transmissível, de determinação multifatorial, caracterizada pela presença de placa bacteriana.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Instruir sobre higiene bucal, detecção de hábitos viciosos (mascar chicletes, excesso de ingestão de doces, morder ponta de canetas e lápis, uso de drogas e outros);</li><li>- Encaminhar para avaliação odontológica.</li></ul>
<b>Aftas</b>	Caracterizam-se por lesões ulcerosas agudas, localizadas na mucosa bucal, podendo ocorrer em grupos ou isoladas. Podem persistir por 10 a 14 dias e se curam sem cicatrizes.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar o adolescente para evitar alimentos ácidos (frutas cítricas, tomate, <b>ketchup</b>, mostarda e outros) e realizar bochechos com água morna ou com enxaguante bucal sem álcool. Caso não melhore encaminhar para avaliação odontológica ou médica.</li></ul>
<b>Gengivite</b>	É a inflamação da gengiva causada, principalmente, pelo acúmulo de placa bacteriana, restos alimentares e toxinas. Clinicamente a gengiva fica inchada, coloração avermelhada, aspecto brilhante e sangramento ao toque, durante a escovação ou uso do fio dental.	<p>A higiene bucal correta com escova e fio dental remove a placa bacteriana.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar que a higiene bucal não deve deixar de ser realizada quando houver sangramento;</li><li>- Encaminhar para avaliação odontológica.</li></ul>
<b>Halitose</b>	O mau hálito não é uma doença, mas um sinal de alerta de que existe alguma condição anormal a ser localizada e corrigida. É importante salientar que a halitose é uma severa restrição social, podendo levar o adolescente a passar por constrangimentos profissionais e afetivos.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estimular a correta higiene bucal: escovação dos dentes e da língua, uso frequente do fio dental;</li><li>- Evitar o consumo excessivo de café, chá preto e refrigerantes;</li><li>- Evitar dietas emagrecedoras que causam hipoglicemia e redução de saliva;</li><li>- Evitar jejum prolongado, beber no mínimo 1 litro e meio de água por dia;</li><li>- Desestimular o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas.</li></ul>
<b>Outras situações</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar ao usuário sobre os riscos da colocação do <b>piercing</b> na boca, orientando adequada higiene;</li><li>- Atentar para possíveis manifestações bucais decorrentes de IST;</li><li>- Explicar que a remoção de placa bacteriana dental é feita mecanicamente, com o auxílio da escova e do fio dental, em média três vezes ao dia, preferencialmente em até meia hora após as principais refeições e imediatamente antes de dormir;</li><li>- Explicar que se depois das refeições não for possível escovar os dentes, é importante bochechar com água morna ou mastigar uma goma de mascar sem açúcar para limpar todas as superfícies dos dentes.</li></ul>

Fonte: adaptado de Brasil, 2017c; SES/SP, 2015.



#### 4.4 Saúde sexual e saúde reprodutiva

Na adolescência, ocasionada pela puberdade, a sexualidade se manifesta em diferentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, tornando-se um foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos. Nesse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação (BRASIL, 2017c).

Assim, a equipe de Enfermagem deve atentar para as singularidades e as necessidades em saúde dos adolescentes integralmente, como preconizado pelo art. 11 do ECA (BRASIL, 2017c). Neste ínterim, os direitos sexuais e reprodutivos se constituem como direitos humanos fundamentais já reconhecidos nas leis nacionais e internacionais (SES/RS 2018). Os adolescentes têm direito:

- À informação e à educação sexual;
- Ao acesso facilitado a preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante na APS, sem necessidade de qualquer forma de identificação;
- Ao planejamento reprodutivo: escolha livre e bem informada do método contraceptivo para o exercício de sua vida sexual;
- À anticoncepção de emergência, a qual deve ser utilizada nas primeiras 72 horas após a relação sexual desprotegida, independente do período do ciclo menstrual em que se encontra;
- Ao exercício de sua sexualidade, livre de coerção ou violência em razão de estilo de vida, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor/etnia, classe social ou condição sorológica;
- Ao acesso facilitado ao teste rápido de gravidez na APS, com acolhimento e aconselhamento pós-teste, além de orientação para o planejamento reprodutivo e dupla proteção, informando aos adolescentes da necessidade do uso, ao mesmo tempo, do preservativo e de outro método contraceptivo;
- Ao acesso facilitado aos testes rápidos para IST/HIV e hepatites virais.

##### 4.4.1 Acesso a diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS e sífilis com aconselhamento pré e pós-teste

Quadro 41 - Testagem para HIV e sífilis conforme a faixa etária

IDADE	CONDUTA
Até 12 anos incompletos	A testagem e entrega dos exames só devem ocorrer com a presença dos pais ou responsáveis;
Entre 12 e 18 anos	Após uma avaliação de suas condições de discernimento, a realização do exame fica restrita a sua vontade, assim como a divulgação do resultado a outras pessoas;
Deve ser assegurado o acesso ao tratamento integral, bem como medidas de prevenção combinada.	

Fonte: SES/RS, 2018b.



Orienta-se que o adolescente seja estimulado a compartilhar sua condição de saúde com seus responsáveis ou com adultos nos quais confie, observando-se que o apoio nem sempre parte dos responsáveis legais.

**Atenção:** o Ministério da Saúde (MS) contraindica a realização aleatória de exames anti-HIV em adolescentes sob medida protetiva  $\neq$  abrigo ou em casos de adoção. A testagem somente deverá ser feita a pedido do adolescente para seu conhecimento ou visando o tratamento e seguimento do caso. Crianças e adolescentes não são obrigados a revelar sua condição sorológica.

#### 4.4.2 Pré-natal/ Parto/ Puerpério (SES/RS, 2018b; BRASIL, 2017c)

- Ampliar a captação das adolescentes grávidas, ainda no 1º trimestre, por meio da APS, em articulação com a rede intersetorial;
- O referenciamento ao pré-natal de alto risco deverá ocorrer conforme situações previstas no Guia do Pré-natal na Atenção Básica (SES/RS 2018c) e no Protocolo de encaminhamento para obstetrícia (TELESSAÚDERS, 2019);
- Informar às adolescentes grávidas sobre o direito à educação (Lei nº 6.202/1975) e articular com as escolas as ações necessárias para evitar a evasão escolar;
- Articular a atenção à saúde, específica para a adolescente grávida em cumprimento de medida socioeducativa, com os gestores do sistema socioeducativo e assistência social, conforme a Portaria MS/GM nº 1.082, de 23 de maio de 2014, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) e o plano de ação para esse atendimento de cada município;
- Adolescentes têm o direito de escolha de acompanhante durante o parto (Lei Federal 11.108/2005);
- Adolescentes têm direito ao alojamento conjunto do neonato, com acompanhante de sua livre escolha, conforme a Portaria/MS nº 2068 de 2016;
- No puerpério, realizar busca ativa caso a adolescente puérpera não compareça à UBS no tempo previsto;
- Garantir para nutrizes o acesso à segurança nutricional e aos benefícios sociais;
- Articular apoio social para mães adolescentes de 10-14 anos;
- Fornecer informações sobre o retorno seguro à vida sexual.

#### 4.5 Atenção integral em situações de violências

O atendimento aos adolescentes vítimas de violências deve seguir o fluxo descrito no capítulo 11.1 (Crianças e suas famílias em situações de violência). Além do seguimento descrito no fluxo, a equipe de enfermagem deve atentar para:



#### Quadro 42 - Manejo em situações de violência

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Baixa autoestima situacional/Risco de; Síndrome pós-trauma/Risco de; Risco de trauma físico; Integridade da pele prejudicada; Síndrome do trauma de estupro; Enfrentamento ineficaz; Medo; Risco de solidão; Isolamento social; Processos familiares disfuncionais.	Nanda-I ®
Risco de/Violência presente; Risco de/Vítima de Abuso; Risco de/Vítima de Agressão Sexual; Desenvolvimento do adolescente prejudicado; Lesão física decorrente de abuso; Problema Emocional; Medo aumentado.	CIPE
SITUAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>No acolhimento</b>	A afirmação de ter sofrido violência deve ser ouvida com presunção de veracidade, não cabendo ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à Polícia ou à Justiça. Para o acesso aos serviços de saúde não é obrigatório o registro de ocorrência policial;
<b>Durante a consulta</b>	- Realizar anamnese, exame físico e planejamento da conduta para cada caso; - Avaliar e realizar encaminhamentos conforme fluxos pactuados na rede de saúde local.
<b>Notificação</b>	Conforme descrito na figura 1, a notificação é obrigatória e a comunicação aos serviços especializados é indispensável.

Atentar para situações como fuga do lar, ameaças ou tentativa de suicídio, prática de delitos, gravidez em idades no início da adolescência, multiplicidade de parceiros sexuais, depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas e violência intrafamiliar;

Fonte: Adaptado SES/RS, 2018b; Brasil, 2017c.

Além dos aspectos supracitados, o enfermeiro precisa estar atento a um conjunto de sinais e indícios que poderão levá-lo a suspeita de violências, os quais são apresentados no quadro a seguir.



#### Quadro 43 - Sinais e indícios de suspeita de violência

<b>Indícios orgânicos</b>	Contusões corporais; queimaduras; ferimentos; fraturas mal explicadas; roupas rasgadas ou manchadas de sangue; hemorragias; infecções; presença de sêmen.
<b>Indícios na conduta do adolescente</b>	Desconfiança exagerada dos adultos; mudança súbita e inexplicada no comportamento; receio dos pais e tentativa de passar o mínimo de tempo em casa; dificuldades de aprendizado; distúrbios do sono; regressão a comportamentos infantis; aparecimento de dores e sintomas para os quais não se encontra qualquer explicação clínica; isolamento social; baixa autoestima, autodepreciação; nanismo psicossocial*.
<b>Indícios na conduta dos pais ou responsáveis</b>	Observando-se na dinâmica da consulta condutas de excessos de zelo parental, tanto no controle da família quanto na avaliação negativa em relação ao filho/filha, o profissional deve ficar atento à possibilidade de violência, incluindo a sexual, no âmbito doméstico. Outras situações que podem ser preocupantes incluem conflitos conjugais com atos de violência física, verbal ou emocional; uso abusivo de álcool ou outras drogas; pais que foram vítimas de violência (física, sexual ou psicológica) em sua infância; ausência (física ou emocional) do lar ou da vida dos filhos; postura sedutora, insinuante, especialmente com crianças e/ou adolescentes.

Fonte: Brasil, 2017c.

\*Baixa estatura por carência psicossocial. Entre as inúmeras causas de natureza emocional capazes de prejudicar o crescimento físico de crianças e adolescentes, destaca-se a má dinâmica das relações intrafamiliares.

#### 4.5.1 Gravidez em decorrência da violência sexual (SES/RS 2018b; SES/RS 2019b)

Ressalta-se que o enfermeiro deve conhecer a rede de atendimento para violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível, atentando às orientações a seguir:

- A interrupção da gravidez resultante de estupro é legalmente permitida, não sendo necessário boletim de ocorrência (BO). Deve ser realizada até a 20ª semana (ou até a 22ª, quando o feto pesar menos de 500 g) e ter o consentimento da adolescente, em qualquer circunstância, salvo em caso de iminente risco de vida e estando a vítima impossibilitada de expressar seu consentimento.
- Para **gestação em menores de 14 anos** (13 anos, 11 meses e 29 dias), se configura crime de estupro de vulnerável, independente de ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e mesmo que a vítima seja sexualmente ativa, portanto, é dever do enfermeiro comunicar a adolescente sobre o direito de realizar o aborto legal, se este for seu desejo.
- Obrigatória a notificação no SINAN e comunicação ao Conselho Tutelar.

Para a realização de aborto legal, de acordo com o Código Civil, artigos 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767, seguem considerações (reproduzido de SES/RS 2018b; SES/RS 2019b):

- Vítima a partir dos 18 anos: é capaz de consentir sozinha;
- Vítima menor de 18 anos: deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal,



que se manifestam por ela. Entretanto, se a adolescente tiver condições de discernimento e puder exprimir sua vontade, ela também deverá assinar o consentimento;

- Em casos de posicionamentos conflitantes entre adolescente e família, deve ser recorrido à via judicial, por meio do Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, que deverão, através do devido processo legal, solucionar o impasse;
- Menores de 14 anos necessitam adicionalmente de uma comunicação ao Conselho Tutelar e acompanhamento do processo, com solicitação de agilização.

O atendimento para solicitantes de aborto legal deve seguir as orientações da Portaria nº 1.508/2005, e Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento (2011), com o encaminhamento aos hospitais de referência pactuados no estado. Atualmente, sete instituições do estado do RS estão habilitadas para realização do aborto legal, são elas: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmeina, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Universitário de Canoas e o Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr de Rio Grande (CNES, 2020).



## 4.6 PRINCIPAIS AGRAVOS NA ADOLESCÊNCIA

### 4.6.1 Obesidade

O adolescente com obesidade tem grandes chances de tornar-se um adulto com obesidade, aumentando a probabilidade de apresentar complicações clínicas e pondo em risco sua sobrevivência em curto prazo (BRASIL, 2017c).

Na adolescência a obesidade pode causar: diminuição dos níveis de testosterona e maior chance de desenvolver a ginecomastia púber, além de isolamento social, baixa autoestima, depressão e dificuldade de aceitação pelo grupo (BRASIL, 2017c). A seguir alguns aspectos importantes que devem ser abordados na consulta de enfermagem.

#### Quadro 44 - Manejo do sobrepeso/obesidade

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Risco de sobrepeso; Sobrepeso; Obesidade; Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente; Ansiedade; Estilo de vida sedentário; Baixa autoestima situacional/Risco de; Interação social prejudicada; Isolamento social.	Nanda-I ®
Autoimagem negativa; Risco de/Obesidade; Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal; Risco de isolamento social.	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Avaliar o desejo de emagrecer; Questionar sobre o hábito alimentar da família; Verificar o hábito alimentar do adolescente dentro e fora de casa (realizar um diário com o adolescente sobre a sua alimentação); Investigar obesidade na família - pai, mãe, irmãos e avós; Indagar sobre tratamentos anteriores na tentativa de emagrecimento: dietas, medicamentos e exercícios; Identificar problemas de saúde associados e interações devido às consequências da obesidade; Estimular a diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados e preparações hipercalóricas; Desaconselhar dietas restritivas pois estas podem promover <b>déficit</b> no desenvolvimento; Reduzir gradualmente o número de horas de "tempo de tela" não escolar (televisão, <b>tablets</b> , celulares e jogos eletrônicos); consultar anexo 4; Propor rotina diária e regular de exercícios estimulando o jovem a realizar atividades que lhe agrade: caminhada, andar de bicicleta, dançar, correr, nadar; Orientar o acompanhamento com nutricionista, quando possível.	

Fonte: SMS/SP, 2015; Brasil, 2017c.



Os adolescentes podem apresentar excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém, o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade (BRASIL, 2017c).

#### 4.6.2 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa é um distúrbio emocional e alimentar caracterizado por:

##### Quadro 45 - Manejo da anorexia nervosa

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente; Baixa autoestima situacional/ Risco de; Distúrbio na imagem corporal; Comportamento de saúde propenso a risco; Nutrição desequilibrada: menor do que às necessidades metabólicas; Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional.	Nanda-I ®
Autoimagem negativa; Risco de/ Baixo peso; Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal.	CIPE
O QUE É/COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"><li>- Restrição da ingestão de alimentos resultando em peso corporal significativamente baixo (percentil -3);</li><li>- Intenso medo de ganhar peso e engordar;</li><li>- Distorção da imagem corporal, como sentir-se gordo, quando, na verdade, está muito magro;</li><li>- Amenorreia é uma das principais características da anorexia nervosa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atentar para sinais e sintomas de outras doenças psiquiátricas, como, por exemplo, a depressão, ou enfermidades como a síndrome de má absorção (p. ex., provocadas por doença inflamatória intestinal ou doença celíaca), diabetes tipo 1 de instalação recente, insuficiência adrenal e câncer;</li><li>- Conhecer a estrutura familiar e de suporte social;</li><li>- Acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no território.</li></ul>

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017c.

#### 4.6.3 Bulimia

A bulimia também se caracteriza como um distúrbio emocional e alimentar; apresenta os sinais e sintomas descritos abaixo:



#### Quadro 46 - Manejo da bulimia

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente; Baixa autoestima situacional/ Risco de; Distúrbio na imagem corporal; Comportamento de saúde propenso a risco; Risco de desequilíbrio eletrolítico.	Nanda-I ®
Autoimagem negativa; Risco de/ Bulimia; Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal.	CIPE
O QUE É/ COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"><li>- Episódios de ingestão excessiva de alimentos, com sensação de perda de controle (às vezes em períodos de duas horas, ingerem quantidades consideradas muito grandes);</li><li>- A ingestão excessiva é compensada por comportamento de expurgo (vômitos autoinduzidos, laxantes ou diuréticos);</li><li>- Insatisfação com a forma do corpo e com o peso;</li><li>- O adolescente pode ser eutrófico ou até mesmo apresentar sobrepeso;</li><li>- Sintomas depressivos acompanham a bulimia;</li><li>- Comem mais que o habitual várias vezes na semana, perdendo o controle da quantidade ingerida;</li><li>- Após as refeições ficam longos períodos no banheiro provocando vômitos;</li><li>- Apresentam risco de vida durante estes surtos devido aos distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos desencadeados pelos vômitos, uso de laxantes e diuréticos.</li></ul>	<p>Questionar ao adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Você está satisfeito com seus padrões de alimentação?</li><li>- Você já comeu em segredo?</li><li>- Atentar para sinais e sintomas de outras doenças psiquiátricas como a depressão e distúrbios de personalidade, além de conhecer a estrutura familiar e de suporte social;</li><li>- Acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no território.</li></ul>

Fonte: Brasil, 2017c; SMS/SP, 2015.

#### 4.6.4 Acne

A acne acomete noventa por cento dos adolescentes. O pico da incidência e severidade ocorre entre 14 e 17 anos na mulher e 16 e 19 anos no homem. A remissão espontânea da acne ocorre em torno dos 20 anos. A seguir são apresentados fatores que podem piorar a acne (BRASIL, 2017c):

- Fricção e pressão sobre as lesões causam ruptura folicular e aparecimento de pápulas e pústulas;
- Cosméticos como cremes faciais podem levar à formação de comedões e pápulas;
- Exposição solar intensa e o uso de cremes antiactínicos podem provocar pápulas e pústulas,



com ausência ou poucos comedões;

- Uso excessivo de sabonetes pode ter ação comedogênica (bloqueio de poros), pelos ácidos graxos, como também pelo hexaclorofeno dos sabões medicamentosos;
- Medicamentos tópicos em cremes e pomadas com lanolina ou vaselina, principalmente corticoides, podem induzir a formação de comedões e pápulas;
- Óleos e graxas minerais diretamente ou impregnando os vestuários levam à oclusão dos óstios foliculares, com aparecimento de pontos negros e formação de pápulas e nódulos inflamatórios.

#### Quadro 47 - Manejo da acne

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Risco de infecção.	Nanda-I ®
Pele prejudicada; Presença de acne; Risco de inflamação; Risco de infecção.	CIPE

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar não manipular a face com as mãos sujas nem “cutucar” as lesões;</li><li>- Evitar o uso de maquiagem e cremes comedogênicos;</li><li>- Indicar cremes de maquiagem com base aquosa;</li><li>- Cuidar a exposição excessiva ao sol;</li><li>- Usar bloqueadores solares não gordurosos;</li><li>- Usar sabões neutros ou produtos específicos de limpeza facial;</li><li>- Controlar a ansiedade e fatores precipitantes;</li><li>- Explicar que não há evidências de que a dieta tenha influência na acne, portanto, restrições alimentares não são indicadas.</li><li>- Encaminhar para consulta médica, se houver necessidade de tratamento medicamentoso.</li></ul>

Fonte: Brasil, 2017c.

#### 4.6.5 Bullying

Considerado como um tipo de violência interpessoal, o *bullying* tem a intenção de ofender, machucar ou humilhar alguém de idade igual ou semelhante, sem motivação evidente, causando dor, angústia e humilhação, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder (HORTA, 2018).

O *bullying* pode ocorrer de várias maneiras, algumas descritas a seguir (SILVA, 2010):

- Físico: empurrões, agressões com objetos, beliscões, chutes, ferimentos, roubos ou furtos de objetos pessoais da vítima;
- Verbal: xingões e críticas em virtude de defeitos físicos podem ocorrer frequentemente através



de redes sociais (*cyberbullying*), celular e mídia televisiva, expondo preconceitos linguísticos, dialéticos, xenofobia e homofobia;

- Psicológico: ações que envolvem a autoestima, ocasionando no outro insegurança, medo, irritação, exclusão, humilhação, desprezo, isolamento, discriminação, ameaças, chantagens, difamações, intrigas e fofocas;
- Social: isolamento de uma pessoa, fazendo com que os demais participem do mesmo processo;
- Sexual: abusos, violências, assédios e insinuações;
- *Bullying* homofóbico.

Desta maneira, é necessária uma abordagem integral junto ao adolescente, envolvendo o contexto no qual está inserido. Assim, é fundamental que a família esteja atenta às mudanças de personalidade do adolescente, os educadores para que possam reconhecer o problema e os profissionais da saúde para identificar a ocorrência de *bullying* através da anamnese e intervir de maneira adequada (ALMEIDA, SILVA, CAMPOS, 2008). A seguir são apresentadas algumas intervenções de enfermagem.

#### Quadro 48 - Manejo do *bullying*

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Envolvimento em atividades de recreação diminuído; Risco de dignidade humana comprometida; Baixa autoestima situacional/ Risco de; Baixa autoestima crônica/ Risco de; Enfrentamento ineficaz; Sentimento de impotência/ Risco de.	Nanda-I ®
Autoestima prejudicada; Comportamento interativo prejudicado; Enfrentamento ineficaz; Comportamento de isolamento.	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
- Propor trabalho em conjunto com a escola, através de formação de grupos, promovendo a participação da família/responsáveis; - Utilizar os encontros das atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) para debater o tema; - Discutir, durante atividades em grupo, questões relacionadas ao <i>bullying</i> , suas implicações no universo escolar e, conseqüentemente, na sociedade; - Manter cuidado compartilhado com a Rede de Atenção Psicossocial.	

Fonte: SMS/SP, 2015.



#### 4.6.6 Uso/abuso de substância psicoativa

O período da adolescência é caracterizado por mudanças e adaptações na transição para a fase adulta, na qual o adolescente busca experimentações e identificações, geralmente vinculado a grupos (VASTERS, PILLON, 2011). Entre os adolescentes vem aumentando o consumo de substâncias psicoativas como tabaco, álcool e outras drogas, o que pode levar a inúmeras consequências à saúde: ocorrência de acidentes e violências, transtornos de humor, doenças mentais, comprometimento do desenvolvimento psicossocial, gravidez indesejada, exposição às infecções sexualmente transmissíveis, mortalidade, entre outros (MALTA, 2014).

Hábitos adquiridos na adolescência tendem a ser fixados na vida adulta, além de aumentar a vulnerabilidade, por meio da exposição a situações de risco. Por outro lado, a supervisão familiar exerce um efeito protetor ao abuso de substâncias na adolescência, pois pode influenciar no desenvolvimento de comportamentos saudáveis (MALTA et al, 2014).

Neste sentido, o enfermeiro apresenta-se como ator estratégico nas ações voltadas para esse tema, nas quais se faz necessário abordar junto ao adolescente os diferentes aspectos da sua vida, ampliando as possibilidades de intervenção, sobretudo para a prevenção de agravos e a promoção à saúde (VALENÇA, 2013). O quadro abaixo descreve alguns sinais que podem auxiliar no diagnóstico de uso/abuso de drogas, assim como algumas intervenções de enfermagem:

#### Quadro 49 - Manejo do abuso de substâncias psicoativas (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Comportamento de saúde propenso a risco; Proteção ineficaz; Autonegligência; Controle de impulsos ineficaz; Controle emocional lábil; Processos familiares disfuncionais; Risco de vínculo prejudicado; Enfrentamento ineficaz; Regulação do humor prejudicada; Síndrome de abstinência de substância aguda/ Risco de.	Nanda-I®
Abuso de drogas presente; Comportamento desorganizado; Personalidade comprometida; Humor comprometido; <b>Déficit</b> de autocuidado; Sintoma de abstinência; Dificuldade de enfrentamento; Vínculo prejudicado.	CIPE



#### Quadro 49 - Manejo do abuso de substâncias psicoativas (b)

### MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS SUGESTIVAS DE USO/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

### CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Mudança de interesse nas atividades de rotina – como na escola, no lazer, em casa;
- Mudança de comportamento nos hábitos de comer e dormir (perda de sono ou apetite, insônia, intercalada com períodos de sono demorado, troca do dia pela noite);
- Mudança na personalidade refletida na mudança de humor, com os amigos e com membros da família (inquietação, irritabilidade, ansiedade, etc.);
- Necessidade cada vez maior de dinheiro;
- Queda de rendimento escolar;
- Manifestações de depressão.

- Favorecer a formação de vínculos e o exercício do cuidado, proporcionando segurança e tranquilidade para que adolescentes e suas famílias possam falar de angústias, dúvidas e aflições e sentirem-se acolhidos pela unidade de saúde;
- Informar sobre os tipos de drogas e as consequências de seu consumo, visando a capacidade de autocrítica no adolescente;
- Favorecer a presença de uma referência adulta para o adolescente e o desenvolvimento de um projeto de vida;
- Pensar em estratégias para a distribuição do horário escolar e tempo livre, no intuito de aproveitar as atividades recreativas saudáveis;
- Instruir o adolescente a identificar os riscos em que se envolve por sua relação ou vínculos a uma pessoa ou grupo com práticas de consumo de drogas;
- Propor grupos juvenis que estimulem a troca de experiências;
- Envolver o grupo familiar na responsabilidade de compartilhar o tempo livre com o adolescente e de apoiar o acompanhamento e o tratamento caso ele esteja consumindo drogas.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017c.

A integração da Rede de Atenção à Saúde com os dispositivos sociais locais deve ser fortalecida e sustentada, criando redes de cuidado e de apoio aos adolescentes, porém sempre mantendo o vínculo com a APS.

#### 4.6.7 Violência autoinfligida/ suicídio

É a terceira causa mais comum de morte entre adolescentes do sexo masculino e o principal motivo de procura de atendimento de urgência entre os do sexo feminino. Mais da metade dos que morreram por suicídio já haviam realizado ao menos uma tentativa. Os métodos mais comuns são a ingestão de altas doses de medicamentos e uso de armas de fogo ou enforcamento, nos sexos feminino e masculino, respectivamente (BRASIL, 2017c).

O comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado (BRAGA, 2013). O adolescente possui dificuldade para comunicar seus medos, desejos e dificuldades por meio de



palavras, desta maneira se expressa por meio da atuação, assim como a criança pelo brinquedo. Na impossibilidade de dialogar e demonstrar suas angústias, o adolescente age impulsivamente e busca o suicídio para a solução dos seus problemas (BRAGA, 2013).

Com grande frequência existe um distúrbio da saúde mental subjacente e um evento estressante que desencadeia o comportamento (BRASIL, 2017c). O quadro abaixo demonstra alguns fatores de risco:

#### Quadro 50 - Fatores de risco para suicídio

<b>Eventos estressantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Morte de um ente querido;</li><li>- Suicídio na escola ou em outro grupo de adolescentes;</li><li>- Perda de um namorado ou uma namorada;</li><li>- Mudança de um ambiente familiar (como da escola ou da vizinhança) ou de amigos;</li><li>- Humilhação por familiares ou amigos;</li><li>- Sofrer <b>bullying</b> na escola, principalmente os alunos do grupo lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, transexuais, travestis, queer, intersexuais, assexuais e + (LGBTQIA+);</li><li>- Insucesso na escola;</li><li>- Problemas com a lei.</li></ul>
<b>Problemas subjacentes mais comuns</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Depressão:</b> Crianças ou adolescentes com depressão têm sentimentos de desesperança e desamparo que limitam a sua capacidade de considerar soluções alternativas para problemas imediatos.</li><li>- <b>Abuso de álcool ou drogas:</b> o consumo de álcool ou drogas diminui as inibições contra ações perigosas e interfere na antecipação de consequências.</li><li>- <b>Pouco controle dos impulsos:</b> Adolescentes, sobretudo aqueles com um transtorno comportamental disruptivo, como um transtorno de conduta, podem agir sem pensar.</li></ul>
<b>Distúrbios mentais e distúrbios físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ansiedade, esquizofrenia, traumatismo craniano e transtorno de estresse pós-traumático.</li></ul>

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017c.

Na atuação do enfermeiro, o adolescente pode ser abordado sobre pensamentos suicidas, independentemente de apresentar sintomas de depressão. A seguir são apresentados alguns sinais e sintomas para identificação de risco para suicídio, bem como algumas intervenções de enfermagem.



Quadro 51 - Manejo na identificação de sinais e sintomas para o risco de suicídio (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
<p>Envolvimento em atividades de recreação diminuído; Comportamento de saúde propenso a risco; Controle da saúde familiar ineficaz; Autonegligência; Controle de impulsos ineficaz; Controle emocional lábil; Comunicação verbal prejudicada; Desesperança; Baixa autoestima crônica; Distúrbio na identidade pessoal; Processos familiares interrompidos; Risco de vínculo prejudicado; Risco de suicídio; Interação social prejudicada; Enfrentamento ineficaz; Regulação do humor prejudicada; Sentimento de impotência; Tristeza crônica; Risco de violência direcionada a si mesmo.</p>	<p>Nanda-I®</p>
<p>Risco de suicídio; Autoimagem negativa; Comportamento de isolamento aumentado; Tristeza aumentada; Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada; Vínculo ineficaz; Ligação afetiva comprometida; Baixa autoestima; Isolamento social aumentado; Dificuldade de enfrentamento.</p>	<p>CIPE</p>



Quadro 51 - Manejo na identificação de sinais e sintomas para o risco de suicídio (b)

SINAIS E SINTOMAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA SUICÍDIO		CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Individuais	Autoestima baixa, fracasso escolar, isolamento, sinais de transtornos orgânicos e psicológicos, uso e abuso de drogas, dificuldades com a própria identidade de gênero, sentimentos de exclusão.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover um ambiente acolhedor de apoio;</li><li>- Considerar sob risco extremo adolescentes que ingerem substâncias que acreditam ser potencialmente letais;</li><li>- Avaliar em equipe a necessidade de encaminhar para serviço de referência da rede, sempre observando a importância de manter <i>acompanhamento em conjunto com a APS</i>;</li><li>- Promover ações nas escolas do território sobre esta temática;</li><li>- Orientar os responsáveis a supervisionar o acesso a conteúdo relacionado ao suicídio na mídia;</li><li>- Promover apoio da família e da comunidade ao adolescente;</li><li>- Incentivar crenças culturais e religiosas que desencorajam o suicídio;</li><li>- Desenvolver junto ao adolescente maneiras de resolver conflitos de modo positivo.</li></ul>
Expressão de ideias ou de intenções suicidas	"Vou desaparecer." "Vou deixar vocês em paz." "Eu queria poder dormir e nunca mais acordar". "Quem me dera nunca ter nascido".	
O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais	Essas manifestações não devem ser interpretadas como ameaças nem como chantagens emocionais, mas sim como avisos de alerta para um risco real; Como mencionado, o adolescente possui dificuldade em se comunicar, portanto a atuação é a sua forma de comunicação.	
Familiares	Dissociação familiar, relacionamento desarmônico entre os pais, comunicação comprometida com a família, falta de apoio dos pais e violência na família.	
Sociais	Características do grupo de companheiros, que podem apresentar valores em conflito com a realidade pessoal e social, além das dificuldades de se integrar nas normas culturais.	

Fonte: Adaptado Brasil, (2017c).

Uma estratégia importante de apoio é o Centro de Valorização da Vida (CVV), o qual realiza apoio emocional e para prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, e-mail, chat e voip 24 horas todos os dias. A ligação para o **CVV** por meio do número **188 é gratuita** a partir de qualquer linha telefônica fixa ou celular.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. L. SILVA, A. C. CAMPOS, J. S. A importância da identificação precoce da ocorrência do bullying: uma revisão da literatura. **Revista de Pediatria**, 9 (1), 8-16, 2008. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/download/BULLYING/LEITURA%2011.pdf>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in Diabetes – 2020. **The Journal of Clinical and Applied Research and Education Diabetes Care**, v. 43, supl. 1, jan. 2020.

BLANK, D.; ECKERT, G. E. **Pediatria ambulatorial: elementos básicos e promoção da saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS, 1995.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 08 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Prevenção aos acidentes domésticos e guia rápido de primeiros socorros**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

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 Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Existe benefício para suplementação de Vitamina D em Crianças e Adolescentes?** Santa Catarina, 2016. Disponível em <<https://aps.bvs.br/aps/existe-beneficio-para-suplementacao-de-vitamina-d-em-criancas-e-adolescentes/>> Acesso em: jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo do paciente com diarreia. 2011**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo\\_paciente\\_diarreia\\_cartaz.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf). Acesso em: ago. 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Quadros de Procedimentos: Aidpi Criança: 2 Meses a 5 Anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017a, Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian--a-Provis--rio.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 234 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 265 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE. **Manual de Gradação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_sistema\\_grade.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf).

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/ 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 248 p.

CARVALHO, Marcus Renato; GOMES, Cristiane F. **Amamentação bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). et. al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto nº 94.406** de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício profissional da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 195/1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html). Acesso em 09 jan 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 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. Rio de Janeiro: Cofen, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 514/2016**, que aprova o guia de recomendações para o registro de Enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html). Acesso em 09 jan 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes para elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais**. Brasília: COFEN, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (Coren-RS). **Parecer Nº 19/2016/CTAS/COREN-RS**. Parecer quanto ao uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por Enfermeiros da Atenção Básica na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) através do E-SUS e, se esta pode ser utilizada como Diagnóstico de Enfermagem ou se há a necessidade de utilizá-la juntamente com outros sistemas de classificação de Diagnóstico de Enfermagem. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=legislacao&pagina=pareceres>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (Coren-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2015. 57 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (Coren-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 5. Atenção à Demanda de Cuidados na Criança**. Florianópolis, 2018. 50 p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP® CATALOGUES [INTERNET]. GENEBRA: ICN; 2017. Disponível em: <http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/icnpr-catalogues-875.html>. Acesso em: 06 jan. 2019.

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (DEE). Secretaria de Planejamento, **Orçamento e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul**, 2018. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/inicial>



deSHAZO, R. D.; STEPHEN, F. K. Pharmacotherapy of allergic rhinitis. **UpToDate**, Waltham, MA, 2020. ESPIRÍTO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. Atenção à Saúde da Criança. Vitória, 2017. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>

GOLDSTEIN, A. O.; GOLDSTEIN; B. G.; TOSTI, A. **Paronychia**. **UpToDate**, Waltham, MA, jul. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GRADE WORKING GROUP. **The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation**, 2014. Disponível em: <http://www.gradeworkinggroup.org>

HORII, K. A. Diaper dermatitis. **UpToDate**, Waltham, MA, 2019. HORTA, Cristina Lessa. et al. Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.20932015>> Acesso em: 21 ago. 2020.

KOTAGAL, S. Neurologic examination of the newborn. **UpToDate**, Waltham, MA, 2020.

LAFFEL, L.; SVOREN, B. Management of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. **UpToDate**, Waltham, MA. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 04 jun. 2020.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; FLORES, Rui (Org.). **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; FLORES, Rui (Org.). **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 3. ed.** Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2018b. 243 p.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016.

MALDONADO, Y. A.; READ, J. S. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States. **Pediatrics**, 139(2), 2017.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, suppl 1, pp. 46-61, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050005>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MARC, R. L.; S JEAN. **Overview of vulvovaginal complaints in the prepubertal child**. **UpToDate**, Waltham, MA, jul. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 18 ago. 2020.

McLEOD, R. et al. Management of Congenital Toxoplasmosis. **Current Pediatrics Reports**. 2:166-94, 2014.

MONCADA, P. A.; MONTROYA, J. G. Toxoplasmosis in the fetus and newborn: an update on prevalence, diagnosis and treatment. **Expert Review of Anti-infective Therapy**, 10 (7):815-28, 2012.



NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.** Tradução de Regina Machado Garcez. Revisão técnica Alba Lucia Bottura Leite de Barros. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Vitamin D: supplement use in specific population groups.** Public health guideline 64. London: Nice, 2014. NASCIMENTO, G. C. C.; GAGLIARDO, H. G. R. G. Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento em serviços de intervenção precoce: barreiras e facilitadores. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 5, p. 370-375, 2016.

OLIVEIRA, Cláudia P. M. P. (Coord.). **Protocolos da Atenção à Saúde da Criança.** Caxias do Sul: Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, 2018. 240 p.

OLIVEIRA, Débora Aparecida Lentini. **Práticas clínicas baseadas em evidências.** UNASUS: UNIFESP, 2010.

PAZIRANDEH, S.; BURNS, D. L. Overview of vitamin A. **UpToDate**, Waltham, MA, 2019. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/overview-of-vitamina?search=Overview%20of%20vitamin%20A&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-vitamina?search=Overview%20of%20vitamin%20A&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)> Acesso em: 24 mar. 2020.

PEREIRA-SANTOS M, SANTOS JYGD, CARVALHO GQ, SANTOS DBD, OLIVEIRA AM. **Epidemiology of vitamin d insufficiency and deficiency in a population in a sunny country: geospatial meta-analysis in brazil.** Crit Rev Food Sci Nutr. 2019;59(13):2102-2109. DOI:10.1080/10408398.2018.1437711

PORTO ALEGRE. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Saúde da Criança (0 a 12 anos). Porto Alegre, 2018. 64 p.

Quais os anti-helmínticos podem ser utilizados em crianças menores de 2 anos? **TelessaúdeRS**, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/vermifugos/>. Acesso em: 21 ago. 2020.

Quais exames laboratoriais de rotina crianças saudáveis devem realizar? **TelessaúdeRS**, 2009. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-exames-laboratoriais-de-rotina-criancas-saudaveis-devem-realizar/> Acesso em: 05 jun. 2020.

Qual o Tratamento para Escabiose. **TelessaúdeRS**, 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-tratamento-para-escabiose-sarna/>. Acesso em: 05 jun. 2019.

Qual o Tratamento para Pediculose. **TelessaúdeRS**, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/pediculose/> Acesso em: 05 jun. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica e Planejamento. **Guia do pré-natal na Atenção Básica.** Porto Alegre: SES, 2018c. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencaobasica-web.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Guia de**



**atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual.** Porto Alegre: SES, 2019b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. **Resolução nº 324 de 16 de setembro de 2010.** Institui Ambulatórios Especializados no Atendimento ao Prematuro Egresso das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, com Incentivo Financeiro para a sua implantação, com a finalidade de garantir acompanhamento diferenciado aos recém-nascido.

SAKANO, E. et al. IV Consenso Brasileiro sobre Rinites – 2017. **Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial e Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.** Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Consenso\\_Rinite\\_9\\_-27-11-2017\\_Final.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Consenso_Rinite_9_-27-11-2017_Final.pdf)

SASSEVILLE, D. **Cradle cap and seborrheic dermatitis in infants.** UpToDate, Waltham, MA, 01 mai 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 19 ago. 2020.

SCHUMAHERI, M. L. N.; GASPARETTO, M. E. R. F. Saúde ocular de escolares: atuação de enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PARANÁ. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Primeiro Ano de Vida.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf4.pdf> Acesso em: 24 jun. 2019.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota Técnica 01/2018-Adolescentes e o direito de acesso à saúde,** 2018b. 9 p.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota Técnica 01/2019-Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica,** 2019a. 22 p.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Portal BI Saúde,** 2018a. Acesso em: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php>

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde.** 4. ed. São Paulo: SMS, 2015. 95 p.

SILVA. Ana Beatriz Barbosa. **Bullying: mentes perigosas nas escolas.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020).** São Paulo: Clannad, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Hemangioma.** Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hemangioma/10/> Acesso em: 23 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consenso sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica.** 2018b. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21019fDiretrizes\\_Consenso\\_sobre\\_anemia\\_ferropriva-ok.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019fDiretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf) > Acesso em: 17 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento. **Caderneta de Saúde da Criança Instrumento e Promoção do**



**Desenvolvimento:** como avaliar e intervir em crianças. Guia Prático de Atualização, nº 4.1, dezembro de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de Alimentação:** orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4. ed. São Paulo: SBP, 2018a. 172 p. Disponível em: <<http://www.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/12/MANUAL-NUTRO-SBP-2018.pdf>> Acesso em: abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Hipovitaminose D em pediatria:** recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção. 2016. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf)> Acesso em: 17 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientações** - Departamento científico de segurança(2019-2021). São Paulo: SBP, 2020. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_22337c-ManOrient\\_-\\_Os\\_Acidentes\\_Sao\\_Evitaveis\\_\\_1\\_.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22337c-ManOrient_-_Os_Acidentes_Sao_Evitaveis__1_.pdf)> Acesso em: jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientações** - Grupo de trabalho saúde na era digital (2019-2021). São Paulo: SBP, 2019. Disponível em:<[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_22246c-ManOrient\\_-\\_MenosTelas\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf)> Acesso em: ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Uso de Antitérmicos:** quando, como e por quê? Disponível em: <<http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/21/uso-de-antitermicos--quando--como-e-por-que->> Acesso em: jul. 2019.

TAKEDA, Sílvia. **A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde.** In: DUNCAN, Bruce. et. al. Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 109 -135.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M.; **SAE sistematização da assistência de enfermagem.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. **Protocolo de encaminhamento para obstetrícia,** 2019. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolo\\_encaminhamento\\_obstetricia\\_TSRS20190821.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf)>. Acesso em: mai 2020

VALENCA, Cecília Nogueira. et al. Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: reflexão ética para a enfermagem. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 562-567, 2013.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** mar-abr 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_13.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf) Acesso em: 21 ago. 2020.

WILSON, C. et al. **Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 8. ed.** Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2016.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity.** Geneva: Switz World Health Organ, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young People's Health** - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

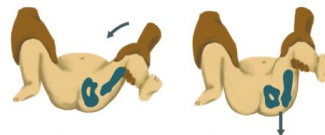


## ANEXOS

### ANEXO 1 - Técnicas para rastreamento de displasia do desenvolvimento do quadril - Testes de Barlow e Ortolani.

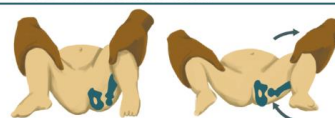
**TESTE DE BARLOW:** tente levar à luxação da cabeça do fêmur por meio da adução da coxa flexionada sobre o tronco e aplicando-se gentilmente uma força sobre o joelho, empurrando-o.

#### TESTE DE BARLOW



**TESTE DE ORTOLANI:** é realizada pela abdução da coxa em flexão, junto com a aplicação de força no sentido pósterio-anterior, de modo a reduzir a luxação da articulação coxofemural, quando presente

#### TESTE DE ORTOLANI



Fonte: Reproduzido de UNASUS.



## ANEXO 2 - Parâmetros referenciais para valores de PA em crianças e adolescentes.

Figura 1 - Valores de PA para meninos de acordo com idade e percentil de estatura.

Idade (Ano)	PA Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)						PA DIASTÓLICA (mmHg)							
		+- Percentil de Altura +- 5 10 25 50 75 90 95						+- Percentil de Altura +- 5 10 25 50 75 90 95							
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90

Continua.



Continuação.

Idade (Anos)	PA Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
		+- Percentil de Altura -+-							+- Percentil de Altura -+-						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
11	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97



Figura 2 - Valores de PA para meninas de acordo com idade e percentil de estatura.

Idade (Ano)	PA Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
		Percentil de Estatura →													
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88

Continua.



Continuação.

