BOLETIM DE SERVIÇO

Universidade Federal Fluminense

ANO LV
N.º 152
16/08/2021

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Jair Messias Bolsonaro

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Milton Ribeiro

REITOR
Antonio Claudio Lucas da Nóbrega

VICE-REITOR
Fabio Barboza Passos

CHEFE DE GABINETE
Rita Leal Paixão

SUPERINTENDÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO
Deborah Motta Ambinder de Carvalho

PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO
Vera Lucia Lavrado Cupello Cajazeiras

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
Alexandra Anastacio Monteiro Silva

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
Andréa Brito Latgé

PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO
Cresus Vinícius Depes de Gouvêa

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
Aline da Silva Marques

PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
Leonardo Vargas da Silva

PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO
Jailton Gonçalves Francisco

SUPERINTENDÊNCIA DE OPERAÇÕES E MANUTENÇÃO
Mário Augusto Ronconi

SUPERINTENDÊNCIA DE ARQUITETURA E ENGENHARIA E PATRIMÔNIO
Julio Rogerio Ferreira da Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL
João Marcel Fanara Corrêa

SUPERINTENDÊNCIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
Helcio de Almeida Rocha

SUPERINTENDÊNCIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Livia Maria de Freitas Reis

CENTRO DE ARTES DA UFF
Leonardo Caravana Guelman

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

O Boletim de Serviço da Universidade Federal Fluminense é destinado a dar publicidade aos atos e procedimentos formais da instituição.

Referências:

Art. 37 da Constituição Federal da República Federativa do Brasil
A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Lei nº 4.965, de 5 de maio de 1966.
Dispõe sobre a publicação dos atos relativos aos servidores públicos e dá outras providências.

Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011
Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 e dá outras providências.

Norma de Serviço Nº. 672, de 28 de fevereiro de 2019.
Transfere a competência administrativa e operacional do Boletim de Serviço da Universidade Federal Fluminense para a Superintendência de Documentação e dá outras providências.

Instrução de Serviço SDC Nº. 01, de 27 de junho de 2019.
Estabelece procedimentos para publicação de matérias no Boletim de Serviço.

O conteúdo dos textos normativos publicados neste boletim é de responsabilidade das respectivas áreas produtoras dos documentos.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

ELABORAÇÃO

Superintendência de Documentação
Deborah Motta Ambinder de Carvalho

Coordenação de Gestão e Difusão da Informação
Miriam de Fátima Cruz
Erika Reisinger Fernandes Krauss
Eduardo Barreto Teixeira

CAPA
Superintendência de Comunicação Social

Utilize o QR Code para acesso
ao site do Boletim de Serviço da UFF

Os atos administrativos constantes neste Boletim que já tenham sido publicados no Diário Oficial da União – DOU estão divulgados apenas para fins informativos e não substituem as publicações anteriormente realizadas. Dessa forma, os efeitos legais dos referidos atos permanecem vinculados à publicação realizada no DOU.

SUMÁRIO

Este Boletim de Serviço é constituído de 102 (CENTO E DUAS) páginas, contendo as seguintes matérias:

SEÇÃO I

INSTRUÇÕES NORMATIVAS 3

IN REN RHS 01 2021

SEÇÃO III

RESOLUÇÕES 91

RESOLUÇÃO GGV IME 02 2021 RESOLUÇÃO GGV IME 04 2021 RESOLUÇÃO GGV IME 06 2021

RESOLUÇÃO GGV IME 03 2021 RESOLUÇÃO GGV IME 05 2021

SEÇÃO IV

DETERMINAÇÕES DE SERVIÇO: PRÓ-REITORIAS E SUPERINTENDÊNCIAS 97

DTS SAEP 32 2021

PORTARIAS UFF 98

68.260 68.261

MIRIAM DE FÁTIMA CRUZ
Bibliotecária - Documentalista

DEBORAH MOTTA AMBINDER DE CARVALHO
Superintendente de Documentação

SEÇÃO I

INSTRUÇÃO NORMATIVA REN/RHS/UFF Nº 1, DE 11 DE AGOSTO DE 2021

Dispõe sobre a aprovação dos Protocolos de Tele(consulta) do Consultório de Enfermagem Érick Igor dos Santos do Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras do Instituto de Humanidades e Saúde da Universidade Federal Fluminense.

A CHEFE DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE HUMANIDADES E SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais, nomeada pela PORTARIA DE PESSOAL/UFF Nº 144 de 7 de abril de 2021 e:

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 7.498/ 1986 que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem;
CONSIDERANDO a Resolução COFEN 195/ 1997 que aprova a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro quando no exercício de suas atividades profissionais;
CONSIDERANDO a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica;
CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 634/2020 que autoriza e normatiza a Teleconsulta de enfermagem.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar os Protocolos de Tele(consulta) do Consultório de Enfermagem Érick Igor dos Santos do Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras do Instituto de Humanidades e Saúde da Universidade Federal Fluminense, Campus Rio das Ostras, transcritos abaixo:

1- INTRODUÇÃO

Os presentes protocolos de (Tele)consultas de Enfermagem visam estabelecer ações, critérios, procedimentos e fluxos dos processos de enfermagem nas áreas da saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva, infecções transmissíveis (pessoa com suspeita a infecção sexualmente transmissível e caso suspeito de COVID-19), drogas (intervenção breve em riscos de uso de drogas) e doenças crônicas não-transmissíveis (rastreamento e acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes).

Tais áreas de atendimento foram escolhidas face a *expertise* dos docentes enfermeiros em consulta de enfermagem, que atuam no consultório de enfermagem do Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras da Universidade Federal Fluminense (UFF), e a magnitude e relevância para a saúde pública e a prática emancipatória da enfermagem em Atenção Primária à Saúde (APS).

O Consultório de Enfermagem é um laboratório de ensino, pesquisa e extensão e um serviço de saúde prestado pela UFF, que foi inaugurado em 16 de maio de 2017, durante o evento

comemorativo da Semana Brasileira de Enfermagem do Departamento de Enfermagem. O Consultório foi nomeado Érick Igor dos Santos, em homenagem a este brilhante docente do curso de graduação em Enfermagem/ UFF, campus Rio das Ostras, que faleceu no ano de 2016.

Os protocolos são produtos escritos pelas docentes da coordenação e vice- coordenação do Consultório de Enfermagem Érick Ígor dos Santos em parceria com a enfermeira desta unidade, egressas, discentes e docentes do Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras da Universidade Federal Fluminense, campus Rio das Ostras.

Este documento técnico foi criado com a finalidade de sistematizar e validar as (tele)consultas de enfermagem no âmbito institucional e, ademais, com o intuito de facilitar a tomada de decisões do enfermeiro e melhorar a resolutividade dos serviços ofertados à população.

Todos os protocolos de enfermagem que constam neste documento foram elaborados com base em evidências científicas, manuais, normas técnicas e diretrizes clínicas do Ministério da Saúde e aspectos éticos e legais do exercício profissional do enfermeiro, em consonância com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem), regulamentada pelo Decreto 94.406/1987, a Resolução COFEN 195/1997(solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (aprova a Política Nacional da Atenção Básica) e a Resolução COFEN nº 634/2020 (autoriza e normatiza a Teleconsulta de enfermagem).

Espera-se que, os protocolos ora apresentados neste documento possam contribuir no planejamento, execução e avaliação contínua de atividades acadêmicas, gerenciais e assistenciais desenvolvidas por docentes, discentes e enfermeiros do consultório de enfermagem, campus Rio das Ostras, e, assim, produzir impactos sociais e científicos positivos no contexto formativo do enfermeiro e na saúde da população local.

11 de agosto de 2021.

Profª. Drª. Marcela de Abreu Moniz Matrícula SIAPE 3569172
Coordenadora do Consultório de Enfermagem
Profª. Drª. Jane Baptista Quitete Matrícula SIAPE 1735245
Vice-coordenadora do Consultório de Enfermagem

2- PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER EM PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

2.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Dados Sociodemográficos: nome, idade, cor/raça autodeclarada, nível de escolaridade, ocupação, estado civil, naturalidade, endereço e telefone atual.
- Dados Socioeconômicos: tipo de moradia, quantas pessoas residem na mesma moradia, renda familiar, quantidade de filhos e idade.
- Dados da Gestação: número de consultas pré-natal, grau de risco, intercorrências, sentimentos em relação à gravidez.
- Dados do Parto/Nascimento: Tipo de parto, intercorrências, para onde bebê foi encaminhado após o parto.
- Dados da Criança: nome, idade, naturalidade, peso ao nascer, apgar, vacinação,

problemas de saúde, Unidade Básica de Saúde de referência, núcleo familiar, plano de saúde, acompanhamento com pediatra ou enfermeira, peso atual.

- Dados da Amamentação: histórico de amamentação anterior, amamentação na primeira hora de vida, intercorrências no pós-parto ou problemas mamários, tipo de alimentação do bebê no momento da teleconsulta, intervalo entre mamadas, duração das mamadas, uso de bico artificial, rede de apoio, dificuldades, sentimentos em relação ao bebê, eliminações do bebê.
- Motivo do atendimento.

2.2 – EXAME FÍSICO:

CHECK LIST (TELE)CONSULTA DE AMAMENTAÇÃO

Nome da mãe_____Data_____ Nome do bebê_____ Idade do bebê_____

Sinais que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade

SEÇÃO A
Observação geral
Mãe

[] Mãe parece saudável	[] Mãe parece doente ou deprimida
[] Mãe relaxada e confortável	[] Mãe parece tensa e desconfortável
[] Mamas parecem saudáveis	[] Mamas avermelhadas, inchadas /doloridas
[] Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo	[] Mama segurada com dedos na aréola

Bebê

[] Bebê parece saudável	[] Bebê parece sonolento ou doente
[] Bebê calmo e relaxado	[] Bebê inquieto ou chorando
[] Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê	[] Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil
[] O bebê busca /alcança a mama se está com fome	[] O bebê não busca, nem alcança

SEÇÃO B
Posição do bebê

[] A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	[] Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar
[] Bebê seguro próximo ao corpo da mãe	[] Bebê não é seguro próximo
[] Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo	[] Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo
[] Bebê apoiado	[] Bebê não apoiado

SEÇÃO C
Pega

[] Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê	[] Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior

[] A boca do bebê está bem aberta	[] A boca do bebê não está bem aberta
[] O lábio inferior está virado para fora	[] Lábios voltados p/ frente/ virados para dentro
[] O queixo do bebê toca a mama	[] O queixo do bebê toca a mama

SEÇÃO D
Sucção

[] Sucções lentas e profundas com pausas	[] Sucções rápidas e superficiais
[] Bebê solta a mama quando termina	[] Mãe tira o bebê da mama
[] Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina	[] Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos
[] Mamas parecem mais leves após a mamada	[] Mamas parecem duras e brilhantes

Fonte: WHO, 2004.

2.3 -DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem	Fatores Relacionados	Características Definidoras
Amamentação Eficaz	-Idade gestacional maior que 34 semanas; - Confiança materna; -Estrutura oral da criança normal; - Fonte de apoio; -Estrutura mamária normal; - Conhecimento básico sobre amamentação.	-Padrão eficaz de comunicação mãe-filho; -Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação; -A criança está satisfeita após a mamada; - Padrões de eliminação da criança adequados para idade; - Avidez da criança para se alimentar; -A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de preensão areolar-mamilar bem-sucedida; -Sucção do peito regular e contínua; -Deglutição no peito regular e contínua; -Padrão de peso da criança apropriado para idade.
Amamentação Ineficaz	- Déficit de conhecimento;	- Suprimento de leite inadequado percebido;

	- Criança que recebe alimentação suplementar com mamadeiras; - Ansiedade materna; - Interrupção na amamentação; - Anomalia no peito materno; - Parceiro não oferece apoio; - Reflexo de sucção da criança insatisfatório; - Prematuridade; - Estrutura mamária alterada; - Família que não pode oferecer apoio; - História prévia de fracasso na amamentação; - Cirurgia prévia de mama.	- Persistência dos mamilos doloridos após primeira semana de amamentação; - Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação; - Processo de amamentação insatisfatório; - Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente; - Descontinuidade da sucção na mamada; - Resistência da criança em apreender a região areolar-mamilar com a boca; -Suprimento de leite inadequado.
Risco para Amamentação Ineficaz	- Ansiedade materna; - Déficit de conhecimento; - Estrutura mamária alterada; - Parceiro não oferece apoio; - História prévia de fracasso na amamentação.	
Amamentação Interrompida	- Prematuridade	- Separação mãe-filho; - Desejo da mãe de oferecer o seu leite.

2.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA / PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Manter uma boa interação profissional-paciente, deixando a mulher à vontade para falar sobre seus medos, ansiedades, queixas e dúvidas;
- Fornecer orientações sobre as vantagens da amamentação para a mãe e lactente;
- Encorajar a amamentação sob livre demanda;
- Identificar e fortalecer a importância da rede de apoio;
- Estimular a mãe a manter ingesta hídrica adequada;
- Instruir a mãe sobre as intercorrências do pós-parto que interferem na amamentação (trauma mamilar, ingurgitamento mamário e mastite);
- Orientar a mãe como intervir em casos de intercorrências com as mamas;
- Ensinar pega e posicionamento adequado para a mãe;
- Ensinar a mãe como realizar a técnica da ordenha manual e sobre o armazenamento do leite ordenhado;
- Orientar a mãe quais os direitos da mulher que amamenta;
- Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas;
- Desestimular a introdução de chás e/ou água na alimentação do lactente, durante os seis primeiros meses de vida, assim como outro leite.

- Fornecer reforço positivo para os esforços da mãe;
- Realizar encaminhamento, se necessário, para Unidade de Referência ou especialista

2.5 - IMPLEMENTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
A evolução de enfermagem deverá ser feita no prontuário da paciente.

2.6 – AVALIAÇÃO:
Realizar avaliação e se, necessário reagendamento da próxima teleconsulta.

2.7- REFERÊNCIAS:

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2012- 2014. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. p. 272.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, 2009. p. 112.

RAMOS, Lilia Cardoso, et al. **Protocolo sobre manejo do aleitamento materno para profissionais de saúde**. Universidade Federal de Goiás, Hospital das Clínicas. Goiânia, 2014, 16 p.

SILVA, Evilene Pinto da, et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.66, n.2, p. 190-195, 2013.

VIEIRA, Flaviana, et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p. 462-470, 2011.

3 – PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da mulher (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade).
- Antecedentes familiares (destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, hipertensão e diabetes).
- Antecedentes pessoais (doenças preexistentes; cirurgias realizadas).
- Queixas atuais: fogachos, insônia, diminuição da libido, amenorreia secundária, disúria, dispareunia.
- Percepção da mulher/casal diante deste momento da vida, do tratamento e do autocuidado.
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções

fisiológicas.

- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse).
- Antecedentes ginecológicos (menarca, DUM, último exame Papanicolau, infecções sexualmente transmissíveis).
- Antecedentes obstétricos (GESTA/PARA/ABORTO, tipos de parto, intercorrências nas gestações anteriores).
- Vida sexual: Parceiro/a, sexarca, dispareunia, método contraceptivo, prazer sexual.
- Cobertura vacinal: Dupla adulto, Dupla viral, Febre amarela, influenza, Hepatite B e COVID-19.