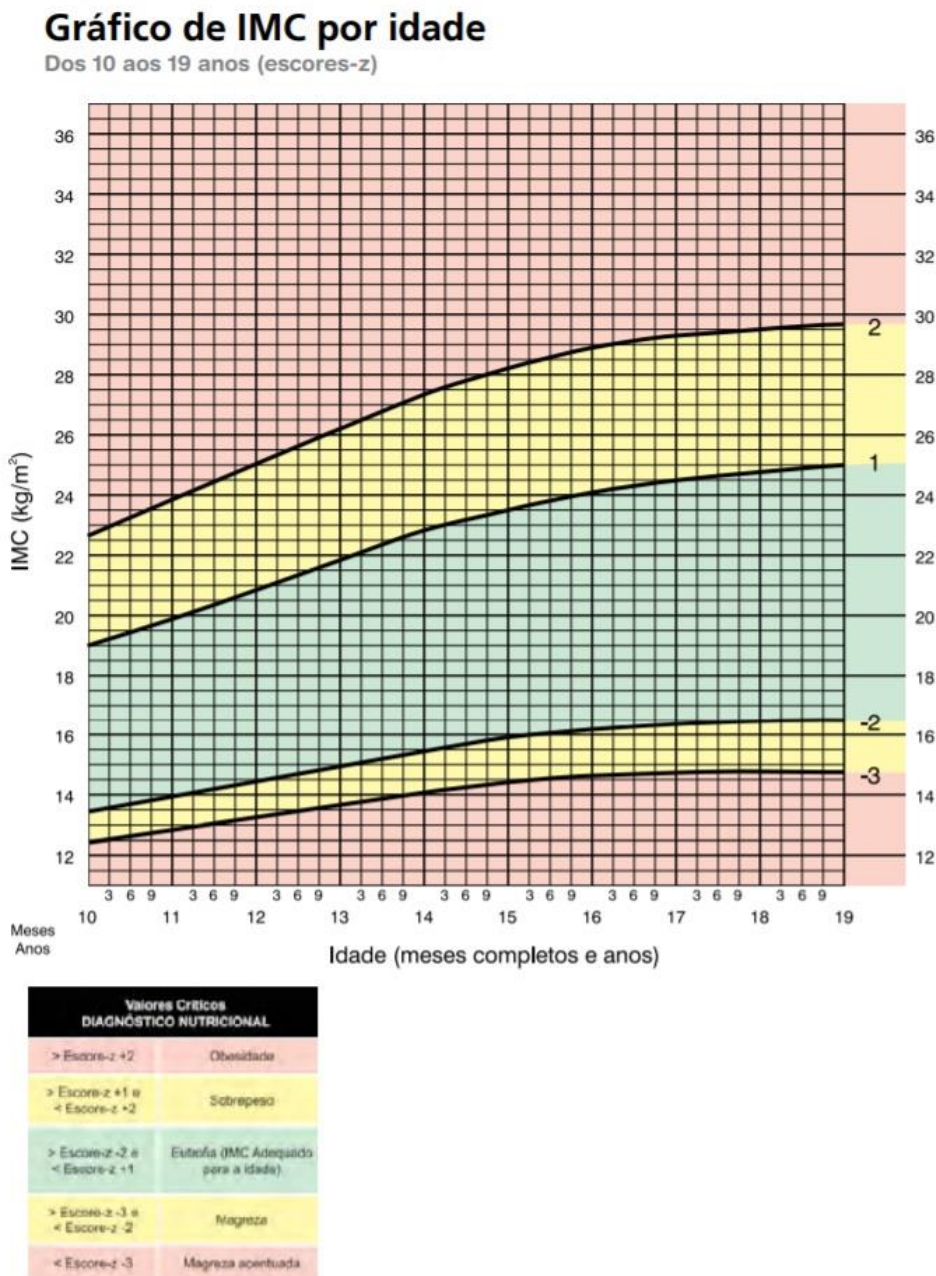
Idade (Anos)	PA	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
	Percentil	+ Percentil de Altura													
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Fonte: MALACHIAS et al., 2016.



### ANEXO 3 - Parâmetros referenciais para IMC em adolescentes.

FIGURA 1 - Gráfico de IMC por idade em meninas.



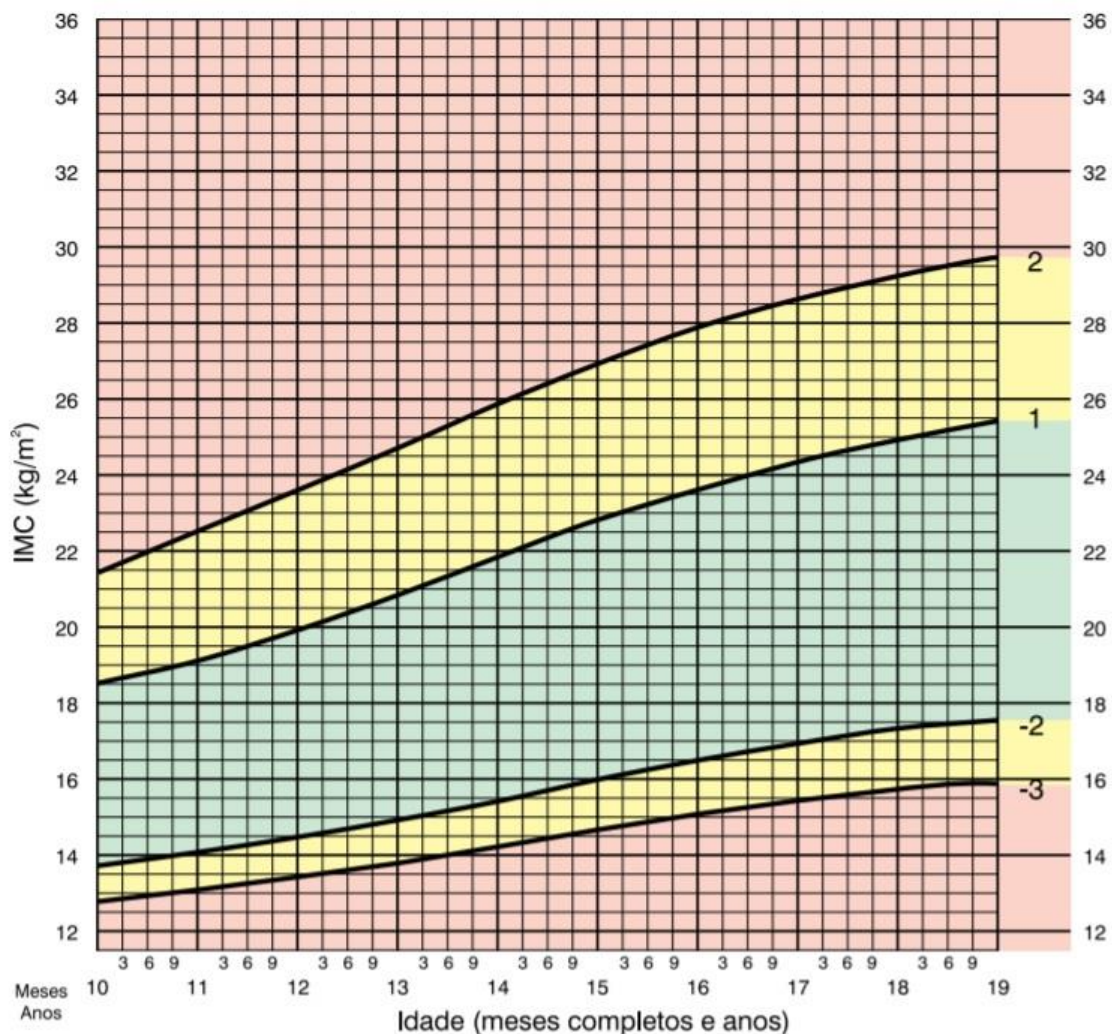
Fonte: BRASIL, (2017c).



FIGURA 2 - Gráfico de IMC por idade em meninos.

## Gráfico de IMC por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



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

Fonte: BRASIL, (2017c).



## ANEXO 4 - Alertas e recomendações acerca da exposição digital.

### Principais riscos e agravos para saúde de crianças e adolescentes na era digital

- Dependência digital e uso excessivo das mídias interativas;
- Agravos de 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, tais como exposição do corpo, abuso sexual, estupro virtual;
- Comportamentos autolesivos, indução e riscos de suicídio;
- Aumento da violência;
- Problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador;
- Problemas auditivos;
- Transtornos posturais e músculo-esqueléticos;
- Uso de substâncias psicoativas.

### Orientações em relação à exposição de telas

- Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade (nem passivamente);
- 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: evitar telas durante as refeições e desconectar 1-2 horas antes de dormir;
- Criar regras saudáveis para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além das regras de segurança, senhas e filtros;
- Encontros de crianças e adolescentes com desconhecidos, de maneira *online* ou *offline*, devem ser evitados;
- Orientar os pais/responsáveis em relação ao seu papel legal de terem conhecimento sobre onde e com quem a criança ou o adolescente está, o que está jogando e sobre conteúdos de risco transmitidos por equipamentos eletrônicos (via mensagens, áudios, fotografias, vídeos ou *webcam*).

Fonte: SBP, 2019.



## APÊNDICE 1: Processo de enfermagem na consulta de puericultura.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Envolvimento em atividades de recreação diminuído</li><li>• Produção insuficiente de leite materno</li><li>• Amamentação ineficaz</li><li>• Amamentação interrompida</li><li>• Deglutição prejudicada</li><li>• Dinâmica alimentar ineficaz da criança</li><li>• Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente</li><li>• Padrão ineficaz de alimentação do lactente</li><li>• Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais</li><li>• Obesidade</li><li>• Sobrepeso</li><li>• Risco de sobrepeso</li><li>• Hiperbilirrubinemia neonatal/ Risco</li><li>• Volume de líquidos deficiente/ Risco de</li><li>• Eliminação urinária prejudicada</li><li>• Constipação/ Risco de</li><li>• Constipação funcional crônica/ Risco de</li><li>• Motilidade gastrointestinal disfuncional/ Risco de</li><li>• Distúrbio no padrão do sono</li><li>• Comunicação verbal prejudicada</li><li>• Processos familiares disfuncionais</li><li>• Processos familiares interrompidos</li><li>• Risco de vínculo prejudicado</li><li>• Interação social prejudicada</li><li>• Comportamento desorganizado do lactente/ Risco de</li><li>• Síndrome de abstinência neonatal</li><li>• Risco de infecção</li><li>• Dentição prejudicada</li><li>• Risco de quedas</li><li>• Risco de trauma físico</li><li>• Risco de desenvolvimento atrasado</li></ul>	<p><b>NANDA-I ®</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Amamentação (Eficaz/ Ineficaz)</li><li>• Desenvolvimento do recém-nascido (Adequado/ Prejudicado)</li><li>• Condição nutricional (Adequada/ Prejudicada)</li><li>• Crescimento (Eficaz/ Ineficaz)</li><li>• Eliminação (Eficaz/ Ineficaz)</li><li>• Sono (Adequado/ Inadequado)</li><li>• Adesão ao regime de imunização</li><li>• Higiene (Adequada/ Inadequada)</li><li>• Vínculo (Eficaz/ Ineficaz)</li><li>• Papel Parenteral (Eficaz/ Ineficaz)</li><li>• Higiene do coto umbilical (Adequada/ prejudicada)</li><li>• Higiene oral (Eficaz/ Ineficaz)</li><li>• Risco de sufocação</li><li>• Risco de queda</li><li>• Adesão ao regime de suplementação (Eficaz/ Ineficaz)</li></ul>	<p><b>CIPE</b></p>



1ª consulta

Anamnese

Exame Físico

Intervenções de enfermagem

- Nascimento (tipo e local de parto, peso ao nascer, idade gestacional)
- Apgar
- Período neonatal e tratamentos realizados, internações
- Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B. Se mãe HBsAg positivo, verificar registro de administração de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B
- Avaliar resultados das triagens (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho), encaminhar ao médico, quando necessário, e orientar agendamento das triagens quando não realizadas
- Sinais de alerta no recém-nascido (malformação congênita)
- Caso a mãe esteja amamentando, observar a pega
- Ausência de pré-natal
- Gestações anteriores
- Antecedentes familiares (acidente vascular cerebral; cardiopatias; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; agravos maternos; obesidade; convulsões; problemas de saúde mental)
- Vulnerabilidade: Mãe com menos de 18 anos de idade, mãe com baixa escolaridade, história familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade, mais do que três filhos morando juntos e problemas socioeconômicos
- Gestação gemelar
- Suspeita ou evidência de violência ou maus-tratos
- Vínculo dos pais/cuidador e dos familiares com o bebê
- Avaliar a participação do pai e outros familiares como rede de apoio à mãe, e propor intervenção junto aos mesmos, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial
- Avaliar o vínculo mãe/bebê e identificar possíveis sinais de depressão pós-parto
- Hábitos alimentares
- Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)
- Identificar problemas como vômitos/regurgitações

- Peso
- Comprimento
- Assimetria da face
- Alterações no crânio
- Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês
- Implantação e possíveis alterações nos olhos e nariz
- Visão - teste do reflexo vermelho
- Realizar otoscopia
- Boca (fenda palatina)
- Perímetro cefálico
- Perímetro torácico
- Frequência cardíaca e respiratória
- Ausculta cardíaca e respiratória
- Ausculta e palpação abdominal
- Tórax (avaliar possíveis alterações)
- Reflexos primitivos, ver apêndice 1
- Displasia do quadril (Barlow e Ortolani)
- Clavícula/fratura
- Integridade e coloração da pele (icterícia)
- Aspecto do coto umbilical
- Genitais: avaliar criptorquidia, fimose, sinéquia vaginal (quadro 6 exame físico genitália) e meato urinário (observar hipospádia, epispádia - alterações da localização da abertura da uretra)
- Ânus e reto
- Coluna vertebral
- Membros superiores
- Membros inferiores
- Higiene oral e corporal
- Hidratação

Ver quadro 6

- Acolher o recém-nascido e os acompanhantes no dia do atendimento, realizar escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados
- Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida sob livre demanda, acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação (capítulo 8)
- Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação
- Orientar sobre situações em que há restrições ao aleitamento materno (quadro 9) e orientar as mães não podem amamentar (capítulo 8)
- Evitar coleito
- Posição supina para dormir (de barriga para cima)
- Cuidados com o coto umbilical: a limpeza deve ser feita após o banho e a cada troca de fraldas, principalmente se houver umidade, secreção ou sangue no local, utilizando-se cotonete embebido em álcool a 70% (Evidência C), com movimentos circulares em volta de todo o coto. Deixar secar e não utilizar faixas ou esparadrapo. A utilização do álcool a 70% deve ser mantida por mais alguns dias após a queda do coto, até que o local esteja completamente cicatrizado
- Orientar técnica correta do banho diário
- Orientar cuidados de higiene
- Evitar uso de talcos e perfumes
- Orientar calendário vacinal
- Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1
- Realizar Teste do Pezinho do 3º ao 5º dia de vida do bebê
- Investigar sinais de depressão na mãe
- Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê
- Orientar sobre icterícia e outros sinais de perigo (quadro 6)
- Orientar quanto a prevenção de acidentes (capítulo 11.2)
- Orientar evitar contato com fumantes
- Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento
- Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas



1º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Antecedentes familiares, caso não avaliado na primeira semana de vida</li><li>• Condições socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Identificar problemas como vômitos/regurgitações</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Imunizações</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência respiratória e cardíaca</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Cicatriz umbilical</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais (rastreamento da criptorquia e sinéquia)</li><li>• Integridade e coloração da pele (icterícia)</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> Entre 1 e 2 meses o bebê percebe melhor rostos, medido com base na distância entre o bebê e o seio materno</li><li>• Reação ao som</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Hidratação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida sob livre demanda (capítulo 8)</li><li>• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil (capítulo 8.4)</li><li>• Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta</li><li>• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Evitar uso de talcos e perfumes</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Reforçar orientações quanto à cólica do lactente</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li></ul>



2º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Identificar problemas como vômitos/regurgitações</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência cardíaca e respiratória</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> Ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar). Entre 2 e 3 meses: sorriso social, bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros, de bruços eleva a cabeça, abre as mãos, emite sons, movimentando ativamente os braços</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (capítulo 8)</li><li>• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar uso de chupetas</li><li>• Evitar uso de talcos e perfumes</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Brincar e conversar com o bebê, mostrar objetos coloridos</li><li>• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li></ul>



3º mês\* (\*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Identificar problemas como vômitos/regurgitações</li><li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência cardíaca e respiratória</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> Ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar). Entre 2 e 3 meses: sorriso social, bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros, de bruços eleva a cabeça, abre as mãos, emite sons, movimenta ativamente os braços</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Orientar conforme risco apresentado pela criança</li><li>• Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (capítulo 8)</li><li>• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar uso de chupetas</li><li>• Evitar uso de talcos e perfumes</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Recomendar posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Brincar e conversar com o bebê, mostrar objetos coloridos</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li><li>• Registrar na caderneta da criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li></ul>



4º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Identificar problemas como vômitos/regurgitações</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência cardíaca e respiratória</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Visão - teste do reflexo vermelho</li><li>• Rastreamento de displasia quadril (Barlow e Ortolani)</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência</li><li>• <u> Marcos do desenvolvimento:</u> Resposta mais ativa ao contato “conversa”, segura objetos, emite sons (gugu, eee...), de bruços levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (capítulo 8)</li><li>• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e introdução de alimentos (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar uso de chupetas</li><li>• Evitar uso de talcos e perfumes</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta</li><li>• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Brincar e conversar com o bebê, oferecer objetos coloridos</li><li>• Orientar cuidados na volta ao trabalho da mãe, pai ou cuidadores</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>



5º mês\* (\*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Identificar problemas como vômitos/regurgitações</li><li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência cardíaca e respiratória</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Rastreamento displasia quadril (Barlow e Ortolani)</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência;</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento</u>: observar bom controle cervical, pode rolar do decúbito ventral para o dorsal, agarra objetos voluntariamente, brinca com o pé, esperneia, sorri para imagem no espelho, é capaz de discriminar pessoas estranhas, a visão acompanha objetos que deixa cair e brinca de esconde-esconde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Orientar conforme risco apresentado pela criança</li><li>• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação, estimular aleitamento exclusivo até o 6º mês (capítulo 8)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar uso de chupetas</li><li>• Evitar uso de talcos e perfumes</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta</li><li>• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>



6º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Identificar problemas como vômitos/regurgitações</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência cardíaca e respiratória</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Visão - teste do reflexo vermelho</li><li>• Rastreamento de displasia quadril (Barlow e Ortolani)</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1</li><li>• Avaliar cicatriz da BCG</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u></li><li>• Em torno do 6º mês inicia-se a noção de “permanência de objeto”, localiza o som (virando a cabeça), busca objetos e os leva a boca, muda de posição ativamente (rola), brinca de esconde – achou, transfere objetos de uma mão para a outra, duplica sílabas, senta-se sem apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, leite materno até os 2 anos e introdução de alimentos (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar uso de chupetas</li><li>• Evitar coleito;</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar cuidados na volta ao trabalho da mãe, pai ou cuidadores</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>



7º mês\* (\*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência cardíaca e respiratória</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> localiza o som (virando a cabeça), busca objetos e os leva à boca, muda de posição ativamente (rola), brinca de esconde – achou, transfere objetos de uma mão para a outra, duplica sílabas, senta-se sem apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Orientar conforme risco apresentado pela criança</li><li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Monitorar a aceitação de alimentos</li><li>• Evitar uso de chupetas</li><li>• Evitar coleito;</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta;</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>



8º mês\* (\*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência cardíaca e respiratória</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babilinski até 18 meses)</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> transfere objetos de uma mão para a outra, arrasta-se ao iniciar o engatinhar, suporta todo seu peso e fica em pé com apoio, permanece ereto ao sentar sem apoio, aumenta o medo de estranhos, responde a palavra “não”, identifica palavras familiares; Desaparece o reflexo de preensão plantar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Orientar conforme risco apresentado pela criança</li><li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Monitorar a aceitação de alimentos</li><li>• Evitar uso de chupetas</li><li>• Evitar coleito;</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>



9º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li></ul> Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência respiratória e cardíaca</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> Se criança engatinha ou anda com apoio, localiza o som (virando a cabeça), busca objetos e os leva à boca, muda posição ativamente (rola), brinca de esconde-achou, transfere objetos de uma mão para outra, senta sem apoio, reação a estranhos, duplica sílabas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li><li>• Evitar chupetas</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Brincar e conversar com o bebê, deixá-lo no chão, estimular a sentar, rolar e engatinhar ou andar com supervisão</li><li>• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>



10º mês\* (\*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li><li>• Medicações em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Frequência respiratória e cardíaca</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> pode mudar de decúbito dorsal para a posição sentada, fica em pé quando segura na mobília, pode dizer algumas palavras, imita expressões faciais, repete ações para chamar atenção e provocar risos, chora quando é chamado à atenção</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li><li>• Evitar chupetas</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Brincar e conversar com o bebê</li><li>• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônico (ver anexo 4).</li></ul>



11º mês\* (\*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li><li>• Medicações em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Frequência respiratória e cardíaca</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li><li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> fica em pé sem apoio, pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li><li>• Evitar chupetas</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Brincar e conversar com o bebê</li><li>• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>



12º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li></ul> Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Visão - teste do reflexo vermelho</li><li>• Frequência respiratória e cardíaca</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Avaliação da visão - teste do reflexo vermelho</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li><li>• Sinais, sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> fica em pé sozinho momentaneamente, tenta dar o primeiro passo sozinho, pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda, fala três a cinco palavras, demonstra emoções como ciúmes, afeição, raiva e medo, aumenta a determinação para praticar habilidades motoras. Em torno de 1 ano possui a acuidade visual de um adulto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li><li>• Evitar chupetas</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar aos cuidadores estimular palavras ao invés de gestos e abordar sobre limites</li><li>• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>



18º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li><li>• Rede de apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li><li>• Frequência respiratória e cardíaca</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar;</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (babinski até 18 meses)</li><li>• Sinais, sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> fala frases com 2 palavras, pula com ambos os pés, aponta figuras, chuta a bola, anda sozinho, corre ou sobe degraus</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Evitar chupetas, caso criança esteja em uso de chupeta, orientar o tempo limítrofe</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• Estimular gradativamente o uso do vaso sanitário</li><li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)</li></ul>




24º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li><li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li><li>• Problemas específicos da criança</li><li>• Imunizações</li><li>• Hábitos alimentares</li><li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li><li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li><li>• Atraso no desenvolvimento</li><li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li><li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li></ul> Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Comprimento</li><li>• Perímetro cefálico</li><li>• Visão - teste do reflexo vermelho</li><li>• Frequência respiratória e cardíaca</li><li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li><li>• Ausculta e palpação abdominal</li><li>• Genitais (nos meninos avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula - fimose. Caso haja, encaminhar para avaliação médica)</li><li>• Higiene oral e corporal</li><li>• Atentar para sinais, sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li><li>• <u>Marcos do desenvolvimento</u>: mostra partes do corpo, manifesta interesse por outras crianças, gosta de dançar ao som de uma música, enriquece seu vocabulário, verbaliza quando faz xixi ou cocô. Forma frases, diz seu próprio nome</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li><li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)</li><li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)</li><li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li><li>• Evitar chupetas, caso criança esteja em uso de chupeta, orientar o tempo limítrofe</li><li>• Orientar cuidados de higiene</li><li>• Evitar coleito</li><li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)</li><li>• Orientar e programar próximas vacinas</li><li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)</li><li>• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li><li>• Aconselhar para a realização de atividades físicas</li><li>• Orientar os responsáveis a incentivar a criança a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinha e também acompanhar essas atividades, com interesse e satisfação por seu aprendizado</li><li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li><li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li><li>• 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 (ver anexo 4)</li></ul>

Fonte: Adaptado de protocolo de saúde da criança de Porto Alegre, 2018 e Caxias do Sul, 2018, Brasil, 2012a, Brasil, 2018b.



## APÊNDICE 2 - Reflexos primitivos do recém-nascido.

### Busca e sucção reflexa:

<p>Ao toque da pele perioral, observa-se rotação da cabeça na tentativa de “buscar” o objeto, seguido de sucção reflexa vigorosa do mesmo.</p> <p>Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada.</p> <p>Sua ausência é sinal de disfunção neurológica grave. Deve desaparecer por volta dos <b>4 meses de vida</b>.</p>	
<b>Moro</b>	
<p>É provocado pela queda repentina da cabeça do bebê em relação ao tronco e resulta em movimento de abrir e fechar os braços.</p> <p>Evitar estimulação intensa.</p> <p>Deve desaparecer entre <b>3 a 6 meses</b> de vida.</p>	
<b>Marcha Reflexa</b>	
<p>Obtido pelo contato da planta do pé com a superfície, que resulta em marcha.</p> <p>Deve desaparecer entre a <b>1 a 2 meses</b> de vida.</p>	
<b>Tônico-Cervical Assimétrico ou Fuga à asfixia</b>	
<p>Também conhecido como reflexo do esgrimista ou reação de Magnus-Kleijn, caracteriza-se pela extensão das extremidades superior e inferior do lado para o qual a cabeça e o pescoço são virados, com flexão da extremidade superior contralateral (postura de esgrima).</p> <p>Desaparece entre <b>3 e 4 meses</b> de idade.</p>	



Preensão palmar	
<p>Indicado pela observação de flexão dos dedos ao colocar-se o dedo indicador do examinador na palma da mão da criança.</p> <p>Deve desaparecer entre <b>3 e 6 meses</b>, quando se torna um movimento voluntário.</p>	
Preensão plantar	
<p>Durante o aperto plantar, os dedos flexionam-se ao redor do dedo do examinador.</p> <p>Alterações associam-se a risco aumentado de paralisia cerebral.</p> <p>Normalmente, desaparece dos <b>6 aos 15 meses</b> de idade.</p>	
Reflexo cutâneo - plantar (sinal de Babinski)	
<p>Extensão do hálux do recém-nascido, com ou sem abertura em leque dos dedos por meio do estímulo da porção lateral do pé.</p> <p>Apresenta-se em extensão até cerca de <b>18 meses</b>.</p>	

Fonte: SBP, 2017; KOTAGAL, 2020.



### APÊNDICE 3: Processo de enfermagem na consulta do adolescente.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Envolvimento em atividades de recreação diminuídos</li><li>• Estilo de vida sedentário</li><li>• Comportamento de saúde propenso a risco</li><li>• Proteção ineficaz</li><li>• Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente</li><li>• Obesidade</li><li>• Sobrepeso</li><li>• Risco de sobrepeso</li><li>• Eliminação urinária prejudicada</li><li>• Constipação/ Risco de</li><li>• Distúrbio no padrão de sono</li><li>• Autonegligência</li><li>• Controle de impulsos ineficaz</li><li>• Comunicação verbal prejudicada</li><li>• Risco de dignidade humana comprometida</li><li>• Desesperança</li><li>• Distúrbio na identidade pessoal/ Risco de</li><li>• Distúrbio na imagem corporal</li><li>• Baixa autoestima crônica/ Risco de</li><li>• Baixa autoestima situacional/ Risco de</li><li>• Processos familiares disfuncionais</li><li>• Processos familiares interrompidos</li><li>• Risco de vínculo prejudicado</li><li>• Interação social prejudicada</li><li>• Relacionamento ineficaz/ Risco de</li><li>• Disfunção sexual</li><li>• Padrão de sexualidade ineficaz</li><li>• Síndrome do estresse por mudança</li><li>• Ansiedade</li><li>• Enfrentamento ineficaz</li><li>• Medo</li><li>• Regulação do humor prejudicada</li><li>• Tristeza crônica</li><li>• Síndrome de abstinência de substâncias aguda/ Risco de</li></ul>	<p><b>NANDA-I®</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Higiene oral (adequada/inadequada)</li><li>• Alimentação (adequada/inadequada)</li><li>• Higiene (adequada/inadequada)</li><li>• Direito de cidadania limitado</li><li>• Risco de violência</li><li>• Risco de isolamento social</li><li>• Condição nutricional (prejudicada/adequada)</li><li>• Apoio familiar (adequado/inadequado)</li><li>• Apoio social (adequado/inadequado)</li><li>• Autoimagem (positiva/negativa)</li><li>• Comunicação (adequada/inadequada)</li><li>• Processo familiar (eficaz/ineficaz)</li></ul>	<p><b>CIPE</b></p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de contraceptivo (adequado/inadequado)</li> <li>• Comportamento sexual (adequado/problemático)</li> <li>• Falta de conhecimento sobre comportamento sexual</li> <li>• Abuso de drogas</li> <li>• Conhecimento sobre abuso de drogas (suficiente/insuficiente)</li> <li>• Conhecimento sobre abuso de álcool (suficiente/insuficiente)</li> <li>• Risco de dependência de drogas</li> <li>• Risco de dependência de álcool</li> <li>• Abuso de parceiro íntimo</li> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Comportamento de busca de saúde (adequado/prejudicado)</li> <li>• Estado vacinal (adequado/inadequado)</li> <li>• Risco de gestação (gravidez), não intencional</li> </ul>	
--	--

Anamnese	Investigar/Avaliar	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionar motivo da consulta do adolescente e do responsável (quando presente)</li> <li>• Antecedentes pessoais e familiares/ vínculo/ formação familiar</li> <li>• Condições sócioeconômicas/ área de moradia</li> <li>• Hábitos de vida: sono, repouso e eliminações</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Internações prévias</li> <li>• Doenças crônicas</li> <li>• Uso de medicamentos</li> <li>• Saúde sexual e reprodutiva</li> <li>• Atividades diárias</li> <li>• Trabalho</li> <li>• Vida social</li> <li>• Situação emocional</li> <li>• Percepção da imagem corporal</li> <li>• Identificação de situações de risco</li> <li>• Vinculação escolar e <i>bullying</i></li> <li>• Investigar o uso de substâncias psicoativas</li> <li>• Riscos de violência</li> <li>• Exposição a acidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições gerais</li> <li>• Higiene pessoal</li> <li>• Saúde bucal</li> <li>• Revisão dos sistemas</li> <li>• Peso, altura, IMC e PA</li> <li>• Distúrbios eliminatórios</li> <li>• Ingesta alimentar</li> <li>• Sinais de desnutrição/ sobrepeso/ obesidade</li> <li>• Desenvolvimento puberal</li> <li>• Sinais sugestivos de gravidez ou infecção sexualmente transmissível (IST)</li> <li>• Sinais físicos de violência (hematomas, cicatrizes, etc) ou atitude sugestiva de violência verbal ou psicológica</li> <li>• Sinais sugestivos de uso/abuso de substâncias psicoativas, tais como: hálito etílico, rinite persistente, mucosa pálida ou perfuração do septo nasal, sinais de uso frequente de drogas injetáveis (flebites)</li> <li>• Atitude durante a consulta (adolescente e responsável), rejeição/aceitação</li> <li>• Alterações emocionais: depressão, ansiedade, irritabilidade, impulsividade, entre outras</li> <li>• Enfrentamento das dificuldades</li> <li>• Satisfação com sua imagem corporal</li> <li>• Vulnerabilidade social</li>   <li>• Obs. O exame físico pode ser realizado em mais de uma consulta, de acordo com a necessidade ou aceitação do adolescente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta qualificada das demandas referidas e orientação de cuidados</li> <li>• Instruir higiene bucal</li> <li>• Incentivar hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercícios físicos, atividades de lazer, educativa e cultural, entre outros)</li> <li>• Sexualidade: abordar as especificidades relativas ao gênero e à orientação sexual</li> <li>• Prevenção de IST</li> <li>• Orientar quanto às possibilidades de métodos contraceptivos</li> <li>• Orientar e atualizar calendário vacinal</li> <li>• Auxiliar na identificação dos fatores de risco nas atividades diárias e nas condutas que possam conduzir a problema iminente</li> <li>• Recomendar limitar o tempo de telas e jogos de <i>videogames</i> (ver anexo 4)</li> <li>• Prevenção de acidentes por causas externas</li> <li>• Reforçar os aspectos positivos</li> <li>• Estimular o autocuidado e o desenvolvimento da autonomia</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL**  
**Autarquia Federal - Lei nº 5.905/73**

**Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária**  
Portaria Coren-RS n.º 336/2020

ERRATA

No Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente (COREN-RS, 2020), página 65, quadro 21, coluna condutas/ intervenções de enfermagem, linhas 7 e 8 - “Anti-histamínico HI oral Loratadina”:

Onde se lê: “Crianças entre 2 e 12 anos – abaixo de 30kg: 5ml (5mg) ou 1 comprimido, 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas”;

Leia-se: “Crianças entre 2 e 12 anos – abaixo de 30kg: 5ml (5mg), 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas”.

De acordo com a ANVISA, o uso de Loratadina comprimido está indicado apenas para adultos e crianças acima de 12 anos ou com peso corporal acima de 30 kg.

Logo, a posologia indicada é:

**Adultos e crianças acima de 12 anos:** 10 mL de loratadina (10 mg) uma vez por dia. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas.

**Crianças de 2 a 12 anos: Peso corporal abaixo de 30 Kg:** 5 mL (5 mg) de loratadina uma vez por dia. Não administrar mais de 5 mL em 24 horas.

**Peso corporal acima de 30 Kg:** 10 mL (10 mg) de loratadina uma vez por dia. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas.

Porto Alegre, 23 de abril de 2021.

Thais Mirapalheta Longaray  
COREN-RS 152.625 - ENF

Fábio Meller da Motta  
COREN-RS 129.510 - ENF

Pâmela Leites de Souza Steffen  
COREN-RS 285.667 - ENF

Janilce Dorneles de Quadros  
COREN-RS 350.203 - ENF

Tainá Nicola  
COREN-RS 218.641 - ENF

Vanessa Romeu Ribeiro  
COREN-RS 122.366 - ENF

Carlice Maria Scherer  
COREN-RS 100.967 - ENF



PROTÓCOLOS DE  
ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

**SAÚDE DA MULHER**

PROTOCOLOS DE  
ENFERMAGEM  
**NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SAÚDE DA MULHER**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Protocolos de enfermagem na atenção primária à  
saúde [livro eletrônico] : saúde da mulher /  
[Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande  
do Sul]. -- Porto Alegre, RS : Conselho Regional  
de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2022.  
PDF.

Vários autores.  
ISBN 978-65-88784-02-0

1. Cuidados primários de saúde 2. Diabetes  
3. Enfermagem 4. Enfermagem - Cuidados 5. Mulheres -  
Saúde 6. Saúde da mulher 7. Serviços de atenção  
primária I. Conselho Regional de Enfermagem do Rio  
Grande do Sul.

22-127463

CDD-610.733

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à  
saúde : Ciências médicas 610.733

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## GESTÃO 2021-2023

### DIRETORIA **Presidente**

Enf<sup>a</sup> Rosângela Gomes Schneider

### **Conselheiro Secretário**

Enf<sup>o</sup> Antônio Ricardo Tolla da Silva

### **Conselheira Tesoureira**

Técnica de Enfermagem Sandra Maria Gawlinski

**CONSELHEIROS(AS) EFETIVOS(AS)** Antônio Ricardo Tolla da Silva - COREN-RS n.º 056.232 - ENF  
Cecília Maria Brondani - COREN-RS n.º 036.170 - ENF  
Fernanda Luiza Borkhardt - COREN-RS n.º 449.637 - ENF  
Fernando Brambila Mengue - COREN-RS n.º 320.424 - TE  
Nilza Lourenço da Silva - COREN-RS n.º 122.365 - TE  
Rosângela Gomes Schneider - COREN-RS n.º 042.185 - ENF  
Sandra Maria Gawlinski - COREN-RS n.º 079.040 - TE  
Sônia Regina Coradini - COREN-RS n.º 022.623 - ENF  
Ursula Adriana Sander Stüker - COREN-RS n.º 032.284 - TE

**CONSELHEIROS(AS) SUPLENTE**s Isabel Cristina Gularte, Coren-RS n° 079.577-TE  
Luciane da Silva, Coren-RS n° 105.758-ENF  
Luiz Carlos Moraes, Coren-RS n° 089.768-AE  
Maria Lúcia Pereira de Oliveira, Coren-RS n° 055.178-ENF  
Rodrigo Carollo Sulzbach, Coren-RS n° 089.085-ENF  
Rosane Mortari Ciconet, Coren-RS n° 028.465-ENF  
Vera Beatriz Rodrigues Soares, Coren-RS n° 085.042-TE  
Paulo Ricardo Santos, Coren-RS n° 098.588-TE  
Ana Amélia Antunes Lima, Coren-RS n° 0110.100-TE

PORTARIA COREN-RS **COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA**  
N.º 429/2021 **ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS**

**INTEGRANTES** Carlice Maria Scherer COREN-RS 100.967 - ENF  
Daiani Nara Lessa COREN-RS 178.023 – ENF  
Daniel Soares Tavares COREN-RS 436.129 - ENF  
Fábio Meller da Motta COREN-RS 129.510 - ENF  
Janilce Dorneles de Quadros COREN-RS 350.203 - ENF  
Pâmela Leites de Souza Steffen COREN-RS 285.667 - ENF  
Tainá Nicola COREN-RS 218.641 – ENF  
Thais Mirapalheta Longaray COREN-RS 152.625 - ENF  
Valdecir Zavarese da Costa COREN-RS 126.449 – ENF  
Vanessa Romeu Ribeiro COREN-RS 122.366 - ENF

**COORDENAÇÃO** Thais Mirapalheta Longaray  
Departamento de Fiscalização

**ORGANIZAÇÃO** Coren-RS  
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

**Formatação e revisão:**

Nicole Medeiros Leal

**Diagramação:**

Vanessa Lagemann Drehmer e Carlo Rubens Diniz Amoretti  
Setor de Comunicação e Eventos

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Exame clínico das mamas.....	147
<b>Figura 2</b> - Orientações para medição e inserção corretas do diafragma.....	151
<b>Figura 3</b> - Orientações para colocação correta do preservativo feminino.....	152
<b>Figura 4</b> - Orientações para colocação correta do preservativo masculino.....	153

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

<b>Fluxograma 1</b> - Consulta de Enfermagem frente a alterações no Exame Clínico das Mamas.....	83
<b>Fluxograma 2</b> - Manejo da amenorreia ou queixa de atraso menstrual.....	108
<b>Fluxograma 3</b> - Manejo da queixa de sangramento uterino anormal.....	109
<b>Fluxograma 4</b> - Manejo dos corrimentos vaginais.....	117
<b>Fluxograma 5</b> - Manejo das queixas urinárias.....	119
<b>Fluxograma 6</b> - Atenção às mulheres em situação de violência.....	135

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Nível de Evidência segundo o Sistema Grade.....	14
<b>Quadro 2</b> - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores.....	15
<b>Quadro 3</b> - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP.....	27
<b>Quadro 4</b> - Manejo das disfunções sexuais mais comuns.....	32
<b>Quadro 5</b> - Roteiro assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo.....	39
<b>Quadro 6</b> - Definição das categorias para elegibilidade dos métodos contraceptivos.....	42
<b>Quadro 7</b> - Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da mulher.....	43
<b>Quadro 8</b> - Síntese dos principais métodos comportamentais.....	47
<b>Quadro 9</b> - Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais.....	49
<b>Quadro 10</b> - Síntese de Métodos de barreira.....	56
<b>Quadro 11</b> - Síntese de Dispositivo Intrauterino de cobre.....	59
<b>Quadro 12</b> - Técnica de inserção do DIU de cobre.....	62
<b>Quadro 13</b> - Manejo das intercorrências mais comuns na utilização do DIU de cobre.....	66
<b>Quadro 14</b> - Manejo das manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos.....	68
<b>Quadro 15</b> - Síntese de Métodos contraceptivos definitivos.....	72
<b>Quadro 16</b> - Orientações para atuação dos enfermeiros na atenção às pessoas que exercem o sexo como profissão.....	74
<b>Quadro 17</b> - Fatores de risco para o Câncer de mama.....	77
<b>Quadro 18</b> - Recomendações para rastreamento do câncer de mama.....	79
<b>Quadro 19</b> - Interpretação de resultados de Mamografia e cuidados/Intervenções de Enfermagem no acompanhamento do rastreamento de câncer de mama.....	80
<b>Quadro 20</b> - Manejo dos problemas mais comuns na mama.....	84
<b>Quadro 21</b> - População-alvo e periodicidade para realização do exame citopatológico de colo do útero.....	87

<b>Quadro 22</b> - Indicação da vacina contra o HPV.....	89
<b>Quadro 23</b> - Recomendação para coleta de citopatológico em mulheres com situações especiais.....	90
<b>Quadro 24</b> - Consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero.....	93
<b>Quadro 25</b> - Etapas da consulta ginecológica: a coleta de exame citopatológico.....	94
<b>Quadro 26</b> - Adequabilidade da amostra do exame citopatológico do colo uterino.....	98
<b>Quadro 27</b> - Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero.....	99
<b>Quadro 28</b> - Resultados citopatológicos e condutas clínicas.....	101
<b>Quadro 29</b> - Manejo dos problemas mais comuns relacionados à menstruação.....	105
<b>Quadro 30</b> - Manejo do corrimento vaginal.....	111
<b>Quadro 31</b> - Principais manifestações clínicas do climatério e menopausa.....	120
<b>Quadro 32</b> - Manejo das manifestações clínicas mais comuns no climatério e menopausa.....	123
<b>Quadro 33</b> - Evidências de benefícios das terapias alternativas no alívio dos sintomas do climatério.....	127
<b>Quadro 34</b> - Formas de violência contra a mulher.....	129
<b>Quadro 35</b> - Sinais de alerta às situações de violência contra mulheres.....	130
<b>Quadro 36</b> - Atenção às mulheres nos diferentes ciclos de vida, adolescentes e população LGBTQIAP+ em situação de violência.....	132
<b>Quadro 37</b> - Técnica para realização do Exame Clínico das Mamas.....	146

## LISTA DE SIGLAS

- AAE** - Atenção ambulatorial especializada
- AE** - Anticoncepção de emergência
- AGC** - Células glandulares ou de origem indefinida
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Humana
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AOC** - Anticoncepcional oral combinado
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- ASC-H** - Células escamosas atípicas, não podendo afastar lesão de alto grau
- ASC-US** - Células escamosas atípicas de significado indeterminado
- ATB** - Antibiótico
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- BO** - Boletim de ocorrência
- CA** - Câncer
- CAPS** - Centros de Apoio Psicossocial à Saúde
- CAPS-AD** - Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas
- CAT** - Comunicação de Acidente de Trabalho
- CIAP-2** - Classificação Internacional de Atenção Primária
- CIPE** - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
- CNS** - Cartão Nacional de Saúde
- COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem
- COREN-RS** - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
- CP** - Citopatológico de colo uterino
- CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento
- CYP3A4** - Citocromo P450 3A4
- DE** - Diagnóstico de Enfermagem
- DIP** - Doença inflamatória pélvica
- DIU** - Dispositivo intrauterino
- DT** - Vacina Difteria e Tétano
- DTPA** - Vacina Difteria, tétano e *pertussis* acelular
- ECM** - Exame clínico das mamas
- EQU** - Exame qualitativo de urina
- FSH** - Hormônio folículo estimulante
- GRADE** - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*
- HA** - Hipertensão Arterial

**HDL** - *High Density Lipoproteins* ou Lipoproteínas de alta densidade

**HIV** - Vírus da imunodeficiência humana

**HPV** - Papilomavírus humano

**HSIL** - Lesão intraepitelial de alto grau

**IMC** - Índice de massa corporal

**INCA** - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

**IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis

**ITU** - Infecções do trato urinário

**JEC** - Junção escamo-colunar

**LAM** - Método da lactação e amenorreia

**LDL** - *Low Density Lipoproteins* ou Lipoproteínas de baixa densidade

**LGBTQIAP+** - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais e Pansexual +

**LH** - Hormônio luteinizante

**LSIL** - Lesão intraepitelial de Baixo Grau

**LT** - Laqueadura tubária

**MEDLINE** - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

**MMG** - Mamografia

**NANDA-I** - *North American Nursing Diagnosis Association International*

**NASF-AB** - Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PE** - Processo de Enfermagem

**PEP** - Profilaxia Pós-Exposição

**PICS** - Práticas integrativas e complementares

**PNI** - Programa Nacional de Imunizações

**PrEP** - Profilaxia Pré-Exposição

**PTS** - Projeto Terapêutico Singular

**RAS** - Redes de Atenção à Saúde

**RS** - Rio Grande do Sul

**RX** - Raio X

**SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SOAP** - Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TARV** - Terapia Antirretroviral

**TEP** - Tromboembolismo pulmonar

**TRG** - Teste rápido de gravidez

**TRH** - Terapia de reposição hormonal

**TVP** - Trombose Venosa Profunda

**US** - Ultrassonografias

**VO** - Via oral

## SUMÁRIO

<b>ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS</b> .....	14
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	23
<b>1 INTRODUÇÃO - CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> .....	24
<b>2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b> .....	26
<b>3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE</b> .....	29
3.1 MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS RELACIONADAS À SEXUALIDADE.....	31
<b>4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO</b> .....	38
4.1 CATEGORIAS DA OMS PARA ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	41
4.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DA MULHER <i>VERSUS</i> MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	42
4.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	46
4.3.1 Métodos Comportamentais.....	46
4.3.2 Métodos Hormonais.....	48
4.3.3 Métodos de Barreira.....	55
4.3.4 Dispositivo Intrauterino – DIU.....	58
4.3.5 Manifestações mais comuns no uso de métodos contraceptivos reversíveis.....	68
4.3.6 Métodos contraceptivos definitivos.....	71
4.4 INFERTILIDADE.....	73
4.5 ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS PESSOAS QUE EXERCEM O SEXO COMO PROFISSÃO.....	74
<b>5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA</b> .....	76
5.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	77
5.2 PROBLEMAS MAIS COMUNS NA MAMA.....	82
<b>6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO</b> .....	86
6.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE ÚTERO.....	92
6.2 EXAME CITOPATOLÓGICO.....	94
6.3 ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA DO EXAME CITOPATOLÓGICO.....	97
6.4 PROBLEMAS MAIS COMUNS DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	99
<b>7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS COMUNS</b> .....	104
7.1 MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUACÃO.....	104
7.2 MANEJO DOS CORRIMENTOS VAGINAIS.....	110
7.3 MANEJO DAS QUEIXAS URINÁRIAS.....	118

<b>8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA</b> .....	120
8.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	121
8.2 MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	122
8.3 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	126
8.4 TERAPIAS ALTERNATIVAS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	127
<b>9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA</b> .....	128
9.1 CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	128
9.2 INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI.....	136
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	137
ANEXO 1 - Técnica ilustrada para exame clínico das mamas.....	146
ANEXO 2 - Ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais.....	148
ANEXO 3 - Perguntas a serem feitas para avaliar a intensidade da perda de sangue durante a menstruação.....	150
APÊNDICE 1 - Orientações para colocação dos métodos de barreira.....	151

## ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

Evidências são informações cientificamente fundamentadas que justificam ações propostas para a assistência, as quais devem associar-se à experiência profissional, considerando valores, crenças e preferências do paciente, além da organização da rede de Atenção à Saúde para a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2010). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades locorregionais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

Para a estratégia de busca por evidências científicas, foram utilizados os descritores específicos nas bases de dados eletrônicas: *BMJ Best Practice*, *UptoDate*, *MEDLINE*, *Scielo* e *TelessaúdeRS*. Posteriormente, elaborou-se uma síntese com a descrição das fontes de dados, descritores, algoritmos empregados e nível de evidência de acordo com o sistema de classificação *Grade – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (BRASIL, 2015).