3.2 - EXAME FÍSICO (no caso de teleconsulta, não se aplica):

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a mulher sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Pulso radial e carotídeo.
- Alterações de visão.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen.
- Mamas (inspeção estática e dinâmica, palpação, presença de descarga papilar).
- Rede ganglionar axilar, supra e infraclavicular.
- Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame Papanicolau, toque vaginal, se necessário).
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema e lesões.

3.2 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Disfunção sexual (diminuição da libido);
- Auto estima prejudicada;
- Ganho de peso;
- Sono prejudicado decorrente dos episódios de insônia;
- Risco aumentado de micro abrasões/fissuras no epitélio vulvovaginal decorrente da lubrificação vaginal reduzida;
- Diminuição da lubrificação vaginal decorrente de alterações na produção hormonal;
- Risco aumentado para doenças cardiovasculares e osteoporose decorrente de alterações na produção hormonal.

3.4 -PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Estimular o autocuidado, que influencia positivamente na melhora da autoestima e da insegurança;

- Estimular a prática de exercícios físicos e alimentação saudável;
- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade;
- Oferecer tratamento para as queixas relacionadas ao climatério;
- Encaminhar para os serviços de referência para avaliação, nos casos de indicação cirúrgica, doenças endócrinas, pulmonares, psiquiátricas (depressão), em busca de resolução do fator primário correlacionado, ou ajuste do tratamento, de modo a abordar a mulher de forma integral, respeitando sempre seu protagonismo;
- Estimular a prática do sexo seguro em todas as relações sexuais;
- Estimular a masturbação como forma de satisfação sexual e conhecimento do próprio corpo;
- Estimular o "reaquecimento" da relação ou a reativação da libido por diversas formas, segundo o desejo e os valores das mulheres;
- Considerar estrogenização local/vaginal (estriol 1mg creme vaginal por 14 dias);
- Incentivar dieta rica em cálcio: derivados do leite, vegetais cor verde escuro, leguminosas, oleaginosas, sementes (chia, linhaça e gergelim);
- Prescrever cálcio (1.200mg/dia) e vitamina D (800-1000 mg/dia);
- Tomar sol sem fotoproteção por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10 horas ou após as 16 horas;
- Cuidados referente a higiene do sono.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

- Papanicolau
- Mamografia de rastreamento ou diagnóstica
- USG das mamas
- USG transvaginal
- Glicemia de jejum
- Colesterol total e frações
- Dosagem de triglicerídeos
- Análise de caracteres fisicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1/EAS)
- Anti-HIV 1 e 2
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- VDRL
- Sorologia para hepatite C (anti HCV)
- Hemograma completo
- Densitometria óssea

ENCAMINHAMENTO COM GUIA DE REFERÊNCIA PARA ESPECIALISTAS:

- Médico endocrinologista
- Médico ginecologista
- Médico mastologista
- Assistente Social
- Nutricionista

- Psicologia
- Odontologia

3.5 - IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

3.6 – AVALIAÇÃO

3.7 – REFERÊNCIAS:

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. 119p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília, 2008.

4 – PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da mulher (cor, idade).
- Dados socioeconômicos (ocupação, estado civil, grau de instrução, moradia)
- Antecedentes pessoais (agravos à saúde).
- Queixas atuais: (principalmente as indicativas de lesão física).
- Percepção da mulher diante da situação de violência.
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco/Classificação de risco gestacional (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, uso de álcool e outras drogas, epilepsia, doenças psiquiátricas, IST/HIV, dentre outras).
- DUM, DPP e IG.
- Antecedentes ginecológicos (menarca, método contraceptivo, último exame papanicolaou, infecções sexualmente transmissíveis).
- Antecedentes obstétricos (GESTA/PARA/ABORTO, tipos de parto, intercorrências nas gestações anteriores).
- Vida sexual: parceiro (a), sexarca, dispareunia, prazer sexual.
- História da violência: local, dia e hora aproximada da ocorrência, identificação do tipo de violência sofrida, forma de constrangimento utilizada, tipificação e número de autores da violência, vínculo ou grau de parentesco, meio de agressão e órgão que realizou o encaminhamento.

4.2 – EXAME FÍSICO (no caso de teleconsulta, não se aplica):

- Exame clínico das mamas: inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas, axilas,

cadeia ganglionar supra e infraclavicular. Observar presença de descarga papilar.

- Exame ginecológico: inspeção dos genitais externos, exame especular, toque vaginal.

4.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Síndrome do trauma de estupro relacionado ao estupro evidenciado por abuso de substância, agitação, agressão, ansiedade, baixa autoestima crônica, choque, confusão, constrangimento, culpa, culpar a si mesmo, dependência, depressão, desamparo, desorganização, disfunção sexual, distúrbios no padrão de sono, espasmos musculares, estado hiperalerta, fobias, humilhação, impotência, medo, mudanças nos relacionamentos, negação, oscilações no humor, paranoia, pesadelos, raiva, tensão muscular, tentativas de suicídio, tomada de decisão prejudicada, transtornos dissociativos, trauma físico, vergonha, vingança e/ou vulnerabilidade.
- Síndrome do estresse pós-traumático;
- Constrangimento e culpa pela violência sofrida;
- Disfunção sexual (diminuição da libido);
- Distúrbios no padrão de sono;
- Risco aumentado para aquisição de IST/HIV e Hepatites Virais decorrente do não uso de preservativo;
- Risco aumentado para uma gravidez não planejada e não desejada decorrente do não uso de preservativo;
- Náuseas decorrente da ingesta medicamentosa (contracepção de emergência e quimioprofilaxia para IST/HIV).

4.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Encaminhar usuária ao IML para realizar coleta de material para identificação do provável autor da violência.
- Atualizar esquema vacinal (Hepatite B) e orientar sobre a necessidade de uso de Imunoglobulina, que será prescrito em âmbito de serviço especializado.
- Solicitar acompanhamento clínico e psicossocial.
- Preencher a notificação do SINAN.
- Preencher ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, sexual e/ou outras violências.
- Orientar quanto aos direitos legais à denúncia.
- Comunicar ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).
- Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.
- Orientar quanto a importância da denúncia da situação de violência.
- Orientar quanto ao direito e à importância de guardar cópia do Boletim de Ocorrência.
- Orientar retorno à unidade de saúde caso houver atraso menstrual, que pode ser indicativo de gravidez.
- Orientar quanto a janela imunológica e o devido acompanhamento para rastreamento de IST/HIV/AIDS.

- Suspender a amamentação, no caso de mulheres lactantes.
- Orientação sobre a importância do uso dos preservativos durante todas as relações sexuais deve ser reforçada;
- Prescrever quimioprofilaxia para IST (dose supervisionada) não viral, conforme quadro a seguir.

Medicação	Dose/Via
Penicilina G benzatina (profilaxia da sífilis)	2,4 milhões UI (1,2 milhões em cada glúteo), via IM, dose única.
Ceftriaxona (profilaxia da gonorreia)	250 mg, via IM, dose única.
Azitromicina (profilaxia da clamídia e do cancro mole)	1 g, 02 comp. (500 mg cada) VO, dose única.

- Prescrever anticoncepção de emergência (dose supervisionada).

Medicação	Dose/Via
Levonorgestrel 1,5 mg	01 comp., VO, dose única.
Ou	
Levonorgestrel 0,75 mg	02 comp., VO, dose única

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

- VDRL
- Anti-HIV 1 e 2
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Sorologia para hepatite C (anti HCV)

ENCAMINHAMENTO COM GUIA DE REFERÊNCIA:

- Serviços de Atenção Especializada em IST.
- Emergência hospitalar com abordagem multiprofissional em saúde.

4.5 - IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

4.6 – AVALIAÇÃO
4.7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas **Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. Brasília, 2014. p. 129.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. p. 119.

5- PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER NO ACONSELHAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL

5.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da mulher (cor, idade).
- Dados socioeconômicos (ocupação, estado civil, grau de instrução, moradia).
- Antecedentes familiares (destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, doenças congênitas, síndromes, má formação fetal, histórico de gemelares, hipertensão e diabetes).
- Queixas atuais.
- Percepção da mulher/casal diante da possibilidade gestacional e do autocuidado.
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco/Classificação de risco gestacional (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, uso de álcool e outras drogas, epilepsia, doenças psiquiátricas, IST/HIV, dentre outras).
- Antecedentes ginecológicos (DUM, menarca, método contraceptivo, último exame Papanicolau, infecções sexualmente transmissíveis).
- Antecedentes obstétricos (GESTA/PARA/ABORTO, tipos de parto, intercorrências nas gestações anteriores).
- Vida sexual: Parceiro(s)/a (s), sexarca, dispareunia, prazer sexual.
- Cobertura vacinal: Dupla adulto, Dupla viral, Febre amarela, H1N1, Hepatite B e COVID-19.

5.2 - EXAME FÍSICO (no caso de teleconsulta, não se aplica):

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Pulso radial e carotídeo.
- Exame clínico das mamas: inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas, axilas, cadeia ganglionar supra e infraclavicular. Observar presença de descarga papilar.

- Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame Papanicolau, toque vaginal, se necessário).
- Membros superiores e inferiores: dor, edema e varizes.

5.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Síndrome do estresse por mudança;
- Processo familiar alterado relacionado a expectativa de uma gestação;
- Déficit de conhecimento com relação às modificações da gravidez.

5.4- PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Orientações nutricionais.
- Estimular a prática de exercícios físicos.
- Orientações quanto aos riscos do tabagismo, álcool e outras drogas.
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e se necessário mantê-los, realizar a substituição necessária para menores efeitos sobre o feto.
- Avaliação das condições de trabalho e os riscos à exposição a tóxicos ambientais.
- Prescrição profilática de ácido fólico (5mg, VO/1 vez ao dia), de 60 a 90 dias antes da concepção para prevenção de defeitos congênitos no tubo neural, principalmente nas mulheres com histórico familiar para esse tipo de malformação.
- Orientações para registro sistemático das datas das menstruações e estimular o intervalo interpartal por no mínimo dois anos.
- É importante a avaliação pré-concepcional do parceiro, realizar a convocação do mesmo, se for o caso.
- Atualizar cartão vacinal (Dupla adulto, Febre amarela, H1N1, Hepatite B, Dupla viral e COVID-19), se for necessário.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

- Hemograma
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- Glicemia em jejum
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV 1 e 2
- VDRL
- Anti-HIV 1 e 2
- Toxoplasmose IgG e IgM
- Rubéola IgG e IgM
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Sorologia para hepatite C (anti HCV)
- Urocultura + TSA
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1/EAS)

- Papanicolau (se for necessário)
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)

5.5 - IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

5.6 – AVALIAÇÃO

5.7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pré-natal e puerpério**: Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. p. 119.

6 – PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

6.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da mulher (cor, idade).
- Dados socioeconômicos (ocupação, estado civil, grau de instrução, moradia).
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde).
- Queixas atuais: amenorreia secundária, lipotímia, náuseas, dor no baixo ventre tipo cólica, sonolência, fadiga, polaciúria, mastalgia, dentre outras.
- Percepção da mulher e da família diante da possibilidade de uma gravidez.
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene, funções fisiológicas.
- DUM.
- Antecedentes ginecológicos (menarca, método contraceptivo, último exame Papanicolau, infecções sexualmente transmissíveis).
- Antecedentes obstétricos (GESTA/PARA/ABORTO, tipos de parto, intercorrências nas gestações anteriores).
- Vida sexual: Parceiro/a, sexarca, dispareunia, prazer sexual.
- Cobertura vacinal: Dupla adulto, Dupla viral, HPV, Febre amarela, H1N1, Hepatite B e COVID-19.

6.2 - EXAME FÍSICO (no caso de teleconsulta, não se aplica):

- Inspeção da pele e das mucosas.
- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a mulher sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.

- Pulso radial e carotídeo.
- Palpação da tireóide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades).
- Ausculta cardiopulmonar.
- Exame clínico das mamas (inspeção estática e dinâmica, palpação, observação de descarga papilar).
- Exame do abdome.
- Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame Papanicolau, toque vaginal, se necessário).
- Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

6.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Distúrbio da auto estima;
- Síndrome do estresse por mudança;
- Processo familiar alterado relacionado a possível gestação;
- Déficit de conhecimento com relação às modificações da gravidez.

6.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Se exame clínico/laboratorial confirmar gestação, avaliar junto com a mulher pelo desejo de iniciar o acompanhamento pré-natal o quanto antes, ou não.
- Se exame clínico/laboratorial descartar gestação, avaliar junto com a mulher o desejo ou não de engravidar. Em caso positivo adotar protocolo de aconselhamento pré-concepcional. Se negativo adotar protocolo de planejamento reprodutivo.
- Solicitar Teste Imunológico de Gravidez (TIG) ou BHCG. (Caso o atraso menstrual for superior a 12 semanas o TIG se torna desnecessário e o diagnóstico pode ser realizado através do exame clínico).

6.5 – IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

6.6 – AVALIAÇÃO

6.7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. p. 119.

7- PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

7.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade);
- Antecedentes ginecológicos (menarca; sexarca; DUM; ciclo menstrual; presença ou não de dismenorreia e tensão pré-menstrual, número de gestações e paridades com suas complicações, atividade sexual e métodos de anticoncepção, cirurgias, traumatismos, doenças, IST/HIV);
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde);
- Queixa principal;
- Percepção da mulher diante do seu planejamento reprodutivo, do relacionamento e participação do parceiro e autocuidado;
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais;
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas;
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo; estresse; orientação sexual; profissão; números de parceiros/as);
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares: Doenças cardíacas: hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca; Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico; Nefropatia; Doença vascular arterial periférica; Retinopatia hipertensiva.
- Vida sexual: parceiro/a (s), sexarca, dispaurenia, método contraceptivo e prazer sexual;
- Cobertura vacinal: Dupla adulto, Dupla viral, HPV, Febre amarela, H1N1, Hepatite B e COVID-19.

7.2 – EXAME FÍSICO (no caso de teleconsulta, não se aplica):

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen (O abdômen deve ser examinado, pela inspeção e palpação, caso o enfermeiro julgue necessário, pela percussão e ausculta associado).
- Exame clínico das mamas (inspeção estática e dinâmica, palpação e visualização de descarga papilar).
- Exame dos órgãos genitais externos (Inspeção e palpação da região das glândulas de Bartholin e períneo).
- Exame do canal vaginal e cérvix uterina (inspeção).
- Toque vaginal, se julgar necessário.

7.3 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

- Disposição para conhecimento melhorado expresso pelo interesse em aprender;
- Disposição para autoconceito melhorado expresso pela confiança em suas capacidades de escolha;
- Disposição para participação nas escolhas de saúde.

7.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Contracepção:

- Oferta de conhecimentos necessários para a reflexão e escolha do melhor método a ser adotado de acordo com as necessidades individuais:
- Realizar orientações individuais, em casal ou em grupo sobre planejamento reprodutivo (da anatomia corporal à escolha do método adequado);
- Orientar quanto ao uso, indicações, contra indicações, vantagens, desvantagens, efeitos colaterais e eficácia dos métodos contraceptivos (métodos comportamentais, métodos de barreira, métodos hormonais, contracepção de emergência e contracepção cirúrgica);
- Orientar quanto a dupla proteção;
- Orientar sobre a periodicidade das consultas de enfermagem para avaliar a adaptação do corpo ao método de escolha;
- Avaliar a adaptação da mulher ao método: regularidade de aplicação do método, aceitabilidade, efeitos colaterais e sinais de alerta como sangramento vaginal, cefaléia intensa, dor pélvica; ganho ponderal e pressão arterial.
- Prescrever o método de escolha da mulher.

Métodos contraceptivos	**Tipos**
Métodos naturais	- Billings - Ogino Knaus - Temperatura basal - LAM
Métodos de barreira	- Preservativo masculino - Preservativo feminino - Diafragma - Gel Espermicida
Métodos hormonais	- Anovulatório oral combinado - Anovulatório oral progestogênio - Anovulatório injetável combinado (mensal) - Anovulatório injetável progestogênio (trimestral) - Anovulatório transdérmico - Anel vaginal - Implante subcutâneo - Anticoncepção de emergência

Métodos Intrauterinos	- DIU de cobre - DIU de levonorgestrel
Métodos definitivos	- Laqueadura tubária - Vasectomia

7.5 - IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

7.6 – AVALIAÇÃO

7.7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. p. 300.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. p. 119.

8 – PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER GESTANTE DE RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

8.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM NA 1ª CONSULTA DE ENFERMAGEM APÓS O DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ:

- Identificação da mulher (cor, idade).
- Dados socioeconômicos (ocupação, estado civil, grau de instrução, moradia).
- Antecedentes familiares (hipertensão arterial, diabetes mellitus, Alzheimer, doenças congênitas, malformações, síndromes e histórico de gemelaridade na família).
- Antecedentes pessoais (agravos à saúde e cirurgias anteriores).
- Queixas atuais: tontura, náuseas, sangramento vaginal, dor no baixo ventre tipo cólica, sonolência, polaciúria, dentre outras.
- Percepção da mulher e da família diante do diagnóstico da gravidez, do acompanhamento pré-natal e do autocuidado.
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco/Classificação de risco gestacional (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, uso de álcool e outras drogas, epilepsia, doenças psiquiátricas, IST/HIV, dentre outras).
- DUM, DPP e IG.
- Antecedentes ginecológicos (menarca, método contraceptivo, último exame Papanicolau, infecções sexualmente transmissíveis).
- Antecedentes obstétricos (GESTA/PARA/ABORTO, tipos de parto, intercorrências nas gestações anteriores).
- Vida sexual: parceiro (a), sexarca, dispareunia, prazer sexual.

- Cobertura vacinal: Dupla adulto, Dupla viral, HPV, Febre amarela, H1N1, Hepatite B e COVID-19.

8.2 – EXAME FÍSICO (em caso de teleconsulta, não se aplica):

EXAME FÍSICO GERAL:

- Inspeção da pele e das mucosas;
- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC;
- Pressão arterial com a mulher sentada e deitada;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Palpação da tireóide, região cervical, supra e infraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;
- Exame dos membros inferiores;
- Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial;
- Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

EXAME OBSTÉTRICO:

- Palpação obstétrica/Manobra de Leopold
- Medida e avaliação da altura uterina
- Ausculta dos batimentos cardiofetais
- Registro dos movimentos fetais
- Exame clínico das mamas (inspeção estática e dinâmica, palpação, observação de descarga papilar)
- Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame Papanicolau, toque vaginal, se necessário).

8.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais;
- Náuseas decorrente das modificações fisiológicas;
- Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais;
- Constipação relacionada às modificações fisiológicas;
- Ansiedade;
- Sialorréia decorrente das modificações fisiológicas;
- Sangramento gengival;
- Eliminação urinária prejudicada;
- Labilidade emocional decorrente das modificações fisiológicas;
- Distúrbio da auto estima;
- Insônia;

- Padrão de sexualidade alterado relacionado a mudanças na libido (aumento ou diminuição);
- Intolerância à atividade relacionada a fadiga associada à gravidez;
- Síndrome do estresse por mudança;
- Diarreia decorrente do uso de sulfato ferroso;
- Volume de líquidos deficientes;
- Medo;
- Processo familiar alterado relacionado a gestação;
- Déficit de conhecimento com relação às modificações da gravidez;
- Motilidade gastrintestinal disfuncional decorrente das modificações fisiológicas.

8.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Hábitos alimentares adequados para ganho de peso adequado,
- Estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares,
- Redução da ingestão de sódio,
- Orientar quanto a importância do abandono do consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e das drogas ilícitas,
- Redução do estresse,
- Abandono do tabagismo,
- Prescrição de medicamentos conforme resultados laboratoriais

Exames	**Resultados e condutas**
Tipagem sanguínea Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh diferente	Solicitar o teste de *Coombs* indireto; se negativo, repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana. Quando o teste de *Coombs* for positivo, referenciar ao pré- natal de alto risco

VDRL positivo	VDRL negativo
Sífilis primária - tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada glúteo em dose única, dose total 2.400.000 UI.).	Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto, e em caso de abortamento.
Sífilis secundária ou sífilis assintomática com menos de um ano de evolução(latente recente) – tratar com duas séries de penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada glúteo), repetir em uma semana, dose total	

4.800.000 UI.	
Sífilis tardia ou sífilis assintomática com mais de um ano de evolução (latente tardia) ou COM DURAÇÃO IGNORADA - tratar com três doses de penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre elas, dose total 7.200.000 UI.	
**As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI). No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina. ** Solicitar VDRL mensal da gestante, após o término do tratamento, para controle de cura.	

URINA TIPO I OU PARCIAL DE URINA

Proteinúria:

- "Traços": repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco.
- "Traços" e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
- "Maciça": é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Piúria e Bacteriúria:

- Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma, com Cefalexina 500mg, VO, 01 comp. 6/6 horas por 07 dias.
- Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento.
- Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
- Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.

<table>
<tr><td colspan="3">Hematúria:
● Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior.
● Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.

Cilindrúria:
● Referir ao pré-natal de risco.

*Outros elementos, não necessitam de condutas especiais.</td></tr>
<tr><td colspan="3">DOSAGEM DE HEMOGLOBINA</td></tr>
<tr><td>Hemoglobina ≥ 11g/dl:
Ausência de anemia:</td><td>Hemoglobina < 11g/dl > 8 g/dl:
Anemia leve a moderada:</td><td>Hemoglobina <8g/dl:
Anemia grave:</td></tr>
<tr><td>● Suplementação de ferro: 01 comp. de sulfato ferroso/VO/dia (300 mg), que corresponde a 60 mg de ferro elementar, somente se gestante apresentar fator de risco para desenvolver anemia. Recomenda-se ingerir medicação 30 minutos antes das refeições.</td><td>● Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes.
● Tratar a anemia com 03 comp. de sulfato ferroso/VO/dia.
● Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl.
● Repetir a dosagem no 3º trimestre, se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se voltar a "cair", referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</td><td>● Referir ao pré-natal de risco.</td></tr>
<tr><td colspan="3">GLICEMIA DE JEJUM</td></tr>
<tr><td>Glicemia de 85 a 119mg/dl:
● Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.</td><td>Glicemia > 110mg/dl:
● Repita o exame de glicemia em jejum.</td><td>Glicemia for maior do que 110 mg/dl:
● DM gestacional. Encaminhar gestante ao pré natal de alto risco.</td></tr>
<tr><td colspan="3">SOROLOGIA HEPATITE C (ANTI HCV)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Positivo</td><td>Negativo</td></tr>
</table>

• Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.	• Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante, caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.
PARASITOLÓGICO DE FEZES *Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação	
Ancilostomíase, Ascaridíase ou Enterobíase:	• Mebendazol 100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Esquistossomose:	• Oxamniquine, Praziquantel ou Ditioletiona: contraindicados na gestação. Tratar no puerpério.
Estrongiloidíase:	• Tiabendazol 50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante 02 dias seguidos.
Himenolepíase:	• Praziquantel ou Niclosamida: contraindicados na gestação. Tratar no puerpério.
Teníase:	• Mebendazol 200mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante 04 dias seguidos.
Tricuríase:	• Mebendazol 100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 03 dias seguidos.
Amebíase:	• Metronidazol 250mg, três vezes ao dia, por VO, durante 10 dias.
Giardíase:	• Metronidazol 250mg, três vezes ao dia, por VO, durante 07 dias seguidos.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA NA PRIMEIRA CONSULTA/PRIMEIRO TRIMESTRE:

- Hemograma
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- Glicemia em jejum
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV
- Anti-HIV

- Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Sorologia para hepatite C (anti HCV)
- Urocultura + urina tipo I (EAS)
- Ultrassonografia obstétrica
- Papanicolau (se for necessário)
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA NO SEGUNDO TRIMESTRE:

- Teste de tolerância para glicose (TTG) com 75g, se a glicemia estiver acima de 85 mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana).
- Coombs indireto (se for Rh negativo).

SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA NO TERCEIRO TRIMESTRE:

- Hemograma
- Glicemia em jejum
- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- VDRL
- Anti-HIV
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Repetir o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente
- Urocultura + TSA
- Urina tipo I (EAS)
- Bacterioscopia de secreção vaginal, se houver indicação (a partir de 37 semanas de gestação)

IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO:

- Vacina dTpa tipo adulto / Dupla adulto (dT) (inativada):

Gestantes com 03 doses de DTP/ dT/dTpa devem receber 1 reforço de dTpa adulto, em cada gestação (20ª-36ª semanas).
Gestantes com menos de 03 doses de DTP/dT/dTpa devem completar o esquema com pelo menos 01 dose de dTpa adulto (20ª-36ª semanas) e as demais doses com dT.
Gestantes não vacinadas devem receber 1ª e 2ª doses com dT e 3ª dose com dTpa adulto (20ª-36ª semanas), quando captadas precocemente. Caso não, a 1ª dose de dTpa adulto (20ª-36ª semanas) e as demais com dT.
Obs: A 2ª dose ou reforço deve ser feita, preferencialmente, até 20 dias antes do parto quando captada mais tardiamente.
Caso a gestante não tenha sido vacinada com dTpa adulto, aplicar puerpério o mais precoce possível.

- Vacina contra Hepatite B (recombinante):

Gestantes com 03 doses: Não há reforço.
Gestantes com menos de 03 doses: Completar o esquema com 2ª ou 3ª dose.
Gestantes não vacinadas: Devem receber as 03 doses.

- Vacina Influenza:

Está disponível anualmente em períodos de campanha, conforme grupos recomendados pelo Ministério da Saúde.

ENCAMINHAMENTO COM GUIA DE REFERÊNCIA PARA ESPECIALISTAS:

- Médico obstetra
- Nutricionista
- Psicologia
- Fisioterapia
- Odontologia
- Assistente Social

REALIZAÇÕES DE GRUPOS EDUCATIVOS DURANTE O PRÉ-NATAL:

- Mudanças fisiológicas no corpo da mulher
- Sexualidade
- Aleitamento Materno e seus benefícios
- Mitos e tabus na gestação
- Trabalho de parto e parto
- Cuidados com o recém-nascido
- Aspectos emocionais do puerpério

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL:

Em toda consulta de pré-natal, deve-se avaliar o risco gestacional e a necessidade de referenciar a mulher para o pré-natal de alto risco, como exemplo: restrição do crescimento intrauterino; polihidrâmnio ou oligohidrâmnio; gemelaridade; malformações fetais ou arritmia fetal, dentre outras.

8.5- IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
Preenchimento da caderneta da gestante.

8.6 – AVALIAÇÃO

8.7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. p. 119.

9 - PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA E AO RECÉM NASCIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

9.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM NA 1ª CONSULTA DE ENFERMAGEM APÓS O NASCIMENTO (A primeira consulta deve ser realizada na primeira semana de vida da criança, preferencialmente até o 5° dia de vida):

- Identificação da mulher (cor, idade).
- Dados socioeconômicos (ocupação, estado civil, grau de instrução, moradia).
- Antecedentes familiares (hipertensão, diabetes e outros agravos à saúde).
- Antecedentes pessoais (agravos à saúde, cirurgias anteriores).
- Queixas atuais (Identificação de fatores de risco): febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas.
- Dados do resumo de alta/Verificação do cartão da gestante (Data do parto; Nome do hospital/maternidade/local de nascimento; Duração do trabalho de parto; Ruptura de membranas (anotar em horas quanto tempo decorreu entre a ruptura e o parto); Aspecto do líquido amniótico; Tipo de parto, se realizada cesariana, qual a indicação; Intercorrências durante o parto/internação; Tempo de internação.
- Informações do recém-nascido: peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e nos tratamentos realizados.
- Suplementação de ferro
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; higiene; funções fisiológicas.
- Amamentação/alimentação do bebê.
- Estado emocional
- Percepção da mulher e da família diante do nascimento.
- Vida sexual: parceiro/a (s), sexarca, dispareunia, método contraceptivo, prazer sexual.
- Cobertura vacinal: Dupla adulto, Dupla viral, HPV, Febre amarela, H1N1, Hepatite B e COVID-19.

9.2 - EXAME FÍSICO:

MULHER (no caso de teleconsulta, não se aplica):

- Sinais vitais.
- Pressão arterial com a mulher sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Verificação da temperatura axilar.
- Inspeção da pele e das mucosas.
- Palpação da tireóide, região cervical, supra e infraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades).
- Ausculta cardiopulmonar.
- Exame do abdome (verificar a condição do útero, involução uterina, e se há dor à palpação; verificação de cicatriz da cesariana, se tiver sido realizada).
- Exame clínico das mamas (presença de ingurgitamento, fissura mamilos, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação).
- Exame do períneo e os genitais externos (verifique sinais de infecção, a presença e as características de lóquios).

- Exame dos membros inferiores.
- Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

RECÉM-NASCIDO (no caso de teleconsulta, não se aplica):

- Avaliar o estado geral do recém-nascido (postura, padrão respiratório, estado de vigília).
- Sinais vitais (frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura axilar).
- Observar o desenvolvimento social e psicoafetivo (relacionamento entre a mãe e cuidadores com a criança). - Mensurar peso, estatura e perímetro cefálico.
- Avaliar face (Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica).
- Pele (verificar presença de palidez, cianose, edema, icterícia).
- Crânio (fontanelas, bossa serossanguínea e cefalohematomas).
- Olhos: Avaliar o reflexo fotomotor;
- Verificar a presença de estrabismo e nistagmo;
- Verificar resultado do teste do reflexo vermelho.
- Orelhas e audição (implantação, tamanho e simetria).
- Tórax.
- Abdome (forma, presença de hérnias, coto umbilical).
- Membros inferiores e quadril (realizar manobra de ortolani).
- Genitália.
- Anus e reto (Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras)
- Avaliação neurológica: Observar reflexos primitivos (sucção, preensão palmar- plantar e Moro).