**Quadro 1 - Nível de Evidência segundo o Sistema GRADE**

Nível de evidência	Legenda*	Fonte de informação
Alto ++++	A	Qualidade de evidência e confiança altas. Resultados provenientes de ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
Moderado +++●	B	Qualidade de evidência e confiança moderadas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações leves, como imprecisão nas estimativas ou vieses no delineamento do estudo; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
Baixo ++●●	C	Qualidade de evidência e confiança baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses.
Muito Baixo +●●●	D	Qualidade de evidência e confiança muito baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

\*Os quatro domínios do sistema GRADE foram legendados de A a D para fins de facilitar a aproximação e compreensão do leitor na interpretação da qualidade das evidências.

Fonte: Adaptado de GRADE, 2014; Brasil, 2014.

**Quadro 1 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (A)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Uptodate SciELO	Anorgasmia Disfunções sexuais	Apenas as intervenções psicossociais são opções para o tratamento do transtorno orgástico feminino. O tratamento com masturbação deve ser a terapia de primeira linha. Nenhum medicamento mostrou eficácia para o distúrbio nas evidências disponíveis.	<b>C</b> <b>Baixo</b>
BMJ Ministério da Saúde Uptodate Medline Cochrane	Menopausa Dispareunia Atrofia urogenital Estrogenização local para coleta CP no climatério e na pós-menopausa Ressecamento vaginal	Recomendar o <b>uso de lubrificante vaginal aquoso</b> para todas as mulheres. Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo para mulheres climatéricas/menopausadas, prescrever <b>Estriol* creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, via vaginal por 21 dias</b> e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses.	<b>A</b> <b>Alto</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Rastreamento do câncer de mama	Recomenda-se <b>o rastreamento com mamografia</b> em mulheres com idade entre <b>50 e 69 anos</b> ;	<b>B</b> <b>Moderado</b>
	Mamografia	Recomenda-se <b>contra</b> o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos ou com idade a partir de 70 anos;	<b>A</b> <b>Alto</b>
	Ultrassonografia	Recomenda-se <b>periodicidade bianual do rastreamento com mamografia</b> nas faixas etárias recomendadas;	<b>C</b> <b>Baixo</b>
	Exame clínico das Mamas	Há ausência de recomendação para a realização do Exame clínico das mamas como método de rastreamento: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto;	
	Autoexame das mamas	Ausência de recomendação para a realização da ultrassonografia mamária como método de rastreamento, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia;	
Ministério da Saúde UptoDate	Mastalgia sem febre	Recomenda-se <b>contra</b> o ensino do Autoexame das mamas como método de rastreamento do câncer de mama.  Prescrever <b>Paracetamol 500 mg</b> , 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias <b>OU</b> <b>Ibuprofeno 600 mg</b> , 1 comprimido via oral de 8/8 h por 3 a 5 dias.	<b>B/C</b> <b>Baixo a moderado</b>  <b>C</b> <b>Baixo</b>

\*Contraindicado em mulheres com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (B)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Instituto Nacional de Câncer	Rastreamento do câncer de colo de útero	<p>Recomenda-se o rastreamento com exame citopatológico do útero em mulheres com <b>idade entre 25 e 64 anos</b>, que já tiveram ou têm atividade sexual;</p> <p>O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado;</p>	<p><b>A Alto</b></p> <p><b>D Muito baixo</b></p>
	Amostra insatisfatória	<p>O exame deve ser <b>repetido em 6 a 12 semanas</b> com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório;</p> <p>Esfregaços normais <b>somente com células escamosas</b> em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos;</p>	<p><b>A Alto</b></p> <p><b>B Moderado</b></p>
	Qualidade da amostra	<p>O exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical e da ectocérvice;</p>	<p><b>A Alto</b></p>
	Rastreamento em gestantes e em mulheres na pós-menopausa	<p>Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres;</p>	<p><b>A Alto</b></p>
	Mulheres submetidas à histerectomia total	<p><b>Por lesões benignas</b>, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais; Em casos de histerectomia por <b>lesão precursora ou câncer do colo do útero</b>, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada;</p>	<p><b>A Alto</b></p>
	Mulheres sem história de atividade sexual	<p>Não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero;</p>	<p><b>D Muito baixo</b></p>
	Mulheres imunossuprimidas	<p>O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos <b>semestrais</b> no primeiro ano e, se normais, manter <b>seguimento anual</b> enquanto se mantiver o fator de imunossupressão; Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.</p>	<p><b>B Moderado</b></p>

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (C)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
	Resultado citologia oncótica	Seguir a rotina de rastreamento citológico;	A Alto
	Dentro dos limites da normalidade	Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, tratar conforme a queixa apresentada. Ausência de queixa, não há necessidade de tratamento ou repetição do exame citopatológico;	A Alto
	Inflamação sem identificação de agente	Seguir a rotina de rastreamento citológico;	D Muito baixo
	Atrofia com inflamação	Seguir a rotina de rastreamento citológico. Se sintomatologia, deve ser abordada conforme diretriz específica;	A Alto
	Achados microbiológicos (Lactobacillus sp.; Cocos; Outros Bacilos)	Mulher com 30 anos ou mais será a repetição do exame em <b>seis meses</b> ;	A Alto
	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas	Mulheres com < 30 anos, a repetição do exame em <b>12 meses</b> ;  Se resultado da citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para <b>colposcopia</b> ;	A Alto  B Moderado
	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	<b>Todas as mulheres</b> com laudo citopatológico de <b>ASC-H</b> devem ser encaminhadas para uma unidade de referência para <b>colposcopia</b> ;	A Alto
Instituto Nacional de Câncer	Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), possivelmente não neoplásicas ou células glandulares AGC quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	<b>Todas as mulheres</b> com laudo citopatológico de <b>AGC</b> devem ser encaminhadas para <b>colposcopia</b> ;	A Alto
	Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou células atípicas de origem indefinida, quando não se pode afastar lesão de alto grau		
	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau	Mulheres com o diagnóstico citológico de <b>células atípicas de origem indefinida</b> devem ser encaminhadas para a <b>unidade secundária</b> para investigação;	A Alto
	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau		
	Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor ou Adenocarcinoma in situ e invasor	Repetir o exame citopatológico em <b>seis meses</b> . Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for <b>positiva</b> , encaminhar à unidade de referência para <b>colposcopia</b> . Em <b>gestantes</b> qualquer abordagem diagnóstica deve ser feita após <b>três meses do parto</b> ;	A Alto
		Encaminhar à unidade de referência para realização de <b>colposcopia</b> ;	A Alto
		Encaminhar à unidade de referência para realização de <b>colposcopia</b>	A Alto

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (D)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
TelessaúdeRS-UFRGS UptoDate	Inspeção visual do colo uterino	Não é recomendado realizar a inspeção visual com ácido acético ou solução de Lugol (Teste de Schiller) onde houver disponibilidade do exame citopatológico do colo do útero, que é considerado o método padrão-ouro para o rastreamento de câncer de colo uterino.	<b>C</b> <b>Baixo</b>
Ministério da Saúde UptoDate SciELO	Dismenorreia	<p>Recomendar aplicação de calor local para todas as mulheres com dismenorreia;</p> <p>Prescrever <b>Ibuprofeno 600 mg</b>, 1 comprimido via oral de 8/8 horas, no início dos sintomas e por até 3 dias durante a menstruação</p> <p><b>OU</b></p> <p><b>Paracetamol 500 mg</b>, 1 comprimido via oral de até 6/6 horas;</p> <p>Para mulheres com dismenorreia que desejam contracepção, considerar uso de método anticoncepcional hormonal.</p>	<b>C</b> <b>Baixo</b>
	Sangramento uterino anormal Adolescente	<p>Adolescentes com sangramento uterino anovulatório leve e sem desejo de contracepção, sugere-se observar o quadro;</p> <p>Adolescentes com sangramento uterino sem anemia e desejo de contracepção, considerar iniciar terapia hormonal.</p>	<b>C</b> <b>Baixo</b>

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (E)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate SciELO	Climatério	Mudanças simples no estilo de vida e mudanças comportamentais, como manter a temperatura corporal central baixa, costumam ser adequadas para controle dos sintomas;	<b>C</b> <b>Baixo</b>
	Abordagem não farmacológica		
	Atividade física	A prática regular de atividade física contribui para a redução na severidade e na frequência das ondas de calor, para a preservação da massa muscular e da flexibilidade articular, para a melhora do humor, aumento da densidade mineral óssea, diminuição da frequência cardíaca de repouso, melhora do perfil lipídico e redução dos níveis pressóricos;	<b>B/C</b> <b>Baixo a Moderado</b>
	Acupuntura	A acupuntura pode conferir benefícios na redução da severidade das ondas de calor, da sudorese e insônia a curto prazo;	<b>B</b> <b>Moderado</b>
	Ioga	A ioga pode ser eficiente na redução dos sintomas climatéricos, especialmente, nos sintomas psicogênicos e de insônia;	<b>A/ B</b> <b>Moderado</b>
	Fitoterapia	O uso de fitoterápicos como soja, valeriana e melissa podem ser utilizados como tratamento de primeira linha em mulheres com sintomas vasomotores leves e moderados a curto prazo.	<b>A/D</b> <b>Muito baixo a Alto</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Abordagem farmacológica no climatério	A maioria das mulheres com menos de 60 anos e menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas moderados a graves associados ao prejuízo na qualidade de vida, são candidatas à terapia hormonal e devem ser encaminhadas à consulta médica.	<b>B</b> <b>Moderado</b>
	Terapia de reposição hormonal		

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (F)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate	Abordagem farmacológica no climatério  Terapia de reposição hormonal	A maioria das mulheres com menos de 60 anos e menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas moderados a graves associados ao prejuízo na qualidade de vida, são candidatas à terapia hormonal e devem ser encaminhadas à consulta médica.	<b>B Moderado</b>
BMJ UptoDate	Osteoporose  Menopausa	Medidas de estilo de vida devem ser adotadas universalmente para reduzir a perda óssea em mulheres na pós-menopausa, incluindo: dieta rica em cálcio e vitamina D, exercícios, parar de fumar, aconselhamento sobre prevenção de quedas e evitar o consumo excessivo de álcool.	<b>B Moderado</b>
PubMed Ministério da Saúde	Vaginose citolítica  Citólise de Döderlein	Prescrever banho de assento com <b>bicarbonato de sódio</b> (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras de água morna e 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio (15 a 30 g), 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas.	<b>B Moderado</b>
		Orientar sobre adequada higiene vaginal com sabonete neutro e mudanças comportamentais que podem ter algum benefício para as mulheres, como: uso de lubrificantes tópicos à base de água e sem fragrância, preferir uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas, evitar o uso frequente de roupas apertadas e de absorventes diários;	<b>D Muito Baixo</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Candidíase vaginal	<p><b>Tratamento de primeira escolha:</b> Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias;</p> <p><b>Segunda escolha:</b> Fluconazol 150 mg, VO, dose única;</p> <p><b>Gestantes e nutrizes:</b> Realizar tratamento apenas por via vaginal. O tratamento via oral está contraindicado;</p> <p><b>Candidíase vulvovaginal recorrente:</b> Em caso de 4 ou mais episódios em um ano, prescrever Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, a cada 72 h OU Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia.</p>	<b>B/C Baixo a Moderado</b>

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (G)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate	Vaginose bacteriana	<b>Tratamento de primeira escolha (incluindo gestantes e nutrizes):</b> Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias;	<b>A Alto</b>
	<i>Gardnerella vaginalis</i>	<b>Segunda escolha:</b> Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias;  <b>Vaginose bacteriana recorrente:</b> Em caso de recorrência sintomática de 30 a 90 dias (considerando até 9 meses) após o tratamento inicial, prescrever Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10 a 14 dias;  - Não recomendar tratamento para as parcerias sexuais como rotina.	<b>B Moderado</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Tricomoniase	<b>Tratamento de primeira escolha:</b> Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (2 g);  <b>Segunda opção, gestantes e nutrizes:</b> Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias.	<b>C Baixo</b>
BMJ LILACS Ministério da Saúde UptoDate	Cistite Disúria Infecção do trato urinário (ITU) Pielonefrite	A investigação clínica das queixas urinárias deve ser baseada fundamentalmente na anamnese e no exame físico, não sendo necessário na maioria dos casos a realização de exames complementares;  São indicações para solicitação de Exame qualitativo de urina e urocultura para confirmação diagnóstica: persistência dos sintomas após 48 h de tratamento; suspeita de ITU recorrente; história de tratamento recente; sintomas há mais de 7 dias; idade acima de 65 anos; diabetes; gestantes; imunossuprimidas; Iniciar tratamento empírico de primeira linha para ITU não complicada com <b>sulfametoxazol + trimetropina</b> (800 mg + 160 mg), 01 cp de 12/12 h por 3 dias OU <b>nitrofurantoína**</b> 100 mg, 01 cp. de 6/6 h por 5 a 7 dias.	<b>C Baixo</b>

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (H)**



Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
BMJ	Dor pélvica de origem ginecológica	<p>Tratamento de primeira escolha:</p> <p>Prescrever <b>Ibuprofeno: 400-800 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia.</b></p>	<p><b>A/B</b></p> <p><b>Alto a Moderado</b></p>

- \*(A) Qualidade de evidência Alta. Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.
- (B) Qualidade de evidência Moderada. Há confiança moderada no efeito estimado.
- (C) Qualidade de evidência Baixa. A confiança no efeito é limitada.
- (D) Qualidade de evidência Muito Baixa. A confiança na estimativa de efeito é muito limitada e há importante grau de incerteza nos achados.

\*\* Quando há disponibilidade da nitrofurantoína de liberação lenta (mono-hidratada) a posologia recomendada passa a 100 mg de 12/12 horas.

## APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pois constitui a principal porta de entrada do sistema de saúde e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde perpassam pela valorização e atuação dos enfermeiros neste nível de atenção. Historicamente, a Enfermagem vem contribuindo na efetivação dos princípios do SUS e na consolidação da APS, tendo papel de destaque na melhoria dos níveis de saúde das pessoas e comunidades. O perfil de gestão, cuidado e integralidade da enfermagem caracteriza uma profissão estratégica no enfrentamento de diversas condições e agravos no âmbito da saúde pública. A execução de uma prática clínica desse profissional de forma autônoma e em seus preceitos éticos e legais, exige o rompimento de paradigmas, abordagens inovadoras e instrumentos que embasam o seu fazer, como os protocolos assistenciais de Enfermagem.

A utilização de protocolos de Enfermagem está de acordo com o contexto internacional para o aumento da resolutividade da atuação do enfermeiro, pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. Nesta perspectiva, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN-RS n.º 85/2019, o regramento da **Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária**, composta por profissionais de Enfermagem com experiência e conhecimento técnico, cuja finalidade é a construção e implementação de protocolos de enfermagem para o estado do Rio Grande do Sul.

O **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Mulher** integra o grupo de publicações do COREN-RS para orientação das consultas de Enfermagem, para atendimento das principais necessidades e condições de saúde na RAS. Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal n.º 7.498/1986 e Decreto n.º 94.406/1987, os quais regulamentam o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução COFEN n.º 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo Enfermeiro.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção à saúde da mulher. Ressalta-se a necessidade de considerar para além de suas diretrizes, as especificidades locais, bem como as singularidades de cada usuário para a tomada de decisão. O conteúdo poderá ser assumido na íntegra ou adaptado às diferentes realidades municipais, configurando-se como protocolo institucional.

*“O empoderamento feminino é construído em conjunto com outras mulheres!”*

Marianna Moreno

## 1 INTRODUÇÃO

### CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO RIO GRANDE DO SUL

*Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>1</sup>*  
*Janilce Dorneles de Quadros<sup>2</sup>*  
*Vanessa Romeu Ribeiro<sup>3</sup>*  
*Tainá Nicola<sup>4</sup>*  
*Thais Mirapalheta Longaray<sup>5</sup>*  
*Fábio Meller da Motta<sup>6</sup>*  
*Carlice Maria Scherer<sup>7</sup>*  
*Daniel Soares Tavares<sup>8</sup>*

As mulheres representam a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas públicas para a saúde da mulher têm evoluído conforme as diferentes dimensões dos direitos humanos, de cidadania, de direitos sexuais e reprodutivos, bem como de concepções de cuidado para uma atenção integral à saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida (BRASIL, 2016).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações preconizadas a esse público-alvo incluem ações de planejamento sexual e reprodutivo, ações para redução de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, tais como os cânceres de colo de útero e de mama, manejo das queixas ginecológicas mais comuns e ações de enfrentamento à violência contra a mulher (BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020). Nacionalmente, essas ações estão em processo constante de consolidação e devem focar além da mulher em si, a família e a comunidade, considerando a sua realidade (BRASIL, 2016).

O Rio Grande do Sul (RS) possui 5.840.501 mulheres, destas, 55,1% na faixa etária de 10 a 49 anos, consideradas em idade reprodutiva. Dentre as faixas etárias preconizadas como população-alvo para rastreamento dos cânceres de mama e de útero, o RS registra, respectivamente, 1.381.992 mulheres (23,7%) com 50 a 69 anos e 3.178.556 (54,4%) com 25 a 64 anos (DEE, 2019). Esses grupos etários suscitam especial atenção das equipes de APS, diante da necessidade de esforços para redução da mortalidade por esses cânceres, uma vez que, o diagnóstico e tratamento precoces nas fases iniciais da doença são decisivos para a cura e na expectativa de vida dessas mulheres (BRASIL, 2016; SES-RS, 2020).

Mundialmente, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres e está relacionado ao maior

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

<sup>6</sup> Enfermeiro. Especialista. Coren-RS

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio.

<sup>8</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. SMS de Porto Mauá.

número de óbitos por câncer nesta população (INCA, 2019a).

No RS, em 2019, foram registrados 3.684 casos de neoplasia maligna de mama, posicionando o estado como o de maior número de casos da região Sul do país e em quarto lugar no ranking dos estados brasileiros (DATASUS, 2019). Por sua vez, o câncer de colo do útero é a quarta neoplasia mais incidente no sexo feminino na região Sul do Brasil, com 1.352 casos de neoplasia maligna notificados em 2019 (DATASUS, 2019; INCA, 2019a). Em relação à mortalidade por esses tipos de câncer, o RS apresentou nesse mesmo ano, 408 óbitos por câncer de colo de útero e 1.420 óbitos por câncer de mama (INCA, 2019b).

Outro desafio intersetorial torna-se cada vez mais expressivo na realidade brasileira - a violência de gênero. Apesar de recomendações internacionais para a constituição de redes efetivas de proteção à mulher, nem todos os países assumem essas medidas como prioridade. Reflexo disso, em 2019, o Brasil teve 1.326 vítimas de feminicídio. As vítimas, em sua maioria, eram negras, possuíam entre 20 e 39 anos e foram mortas pelo companheiro ou ex-companheiro. Dados referentes à violência doméstica apontam, ainda, para um registro de agressão a cada 2 minutos, bem como de violência sexual, com um registro a cada 8 minutos (FBSP, 2020).

Do mesmo modo, o território gaúcho é o quarto estado com maior número de ocorrências de lesão corporal em pessoas do sexo feminino e com maior número de vítimas de feminicídios. O RS encontra-se, também, entre os estados brasileiros com as maiores taxas, por 100.000 habitantes, de estupros de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos (18,5-34,6/100.000). Esses dados, mesmo que significativos, apresentam interferência de uma realidade substancial de subnotificação e de falta de denúncias nos canais oficiais para esse fim (FBSP, 2020).

Cabe ressaltar que homens transexuais (pessoas que tiveram o sexo feminino ao nascer, mas que se identificam com o masculino no espectro de gênero), travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero, necessitam do mesmo cuidado indicado à população feminina, com garantia de acesso, assistência integral e atenção a todas as suas necessidades, sem qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 2019).

Diante do exposto, o papel do Enfermeiro é fundamental no acolhimento e assistência das mulheres que buscam os serviços de APS diariamente. A prática baseada em evidências, proposta por este protocolo, integrada ao trabalho em equipe multidisciplinar, aos princípios do SUS e aos atributos da APS, busca contribuir com a construção de uma atenção à saúde da mulher universal e pautada por uma assistência segura, integral e ética (BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019).

## 2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), para ser realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução COFEN n.º 358/2009. As etapas do PE estão descritas a seguir:

- **Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- **Planejamento de Enfermagem:** determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- **Implementação:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- **Avaliação de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e também de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O PE se baseia num suporte teórico que visa direcionar a prática profissional mediante valores e referenciais propostos. O alinhamento das práticas de enfermagem, a partir dos pressupostos de uma teoria, garante coerência, determina a finalidade da assistência e possibilita a implementação de cuidados efetivos, eficientes e seguros, com foco no usuário (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Conforme Tannure e Pinheiro (2019), as teorias podem ser entendidas como um conjunto de informações sistemáticas, associadas a questões importantes de uma profissão, e ressaltam que a falta de uma teoria para orientar a assistência “favorece a aplicação do processo de enfermagem pautado no modelo biomédico; o que, por sua vez, pode fazer com que demandas apresentadas pelos usuários não sejam supridas em sua totalidade” (p. 03).

Na consulta de enfermagem na APS, estão previstos solicitação de exames de rotina e complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores de todas as esferas governamentais. Tais ações estão presentes também na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Essas práticas estão fundamentadas na Lei n.º 7.498/1986 e no Decreto n.º 94.406/1987, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem

e na Resolução COFEN n.º 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares.

Os registros de enfermagem são parte integrante do PE e imprescindíveis no processo do cuidado, na medida em que possibilitam a comunicação da equipe de saúde, conferem visibilidade e valorização ao trabalho da enfermagem, assim como respaldo técnico e legal. Estão regulamentados conforme Resolução COFEN n.º 514/2016, a qual aprova o Guia de recomendações para o registro de Enfermagem; Resolução COFEN n.º 429/2012, que 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; e Decisão COREN-RS n.º 53/2016, que normatiza os registros de enfermagem no estado do Rio Grande do Sul.

Para registro da consulta de enfermagem no prontuário, recomenda-se que o processo de enfermagem seja documentado por meio da utilização dos campos 'Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)' e uso de taxonomias específicas de Enfermagem reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) e a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

Além das taxonomias de enfermagem, no prontuário eletrônico e-SUS APS é necessária a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) para construção/atualização da Lista de Problemas, que se caracteriza como uma ferramenta de registro multiprofissional. Os sistemas padronizados de registro contribuem de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais e a obtenção de dados clínicos sob a ótica da longitudinalidade e do olhar integral em saúde (COREN-SC, 2017; MENDES, 2019).

### Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM
<b>S - SUBJETIVO</b>	Informação colhida na entrevista, problema relatado	Histórico de enfermagem
<b>O - OBJETIVO</b>	Dados do exame físico, exames	Histórico de Enfermagem – Exame físico
<b>A - AVALIAÇÃO</b>	Avaliação dos Problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem
<b>P - PLANO</b>	Implementação	Intervenções de Enfermagem Avaliação de Enfermagem

Fonte: Adaptado Florianópolis (2020).

A Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I possibilita uma maneira de classificar e categorizar condições de saúde e agravos em sua prática (NANDA-I, 2021-2023). A utilização da NANDA-I é apropriada para o planejamento do cuidado, pois possibilita documentação clínica, facilita a comunicação adequada entre os profissionais e a integração de dados em sistemas de registro.

A CIPE é um instrumento que provê dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. Consolida-se como um sistema capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro (COREN-SC, 2017).

Em consonância com o Parecer Técnico COREN-RS n.º 19/2016, a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias de acordo com a sua categoria profissional.

Diante disso, a atenção à saúde da mulher abordada neste protocolo consiste, entre outros, na assistência de Enfermagem na sexualidade, no planejamento reprodutivo, na prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama, frente às queixas ginecológicas mais comuns e na atenção à mulher em situação de violência. Essas ações constituem-se em orientações para a construção do plano de cuidados, devendo ser realizadas em consultas de Enfermagem na unidade de saúde, em visitas domiciliares e/ou em atenção compartilhada a grupo (BRASIL, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Ao longo dos capítulos serão apresentados os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem utilizados na atenção à saúde da mulher na APS. Cabe ressaltar que estes não se esgotam nas propostas deste protocolo, mediante às demais dimensões que podem ser trabalhadas frente às necessidades em saúde identificadas.

### 3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE

*Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>9</sup>*

*Janilce Dorneles de Quadros<sup>10</sup>*

*Vanessa Romeu Ribeiro<sup>11</sup>*

*Tainá Nicola<sup>12</sup>*

*Thais Mirapalheta Longaray<sup>13</sup>*

Nas últimas décadas, a sociedade tem experienciado uma época de gradativa superação e desconstrução de muitas normas, mitos e tabus em relação à sexualidade, com estímulo à expansão do desejo sexual e à busca da liberdade individual. Entretanto, apesar da importância que esse tema assume no mundo moderno, persistem dificuldades relacionadas ao despreparo das equipes de APS para uma prática assistencial holística que aborde a sexualidade em sua integralidade (GARCIA; LISBOA, 2012).

Este déficit de conhecimento dos profissionais resulta, principalmente, da centralização do modelo de atenção nos aspectos biológicos da sexualidade, permeado por posturas de omissão, iatrogenias e necessidade de impor valores ao usuário. Para modificar esse contexto, o Enfermeiro tem grande potencial de atuação, tendo em vista o volume de contatos que possui com as mulheres na rede básica de saúde, em que, durante as consultas de prevenção do câncer de mama e útero, de pré-natal ou ainda de planejamento reprodutivo, é comum o aparecimento de queixas relacionadas à sexualidade e gênero (GARCIA; LISBOA, 2012). Ainda destaca-se que o enfermeiro possui autonomia para atuar na atenção ao Planejamento Familiar e Reprodutivo, conforme dispõe a Resolução COFEN n.º 690/2022.

Logo, a consulta de enfermagem na atenção à saúde sexual deve ser multidimensional nas diferentes etapas do ciclo vital, envolvendo para além dos aspectos biológicos, também os aspectos sociais, culturais e psicológicos, com vistas ao empoderamento feminino e à autonomia sobre seus corpos e suas vidas (GARCIA; LISBOA, 2012; BRASIL, 2016; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). Para que isso seja possível, o Enfermeiro precisa dotar-se de um profundo respeito ético em relação à sexualidade do outro, estabelecendo vínculo e atuando como agente facilitador e promotor de reflexão para o fato de que não existe um padrão a ser seguido, e sim, uma mulher única, com sua cultura e sua história de vida, que vai expressar de maneira singular, a sua sexualidade (GARCIA; LISBOA, 2012; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

Diante disso, o roteiro abaixo visa instrumentalizar o enfermeiro para uma conversa sobre sexualidade, seja em ambiente de uma consulta de enfermagem individual, seja para momentos de

<sup>9</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>10</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>11</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

<sup>12</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>13</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

atenção compartilhada a grupo de mulheres (BRASIL, 2013; GARCIA; LISBOA, 2012; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017):

- Indagar e escutar com empatia e respeito o significado da sexualidade para a mulher, incluindo sua relação com a subjetivação e o reconhecimento do próprio corpo;
- Identificar potencialidades e fragilidades na vivência plena de sua sexualidade, abordando crenças, contradições, tabus, paradigmas, traumas e anseios/medo nesse processo;
- Conduzir e estimular o processo de autoconhecimento e autocuidado de forma ativa, não julgadora, em uma perspectiva de parceria e horizontalidade na construção desse conhecimento;
- Esclarecer e ilustrar com materiais didáticos ginecológicos, quando necessário, sobre anatomia do aparelho reprodutor feminino e masculino, zonas erógenas e resposta sexual humana;
- Abordar aspectos de autoerotização e masturbação (ressignificando a estimulação dos genitais pela mulher, que, culturalmente, ainda é encarada como fonte de culpa e vergonha, e não de satisfação), com objetivo de reforçar ou resgatar seu potencial sexual e, conseqüentemente, seu potencial de saúde, uma vez que, é imprescindível que a mulher saiba se dar prazer para poder obter prazer ao se relacionar com outro;
- Promover a compreensão da diferença entre a sexualidade e a saúde reprodutiva, em que, apesar de interligadas culturalmente e nas políticas públicas, a sexualidade vai além do ato sexual ou dos órgãos genitais, não se restringindo ou limitando a isso;
- Garantir o acesso ao planejamento reprodutivo e para a proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis no exercício da sexualidade;
- Atentar para a identificação e manejo adequado de doenças ou condições que possam interferir na saúde sexual da mulher como doenças ginecológicas, urológicas e doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão arterial, diabetes, entre outras.

Salienta-se que os aspectos abordados acima não se esgotam aqui, considerando a abrangência de possibilidades de reflexões e práticas de cuidado em saúde para mulheres na APS. Além disso, muitas vezes durante as consultas de enfermagem em planejamento reprodutivo, pré-natal ou preventivo de câncer de colo uterino e de mama, torna-se impraticável trabalhar as queixas e questões sexuais, conforme demandas e disponibilidade de tempo do profissional e da usuária. Portanto, sempre que possível e oportuno, o Enfermeiro deve fazer um breve esclarecimento para a mulher e agendá-la para uma nova consulta, exclusivamente para tratar das questões sexuais, com a disponibilidade de tempo necessária (GARCIA; LISBOA, 2012; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

### 3.1 MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS RELACIONADAS À SEXUALIDADE

As diferentes fases de vida da mulher, da puberdade ao climatério e menopausa, suscitam necessidades específicas de atenção, e, conseqüentemente, a possibilidade de surgimento de diferentes queixas. As queixas mais frequentes relacionadas a transtornos da sexualidade referem-se à “frigidez”, dispareunia, vaginismo, anorgasmia e inadequação sexual (GARCIA; LISBOA, 2012). Apesar de não ser frequente e ser classificado como um transtorno de saúde mental, o comportamento sexual compulsivo também pode apresentar-se como uma queixa relacionada à sexualidade em consultas de rotina, cuja identificação precoce e abordagem adequada pelo Enfermeiro pode ter grande impacto na qualidade de vida dessa mulher (SILVA *et al.*, 2020).

As disfunções sexuais podem ser classificadas em: primárias, ou seja, sempre existiram para a mulher; secundárias, quando passaram a ocorrer depois de determinado período/evento; ou situacionais, quando só ocorrem em determinadas condições. Nesse sentido, é fundamental que o Enfermeiro investigue e classifique toda e qualquer queixa sexual para determinar a melhor conduta a ser tomada, de forma integral, resolutiva e contínua (GARCIA; LISBOA, 2012; BRASIL, 2016).

O quadro abaixo apresenta os principais conceitos e manejo das disfunções sexuais mais comuns na APS. Cabe ressaltar que, muitas vezes, é difícil diferenciar as disfunções sexuais isoladamente ou entre si, já que grande parte dos transtornos sexuais possui origem psicogênica. Logo, uma abordagem holística e com foco nas necessidades em saúde da mulher, para além de seu diagnóstico, deve ser a intervenção prioritária da consulta de enfermagem (GARCIA; LISBOA, 2012; BRADFORD, 2020).

#### Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<p>Conhecimento deficiente; Conforto prejudicado; Dor aguda; Baixa autoestima situacional / Risco; Disfunção sexual; Padrão de sexualidade ineficaz; Síndrome do trauma de estupro; Ansiedade; Sentimento de impotência; Sofrimento moral.</p>
CIPE	<p>Ansiedade; Autoimagem, Negativa; Baixa autoestima; Comportamento Sexual, Eficaz / Prejudicado; Comportamento, Compulsivo; Crença Cultural, Conflituosa; Crença Religiosa, Conflituosa; Desconforto; Desempenho Sexual, Eficaz / Prejudicado; Dispareunia; Dor (grau); Falta de Confiança; Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual; Risco de Baixa Autoestima, Situacional; Tabu; Trauma do estupro; Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro).</p>

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>FRIGIDEZ</b></p> <p>Falta de desejo sexual ou desejo sexual hipotivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fatores hormonais:</b> baixos níveis de dopamina e /ou altos níveis de serotonina, hipo ou hipertireoidismo, hiperprolactinemia, baixo nível de testosterona;</li> <li>- <b>Uso de medicamentos:</b> antidopaminérgicos, alfametildopa, antiandrogênicos, serotoninérgicos, tranquilizantes;</li> <li>- <b>Fatores psicobiológicos:</b> educação sexual inadequada, repressão sexual, tabus e crenças, vivências destrutivas, rotinização do ato sexual, inadequação sexual, dispareunia e anorgasmia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária, secundária ou situacional;</li> <li>- Abordar e manejar queixa de dispareunia, se presente;</li> <li>- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da autoerotização e masturbação (explicar técnicas que incluem, principalmente, a estimulação clitoriana, como uso do jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo. Vídeos, fotos ou textos eróticos e / ou um vibrador podem ser usados para aprimorar essa experiência);</li> <li>- Abordar possíveis sentimentos de culpa, vergonha, repressão sexual, assim como traumas, crenças limitantes e tabus;</li> <li>- Promover reflexão sobre dinâmica familiar / relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;</li> <li>- Dialogar possibilidades da mulher e/ou casal ampliar o repertório sexual (fantasias sexuais, uso de dispositivos estimuladores, mudanças de local e posições ao ato sexual, entre outros);</li> <li>- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher;</li> <li>- Em caso de suspeita ou confirmação de frigidez secundária a fatores hormonais ou uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica;</li> <li>- Manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança.</li> </ul>

**Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (b)**

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>DISPAREUNIA</b></p> <p>Dor à penetração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dor referida ao início da penetração:</b> ausência de lubrificação adequada por déficit de estrogênio (comum na menopausa, no pós-parto ou com uso prolongado de anovulatórios com baixa dose de estrogênio e/ou altas doses de progesterona); falta de preparo que leve à excitação (preliminares que não respeitem o tempo e preferências da mulher); vaginoses;</li> <li>- <b>Dor durante a penetração profunda:</b> condicionada à posição sexual ou, quando persistente, relacionada à origem patológica / infecciosa (colpite, cervicite, câncer de colo uterino, ou outra patologia ginecológica).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária, secundária ou situacional;</li> <li>- Investigar se ela é no início da penetração ou durante a penetração profunda;</li> <li>- Em caso de dispareunia no início da penetração, recomendar uso de lubrificante vaginal aquoso para todas as mulheres. O uso de lubrificantes não aquosos está contraindicado, em qualquer situação, por causar danos ao preservativo e/ou alteração no pH vaginal;</li> <li>- Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo para mulheres climatéricas/menopausadas, prescrever Estriol<sup>14</sup> creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, um aplicador à noite via vaginal por 21 dias e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses;</li> <li>- Identificar e tratar possíveis causas patológicas/infecciosas, de acordo com condutas apresentadas ao longo deste protocolo;</li> <li>- Para dispareunia situacional, em que se descartou origem patológica, orientar evitar as posições sexuais que lhe causam dor ou assumi-las de modo consciente, reconhecendo que a dor não constitui sinal patognomônico e sim, relacionada à sua estática uterina (posição anatômica do útero e do colo);</li> <li>- Abordar possíveis causas psicogênicas associadas, como aspectos relacionados ao seu padrão de sexualidade, a sentimentos de culpa, vergonha, repressão sexual, bem como traumas, crenças limitantes e tabus;</li> <li>- Em caso de persistência dos sintomas, encaminhar para consulta médica.</li> </ul>

<sup>14</sup>Contraindicado em mulheres com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

#### Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (c)

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>VAGINISMO</b></p> <p>Contração involuntária da musculatura da vagina que interfere na penetração, impedindo a relação sexual e podendo comprometer a sexualidade e relações interpessoais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etiologia não bem esclarecida, embora comumente associada a <b>fatores psicossociais e afetivos</b>, como questões culturais, religiosas ou mesmo secundárias a vivências sexuais traumáticas;</li> <li>- <b>Secundário a causas físicas:</b> anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, infecções sexualmente transmissíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese detalhada com vistas a identificar história da queixa e possíveis causas;</li> <li>- Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e impacto dessa disfunção na vida da mulher;</li> <li>- Discutir o caso em equipe multiprofissional para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e apoio psicológico, quando necessário;</li> <li>- Identificar e tratar possíveis causas patológicas/infeciosas, de acordo com condutas apresentadas ao longo deste protocolo;</li> <li>- Encaminhar para consulta médica em caso de suspeita ou confirmação de causa orgânica que necessite de tratamento na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).</li> </ul>

**Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (d)**



DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>ANORGASMIA</b></p> <p>Transtorno orgástico feminino, chamado erroneamente de frigidez, que consiste na impossibilidade de a mulher obter orgasmo, mesmo que sinta desejo e excitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Desconhecimento;</b></li> <li>- <b>Falta de reconhecimento do próprio corpo</b> e de seu padrão de sexualidade;</li> <li>- <b>Dispareunia;</b></li> <li>- <b>Traumas</b> relacionados à criação e/ou violência contra a mulher;</li> <li>- <b>Fatores psicogênicos:</b> sentimentos de culpa, inadequação sexual, tabus e repressão sexual;</li> <li>- <b>Uso de medicamentos</b> que podem associar-se à inibição orgásmica: amfetilodopa, clonidina, fluoxetina, diazepam, alprazolam, clomipramina, imipramina etc;</li> <li>- <b>Incontinência urinária.</b></li> </ul>	<p>Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária (a mulher nunca experimentou o orgasmo ao longo da vida), secundária (mulheres que tiveram orgasmos anteriores, mas apresentam disfunção orgásmica atual) ou situacional (quando a mulher tem orgasmo por meio da masturbação, mas não durante o ato sexual em parceria, por exemplo);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar o referencial de orgasmo da mulher, questionando-a sobre o que é o orgasmo para ela e quais reações corporais ele provoca ou deveria provocar a partir de sua concepção de sexualidade;</li> <li>- Esclarecer que muitas mulheres têm orgasmo e não sabem identificá-lo, contrastando, quando necessário, o referencial de orgasmo da mulher com o estereotipado pela mídia, pelo que ela possa ter aprendido em livros, ou ainda, comparado ao padrão de outras mulheres;</li> <li>- Se confirmada a anorgasmia, realizar educação em saúde sobre anatomia do aparelho reprodutor e fisiologia da resposta sexual humana, utilizando sempre que possível recursos audiovisuais e recomendar exercícios de autoerotização/masturbação como tratamento de primeira linha;</li> <li>- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da autoerotização e masturbação (explicar técnicas que incluem, principalmente, a estimulação clitoriana, como uso do jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo. Vídeos, fotos ou textos eróticos e/ou um vibrador podem ser usados para aprimorar essa experiência);</li> <li>- Abordar possíveis sentimentos de culpa, vergonha, repressão sexual, bem como traumas, crenças limitantes e tabus;</li> <li>- Abordar questões relacionadas à não obrigatoriedade do orgasmo, como a cobrança sobre si e a parceria sexual;</li> <li>- Estimular a mulher a falar com suas parcerias sexuais sobre seus desejos, fantasias, preferências ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha;</li> <li>- Promover reflexão sobre dinâmica familiar /relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;</li> <li>- Dialogar possibilidades de a mulher e/ou casal ampliar o repertório sexual (fantasias sexuais, uso de dispositivos estimuladores, mudanças de local e posições ao ato sexual, entre outros);</li> <li>- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher;</li> <li>- Em caso de anorgasmia relacionada ao uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica;</li> <li>- Em caso de incontinência urinária, encaminhar para consulta médica;</li> <li>- Manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança.</li> </ul>

Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (e)

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>INADEQUAÇÃO SEXUAL</b></p> <p>Ritmo de atividade sexual e/ou desejo sexual dissonante com a das parcerias sexuais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Falta de autoconhecimento e/ou de conhecimento das parcerias</b> sobre anatomia e zonas erógenas (principalmente a feminina);</li> <li>- <b>Falta de sintonia</b> entre as parcerias sexuais;</li> <li>- <b>Fatores hormonais:</b> hipo ou hipertireoidismo, climatério, menopausa;</li> <li>- <b>Uso de medicamentos:</b> antiodopaminérgicos, alfametildopa, antiandrogênicos, serotoninérgicos, tranquilizantes;</li> <li>- <b>Traumas, crenças e tabus.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descartar todas as prováveis causas relacionadas às outras disfunções sexuais;</li> <li>- Afastada a possibilidade de outras disfunções, abordar o significado da sexualidade para a mulher, incluindo sua relação com a subjetivação e o reconhecimento do próprio corpo;</li> <li>- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da autoerotização e masturbação (explicar técnicas que incluem, principalmente, a estimulação clitoriana, como uso do jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo. Vídeos, fotos ou textos eróticos e/ou um vibrador podem ser usados para aprimorar essa experiência);</li> <li>- Estimular a mulher a falar com suas parcerias sexuais sobre seus desejos, fantasias, preferências ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha;</li> <li>- Quando pertinente, abordar o casal, esclarecendo sobre anatomia e resposta sexual feminina, demonstrando através de recursos audiovisuais as diferenças entre os sexos, assim como buscando desmistificar crenças e tabus que interferem no exercício pleno da sexualidade;</li> <li>- Promover reflexão sobre dinâmica familiar/relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;</li> <li>- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher;</li> <li>- Em caso de inadequação sexual secundária a fatores hormonais ou uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica;</li> <li>- Manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança.</li> </ul>

**Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (f)**

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>COMPORTAMENTO SEXUAL COMPULSIVO<sup>15</sup></b></p> <p>Padrão persistente de falha em controlar impulsos ou impulsos sexuais repetitivos e intensos, por 6 meses ou mais, que causa sofrimento acentuado ou prejuízo significativo na qualidade de vida da pessoa, família ou comunidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Transtorno mental de origem neurobiológica</b>, categorizado como “desordem de controle de impulsos”;</li> <li>- Exacerbação do transtorno como <b>evento adverso</b> pelo uso de medicamentos agonistas de dopamina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e impacto desse transtorno na vida da mulher, família ou comunidade;</li> <li>- Explorar motivação da mulher para mudança de comportamento, conforme momento de vida;</li> <li>- Avaliar demais sinais de sofrimento psíquico e transtornos associados;</li> <li>- Abordar planejamento reprodutivo e atentar para vulnerabilidade às IST;</li> <li>- Discutir o caso em equipe multiprofissional para construção de Projeto Terapêutico singular (PTS), se necessário encaminhar para consulta médica/psiquiátrica ou para a AAE, conforme fluxos locais;</li> <li>- Manter coordenação do cuidado, reforçando o vínculo e confiança.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2013; GARCIA; LISBOA, 2012; BRASIL, 2016; BRADFORD, 2020; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020; FLORIANÓPOLIS, 2020; SILVA et al., 2020; OMS, 2019.

<sup>15</sup> Apesar de não ser uma queixa frequente e ser classificado como um transtorno de saúde mental, o enfermeiro deve estar atento para esta condição.

## 4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>16</sup>  
*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>17</sup>  
*Tainá Nicola*<sup>18</sup>  
*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>19</sup>  
*Valdecir Zavarese da Costa*<sup>20</sup>  
*Fábio Meller da Motta*<sup>21</sup>  
*Daniel Soares Tavares*<sup>22</sup>  
*Carlice Maria Scherer*<sup>23</sup>

Desde os anos 90 são debatidas questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos com vistas a assegurar a autonomia dos cidadãos brasileiros sobre sua fecundidade, amparadas por ações promovidas pelo SUS (BRASIL, 1996; BRASIL, 2005). Nesse contexto, o planejamento reprodutivo é um conjunto de ações que visa garantir os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos.

Considerando que este planejamento pode ser realizado individualmente, utiliza-se o termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, pois se trata de uma definição que aborda mais amplamente o conceito (BRASIL, 2013). Do mesmo modo, também é frequente a utilização do ‘termo controle de natalidade’ como sinônimo de planejamento reprodutivo, todavia, se trata de conceitos diferentes, uma vez que o controle de natalidade implica em imposições do governo sobre a vida reprodutiva das pessoas (BRASIL, 2013).

As ações de planejamento reprodutivo se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2016). Ainda, devem incluir e valorizar a participação da parceria sexual, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas contracepcionais ainda são predominantemente assumidos ou atribuídos às mulheres. Assim, a discussão sobre planejamento reprodutivo não deve ser desvinculada das relações de gênero e também do contexto social (BRANDÃO, 2019).

No atendimento aos adolescentes, a atenção à saúde relativa à sexualidade, ao planejamento e à saúde reprodutiva, deve resguardar princípios éticos de respeito à integridade e à autonomia pessoal, sem qualquer tipo de constrangimento. Além disso, deve ser acompanhado do debate sobre gênero, sexualidade, violência, na ampla distribuição de preservativos em locais de sociabilidade juvenil, na provisão de outros métodos contraceptivos, no acesso ao aborto seguro e no apoio aos

<sup>16</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande.

<sup>17</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>18</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>19</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

<sup>20</sup> Enfermeiro. Doutor em Educação. Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>21</sup> Enfermeiro. Especialista. Coren-RS.

<sup>22</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. SMS de Porto Mauá.

<sup>23</sup> Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio.

jovens em suas decisões (BRANDÃO *et al.*, 2021). Para mais informações, acessar o [Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Criança e Adolescente do COREN-RS](#).

Deste modo, cabe ao enfermeiro, durante os atendimentos, promover educação em saúde, acolhimento com escuta, vínculo e avaliação clínica, considerando os direitos sexuais e reprodutivos, autoconhecimento do corpo, escolha dos métodos contraceptivos e formulação do plano de cuidados, conforme roteiro a seguir:

#### Quadro 5 - Roteiro de assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo

##### Educação em Saúde

Pode ocorrer de maneira individual ou coletiva, proporcionando questionamento e reflexão sobre os temas: escolha do método contraceptivo mais adequado, direitos sexuais e reprodutivos, sexo seguro, papéis sociais e projeto de vida, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento, exposição a riscos, dentre outros. Essas ações devem se desenvolver em caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo.

Realizar grupos de educação em sexualidade, que abordem temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis e prevenção das mesmas. Orientar e oferecer preservativos.

Realizar em conjunto com outros profissionais, grupos de apoio e fortalecimento pessoal, visando melhorar a autoestima, qualidade de vida e a superação de preconceitos e tabus enfrentados.

##### Acolhimento

Acolhimento com escuta qualificada com vistas à melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, à humanização das relações, à operacionalização de uma clínica ampliada que implique na abordagem integral do usuário, para além da doença e suas queixas, bem como promover a autonomia e o protagonismo das mulheres no processo de produção de saúde.

Atentar para oportunidades de busca ativa e realização de ações de rastreamento e promoção da saúde.

## Avaliação clínica da mulher

Objetiva verificar as indicações clínicas e limitações de cada usuária, ponderando os riscos e benefícios. A primeira consulta deve, necessariamente, incluir:

Anamnese:

- Avaliar antecedentes obstétricos e comorbidades (com atenção especial às IST e às doenças cardiovasculares e metabólicas) - ver quadro 7 - categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da mulher;
- Uso de medicamentos, álcool, tabaco ou substâncias psicoativas;
- Investigar presença de queixas ginecológicas, como dispareunia e sangramento uterino anormal (consultar capítulo 7 - Assistência de enfermagem nas queixas ginecológicas mais comuns), principalmente se há intenção de uso do dispositivo intrauterino (DIU);
- Abordar as questões referentes às parcerias, à identidade de gênero, à orientação sexual e à satisfação sexual pessoal e/ou do casal;
- Avaliar o conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais;
- Identificar a data da última coleta do citopatológico (CP) de colo uterino e mamografia, bem como o resultado de ambos.

Exame físico geral:

- Sinais vitais, dados antropométricos: peso e altura (para cálculo de índice de massa corporal - IMC);
- Exame clínico das mamas, se indicado (conforme capítulo 5 - Assistência de enfermagem na prevenção e rastreamento do câncer de mama);
- Exame ginecológico e coleta de citopatológico, se indicado (conforme capítulo 6 - Assistência de enfermagem na prevenção e rastreamento do câncer de colo uterino).

Ressalta-se a importância da anamnese e exame físico da parceria, quando houver. O preservativo masculino ou feminino deve ser usado em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional.

## Abordagem de jovens e adolescentes

- Respeitar o sigilo inerente à abordagem em saúde;
- Orientar sobre os métodos de escolha, reforçando a necessidade da dupla proteção;
- Abordar as necessidades de jovens e adolescentes em educação sexual e planejamento reprodutivo sem que haja a necessidade do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em caso de incapacidade daqueles;

Durante a consulta de enfermagem o(a) adolescente tem direito à privacidade e preservação do sigilo com atendimento em espaço reservado, garantia da confidencialidade, assegurando que não será mencionado aos pais e/ou responsáveis sobre o que foi discutido, sem o consentimento informado deste adolescente.

Para mais detalhamentos acesse o [Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Criança e Adolescente do COREN-RS](#) ou a NOTA TÉCNICA SES/RS N.º: 01/2018 Adolescentes e o direito de acesso à saúde.

Fonte: BRASIL, 2016; BRASIL, 2018a; COREN- SP, 2019.

Na indicação do uso dos métodos contraceptivos, devem ser consideradas as seguintes características, fatores individuais e situacionais (FEBRASGO, 2015; COREN-MS, 2020; COREN - SP, 2019; BRASIL, 2016):

- Eficácia e segurança;
- Preferência de método;

- Critérios de elegibilidade<sup>24</sup>;
- Inocuidade, ou seja, ausência de efeitos secundários adversos;
- Disponibilidade, acesso gratuito e condições socioeconômicas;
- Facilidade de uso;
- Reversibilidade da fertilidade conforme pretensões reprodutivas;
- Fase da vida;
- Estilo de vida;
- Padrão de comportamento sexual;
- Fatores culturais e religiosos;
- Outros fatores, como medo, constrangimento e dúvidas.

Assim, a definição da escolha dos métodos contraceptivos deve se basear principalmente por critérios de elegibilidade definidos pela OMS (2015), que permite escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) para cada usuário.

#### **4.1 CATEGORIAS DA OMS PARA ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

Para cada condição ou característica clinicamente relevante do usuário, os métodos contraceptivos são colocados em uma das quatro categorias. Dependendo do indivíduo, mais de uma condição pode ser considerada em conjunto para determinar a elegibilidade do método (WHO, 2015).

Essas condições e características incluem, entre outras: idade, semanas/meses após o parto, estado de amamentação, tromboembolismo venoso, distúrbios venosos superficiais, dislipidemias, sepse puerperal, gravidez ectópica pregressa, história de doença cardiovascular grave, enxaqueca, doença hepática grave, uso de indutor CYP3A4, uso repetido de pílulas anticoncepcionais de emergência, estupro, obesidade, risco aumentado de IST, viver com HIV, uso de terapia antirretroviral (WHO, 2015).

<sup>24</sup> Embora se ressalte a importância da escolha do método pela usuária, favorecendo sua autonomia, deve-se levar em conta para elegibilidade, o risco-benefício, pois nem sempre o método escolhido poderá ser utilizado, considerando as características clínicas evidenciadas que podem contraindicar seu uso.

**Quadro 6 - Definição das categorias para elegibilidade dos métodos contraceptivos**

CATEGORIAS	DEFINIÇÕES
<b>CATEGORIA 1</b>	Condição para a qual não há restrição de uso do método anticoncepcional. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico.
<b>CATEGORIA 2</b>	Condição em que as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico, nos casos em que não haja método com menor risco disponível/aceitável. Sempre ponderar o uso e ficar atento a possíveis sinais/sintomas decorrentes do método ou de problemas de saúde gerados por estes.
<b>CATEGORIA 3</b>	Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método. Prescrição médica somente.
<b>CATEGORIA 4</b>	Condição em que o uso do método gera risco inaceitável.

Fonte: WHO, 2015.

## 4.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DA MULHER *VERSUS* MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Apresentam-se os métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS, com suas respectivas categorias de elegibilidade.

**Quadro 7 - Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da mulher**

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO - AOC* Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	ANTICONCEPCIONAL ORAL APENAS DE PROGESTOGÊNIO Minipílula	Enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg	INJETÁVEL COM PROGESTÁGENO (trimestral) Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	DIU DE COBRE Tcu-380 A	Diafragma, preservativo masculino
Idade < 40 anos	1	1	1 1	1	1 2 <sup>A</sup>	1
Idade ≥ 40 anos	2	1	2	2	1	1
Amamentação: menos de 6 semanas após o parto	4	3	4	3	1 <sup>B</sup> 3 <sup>C</sup>	1 (exceto diafragma, se ≤ 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 semanas a 6 meses do parto	3	1	3	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	1	2	1	1	1
Obesidade	2	1	2	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	4 <sup>D</sup> 2 <sup>E</sup>	1
Fumo: < 35 anos	2	1	2	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; ≤ 15 cigarros/dia.	3	1	3	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	1	4	1	1	1
HA sem acompanhamento	3	2	3	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HA)
HA controlada em acompanhamento	3	1	3	2	1	1
HA: PAS 140-159 e PAD 90-99	3	1	3	2	1	1

mmHg						
HA com PAS>160 e PAD≥100 mmHg	4	2	4	3	1	1
HA + portadora de doença vascular	4	2	4	3	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	3	4	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	2	4	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	2	4	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4	3	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4	3	1	1
Dislipidemias	2/3	2	2/3	2	1	-
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	2	3/4	3	1	1
Enxaqueca sem aura (< 35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1 (introdução do método) 2 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	2	1	1
Enxaqueca sem aura (≥ 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	3 (introdução do método) 4 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	-

Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	-
Uso atual de anticonvulsivantes <sup>F</sup>	3	3	2	1	1	-
Uso de TARV/HIV	2 <sup>G</sup>	2 <sup>G</sup>	2 <sup>G</sup>	2 <sup>G</sup>	1	1
Uso de Rifampicina	3	3	2	2	1	1

Fonte: adaptado de WHO, 2015; BRASIL, 2016.

Notas: em situação de gravidez ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nos casos em que forem usados acidentalmente AOC e injetável combinado mensal durante a gravidez. Quanto ao progestágeno oral ou injetável trimestral, ainda não está definida a relação entre o uso na gravidez e os efeitos sobre o feto.

#### LEGENDA:

A - O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão devido à nuliparidade e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

B - 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.

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

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

E - Se a mulher já estiver em uso do DIU, em quaisquer casos, inclusive DIP atual ou se forem outras IST que não as listadas, o DIU de cobre é categoria 2, pois a usuária desenvolveu a condição durante sua utilização.

F - Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valpróico.

G - Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

### 4.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Cada método possui vantagens e desvantagens, assim como não existe um método 100% eficaz, todos têm uma probabilidade de falha (BRASIL, 2009). Em relação à prevenção de ISTs, incluindo HIV, nem todos têm caráter preventivo, somente a associação simultânea da contracepção aos preservativos feminino ou masculino conferem dupla proteção (contracepção e ISTs) (COREN-SP, 2019. BRASIL, 2016).

Os métodos contraceptivos podem ser classificados de várias maneiras. Reconhecem-se dois grupos principais:

Métodos contraceptivos	
Reversíveis	Definitivos (cirúrgicos)
Comportamentais	Esterilização cirúrgica feminina
Hormonais	Esterilização cirúrgica masculina
De barreira	

Fonte: adaptado de FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016.

#### 4.3.1 Métodos Comportamentais

São técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a identificação do período fértil da mulher. O êxito dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil. Em geral, os métodos baseados na percepção da fertilidade são pouco eficazes no uso rotineiro ou habitual, apresentando taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso (COREN-SP, 2019).

O período fértil compreende o tempo de viabilidade do espermatozoide (cinco dias) e o tempo que o óvulo permanece vivo (24 horas), sendo, portanto, de seis dias em cada ciclo menstrual. No entanto, não existe uma determinação precisa deste período, que é variável para cada mulher e, mesmo na própria mulher, em cada um de seus ciclos (FEBRASGO, 2015).

Os métodos comportamentais não possuem efeitos colaterais, nem riscos à saúde, além de não apresentarem demora no retorno da fertilidade após a interrupção de uso, contudo, nenhum desses impede a contaminação por ISTs (FEBRASGO, 2015).

**Quadro 8 - Síntese dos principais métodos comportamentais**

MÉTODO	DESCRIÇÃO	INSTRUÇÕES
<b>Tabela – Ogino-Knaus</b>	<p>Cálculo dos dias em que provavelmente a mulher estará mais apta a engravidar, caso tenha relações sexuais desprotegidas. O cálculo do período fértil da mulher é realizado através de seu histórico menstrual, avaliando pelo menos seus últimos 6 meses.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar a duração (número de dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo);</li> <li>2. Verificar o ciclo mais curto e o mais longo (exemplo, 25 e 34 dias, respectivamente);</li> <li>3. Calcular a diferença entre eles (neste exemplo, 9 dias). Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar este método;</li> </ol> <p>Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira:        Subtraindo-se 18 do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil.        Subtraindo-se 11 do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil.        No exemplo: Início do período fértil = 25 – 18 = 7° dia. Fim do período fértil = 34 – 11 = 23° dia.        No exemplo, o período fértil determinado foi do 7° ao 23° dia do ciclo, com uma duração de 17 dias.        Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais com contato genital durante o período fértil (no exemplo acima, do 7° ao 23° dia).</p>
<b>Muco cervical ou billings</b>	<p>Baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual.</p>	<p>Observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso, mediante sensação de secura ou umidade da vulva. Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, é muito provável a ocorrência do período fértil.</p> <p>Analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia.</p> <p>À medida que se aproxima o dia da ovulação, o muco cervical vai ficando parecido com a clara de ovo, elástico, transparente e escorregadio e a vagina vai ficando mais úmida, facilitando a entrada dos espermatozoides no útero. O casal que não deseja engravidar deve evitar as relações sexuais com penetração vaginal nos dias em que o muco cervical estiver parecido com a clara de ovo até o quarto dia após o muco ter desaparecido.</p> <p>Após a ovulação, o muco perde a elasticidade e diminui em quantidade.</p>

<b>Coito interrompido</b>	<p>É quando o homem pressente a ejaculação e retira o pênis da vagina da parceira. A ejaculação acontece fora do órgão genital feminino.</p>	<p>Apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, considerando que o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides. Além disso, às vezes o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação.</p>
<b>Método da lactação e amenorreia – LAM</b>	<p>Consiste na manutenção da amamentação exclusiva por até 6 meses após o parto com amenorreia.</p> <p>Fundamenta-se na hiperprolactinemia existente em resposta ao estímulo da sucção durante a amamentação e, conseqüentemente, níveis de FSH e de LH insuficientes para estimular o desenvolvimento dos folículos ovarianos.</p>	<p>A eficácia da amamentação como método contraceptivo depende da sucção frequente para promover intensa liberação de prolactina e o conseqüente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise.</p> <p>Condições presentes para que a LAM seja eficaz como método contraceptivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. o bebê possuir até 6 meses de vida;</li> <li>2. a nutriz estar em completa amenorreia;</li> <li>3. o aleitamento materno deve ser exclusivo, ou seja, na hora em que o bebê quiser, sem chás, sucos ou água.</li> </ol> <p>A ausência de um destes critérios descaracteriza a LAM como método contraceptivo.</p> <p>Eficácia: é um método de alta eficácia, sendo o índice de falha de 0,5 a 2% em seis meses. No entanto, a eficácia depende da usuária: em uso rotineiro, ocorre maior risco de gravidez (2%) e quando usado de forma correta, ocorre menos de 1% de gravidez.</p>

**Atenção: os métodos comportamentais não são indicados para mulheres que apresentem longos períodos de anovulação, ciclos irregulares ou amenorreia, assim como para adolescentes, nos períodos pós-parto, pós-aborto, durante a amamentação e na perimenopausa, ou seja, nas situações em que as mulheres tenham dificuldade de interpretar seus sinais de fertilidade. Esses métodos também não estão indicados nos casos em que a gravidez constitui risco de vida.**

Fonte: FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2013; COREN-SP, 2019.

#### 4.3.2 Métodos Hormonais

Os anticoncepcionais hormonais possuem duas formas de administração:

- Os de uso oral, classificam-se em pílulas combinadas (que contêm estrogênio + progesterona), as minipílulas (que contêm só progesterona), além da contracepção de emergência, que é uma alternativa de caráter excepcional;
- Os injetáveis, que contêm progestogênio isolado ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração intramuscular, com doses hormonais de longa duração, de administração mensal ou trimestral.

**Quadro 9 - Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais**

TIPO / APRESENTAÇÕES	INSTRUÇÕES PARA O USO	ORIENTAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS
<p><b>Anticoncepcional Oral Combinado - AOC</b></p> <p>Etinilestradiol/ desogestrel 0,03/0,15 mg</p> <p>Etinilestradiol/ gestodeno 0,02/0,075 mg</p>	<p><b>Uso:</b> ingerir um comprimido uma vez ao dia, sempre no mesmo horário, respeitando o intervalo entre a cartela seguinte (7 dias).</p> <p><b>Início do método:</b> <b>Mulher com ciclos menstruais:</b> preferencialmente no 1º dia do ciclo menstrual, podendo ser administrado até o 5º dia (mantendo o uso de preservativo por 7 dias após início do método).</p> <p><b>Pós-parto, não amamentando:</b> iniciar o uso de AOC após 21 dias do parto, desde que com certeza de que não está grávida.</p> <p><b>Pós-parto, amamentando:</b> iniciar o uso de AOC após o sexto mês, excluindo-se uma possível gravidez, independentemente do retorno da menstruação.</p> <p><b>Pós-aborto:</b> iniciar nos primeiros sete dias após ou a qualquer momento, desde que excluída a possibilidade de gestação.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 7%</p>	<p>O retorno à fertilidade ocorre em torno de 4 a 5 ciclos após a interrupção do AOC.</p> <p><b>Em caso de esquecimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Até 24 horas, ingerir o comprimido imediatamente, utilizando o seguinte no horário regular.</li> <li>- Após 24 horas, ingerir dois comprimidos no horário regular e continuar o uso diário.</li> <li>- Se houver o esquecimento de mais de dois comprimidos, utilizar preservativo durante sete dias e continuar o uso diário da forma habitual.</li> <li>- Mais de um episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da mesma.</li> </ul> <p><b>Pílulas extras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se a paciente tomar duas pílulas em um dia por engano, ela deve retomar seu horário normal de tomar uma pílula diariamente no dia seguinte, não deve pular um dia. A cartela vai completar um dia antes.</li> </ul> <p><b>Episódios de vômitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ocorrer vômitos até 2 horas após a ingestão do comprimido, utiliza-se outro comprimido assim que possível (de outra cartela), retomando o uso habitual até o término da cartela.</li> <li>- Em casos graves de diarreias ou vômitos que perduram por mais de 24 horas, utiliza-se o AOC acrescido do uso de preservativos</li> </ul>	<p>Náuseas; Cefaléia; Sangramento irregular; Acne; Mastalgia.</p>



		<p>durante uma semana após a resolução do quadro.</p> <p>- Sinais de alerta: dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros, cefaleia intensa que começa ou piora após o início do uso da pílula, perda momentânea da visão, escotomas e icterícia. Na presença destes, encaminhar para avaliação médica.</p> <p><b>Interações medicamentosas:</b> Os medicamentos que podem reduzir a eficácia do contraceptivo hormonal, são: Fenobarbital, Fenitoína, Griseofulvina, rifampicina (único antibiótico comprovado para diminuir a eficácia dos AOC), carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, felbamato ou oxcarbamazepina.</p>	
<p><b>Anticoncepcional Oral apenas de progestogênio - Minipílula</b></p> <p>Noretisterona 0,35 mg</p>	<p><b>Uso:</b> ingerir um comprimido uma vez ao dia, sempre no mesmo horário. O intervalo não deve exceder três horas de atraso na tomada diária pelo risco de falha. Não há pausa entre as cartelas, mesmo durante eventual sangramento tipo menstruação. Início do método:</p> <p><b>Pós- parto, não amamentando:</b> se a menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento. Não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando.</p> <p><b>Pós- parto, amamentando (exclusivo ou não):</b> somente após 6 semanas do parto, desde que haja certeza de que não está grávida, associando a outra proteção contraceptiva por sete dias.</p> <p><b>Pós- aborto:</b> iniciar até sete dias após o aborto. Se ultrapassar este período, iniciar desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.</p> <p><b>Mulher tem amenorreia:</b> se não estiver grávida, iniciar a qualquer momento,</p>	<p>A utilização da minipílula não prejudica a quantidade e a qualidade do leite materno.</p> <p><b>Em caso de esquecimento:</b> atraso da ingestão de uma pílula em três horas ou mais ou esquecer completamente:</p> <p>- Ingerir uma pílula assim que possível, continuando a tomada diária seguinte e associar outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p>- Se a mulher estiver em amenorreia ou amamentando (com menos de seis meses após o parto), tomar uma pílula assim que possível e continuar o uso diário.</p> <p><b>Episódios de vômitos:</b> Se ocorrer até duas horas após a ingestão do comprimido, deverá ingerir outra pílula da cartela assim que possível, continuar o uso diário e associar outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p><b>Interações medicamentosas:</b> Os medicamentos que podem reduzir a eficácia do método são fenitoína,</p>	<p>Alterações no fluxo menstrual desde amenorreia até sangramento frequente, irregular, ocasional ou prolongado; Cefaleia;</p> <p>Náuseas;</p> <p>Sensibilidade mamária.</p>



	<p>utilizando outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p><b>Mulher com ciclos menstruais:</b> iniciar até cinco dias após o início da menstruação. Também pode ser iniciado em qualquer fase do ciclo, havendo certeza de não estar grávida. Utilizar outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 7%</p>	<p>carbamazepina, topiramato, e barbitúricos, além dos medicamentos rifampicina e rifabutina.</p>
<p><b>Contraceção de Emergência</b></p> <p><b>Levonorgestrel 0,75 mg</b></p> <p><b>Método Yuzpe</b></p>	<p><u>Levonorgestrel 0,75 mg:</u> iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de cinco dias:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dose de 1,5 mg em dose única, via oral (2 comprimidos juntos) preferencialmente;</li><li>OU</li><li>- 1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas, via oral (total de 2 comprimidos).</li></ul> <p>Caso a mulher esteja inconsciente (como nos casos de violência), o comprimido poderá ser utilizado por via vaginal.</p> <p><u>Yuzpe:</u> Esse método consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel. Utiliza-se a dose <b>total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel</b>, divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas, conforme um dos esquemas abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 0,05 mg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel: 2 comprimidos a cada 12 horas;</li></ul> <p>OU</p>	<p>Indicado emergencialmente para prevenção da gestação quando houver relação sexual desprotegida, sem uso de métodos contraceptivos, em relações em que há falha conhecida ou presumida pelo uso inadequado do método ou em casos de violência sexual.</p> <p><b>A contracepção de emergência não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo, devendo ser desencorajado seu uso rotineiro pelo paciente.</b> É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente deste método compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição, além disso, poderão ocorrer graves danos à saúde. Não é um método abortivo, pois não interrompe uma gestação estabelecida. Se episódios de vômitos ocorrerem em até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após o uso de um antiemético e de uma refeição leve.</p> <p>Náuseas; Vômitos; Vertigem; Cefaleia; Mastalgia;</p> <p>Geralmente estes eventos apresentam remissão espontânea nas primeiras 24 horas após a tomada do contraceptivo.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,03 mg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel (como o Ciclo 21): 4 comprimidos a cada 12 horas.</li> </ul> <p><b>Utilizar este método somente em situações especiais, onde o levonorgestrel estiver indisponível.</b></p>	<p>Uma vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação farmacológica com medicamentos antirretrovirais, diferentemente do método de Yuzpe, no qual o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia do método.</p>	
<p><b>Injetável combinado mensal</b></p> <p><b>Enantato de norestisterona + Valerato de Estradiol 50/5 mg</b></p>	<p><b>Uso:</b> preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual ou a qualquer momento, desde que não esteja grávida.</p> <p><b>Doses seguintes:</b> independentemente do padrão do ciclo, em intervalos de 30 ± 3 dias, isto é, no mínimo 27 e no máximo 33 dias.</p> <p><b>Início do método:</b></p> <p><b>Pós- parto, não amamentando:</b> iniciar a qualquer momento a partir do 21º dia do parto, excluída a possibilidade de gravidez.</p> <p><b>Pós- parto, amamentando (exclusivo ou não):</b> iniciar na sexta semana após o parto ou quando a amamentação não for mais exclusiva - o que ocorrer primeiro.</p> <p><b>Pós- aborto:</b> imediatamente. Se mais de uma semana, iniciar injetável desde que excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio nos sete dias subsequentes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 3 a 4%</p>	<p>Não necessita de pausa entre as aplicações.</p> <p><b>Em caso de atraso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- até 7 dias: aplicar nova injeção;</li> <li>- acima de 7 dias: descartar a possibilidade de gestação, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos 7 dias subsequentes.</li> </ul> <p>Se houver descontinuidade do método, deve-se evitar relações sexuais desprotegidas ou utilizar métodos adicionais não hormonais. Contraindicar métodos de tabelinha (Ogino-knaus) ou da temperatura, pois o injetável mensal modifica as variações de temperatura e do muco cervical que ocorrem durante o ciclo menstrual normal.</p>	<p>Alterações no padrão da menstruação (menstruação irregular, ocasional, prolongada ou ausente; fluxo com menor intensidade ou menos dias);</p> <p>Aumento de peso;</p> <p>Cefaleia comum ou enxaqueca;</p> <p>Sensibilidade mamária.</p> <p><b>Sinais de alerta:</b> dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros; cefaleia intensa que inicia ou piora após o uso do método; perda breve da visão; escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague; icterícia.</p>
<p><b>Injetável com progesterona trimestral</b></p> <p><b>Acetato de medroxiprogesterona 150 mg</b></p>	<p><b>Uso: nos primeiros cinco dias do ciclo menstrual.</b></p> <p><b>Doses seguintes:</b> intervalos de 12 semanas, com ± 2 semanas.</p> <p><b>Início do método:</b></p>	<p>O restabelecimento da fertilidade é gradual e pode apresentar alguma demora.</p> <p><b>Em caso de atraso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- até 2 semanas: aplicar nova injeção;</li> </ul>	<p>Alterações de humor ou no desejo sexual;</p> <p>Amenorreia ou sangramento menstrual irregular;</p> <p>Sensibilidade mamária;</p> <p>Ganho de peso;</p>



	<p><b>Pós-parto, não amamentando:</b> se menos de quatro semanas, iniciar imediatamente, sem necessidade de método de apoio. Se mais de quatro semanas, iniciar a qualquer momento, excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio por 7 dias.</p> <p><b>Pós-parto, amamentando (exclusivo ou não):</b> se não houver retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento desde que não esteja grávida, com método de apoio por 7 dias.</p> <p><b>Pós-aborto:</b> imediatamente. Se mais de uma semana, iniciar injetável desde que excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio nos sete dias subsequentes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 3 a 4%</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- acima de 2 semanas: descartar a possibilidade de gestação, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos próximos 7 dias.</li></ul>	Depressão; Acne; Cefaleia
<p><b>*Implanon NXT®<sup>25</sup></b></p> <p><b>68 mg de etonogestrel</b></p>	<p><b>Indicação de uso:</b></p> <p>Prevenção da gravidez não planejada em mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,1%</p>	<p>O princípio ativo é liberado durante o período de três anos.</p> <p>Caso o implante não seja palpável após a inserção, recomenda-se a utilização de um método anticoncepcional não hormonal até que seja confirmada a presença do implante contraceptivo.</p> <p><b>Contraindicações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Distúrbio tromboembólico venoso ativo;</li><li>- Presença ou histórico de tumor hepático, benigno ou maligno;</li><li>- Presença ou histórico de doença hepática grave, enquanto os valores dos testes de função hepática não retornarem ao normal;</li></ul>	<p>Podem ocorrer:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mudanças no padrão de sangramento menstrual, ou na duração;</li><li>- Infecção vaginal, cefaleia, acne, sensibilidade e/ou dor mamária e aumento de peso;</li><li>- Complicações no local do implante, como: eritema, hematoma, equimose, dor e edema</li></ul>

<sup>25</sup> Método incluído pelo SUS, com critérios de uso estabelecidos por meio da PORTARIA SCTIE/MS N.º 13, DE 19 DE ABRIL DE 2021.



- Presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteroide sexual;
- Sangramento vaginal não diagnosticado;
- Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente de IMPLANON NXT®;
- Uso durante a gravidez ou em caso de suspeita.

\*Conforme Parecer do CONSELHEIRO FEDERAL N.º 277/2017/COFEN, o Enfermeiro possui competências técnicas, e poderá adquirir habilidades, se for capacitado, para a inserção e remoção de implantes subdérmico, dentre eles o Implanon®. O parecer do COFEN poderá ser utilizado como embasamento pela instituição de saúde.

Fonte: COREN - SP, 2019; FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2013, FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2016; BRASIL, 2011; ALLEN, 2022; KAUNITZ, 2021; BRASIL, 2021a; BAYER®, 2013

### 4.3.3 Métodos de Barreira

São assim denominados por impor obstáculos à ascensão dos espermatozoides na cavidade uterina, impedindo a fecundação, sendo classificados quanto ao seu mecanismo de ação principal em barreira mecânica, química ou mista (FEBRASGO, 2015). Preservativos masculinos e femininos, diafragma, espermicidas e DIU de cobre são os métodos disponíveis, no entanto, os preservativos são os únicos métodos que protegem contra a transmissão de ISTs (BRASIL, 2016).

## Quadro 10 - Síntese de Métodos de barreira

TIPO / APRESENTAÇÕES	DESCRIÇÃO	ORIENTAÇÕES	OBSERVAÇÕES
<p><b>Preservativo masculino</b></p>	<p>Invólucro para o pênis, de material fino e elástico, composto de látex e lubrificado.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 13%</p>	<p>Ver orientações de colocação no apêndice 1.</p> <p>Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade.</p> <p>Devem ser utilizados apenas lubrificantes à base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex.</p> <p>Em caso de ruptura: iniciar contracepção de emergência, conforme descrito neste protocolo e profilaxia contra ISTs, conforme descrito no <a href="#">PCDT-IST (2020)</a>.</p>	<p>Fatores de risco para ruptura ou escape:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Más condições de armazenamento;</li> <li>- Embalagem danificada;</li> <li>- Não observação do prazo de validade;</li> <li>- Lubrificação vaginal e/ou anal insuficiente;</li> <li>- Uso de lubrificantes oleosos;</li> <li>- Presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo;</li> <li>- Tamanho inadequado do preservativo em relação ao pênis;</li> <li>- Perda de ereção durante o ato sexual;</li> <li>- Retirar o pênis da vagina sem que se segure a base do preservativo;</li> <li>- Não retirar o pênis imediatamente após a ejaculação;</li> <li>- Uso de dois preservativos simultaneamente.</li> </ul>



<b>Preservativo feminino</b>	<p>Consiste num tubo de poliuretano ou látex, lubrificado. O de poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 21%</p>	<p>Deve ser colocado em qualquer momento, anteriormente à penetração e retirado com cuidado após o término da relação; Ver orientações de colocação no apêndice 1.</p> <p>Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade.</p> <p>O preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser utilizados lubrificantes de base aquosa ou oleosos (estes somente nos preservativos que NÃO são à base de látex).</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O anel externo do preservativo feminino pode deslizar dentro da vagina. Se isso acontecer basta o homem retirar o pênis, colocar o mesmo preservativo de maneira correta e reintroduzir o pênis. Não é necessário usar novo preservativo;</li><li>- Durante a penetração, o preservativo pode provocar um pequeno ruído. A adição de lubrificante dentro do preservativo ou diretamente no pênis pode evitar esses acontecimentos;</li><li>- Não deve ser utilizado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento.</li></ul>
<b>Diafragma</b>	<p>Anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides. O prazo de validade do diafragma é, em média, de cinco anos.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 17%</p>	<p>O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Se utilizado continuamente é aconselhável retirá-lo uma vez ao dia, lavá-lo (desde que ao menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital.</p> <p>Orientar a mulher a identificar o colo do útero por meio do auto toque vaginal. Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação. Urinar e lavar as mãos antes de colocá-lo. Antes de cada uso, examiná-lo cuidadosamente contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos.</p> <p>Ver técnica para medição e colocação no apêndice 1.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O uso frequente de espermicida associado ao diafragma pode causar irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção por IST.</li><li>- Na detecção de IST, deve-se suspender o uso do método. O retorno ao uso ficará condicionado à cura da infecção e reavaliação de risco de nova IST.</li></ul> <p><b>Contraindicações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Alto risco para IST ou portadoras de HIV/AIDS;</li><li>- Infecções urinárias e candidíase de repetição;</li><li>- Alergia ao látex. Não se aplica ao diafragma de plástico;</li><li>- História de síndrome do choque tóxico;</li><li>- Prolapsos genitais;</li><li>- Antes de seis meses após o parto.</li></ul>

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2013, FEBRASGO, 2015.

#### 4.3.4 Dispositivo Intrauterino - DIU de cobre

Entre os métodos contraceptivos distribuídos aos municípios pelo Ministério da Saúde, o dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCU 380A) destaca-se por ser um método com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, de longa ação, reversível, não hormonal e geralmente bem tolerado pela maioria das mulheres (BRASIL, 2018b; POCIUS; BARTZ, 2021). Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura (BRASIL, 2018b).

**O enfermeiro possui amparo legal para realizar a consulta, prescrição, inserção e retirada do DIU, desde que esteja devidamente capacitado para execução desta técnica e cumprindo o disposto na Resolução COFEN n.º 358/2009 e na Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, conforme parecer COFEN n.º 278/2017 e n.º 04/2019 (BRASIL, 2016; COFEN, 2017; COFEN, 2019). Ainda cabe destacar a Resolução COFEN n.º 690/2022, a qual normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.**

Este protocolo atende ao Parecer COFEN n.º 278/2017, o qual ratifica que não há necessidade de o Conselho Federal de Enfermagem emitir nova resolução que normatize as ações do enfermeiro na política de planejamento reprodutivo e sexual, incluindo os métodos contraceptivos, considerando o respaldo disposto na Lei n.º 7498/1986 para realização de consulta de enfermagem, subsidiando o profissional na sua tomada de decisão.

Quadro 11 - Síntese de Dispositivo Intrauterino de cobre

TIPO / APRESENTAÇÕES	QUANDO INDICAR	INÍCIO DO MÉTODO	ORIENTAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS
<p><b>Dispositivo intrauterino de cobre - DIU Tcu-380 A</b></p>	<p>- A inserção do DIU pode ocorrer na consulta de enfermagem para toda e qualquer mulher que preencha os critérios de elegibilidade, independentemente se adolescente ou adulta, e manifeste o desejo;</p> <p>- Mulheres com risco de contrair ou infectadas por HIV ou que tenham AIDS em terapia antirretroviral (ARV) e estejam clinicamente estáveis podem colocar o DIU com segurança;</p> <p>- As usuárias com AIDS devem ser reavaliadas na unidade básica sempre que surgirem sintomas adversos, como dor pélvica ou corrimento (monitorização para doença inflamatória pélvica).</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,6 a 0,8%.</p>	<p><b>Se apresenta ciclos menstruais:</b> a qualquer momento do mês. Se passados mais de 12 dias do início da menstruação, poderá colocar o DIU a qualquer momento, desde que se exclua a possibilidade de gravidez. Não há necessidade de método de apoio;</p> <p><b>Se está mudando de outro método:</b> a qualquer momento, se o uso do outro método for regular e correto ou ainda se houver certeza razoável de que não está grávida. Não há necessidade de método de apoio;</p> <p><b>Após contracepção de emergência:</b> pode ser inserido imediatamente;</p> <p><b>Após o parto***:</b> até 48 horas, desde que não haja infecção puerperal. Se já se passaram mais de 48 horas após o parto, aguardar a inserção por quatro semanas ou mais;</p> <p><b>Após quatro semanas do parto:</b> poderá colocar o DIU a qualquer momento desde que não esteja grávida. Se a menstruação tiver retornado, poderá colocar o DIU</p>	<p>No caso de inserção do DIU fora do período menstrual é recomendada a realização do teste rápido de gravidez antes da inserção, para excluir a possibilidade de gestação.</p> <p>Consultas de revisão: entre 30 e 45 dias da inserção do dispositivo. Após, realizar consultas de rotina.</p> <p>O retorno à fertilidade, se dá imediatamente após a remoção do dispositivo.</p> <p>A mulher poderá realizar suas atividades cotidianas após a inserção do DIU. Deve ser orientada a usar preservativo masculino ou feminino durante 7 dias após a colocação, período de adaptação do organismo.</p> <p>O DIU de cobre pode permanecer no útero por até 10 anos.</p> <p><b>Contraindicações para uso do método:</b> alergia ao cobre, útero bicorno, septado ou com intensa estenose cervical, miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial*, em vigência de ISTs, tais como clamídia, gonorreia e AIDS nos</p>	<p>Alterações da menstruação: ciclos mais intensos e fluxo aumentado nos primeiros meses;</p> <p>Dor aguda na parte inferior do abdômen ou cólicas;</p> <p>Possibilidade de anemia;</p> <p>Expulsão;</p> <p>Reações vasovagais, no momento da inserção, tais como suor, vômito ou desmaios breves ocorrem em, no máximo, 0,5 a 1% das mulheres.</p> <p><b>Sinais de alerta:</b> febre, dor pélvica aguda e persistente.</p>

como indicado para mulheres que apresentem ciclos menstruais;

**Após aborto (espontâneo ou não):** imediatamente se houver certeza de que não está grávida e não houver infecção. Não há necessidade de um método de apoio;

Para as usuárias de DIU com cobre que desejam substituí-lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser efetuada no mesmo momento e em qualquer dia do ciclo.

estágios clínicos 3 e 4, infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica\*\*, endometrite, cervicite mucopurulenta, tuberculose pélvica e câncer de colo uterino.

Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação não irão se beneficiar do uso do DIU com cobre pelo provável aumento do fluxo menstrual observado nestes casos.

\*Somente os miomas que distorcem a cavidade uterina são contraindicados ao método (BRASIL, 2018b).

\*\* Nas mulheres com história de doença inflamatória pélvica (DIP), há pelo menos três meses e adequadamente tratadas, a inserção do DIU pode ser realizada (BRASIL, 2018b).

\*\*\* A inserção do DIU no pós-parto pode ser discutida com a usuária durante o pré-natal, pois se trata de um momento oportuno para esclarecimentos de dúvidas e sensibilização ao uso do método. Para mais informações acessar o [Manual técnico para profissionais de saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A](#) (BRASIL, 2018b).

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2018b, FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2016; BRASIL, 2021a.

**INSERÇÃO DO DIU**

O DIU deve ser alojado corretamente no útero, para minimizar o desconforto da mulher e o risco de expulsão. A inserção pode ser feita por profissional enfermeiro treinado e não deve ser uma prática exclusiva do especialista ou vinculada à realização de exames complementares, como ultrassonografia de rotina (BRASIL, 2018b). No quadro a seguir é abordado o passo a passo para realização do procedimento, contudo, há a necessidade de treinamento prático para execução do mesmo.

**Quadro 12 - Técnica de inserção do DIU de cobre****Materiais necessários na APS**

Os instrumentos devem estar sob esterilização cirúrgica: Histerômetro; pinça de Pozzi; pinça cheron (para antisepsia); espéculo (pode ser descartável); tesoura (a tesoura curva pode facilitar no corte do fio); pacote de gaze; luva de procedimento; luva estéril e foco de luz.

**Explicação sobre o procedimento**

Explicar o procedimento à mulher, esclarecendo suas dúvidas acerca da manipulação do colo e da passagem do dispositivo pelo orifício interno, visto que pode ser desconfortável para algumas mulheres.

**Realização do exame pélvico bimanual**

O exame bimanual determina o tamanho, posição, consistência e mobilidade do útero e identifica pontos dolorosos que possam indicar a existência de uma infecção. Um útero retrovertido, ou seja, voltado para trás, exige a retificação com tração da pinça Pozzi durante a inserção do DIU. Até esse momento pode ser utilizada uma luva de procedimento.

**Avaliação do colo uterino**

Posicionar a usuária em posição ginecológica ou litotômica. Realizar avaliação do colo uterino com espéculo. Se identificados sinais de infecção do trato genital, como secreção purulenta ou presença de lesões, adiar a inserção do dispositivo até a resolução do quadro. A ectopia do colo não é contraindicação para inserção do DIU.

A partir de então, realizar procedimentos de prevenção de infecções como utilização de luvas estéreis, usar instrumentos esterilizados e realizar a limpeza do colo do útero com antisséptico à base de água com iodofórmio ou cloridrato de clorexidina, minimizando as chances de infecção uterina posterior à inserção do DIU.

### Histerometria

Realizar pinçamento do lábio anterior do colo com pinça de Pozzi, delicadamente;

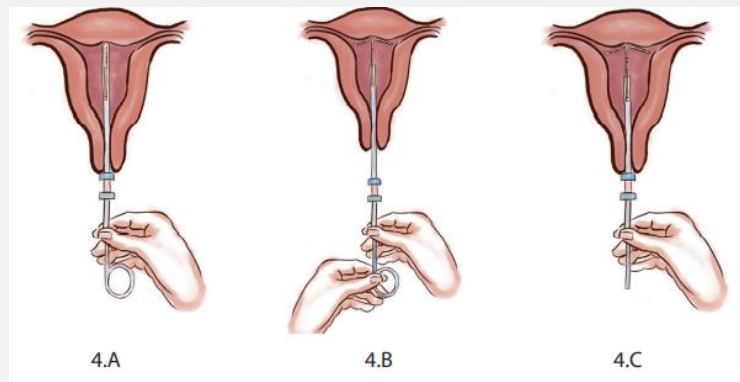
Fazer a histerometria de forma lenta e delicada para determinar a profundidade e a angulação uterina. Com isso, reduz-se o risco de perfuração do útero, que pode ocorrer se o histerômetro ou o DIU for inserido de forma abrupta, muito profundamente ou em ângulo incorreto.

### Preparação do DIU

Certificar-se de que a luva permanece estéril, caso contrário, deve-se trocá-la;  
Solicitar ao auxiliar a abertura da embalagem do DIU de acordo com orientações do fabricante;

Introduzir as hastes no condutor-guia de inserção.

### Inserção



Durante a inserção, mantenha as hastes do DIU na posição horizontal, com os ramos horizontais no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero;

Alojar o DIU no fundo do útero (ver figura ao lado - posicionamento adequado), pois isso reduz ao mínimo a ocorrência de expulsão e de gravidez acidental;

Seguir as instruções do fabricante na colocação do DIU.

A maior parte dos fabricantes do DIU orienta utilizar técnica retrátil para sua colocação. Neste sistema, o tubo de inserção, carregado com o DIU, é inserido até o fundo (4A), conforme medida indicada pelo histerômetro e, em seguida, o tubo de inserção é retirado parcialmente, enquanto o êmbolo interno é mantido fixo (4B). Isto libera as hastes do DIU e o coloca em posição. Aguardar alguns segundos e, em seguida, retirar primeiramente o êmbolo e depois o tubo-guia (4C).

Em seguida, cortar os fios deixando-os com cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento, em relação ao colo uterino.

**Documento informativo e termo de consentimento informado para inserção do DIU**

É importante que seja disponibilizado documento informativo sobre o procedimento realizado, orientando de forma clara os benefícios do método escolhido e os cuidados pós-inserção, bem como a taxa de falha, efeitos colaterais, riscos de expulsão e sinais de alerta. O impresso contido dentro da embalagem do DIU de cobre com informações e lote do produto deve ser entregue à usuária devidamente assinado e carimbado pelo profissional o qual realizou a inserção. Neste, deve-se registrar o comprimento do fio em relação à cérvix uterina para controle da mulher e do profissional de saúde em consultas subsequentes. Poderá ser anexada cópia do termo de consentimento informado utilizado para documentar a vontade da mulher e a autorização para o procedimento com informações.

**Atenção:**

- Adotar uma técnica cuidadosa, lenta e de manipulação suave durante todas as fases da histerometria e inserção do DIU. Isto reduz o desconforto da mulher e minimiza as chances de perfuração uterina, laceração do colo do útero e outras complicações;
- Manter a mulher deitada por cerca de quinze minutos após o procedimento pode reduzir o desconforto. O profissional de saúde deve se certificar de que ela está bem antes de sentá-la;
- Após o término do procedimento, deve-se registrar no prontuário o comprimento dos fios do DIU em relação ao colo uterino. Este será um parâmetro importante para avaliar a correta localização do DIU na cavidade uterina, na consulta de revisão. Caso o fio não seja localizado ou se apresente maior do que o deixado no momento da inserção, considerar a possibilidade de mal posicionamento ou expulsão parcial do DIU.

**Reação vagal durante a inserção do DIU:**

Não se deve utilizar manobras bruscas na tração do colo do útero após o pinçamento, já que algumas mulheres são mais suscetíveis à reação vasovagal. As principais reações encontradas são hipotensão, palidez, bradicardia e sudorese. Caso as manifestações descritas anteriormente ocorram antes da introdução do DIU é sugerida a suspensão do procedimento. A simples permanência em decúbito dorsal e observação clínica são suficientes na maioria dos casos.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018b.

## CONSULTA DE REVISÃO

Após a inserção do DIU com cobre, toda usuária deve retornar à unidade da APS para uma **consulta de revisão entre 30 e 45 dias** da inserção do dispositivo intrauterino. Neste momento, o enfermeiro deve realizar exame clínico-ginecológico, avaliação do padrão de sangramento e da satisfação da mulher e parceria com o método. Entretanto, a mulher também deve ser orientada a procurar atendimento a qualquer tempo caso apresente algum sintoma como febre, sangramento uterino excessivo, suspeita de expulsão do dispositivo, leucorreia malcheirosa, suspeita de gestação, dor pélvica aguda e persistente, que podem ser sinais de doença inflamatória pélvica por presença de cervicite por Chlamydia assintomática no momento da inserção. Nesse caso, a mulher deve ser tratada, não sendo necessária a remoção do DIU, se a sintomatologia regredir rapidamente. Se persistir, é preciso retirar o dispositivo (BRASIL, 2018b).