9.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Conhecimento deficiente;
- Risco para infecção;
- Integridade tissular prejudicada;
- Amamentação eficaz;
- Ansiedade;
- Nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais;
- Dificuldade nos processos familiares e rede de apoio;
- Risco de integridade da pele prejudicada;
- Risco de amamentação interrompida;
- Privação do sono;
- Risco de amamentação ineficaz;
- Risco para volume de líquido deficiente;
- Eliminação urinária prejudicada;
- Medo;
- Tristeza;

- Risco para constipação;
- Alteração da imagem corporal;
- Dor aguda;
- Diminuição da libido;
- Desempenho de papel ineficaz;
- Mobilidade física prejudicada;
- Diminuição da lubrificação vaginal.

9.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

PARA A MULHER:

- Realizar escuta qualificada da mulher/família, estimulando-a/ (os) a fazer perguntas;
- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Observar e avaliar a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar a interação da mulher com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Prescrever suplementação de ferro profilático: 40mg/dia de ferro elementar, 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- Prescrever curativo com álcool à 70º na cicatriz cirúrgica de cesariana, se houver;
- Orientar sobre higiene perineal com água e sabão após cada micção/evacuação;
- Prescrever Andolba spray para região perineal após higiene;
- Orientar sobre cor, odor e quantidade dos lóquios;
- Orientar que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção;
- Orientar sobre planejamento reprodutivo (vide protocolo planejamento reprodutivo);
- Orientar quanto a importância do abandono do consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e drogas ilícitas;
- Ingerir dois litros de água/dia;
- Dieta rica em fibras e ferro;
- Aleitamento em livre demanda;
- Preencher caderneta da gestante com dados referentes ao parto, caso necessário;
- Agendar retorno para segunda consulta puerperal com aos 30/40 dias pós-parto.

PARA O RECÉM-NASCIDO:

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providencie sua abertura imediata;
- Verificar se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procure verificar se há alguma informação sobre o

peso, o comprimento, o teste de APGAR, a idade gestacional e as condições de vitalidade;

- Verificar as condições de alta da mulher e do RN;
- Preencher corretamente a caderneta da criança;
- Observar e orientar a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo em livre demanda até o sexto mês de vida do bebê, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao RN;
- Observar e avaliar a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola;
- Identificar o RN de risco ao nascer;
- Prescrever álcool à 70º no coto umbilical após cada troca de fralda e banho, se necessário;
- Prescrever banho de sol diário;
- Verificar resultado dos testes: coraçãozinho (teste da saturação de oxigênio), olhinho (reflexo vermelho), orelhinha (triagem auditiva), linguinha (freio lingual);
- Realizar/encaminhar para realização do teste do pezinho (do 3° ao 7° dia de vida) e registrar o resultado na Caderneta da Criança;
- Orientar a mãe sobre a importância da realização do teste do pezinho, informar quais doenças são pesquisadas e atentar para que a mãe/família busque o resultado;
- Verificar se o RN, na maternidade, recebeu as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, encaminhá-lo à sala de vacina mais próxima da residência da família;
- Orientar a família sobre a consulta de retorno do bebê no 30º dia de vida.

ENCAMINHAMENTO DA CRIANÇA:

- Para teste do pezinho (a coleta para o exame deve ser realizada entre o 3º e o 7º dia de vida da criança),
- Teste do reflexo vermelho e linguinha, caso não tenham sido realizados.

IMUNIZAÇÃO PUÉRPERA:

- dT e a tríplice viral, se necessário;
- Hepatite B, se necessário;
- Vacina Influenza: Está disponível anualmente em períodos de campanha, conforme grupos recomendados pelo Ministério da Saúde.
- COVID-19;

ENCAMINHAMENTO COM GUIA DE REFERÊNCIA PARA ESPECIALISTAS:

- Médico pediatra
- Médico ginecologista
- Nutricionista
- Psicologia
- Odontologia

- Assistente Social

9.5 - IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
Preenchimento da caderneta da criança e da caderneta da gestante.

9.6 – AVALIAÇÃO

9.7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013. p. 318.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012. p. 272.

10 – PROTOCOLO CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

10.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade);
- Antecedentes familiares e pessoais (hipertensão, diabetes, Alzheimer, Câncer de mama, câncer de ovário e útero);
- Queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaléia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestesia e edema e lesões de membros inferiores;
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado;
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais;
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas;
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse);
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares;
- Vida sexual: parceiro/a (s), sexarca, dispareunia, método contraceptivo, prazer sexual;
- Cobertura vacinal: Dupla adulto, HPV, Dupla viral, Febre amarela, H1N1, Hepatite B e COVID-19.

10.2- EXAME FÍSICO:

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a mulher sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Pulso radial e carotídeo.
- Alterações de visão.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).

- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen.
- Abdômen.
- Genitália externa.
- Genitália interna.

10.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Risco para contrair IST/HIV e Hepatites Virais decorrente de lesão tissular causada vulvovaginite/cervicite;
- Proteção sexual ineficaz devido a não adesão ao uso dos preservativos masculinos e femininos;
- Déficit para o autocuidado;
- Conhecimento deficiente sobre saúde sexual;
- Conhecimento deficiente sobre fatores de risco e fatores de proteção para o câncer de colo do útero.

10. 4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Orientação sobre o objetivo do exame;
- Orientação sobre a importância de vir buscar o resultado de exame,
- Seguir o protocolo de recomendações frente a resultados: negativo para neoplasia; atipias celulares,
- Orientar sobre a prevenção de IST/AIDS,
- Orientar sobre a importância de manter hábitos saudáveis: atividade física regular, alimentação saudável, redução da ingestão de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA:

- Colpocitologia oncótica de colo uterino;
- USG transvaginal;
- Hemograma completo;
- Glicemia de jejum;
- Colesterol total e frações;
- Dosagem de triglicerídeos;
- Análise de caracteres fisicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1/EAS);
- Anti-HIV 1 e 2;
- Sorologia para hepatite B (HbsAg);
- VDRL;
- Sorologia para hepatite C (anti HCV).

ENCAMINHAMENTO COM GUIA DE REFERÊNCIA PARA ESPECIALISTAS:

- Médico ginecologista

- Nutricionista
- Psicologia
- Fisioterapia
- Odontologia
- Assistente Social

10.5 - IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

10.6 – AVALIAÇÃO

10.7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2º ed. Rio de Janeiro, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. p. 119.

11 – PROTOCOLO CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

11.1 -HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da mulher (cor, idade).
- Dados socioeconômicos (ocupação, estado civil, grau de instrução, moradia).
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde).
- Queixas atuais, relacionadas às mamas, tais como: mastalgia, nódulo palpável, descarga papilar, linfonodo axilar e/ou supra ou infraclavicular palpável, eritema mamário, ou retração/inversão do mamilo.
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado.
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais (anovulatório hormonal combinado).
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, estresse, uso de álcool e outras drogas.
- Identificação de fatores de risco (idade, menarca precoce, menopausa tardia, história familiar, terapia de reposição hormonal, uso de anovulatório hormonal combinado, paridade, aleitamento materno, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse).
- Antecedentes ginecológicos (menarca, método contraceptivo, último exame Papanicolau, infecções sexualmente transmissíveis).
- Antecedentes obstétricos (GESTA/PARA/ABORTO, tipos de parto, intercorrências nas gestações anteriores).
- Vida sexual: parceiro (a), sexarca, dispareunia, prazer sexual.
- Cobertura vacinal: Dupla adulto, Dupla viral, HPV, Febre amarela, H1N1, Hepatite B e COVID-19.

11.2 - EXAME FÍSICO:

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen.
- Exame clínico das mamas: inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas, axilas, cadeia ganglionar supra e infraclavicular. Observar presença de descarga papilar.
- Membros superiores e inferiores: dor, edema e varizes.

11.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Déficit para o autocuidado;
- Conhecimento deficiente sobre fatores de risco e fatores de proteção para o câncer de mama.

11.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/ PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Orientar sobre o objetivo e periodicidade dos exames de rastreamento;
- Orientação sobre a importância de retornar ao serviço de saúde para buscar o resultado do exame (mamografia/USG das mamas);
- Seguir o protocolo de recomendações frente ao resultado do exame;
- Orientar sobre a importância de manter hábitos saudáveis: atividade física regular, alimentação saudável, redução da ingestão de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

- Mamografia de rastreamento.
- Mamografia diagnóstica.
- USG das mamas.
- Citologia de descarga papilar.

Mulheres de 40 a 49 anos:	ECM anual e, se alterado, mamografia diagnóstica.
Mulheres de 50 a 69 anos:	ECM anual e mamografia de rastreamento a cada dois anos.
Mulheres com 35 anos ou mais com risco elevado:	ECM e Mamografia de rastreamento anualmente.

ENCAMINHAMENTO COM GUIA DE REFERÊNCIA PARA ESPECIALISTAS:

- Médico Mastologista

11.5 - IMPLEMENTAÇÃO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

11.6 – AVALIAÇÃO

11.7 – REFERÊNCIAS:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015. p. 168.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO E PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. p. 119.

12 – PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM SUSPEITA DE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

12.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Queixa clínica principal;
- Histórico de alergias, de uso de medicamentos; morbidades atuais e anteriores, inclusive de alguma Infecção sexualmente transmissível;
- Levantamento e registro dos tipos de exposição (Relação sexual sem uso de preservativo; Uso de droga injetável; Uso de droga aspirativa. Uso de álcool e outras drogas; Compartilhamento de seringa/canudos para drogadição; Transmissão vertical Hemofílico/Transfusão; Outros tipos: colocação de piercing, tatuagem, manicure, etc.);
- Avaliação específica do uso de drogas na vida:
  Usa atualmente Tabaco? ( ) Não ( ) Sim Frequência:
  Usa atualmente álcool? ( ) Não ( ) Sim Frequência:
  Usa atualmente drogas Ilícitas? ( ) Não ( ) Sim Se sim, qual? ( ) maconha ( ) cocaína ( ) craque ( )outras:
  Já usou alguma droga na vida? ( ) Não ( ) Sim Se sim, qual (is)?
  Tem ou teve parceria sexual que usa ou já usou droga injetável ( ) Não ( ) Sim
- Avaliação sobre o uso de preservativos:
  Usa camisinha nas relações com parceiro fixo: Nunca( ) Às vezes ( ) Sempre ( ) Não tem parceria sexual fixa ( )
  Usa camisinha nas relações com parceiro eventual: Nunca ( ) Às vezes ( ) Sempre ( ) Não tem parceria eventual( )

12.2 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Integridade da pele prejudicada;
- Risco para contrair outras IST/HIV e Hepatites Virais decorrente da lesão tissular causada pela IST primária;
- Proteção sexual ineficaz devido a não adesão ao uso dos preservativos masculinos e feminino;
- Déficit para o autocuidado;
- Disfunção sexual (dispareunia);

- Dor no local das lesões decorrentes da IST;
- Conhecimento deficiente sobre saúde sexual.

12.3 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

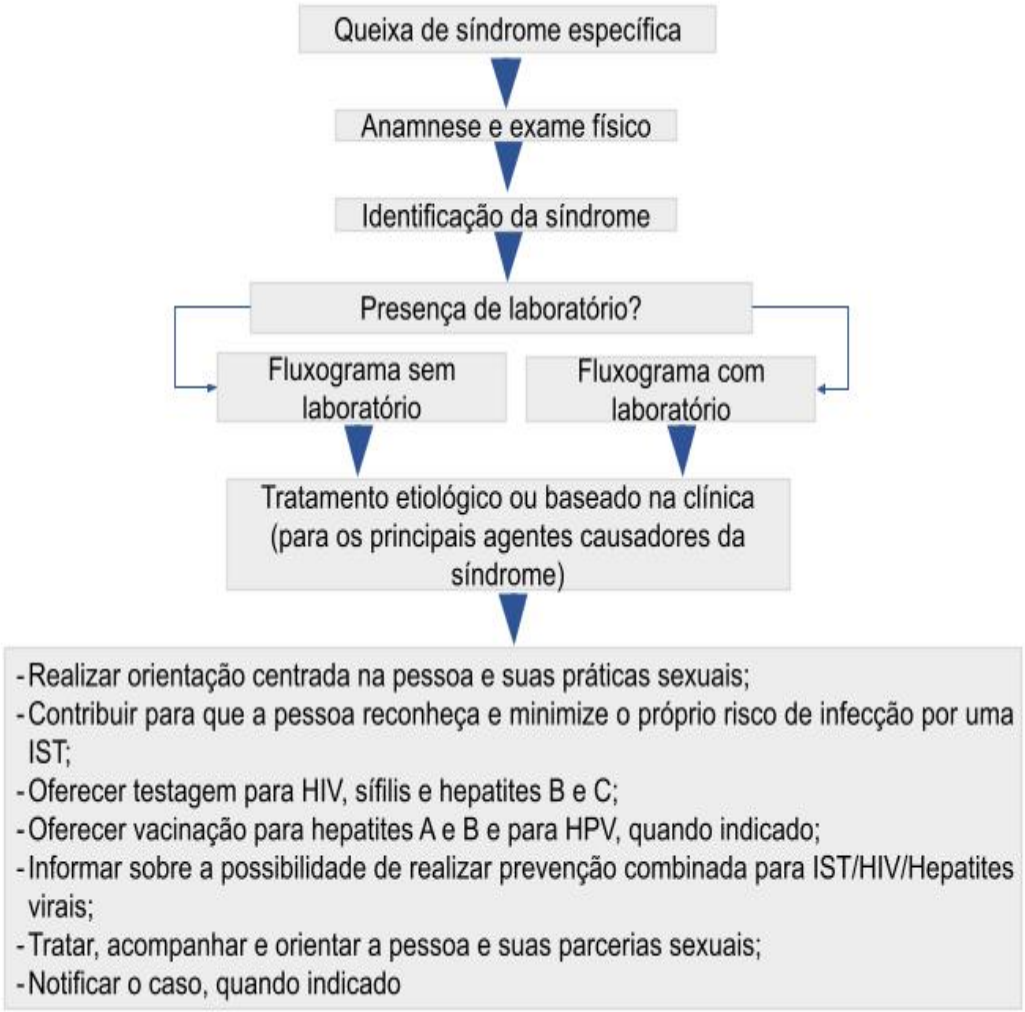
- Realizar diagnóstico da IST baseado em critério clínico-laboratorial, conforme fluxogramas, quando possível.
- Realizar educação em saúde e oferecer preservativos femininos e masculinos e gel lubrificantes, conforme disponibilidade do serviço (no caso de teleconsulta, não se aplica).
- Oferecer e solicitar consentimento por escrito para testagem e aconselhamento pré e pós-teste para HIV, sífilis, hepatites B e C.
- Orientar sobre a importância da comunicação do(s) parceiro(s) sexual(is), e convocá-los, agendando consulta para rastreamento e possível tratamento do parceiro, se for necessário.
- Preencher ficha de notificação compulsória.
- Prescrever e orientar sobre a vacinação para hepatite B e HPV.
- Solicitar exames laboratoriais complementares, conforme suspeita clínica e fluxograma.
- Agendar consulta para retorno em 2 semanas para reavaliação clínica.
- Agendar para realização de exame colpocitológico, se necessário (no caso de teleconsulta, não se aplica).
- Encaminhar para o serviço de atenção especializada em IST/AIDS do município, em casos de diagnósticos de infecção pelo HIV, hepatites B e C, verrugas e tratamento de úlceras e corrimentos sem melhora clínica.

12.4 - REALIZAR IMPLEMENTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO.

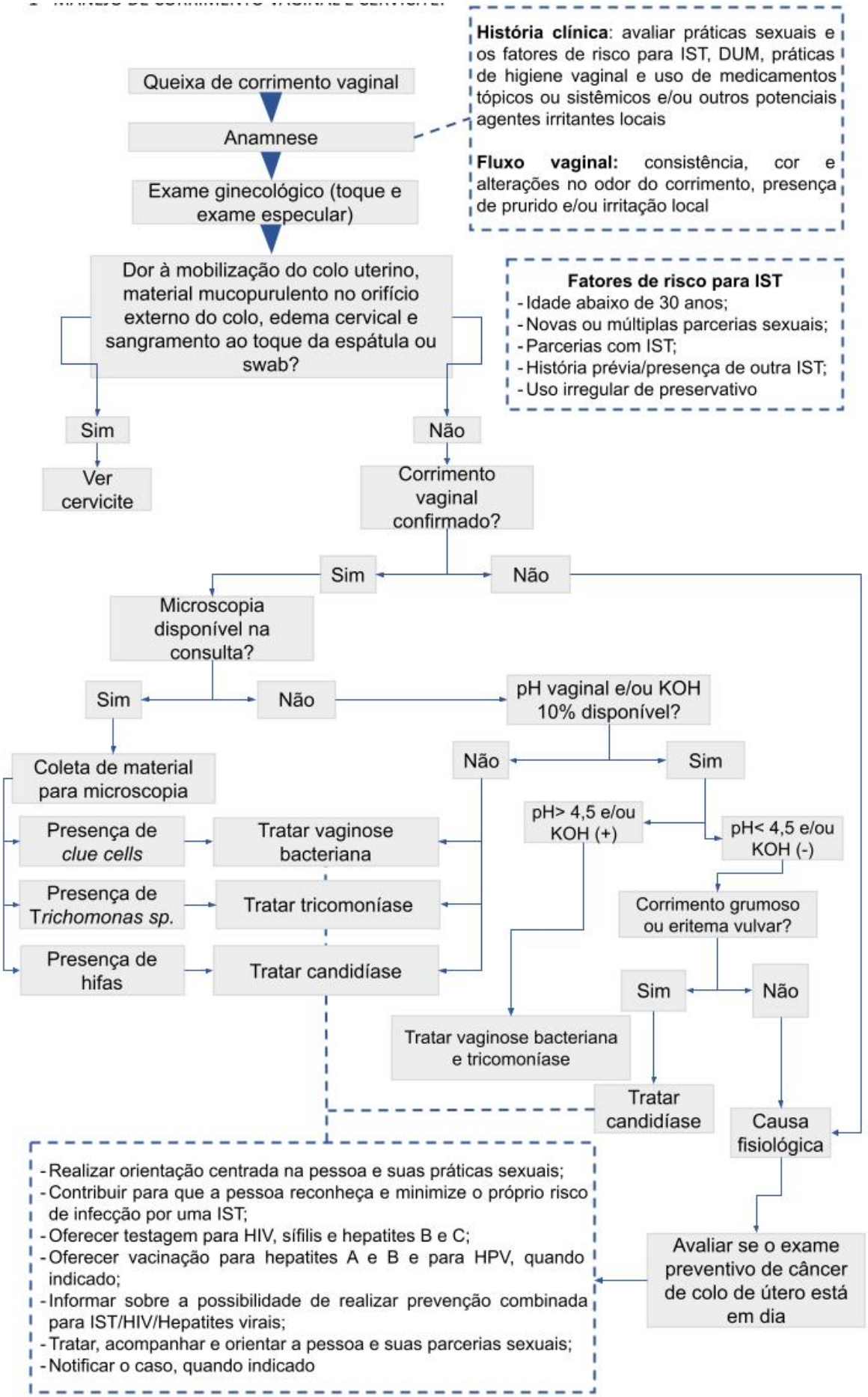
12.5 - AVALIAÇÃO

12.6 - FLUXOGRAMAS:

1 - MANEJO DE CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE:



Fonte: Brasil,2020



Fonte: Brasil,2020

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

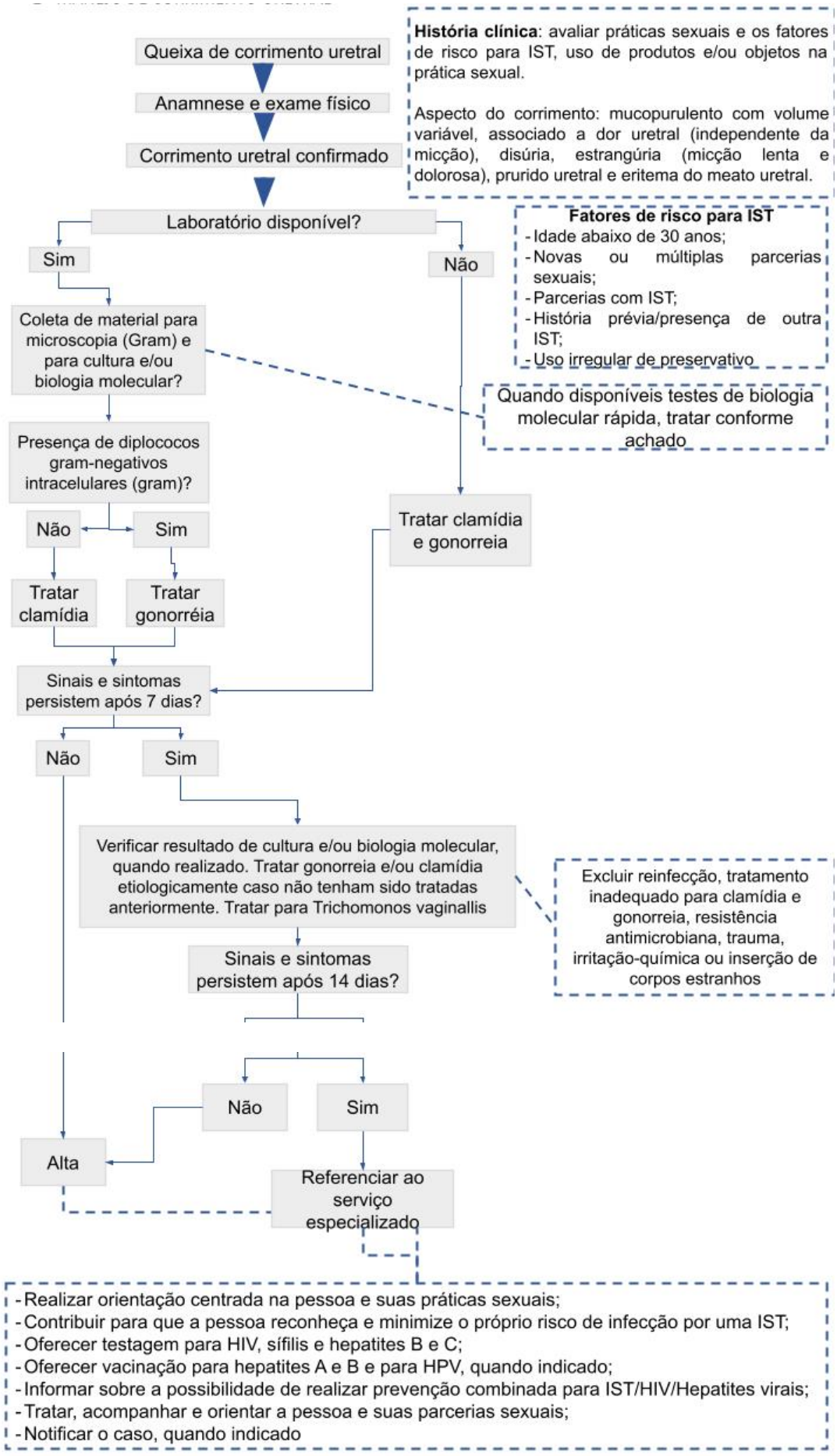
VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias **OU** Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias

Segunda opção	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias

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

Fonte: Brasil, 2020.

2 - MANEJO DE CORRIMENTO URETRAL:



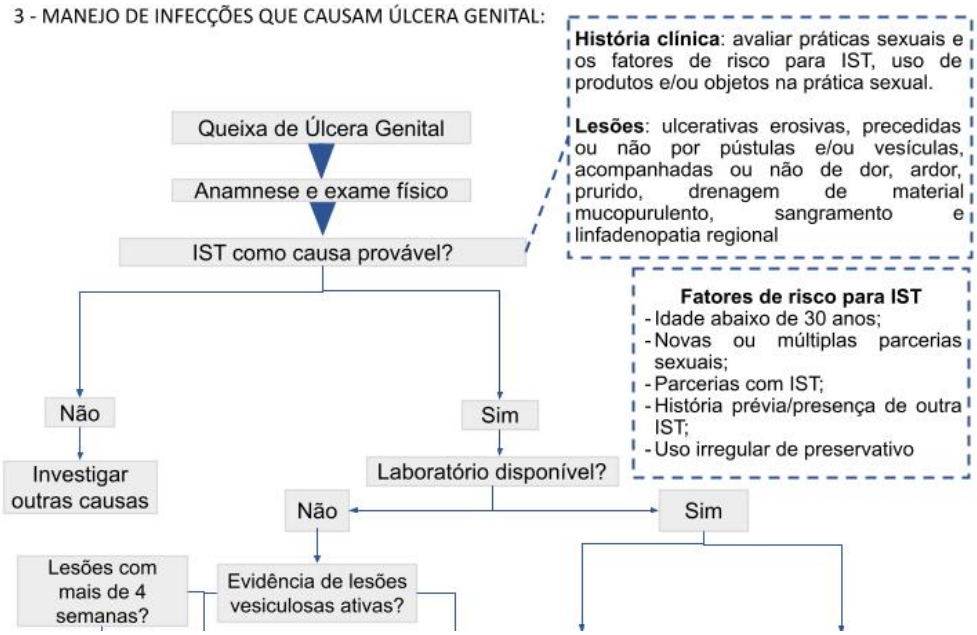
Fonte: Brasil, 2020.

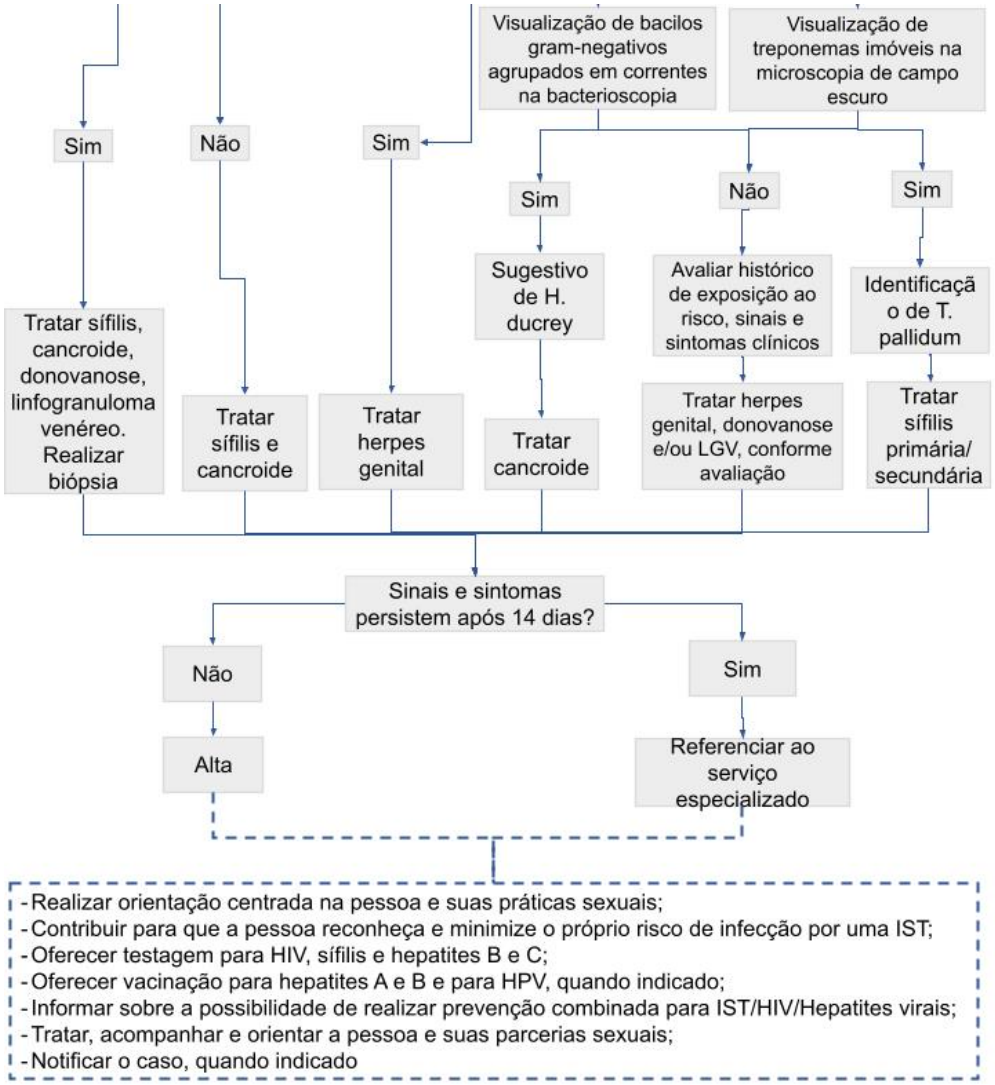
CONDIÇÃO CLÍNICA	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
Uretrite sem identificação do agente etiológico	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	-
Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas NÃO complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Uretrite não gonocócica	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM **MAIS** Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com doses habituais
Uretrite por *Mycoplasma genitalium*	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Uretrite por *Trichomonas vaginalis*	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias.	-

CONDIÇÃO CLÍNICA	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1g, IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única	-	-
• Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total 2g). • Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única.			

Fonte: Brasil, 2020

3 - MANEJO DE INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL:





Fonte: Brasil, 2020.

3.1 -MANEJO DE HERPES GENITAL:

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias **OU** Aciclovir 200mg, 1 comprimidos, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h,...), por 7-10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de

	OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias	sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com episódios repetidos de herpes genital (mais de 6 ao ano) Indicada avaliação periódica de função renal e hepática.
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHIV), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio. Se a primoinfecção ocorreu na gestação ou se recidivas forma frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com aciclovir 400mg, 3x//dia.	

- O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente;
- O tratamento local pode ser feito com compressas de soluções fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões;
- Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário;
- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões;
- A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados;
- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.

Fonte: Brasil, 2020

2.2 - MANEJO DE SÍFILIS:

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primário, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única 1,2 (milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Trimestral
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Trimestral
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4h ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV ao dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: Brasil, 2020.