Cabe destacar que **não é necessário fazer ecografia transvaginal de rotina para confirmar posicionamento após colocação de DIU**. As mulheres devem ser orientadas a retornar para avaliação caso apresentem os sinais de alerta, conforme supracitado.

A ultrassonografia após inserção do DIU deve ser solicitada nos seguintes casos (BRASIL, 2018b; COREN-MS, 2020):

- Previamente à inserção em casos selecionados, como exemplo, na suspeição de má formação uterina ou para a investigação de sangramento uterino anormal sem diagnóstico;
- Para identificar a presença do DIU quando da ausência de fio visível na cérvix ou nos casos de fio com comprimento mais longo que aquele registrado no momento da inserção.

## PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES

Complicações graves são raras e incluem expulsão (3 a 6% no primeiro ano), doença inflamatória pélvica (1% nos primeiros 20 dias, e 0,5% nos primeiros 3 a 6 meses), insuficiência contraceptiva (0,6 a 0,8% no primeiro ano) com aumento do risco de gravidez ectópica se a falha ocorrer, e perfuração (0,01%). A má posição é um efeito colateral menos grave e ocorre em até 10% das mulheres. Os efeitos colaterais comuns como dor e sangramento irregular são os motivos mais citados para a remoção do DIU nos primeiros 6 meses (28 a 35% e 10 a 19%, respectivamente). Neste sentido, o reconhecimento e o gerenciamento de efeitos colaterais, pelo enfermeiro, são importantes para melhorar a satisfação da usuária e a continuidade do uso (POCIUS; BARTZ, 2021; BRASIL, 2021a).

**Quadro 13 - Manejo das intercorrências mais comuns na utilização do DIU de cobre**
**TAXONOMIA**
**PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Risco de sangramento;</li> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Risco de lesão.</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor Abdominal;</li> <li>• Risco de Complicação com Uso de Contraceptivo;</li> <li>• Cólica Menstrual (grau);</li> <li>• Descarga (ou Fluxo) Menstrual excessivo;</li> <li>• Menorragia;</li> <li>• Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Desconforto.</li> </ul>
Expulsão do DIU	<p>Suspeita-se de expulsão parcial quando há corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou sinusorragia e dispareunia. Porém, algumas mulheres não apresentam sintomas quando há expulsão parcial ou total.</p> <p>Se o DIU sair parcialmente, deve-se removê-lo, não devendo ser reintroduzido. Se for do desejo da usuária continuar com o método, realizar a inserção de um novo DIU, após avaliação e desde que não esteja grávida. Caso se suspeite de expulsão total e a usuária não souber se o DIU saiu ou não, solicitar ultrassom, a fim de avaliar se o DIU se deslocou para a cavidade abdominal. Fornecer método de apoio para utilizar durante este período.</p>
Ausência dos fios do DIU	<p>Questionar à usuária se e quando ela viu o DIU sair; quando sentiu os fios pela última vez; quando foi sua última menstruação; se tem algum sintoma sugestivo de gravidez; se usou método de apoio desde que identificou a falta dos fios.</p> <p>Verificar se há fios nas dobras do canal cervical, pois em metade dos casos de ausência dos fios estes podem ser encontrados nesse local. Se não for possível localizar os fios no canal cervical, eles podem ter migrado para o útero ou o DIU foi expelido sem se notar. Excluir a possibilidade de gravidez antes da realização de procedimentos mais invasivos. Solicitar ultrassonografia transvaginal para determinar a presença e posicionamento do DIU. Fornecer método de apoio para utilizar no período, caso o DIU tenha saído.</p> <p>Na identificação do DIU com cobre na cavidade uterina, adequadamente implantado, nenhuma ação é necessária. Caso seja visualizado na cavidade abdominal (através do RX de abdome ou ultrassonografia), encaminhar para videolaparoscopia ou laparotomia para localização e extração do dispositivo.</p>

<p>O parceiro sente os fios do DIU durante o sexo</p>	<p>Explicar que isso acontece algumas vezes quando os fios são cortados curtos demais.</p> <p>Se o parceiro achar que os fios incomodam, há algumas opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os fios podem ser cortados ainda mais de modo a não ficarem para fora no canal cervical. O parceiro não sentirá os fios, mas a mulher também não poderá verificá-los;</li> <li>- Se a mulher deseja verificar os fios do DIU, este pode ser removido e um novo colocado em seu lugar.</li> </ul>
<p>Suspeita de perfuração uterina</p>	<p>Se houver suspeita de perfuração no momento da inserção ou sondagem do útero, o procedimento deve ser interrompido imediatamente (e remover o DIU caso tenha sido inserido). Se houver suspeita de perfuração uterina, encaminhar a usuária para avaliação médica.</p>
<p>Vaginoses</p>	<p>A flora vaginal não se altera pelo uso do DIU com cobre. Portanto, quando há diagnóstico de vaginose, deve-se iniciar o tratamento habitual. Não há evidências de que o DIU com cobre altere a prevalência deste processo infeccioso. Usuárias de DIU com cobre que desenvolvam vaginose bacteriana, tricomoníase ou candidíase, devem receber tratamento habitual, sem a necessidade de remoção do dispositivo.</p>
<p>DIU mal posicionado</p>	<p>Considera-se que o dispositivo esteja mal posicionado quando algum segmento se encontrar no canal cervical (abaixo do orifício interno). Um exame ultrassonográfico irá esclarecer se o posicionamento do dispositivo está adequado. O DIU com cobre é radiopaco, podendo, também, ser observado por exame de Rx da pelve. Confirmado o mal posicionamento do DIU, a conduta a ser tomada é retirá-lo, podendo-se inserir novo DIU com cobre, após avaliação sobre a manutenção ou mudança do método contraceptivo.</p>
<p>Cólicas e dor</p>	<p>É comum que a mulher sinta um pouco de cólicas e dor um ou dois dias após a colocação do DIU. As cólicas também são comuns nos primeiros três a seis meses de uso do DIU, particularmente durante a menstruação. De modo geral, não é prejudicial e normalmente diminui com o tempo. Considerar analgesia (de preferência prescrever Hioscina 10 mg, 1 comprimido via oral, de 8/8 h). Se também houver menstruação intensa ou prolongada, não deverá utilizar antiagregante plaquetário (pode aumentar o sangramento).</p> <p>Se as cólicas persistirem e ocorrerem fora da menstruação: avaliar se há problemas de saúde subjacentes e tratá-los ou encaminhar para consulta médica; se não for constatado nenhum problema subjacente e as cólicas forem agudas, conversar sobre a possibilidade de retirar o DIU. Caso o dispositivo removido apresente aparência distorcida ou se houver dificuldades durante a remoção, pode ser que o mesmo estivesse em posição incorreta. Orientar à usuária que poderá colocar novo DIU.</p>
<p>Possibilidade de anemia</p>	<p>O DIU de cobre pode contribuir para um quadro de anemia caso a mulher tenha baixo teor de ferro antes da inserção, pois poderá provocar menstruação com fluxo mais intenso. Orientar dieta rica em ferro.</p>

Fonte: BRASIL, 2016; BRASIL, 2018b.

### 4.3.5 Manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos reversíveis

As manifestações clínicas decorrentes da utilização de contraceptivos devem ser avaliadas visando atingir os objetivos dos métodos aplicados sem maiores prejuízos à saúde individual. Assim, é importante que o enfermeiro identifique as manifestações clínicas que podem ocorrer. O quadro a seguir aborda os cuidados de enfermagem nestas situações.

#### Quadro 14 - Manejo das manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos

TAXONOMIA		PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Sobrepeso / Risco de;</li> <li>• Disfunção sexual;</li> <li>• Regulação do humor prejudicada;</li> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Náusea;</li> <li>• Risco de sangramento;</li> <li>• Integridade da pele prejudicada / Risco de.</li> </ul>	
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor Abdominal;</li> <li>• Cólica Menstrual (grau);</li> <li>• Descarga (ou Fluxo) Menstrual excessivo/reduzido;</li> <li>• Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional;</li> <li>• Desconforto;</li> <li>• Enxaqueca;</li> <li>• Dor;</li> <li>• Sensibilidade nas Mamas;</li> <li>• Náusea;</li> <li>• Problema de Peso Corporal;</li> <li>• Humor alterado;</li> <li>• Comportamento Sexual, ineficaz;</li> <li>• Acne;</li> <li>• Risco de integridade da pele prejudicada.</li> </ul>	
Manifestação Clínica	Métodos	Cuidados/Intervenções De Enfermagem
Náuseas	AOC; Minipílula	Sugerir a tomada noturna do comprimido ou após as refeições. Investigar problemas gastrointestinais.
Cefaleia leve	AOC;	No caso de cefaleias leves, recomenda-se utilizar analgésicos e considerar uso estendido ou contínuo da pílula. Prescrever Paracetamol 500 mg, 1

	Injetável com progestágeno trimestral;	comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias.
	Injetável combinado mensal	Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso do método contraceptivo.
<b>Enxaqueca</b>	AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal	Com o aparecimento da enxaqueca, independentemente da idade da mulher, deve-se interromper o uso do método se houver estrógeno. Orientar na escolha de método contraceptivo sem estrógeno (minipílula, injetável trimestral, DIU etc). Se enxaqueca com aura, o injetável com progestágeno é categoria 3 para manutenção do método (suspender).
<b>Sensibilidade mamária</b>	AOC; Minipílula; Injetável combinado mensal	Recomendar uso de sutiã firme (inclusive durante atividade física). Considerar analgésico, prescrever Paracetamol 500 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias.
<b>Alterações de peso</b>	AOC; Injetável combinado mensal	Não existem evidências de que anticoncepcionais orais possam interferir negativamente no peso. Deve-se identificar a causa do ganho de peso e orientar adequadamente.
<b>Alterações de humor ou no desejo sexual</b>	AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral	Se há alteração do humor na semana da pausa da ingestão de hormônio (nos sete dias em que a mulher não toma pílulas hormonais no uso do AOC, por exemplo), avaliar uso estendido e contínuo. Questionar mudanças na vida que possam afetar o humor ou a libido. Alterações agudas no humor necessitam de avaliação para atendimento especializado.
<b>Acne</b>	AOC	A acne, em geral, melhora em uso do AOC, mas pode agravar em algumas mulheres. Se a acne persistir, avaliar a possibilidade de outra fórmula de AOC

		<p>contendo acetato de ciproterona ou drospirenona, se possível.</p>
<p><b>Dor aguda na parte inferior do abdômen</b></p>	<p>Minipílula; DIU de cobre; Contracepção de emergência</p>	<p>Ficar atento aos sinais de gravidez ectópica e/ou de doença inflamatória pélvica (DIP), iniciando o tratamento imediatamente, se confirmada a hipótese. Se uso de DIU, não há necessidade de retirá-lo, caso a mulher deseje manter (exceto no diagnóstico de DIP). Caso deseje retirar, realizar após início do tratamento.</p>
<p><b>Alterações da menstruação: ausência ou sangramento irregular</b></p>	<p>AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal; DIU de cobre</p>	<p>É comum sangramento irregular ou ausência no uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando e em uso de injetáveis trimestrais). O sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Certificar-se que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Na amenorreia, investigar gestação e, caso se confirme, interromper o método.</p>
<p><b>Alterações da menstruação: sangramento irregular em uso de AOC</b></p>	<p>AOC</p>	<p>Orientar o uso correto e de preferência no mesmo horário. Pode-se prescrever Ibuprofeno 600 mg de 8/8 horas, por até 3 dias. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol (EE), ou se já em uso de AOC com 30-35 mcg de EE, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.</p>
<p><b>Alterações da menstruação: sangramento intenso ou prolongado (volume do fluxo anormal ou duração maior que oito dias)</b></p>	<p>Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal; DIU de Cobre</p>	<p>De modo geral, não é prejudicial e perde a intensidade ou cessa após alguns meses;  Para evitar anemia, orientar dieta rica em ferro;  Se o sintoma persistir ou iniciar após vários meses de menstruação normal, se amenorreia ou suspeita de outros motivos</p>

		<p>clínicos, deve-se considerar as condições subjacentes não relacionadas ao método;</p> <p>Se em uso de injetável de progestágeno, considerar uso de AOC, ingerindo uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando no primeiro dia da menstruação;</p> <p>Para manejo do sangramento intenso, considerar prescrição de Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido via oral, de 8/8 h por até 4 dias.</p>
<p><b>Irritação ao redor da vagina ou pênis</b></p>	<p>Preservativos (masculino e feminino); Espermicida</p>	<p>Verificar se há alergia pelo látex do preservativo masculino ou lubrificantes. Considerar a possibilidade de utilizar a camisinha feminina, de poliuretano.</p>

Fonte: BRASIL, 2016; FEBRASGO, 2015, COREN-SP, 2019.

#### 4.3.6. Métodos Contraceptivos Definitivos

A esterilização permanente da mulher (laqueadura tubária) ou do homem (vasectomia) são opções para usuários que não desejam ter filhos, com taxas de eficácia superiores a 99%. A tomada de decisões compartilhadas e o aconselhamento centrado no usuário são particularmente importantes na preparação para a esterilização (SONALKAR; MODY, 2021).

A laqueadura tubária é um método contraceptivo altamente eficaz e não prevê o uso de hormônio. A vasectomia é um procedimento cirúrgico e suas vantagens incluem alta eficácia, procedimento ambulatorial minimamente invasivo, com anestesia local e amplamente disponível. Recomenda-se para ambos os métodos aconselhamento minucioso sobre alternativas reversíveis de longa duração e uso de preservativos, esterilidade permanente e risco de arrependimento (SONALKAR; MODY, 2021).

Se desejada contracepção permanente e a mulher tiver vida sexual ativa com parceiro masculino único, a opção de vasectomia deve ser abordada, pois apresenta menores taxas de morbidade e mortalidade do que a contracepção permanente feminina. Entretanto, dado o seu perfil de segurança e eficácia, a vasectomia é significativamente subutilizada, visto que apenas 8,2% das mulheres entre 15 e 44 anos se beneficiam da vasectomia para contracepção (BRAATEN; DUTTON, 2021).

**Quadro 15 - Síntese de Métodos contraceptivos definitivos<sup>26</sup>**

TIPO / APRESENTAÇÕES	INSTRUÇÕES PARA USO	ORIENTAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS	CONTRAINDICAÇÃO
<p><b>Laqueadura tubária (LT)</b></p> <p><b>Vasectomia</b></p>	<p>Não se permite a esterilização cirúrgica feminina durante o parto ou aborto ou até o 42º dia após o parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por sucessivas cesáreas prévias.</p> <p>No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei n.º 14443/22, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução:</p> <p>I. em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;</p> <p>II. risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano:</p> <p>LT: 0,5%</p> <p>Vasectomia: 0,15%.</p>	<p>Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários;</p> <p>Entregar termo de consentimento e realizar a leitura conjunta a fim de esclarecer dúvidas;</p> <p>Aguardar prazo de 60 dias entre a expressão do desejo da esterilização e a realização;</p> <p>Orientar sobre a dificuldade de reversão dos métodos definitivos no momento da escolha. A LT e a vasectomia possuem baixa taxa de reversibilidade cirúrgica (na laqueadura tubária, o sucesso da reversibilidade pode chegar a 30% dos casos);</p> <p>Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar o sucesso do procedimento cirúrgico.</p> <p>Tais métodos não protegem de IST.</p>	<p>Dor leve no pós-operatório é o sintoma mais comum, devendo ser manejada com orientações gerais e repouso;</p> <p>Para os homens orienta-se evitar carregar peso, por um período inferior a 5 dias;</p> <p>Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica;</p> <p>Na presença de sinais infecciosos, o usuário deve ser avaliado imediatamente ou referenciado para serviço de urgência.</p>	<p>LT: problemas clínicos que contraindiquem a cirurgia e/ ou anestesia e mulheres que não se enquadrem nas condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei n.º 14443/22;</p> <p>Vasectomia: homens que não se enquadrem nas condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei n.º 14443/22.</p>

Fonte: BRASIL, 2022; BRASIL, 2016; COREN-CE, 2020; COREN-SP, 2019; BRASIL, 2021a.

<sup>26</sup> Para maiores detalhamentos acesse o [Protocolo de encaminhamento para serviços especializados em planejamento familiar \(laqueadura tubária e vasectomia\)](#)

## 4.4 INFERTILIDADE

A infertilidade é uma condição clínica única que envolve um casal, em vez de um único indivíduo. É definida como a incapacidade de um casal conceber após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção em mulheres com menos de 35 anos de idade; e após seis meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção em mulheres com 35 anos ou mais. Constitui problema de saúde pública crescente devido ao desejo tardio das mulheres pela gestação e pelo fato de a população jovem priorizar outras áreas em suas vidas (LEITE; FROTA, 2014; KUOHUNG; HORNSTEIN, 2021a).

As principais causas da infertilidade feminina são: transtornos ovulatórios (25%), endometriose (15%), aderências pélvicas (12%), bloqueio tubário (11%), outras anormalidades tubárias (11%), hiperprolactinemia (7%) (KUOHUNG; HORNSTEIN, 2021b). Já as principais causas da infertilidade em homens são: distúrbios endócrinos e sistêmicos com hipogonadismo hipogonadotrófico (5 a 15%), defeitos testiculares primários na espermatogênese (70 a 80%) e distúrbios do transporte de espermatozoides (2 a 5%) (ANAWALT; PAGE, 2020).

A Portaria n.º 426/GM/2005 normatiza, institui e garante o acesso à rede de serviços ofertados ao usuário que necessita de atendimento no tratamento de infertilidade, sendo a APS a porta de entrada para a identificação e direcionamento dentro dos fluxos locais pactuados. A abordagem da infertilidade pela enfermagem visa promover assistência integral ao casal e minimizar sentimentos negativos relacionados à condição (COREN-SP, 2019).

Deste modo, cabe ao enfermeiro na APS (COREN-SP, 2019; HORNSTEIN; GIBBONS; SCHENKEN, 2021):

- Identificar a existência do desejo de adotar ou ter filhos, encaminhando para avaliação médica e/ou serviço social para orientação;
- Acompanhar o processo de pré-concepção e pré-natal;
- Envolver a família no cuidado e na atenção à saúde, formando pontos de apoio familiar, quando expresso esse desejo;
- Informar aos casais heterossexuais de que a gestação adiada, especialmente após os 30 anos, pode diminuir a probabilidade de concepção bem-sucedida;
- Em relação à frequência das relações sexuais, orientar que relações regulares de duas a três vezes por semana, no período fértil da mulher podem aumentar a probabilidade de concepção. Dados indicam que a qualidade ideal do sêmen, medida em termos de motilidade, morfologia e contagem total de espermatozoides, ocorre quando há dois a três dias de abstinência ejaculatória e intervalos mais longos estão associados a menores taxas de gravidez;
- Recomendar cessação do tabagismo para casais que fumam, com base nos benefícios gerais para a saúde. O tabagismo para ambos os sexos tem sido associado a subfertilidade, podendo ser responsável por até 13% dos casos. Estudos sugerem que grande parte da subfertilidade associada ao tabagismo pode ser revertida dentro de um ano após a cessação;

- Um índice de massa corporal (IMC) maior que 27 kg/m<sup>2</sup> ou menor que 17 kg/m<sup>2</sup> está associado a um risco aumentado de infertilidade anovulatória;
- Orientar que mulheres que estão tentando engravidar evitem o consumo de álcool.

#### **4.5 ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS PESSOAS QUE EXERCEM O SEXO COMO PROFISSÃO**

Na abordagem da saúde sexual e reprodutiva é imprescindível contemplar os aspectos relacionados a grupos populacionais específicos como as pessoas que exercem o sexo como profissão<sup>27</sup>. A atenção integral à saúde dessas trabalhadoras perpassa pela superação do estigma e da discriminação que existe na sociedade e nas instituições em geral, assim, a atuação profissional ética e a oferta de atenção à saúde adequada devem prevalecer sobre qualquer opinião ou juízo de ordem moral (BRASIL, 2013; SMS SÃO PAULO, 2016).

O alto grau de vulnerabilidade do trabalho, a marginalização pela sociedade e os estigmas ferem direitos humanos e contribuem para uma maior exposição desse grupo a doenças e agravos à saúde de um modo geral. É preciso romper as barreiras de acesso às ações e serviços, destacando-se o papel das equipes da APS no acolhimento e na atenção integral e de qualidade às trabalhadoras do sexo (BRASIL, 2013). Abaixo estão elencadas algumas orientações para atuação dos enfermeiros.

#### **Quadro 16 - Orientações para atuação dos enfermeiros na atenção às pessoas que exercem o sexo como profissão**

- Atuação profissional ética, acolhedora e respeitosa, assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações sobre a intimidade, situação de saúde, atividade profissional, entre outras;
- Ofertar atenção integral, considerando o contexto de vida da pessoa, as implicações de agravos ou condições socioeconômicas e ambientais que interferem na saúde sexual e reprodutiva;
- Promover estratégias de prevenção que permitam maior autonomia em relação ao seu corpo e às suas práticas, na busca pela melhoria das condições de saúde;
- Na abordagem sobre a saúde sexual, considerá-la tanto na dimensão da vida privada como do exercício profissional;
- Na unidade de saúde e junto às famílias e à comunidade, abordar a promoção do respeito à orientação sexual e aos diferentes estilos de vida;
- Abordar situações de violência na unidade de saúde, junto às famílias, instituições e

<sup>27</sup> Trabalhadores do sexo são pessoas adultas que exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor, de forma ocasional ou regular e nos mais diversos espaços e situações (PCDT-IST, 2020). Em 2002, o Ministério do Trabalho e Emprego incluiu a ocupação profissional do sexo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), cujo documento oficial reconhece, nomeia, codifica e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. O reconhecimento de uma ocupação na CBO não tem função de regulamentação profissional, serve apenas para fins classificatórios dos tipos de ocupação (BRASIL, 2013). Do ponto de vista jurídico, a prostituição no Brasil não é crime. O Código Penal Brasileiro não criminaliza a prostituição em si, mas sim o lenocínio, que consiste na indução, facilitação ou atração de alguém à prostituição ou impedimento para que a abandone (BRASIL, 1940).

comunidade em geral, com o objetivo de preveni-la;

- Promover o diálogo objetivo sobre sexualidade, uso/ abuso de substâncias psicoativas, violência e outros temas relevantes;
- Nos casos de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas utilizar estratégias de redução de danos<sup>28</sup>, quando possível;
- Promover ações de promoção à saúde das trabalhadoras do sexo, como oficinas de educação em saúde, buscando, sempre que possível, a articulação com outros dispositivos da rede;
- Buscar articulação e realizar ações de forma integrada com a sociedade civil organizada, organizações não governamentais e outras instituições que realizem trabalhos direcionados às pessoas que exercem o sexo como profissão;
- Realizar ações educativas, preventivas e assistenciais em saúde sexual e reprodutiva, adequadas à realidade e às especificidades desse grupo. Para maiores detalhamentos consultar PCDT-IST (2020);
- Quando possível, promover agenda aberta e atenção oportuna em todos os contatos com o serviço de saúde, adequando os horários de atendimento e a quantidade de insumos disponibilizados (preservativos, lubrificantes e outros);
- Quando necessário e indicado, realizar encaminhamento à atenção especializada, mantendo acompanhamento regular na APS;
- Ofertar a realização do exame citopatológico de colo uterino, exame das mamas e testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B e C, atendendo às especificidades desta população;
- Contribuir para a inserção social das pessoas que exercem o sexo como profissão.

Fonte: BRASIL, 2013.

O contexto das ISTs entre trabalhadoras do sexo se configura um desafio no que tange ao desenvolvimento de novas estratégias de prevenção, não apenas pelo fator individual/comportamental (volume/ simultaneidade de parceiros e uso de substâncias psicoativas), mas, sobretudo, por questões estruturais e sociais, como a organização do trabalho sexual, baixo nível de escolaridade, idade, habitação, insegurança financeira, criminalização e violência. Embora a testagem para HIV e outras ISTs seja incentivada e incluída em ações educativas de prevenção, é necessário que se realizem também outras ações relativas ao acesso, tratamento presuntivo de IST, aconselhamento, realização da testagem sem estar vinculada a outras intervenções, fornecimento de preservativos, além de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ou Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando necessário (COUTO *et al.*, 2019; LEITE *et al.*, 2015). Para mais informações, consultar PCDT-IST (2020).

<sup>28</sup> Redução de danos é o conjunto de ações que visam diminuir os prejuízos biológicos, econômicos e sociais trazidos pelo uso e abuso de substâncias psicoativas, sem necessariamente implicar no abandono do consumo, considerando que, naquele momento, algumas pessoas não querem ou não conseguem interromper o uso.

## 5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

*Pâmela Leites de Souza Steffen*<sup>29</sup>

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>30</sup>

*Tainá Nicola*<sup>31</sup>

*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>32</sup>

*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>33</sup>

*Fábio Meller da Motta*<sup>34</sup>

O câncer de mama constitui um importante problema de saúde pública, sendo fundamental o papel da APS e da Enfermagem no rastreamento e diagnóstico precoce do mesmo, assim como na construção coletiva de conhecimentos para a promoção da saúde e adoção de hábitos saudáveis como fatores de proteção (COREN-CE, 2020).

O câncer de mama é atribuído a diversos fatores, sendo que com o aumento da idade, principalmente a partir dos 50 anos, as chances de desenvolver a doença aumentam (INCA, 2015). Mulheres que têm alguns fatores de risco para câncer de mama tendem a estar em risco médio. Nessas mulheres, a idade é o fator mais importante para a decisão de quando fazer o rastreamento (ELMORE; LEE, 2021).

Por outro lado, mulheres com determinados fatores hereditários/genéticos como história pessoal ou familiar de câncer de mama e ovário, apresentam alto risco de desenvolver câncer de mama (ELMORE; LEE, 2021). Nesse sentido, faz-se necessária a identificação e abordagem integrada dos principais fatores de risco para esse tipo de câncer, apresentados no quadro abaixo.

<sup>29</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>30</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande.

<sup>31</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>32</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. SES-RS.

<sup>33</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS).

<sup>34</sup> Enfermeiro. Especialista. Coren-RS.

**Quadro 17 - Fatores de risco para o Câncer de mama****RISCO MÉDIO**

Comportamentais/ ambientais	- Obesidade e sobrepeso após a menopausa; - Sedentarismo; - Consumo de bebida alcoólica; - Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X, mamografia e tomografia).
Vida reprodutiva	- Menarca antes de 12 anos; - Menopausa após os 55 anos; - Nuliparidade; - Primeira gestação após os 30 anos; - Não ter amamentado.
Endócrinos/hormonais	- Uso de contraceptivos orais por tempo prolongado; - Reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos.

**RISCO MUITO ELEVADO**

Hereditários/ genéticos	- História familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos; - História pessoal ou familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; - História familiar de câncer de mama masculino; - Diagnóstico histopatológico prévio de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular <i>in situ</i> .
----------------------------	--

Fonte: INCA, 2015; BRASIL, 2016; INCA, 2021.

É papel do Enfermeiro, enquanto integrante das equipes de APS, a identificação e o esclarecimento sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama, assim como a correta classificação do risco de desenvolvimento deste tipo de câncer entre as mulheres assistidas durante as ações de rastreamento (COREN-CE, 2020).

**5.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

A consulta de Enfermagem para o rastreamento do câncer de mama deve basear-se no seguinte roteiro (BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019; COREN-CE, 2020):

- Realizar escuta qualificada e anamnese com identificação das necessidades em saúde, hábitos de vida, fatores de risco e de proteção para o câncer de mama;
- Realizar estimativa do risco de desenvolvimento de câncer de mama (ver quadro 17);

- Investigar queixas mamárias: ginecomastia, alteração mamária como palpação de nódulo ou retração da pele e descarga papilar espontânea notados pela mulher;
- Identificar sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama como: nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos e nas mulheres acima de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual; secreção mamilar sanguinolenta unilateral; linfadenopatia axilar; aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema e/ou retração na pele da mama; mudança no formato do mamilo, como desvio ou retração;
- Na presença de queixas, sinais e sintomas suspeitos, consultar o item 5.2. *Problemas mais comuns na mama*;
- Solicitar mamografia de rastreamento do câncer de mama, conforme faixas etárias preconizadas neste protocolo (ver quadro 18);
- Orientar sobre os principais fatores de risco e de proteção do câncer de mama, com enfoque na promoção do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis;
- Estimular o autoconhecimento e orientar a mulher a procurar o serviço de saúde sempre que perceber alguma alteração suspeita em suas mamas;
- Orientar acompanhamento regular na Unidade de Saúde para consultas de saúde da mulher e ações de detecção precoce do câncer de mama e do colo de útero;
- Pactuar retorno.

Atenção! O rastreamento do câncer de mama deve ser realizado a partir da solicitação do exame **MAMOGRAFIA BILATERAL** para todas as mulheres entre **50 e 69 anos**, a cada **dois anos**, ou para mulheres de **35 anos ou mais com risco elevado, anualmente** (INCA, 2021).

O **AUTOEXAME DAS MAMAS** não deve ser ensinado e indicado pelos profissionais de saúde como método de rastreamento, diante da sua baixa acuidade para a detecção precoce do câncer de mama, ineficácia para a redução da mortalidade e associação a danos por sobrediagnósticos. Entretanto, a prática ocasional e não sistemática da observação e autopalpação das mamas pode ser estimulada para fins de autoconhecimento, cabendo ao enfermeiro acolher, valorizar a queixa e orientar a mulher diante de anormalidades encontradas (INCA, 2015).

Já o **EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)** é indicado em caso de queixas mamárias para início de investigação diagnóstica (consultar item 6.2. *Problemas mais comuns na mama*). Para fins de rastreamento pode ser utilizado em conjunto com a mamografia em mulheres com risco elevado de câncer de mama. Até então, somente o ECM não possui benefício bem estabelecido como método eficaz de rastreamento (BRASIL, 2015; ESSERMAN; JOE, 2021; FLORIANÓPOLIS, 2020; ELMORE; LEE, 2021).

Em relação à idade do exame, antes dos 50 anos, de modo geral, as mamas têm mais tecido glandular e menos gordura (em geral, são mais densas), diminuindo a acurácia da mamografia para

visualizar alterações e identificar lesões suspeitas de câncer. Isso pode gerar resultados incorretos (falsos-positivos e falsos-negativos). Após os 70 anos, há maior risco de se encontrar um câncer que não evoluiria a ponto de causar prejuízos à saúde da mulher (sobrediagnóstico). O tratamento desse tipo de câncer expõe a mulher a riscos e a danos desnecessários (NELSON *et al.*, 2016). Portanto, a faixa etária entre **50 e 69 anos** possui, até o momento, a melhor relação risco-benefício, em comparação às demais faixas etárias (GØTZSCHE; JØRGENSEN, 2014; INCA, 2021).

Em relação à solicitação de ultrassonografias (US) de mamas como método de rastreamento, o Ministério da Saúde contraindica o procedimento em qualquer faixa etária, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (COREN-CE, 2020; INCA, 2015). Nos casos em que o resultado da mamografia indique a necessidade de correlação com outros métodos de imagem, a US poderá ser solicitada, a critério clínico e conforme realidade local (ESSERMAN; JOE, 2021).

As indicações para a solicitação da mamografia, bem como a interpretação dos resultados no seguimento do rastreamento de câncer de mama, são abordadas nos quadros a seguir.

### Quadro 18 - Recomendações para rastreamento do câncer de mama

População-Alvo	Recomendações
Mulheres de 40 a 49 anos	<b>Exame clínico das mamas (ECM) anual</b> ou conforme demanda (consultar item 5.2).
Mulheres de 50 a 69 anos	- ECM <b>anual</b> ou conforme demanda. - Mamografia <b>bianual</b> .
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado para câncer de mama	- ECM e Mamografia <b>anuais</b> .

Fonte: BRASIL, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2020.

## Quadro 19 - Interpretação de resultados de Mamografia e cuidados/Intervenções de Enfermagem no acompanhamento do rastreamento de câncer de mama

TAXONOMIA		PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Baixa autoestima crônica / Risco;</li> <li>• Conhecimento deficiente;</li> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Proteção ineficaz;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Risco de sobrepeso;</li> <li>• Sobrepeso;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Estilo de vida sedentário;</li> <li>• Comportamento de saúde propenso a risco;</li> <li>• Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde;</li> <li>• Negação ineficaz;</li> <li>• Medo;</li> <li>• Enfrentamento familiar ineficaz.</li> </ul>	
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão a / Não adesão a regime de exercício físico;</li> <li>• Acompanhamento de Rastreamento (Screening);</li> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Apoio social / Falta de Apoio social;</li> <li>• Autoimagem negativa;</li> <li>• Baixa autoestima;</li> <li>• Manutenção da saúde, prejudicada;</li> <li>• Menopausa;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Risco de Doença;</li> <li>• Risco de Qualidade de Vida, Negativa;</li> <li>• Sobrepeso;</li> <li>• Tabagismo.</li> </ul>	
CATEGORIA BI-RADS** e Interpretação	RISCO DE CÂNCER	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
0 Inconclusivo	Indeterminado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;</li> <li>- <b>Necessidade de avaliação adicional (outras incidências mamográficas, ultrassonografia etc.)</b></li> <li>- Encaminhar, se necessário, para consulta médica;</li> <li>- Manter coordenação do cuidado para mulheres com alterações, em equipe multiprofissional e/ou com Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), quando indicada.</li> </ul>

<p>1</p> <p><b>Sem achado</b></p>	<p>0%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;</li> </ul>
<p>2</p> <p><b>Achado benigno</b></p>	<p>0</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre os principais fatores de risco e de proteção do câncer de mama, com enfoque na promoção do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis;</li> </ul>
<p>3</p> <p><b>Achado provavelmente benigno</b></p>	<p>&lt; 2% mensal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gerenciar acompanhamento de rastreamento (Screening);</b></li> <li>- <b>Pactuar rotina de rastreamento conforme faixa etária, de acordo com quadro 18.</b></li> </ul>
<p>3</p> <p><b>Achado provavelmente benigno</b></p>	<p>&lt; 2% mensal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;</li> <li>- Gerenciar acompanhamento de rastreamento (Screening);</li> <li>- <b>Pactuar rotina de rastreamento com controle radiológico por três anos, com repetição da mamografia semestral no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes;</b></li> <li>- Se persistência do achado, encaminhar para consulta médica ou realizar interconsulta com o médico;</li> <li>- Manter coordenação do cuidado para mulheres com alterações, em equipe multiprofissional e/ou com Atenção Ambulatorial Especializada, quando indicada.</li> </ul>
<p>4</p> <p><b>Achado suspeito</b></p>	<p>2% a 95% a depender do grau de suspeição</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;</li> <li>- Realizar <b>encaminhamento para Atenção Ambulatorial Especializada</b> com urgência, de acordo com fluxos locais;</li> </ul>
<p>5</p> <p><b>Achado altamente suspeito</b></p>	<p>&gt; 95%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter coordenação do cuidado em equipe multiprofissional e AAE;</li> </ul>

6		
<b>Achado cuja malignidade já está comprovada</b>	100%	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apoiar a mulher e família no decorrer dos tratamentos instituídos;</li><li>- Apoiar a tomada de decisão da mulher fortalecendo a autoestima.</li></ul>

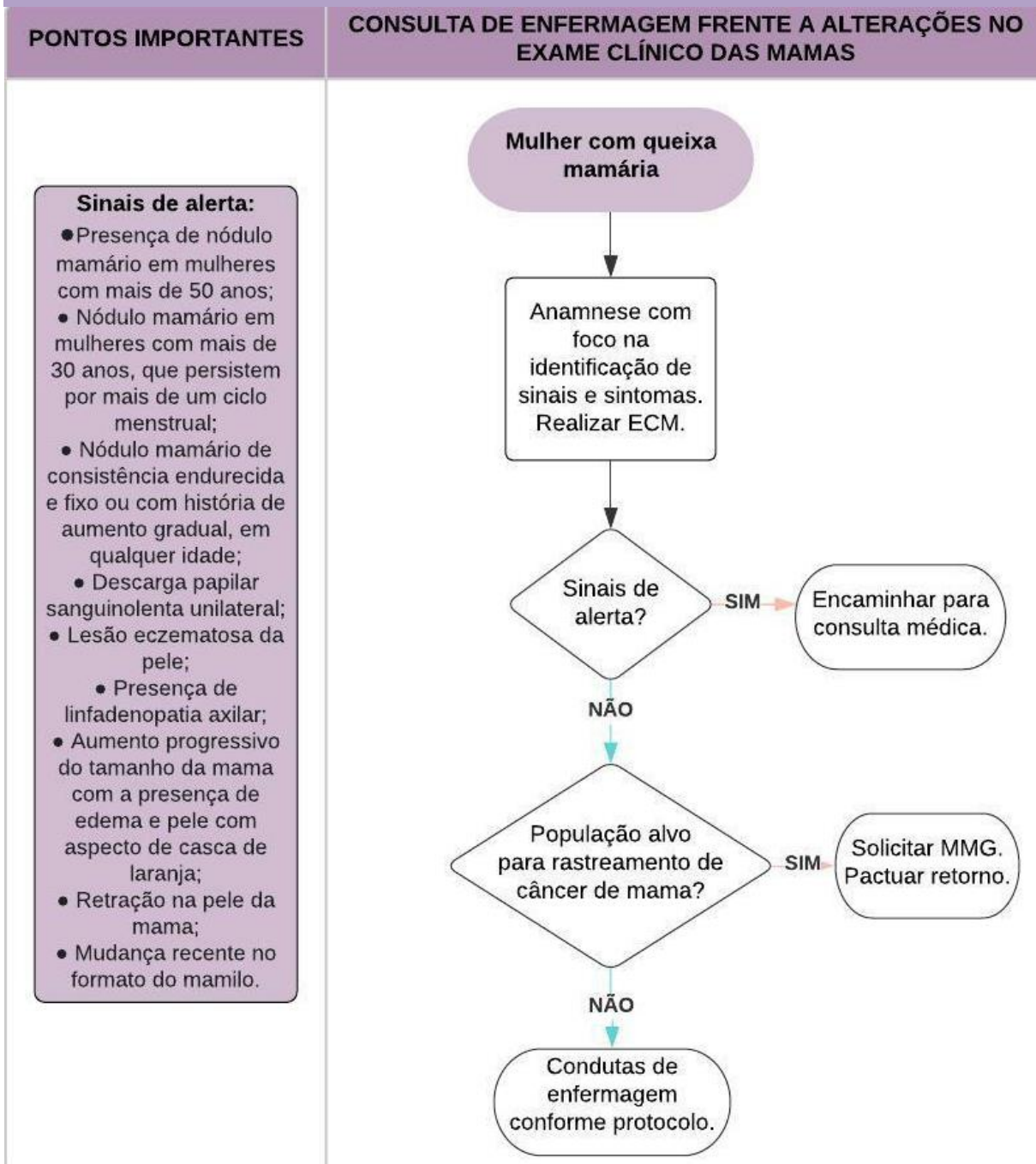
Fonte: BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019; FLORIANÓPOLIS, 2020.

## 5.2 PROBLEMAS MAIS COMUNS NAS MAMAS

A anamnese e o Exame Clínico das Mamas estão entre os pilares da investigação diagnóstica inicial de pacientes com queixas mamárias na APS (INCA, 2015; COREN-SP, 2019). O ECM deve ser realizado na presença de relatos de sinais e sintomas mamários, em que as mamas serão analisadas através de inspeção estática e dinâmica, palpação mamária, axilar, supra e infraclavicular e expressão papilar (anexo 1).

O manejo dos problemas mais comuns na mama é abordado no fluxograma 1 e quadro 20.

## Fluxograma 1 - Consulta de Enfermagem frente a alterações no Exame Clínico das Mamas



Legenda: MMG - Mamografia

Fonte: INCA, 2015; BRASIL, 2016.

## Quadro 20 - Manejo dos problemas mais comuns na mama

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde;</li> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Proteção ineficaz;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Hipertermia;</li> <li>• Amamentação ineficaz.</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentação, prejudicada;</li> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Risco de/ presença de infecção;</li> <li>• Risco de/ presença de inflamação;</li> <li>• Manutenção da saúde, prejudicada;</li> <li>• Menopausa;</li> <li>• Risco de Doença.</li> </ul>
CONDIÇÃO	CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>MASTALGIA COM FEBRE</b></p> <p>Queixa de dor mamária associada a causas infecciosas. A infecção da mama inclui a mastite infecciosa e o abscesso mamário, mais comuns em mulheres entre 15 e 45 anos de idade, sobretudo as lactantes. Em caso de não nutrízes, a ectasia de ducto é a principal causa da mastite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar para <b>avaliação médica imediata</b>;</li> <li>- Em caso de nutrízes, consultar Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016).</li> </ul>

### MASTALGIA SEM FEBRE

Queixa de dor mamária, usualmente bilateral ou unilateral se associada à trauma, em geral relacionada a processos fisiológicos como sintomas pré-menstruais ou a sintoma de gestação. Em algumas situações pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais ou terapias de reposição hormonal na menopausa.

- Se presença de sinais de gravidade como dor torácica aguda, suspeita de dor precordial ou dor perfurante localizada, súbita e de forte intensidade irradiada para pescoço ou para região posterior do tórax, encaminhar para **avaliação médica imediata**;

- Em caso de nutrízes, consultar, consultar Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016);

- Realizar ECM (consultar fluxograma 1);

- Investigar causas fisiológicas ou gestação;

- Iniciar pré-natal se gravidez confirmada;

- Tranquilizar a paciente quanto à natureza frequentemente benigna da mastalgia;

- Orientar uso de sutiã ajustado e, preferencialmente, com aro metálico para maior suporte dos seios. Considerar sutiã confortável à noite e reforçar uso de sutiã esportivo adequado para a realização de exercícios físicos;

- Considerar aplicação de compressas quentes ou compressas de gelo para alívio da dor;

- Prescrever **Paracetamol 500 mg**, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias

**OU**

**Ibuprofeno 600 mg**, 1 comprimido via oral de 8/8 h por 3 a 5 dias;

- Em caso de mastalgia acentuada e possivelmente relacionada ao método anticoncepcional hormonal em uso ou à terapia de reposição hormonal, encaminhar para consulta médica para avaliar troca/suspensão;

- Pactuar retorno para reavaliação em um mês, ou antes, se necessário. Se persistência ou piora do quadro, encaminhar para consulta médica.

### DESCARGA PAPILAR ESPONTÂNEA EM NÃO NUTRIZES

A maioria das secreções mamilares é de origem benigna. Durante seus anos reprodutivos, até 80% das mulheres terão um episódio de secreção mamilar.

A secreção mamilar é classificada por sua apresentação como: produção normal de leite (lactação), secreção mamilar fisiológica (galactorreia de aspecto seroso, geralmente associada a hiperprolactinemia) ou secreção mamilar patológica (sanguinolenta ou purulenta).

Realizar ECM (consultar fluxograma 1);

- Investigar gestação e iniciar pré-natal se gravidez confirmada;

- Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (como por exemplo: sulpirida, domperidona, metoclopramida, metildopa e digoxina);

- Avaliar características da descarga e encaminhar para consulta médica.

Fonte: BRASIL, 2016; TASOULIS, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2020; GOLSHAN, 2020a; GOLSHAN, 2020b; MASON, 2021.

## 6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

*Vanessa Romeu Ribeiro<sup>35</sup>  
Janilce Dorneles de Quadros<sup>36</sup>  
Tainá Nicola<sup>37</sup>  
Thais Mirapalheta Longaray<sup>38</sup>  
Valdecir Zavarese da Costa<sup>39</sup>*

O câncer de colo uterino está em quarto lugar dentre os tipos de câncer que acometem a população feminina no Brasil. O rastreamento é o principal método para a sua detecção precoce, por intermédio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos da doença, e ao diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial naquelas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença. Deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, com idade entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer (SES/RS, 2020; INCA, 2021; BRASIL, 2016).

As alterações nas células cervicais podem progredir para o câncer, mas essa evolução ocorre geralmente de forma lenta, podendo durar de 10 a 20 anos, aproximadamente, passando por um longo período como lesões precursoras, que são assintomáticas. Essas lesões, quando tratadas adequadamente, são curáveis na quase totalidade dos casos (INCA, 2021).

No Brasil, o padrão predominante de rastreamento é o oportunístico, a partir da demanda espontânea das mulheres ou ofertado pelos profissionais de saúde por ocasião da procura da unidade por outros motivos. Como resultado, 20% a 25% dos exames citopatológicos ocorrem fora do grupo etário recomendado e aproximadamente metade dos exames são realizados com intervalo inferior ao recomendado. Assim, evidencia-se no cenário brasileiro uma dicotomia: mulheres excessivamente rastreadas e outras sem qualquer exame de rastreamento (UFRGS, 2021).

Programas de rastreamento organizado tendem a ser mais efetivos, pois esta convocação e monitoramento da população-alvo com idade e na periodicidade recomendada, reduz a possibilidade de repetições desnecessárias e de rastreamento em indivíduos fora desse grupo (INCA, 2021).