2.3 - MANEJO DE CANCRÓIDE, LINFOGRANULOMA VENÉREO E DONOVANOSE:

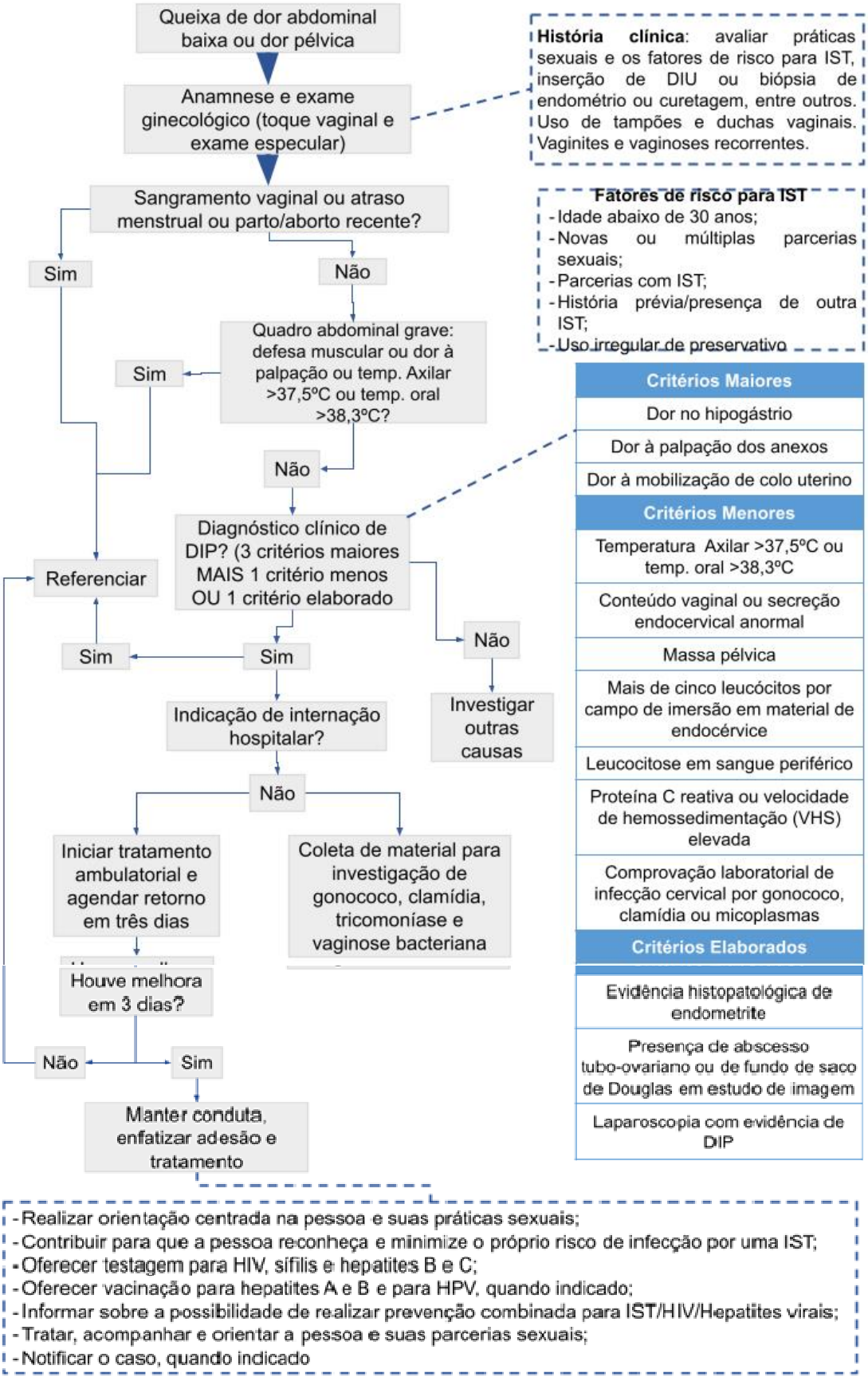
IST	PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	COMENTÁRIOS
Cancróide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única **OU** Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 3 dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticos
Linfogranuloma venéreo (LGV)	Doxiciclina 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o

		dias (**preferencialmente nas gestantes**)	tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única **OU** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões **OU** Ciprofloxacino 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg) **OU**	Não havendo respostas na aparência da lesão nos primeiros dias do tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões. Em PVHIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos: o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.

		Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica. Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais.
Nota: PVHIV com cancróide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer com qualquer dos esquemas recomendados. [a] O ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças. [b] A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes			

Fonte: Brasil, 2020.

4 - MANEJO CLÍNICO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP):



Fonte: Brasil, 2020

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
Ambulatorial	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias **MAIS** Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias **MAIS** Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	-
Hospitalar	Ceftriaxona 1g, IV, 1x/dia, por 14 dias **MAIS** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias **MAIS** Metronidazol 400mg, IV, de 12/12h	Clindamicina 900mg, IV, 3x/dia, por 14 dias **MAIS** Gentamicina (IV ou IM): 3-5 mg/kg, 1x/dia, por 14 dias	Ampicilina/sulbactam 3g, IV, 6-6h, por 14 dias **MAIS** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias

- O uso parenteral deverá ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas e a continuação terapêutica antimicrobiana por via oral deve se estender até 14 dias.
- Orientar quanto ao não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24h do uso de metronidazol para evitar efeito dissulfiram (antabuse) símile.

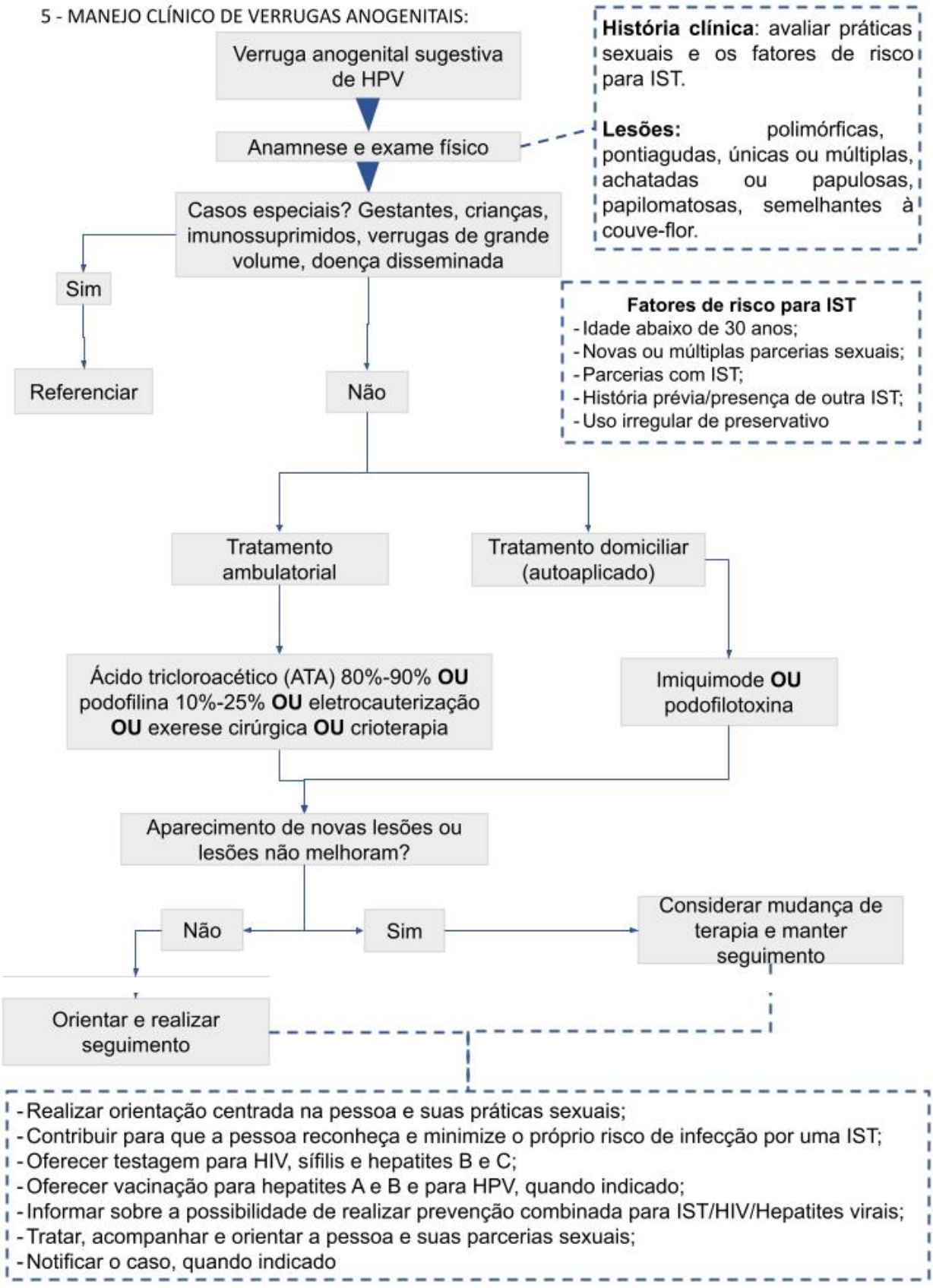
[a] A doxiciclina é contraindicada durante a gravidez.

Fonte: Brasil,2020.

4.1 -TRATAMENTO HOSPITALAR - CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE TRATAMENTO HOSPITALAR:

Abscesso tubo-ovariano
Gravidez
Ausência de resposta clínicas após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral
Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial
Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre
Dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica)

5 - MANEJO CLÍNICO DE VERRUGAS ANOGENITAIS:



Fonte: Brasil,2020.

4.2 - TRATAMENTO DOMICILIAR (AUTOAPLICADO):

- Imiquimode 50mg/g creme:

- Aplicação em dias alternados (3x por semana);
- Usar até desaparecimento da verruga ou até no máximo 16 semanas.

- Podofilotoxina:

- Duas vezes ao dia, pela manhã e à noite, por três dias consecutivos (dias 1, 2 e 3), seguida por um período de quatro dias sem aplicação (um ciclo de tratamento).
- Caso haja qualquer verruga remanescente após sete dias de aplicação, outro ciclo de tratamento pode ser feito. Recomenda-se, no máximo, quatro ciclos de tratamento.

5 - MANEJO CLÍNICO HPV:

- Rever Manejo Clínico de verrugas anogenitais.
- O usuário e sua(s) parceria(s) sexual(is) devem retornar ao serviço, caso se identifiquem novas lesões. Testes de detecção viral não são indicados em nenhuma situação, por não trazerem qualquer benefício às pessoas acometidas.
- É importante que as parcerias sexuais sejam orientadas e examinadas.
- A Podofilina e o Imiquimode não devem ser usados na gestação. O ácido tricloroacético ou o nitrogênio líquido são boas opções.
- Prescrever vacinação contra HPV para crianças e adolescentes entre 9 a 14 anos.

VACINA HPV	
Crianças e adolescentes	**PVHIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos**
2 doses (0 e 6 meses) Meninas de 9 a 14 anos Meninos de 11 a 14 anos	3 doses (0, 2 e 6 meses) Mulheres de 9 a 26a anos Homens de 9 a 26 anos

12. 7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2020.

13 – PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

13.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, religião, lazer, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado)
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde).
- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado.
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (idade, tabagismo, alcoolismo, alimentação desregrada, obesidade, dislipidemia e sedentarismo).

13.2 - EXAME FÍSICO:

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão Arterial (PA) com a pessoa sentada e deitada.
- Alterações de visão.
- Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.
- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).
- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de Candida albicans.

OBSERVAÇÃO: NÃO será possível realizar EXAME FÍSICO, em caso de Teleconsulta de enfermagem. Neste caso, poderá ser solicitado ao usuário para apresentar valores de PA e controle de glicemia capilar por autoaferição domiciliar.

13.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
- Medos: da perda da independência, de alterações da glicemia, do ganho de peso, das aplicações de insulina;
- Diminuição da acuidade visual, auditiva e da sensibilidade;
- Aparecimento e/ou complicações de lesões, entre outros.

13.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA:

ABORDAR E ORIENTAR SOBRE:

- Sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações;
- Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e

sedentarismo);

- Percepção de presença de complicações;
- A doença e o processo de envelhecimento;
- Uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença;
- Uso da insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízio dos locais de aplicação;
- Autocuidado com controle glicêmico (registrar, se possível, o controle da glicemia capilar no domicílio em jejum, antes do café da tarde e antes da ceia);
- Autocuidado com a pele e os membros inferiores.

FAZER ENCAMINHAMENTO:

- Para endocrinologista e outros profissionais de saúde, se necessário.

REALIZAR TRANSCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS:

- Glibenclamida 5 mg comprimido
- Gliclazida 30 mg comprimido
- Metformina 850 mg comprimido
- Insulina humana NPH 100 UI/mL suspensão injetável
- Insulina humana regular 100 UI/mL solução injetável

SOLICITAR EXAMES DE ROTINA:

- Colesterol total e frações
- Creatinina
- Glicemia sérica de jejum
- Hemoglobina glicosilada (controle trimestral do diabético)
- Microalbuminúria
- Proteinúria
- Triglicérides
- Uréia
- Urina tipo I (EAS)
- ECG de repouso

13.5 - REALIZAR IMPLEMENTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO.

13.6 - REALIZAR AVALIAÇÃO E REAGENDAMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM, CONFORME A NECESSIDADE: RETORNO EM 03 OU 06 MESES.

13.7 – REFERÊNCIAS:

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**. EUA. v. 40, S. 1. p. 131, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** Diabete Mellitus. Brasília, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo, 2017. p. 379.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia:** report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006.

14 – PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

14.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, religião, lazer, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado);
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde);
- Queixas atuais, principalmente as manifestações indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestesia e edema e lesões de membros inferiores;
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado;
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais;
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas;
- Identificação de fatores de risco (idade, etnia, fatores genéticos, diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse);
- Presença de Lesões em Órgãos-Alvo (LOA) ou doenças cardiovasculares:
  - Doenças cardíacas: hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca;
  - Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico;
  - Nefropatia;
  - Doença vascular arterial periférica;
  - Retinopatia hipertensiva.

AVALIAR MEDICAÇÕES EM USO: utilização de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos e hormônios). A indagação sobre o uso de anticoncepcionais hormonais combinados não deve ser esquecida, dada a frequente associação entre seu uso e a elevação da pressão arterial.

14.2 - REALIZAR EXAME FÍSICO:

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC;
- Pressão Arterial (PA) com a pessoa sentada e deitada;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Pulso radial e carotídeo;
- Alterações de visão;
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas);

- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico);
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen;
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

OBSERVAÇÃO: NÃO será possível realizar EXAME FÍSICO, em caso de teleconsulta de enfermagem. Neste caso, será solicitado ao usuário para apresentar a PA do momento da teleconsulta e o autocontrole pressórico dos últimos 15 dias.

14.3 - DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE (AUTO)CUIDADO:

- Dificuldades e déficit cognitivo e analfabetismo;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Déficit de lazer;
- Impossibilidade de realizar exercícios físicos (como por exemplo no caso de Pessoas com Deficiência - PcD) e alternativas possíveis;
- Falta de comprometimento com o tratamento (negação da doença, frustração, desânimo).

14.4 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA/ PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

REALIZAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

- Orientação sobre hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável;
- Estimular à vida ativa e aos exercícios físicos regulares (observar limitações e complicações cardiovasculares, neste caso, seguir exercícios, conforme recomendação do cardiologista);
- Orientação para redução da ingestão de sódio;
- Orientação para redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo e de outras possíveis drogas e, se possível, encaminhar para a intervenção breve no caso de riscos de uso de drogas.

FAZER TRANSCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PROTOCOLADOS:

- Captopril 25mg e 50mg comprimido;
- Alodipino 5 mg comprimido;
- Atenolol 25 mg comprimido;
- Enalapril 5,10 e 20 mg comprimido;
- Espironolactona 25 mg comprimido;
- Furosemida 40 mg comprimido;
- Hidroclorotiazida 25 e 50 mg comprimido;
- Propranolol 40 mg comprimido;
- AAS 100 mg Comprimido;
- Metildopa 250 mg e 500 mg.

SOLICITAR EXAMES DE ROTINA A CADA 06 MESES:

- Eletrocardiograma;

- Dosagem de creatinina;
- Análise de caracteres fisicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
- Dosagem de potássio;
- Fundoscopia;
- Glicemia sérica de jejum;
- Hemoglobina glicosilada;
- Microalbuminúria;
- Proteinúria de 24 horas;
- Uréia;
- Ácido úrico;
- Perfil lipídico.

REALIZAR ENCAMINHAMENTO COM GUIA DE REFERÊNCIA:

- Cardiologista
- Outros profissionais (Nutricionista, endocrinologista), conforme necessidade.

14.5 - REALIZAR IMPLEMENTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO.

14.6 – AVALIAÇÃO:

Reagendar a próxima consulta de enfermagem para retorno em 03 meses, caso necessite de avaliação de resultados de exames ou acompanhamento clínico mais próximo, ou retorno em 6 meses, conforme necessidade.

14.7 - REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: http://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/ Acesso em 01 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Nova diretriz de hipertensão arterial traz mudanças no diagnóstico e tratamento**. 2020. Disponível em: https://www.portal.cardiol.br/post/nova-diretriz-de-hipertens%C3%A3o-arterial-traz-mudan%C3%A7as-no-diagn%C3%B3stico-e-tratamento. Acesso em 28 jan. 2021.

MANZINI, Fernanda Cristina; SIMONETTI, Janete Pessuto. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de orem. **Rev. Latino-Am**. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 113-119, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Abr. 2021.

15 – PROTOCOLO (TELE)CONSULTA DE ENFERMAGEM EM INTERVENÇÃO BREVE EM USO DE DROGAS

15.1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Dados Socioeconômicos: nome, idade, cor, nível de escolaridade, ocupação, estado civil, naturalidade, endereço atual; tipo de moradia, quantas pessoas residem na mesma moradia, renda mensal familiar;
- Histórico Pessoal: uso de medicamentos, alergias, condição atual de saúde, morbidades;
- Histórico de Doenças Pregressas: internação hospitalar prévia, cirurgias, doenças, histórico familiar de doenças;
- Uso de drogas atuais e na vida;
- Motivo da consulta atual.

- <u>Aplicar o 1º Passo da Intervenção Breve (IB): Avaliação e Feedback</u>
  Orientar sobre como será feita a IB e realizar a Triagem ou Avaliação do Uso de Substâncias, através dos questionários AUDIT e/ou ASSIST:

AUDIT
TESTE PARA AVALIAÇÃO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc.)?
(0) Nunca
(1) Uma vez por mês ou menos
(2) 2 a 4 vezes por mês
(3) 2 a 3 vezes por semana
(4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses, contendo álcool, você consome num dia em que normalmente bebe.
(1) 1 a 2
(2) 3 a 4
(3) 5 a 6
(4) 7 a 9
(5) 10 ou mais

3. Com que frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?
(0) Nunca
(1) Menos que mensalmente
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?
(0) Nunca
(1) Menos que mensalmente
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Diariamente ou quase diariamente

5. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?
(0) Nunca
(1) Menos que mensalmente
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Diariamente ou quase diariamente

6. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?
(0) Nunca
(1) Menos que mensalmente
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Diariamente ou quase diariamente

7. Com que frequência você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber?
(0) Nunca
(1) Menos que mensalmente
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Diariamente ou quase diariamente

8. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você não conseguiu lembrar- se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?
(0) Nunca
(1) Menos que mensalmente
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Diariamente ou quase diariamente

9. Você ou outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira sua?
(0) Nunca
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
(4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse a quantidade?
(0) Nunca
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
(4) Sim, nos últimos 12 meses

ESCORE TOTAL:
(A soma de oito (8) ou mais pontos indica uso excessivo de bebida alcoólica, com alto risco para a saúde.)

ASSIST - OMS VS3.1

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

1. Na sua vida qual(is) desta(s) substância(s) você já usou? *(somente uso não prescrito pelo médico)*	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. anfetaminas ou êxtase	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opioides/opiáceos	Não	Sim
j. outras; especificar	Não	Sim

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? *(primeira droga, depois a segunda droga etc.)*	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides/opiáceos	0	2	3	4	6
j. outras; especificar	0	2	3	4	6

Se "NÃO" em todos os itens da questão 1, investigue: “Nem mesmo quando estava na escola?”

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? *(primeira droga, depois a segunda droga etc.)*	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides/opiáceos	0	3	4	5	6
j. outras; especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de *(primeira droga, depois a segunda droga etc.)* **resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?**	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opioides/opiáceos	0	4	5	6	7
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermutes, caninha, rum, tequila, gim)

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)

d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)

e. estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tíner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)

g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)

i. opioides/opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)

j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga etc.)*, **você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?**	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opioides/opiáceos	0	5	6	7	8
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga etc.)*?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de *(primeira droga, depois a segunda droga etc.)* **e não conseguiu?**	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Somente uso não prescrito pelo médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	→ Intervenção Breve, incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana ou mais do que três dias seguidos	→ Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote aqui a pontuação para CADA droga. SOME APENAS as pontuações das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína, crack		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas ou êxtase		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides/opiáceos		0-3	4-26	27 ou mais
Outras; especificar		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de Envolvimento com Substância Específica

Para cada substância (de "*a*" a "*j*") some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua no cálculo as pontuações das questões 1 e 8.
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
ATENÇÃO: para tabaco a questão 5 não deve ser pontuada, sendo obtida pela soma de Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

- Após a aplicação dos Testes de Avaliação Audit e/ou Assist, será dada a devolutiva para o usuário, informando-lhe sobre seu padrão de consumo e os riscos envolvidos.

15.2 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Definir alguns diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras, de acordo com o NANDA (2013):

Diagnósticos de Enfermagem	**Fatores Relacionados**	**Características Definidoras**
Comportamento de saúde propenso a risco	Ansiedade social; Apoio social insuficiente; Baixa auto eficácia; Estressores.	Abuso de substâncias; Falha em alçar um senso de controle ideal; Tabagismo.
Disposição para controle da saúde melhorado		Expressão do desejo de melhorar: as escolhas da vida diária para alcançar metas; o controle de fatores de risco e; o controle de regimes prescritos.
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	Ingestão alimentar insuficiente	Interesse insuficiente pelos alimentos; Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (IDR).

Risco de função hepática prejudicada	Fator de risco: Abuso de substância (álcool)	
Autonegligência	Abuso de substâncias	Falta de adesão a atividades de saúde.
Disposição para melhora do autocuidado		Expressão do desejo de aumentar a independência na vida e de aumentar o conhecimento sobre estratégias de autocuidado.
Insônia	Consumo de álcool; Ansiedade; Estressores.	Alteração no padrão de sono.
Disposição para conhecimento melhorado		Expressão do desejo de melhorar a aprendizagem.
Controle emocional lábil	Abuso de substâncias; Estressores.	Ausência de contato visual; Choro incontrolável.
Confusão aguda	Abuso de substância.	Alteração no nível de consciência; Alucinações; Inquietação; Alteração na função psicomotora.
Baixa autoestima situacional	Alteração no papel social; Autoexpectativas não realistas; Padrão de desamparo.	Ausência de propósito; Comportamento indeciso; Comportamento não assertivo; Desamparo; Subestimação da capacidade de lidar com a situação.
Risco de dignidade humana comprometida	Estigmatização e tratamento desumano	
Processos familiares disfuncionais	Abuso de substâncias; Pessoa adicta.	Abuso verbal de pai/mãe; Culpar a si mesmo; Dificuldade com transição de ciclo vital; Abandono; Depressão; Desesperança; Fracasso; Frustração; Insegurança; Rejeição; Sofrimento; Solidão; Vulnerabilidade
Desempenho de papel ineficaz	Abuso de substâncias; Estressores.	- Alteração na percepção do papel; Autocontrole insuficiente; Sentimento de impotência.

Disposição para processos familiares melhorados		Expressão do desejo de aumentar o respeito pelos membros da família
Relacionamento ineficaz	Abuso de substâncias; Estressores.	Comunicação insatisfatória entre os parceiros; Insatisfação no atendimento das necessidades emocionais entre os parceiros.
Síndrome de abstinência de substâncias aguda	Desenvolvimento de dependência do álcool ou de outra substância aditiva; Interrupção repentina de uma substância aditiva; Uso pesado de substância aditiva ao longo do tempo.	Ansiedade; Confusão aguda; Distúrbio no padrão de sono; Náusea; Risco de lesão.
Ansiedade	Abuso de substâncias; Estressores.	Inquietação; Insônia; Medo; Nervosismo; Sofrimento; Aumento da tensão; Tremores; Aumento da frequência cardíaca; Aumento da pressão arterial; Boca seca; Palpitações cardíacas; Alterações no padrão do sono; Fadiga; Náusea; Confusão; Preocupação.
Enfrentamento ineficaz	Confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação; Sensação de controle insuficiente	Abuso de substâncias; Comportamento destrutivo em relação a si mesmo; Incapacidade de lidar com uma situação.
Sentimento de impotência	Ansiedade; Dor; Estigmatização	Dependência; Depressão; Frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores; Sensação de controle insuficiente.
Resiliência prejudicada	Abuso de substância; Controle insuficiente dos impulsos; Dinâmica familiar perturbada	Culpa; Depressão; Estado de saúde prejudicado; Estratégias de enfrentamento ineficazes.

Regulação do humor prejudicada	Abuso de substância; Ideias de suicídio recorrente; Solidão.	Afeto triste; Culpa excessiva; Desesperança.
Disposição para enfrentamento melhorado		Expressão do desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas ao problema.
Disposição para resiliência melhorada		Expressão do desejo de aumentar a própria responsabilidade pelas ações
Disposição para poder melhorado		Expressão do desejo de aumentar a identificação de escolhas possíveis para uma mudança.
Sofrimento moral	Conflito entre os tomadores de decisão; Dificuldade de chegar a uma decisão sobre o tratamento.	Angústia acerca de agir conforme a escolha moral
Conflito de decisão	Conflito com obrigação moral.	Atraso na tomada de decisão; Questionamento de valores morais e pessoais ao tentar chegar a uma decisão.
Disposição para tomada de decisão melhorada		Expressão do desejo de melhorar a análise de riscos-benefícios das decisões.
Sofrimento espiritual	Abuso de substâncias	Ansiedade; Choro; Fadiga; Medo; Questionamento do sentido da vida; Aceitação inadequada; Culpa; Desesperança.
Risco de infecção	Tabagismo	
Risco de suicídio	Acúmulo de medicamentos armazenados; Abuso de substâncias; Culpa; Desamparo;	

	Desesperança	
Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada	Agente químico lesivo; Consumo de álcool; Estressores; Tabagismo	
Automutilação	Abuso de substâncias	Inalação e ingestão de substâncias prejudiciais
Risco de violência direcionada a outros	Comportamento suicida; Impulsividade; Padrão de ameaças de violência	
Integridade da membrana mucosa oral prejudicada	Agente químico lesivo; Consumo de álcool; Higiene oral inadequada; Tabagismo.	Desprendimento da mucosa; Edema oral; Exposição a patógeno; Lesão oral.
Isolamento social	Comportamento social incoerente com as normas; Dificuldade para estabelecer relacionamentos.	Afeto triste; Desejo de estar sozinho; História de rejeição.
Risco de solidão	Fator de risco: Isolamento físico e social.	

15.3 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA:

O planejamento de cuidados será realizado conforme o somatório dos escores obtidos:

AUDIT		
Nível De Uso	**Intervenção**	**Escores**
Zona I (baixo risco)	Prevenção Primária	0-7
Zona II (risco moderado)	Orientação Básica	8-15

Zona III (risco nocivo)	Intervenção Breve e Monitoramento	16-19
Zona IV (dependência)	Encaminhamento para serviço especializado	20-40

ASSIST			
	Apenas Orientação Preventiva (Baixo Risco)	**Aplicar Intervenção Breve (Risco Moderado)**	**Encaminhar para Tratamento Especializado (Alto Risco)**
Tabaco	0-3	4-26	27 ou mais
Álcool	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína/Crack	0-3	4-26	27 ou mais
Estimulante, tipo anfetamina	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos, Sedativos	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	0-3	4-26	27 ou mais
Opioide	0-3	4-26	27 ou mais

- Em casos de risco baixo, fazer orientações preventivas acerca do uso da droga.
- Em casos de risco moderado à saúde, prosseguir para o segundo passo da IB.
- Em casos de risco elevado à saúde, encaminhar para serviço especializado em saúde mental.

15.4 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

- <u>2º Passo da Intervenção Breve (Responsabilidades e Metas):</u>

✔ Traçar responsabilidades e metas em curto prazo para redução do uso da(s) droga(s) ou abstinência, de acordo com as escolhas do usuário. Na negociação, enfatizar que a responsabilidade do cumprimento das metas é do usuário, ele é o sujeito ativo.

- <u>3º Passo da Intervenção Breve (Aconselhamento):</u>

✔ Realizar aconselhamento, oferecer informações, relacionando o uso de substâncias aos diagnósticos de enfermagem presentes e problemas atuais.

- 4º Passo da Intervenção Breve (Plano terapêutico):

✔ Elaborar junto com o usuário, um menu de opções de estratégias, traçando um plano terapêutico individual, para modificação do comportamento de risco e redução ou abolição do consumo da substância.

✔ Identificar, junto com o usuário, as situações de risco que favorecem o uso das substâncias, tais como: onde ocorre o uso, em companhia de quem, quais sentimentos permeiam esse uso ou em que situações emocionais ele ocorre.

✔ Orientar o usuário no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco.

Exemplos práticos:

✔ Sugerir que o paciente faça um diário sobre o seu uso de substância, registrando, por exemplo: onde ele costuma usar, em que quantidade, em companhia de quem, por qual razão, etc. Isso ajudará a identificar as possíveis situações de risco.

✔ Identificar, junto com o paciente, outras atividades que possam substituir o uso de drogas. É importante que sejam atividades que possam lhe trazer prazer, como: praticar atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, conviver com pessoas não usuárias, etc.