<sup>35</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

<sup>36</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>37</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>38</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

<sup>39</sup> Enfermeiro. Doutor em Educação. Universidade Federal de Santa Maria.

## População-alvo e periodicidade

Na APS, em especial os enfermeiros têm importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa das mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por câncer de colo uterino. É atribuição do enfermeiro prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado citopatológico alterado (BRASIL, 2016).

### Quadro 21 - População-alvo e periodicidade para realização do exame citopatológico de colo do útero

POPULAÇÃO-ALVO	PERIODICIDADE
Mulheres de 25 a 64 anos de idade que já tiveram ou têm atividade sexual	Anualmente, e após dois resultados normais consecutivos, o intervalo entre coletas passa a ser a cada três anos
	Realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, não realizar exames adicionais
	Sem histórico de rastreamento
Mulheres após os 64 anos de idade	Com dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos*
	Liberar do rastreamento

\* Sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva.

Fonte: UFRGS, 2021 .

A recomendação quanto a periodicidade se justifica em razão da ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos. Uma vez que a doença possui uma evolução lenta, o intervalo de três anos garantiria encontrar a lesão precursora e iniciar o tratamento. Essa é a recomendação da OMS e das diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Já a repetição em um ano após o primeiro exame tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (OPAS, 2016; UFRGS, 2021).

É importante salientar que homens transexuais (pessoas que tiveram o sexo feminino ao nascer, mas que se identificam com o masculino no espectro de gênero) e que não realizaram a remoção cirúrgica dos seus órgãos reprodutivos e, portanto, continuam sob risco de desenvolver alguns tipos de câncer como o do colo do útero, necessitam do mesmo cuidado indicado à população feminina, como exames preventivos e imunizações (UFRGS, 2021).

## Sinais e sintomas de alerta

A infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) e as lesões precursoras do câncer são assintomáticas, mas, nos casos em que as lesões precursoras não tenham remissão espontânea nem sejam detectadas e tratadas, a progressão poderá levar ao câncer, quando surgirão sinais e sintomas (INCA, 2021):

- Sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço físico);
- Corrimento vaginal (às vezes fétido);
- Dor na região pélvica, que pode estar associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados;
- Perda de peso.

A investigação imediata desses sinais e sintomas permitirá a antecipação do diagnóstico, com o tratamento do câncer em estádios menos avançados, com maiores chances de cura e melhor qualidade de vida (INCA, 2021).

## Fatores de risco

A infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, sendo que até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquirir o vírus no decorrer de suas vidas (BRASIL, 2016).

Existem mais de 150 tipos diferentes de HPV, que estão relacionados à origem de lesões benignas, lesões precursoras e a vários tipos de câncer. Este vírus pode infectar pele e mucosas e é transmitido por meio da relação sexual. Na maioria das mulheres, a resposta imunológica ajuda a eliminar a infecção pelo HPV de 12 a 24 meses. O risco de desenvolver o câncer do colo do útero é de cerca de 30%, se as lesões precursoras não forem tratadas. Os tipos 16 e 18 são os dois principais causadores, responsáveis por quase 70% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2016; OPAS, 2016; INCA, 2021).

Além da infecção pelo HPV, alguns fatores aumentam a predisposição ao câncer de colo uterino (INCA, 2021; UFRGS, 2021):

- fatores ligados à imunidade e à genética (história familiar) parecem influenciar os mecanismos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer;
- idade - a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente;

- início precoce da atividade sexual;
- maior número de parceiros sexuais;
- história de infecções sexualmente transmissíveis;
- multiparidade;
- idade da primeira gestação < 19 anos;
- população negra ou hispânica;
- tabagismo atual;

• uso atual de contraceptivo oral com duração > 5 anos - fator de risco controverso, uma vez que o câncer do colo do útero não é considerado como hormônio-dependente. No entanto, alguns hormônios na composição de certos contraceptivos parecem aumentar a oncogênese do HPV, interferindo na regressão espontânea das lesões causadas pelo vírus. Contudo, é preciso destacar que os benefícios de um método contraceptivo efetivo para evitar gestações indesejadas são superiores à pequena possibilidade de aumento do risco do câncer do colo do útero.

## Imunização

Atualmente, a vacinação contra o HPV é a medida mais eficaz para prevenção contra a infecção. O SUS, através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), fornece a vacina HPV quadrivalente, protegendo contra a infecção dos subtipos 6, 11, 16 e 18 do papilomavírus humano (UFRGS, 2021).

Contudo, mesmo as mulheres vacinadas, quando chegarem na faixa etária recomendada para o rastreamento, devem realizar o exame citopatológico, pois a vacina protege contra os principais tipos de vírus oncogênicos, mas não contra todos (INCA, 2021).

### Quadro 22 - Indicação da vacina contra o HPV

PÚBLICO	FAIXA-ETÁRIA	DOSES RECOMENDADAS
Meninas	9 a 14 anos	2 doses, com intervalo mínimo de 6 meses
Meninos	11 a 14 anos	

PÚBLICO	FAIXA-ETÁRIA	DOSES RECOMENDADAS
Meninas e mulheres que vivem com HIV, transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes com neoplasias	9 a 45 anos	3 doses, com intervalo de 2 meses entre a primeira e segunda dose e 6 meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses) comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias.
Meninos e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos	11 a 26 anos	

Fonte: UFRGS, 2021.

### Quadro 23 - Recomendação para coleta de citopatológico em mulheres com situações especiais

<b>Gestantes</b>	<p>Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.</p> <p>O colo do útero da mulher grávida é mais congestionado, friável e pode apresentar sangramento durante ou após a coleta. Algumas recomendações restringem a coleta à ectocérvice, porém não há evidências científicas de que a coleta endocervical aumente o risco de eventos adversos à gestação, como trabalho de parto prematuro ou aborto.</p> <p>Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa. A coleta pode ser realizada em qualquer idade gestacional. Mulheres com histórico prévio de perdas gestacionais podem se sentir inseguras com o procedimento, principalmente no primeiro trimestre de gestação. Isso deve ser respeitado para que não haja associação entre desfechos negativos e o exame citopatológico.</p>
<b>Puerpério</b>	Recomenda-se a realização do CP a partir de 90 dias após o parto.
<b>Climatério e pós-menopausa</b>	<p>Rastrear até a idade de 64 anos. Se necessário, proceder à estrogenização local com <b>Estriol creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, via vaginal por 21 dias</b>. É realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso.</p> <p><b>Atenção:</b> mesmo sendo mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, não prescrever para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes.</p>
<b>Mulheres sem história de atividade sexual</b>	Não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.
<b>Mulheres lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres</b>	<p>Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária.</p> <p>A prática sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres é passível de</p>

sexo com mulheres	infecções sexualmente transmissíveis, seja através do sexo oral, seja com o compartilhamento de acessórios.
Homens transexuais e transmasculinidades	Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária, se tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento deste grupo tende a ser negligenciado, pois além dos fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona induz à atrofia vaginal e cervical, gerando maior desconforto ao exame.
Imunossuprimidas por: - infecção pelo HIV; - uso de imunossupressores após transplante; - tratamento de câncer; - uso crônico de corticosteroides.	O CP deve ser realizado nesse grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células/mm <sup>3</sup> devem ser priorizadas na correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, realizar o rastreamento citológico a cada seis meses. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.
Mulheres hysterectomizadas	Na hysterectomia subtotal (onde o colo uterino foi mantido), proceder à coleta do exame normalmente. Hysterectomia total: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Por lesões benignas:</b> sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais (pré-hysterectomia);</li> <li>- <b>Por lesão precursora ou câncer do colo do útero:</b> deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesão precursora – controle citocolposcópico semestral até dois exames consecutivos normais;</li> </ul> </li> </ul> Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.
Mulheres com história familiar de câncer do colo do útero	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.

Fonte: adaptado de UFRGS, 2021; INCA, 2021; FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2016.

## Teste de Schiller e inspeção visual com ácido acético

Não é recomendado realizar a inspeção visual com ácido acético ou solução de Lugol (Teste de Schiller) onde houver disponibilidade do exame citopatológico do colo do útero, que é considerado o método padrão-ouro para o rastreamento. A inspeção visual a olho nu possui especificidade limitada e baixo valor preditivo positivo (cerca de 10%) e, devido à natureza subjetiva do teste, é difícil padronizar o controle de qualidade (UFRGS, 2021).

## **6.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Considerando que o câncer cervical é uma doença totalmente previsível e, em muitos casos, insidiosa, as ações de rastreamento são primordiais para a detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Deste modo, o enfermeiro tem papel fundamental para a consolidação da cobertura adequada do exame de prevenção do câncer de colo uterino, pois é um dos responsáveis pela realização deste durante as consultas ginecológicas que realiza (COREN-SP, 2019). Durante toda a abordagem ginecológica, a mulher deve ter liberdade para esclarecer dúvidas, assim como receber orientações.

**Quadro 24 - Consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autogestão ineficaz da saúde;</li> <li>• Disposição para autogestão da saúde melhorada;</li> <li>• Comportamento de saúde propenso a risco;</li> <li>• Conhecimento deficiente.</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidado adequado/ inadequado;</li> <li>• Conhecimento sobre o teste diagnóstico;</li> <li>• Adesão ao teste diagnóstico;</li> <li>• Acompanhamento de rastreamento iniciado;</li> <li>• Acompanhamento de rastreamento interrompido.</li> </ul>
<b>Acolhimento com escuta qualificada</b>	<p>- Direcionamento para o atendimento necessário (qualquer contato da mulher com o sistema de saúde é momento oportuno para identificação daquelas não rastreadas e realização da coleta de CP);</p> <p>- Orientação individual e/ou coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame, sua importância e fatores de risco.</p>
<b>Anamnese</b>	<p>- Idade (ver população-alvo);</p> <p>- Verificar a realização prévia de exame citopatológico (data do último exame e ocorrência de exames citopatológicos anormais, ver quadro 28 - resultados citopatológicos e condutas clínicas);</p> <p>- Questionar sobre a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, história de relações sexuais com preservativo, nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico;</p> <p>- Antecedentes pessoais obstétricos, cirurgias pélvicas e antecedentes patológicos, em especial as ISTs e, entre elas, a infecção pelo HPV;</p> <p>- Data da última menstruação;</p> <p>- Presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais (não descartar a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo da consulta ocorreu pelo corrimento);</p> <p>Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses, pelo risco de prejuízo da amostra (ver capítulo Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres).</p>
<b>Exame físico genital</b>	<p>- Inspeção dos órgãos genitais externos (atentando à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais);</p> <p>- Ao exame especular, observar aspecto do colo, presença de secreção anormal ou friabilidade do colo e presença de lesões.</p>
<b>Toque vaginal bimanual</b>	<p>- Não deve ser realizado rotineiramente pelo enfermeiro, tendo sua execução restrita quando houver suspeita de doença inflamatória pélvica (DIP), sangramentos disfuncionais, presença de massas ou alterações detectadas à palpação de abdome. As evidências atuais mostram que os danos superam os benefícios, visto que danos no tratamento excessivo podem resultar de uma triagem não baseada em evidências, além de gerar na mulher ansiedade e constrangimento;</p> <p>- Quando recomendado, deve ser realizado após exame especular. Deve-se afastar lábios maiores e menores, introduzindo os dedos médio e indicador no canal vaginal, explorando as paredes vaginais, cérvix e fundo de saco, pesquisando alterações e tumorações. A outra mão é posicionada sobre o baixo ventre da mulher, realizando leve compressão, a fim de delimitar útero para posterior descrição de sua forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. A dor à mobilização do útero pode ser sugestiva de DIP ou endometrite/pelviperitonite.</p>
<b>Exame citopatológico do colo uterino</b>	<p>- Conforme descrição da técnica de coleta do exame a seguir.</p>
<b>Orientações gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar busca ativa das mulheres faltosas com resultado alterado ou com atraso na coleta;</li> <li>- Estimular o autocuidado;</li> <li>- Encaminhar para grupo de combate ao tabagismo, se necessário;</li> <li>- Relacionar a secreção vaginal ao ciclo menstrual, atividade sexual, estado imunológico, aspectos emocionais e condições de higiene;</li> <li>- Captar parceria(s) para o tratamento, se necessário;</li> <li>- Se alteração ao exame, comunicar a mulher e realizar apoio emocional e esclarecer suas dúvidas;</li> <li>- Se necessário, encaminhar para consulta médica.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019; CARUSI, 2021.

## 6.2 EXAME CITOPATOLÓGICO

A qualidade do exame citopatológico e, portanto, a coleta, o acondicionamento e o transporte das amostras conduzidos de forma adequada são fundamentais para o sucesso das ações de rastreamento (BRASIL, 2013).

### Recomendações prévias à coleta do exame CP

É comum que os profissionais de saúde coloquem alguns critérios para a realização da coleta, no entanto, a maioria desses critérios não tem embasamento científico e muitas vezes causam atraso ou até mesmo a perda da oportunidade de rastreamento. Portanto, as orientações abaixo são recomendadas com o objetivo de garantir a qualidade da amostra, mas não impedem a realização do exame (UFRGS, 2021):

- Uso de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos via vaginal: evitar o uso nas 48 horas que antecedem o exame, assim como exames intravaginais que utilizam gel condutor;
- Duchas vaginais: de forma geral, não há benefício em realizar a higiene excessiva da vagina e da vulva;
- Presença de pelos pubianos: não contraindica a realização do procedimento;
- Abstinência sexual: só é recomendada quando utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas, pois na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica;
- Menstruação: a coleta deve ser realizada pelo menos cinco dias após o término da menstruação. No entanto, caso esta seja a única oportunidade, proceder a limpeza do colo do útero com uma gaze, removendo o sangue.

### Quadro 25 - Etapas da coleta de exame citopatológico

#### Procedimento prévio à coleta

- Ficha de requisição do exame: o preenchimento completo e correto dos dados faz parte da análise do material. Atentar para unificação dos dados conforme a base do cartão nacional de saúde. A ausência dessas informações pode comprometer ações necessárias para o acompanhamento, tratamento e controle do câncer do colo do útero;
- Preparo das lâminas de vidro e da caixa porta-lâminas: devem ser identificadas com as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro na unidade, com lápis preto n.º 2 ou grafite, na extremidade fosca;
- É importante conferir se todo o material está disponível e se o ambiente está adequado para garantir a privacidade e conforto da mulher;
- Sugerir que a mulher esvazie a bexiga e troque a roupa por um avental ou camisola, em local reservado;
- Ajudar a mulher a deitar na posição ginecológica, de forma confortável e cobri-la com um lençol;
- Cuidados iniciais: atentar para o tamanho do espéculo (considerar mulheres sem práticas sexuais introdutivas ou pós quimioterapia local).

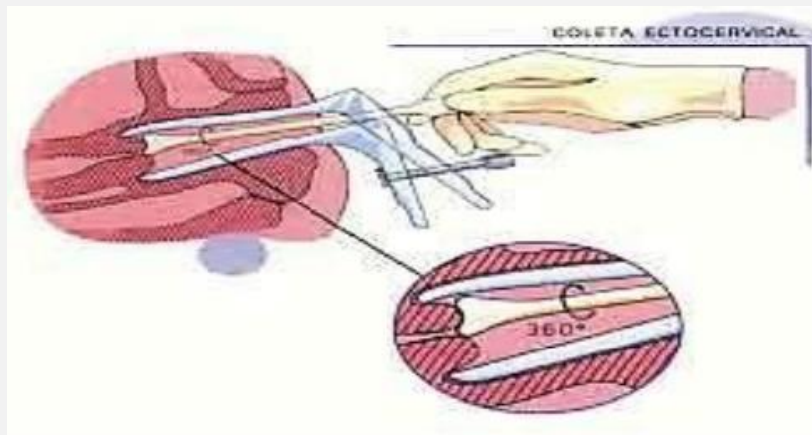
## Procedimento de coleta

- Proceder a lavagem das mãos;
- Posicionar o foco de luz;
- Calçar luvas descartáveis;
- Sob boa iluminação, observar atentamente os órgãos genitais externos, observando a integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, a presença de secreção vaginal, sinais de inflamação, veias varicosas e lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações. Após o exame, registrar o que foi visualizado;
- O tamanho do espéculo deve ser escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Lubrificantes não devem ser utilizados, para evitar prejuízo na análise da amostra. Em mulheres com vaginas atróficas ou pouco lubrificadas fisiologicamente, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico ou água potável;
- Avisar a mulher e introduzir o espéculo suavemente, com a fenda da abertura na posição vertical ligeiramente inclinado, desviando da uretra;
- Iniciada a introdução, fazer a rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
- Uma vez introduzido na vagina, abrir lentamente e com delicadeza, de modo que o colo do útero fique completamente exposto. Quando houver dificuldade na visualização do colo, avaliar a necessidade de ajuste do espéculo, sugerir que a mulher tussa ou que faça pequena força com o períneo;
- Observar atentamente as características das paredes vaginais, bem como as do colo do útero.

## Coleta ectocervical e endocervical

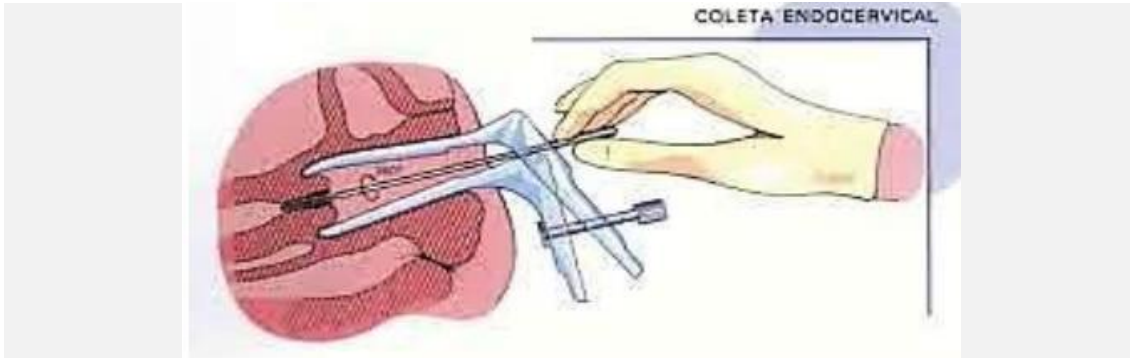
### Coleta da ectocérvice:

- Para a coleta do material presente na ectocérvice utiliza-se a espátula de Ayre;
- Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício do colo, apoiando-a firme e delicadamente para fazer uma raspagem em movimento rotativo de 360°. Dessa forma, toda a superfície do colo será raspada e representada na lâmina. Reservar a espátula e colocar o material na lâmina somente após a coleta endocervical.



### Coleta da endocérvice:

- Para a coleta do material presente na endocérvice utiliza-se a escova endocervical;
- Introduzir a escova no orifício do colo e fazer uma rotação de 360°, de forma delicada, procurando evitar sangramentos.



### Disposição do material coletado na lâmina e fixação

- Espalhar na lâmina de vidro o material coletado da ectocérvice no sentido transversal;
- Espalhar na metade inferior da mesma lâmina o material coletado da endocérvice, no sentido longitudinal;
- A disposição deve ser feita de modo delicado e rápido, confeccionando esfregaços finos e uniformes. Procurar não realizar pressão excessiva e não demorar com a fixação da amostra para evitar o dessecamento do material;
- Borrifar com solução fixadora (spray de polietilenoglicol) a uma distância de 20 cm da lâmina, que deve estar posicionada na horizontal. Sempre observar a validade do produto. Existe, também, a possibilidade de fixar o material da lâmina por meio da sua imersão em álcool a 96%. A quantidade deve ser suficiente para que todo o esfregaço seja coberto;
- Acondicionar cuidadosamente a lâmina, no recipiente adequado para o transporte ao laboratório.

### Finalização do exame

- Avisar a mulher que o exame terminou e que irá retirar o espéculo;
- Fechar cuidadosamente o espéculo evitando pinçar o colo e retirar delicadamente, inclinando levemente para cima;
- Desprezar o espéculo em local adequado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Auxiliar a mulher a descer da mesa ginecológica orientando a troca de roupa;
- Alertar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta, que deve cessar espontaneamente;
- Explicar os achados visuais do exame e orientar as condutas necessárias;
- Enfatizar a data do retorno para o recebimento do resultado do exame.

Fonte: Florianópolis, 2020; COREN-SP, 2019; UFRGS, 2021.

### 6.3 ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA DO EXAME CITOPATOLÓGICO

A parede do colo do útero é formada pela endocérvice e pela ectocérvice, a região de união desses dois tipos de epitélio se chama junção escamo-colunar (JEC) e sua localização pode ser no orifício cervical externo, canal endocervical ou ectocervical (ectopia), conforme a idade da mulher, níveis séricos dos esteroides sexuais ou uso de medicamentos hormonais (UFRGS, 2021; LAUFER, 2021). Já a zona de transformação é uma área de metaplasia escamosa que forma a fronteira entre a junção escamo-colunar e o restante do epitélio escamoso (LAUFER, 2021).

A JEC no período gravídico-puerperal encontra-se exteriorizada na ectocérvice, na maioria das vezes, o que pode ser considerada dispensada a coleta endocervical. Porém, a coleta de espécime endocervical realizada com técnica correta não aumenta o risco sobre a gestação (INCA, 2021).

Idealmente, no material coletado espera-se encontrar células que compõem o colo uterino (UFRGS, 2021):

- Células escamosas - tipos celulares presentes na ectocérvice.
- Células glandulares - tipos celulares presentes na endocérvice.
- Células metaplásicas - tipos celulares presentes na JEC.

A presença de células metaplásicas (representativas da JEC) ou células endocervicais é considerada indicador da qualidade da coleta, pois neste local se situa a maioria dos cânceres do colo do útero (UFRGS, 2021).

**Atenção!** A metaplasia é um processo fisiológico do colo do útero, que é dinâmico e responsivo hormonalmente. O achado dessas células no resultado do exame citopatológico não indica lesão e não requer alteração na rotina de rastreamento ou encaminhamentos (UFRGS, 2021).

**Quadro 26 - Adequabilidade da amostra do exame citopatológico do colo uterino**

RESULTADO	CONDUTA
Amostra satisfatória: apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.	Manter rotina de rastreamento.
Amostra insatisfatória: com presença de material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço), presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% do esfregaço).	O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Esfregaços normais somente com células escamosas	Repetir com intervalo de um ano. Havendo dois exames normais anuais consecutivos, o rastreamento de rotina pode ser retomado. Caso o resultado do exame evidencie alteração, mesmo sem a presença da JEC, seguir a recomendação de conduta de acordo com o achado. É muito importante que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.

Fonte: BRASIL, 2016; UFRGS, 2021.

## 6.4 PROBLEMAS MAIS COMUNS DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Existem situações comuns que são identificadas durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero, além das alterações citológicas, as quais são abordadas no quadro a seguir.

### Quadro 27 - Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero

Condição	Cuidados/ intervenções de Enfermagem
 <p><b>Ectopia</b> No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica.</p>	<p>Não demanda intervenções.</p>
 <p><b>Cisto de Naboth</b> É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes.</p>	<p>Não possui significado patológico e não demanda intervenções.</p>
 <p><b>Pólipo cervical</b> Caracterizado como uma projeção da mucosa do canal do colo uterino, podendo ocasionar sangramento vaginal fora do período menstrual ou após as relações sexuais. Não causa dor pélvica, dispareunia ou outros distúrbios menstruais significativos.</p>	<p>Encaminhar para avaliação médica em caso de desconforto, sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado ou sangramento discreto entre as menstruações.</p>
<p><b>Vaginismo</b> Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo.</p>	<p>Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento, para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, tranquilizá-la e reagendar a avaliação. Para maiores detalhamentos, consultar o quadro 4 - Manejo das disfunções sexuais mais comuns.</p>
<p><b>Ressecamento vaginal</b> Comum no climatério, demandando tratamento somente se houver queixas como ressecamento vaginal</p>	<p>Pode ser recomendada a estrogenização local com <b>Estriol creme 1 mg/g, 0,5 g/dia (0,5 g de um aplicador, o que contém 0,3</b></p>

ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia.

**mg do princípio ativo), via vaginal por 21 dias.** É realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso.

**Atenção:** mesmo sendo mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, não prescrever para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes.

Fonte: BRASIL, 2016; UFRGS, 2021; INCA, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020.

**Quadro 28 - Resultados citopatológicos e condutas clínicas**

RESULTADO	CONDUTA
Dentro dos limites da normalidade no material examinado; Metaplasia escamosa imatura; Reparação.	Seguir rotina de rastreamento.
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas); Achados microbiológicos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Lactobacillus sp;</li><li>- Cocos;</li><li>- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus);</li><li>- Candida sp.</li></ul>	Seguir a rotina de rastreamento.  Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo o item 7.2 - Manejo dos corrimentos vaginais.
Atrofia com inflamação	Seguir a rotina de rastreamento citológico. Na eventualidade do laudo mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no quadro anterior.
Achados microbiológicos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Chlamydia sp;</li><li>- Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes;</li><li>- Trichomonas vaginalis;</li><li>- Actinomyces sp.</li></ul>	Chlamydia, Gonococo e Trichomonas: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por Chlamydia e Gonococo), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme <u>PCDT-IST (2020)</u> ou <u>Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero (2021)</u> ;  Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital. Consultar <u>PCDT-IST (2020)</u> ou <u>Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero (2021)</u> ;  Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU.

Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa		<p>Seguir a rotina de rastreamento.</p> <p>Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o endométrio através de ultrassonografia transvaginal.</p>	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<p>Se mulheres com &lt; de 30 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Repetir citologia em 12 meses.</b> Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.</li> </ul>
			<p>Se mulheres <math>\geq</math> de 30 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Repetir citologia em 6 meses.</b> Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.</li> </ul>
		Repetir a citologia em 6 meses	
		Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia
	Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia ou avaliação médica.		
	Em células glandulares ou de origem indefinida (AGC)	Possivelmente não neoplásicas	Encaminhar para colposcopia ou avaliação médica.

		Não se pode afastar lesão de alto grau	
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de Baixo Grau (LSIL)		<b>Repetir citologia em 6 meses.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a usuária deve retornar à rotina de rastreamento trienal;</li> <li>- Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.</li> </ul>
	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para colposcopia e avaliação médica com brevidade.
	Carcinoma escamoso invasor		
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou Adenocarcinoma invasor		Encaminhar para colposcopia e avaliação médica com brevidade.

Fonte: INCA, 2021;UFRGS, 2021; BRASIL, 2016.

**Atenção!** A conduta para gestantes frente a um achado anormal em exame citopatológico é a mesma para a população geral. A exceção a essa regra são mulheres diagnosticadas com LSIL na gestação. As alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação podem dificultar a interpretação dos achados na colposcopia. Considerando essas limitações, não é recomendada a realização de colposcopia durante a gestação de mulher com LSIL e qualquer abordagem diagnóstica deve ser feita após três meses do parto. Os demais achados devem seguir as recomendações acima abordadas (UFRGS, 2021).

## 7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS COMUNS

*Pâmela Leites de Souza Steffen*<sup>40</sup>

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>41</sup>

*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>42</sup>

*Tainá Nicola*<sup>43</sup>

*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>44</sup>

*Daiani Nara Lessa*<sup>45</sup>

A integralidade na APS pressupõe que o cuidado das mulheres não seja restrito às ações programáticas, mas que envolvam o desenvolvimento de ações abrangentes de saúde e de acordo com as necessidades das usuárias. Desse modo, são elencados abaixo os principais motivadores do contato espontâneo das usuárias com os serviços de saúde, que devem partir do acolhimento à demanda espontânea com escuta qualificada, até as ofertas possíveis para o cuidado resolutivo, ampliado e adequado às necessidades de cada mulher (BRASIL, 2016).

### 7.1 MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUÇÃO

Os principais problemas relacionados à menstruação consistem em alterações de ciclo e/ou fluxo menstrual e sintomas associados, dentre os quais destacam-se a amenorreia, a dismenorreia e o sangramento uterino anormal (BRASIL, 2016).

A amenorreia é definida pela ausência de menstruação por pelo menos três ciclos usuais, apresentando-se frequentemente como um sinal de um distúrbio reprodutivo subjacente. Quando a amenorreia não está associada à gestação, à lactação, ao climatério/ menopausa ou ao uso de métodos contraceptivos hormonais, classifica-se em amenorreia primária ou secundária (BRASIL, 2016; SOLNIK, 2018; COREN-SP, 2019).

A amenorreia primária é a ausência de menstruação aos 15 anos de idade em usuárias com desenvolvimento adequado das características sexuais secundárias ou ausência de menstruação aos 13 anos de idade, sem sinais de puberdade. A amenorreia secundária é a ausência de menstruação em mulheres não gestantes, com fluxo menstrual prévio, por pelo menos 3 ciclos subsequentes ou

<sup>40</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>41</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande.

<sup>42</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>43</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>44</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

<sup>45</sup> Enfermeira. Especialista. SMS de Osório.

ausência de menstruação por 6 meses. Ambas as condições exigem investigação diagnóstica com exames complementares, a ser conduzida pelo médico de família e comunidade ou ginecologista (BRASIL, 2016; SOLNIK, 2018; COREN-SP, 2019).

Dismenorreia significa "menstruação dolorosa" e é um dos sintomas mais comuns que afetam a qualidade de vida das mulheres que menstruam. Classifica-se em dismenorreia primária quando há presença de dor abdominal baixa recorrente e cólica durante a menstruação ou secundária quando em resposta à patologia subjacente, como endometriose, adenomiose ou miomatose uterina. O tratamento deve abordar o alívio da dor aguda e, na dismenorreia secundária, também a etiologia subjacente (SMITH; KAUNITZ, 2021).

Já o sangramento uterino anormal refere-se às alterações de ciclo e/ou fluxo menstrual, apresentando-se como uma preocupação ginecológica comum e que afeta mulheres de todas as idades. Suas causas incluem patologias uterinas estruturais (miomas, pólipos endometriais, adenomiose, neoplasia, entre outros) ou causas não uterinas, como disfunção ovulatória, distúrbios de hemostasia e uso de medicamentos. O tratamento do sangramento uterino anormal, na maioria das causas, deverá ser conduzido pelo médico, cabendo ao enfermeiro a avaliação e manejo iniciais (BRASIL, 2016; KAUNITZ, 2022).

O quadro e os fluxogramas abaixo apresentam os principais cuidados e intervenções de enfermagem frente a essas queixas na APS.

### Quadro 29 - Manejo dos problemas mais comuns relacionados à menstruação

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dor aguda;</li> <li>● Proteção ineficaz;</li> <li>● Risco de infecção;</li> <li>● Conforto prejudicado;</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abortamento;</li> <li>● Abortamento espontâneo;</li> <li>● Cólica menstrual;</li> <li>● Descarga (ou fluxo) menstrual ausente;</li> <li>● Gestação;</li> <li>● Infecção presente;</li> <li>● Menopausa;</li> <li>● Menorragia;</li> <li>● Risco de doença;</li> <li>● Tensão pré-menstrual;</li> <li>● Vítima de agressão sexual (ou estupro).</li> </ul>

## CONDIÇÃO / CARACTERÍSTICAS

## CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

**Atraso menstrual e amenorreia**

Ausência temporária ou permanente de fluxo menstrual.

- Realizar anamnese questionando sobre história da queixa, idade da menarca, padrões menstruais, regularidade do uso de métodos contraceptivos, sinais e sintomas suspeitos de gravidez e sinais e sintomas sugestivos de climatério/menopausa;
- Em caso de ausência de menarca em menor de 15 anos com desenvolvimento adequado das características sexuais secundárias ou menor de 14 anos de idade, sem outros sinais de maturação da puberdade, encaminhar para consulta médica para investigação de amenorreia primária;
- Em caso de menstruação prévia e atraso menstrual de 7 dias ou mais, investigar gestação realizando teste rápido de gravidez (TRG) ou solicitando B-HCG sérico;
- Atentar para a necessidade de considerar uso de contracepção de emergência - consultar capítulo: Assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo;
- Se confirmada a gestação, acolher os sentimentos da mulher frente a esse diagnóstico e iniciar o pré-natal o mais precocemente possível;
- Em caso de descartada a gestação, encaminhar para consulta médica para investigação de amenorreia secundária;
- Em caso de ausência ou sangramento menstrual irregular durante o uso de métodos hormonais e no uso de injetáveis trimestrais ao longo do tempo, orientar que essa trata-se de uma condição comum e em geral, não prejudicial. Descartada a possibilidade de gestação, deve-se abordar a adesão ao método, orientando o uso sempre no mesmo horário. Considerar a troca de método contraceptivo conforme intensidade e persistência da queixa.

**Dismenorreia**

Caracteriza-se por dor na parte inferior do abdome ou cólicas uterinas que ocorrem dias antes e/ou durante a menstruação e geralmente desaparecem no final da menstruação.

- Promover conforto e estimular medidas não medicamentosas para alívio da dor como tratamento de primeira linha para todas as mulheres com dismenorreia, especialmente, compressas quentes na parte inferior do abdômen e repouso;
  - Realizar abordagem integrada de demais sintomas pré-menstruais, se associados, como irritabilidade e isolamento social, oferecendo intervenções focadas nos fatores estressantes identificados e na promoção de hábitos de vida saudáveis;
  - Ressignificar a menstruação como evento fisiológico e natural na vida da mulher;
  - Considerar prescrever **Ibuprofeno 600 mg**, 1 comprimido via oral de 8/8 horas, no início dos sintomas e por até 3 dias durante a menstruação
- OU**
- **Paracetamol 500 mg**, 1 comprimido via oral de até 6/6 horas;
  - Para mulheres com dismenorreia primária persistente e com prejuízo da qualidade de vida, que desejam iniciar método contraceptivo, o uso de anticoncepcional hormonal pode ser indicado para alívio dos sintomas (capítulo - Assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo);
  - Mulheres com dismenorreia importante associada a determinado método contraceptivo, considerar substituição, conforme capítulo - Assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo;
  - Em caso de quadro persistente sem alívio adequado da dor após 3 a 6 meses de tratamento com analgésicos e / ou contraceptivos hormonais, faltas frequentes ao trabalho ou à escola pela intensidade dos sintomas, história de várias idas à emergência ou unidade de saúde por dor, dispareunia e útero volumoso, suspeitar de dismenorreia secundária – encaminhar à **consulta médica** para investigação diagnóstica.

### **Sangramento uterino anormal em mulheres em idade reprodutiva, não grávidas\***

Alteração de intervalo, quantidade ou duração da menstruação/ciclo menstrual.

- Avaliar presença de sangramento agudo intenso e/ou sinais de alerta para hipovolemia (letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes e diminuição do débito urinário) - encaminhar para consulta médica imediata;
- Realizar anamnese investigando histórico ginecológico, história menstrual, padrão e intensidade do sangramento (anexo 2), assim como existência de fatores precipitantes como trauma, relação sexual ou procedimento ginecológico;
- Verificar data e resultado do último exame de rastreamento de colo de útero e realizar rastreamento, se indicado;
- Investigar a possibilidade de gravidez ou de infecções pélvicas que cursem com sangramento. Manejo conforme condutas ao longo deste protocolo;
- Em caso de um único episódio de sangramento isolado, que não resulta em instabilidade hemodinâmica e que ocorre no contexto de ciclos menstruais normais, solicitar diário menstrual para observar o quadro e pactuar retorno;
- Programar consulta médica para seguimento;
- Na presença de sangramento uterino de pequena ou média quantidade associado à inserção recente de DIU, solicitar diário menstrual e observar o quadro. Se sangramento intenso e/ou persistência do quadro, encaminhar para consulta médica.

### **Sangramento uterino anormal em adolescentes**

Caracterizado por ciclos menstruais mais frequentes do que a cada 21 dias ou menos frequentes do que a cada 45 dias, duração do ciclo > 7 dias, sangramento intermenstrual ou sangramento menstrual intenso cujo volume interfere na qualidade de vida da adolescente.

- Tranquilizar a adolescente que alterações menstruais são comuns nos primeiros dois anos após a menarca, devido à propensão a ciclos anovulatórios, e que, geralmente, regularizam com o passar do tempo. Nesses casos, o tratamento de primeira escolha é observar o quadro e solicitar diário menstrual;
- Realizar anamnese investigando outras causas menos frequentes, como doenças sistêmicas e neoplasias, uso de medicamentos, perda súbita de peso e exercícios intensos (especialmente se associados à restrição alimentar e perda de peso);
- Investigar possibilidade de gravidez ou infecções pélvicas que cursem com sangramento;
- Considerar iniciar método contraceptivo, de acordo com o desejo da adolescente e a relação risco-benefício (conforme capítulo - Assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo);
- Pactuar retorno e manter acompanhamento por pelo menos 3 a 6 meses;
- Em caso de prejuízo importante da qualidade de vida da adolescente ou sangramento uterino anormal grave, com suspeita de anemia e/ou instabilidade hemodinâmica, encaminhar para consulta médica.

### **Sangramento em mulheres na menopausa**

Qualquer sangramento uterino em uma mulher na menopausa.

- Avaliar presença de sangramento agudo intenso e/ou sinais de alerta para hipovolemia (letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes e diminuição do débito urinário) - encaminhar para **consulta médica imediata**;
- Realizar anamnese sobre história da queixa, características e intensidade do sangramento, histórico ginecológico, bem como identificar fatores de risco para cânceres ginecológicos e data/resultados do último exame de rastreamento do câncer de colo de útero;
- Realizar exame de rastreamento do câncer de colo de útero, se indicado;
- Em caso de sangramento ativo, realizar exame físico com vistas a identificar origem do sangramento, se oriundo do colo do útero, vagina, vulva, pólipos ou locais não ginecológicos, como uretra, bexiga, ânus / reto / intestino ou perineo. Encaminhar para consulta médica se necessário;

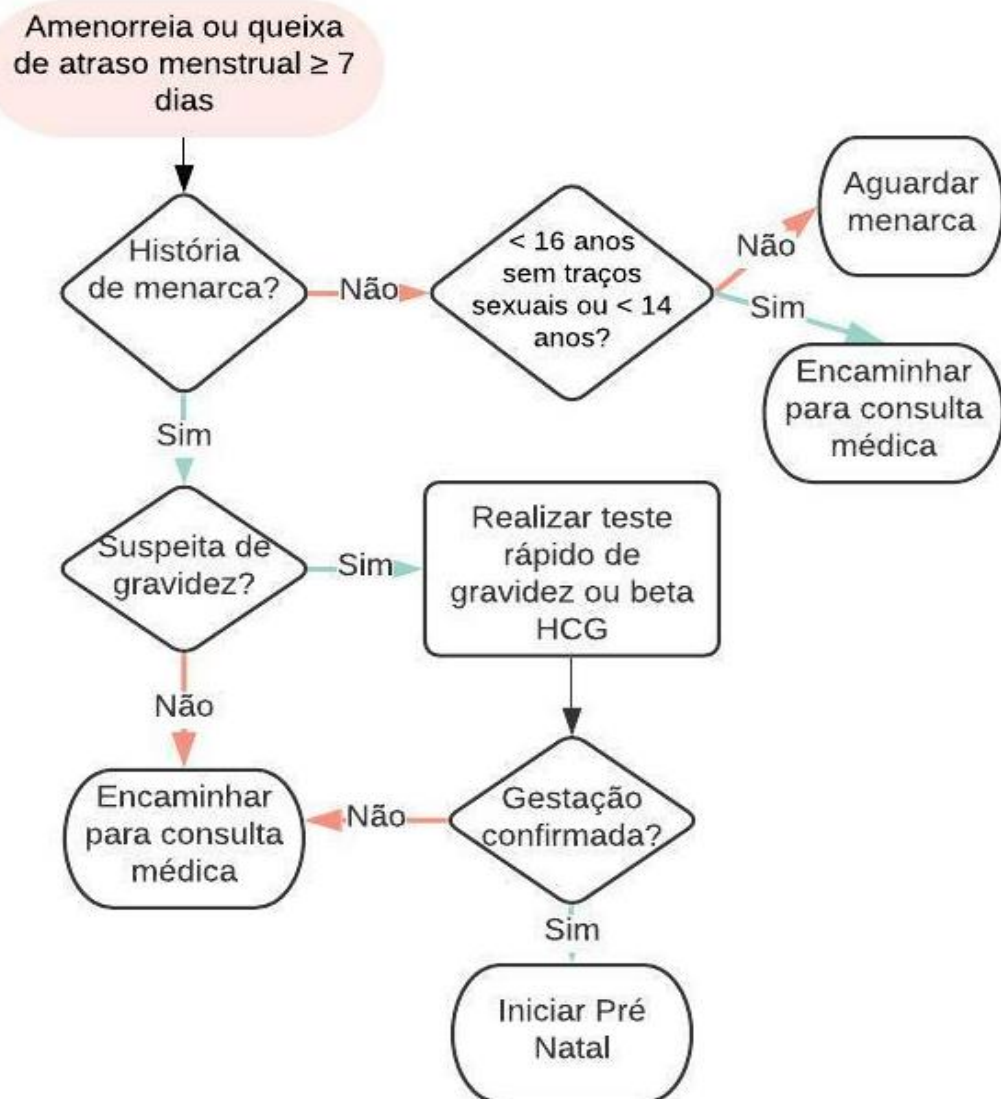
- Investigar possibilidade de infecções pélvicas que cursem com sangramento e realizar manejo conforme condutas ao longo deste protocolo;
- Se o quadro de sangramento uterino anormal for confirmado, encaminhar para consulta médica.

\*O manejo do sangramento uterino em mulheres grávidas será abordado no protocolo de Pré-Natal.

Fonte: BRASIL, 2016; DE SILVA, 2021; GOODMAN, 2022; KAUNITZ, 2021; SMITH; KAUNITZ, 2022.

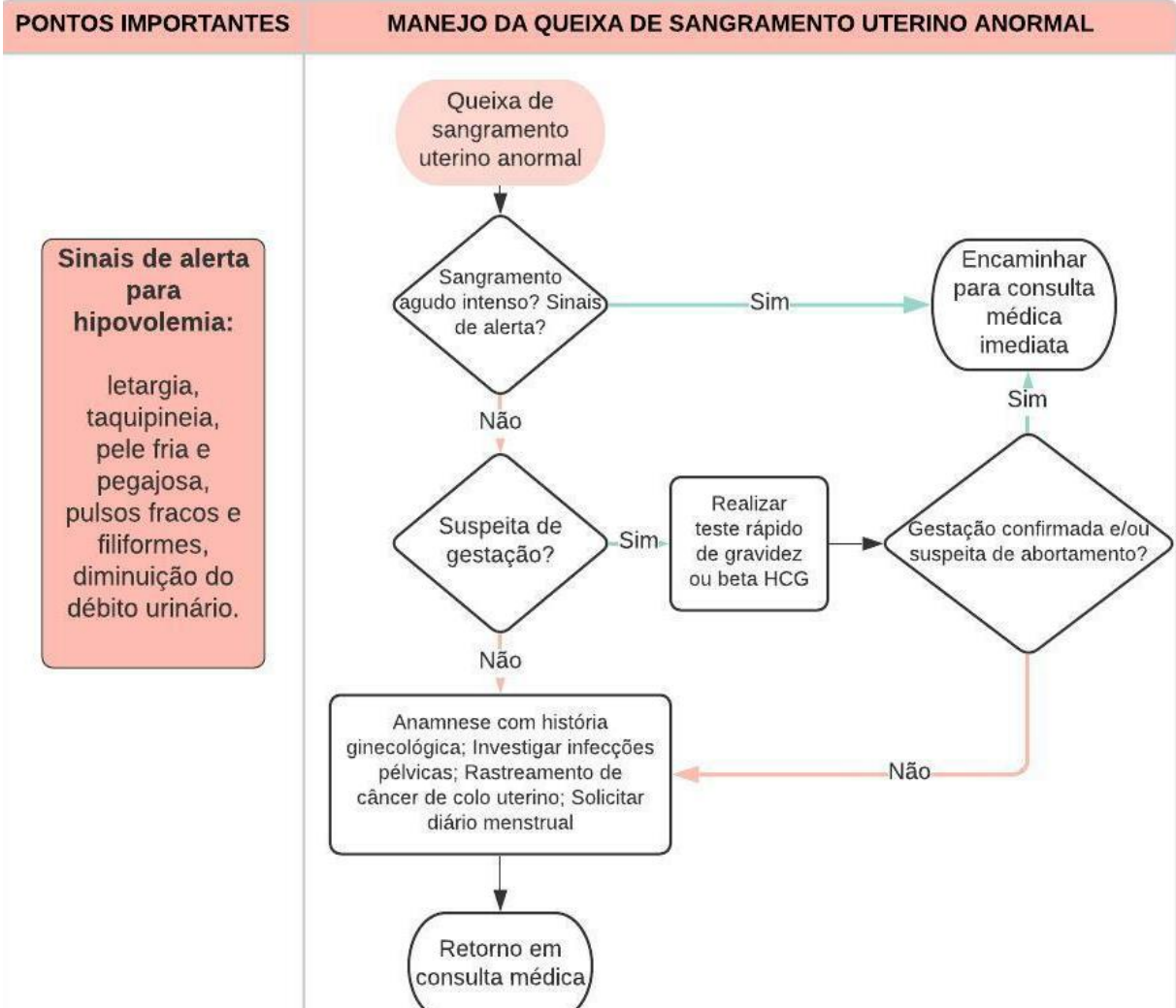
## Fluxograma 2 - Manejo da amenorreia ou queixa de atraso menstrual

### MANEJO DA AMENORREIA OU QUEIXA DE ATRASO MENSTRUAL



Fonte: BRASIL, 2016; SOLNIK, 2018; COREN-SP, 2019.

### Fluxograma 3 - Manejo da queixa de sangramento uterino anormal



Fonte: BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019.

## 7.2 MANEJO DOS CORRIMENTOS VAGINAIS

O corrimento vaginal constitui uma das queixas mais frequentes na atenção à saúde das mulheres na APS e, geralmente, ocorre em idade reprodutiva (FLORIANÓPOLIS, 2020; PCDT-IST 2020). Apesar de causas não infecciosas serem possíveis, como presença de corpo estranho ou vaginite atrófica na pós-menopausa, as causas mais comuns de corrimento vaginal são patológicas, relacionadas a quadros de vulvovaginites ou vaginoses (PCDT-IST, 2020).

A infecção vaginal caracteriza-se por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor, cujos agentes etiológicos mais frequentes são fungos, bactérias anaeróbicas e o protozoário *Trichomonas vaginalis*. Cabe ressaltar que a mulher pode apresentar corrimento de aspecto inespecífico, decorrente de mais de uma infecção concomitante. Logo, o diagnóstico de corrimento deve ser feito, prioritariamente, por avaliação do conteúdo vaginal a partir de teste de pH, teste de aminas ou microscopia<sup>46</sup>. Na indisponibilidade destes recursos, o tratamento poderá ser estabelecido por abordagem sindrômica, ou seja, baseado nos sinais, sintomas e nas características do corrimento (BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020; PCDT-IST, 2020). O quadro 30 apresenta o manejo das principais causas de corrimento vaginal na APS.

De maneira menos frequente, o corrimento vaginal também pode estar associado a quadros de colpites e cervicites, que constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos, cujos sinais de alerta indicam condições mais graves como complicações da doença inflamatória pélvica e até processos neoplásicos (FLORIANÓPOLIS, 2020). O manejo das cervicites deve ser consultado no PCDT-IST (2020).

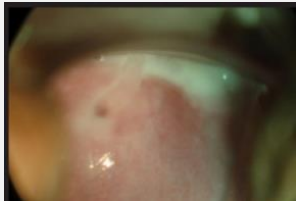
Para uma adequada avaliação da mulher com queixa de corrimento vaginal, o enfermeiro deverá realizar consulta de enfermagem, de acordo com o roteiro a seguir (BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020):

- Anamnese minuciosa com identificação das necessidades em saúde, hábitos de vida, orientação sexual e identidade de gênero, padrão de comportamento sexual, antecedentes clínicos e ginecológicos, comorbidades e medicamentos em uso;
- Levantamento dos aspectos relacionados à queixa principal e sintomas associados: tempo de início e de duração dos sintomas, fatores desencadeantes, fluxo do corrimento (aspecto, quantidade, consistência, coloração, odor), presença de prurido vulvovaginal, dispareunia e de sangramento vaginal;
- Atentar para uso de contraceptivos, data da última menstruação, gravidez interrogada ou confirmada;
- Em caso de população-alvo, verificação da data e resultado do último exame preventivo do câncer do colo do útero e realização do mesmo de forma oportunística, se indicado;
- Exame físico ginecológico detalhado, incluindo exame e palpação do abdome, inspeção dos genitais externos e linfonodos inguinais, exame especular e toque vaginal de acordo com sinais e sintomas apresentados;

<sup>46</sup> Realização do procedimento conforme disponibilidade e rotina estabelecida no município.

- Ofertar de forma oportunística rastreamento para ISTs, realizando aconselhamento pré e pós-teste;
- Orientar sobre direitos sexuais, sexualidade e sexo seguro.

### Quadro 30 - Manejo do corrimento vaginal

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		
Nanda-I®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Disfunção sexual;</li> <li>• Autogestão ineficaz da saúde;</li> <li>• Disposição para autogestão da saúde melhorada.</li> </ul>		
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidíase;</li> <li>• Comportamento sexual, prejudicado;</li> <li>• Descarga (ou fluxo) vaginal, excessiva;</li> <li>• Desconforto;</li> <li>• Dispareunia;</li> <li>• Dor (grau);</li> <li>• Risco de/ presença de infecção;</li> <li>• Risco de/ presença de inflamação;</li> <li>• Prurido;</li> <li>• Sinal de infecção;</li> <li>• Sintoma de infecção;</li> <li>• Vítima de agressão sexual (ou estupro).</li> </ul>		
	Causa	Cuidados/intervenções de enfermagem	Principais medicamentos
<b>Mucorreia</b> Fisiológico  Fonte: FEBRASGO, 2010.	<p><b>Sinais:</b> no exame especular, há muco claro e límpido, com ausência de sinais de inflamação vaginal.</p> <p><b>Sintomas:</b> normalmente assintomática ou com queixa de corrimento discreto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese e exame ginecológico com foco na identificação de sinais e sintomas de vaginoses;</li> <li>- Pode-se realizar, se disponível, teste de pH vaginal, o qual deve estar normal (&lt; 4,5);</li> <li>- Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais.</li> </ul>	<p>Não há indicação de tratamento medicamentoso</p>

**Causa**      **Cuidados/intervenções de enfermagem**      **Principais medicamentos**

**Vaginose citolítica:**

aumento do número de Lactobacillus sp no trato genital inferior, sem causa infecciosa.



Fonte: FEBRASGO, 2010.

**Sinais:** corrimento vaginal abundante, transparente, branco ou acinzentado, com odor em alguns casos. Exame especular da vagina frequentemente com eritema, edema e canal vaginal com conteúdo leitoso e grumoso, aderido às paredes vaginais

**Sintomas:** pode haver dor, prurido, queimação, dispareunia, disúria terminal e corrimento abundante que piora na fase lútea.

- Realizar anamnese e exame ginecológico com foco na identificação de sinais e sintomas para fins de diagnóstico diferencial de outras causas de vaginose, uma vez que o diagnóstico da vaginose citolítica se dá por exclusão;
- Atentar para condições que cursam com níveis séricos de glicose aumentados, como no diabetes mellitus não diagnosticado e/ou descompensado, por serem fatores predisponentes para o aumento de lactobacilos;
- Pode-se realizar, se disponível e necessário, teste de pH vaginal, o qual deve estar entre 3,5 e 4,5 nessa condição;
- Orientar sobre adequada higiene vaginal com sabonete neutro e mudanças comportamentais que podem ter algum benefício para as mulheres, como: preferir uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas, evitar o uso frequente de roupas apertadas, de absorventes diários e tampões;
- Prescrever banho de assento com bicarbonato de sódio (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras de água morna e 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio (15 a 30 g), 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas;
- Orientar a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante;
- Em caso de persistência ou agravamento dos sintomas após 2 a 3 semanas do início do tratamento, encaminhar para consulta médica.

Não há indicação de tratamento medicamentoso.

**Causa**      **Cuidados/intervenções de enfermagem**      **Principais medicamentos**

**Candidíase vulvovaginal**

Principal agente etiológico-

*Candida albicans*



Fonte: UptoDate®



Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2020.

**Sinais:** eritema da vulva e da mucosa vaginal, edema vulvar, corrimento vaginal branco, grumoso e sem odor. Escoriações vulvares e fissuras também podem estar presentes

**Sintomas:** prurido vulvar, ardor, dor ou irritação vulvar, que podem ser acompanhados por disúria e dispareunia de introito vaginal.

- Atentar para diagnóstico diferencial de vaginose citolítica, especialmente em casos refratários ao tratamento, uma vez que essa condição é frequentemente confundida e tratada como candidíase;

- Atentar para fatores que predisõem infecções fúngicas: gravidez, obesidade, diabetes mellitus descompensado, uso de corticoides e de antibióticos, uso de contraceptivos orais, imunossupressão, hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local e contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes;

- Realizar, sempre que disponível, teste de pH vaginal, o qual deve estar normal (< 4,5). Em caso de pH vaginal > 4,5, atentar para infecção mista ou coinfeção de vaginose bacteriana ou tricomoníase;

- A cultura vaginal deve ser realizada apenas na candidíase vulvovaginal recorrente;

- Prescrever e orientar tratamento apenas para mulheres e parcerias sexuais que estejam sintomáticas;

- Orientar sobre adequada higiene vaginal com sabonete neutro e mudanças comportamentais que podem ter algum benefício para as mulheres, como: uso de lubrificantes tópicos à base de água e sem fragrância, preferir uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas, evitar o uso frequente de roupas apertadas e de absorventes diários;

- Monitorar sinais e sintomas de infecção;

- Orientar retorno se persistência dos sinais e sintomas;

- Encaminhar para consulta médica, se necessário.

**Tratamento de primeira escolha:**  
**Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio à noite ao deitar-se, por 7 dias;**  
**OU**  
**Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias;**

**Segunda escolha:**  
**Fluconazol 150 mg, VO, dose única;**  
**Gestantes e nutrizes:** realizar tratamento apenas por via vaginal. O tratamento via oral está contraindicado.

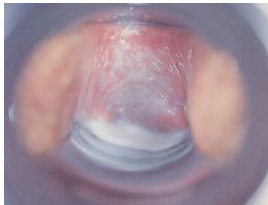
**Candidíase vulvovaginal recorrente:**  
em caso de 4 ou mais episódios em um ano, prescrever  
**Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, a cada 72 h, total de três doses.** Após, seguir terapia de manutenção com fluconazol 1x por semana durante 6 meses;  
**OU**  
**Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, de 12/12 h, por 1 dia.**

**Causa**      **Cuidados/intervenções de enfermagem**      **Principais medicamentos**

**Vaginose bacteriana:**

Principal agente etiológico

- Gardnerella vaginalis



Fonte: SPITZER, 1998.

**Sinais:** corrimento esbranquiçado /acinzentado, de aspecto bolhoso, consistência fina e homogênea, com odor fétido característico (“cheiro de peixe”) que pode ser mais perceptível após a relação sexual e durante a menstruação

**Sintomas:** corrimento vaginal e/ou odor vaginal.

- Atentar para fatores de risco para vaginose bacteriana, como: atividade sexual, raça negra, uso frequente de duchas vaginais e tabagismo;
- Realizar Teste do KOH - Hidróxido de potássio (teste de Whiff ou teste das aminas), sempre que possível, adicionando duas gotas de KOH 10% à uma gota de secreção vaginal. Em caso de apresentar cheiro de peixe podre o resultado é positivo;
- Realizar, sempre que disponível, teste de pH vaginal, se > 4,5 confirma diagnóstico;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção, atentando para presença de outras infecções sexualmente transmissíveis;
- Atentar para sinais de cervicite aguda como complicação da vaginose;
- Encaminhar para avaliação médica imediata se houver sinais de alerta como dor abdominal, parto ou abortamento recente, sangramento vaginal anormal, comprometimento do estado geral, sinais de desidratação ou choque, febre ou sinais de gravidade na Doença Inflamatória Pélvica;
- Prescrever e orientar tratamento para mulheres sintomáticas e para assintomáticas quando grávidas;
- Orientar abstinência alcoólica até 24h após o término do tratamento;
- Não recomendar tratamento para as parcerias sexuais como rotina, entretanto, mulheres que fazem sexo com mulheres devem encorajar suas parcerias a estarem alertas sobre sinais e sintomas sugestivos de vaginose bacteriana;
- Orientar retorno se persistência dos sinais e sintomas;
- Atentar para diagnóstico diferencial de Tricomoníase.

**Tratamento de primeira escolha (incluindo gestantes e nutrízes):**  
Metronidazol\* VO, 500 mg de 12/12 h, por 7 dias  
OU  
Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias;

**Segunda escolha:**  
Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 h, por 7 dias;

**Vaginose bacteriana recorrente:**  
em caso de recorrência sintomática de 30 a 90 dias (podendo considerar até 9 meses) após o tratamento inicial, prescrever Metronidazol VO 500 mg, 12/12 h, por 10 a 14 dias.

Causa

Cuidados/intervenções de enfermagem

Principais medicamentos

**Tricomoníase:**

**Agente etiológico -**

**Trichomonas vaginalis**



Fonte: USATINE et al.  
2013©



Fonte: FLORIANÓPOLIS,  
2020.

**Sinais:** corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido. Observa-se microulcerações no colo uterino - colo com aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”).

**Sintomas:** corrimento purulento, malcheiroso, associado à queimação, prurido, disúria, dor abdominal inferior ou dispareunia. Pode ocorrer sangramento pós-coito. Atentar para o fato de que 30 a 85% das mulheres infectadas são assintomáticas.

- Realizar, preferencialmente, Teste do KOH (teste de Whiff ou teste das aminas), sempre que possível, adicionando duas gotas de KOH 10% à uma gota de secreção vaginal. Na maioria dos casos, o teste será positivo;

- Realizar, sempre que disponível, teste de pH vaginal, se entre 6,7 e 7,5, confirma diagnóstico;

- Orientar sobre comportamento sexual, com uso de preservativos;

- Prescrever e orientar tratamento para mulheres e parcerias sexuais sintomáticas e assintomáticas;

- Orientar abstinência alcoólica até 24 h após o término do tratamento;

- Realizar rastreamento para demais ISTs (consultar PCDT-IST, 2020);

- Pactuar retorno para reavaliação de sinais e sintomas de 14 a 90 dias após a conclusão do tratamento.

**Tratamento de primeira escolha:**  
Metronidazol 2 g VO, dose única .

**Segunda opção, gestantes e nutrízes:**  
Metronidazol 500 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias.

**Doença inflamatória  
pélvica\*\***

- Atentar para: sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica aguda ou dor no abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque;
- Para informações de critérios de diagnóstico e tratamento, consultar PCDT-IST (2020) ;
- Nas situações que for confirmada DIP, encaminhar para consulta médica e orientar:
  - Repouso relativo e abstinência sexual em sintomáticos;
  - Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros, agendando retorno;
  - As duchas vaginais não estão recomendadas;
  - Ofertar testagem rápida de anti-HIV, sífilis, hepatites B e C, se disponível, vacinar contra hepatite B;
  - Realizar teste de gravidez (diagnóstico diferencial de gestação ectópica).

\*O uso de metronidazol é compatível com a amamentação, porém o leite pode adquirir gosto metálico, reduzindo sua aceitação pela criança. O medicamento não está associado a efeitos adversos até a dose de 1.200 mg/dia (UFRGS, 2021).

\*\*A doença inflamatória pélvica é uma complicação importante das ISTs em mulheres e é considerada um problema em saúde pública. A abordagem oportuna pode evitar internações ou mesmo óbito por complicações sistêmicas, infertilidade feminina, além de outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica (COREN-SP, 2019).

Fonte: SOARES *et al.*, 2017; FLORIANÓPOLIS, 2020; PCDT-IST, 2020; SOBEL; MITCHELL, 2020; SOBEL; HACISALIHOĞLU; ACET, 2021; SOBEL, 2022a; SOBEL, 2022b; SOBEL; MITCHELL, 2021.

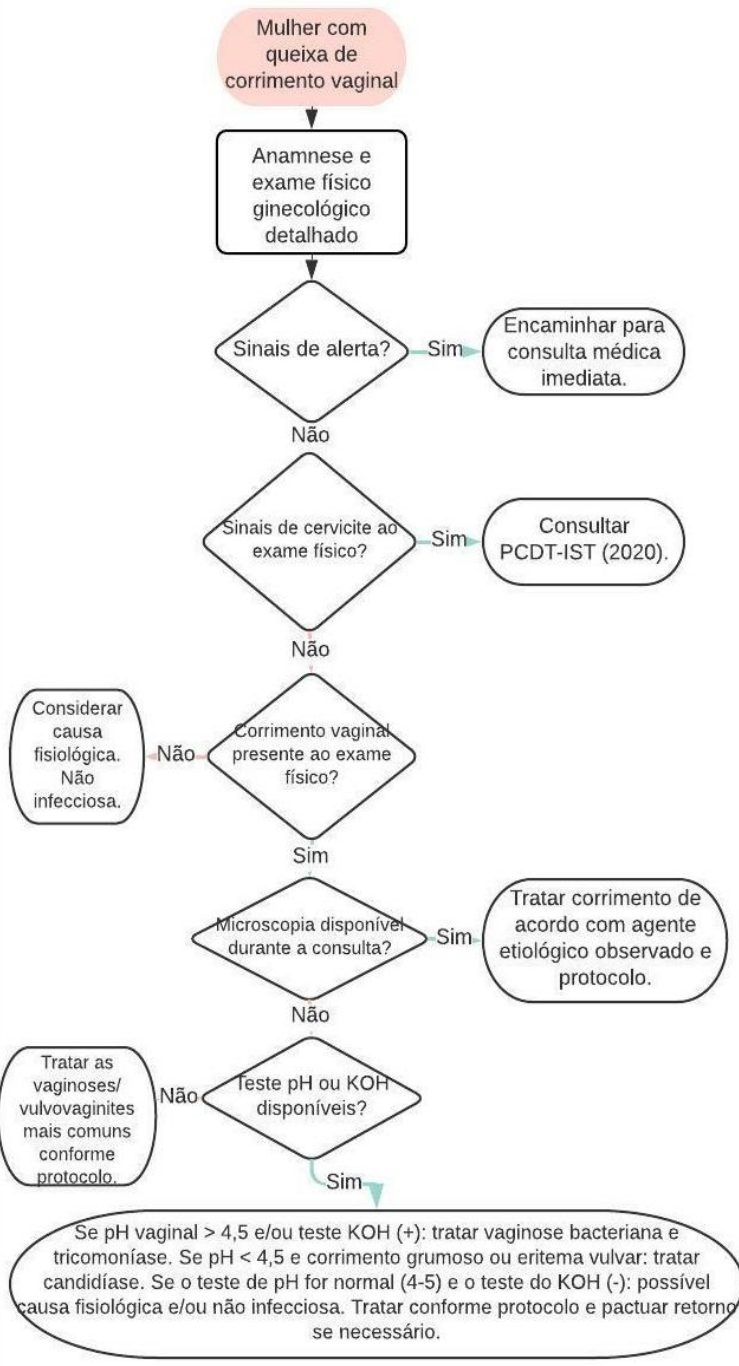
## Fluxograma 4 - Manejo dos corrimentos vaginais

### PONTOS IMPORTANTES

### MANEJO DOS CORRIMENTOS VAGINAIS

**Sinais de alerta:**  
dor abdominal;  
parto ou abortamento recente;  
gravidez ou atraso menstrual;  
sangramento vaginal anormal;  
febre;  
comprometimento do estado geral;  
sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia).

**Sinais de cervicite ao exame físico:**  
presença de mucopus;  
teste do cotonete;  
friabilidade;  
sangramento do colo ou dor à mobilização do colo.



Fonte: adaptado de BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020.

### 7.3 MANEJO DAS QUEIXAS URINÁRIAS

As queixas urinárias relacionadas a infecções do trato urinário (ITU) em mulheres são demandas comuns nos serviços de saúde, cujo manejo adequado é essencial para se evitar complicações e internações desnecessárias (BRASIL, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Uma infecção de trato urinário é uma infecção nos rins, na bexiga ou na uretra, que pode ser classificada em não complicada ou complicada, aguda ou recorrente. As ITUs não complicadas incluem a cistite aguda, que ocorre em mulheres saudáveis, não gestantes e sem anormalidades funcionais ou anatômicas do trato urinário (BRASIL, 2013; LEE, 2019).

A cistite aguda causada pela *Escherichia coli* é o tipo mais comum de ITU não complicada. Os principais sintomas são geralmente de início abrupto e concomitantes, incluindo disúria, polaciúria e hematúria, podendo estar associadas à urgência miccional, dor na palpção da região suprapúbica, mal-estar geral, urina turva com odor desagradável e, raramente, febre (BRASIL, 2013; LEE, 2019).

A investigação clínica das queixas urinárias deve ser baseada fundamentalmente na anamnese e no exame físico, pois, na presença de sintomas clássicos de ITU não complicada e na ausência de sintomas vaginais como trauma, prurido ou corrimento vaginal, não é necessária a realização de exames complementares (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; LEE, 2019; HOOTON; GUPTA, 2021).

Apesar de o exame de cultura da urina ser um recurso importante para confirmação diagnóstica, sua principal limitação é a demora habitual para a sua realização e obtenção do resultado, visto que, na maioria das vezes, a mulher com ITU não complicada, tratada empiricamente, já estará curada até essa avaliação ser possível, tornando o exame inútil e dispendioso. Do mesmo modo, não são necessárias culturas de urina de acompanhamento em mulheres cujos sintomas respondem ao tratamento em até 48 horas (LOPES; TAVARES, 2005; HOOTON; GUPTA, 2021).

Entretanto, diante de sintomas atípicos ou suspeita de ITU recorrente<sup>47</sup>, o Exame de Urina com Urocultura poderá ser útil, quando disponível. Em casos de mulheres com história de tratamento recente, sintomas há mais de 7 dias, com idade maior que 65 anos, diabetes, imunossuprimidas ou gestantes, assim como persistência dos sintomas após 48 a 72 horas de tratamento ou pré-tratamento, o exame de urocultura deve ser solicitado com antibiograma para melhor conduta terapêutica (LOPES; TAVARES, 2005; BRASIL, 2013).

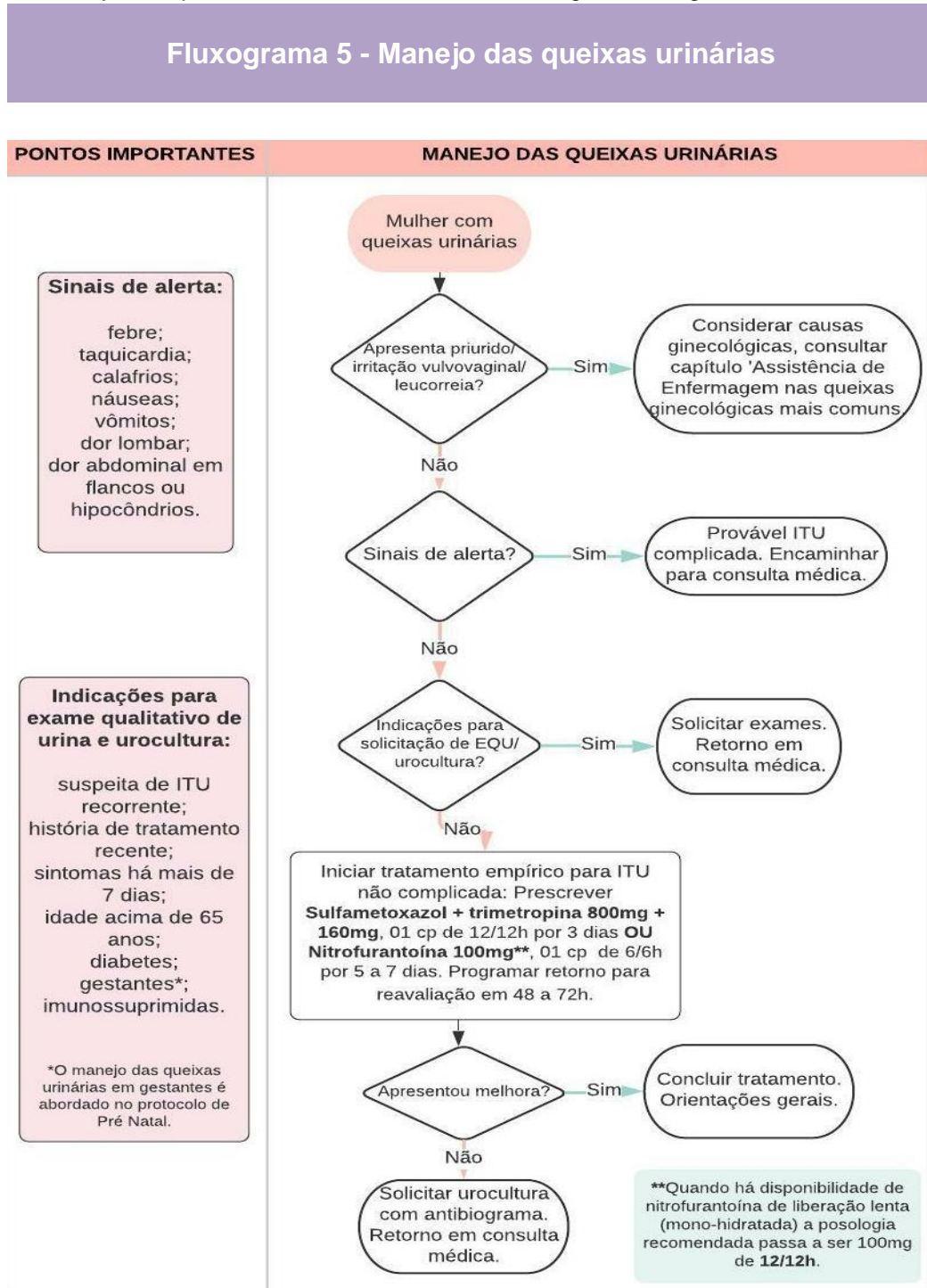
Já as ITUs complicadas incluem infecções durante a gravidez e em pacientes com deficiências funcionais ou estruturais, as quais podem reduzir a eficácia do tratamento e interferir na defesa do hospedeiro ou dos patógenos resistentes a múltiplos medicamentos. O diabético merece atenção, pois a ITU pode evoluir rapidamente para complicações que podem comprometer a função renal significativamente, sobretudo, em mulheres (BRASIL, 2013).

A pielonefrite, denominada como infecção do trato urinário alto, é a complicação de maior gravidade, decorrente da ascensão dos microorganismos do trato urinário inferior para os rins,

<sup>47</sup> Define-se como ITU recorrente dois episódios separados de ITUs agudas e sintomas associados, comprovadas por urocultura em um período de 6 meses ou mais de três episódios em 12 meses (LEE, 2019).

frequentemente associada à presença de cálculos renais. Normalmente se inicia com um quadro de cistite detectada nos últimos seis meses, que evolui com febre, calafrios, lombalgia uni ou bilateral e pode irradiar para o abdômen ou para o(s) flanco(s) e, mais raramente, para a virilha (LOPES; TAVARES, 2005; HOOTON; GUPTA, 2021).

O manejo das queixas urinárias é abordado no fluxograma a seguir.



Fonte: BRASIL, 2016; LEE, 2019; HOOTON; GUPTA, 2021.

## 8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

*Pâmela Leites de Souza Steffen*<sup>48</sup>

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>49</sup>

*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>50</sup>

*Tainá Nicola*<sup>51</sup>

*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>52</sup>

O climatério ou perimenopausa compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher (pós-menopausa), incluindo uma série de mudanças fisiológicas, psicossociais, afetivas, sexuais e ocupacionais que podem afetar sua qualidade de vida (BRASIL, 2016; CASPER, 2020).

A menopausa corresponde ao último ciclo menstrual, reconhecida a partir da cessação da menstruação por 12 meses consecutivos, excluídas outras causas de amenorreia. Essa fase, que ocorre, geralmente, em torno dos 50 anos de idade, é um evento natural e fisiológico pelo qual muitas mulheres passam sem queixas ou necessidade de intervenções. No entanto, algumas desenvolvem diferentes sintomas relacionados à diminuição da produção hormonal ovariana (BRASIL, 2018; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020). A identificação e o manejo desses sintomas serão trabalhados ao longo deste capítulo.

As principais manifestações clínicas desse período podem iniciar anos antes e persistir pelos primeiros anos após a menopausa (BRASIL, 2016; CASPER, 2020):

### Quadro 31 - Principais manifestações clínicas do climatério e menopausa.

**Alterações no ciclo menstrual:** o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; o fluxo pode ser abundante e com maior duração.

**Neurogênicas:** ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga.

**Manifestações psicogênicas:** diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória e insônia.

**Disfunções sexuais relacionadas a questões emocionais e hormonais:** diminuição da libido, da frequência e da resposta orgástica, hipotrofia ou atrofia do aparelho geniturinário.

<sup>48</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>49</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

<sup>50</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>51</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>52</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

**Urogenitais:** mucosa mais delgada propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.

**Alterações no metabolismo lipídico:** aumento das frações de colesterol LDL e triglicerídeos e redução dos níveis de HDL.

**Alterações no metabolismo ósseo:** há mudanças variáveis no metabolismo ósseo de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. Essas alterações podem representar perda óssea e osteoporose ao longo do tempo.

**Composição corporal:** ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal com tendência ao acúmulo na região abdominal.

Fonte: BRASIL, 2008; BRASIL, 2016; CASPER, 2020.

Em mulheres híginas e com 45 anos ou mais, o diagnóstico da menopausa é essencialmente clínico e retrospectivo, **não sendo recomendado como rotina a realização de exames laboratoriais confirmatórios**. Já mulheres com suspeita ou presença de sinais e sintomas antes dos 45 anos de idade, devem ser avaliadas e encaminhadas para consulta médica, uma vez que exames adicionais podem ser necessários (CASPER, 2020; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020).

Na vigência do uso de métodos anticoncepcionais orais ou injetáveis combinados é difícil determinar se a menopausa ocorreu, porque essas mulheres não desenvolvem o sangramento irregular ou sintomas característicos do climatério. Além disso, como seu eixo hipotálamo-hipofisário é suprimido pela alta dose de estrogênio exógeno, a medição do nível sérico de FSH não é confiável.

Nesses casos, o ideal é discutir com a mulher a interrupção do método hormonal, considerando métodos de barreira. Sugere-se realizar diário menstrual e observar sinais e sintomas de menopausa no mínimo de duas a quatro semanas após a suspensão do método. Nas situações em que ainda haja dúvidas, encaminhar a usuária para avaliação em consulta médica (CASPER, 2020).

Para saber mais sobre indicações e contraindicações de métodos anticoncepcionais no climatério, consulte o capítulo 4.

## 8.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

O acompanhamento humanizado e sistemático da mulher no climatério e menopausa é fundamental, objetivando o diagnóstico precoce, a identificação de fatores de risco, o manejo de queixas comuns e tratamento de agravos, bem como a promoção da saúde com vistas à melhor qualidade de vida (BRASIL, 2016). Diante disso, a consulta de Enfermagem na abordagem da mulher nessa fase de ciclo de vida baseia-se no seguinte roteiro (BRASIL, 2016; CASPER, 2020; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020):

- Anamnese focada na avaliação da história do ciclo menstrual da mulher, calendário menstrual e sinais e sintomas associados;
- Investigar outras causas de amenorreia, como gravidez, especialmente, em mulheres com idade inferior a 45 anos (consultar capítulo 7);
- Considerar realização de teste rápido de gravidez ou solicitação de exame Beta-hCG em mulheres sexualmente ativas com amenorreia;
- Escuta qualificada do significado desse período para cada mulher, abordando estilo de vida, queixas, dificuldades, medos e sentimentos envolvidos;
- Realizar exame físico com aferição de dados antropométricos (peso, altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal) e pressão arterial para avaliação do risco cardiovascular;
- Realizar exame ginecológico, se indicado e de acordo com as manifestações clínicas do período;
- Realizar rastreamento para cânceres de colo de útero e de mama, segundo indicações deste protocolo;
- Atentar para investigação de fatores de risco cardiovascular e rastreamento da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (consultar Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Hipertensão e Diabetes do COREN-RS, disponível [AQUI](#));
- Esclarecer sobre as alterações mais comuns nesse período, buscando em conjunto com a mulher alternativas que tornem essa vivência mais saudável;
- Abordar questões referentes à sexualidade;
- Promover hábitos de vida saudáveis;
- Estimular atividades de lazer e de troca de experiências entre mulheres.

## 8.2 MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

O processo de envelhecimento traz consigo inúmeras alterações, exigindo uma abordagem integral para que a mulher possa lidar de forma saudável e tranquila com cada fase de vida. Nesse sentido, o manejo das demandas mais frequentes relacionadas ao climatério e menopausa pelo Enfermeiro consiste, principalmente, na promoção de hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e valorização do autocuidado (BRASIL, 2016).

O quadro 32 apresenta os principais cuidados e intervenções de Enfermagem frente às manifestações clínicas mais comuns no climatério e menopausa.

**Quadro 32 - Manejo das manifestações clínicas mais comuns no climatério e menopausa**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Estilo de vida sedentário;</li><li>● Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde;</li><li>● Sobrepeso/ risco de sobrepeso;</li><li>● Obesidade;</li><li>● Insônia;</li><li>● Conhecimento deficiente;</li><li>● Relacionamento ineficaz / risco de;</li><li>● Disfunção sexual;</li><li>● Regulação do humor prejudicada;</li><li>● Ansiedade;</li><li>● Risco de queda;</li><li>● Conforto prejudicado.</li></ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>● Adesão a/ não adesão a regime de exercício físico;</li><li>● Acompanhamento de rastreamento (Screening);</li><li>● Ansiedade;</li><li>● Apoio social/ falta de apoio social;</li><li>● Humor, deprimido;</li><li>● Insônia;</li><li>● Manutenção da saúde, prejudicada;</li><li>● Menopausa;</li><li>● Obesidade;</li><li>● Onda de calor (ou fogacho);</li><li>● Risco de doença;</li><li>● Risco de qualidade de vida, negativa;</li><li>● Risco de queda;</li><li>● Sobrepeso;</li><li>● Sono, prejudicado;</li><li>● Tabagismo;</li><li>● Tristeza.</li></ul>

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

**Fogachos  
e suores noturnos**

- Realizar anamnese com foco na intensidade e frequência dos sintomas, bem como na identificação de outras manifestações clínicas da menopausa;
- Considerar solicitação de diário para registro dos momentos em que os sintomas se iniciam e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho (ingestão de alimentos picantes e situações estressantes, por exemplo) com vistas a evitá-las;
- Atentar para outros sintomas associados e investigação de agravos que podem ocasionar ondas de calor ou sudorese noturna, como tuberculose, uso de medicamentos e hipertireoidismo;
- Realizar abordagem integral da mulher tratando aspectos biopsicossociais do climatério e menopausa;
- Estimular a realização de atividade física;
- Considerar terapias alternativas como a ioga e uso de fitoterápicos (quadro 33);
- Orientar dormir em ambiente arejado;
- Orientar uso de roupas com tecidos leves para melhor ventilação da pele e/ou que possam ser facilmente retiradas ao perceber a chegada dos sintomas;
- Orientar ingestão hídrica adequada;
- Aconselhar a ingestão de água sempre que perceber o início dos sintomas;
- Abordar tabagismo e ofertar suporte para cessação, se desejável;
- Evitar consumo de bebidas alcoólicas, estimulantes e à base de cafeína (café, chimarrão, chá preto);
- Promover manutenção do peso corporal saudável;
- Orientar exercícios de respiração lenta e profunda por alguns minutos durante o pico dos sintomas;
- Abordar, se necessário, indicações, contra indicações, riscos e benefícios da abordagem farmacológica para o alívio dos sintomas;
- Em caso de sintomas moderados a severos, com prejuízo da qualidade de vida, **encaminhar para consulta médica** para avaliação conjunta de abordagem farmacológica no climatério.

**Atrofia  
urogenital**

- Realizar anamnese com foco na intensidade e frequência dos sintomas, atentando para outras manifestações clínicas da menopausa ou demais disfunções sexuais (consultar quadro 4 - Manejo das disfunções sexuais mais comuns);
- Realizar exame ginecológico para avaliar a atrofia vaginal;
- Atentar para o fato de que a atrofia, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição a parceria e outras relacionadas à sexualidade, são comuns nesse período e não apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério;
- Realizar abordagem integral da mulher tratando aspectos biopsicossociais do climatério e menopausa;
- Recomendar **uso de lubrificante vaginal à base d'água** para todas as mulheres;
- Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo ou haja necessidade de estrogenização prévia ao rastreamento do câncer de colo uterino, considerar em conjunto com a usuária a prescrição de terapia de reposição hormonal (TRH) tópica: **Estriol<sup>53</sup> creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, via vaginal por 21 dias** e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses;
- Verificar os níveis pressóricos de mulheres em uso de TRH, trimestralmente;
- Em caso de persistência ou piora dos sintomas, encaminhar para **avaliação médica**.

<sup>53</sup> \*Contraindicado em mulheres com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfíria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

### Insônia e alterações no padrão de sono

- Realizar anamnese com foco na identificação dos hábitos de sono, de fatores predisponentes e precipitantes da insônia (depressão, ansiedade, dor e medicamentos que podem estar interferindo no sono, por exemplo opioides de uso crônico e glicocorticoides);
- Avaliar intensidade e frequência dos sintomas, atentando para a coexistência de outras manifestações clínicas da menopausa;
- Orientar a redução da ingestão de líquidos antes de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos, se necessário;
- Atentar para o horário do uso de diuréticos, caso utilize;
- Estimular a realização de atividades físicas, até no máximo três horas antes de dormir;
- Orientar estipular rotina para o sono, com horários diários para deitar-se e levantar-se, mesmo nos fins de semana;
- Evitar cochilos, principalmente aqueles com duração superior a 1 hora e/ou ao final do dia;
- Estimular a adoção de uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler um livro ou tomar banho morno;
- Sugerir alimentação leve antes de se deitar;
- Promover ambiente de sono silencioso e escuro;
- Evitar a exposição e limitar tempo de tela próximo da hora de dormir;
- Limitar a ingestão de bebidas à base de cafeína até o horário do almoço<sup>54</sup>;
- Evitar bebidas alcoólicas antes de dormir;
- Considerar terapias alternativas como a ioga e exercícios de respiração lenta e profunda;
- Em caso de persistência dos sintomas, assim como, prejuízo da qualidade de vida associado, **encaminhar para consulta médica.**

### Transtornos psicossociais

- Realizar anamnese com foco na identificação do histórico, frequência e intensidade de sintomas como tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse) e diminuição da libido;
- Acolher os sentimentos e impacto desses transtornos na vida da mulher e seu grupo de convívio;
- Realizar escuta qualificada com vistas à abordagem do momento de vida da mulher, sua história, presença de situações estressoras e seu padrão de enfrentamento a elas, fragilidades, potencialidades e mobilização de rede de apoio;
- Estimular hábitos de vida saudáveis, atividades de lazer e de troca de experiências entre mulheres;
- Considerar terapias alternativas como a ioga e uso de fitoterápicos (quadro 33);
- Avaliar necessidade de consulta médica para abordagem farmacológica dos sintomas do climatério e menopausa;
- Considerar construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em equipe multiprofissional de acordo com as vulnerabilidades psicossociais identificadas;
- Manter coordenação do cuidado, reforçando o vínculo e confiança.

<sup>54</sup> O tempo entre o almoço e a hora de dormir representa aproximadamente 2 meias-vidas para a cafeína, e esta janela de tempo permite que a maior parte da cafeína seja metabolizada antes de dormir.

### Prevenção e tratamento da osteoporose

- Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e a prevenção de quedas mediante o risco de fraturas associadas;
- Orientar dieta rica em cálcio e vitamina D, incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos, couve, agrião, espinafre, brócolis, repolho, sardinha e castanhas;
- Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10 h ou após as 16 h;
- Estimular e orientar a prática de atividades físicas, incluindo atividades aeróbicas e de fortalecimento muscular, por pelo menos 30 minutos três vezes por semana;
- Estimular a prática de atividades de lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, sempre que possível;
- Recomendar e promover a cessação do tabagismo e do consumo excessivo de álcool devido à relação com a progressão da perda óssea;
- **Encaminhar para consulta médica** se a mulher não tiver realizado ainda avaliação para rastreamento da osteoporose pós-menopausa..

Fonte: BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020; FLORIANÓPOLIS, 2020; SANTEN; LOPRINZI; CASPER, 2020; ROZEN *et al.*, 2021; WINKELMAN, 2021.

## 8.3 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

O tratamento medicamentoso sistêmico poderá ser avaliado pelo médico perante sintomas moderados a graves do climatério, que implicam em um impacto negativo no sono, na qualidade de vida e/ou na capacidade produtiva da mulher. Atualmente, os principais medicamentos utilizados são os estrogênios e progestágenos para reposição hormonal e os antidepressivos da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (BRASIL, 2016; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020; MARTIN, BARBIERI, 2020).

A terapia de reposição hormonal (TRH) é indicada para mulheres saudáveis com menos de 60 anos, no climatério ou pós-menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas vasomotores moderados a graves com prejuízo da qualidade de vida. Essa decisão deve ser compartilhada com as mulheres, considerando que para a maior parte dessas, os benefícios da TRH superam os riscos. As exceções incluem mulheres com histórico de câncer de mama, câncer de endométrio, doença cardíaca coronária, evento tromboembólico venoso anterior ou acidente vascular cerebral, doença hepática ativa ou aquelas com alto risco para essas complicações (MARTIN, BARBIERI, 2020).

O enfermeiro deve atentar e abordar durante as consultas de Enfermagem as indicações, contraindicações, limite de tempo de uso da TRH (máximo de 4 anos) e limite de idade (até no máximo os 60 anos), bem como ofertar terapias alternativas e outras possibilidades terapêuticas sugeridas neste protocolo (BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Ressalta-se que o enfermeiro poderá prescrever a TRH tópica por via intravaginal em caso de atrofia urogenital, conforme quadro 4.

## 8.4 TERAPIAS ALTERNATIVAS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

Há um interesse crescente da sociedade acerca dos benefícios das terapias alternativas à abordagem farmacológica na redução dos sintomas nesta fase da vida. Práticas integrativas e complementares (PICS) estão relacionadas a percepções positivas das mulheres, apesar de resultados controversos indicarem a necessidade de maiores pesquisas para comprovar sua efetividade (BARRA *et al.*, 2014; BRASIL, 2016; SANTEN; LOPRINZI; CASPER, 2020).

### Quadro 33 - Evidências de benefícios das terapias alternativas no alívio dos sintomas do climatério

Terapia alternativa	Evidências
Atividade física	Há relatos de que grupos que praticam regularmente atividades físicas aeróbicas apresentam redução na severidade e na frequência das ondas de calor em até 50% quando comparado a um grupo de mulheres sedentárias. Alguns autores relatam que a atividade física possui um efeito similar à reposição hormonal na melhora dos sintomas vasomotores na medida em que aumenta os níveis séricos de $\beta$ -endorfinas. A prática regular de atividade física contribui ainda para a preservação da massa muscular e da flexibilidade articular, aumento da densidade mineral óssea, na melhora do humor, diminuição da frequência cardíaca de repouso, melhora do perfil lipídico e redução dos níveis pressóricos.
Acupuntura	Apesar de alguns estudos evidenciarem benefícios na redução da severidade das ondas de calor, da sudorese e insônia a curto prazo, necessitam-se mais estudos e melhor controle sobre os mesmos.
Yoga	Pode ser eficiente na redução dos sintomas, em especial, psicogênicos e insônia.
Fitoterápicos	O uso de fitoterápicos à base de soja, Valeriana e Melissa podem ser utilizados como tratamento de primeira linha em mulheres com sintomas leves e moderados a curto prazo. Entretanto, até o momento, não existe consenso científico de que a ingestão de fitoestrogênios possa tratar eficazmente com segurança os sintomas do climatério ou prevenir as consequências da menopausa a longo prazo. Entre os fitoterápicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o único que está associado ao tratamento dos sintomas do climatério é a <b>isoflavona de soja</b> .

Fonte: BARRA *et al.*, 2014; BRASIL, 2016; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020; MARTIN, BARBIERI, 2020; SANTEN; LOPRINZI; CASPER, 2020.

O enfermeiro pode indicar e realizar terapias alternativas para alívio dos sintomas de climatério, sem a necessidade de protocolo institucional, desde que obtenha a titulação de Especialista em Enfermagem em Saúde Complementar ou Enfermagem em Terapias Holísticas Complementares, realizada em instituição devidamente reconhecida e validada.

No entanto, a prescrição pelo enfermeiro dos fitoterápicos considerados e/ou cadastrados pela Anvisa como medicamentos, só poderá ser realizada se previamente estabelecida em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada pela instituição de saúde, mediante a existência de protocolo institucional (COREN-BA, 2014).

## 9 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>55</sup>

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>56</sup>

*Tainá Nicola*<sup>57</sup>

*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>58</sup>

A violência contra a mulher constitui um fenômeno social complexo, baseado nas relações de gênero, que desencadeia danos físicos, psicológicos e/ou sofrimento para a mulher. Suas manifestações são modos de estabelecer uma relação de subordinação, culminando sempre em circunstâncias de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher (LEITE et al., 2019; SANTOS et al., 2020).

No Brasil, estudo de base populacional mostrou que 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica (LEITE et al., 2019). Deste modo, a violência que vitima as mulheres constitui em sério problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimento e postura adequada no atendimento às vítimas, identificando e notificando os casos, uma vez que o serviço de saúde tem o dever de acolher e apoiar, e não ser mais um obstáculo para as mulheres (SANTOS et al., 2020).

### 9.1 CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As mulheres e a população LGBTQIAP+ estão vulneráveis à violência de gênero nos diferentes ciclos de vida, como a adolescência, a idade reprodutiva, durante a gestação e na terceira idade. Embora as ocorrências sejam mais frequentes no âmbito doméstico, também são perpetradas por

<sup>55</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>56</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

<sup>57</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>58</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

peessoas sem laços de parentesco, a exemplo da violência sexual e estupro por estranhos. Sofrem assédio na vida pública em geral, na rua, nos espaços de trabalho e lazer (COREN-SP, 2019).

A violência assume classificações distintas segundo a sua tipologia (autoinfligida, interpessoal e coletiva) e a natureza dos atos perpetrados (violência, física, sexual e psicológica) (KRUG *et al.*, 2002). Neste protocolo, optou-se pela classificação adotada pela Lei Maria da Penha (Quadro 34), que circunscreve a violência de gênero em contexto mais amplo das injúrias vivenciadas, tais como física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (BRASIL, 2016).

#### Quadro 34 – Formas de violência contra a mulher

Forma de violência	Definição
Física	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
Psicológica	Condutas que causem dano emocional, diminuição da autoestima, prejudiquem e perturbem o pleno desenvolvimento ou que visem degradar/controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição insistente, insulto, chantagem, violação da intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.
Sexual	Qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
Patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou, ainda, no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
Moral	Violência que ocorre no ambiente de trabalho, a partir de relações de poder entre chefia-trabalhadora ou trabalhadora-trabalhadora. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher.

Fonte: BRASIL, 2006. BRASIL, 2016.

Os enfermeiros na APS devem estar atentos para garantir a autonomia da mulher frente aos seus direitos sexuais; observar problemas de saúde aparentemente comuns, mas associados à violência doméstica; realizar um acolhimento ético, responsável, com escuta ativa e conhecer a rede intersetorial local de serviços para apoio à mulher vítima de violência (DUARTE *et al.*, 2019).

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Compreende aspectos que ultrapassam um espaço ou local, exigindo um posicionamento ético, que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Todos os serviços devem acolher a pessoa vítima de violência, livres de quaisquer julgamentos morais, respeitando a diversidade, preservando e garantindo a sua privacidade (SES-RS, 2019).

No quadro abaixo estão listados alguns sinais de alerta que podem indicar situações de violência. Esses devem ser avaliados dentro de um contexto, pois isoladamente não configuram diagnóstico de violência.

### Quadro 35 – Sinais de alerta às situações de violência contra mulheres

#### Comportamentos e atitudes

- Ataques a entes queridos, objetos pessoais ou animais de estimação;
- Restrição de liberdades individuais: impedimento de trabalhar fora; estudar; ou sair de casa, ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas; privação de recursos financeiros para necessidades básicas;
- Humilhação; maus-tratos, desqualificações públicas ou privadas; xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares;
- Discussões, brigas verbais frequentes; ameaças de agressão;
- Agressão física de qualquer espécie (incluindo atos como bater, empurrar, puxar cabelos, beliscar, estapear, espancar, agredir com objetos, queimar, tentar estrangular, ameaçar, o uso de, ou efetivamente usar, armas de qualquer tipo);
- Relações sexuais forçadas ou submissão a práticas sexuais indesejadas;
- Parceiro(a) demasiadamente atento, controlador e que reage à separação da mulher durante os atendimentos nos serviços de saúde.

#### Como consequências da violência, pode se identificar:

- Dificuldade no estabelecimento da maternidade e da paternidade;
- Dificuldade no contato com a rede de apoio social;
- Dificuldade para cuidar do recém-nascido;
- Diminuição na prática do aleitamento materno.

#### Sinais e sintomas

- Queixas crônicas, vagas e recorrentes;
- Demora em buscar tratamento para ferimentos sofridos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- IST, principalmente em crianças;
- Prurido ou sangramento vaginal;
- Evacuação dolorosa ou dor ao urinar;
- Gestação indesejada ou em menores de 14 anos;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Problemas sexuais e perda de prazer na relação;
- Vaginismo (espasmos musculares nas paredes vaginais durante relação sexual);
- Dor pélvica e abdominal crônica;
- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão;

- Ansiedade;
- Transtorno do estresse pós-traumático;
- História de tentativa de suicídio ou ideação suicida.

### Ao exame físico

- Atentar para recusa ou dificuldade no exame, principalmente ginecológico de rotina;
- Atentar para lesões físicas que não se explicam, como acidentes;
- Avaliar a gravidade da violência e sua repercussão na saúde física.

### Testes e exames laboratoriais

- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Resultado de exames positivo para HIV, sífilis, hepatites e outras ISTs;
- Teste de gravidez positivo (gestação oriunda de violência?);
- Demais exames compatíveis de acordo com alterações identificadas no exame físico.

**Atenção!** Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, algumas perguntas diretas poderão contribuir na abordagem:

- Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado esse assunto no serviço. Está tudo bem em sua casa, com seu(sua) parceiro(a)?
- Você acha que as suas relações familiares estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais?
- Você está com problemas no relacionamento conjugal ou familiar?
- Já sentiu ou sente medo de alguém?
- Você se sente humilhada por alguém de seu convívio familiar ou do trabalho?
- Você sofre críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa?
- Você e o(a) parceiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? Quando vocês discutem, há comportamento agressivo?
- Existem situações em que você se sente constrangida ou coagida diante de outras pessoas?

Alguma vez, a sua atual parceria ou anterior, ou alguma pessoa conhecida ou estranha, a forçou fisicamente ou mediante ameaça, a manter relações sexuais quando você não queria?

Fonte: adaptado de BRASIL, 2016; BRASIL, 2013; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009.

O atendimento das usuárias nestas circunstâncias deve ser baseado na escuta ativa, no acolhimento e no fornecimento das informações sobre os seus direitos e plano de cuidados compartilhados. Neste sentido, vale ressaltar a importância de o enfermeiro atuar de forma conjunta com os demais dispositivos da rede, tais como Conselho Tutelar, Centros de Apoio Psicossocial à Saúde (CAPS), centros especializados de atendimento à mulher, hospitais, serviços de assistência social, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e equipes multiprofissionais, entre outros (BRASIL, 2013).

A SAE possibilitará a organização do cuidado às mulheres em situação de violência, com abordagem integral e centrada nas necessidades individuais e singulares de cada uma delas (COREN-SP, 2019). O quadro abaixo poderá orientar a consulta de enfermagem no atendimento a essas usuárias.

**Quadro 36 – Atenção às mulheres nos diferentes ciclos de vida e população LGBTQIAP+ em situação de violência**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autogestão ineficaz da saúde;</li> <li>● Disposição para autogestão da saúde melhorada;</li> <li>● Comportamento de saúde propenso a risco;</li> <li>● Proteção ineficaz;</li> <li>● Risco de infecção;</li> <li>● Insônia;</li> <li>● Controle emocional lábil;</li> <li>● Desesperança;</li> <li>● Risco de dignidade humana comprometida;</li> <li>● Baixa autoestima crônica/ risco de;</li> <li>● Baixa autoestima situacional/ risco de;</li> <li>● Distúrbio na identidade pessoal/ risco de;</li> <li>● Relacionamento ineficaz/ risco de;</li> <li>● Processos familiares disfuncionais;</li> <li>● Processos familiares interrompidos;</li> <li>● Padrão de sexualidade ineficaz;</li> <li>● Síndrome do trauma de estupro;</li> <li>● Síndrome pós-trauma;</li> <li>● Ansiedade;</li> <li>● Enfrentamento ineficaz;</li> <li>● Disposição para enfrentamento melhorado;</li> <li>● Medo;</li> <li>● Tristeza crônica;</li> <li>● Sentimento de impotência/ risco de;</li> <li>● Sofrimento moral;</li> <li>● Conforto prejudicado;</li> <li>● Isolamento social;</li> <li>● Solidão.</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedade;</li> <li>● Apoio social/ falta de apoio social;</li> <li>● Humor, deprimido;</li> <li>● Humor alterado;</li> <li>● Manutenção da saúde, prejudicada;</li> <li>● Menopausa;</li> <li>● Risco de qualidade de vida, negativa;</li> <li>● Sono, prejudicado;</li> <li>● Tristeza;</li> <li>● Risco de solidão;</li> <li>● Risco de suicídio;</li> <li>● Risco de/ presença de violência.</li> </ul>

**Acolhimento com escuta qualificada**

- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- Ter consciência dos sentimentos e emoções que podem surgir durante o atendimento, como raiva, medo e impotência;
- Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas podem ser importantes, desde que não estigmatizem ou julguem-nas (ver quadro anterior);
- Em situações de mulheres políquelixosas, com sintomas e dores indefinidos, atentar para possível situação de violência;
- Orientar as mulheres sobre a importância do registro da ocorrência para sua proteção e da família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo. Vale lembrar que o atendimento, por parte do profissional de saúde, deve ser realizado independente do boletim de ocorrência.

## Avaliação global

### Entrevista:

- Detectar situação de vulnerabilidade (ver fluxograma a seguir);
- Identificar se a situação de violência é recorrente ou não (violência de repetição);
- Realização de anamnese e preenchimento de prontuário que conste, minimamente, as seguintes informações: data e hora do atendimento; história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário; descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica e identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência.

### Exame físico:

- Realizar exame físico geral;
- Ofertar o exame ginecológico mediante aconselhamento prévio;
- Atentar para recusa ou desconforto no exame ginecológico de rotina;
- Atentar para lesões físicas que não se explicam, como acidentes;
- Avaliar a gravidade da violência e sua repercussão na saúde física.

### Em caso de violência sexual:

- Questionar: se o agressor fez uso de preservativo, número de agressores, última menstruação, uso de contraceptivo;
- Realizar testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites, mediante orientações e aconselhamento pré e pós-teste;
- Realizar teste de gravidez;
- Atualização da situação vacinal;
- A contracepção de emergência deve ser prescrita (ver quadro 9 - Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais) a todas as mulheres, adolescentes e homens trans expostos/as a contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do ciclo menstrual em que se encontrem;
- Avaliar a indicação de profilaxia contra HIV (em até 72 h após a exposição) e demais ISTs (conforme avaliação clínica e individual), conforme PCDT-IST (2020). Se necessário, solicitar avaliação médica para solicitação de exames complementares e/ou referenciar ao serviço de emergência 24 h;
- Para evitar a revitimização e a perda do vínculo com a mulher, é recomendável que o enfermeiro acompanhe-a até um serviço especializado para receber todas as profilaxias e tratamentos indicados;
- Se houver situação de risco de vida, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.

## Plano de cuidados

- Encaminhar a usuária para acompanhamento social e psicológico, conforme fluxo pactuado localmente;
- Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção;
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para a Rede Intersetorial – Conselho dos Direitos da Mulher, CREAS, CRAS, serviço de apoio jurídico, entre outros;
- Acionar o Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e da Juventude em situações de violência envolvendo menores de 18 anos e Conselho do Idoso, nos casos de violência contra idosos.

## Notificação

- Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências (anexo 3) - o preenchimento deverá ser realizado mesmo quando há somente suspeita de violência;
- O profissional que preenche a ficha não precisa se identificar, pois não é uma denúncia;
- Atentar para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, cuja notificação, além de compulsória, deve ser imediata (em até 24 h).

## Estabelecimento de plano de segurança para mulheres com risco de vida

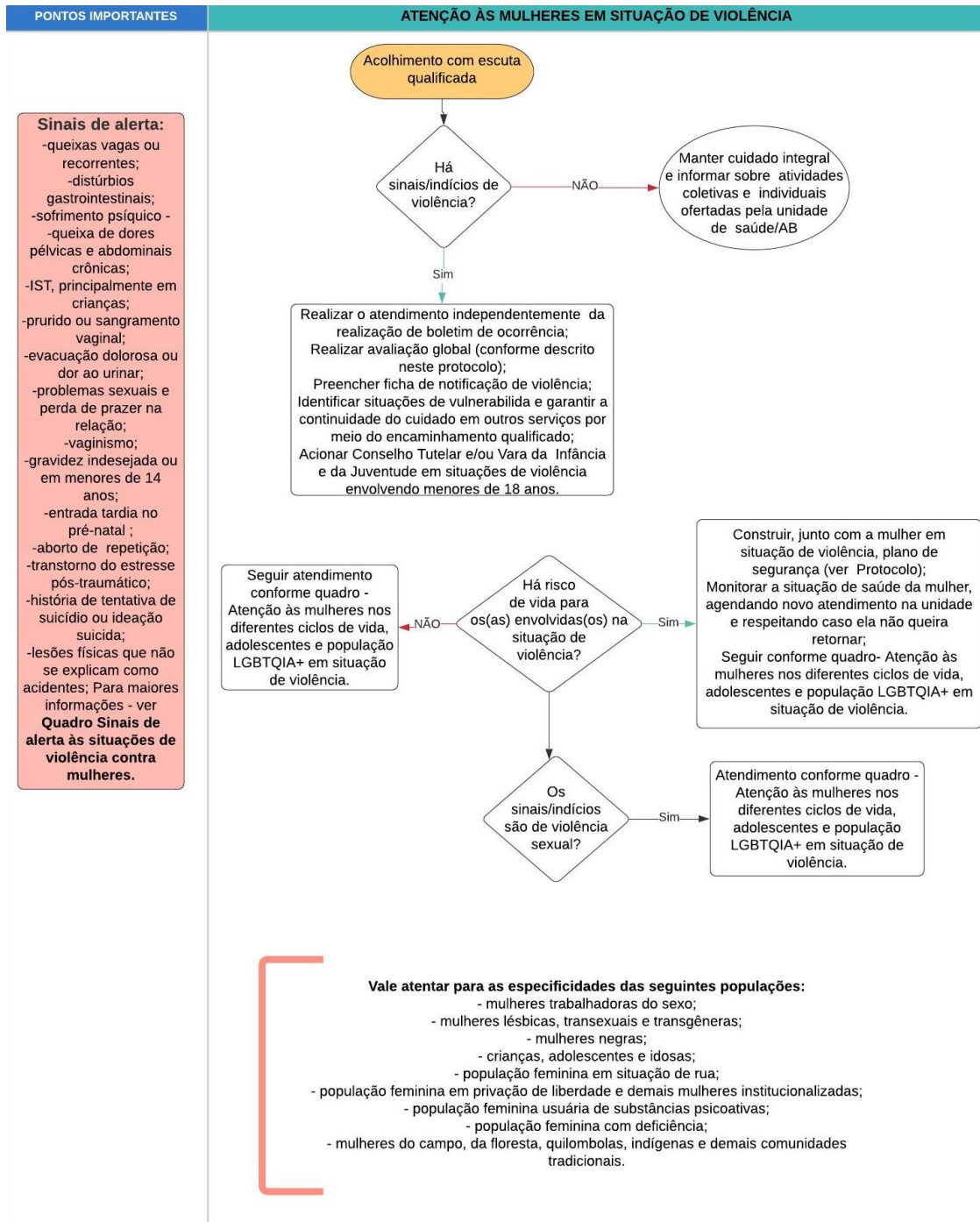
- Identificar um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) a mulher pode contar sobre a violência, para que ele(s) a ajude(m) se ouvir(em) brigas em sua casa, fazendo acordos para combinar um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda” ou “Quando eu apitar, chame ajuda”;
- Se a briga for inevitável, sugerir que a mulher se certifique de estar em um lugar que possa fugir e evite discutir na cozinha ou em locais em que haja possíveis armas ou facas;
- Orientar que a mulher tenha um plano de fuga seguro e o local para onde ela possa ir;
- Orientar que a mulher tenha um lugar seguro para manter cópias dos documentos (seus e de seus filhos), dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente.

Fonte: Adaptado de COREN-SP, 2019, BRASIL, 2016; BRASIL, 2008.

A Resolução COFEN n.º 564/2017, no capítulo dos deveres profissionais (artigo 52, alíneas 4 e 5), coloca a obrigatoriedade da comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independente de autorização nos seguintes casos: violência contra crianças, adolescentes, idosos e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento. Em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz, será devida a comunicação externa, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Portanto, destaca-se que as ações propostas não se restringem somente à identificação das situações de violência e encaminhamento destas usuárias a outros pontos da rede. Cabe ressaltar que a equipe de enfermagem desempenha ações importantes no acolhimento das pessoas que buscam os diversos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde e no acompanhamento das condições de saúde.

## Fluxograma 6 - Atenção às mulheres em situação de violência



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

## 9.2 INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Ressalta-se que o enfermeiro deve conhecer a rede de atendimento para violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível, atentando às orientações a seguir (SES/RS, 2018; SES/RS, 2019; COREN-RS, 2020):

- A interrupção da gravidez resultante de estupro é legalmente permitida, não sendo necessário boletim de ocorrência (BO) e/ou autorização judicial, bastando somente o desejo, o consentimento da mulher e o encaminhamento para um serviço que realize o aborto legal;
- Deve ser realizada até a 20ª semana (ou até a 22ª, quando o feto pesar menos de 500 g) e ter o consentimento da usuária, em qualquer circunstância, salvo em caso de iminente risco de vida ou impossibilidade da vítima expressar seu consentimento;
- Gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias) se configura crime de estupro de vulnerável, independente de sexo consentido, ou seja, mesmo que a vítima seja sexualmente ativa e ocorra sem violência ou grave ameaça. Portanto, é dever do profissional comunicar a adolescente sobre o direito de realizar o aborto legal, se for seu desejo.

Para a realização de aborto legal, de acordo com o Código Civil, artigos 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767, seguem considerações (reproduzido de SES/RS, 2018; SES/RS, 2019):

- Vítima a partir dos 18 anos: é capaz de consentir sozinha;
- Vítima menor de 18 anos: deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, se estes não estiverem envolvidos na violência ou por representante legal que se manifeste por ela. Entretanto, se a adolescente tiver condições de discernimento e puder exprimir sua vontade, ela também deverá assinar o consentimento. Se houver divergência entre a adolescente e seus representantes, caberá ao Juizado decidir.

O atendimento para solicitantes de aborto legal deve seguir as orientações da Portaria n.º 1.508/2005 e Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento (2014), com o encaminhamento aos hospitais de referência para aborto legal, pactuados no Estado. Atualmente, sete instituições do RS estão habilitadas para realização do aborto legal, são elas: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmina, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Universitário de Canoas e o Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr de Rio Grande (BRASIL, 2021b).

## REFERÊNCIAS

ALLEN, R. H. **Combined estrogen-progestin oral contraceptives: patient selection, counseling, and use.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-oral-contraceptives-patient-selection-counseling-and-use>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ANAWALT, B. D; PAGE, S. T. **Causes of male infertility.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/causes-of-male-infertility>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

BARRA A. A. *et al.* Terapias alternativas no climatério. *In: Revista Femina*, v. 42, n. 1, janeiro/fevereiro 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4810.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2022.

BAYER. **Mesigyna®**: solução injetável. Orizaba: Bayer de México, 2013. Disponível em: <[http://200.199.142.163:8002/FOTOS\\_TRATADAS\\_SITE\\_14-03-2016/bulas/11607.pdf](http://200.199.142.163:8002/FOTOS_TRATADAS_SITE_14-03-2016/bulas/11607.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2021.

BRAATEN, K. P.; DUTTON, C. **Overview of female sterilization.** Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-female-sterilization>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRADFORD, A. **Treatment of female orgasmic disorder.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 11 jan. 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-female-orgasmic-disorder>>. Acesso em: 8 jul. 2021.

BRANDÃO, E. R. *et al.* Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *In: Ciência & Saúde Coletiva* v. 26, n. 7, jul. 2021. p. 2673-2682. Rio de Janeiro: Abrasco, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRANDÃO, E. R. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, 2019. p. 875-879. Rio de Janeiro: UFRJ, 2019. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/331814860\\_Metodos\\_contraceptivos\\_reversiveis\\_de\\_longa\\_duracao\\_no\\_Sistema\\_Unico\\_de\\_Saude\\_o\\_debate\\_sobre\\_a\\_indisciplina\\_da\\_mulher](https://www.researchgate.net/publication/331814860_Metodos_contraceptivos_reversiveis_de_longa_duracao_no_Sistema_Unico_de_Saude_o_debate_sobre_a_indisciplina_da_mulher)>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. *In: Cadernos de Atenção Básica*, n. 13, 2013, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_cancer_colo_uterio_mama.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

BRASIL. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015. Disponível em:

<[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes\\_deteccao\\_precoce\\_cancer\\_mama\\_brasil.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 14.443, de 2 de setembro de 2022.** Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 05 set. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**: Brasília, 25 nov. 2003.

BRASIL. **Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 7 ago. 2006.

BRASIL. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa.** Caderno n. 9, 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

BRASIL. **Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com cobre T Cu 380 A.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual\\_diu\\_08\\_2018.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde -DATASUS.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [homepage na Internet]. Brasília, 2021b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Cadastramento\\_Solicitar\\_Exclusao.apstar\\_Exclusao.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Cadastramento_Solicitar_Exclusao.apstar_Exclusao.asp)>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: n. 62, seção 1, p. 41, 1 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. 2. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n.º 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código penal. **Diário Oficial da União**, de 31 de dezembro de 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Protocolos da atenção básica:** saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)>. Acesso em: 9 fev. 2022.

BRASIL. **Relatório de recomendação:** implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Brasília, DF: Conitec, 2021a.

BRASIL. Resolução n.º 2.265, de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a resolução CFM n.º 1.955/2010. **Diário Oficial da União:** edição 6, seção 1, p. 96. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Saúde sexual e saúde reprodutiva. *In: Cadernos de Atenção Básica*, n. 26, 1. ed., 1. reimpr., 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

BRASIL. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

CARUSI, D. A. **The gynecological history and pelvic examination.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/the-gynecologic-history-and-pelvic-examination>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 564.** Brasília, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. Parecer Coren-BA n.º 030/2014. **Prescrição de medicamentos fitoterápicos por enfermeiro.** Salvador: Coren BA, 26 jun. 2014. Disponível em: <[http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0302014\\_15628.html](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0302014_15628.html)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no Estado de Goiás.** Goiânia: Coren-GO, 2014. Disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde:** saúde da mulher. Campo Grande, MS: Coren, 2020. Disponível em: <<http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/Protocolo-SA%C3%9ADE-DA-MULHER.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde.** Módulo 1: saúde da mulher. São Paulo: Coren-SP, 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: 23 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ. **Cuidado à saúde da mulher na atenção primária em saúde (APS):** protocolo de enfermagem. Fortaleza: Coren, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Porto Alegre/COREN-RS. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde:** saúde da criança e do adolescente, 2020.

COUTO, P. L. S *et al.* Correlação entre marcadores de vulnerabilidade social frente ao uso do preservativo por trabalhadoras sexuais. *In: Saúde e Pesquisa*, n. 12, set-dez. 2019. p. 591-599. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p591-599> >. Acesso em: 24 fev. 2022.

CRUZ, F. C. M. da *et al.* Aspectos morfológicos da junção escamo-colunar de ratas em estro permanente e tratadas com associação de estrogênio e glicocorticóide. *In: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 26, n. 8, 2004. P. 595-602. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032004000800002>>. Acesso em: 22 fev. 2022. .

CURRIE, H.; HAMODA, H.; FENTON, B. W. **Menopausa** [Internet]. London: BMJ Publishing Group Ltda, aug. 11, 2020.

DE SILVA, N. K. **Abnormal uterine bleeding in adolescents:** management. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-adolescents-management>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.** 2. ed. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_saude\\_publica\\_DF.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; HANADA, H.; DURAND, J. G. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, ago. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

DUARTE, B. A. R. *et al.* Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em atenção primária. *In: Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 7, n. 3, 2019. Minas Gerais: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497960141014>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

ELMORE, J. G; LEE, C. I. **Screening for breast cancer:** strategies and recommendations. [s.l.]: Medilib, 2021. Disponível em: <<https://medilib.ir/index.php/uptodate/show/7564>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

ESSERMAN, L. J.; JOE, B. N. **Diagnostic evaluation of women with suspected breast cancer.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-suspected-breast-cancer#:~:text=In%20general%2C%20recommended%20imaging%20options,degree%20of%20clinical%20radiologic%20suspicion>>. Acesso em: 26 jun. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de anticoncepção.** São Paulo, 2015.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de orientação em trato genital inferior e colposcopia.** Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010. 45 p.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem volume 3** - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2020. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário brasileiro de segurança pública 2020**. São Paulo, FBSP, 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/anuario-14/>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

GOLSHAN, M. **Breast pain**. EUA: Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2020a. Disponível em: <<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/breast-pain/symptoms-causes/syc-20350423>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

GOLSHAN, M. **Nipple discharge**. EUA: Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2020b. Disponível em: <<https://www.mayoclinic.org/symptoms/nipple-discharge/basics/causes/sym-20050946#:~:text=Nipple%20discharge%20is%20a%20typical,three%20years%20after%20stopping%20nursing.>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

GOODMAN, A. **Approach to the patient with postmenopausal uterine bleeding**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-postmenopausal-uterine-bleeding>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. Screening for breast cancer with mammography. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

HACISALIHOGU, U.P.; ACET, F. Clinicopathological diagnostic and therapeutic approach to cytolytic vaginosis: an extremely rare entity that may mimic vulvovaginal candidiasis. *In: J Cytol.*, apr-jun. 2021. p. 88-93. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34321775/>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

HOOTON, T. M.; GUPTA, K. **Acute simple cystitis in women**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

HORNSTEIN, M. D.; GIBBONS, W.; SCHENKEN, R. **Optimizing natural fertility in couples planning pregnancy**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 22 out. 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/optimizing-natural-fertility-in-couples-planning-pregnancy>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas online de mortalidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes\\_DeteccaoPrecoce\\_CM.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes_DeteccaoPrecoce_CM.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

KAUNITZ, A. M. **Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: evaluation and approach to diagnosis**. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2022. Disponível em:

<<https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-evaluation-and-approach-to-diagnosis>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

KAUNITZ, A. M. **Progestin-only pills (POPs) for contraception**. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2021. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/progestin-only-pills-pops-for-contraception#:~:text=Progestin%2Donly%20pills%20\(POPs\)%20are%20one%20option%20for%20women,\(IUD\)%2C%20and%20injection.](https://www.uptodate.com/contents/progestin-only-pills-pops-for-contraception#:~:text=Progestin%2Donly%20pills%20(POPs)%20are%20one%20option%20for%20women,(IUD)%2C%20and%20injection.)>. Acesso em: 23 fev. 2022.

KRUG, E. G, *et al.* (eds.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KUOHUNG, W; HORNSTEIN, M. D. **Causes of female infertility**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/causes-of-female-infertility>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

KUOHUNG, W; HORNSTEIN, M. D. **Overview of infertility**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

LAUFER, M. R. **Benign cervical lesions and congenital anomalies of the cervix**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/benign-cervical-lesions-and-congenital-anomalies-of-the-cervix>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

LEE, U. J. **Infecções do trato urinário em mulheres**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2019. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/77>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, 2019. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>>. Acesso em: 9 nov. 2021.

LEITE, G. S. *et al.* The peer and non-peer: the potential of risk management for HIV prevention in contexts of prostitution. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, supl. 1, 2015. p. 7-25. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050003>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

LEITE, R. R. Q.; FROTA, A. M. M. C. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. *Rev. Abordagem Gestalt.*, Goiânia, v. 20, n. 2, p. 151-160, 2014.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. *In: Revista da Associação Médica Brasileira [online]*, v. 51, n. 6, 2005. p. 306-308. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302005000600008>>. Acesso em: 22 set. 2021.

MASON, H. S. **Mastite e abscesso mamário**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2021. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1084?q=Mastite%20e%20abscesso%20mam%C3%A1rio&c=suggested>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019. 869p.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. Tradução: Regina Machado Garcez. Revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NELSON, H. D. *et al.* Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*, v. 164, p. 244-55, 2016.

OLIVEIRA, D. A. L. Práticas clínicas baseadas em evidências. [S.l.]: Unasus: Unifesp, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Controle integral do câncer do colo do útero** - guia de práticas essenciais. Washington, DC: Opas, 2016. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 9 fev. 2022.

POCIUS, K. D.; BARTZ, D. A. **Intrauterine contraception**: management of side effects and complications. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-management-of-side-effects-and-complications>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Procedimento operacional padrão enfermagem**. v. 3. Florianópolis: PMF, 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de Economia e Estatística. Porto Alegre: SPGG/DEE, 2019. Disponível em: <<https://planejamento.rs.gov.br/vinculadas>>. Acesso em: 20 set. 2021.

ROSEN, H. *et al.* **Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women**. [S.]: Medilib, 19 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.medilib.ir/uptodate/show/2064>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SANTOS, I. B. dos *et al.* Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da atenção primária. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, 2020. p. 1935-1946. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>>. Acesso em: 9 nov. 2021.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; HANADA, H.; KISS, L. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. *In: Athenea Digital*, v. 12, n. 3, p. 237-254, nov. 2012. Disponível em: <<https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/27140603-guia-2019-ses-rs.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia do Pré-Natal na Atenção Básica**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota técnica de fluxo com orientações por níveis de atenção sobre a coleta de citopatológico**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202008/06144430-nt-citopatologico-versao-final.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Manual técnico**: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde. 4. ed. São Paulo: SMS, 2016. 96 p. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ManualSaudeDaMulher302012017.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CONTAGEM. **Protocolo assistencial da saúde da mulher na atenção primária**. 1 ed. Contagem, MG: Prefeitura Municipal de Contagem, 2020. Disponível em:

<<http://www.contagem.mg.gov.br/sms/wp-content/uploads/2020/12/PROTOCOLO-SAUDE-DA-MULHER-versao-final-1-1.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SILVA, F. M. G. da *et al.* Transtorno do comportamento sexual compulsivo em um cenário de pandemia do covid-19: teorias para apreciação da enfermagem. *In: Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 5, p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/REAenf.e5159.2020>>. Acesso em 16 fev. 2022.

SMITH, R. P.; KAUNITZ, A. M. **Dysmenorrhea in adult females**: treatment. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/dysmenorrhea-in-adult-females-treatment>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SOARES, R. M. *et al.* Vaginose citolítica: uma entidade subdiagnosticada que mimetiza a candidíase vaginal. *In: Acta Obstet Ginecol Port*, 11(2), 2017. p. 106-112. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Vieira-Baptista/publication/320610902\\_Cytolytic\\_vaginosis\\_an\\_underdiagnosed\\_pathology\\_that\\_mimics\\_vulvovaginal\\_candidiasis/links/59f6feb0458515547c232ea8/Cytolytic-vaginosis-an-underdiagnosed-pathology-that-mimics-vulvovaginal-candidiasis.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Vieira-Baptista/publication/320610902_Cytolytic_vaginosis_an_underdiagnosed_pathology_that_mimics_vulvovaginal_candidiasis/links/59f6feb0458515547c232ea8/Cytolytic-vaginosis-an-underdiagnosed-pathology-that-mimics-vulvovaginal-candidiasis.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SOBEL, J. D. **Bacterial vaginosis**: treatment. Waltham, MA: UpToDate Inc, 12 jan. 2022a. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-treatment>>. Acesso em: 10 maio 2021.

SOBEL, J. D. **Candida vulvovaginitis**: treatment. Waltham, MA: UpToDate Inc, 9 fev. 2022b. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment>>. Acesso em: 10 maio 2021.

SOBEL, J. D; MITCHELL, C. **Bacterial vaginosis**: clinical manifestations and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate Inc, 4 set. 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-clinical-manifestations-and-diagnosis>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SOBEL, J. D; MITCHELL, C. **Candida vulvovaginitis**: clinical manifestations and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis#H24>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SOBEL, J. D; MITCHELL, C. **Trichomoniasis**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 9 fev. 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/trichomoniasis>>. Acesso em: 10 maio 2021.

SOLNIK, M. J. **Avaliação da amenorreia secundária**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2018. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1102>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SONALKAR, S.; MODY, S. K. **Postpartum contraception**: counseling and methods. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/postpartum-contraception-counseling-and-methods>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

SPITZER, M; MANN, M. **Atlas of Clinical Gynecology**: gynecologic pathology. Philadelphia: Current Medicine, 1998.

TASOULIS, M. K. **Avaliação de massa mamária**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2018. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1179>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **É tempo de se cuidar mais**: material educativo para promover a saúde da mulher. 1ª ed. São Paulo: USP, 2014. Disponível em: <[http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha\\_climaterio.pdf](http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha_climaterio.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Telecondutas**: rastreamento do câncer do colo do útero. Porto Alegre: UFRGS, 2021. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc\\_rastreamento\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_d\\_o\\_uterio.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_rastreamento_do_cancer_do_colo_d_o_uterio.pdf)>. Acesso em: 9 fev. 2022.

USATINE, R. P. *et al.* **The color atlas of family medicine**. 2. ed. [S.l.]: McGrawHill, 2013. 5069 p.

WARNER, P. E.; CRITCHLEY, H. D.; LUMSDEN, M. A. *et al.* Menorrhagia I: Measured blood loss, clinical features, and outcome in women with heavy periods: A survey with follow-up data. **Am J Obstet Gynecol**, 2004. 190:1216.

WINKELMAN, J. **Overview of the treatment of insomnia in adults**. Waltham, MA: UpToDate Inc, aug. 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 implementation or transition guide**. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <[https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide\\_v105.pdf](https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5. ed. Geneva: WHO, 2015.

**ANEXOS****ANEXO 1 - Técnica ilustrada para Exame Clínico das Mamas****Quadro 37 - Técnica para realização do Exame Clínico das Mamas****INSPEÇÃO ESTÁTICA**

- Colocar a mulher sentada, com o tronco desnudo e os braços pendentes ao lado do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça.
- Observar simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, saída espontânea de secreção e características da pele: presença de achatamento, abaulamento ou espessamento da pele da mama e/ ou retrações. Diferenças na cor, temperatura, textura e padrão de circulação venosa.

**INSPEÇÃO DINÂMICA**

- A mulher permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços em direção do segmento cefálico. Após, solicitar que a mulher coloque as mãos atrás da nuca e faça movimentos de abrir e fechar os braços.
- Outra técnica é pedir para que a mulher comprima as palmas das mãos umas contra as outras. Alguns autores recomendam que se faça a inspeção visual ao mesmo tempo em que se realiza a palpação das mamas.
- Observar presença de retrações ou exacerbações de assimetrias, além de verificar comprometimento do plano muscular em casos de carcinoma.

**PALPAÇÃO**

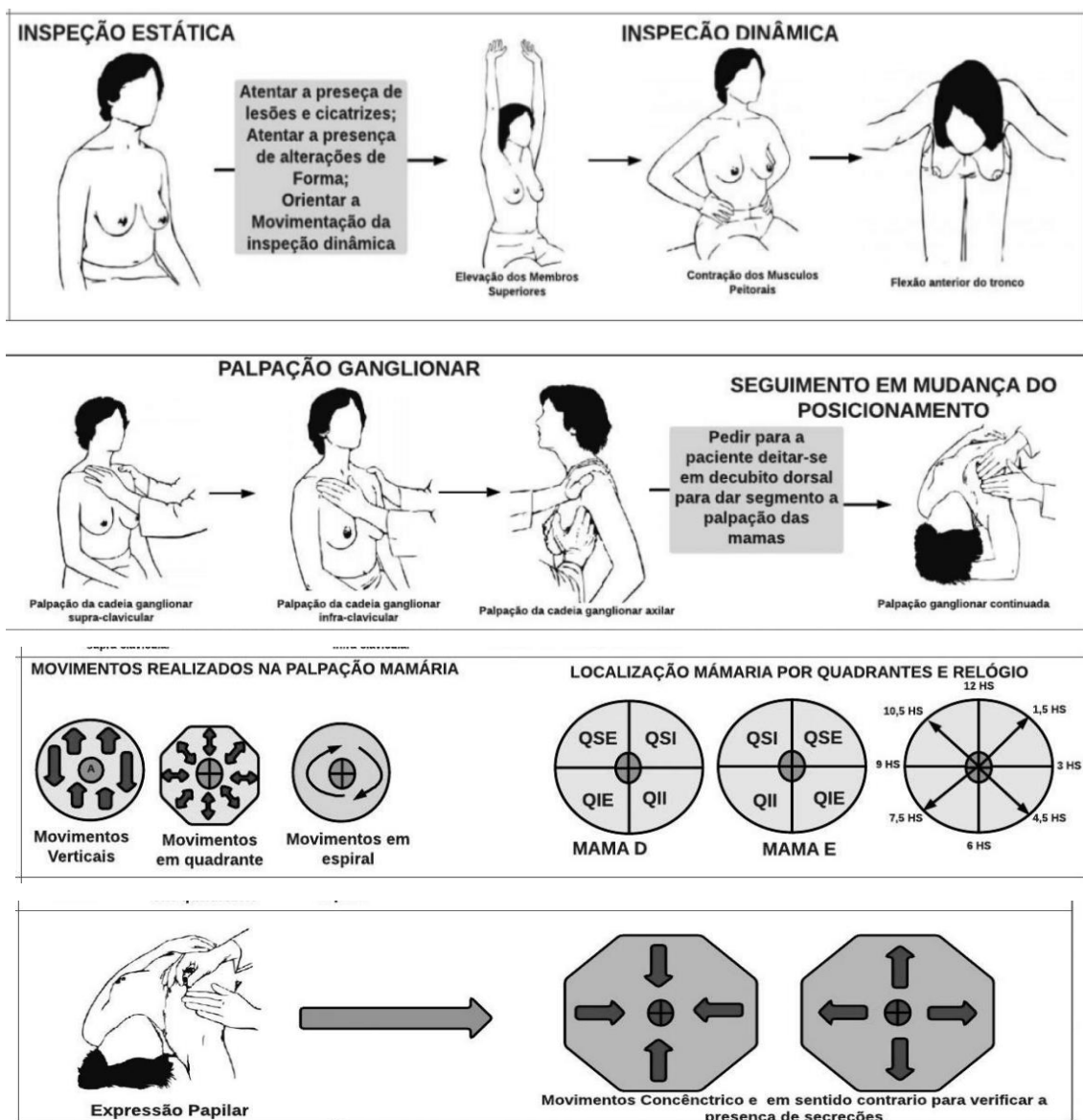
- Mamas: colocar a mulher em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila, inclusive o prolongamento axilar.
- Observar a presença ou ausência de massa palpável isolada.
- As mamas devem ser palpadas delicadamente e de maneira ordenada, obedecendo-se à divisão de seus quadrantes. Deve ser iniciada no quadrante superior externo, incluindo a parte lateral superior do tecido mamário, seguindo a direção dos ponteiros do relógio. Toda a superfície deve ser examinada com as polpas digitais da mão dominante espalmada. Os aspectos a serem avaliados são:
  - Localização: determinar o quadrante;
  - Consistência: pode ser classificada como edematosa, cística, firme, endurecida ou macia;
  - Mobilidade: fixa ou móvel;
  - Tamanho: quando redonda, o diâmetro; quando oval, o maior diâmetro; quando tubular, o comprimento, a largura e espessura;
  - Dor: sensível ou insensível;
  - Textura: uniforme, nodular e granular.
- Região axilar: A mulher permanece sentada. Apoiar o braço do lado a ser examinado, no braço do examinador;
- Região supra e infraclavicular: A mulher permanece sentada. Palpar a região à procura de linfonodos palpáveis.

**EXPRESSÃO PAPILAR**

- Realizada após a palpação da mama, com a mulher deitada. Observar presença de fluxo papilar.

Fonte: Adaptado de COREN-SP, 2019 e SMS SP, 2016.

Figura 1 - Exame clínico das mamas



Adaptado a partir de CARRARA, 1996.

Fonte: COREN-SP, 2019.

## ANEXO 2 - Ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

**Definição de caso:** Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação		2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)	
	5 Data da Ocorrência do Evento		6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
	7 Nome					8 Data de Nascimento
Dados da Pessoa Atendida	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante			
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado	1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado			
	12 Cor	13 Escolaridade	14 Situação conjugal			
	1- Branca 4- Parda 2- Preta 5- Indígena 3- Amarela 9- Ignorado	01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo	06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado			
	14 Ocupação		15 Situação conjugal			
	1- Só com Homens 3- Com homens e mulheres 2- Só com mulheres 4- Não se aplica 9- Ignorado		1- Solteiro 3- Viúvo 5- Não se aplica 2- Casado/união consensual 4- Separado 9- Ignorado			
	16 Relações sexuais		17 Possui algum tipo de deficiência?			
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe			
	20 UF		21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número			
25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência		27 CEP		
28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)			
1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência					
	01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado					
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência			
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)		
	38 Zona de ocorrência		39 Ocorreu outras vezes?		40 A lesão foi autoprovocada?	
	1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
	41 Meio de agressão		42 Tipo de violências			
	1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
Arma branca 3- Não se aplica 9- Ignorado Arma de fogo Enforcamento/sufocação Objeto contundente Queimadura Força corporal Outros		Física Sexual Tortura Psicológica / Moral Tráfico de seres humanos Patrimonial Negligência/ Abandono Trabalho infantil Outros				

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

SVS 28/06/2006



### ANEXO 3 - Perguntas a serem feitas para avaliar a intensidade da perda de sangue durante a menstruação

Com que frequência você troca o absorvente/ absorvente interno durante os dias de pico de fluxo?

Quantos absorventes/ absorventes internos você usa em um único período menstrual?

Você precisa trocar o absorvente/ tampão durante a noite?

Qual o tamanho dos coágulos eliminados?

Você tem anemia?





Mulheres com volume normal de perda de sangue menstrual tendem a:

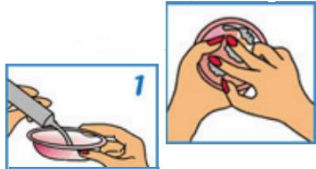
- Trocar absorventes em intervalos  $\geq 3$  horas;
- Usar menos de 21 absorventes por ciclo;
- Raramente é necessário trocar o absorvente durante a noite;
- Expelem coágulos com menos de 2,5 cm de diâmetro;
- Não têm anemia relacionada à menstruação.

Adaptado de: WARNER, P. E.; CRITCHLEY, H. D.; LUMSDEN, M. A. *et al.* Menorrhagia I: Measured blood loss, clinical features, and outcome in women with heavy periods: A survey with follow-up data. **Am J Obstet Gynecol**, 2004. 190:1216.

## APÊNDICE 1 - Orientações para colocação dos métodos de barreira

Figura 2 - Orientações para medição e inserção corretas do diafragma

<b>Medindo o diafragma</b>	
<p>Introduza os dedos indicador e médio na vagina até que se toque o fundo do saco posterior, marcando-se a distância entre estes e o subpúbis com o polegar da mesma mão.</p>	
<p>Esta distância (ponta do dedo médio ou indicador até o polegar) deve ser aproximadamente o tamanho do diafragma medidor. Coloque o diafragma medidor na ponta do dedo, sem forçá-lo. Se a medida estiver correta, a outra extremidade do diafragma medidor corresponde ao ponto marcado do polegar.</p>	
<p>Após, deve-se testar o diafragma medidor. Deverão ser testados dois ou três tamanhos para se obter a medida adequada, justa e confortável para a mulher. Escolha a medida de maior tamanho entre as que servirem. Isto se deve ao fato de que ao usar o diafragma a mulher estará mais relaxada garantindo que a medida escolhida continuará bem ajustada.</p>	
<p>Para se testar o diafragma medidor na mulher, pressione-o entre os dedos indicadores e polegar, de maneira que sua forma circular se transforme em quase um oito. Introduza-o pelo canal vaginal até que sua borda inferior atinja o fundo do saco vaginal posterior.</p>	

<b>Técnica de colocação do diafragma</b>	
<p>Segurar o diafragma com uma das mãos, com a parte côncava virada para cima (com a geleia dentro).</p>	

<p>Pressionar e unir as bordas com os dedos médio e polegar. Afastar os lábios da vulva com a outra mão e colocar, dentro da vagina, o diafragma dobrado, empurrando-o na direção do fundo posterior da vagina até onde seja possível.</p>	
<p>Com o dedo indicador, empurrar a borda anterior do diafragma até que está se apoie na face posterior do púbis. Verificar a correta colocação do diafragma por meio do auto toque, certificando-se de que o colo uterino esteja coberto pela membrana de borracha. Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável (deitada, de cócoras ou em pé, com uma das pernas levantada ou sentada na beirada de uma cadeira).</p>	
<p>O diafragma não deve ser retirado antes de um período de 6 horas nem maior que 24 horas após a última relação sexual e deve-se evitar duchas vaginais durante esse período. Remover o diafragma colocando o dedo indicador por trás da sua borda anterior e puxando-o para baixo e para fora. Após o uso, lavar o diafragma com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio.</p>	

FONTE: FEBRASGO, 2015.

Figura 3 - Orientações para colocação correta do preservativo feminino

### Técnica de colocação do preservativo feminino

<p>Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada). O anel móvel/esponjinha deve ser apertado e introduzido na vagina. Com o dedo indicador, ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero.</p>	
--	--

<p>O anel (externo) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina. Durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo. O preservativo não deve ficar retorcido. Deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação.</p>	
<p>Para retirar, segurar as bordas do anel externo fazendo um movimento de torção para manter o esperma dentro do preservativo, puxando delicadamente para fora da vagina.</p>	

FONTE: FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2009.

Figura 4 - Orientações para colocação correta do preservativo masculino

### Técnica de colocação do preservativo masculino

<p>Deve ser colocado com o pênis ereto e seco, antes da penetração vaginal. Ao desenrolar o preservativo pelo lado correto (face enrolada com a borda para cima), da glândula até a base do pênis, deve-se ter o cuidado de comprimir o reservatório situado na sua extremidade fechada, com a ponta dos dedos, retirando todo o ar do seu interior.</p>	
<p>Após a ejaculação, retirar o preservativo com o pênis ainda ereto.</p>	

Fonte: FEBRASGO, 2015, BRASIL, 2009.