✔ Disponibilizar informações sobre ajuda especializada, se for o caso, ou ajudar a refletir sobre as coisas de que gosta, além do uso da substância. Se ele não souber, ou demonstrar dificuldade, usar essa situação como argumento para estimulá-lo a se conhecer melhor, a descobrir coisas novas, novos interesses.

✔ Descobrir, durante a intervenção, algo que o paciente gostaria de ter e sugerir que ele economize o dinheiro que gastaria com drogas para adquirir aquele bem. Se necessário, faça as contas juntamente com o paciente.

- 5º Passo Intervenção Breve (Empatia):

✔ Agir com empatia, neutralidade, evitar ter um comportamento confrontador ou agressivo.

✔ Demonstrar ao usuário que você está disposto a ouví-lo e que entende seus problemas, incluindo a dificuldade de mudar.

- 6º Passo Intervenção Breve (Autoeficácia):

✔ Aumentar a motivação do usuário para o processo de mudança, lhe auxiliando a ponderar as vantagens e desvantagens associadas ao uso de substâncias psicoativas.

✔ Encorajar o usuário a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar seu comportamento, reforçando os aspectos positivos.

15.5 -IMPLEMENTAÇÃO / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

A evolução de enfermagem deverá ser registrada no prontuário do usuário, subsequente à primeira (tele)consulta.

15.6 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS:

Realizar ajuste no plano de cuidados terapêuticos, em concordância com o usuário, em (tele)consulta subsequente.

15.7 – REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. Brasília, ed. 11, p. 1-70, 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Intervenção Breve**: módulo 4. Brasília, ed. 7, p. 1-124, 2014.

DIAS, Guanacy et al. Diagnósticos de Enfermagem identificados entre usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas do Município de Caucaia- CE. **Research, Society and Development**, p. 1-24, 2021.

NORTHAMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação, Porto Alegre, p. 606, 2013.

16 – PROTOCOLO CONSULTA DE ENFERMAGEM DE RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS

16.1 – RASTREAMENTO:

1) O enfermeiro deverá realizar ações de rastreamento em pessoas com idade a partir de 45 anos de idade e com pessoas abaixo de 45 anos de idade com os seguintes fatores de risco para o Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM 2), assintomáticos:

- Pré-diabetes;
- História familiar de DM (parente de primeiro grau);
- Raça/etnia de alto risco para DM (negros, hispânicos ou índios Pima);
- Mulheres com diagnóstico prévio de Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG);
- História de doença cardiovascular;
- Hipertensão arterial;
- HDL-c (Colesterol da lipoproteina de alta densidade) < 35mg/dl e/ou triglicérides >250mg/dl;
- Sindrome de ovários policísticos;
- Sendentarismo;
- Acantose nigricans.
- Observação: Uso de medicamentos da classe dos glicocorticoides.

2) Para rastreamento do DM tipo 1, considerar a figura 1, abaixo:

Figura 1- Estágios clínicos do DM tipo 1.

	Estágios		
	1	**2**	**3**
Autoimunidade	Anticorpos positivos	Anticorpos positivos	Anticorpos positivos
Níveis glicêmicos para diagnóstico	Normoglicemia: glicemia de jejum, TOTG e HbA1c normais	Disglicemia: níveis glicêmicos alterados, compatíveis com pré-diabetes (jejum entre 100 e 125 mg/dL, 2 horas no TOTG entre 140 e 199 mg/dL, ou HbA1c entre 5,7 e 6,4%)	Hiperglicemia evidente e de ínicio recente, critérios clássicos para diagnóstico de DM (glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, 2 horas no TOTG ≥ 200 mg/dL, ou HbA1c ≥ 6,5%*)
Sintomas	Ausentes	Ausentes	Presentes

HbA1C: Hemoglobina glicada; TOTG: teste oral de tolerância à glicose; DM: *diabetes mellitus*

* Em pacientes sintomáticos, deve-se preferir diagnóstico pelas dosagens diretas em vez da determinação de HbA1c.

Fonte: SBD, 2017.

3) Na consulta de rastreamento o enfermeiro deve:

- Conhecer a história pregressa do paciente;
- Realizar exame físico, aferir a pressão arterial (P.A), obter dados antropométricos e cálculo do IMC;
- Identificar fatores de risco para o DM2;
- Avaliar condições de saúde do paciente;
- Solicitar exames necessários para diagnóstico clínico do DM.

4) Se o resultado da investigação laboratorial for normal, sugere-se repetição do rastreamento em intervalos de 3 anos ou mais frequentemente, se indicado.

5) Considerar o rastreamento para DM em gestantes, na primeira consulta de pré- natal.

16.2 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DIABETES:

1) O diagnóstico do DM baseia-se na detecção dos sinais e sintomas clínicos confirmados por resultados de exames. Sinais e sintomas clássicos para suspeita do DM são: 1. poliúria, 2. polidipsia, 3. polifagia e, 4. perda de peso inexplicável.

2) Avaliar os resultados de exames laboratoriais (glicemia em jejum, Teste de Tolerância à Glicose – TTG-), testes de glicemia capilar e os sinais e sintomas indicativos para o diagnóstico de DM2, conforme figura 1.

3) Ver Figuras 1 e 2, abaixo, para conclusão do diagnóstico, planejamento e prescrição de enfermagem.

Figura 1. Valores laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM.

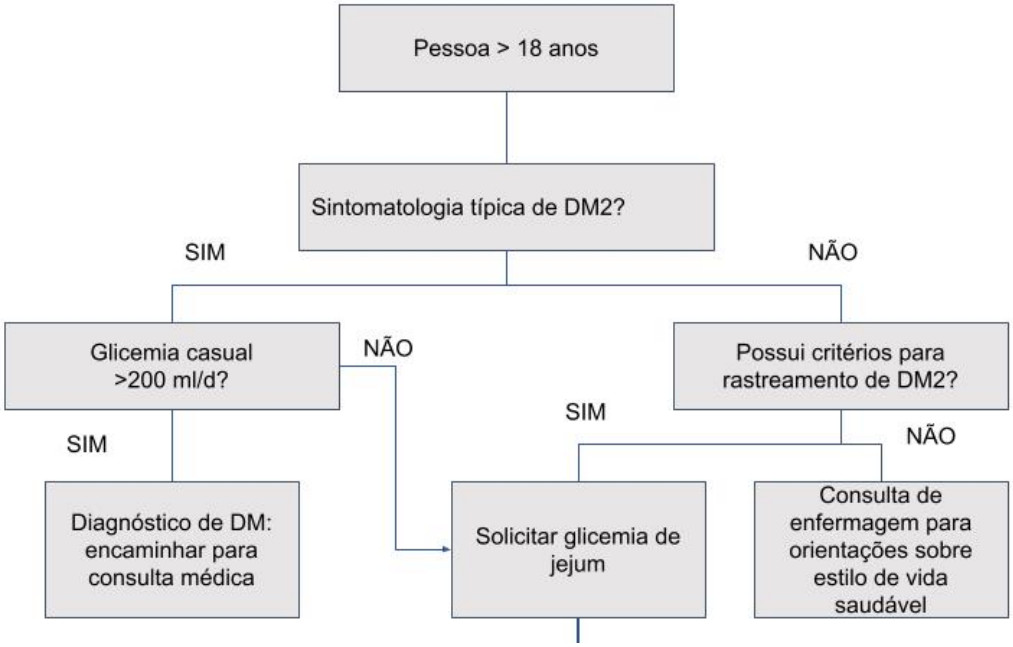
	Glicose em jejum (mg/dL)	**Glicose 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose (mg/dL)**	**Glicose ao acesso**	**HbA1c (%)**	**Observações**
Normoglicemia	< 100	< 140	-	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicose em jejum.
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e <200#	-	≥ 5,7 e < 6,5	Positivamente de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela

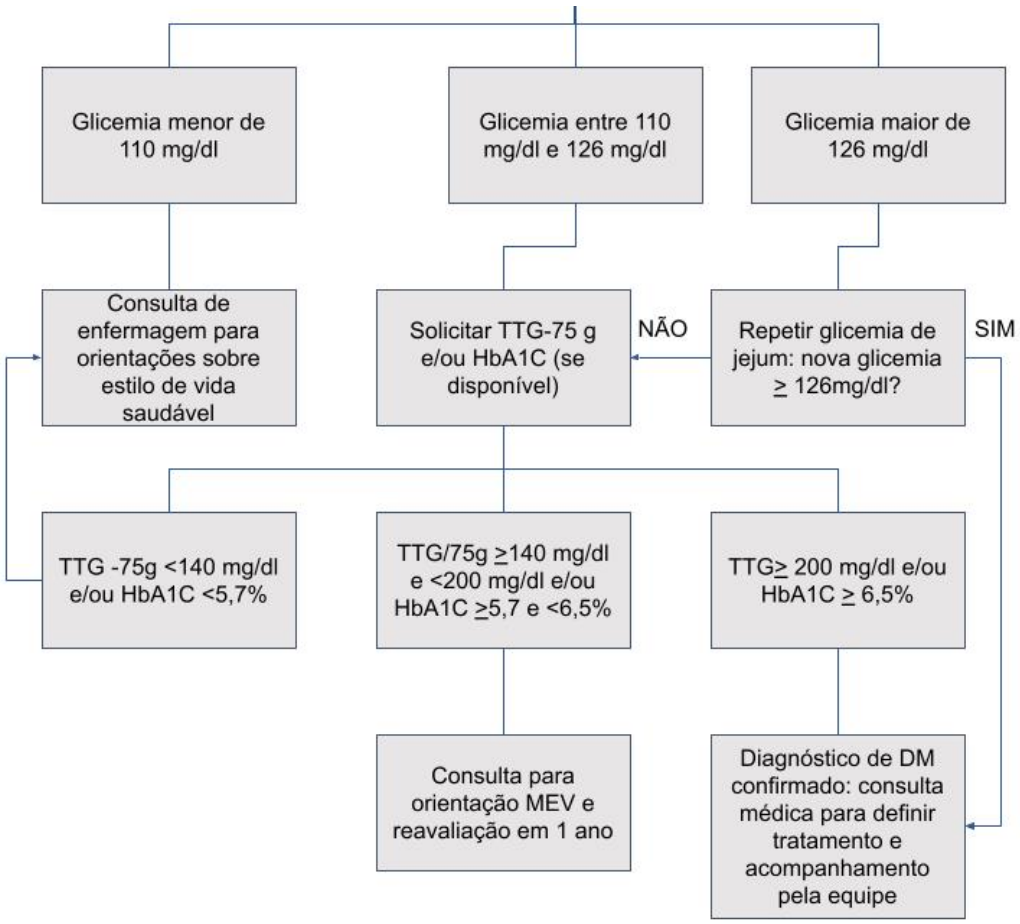
					repetição de testes.

OMS: Organização Mundial de Saúde; HbA1C: hemoglobina glicada; DM: *Diabetes mellitus*
* Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.
# Categoria também conhecida como intolerância oral à glicose.

Fonte: SBD, 2017.

Figura 2. Fluxograma de Rastreamento e Diagnóstico de DM tipo 2





Fonte:Brasil,2013

16.3 – REFERÊNCIAS:

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**. v. 40, S. 1, p. 1-131. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** Diabete Mellitus**.** Brasília, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.** São Paulo: Editora Clannad, 2017.

17 – PROTOCOLO CONSULTA DE ENFERMAGEM DE RASTREAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

17.1 - RASTREAMENTO:

1) O enfermeiro deverá realizar ações de rastreamento de pessoas hipertensas e com risco de desenvolver Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando comparecer ao consultório e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da Pressão Arterial (PA) nos últimos dois anos, e assim, deverá verificá-la e registrá-la no prontuário do usuário.

2) Considerações importantes para verificação da PA:

- A pessoa deve estar em repouso há pelo menos 15 minutos e não deve ter ingerido bebidas estimulantes (café, energético, etc.), fumado ou feito exercícios extenuantes nos trinta minutos anteriores.
- Como dor e/ou desconforto podem alterar a PA, é importante que aferições realizadas nesse momento sejam analisadas com cautela, já que podem ser a consequência dos sinais/sintomas, e não a causa.
- A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços.
- Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor.
- O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.

17.2 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE HIPERTENSÃO

1) O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. Soma-se a média das medidas do primeiro dia mais duas medidas subsequentes, de dias diferentes, e divide-se por três.
2) Em caso de sintomas sugestivos de crise hipertensiva e detecção de valores de PAS acima de 120 mmHg e PAD acima de 80mmHg, encaminhar para unidade de emergência hospitalar.
3) Orientar o usuário assintomático que, havendo suspeita de HAS (não apenas valor elevado isolado), prescrever aferições posteriores para definição do diagnóstico.
4) Encaminhar para consulta de clínica médica ou cardiologia em caso de diagnóstico de HAS

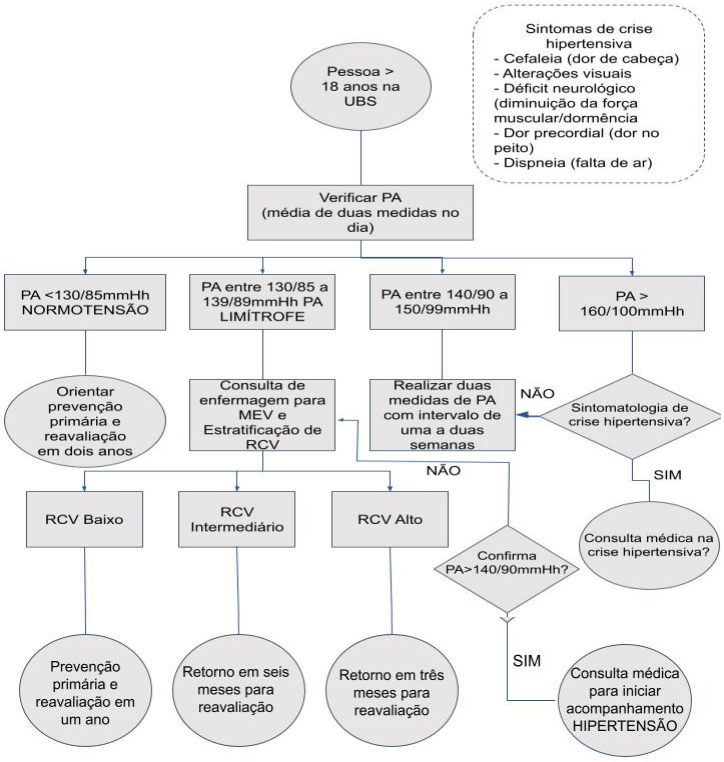
Figura 1-Classificação da PA de acordo com os valores aferidos em maior de 18 anos.

Classificação	**PAS (mmHg)**	**PAD (mmHg)**
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA		

- PAS: pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica; PA: Pressão arterial. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHG, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: MALAQUIAS et al., 2016/ SBH, 2016.

Figura 2- Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS



Fonte: BRASIL, 2013.

17.3 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Objetivo: estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos.

- 3 ETAPAS:

1) Coleta de informações sobre fatores de risco prévios:
2) Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo RCV. Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV.
3) Avaliar a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo;
4) Pontuar e obter o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

Baixo risco/intermediário	Alto risco
● Tabagismo ● Hipertensão ● Obesidade ● Sedentarismo	● Acidente vascular cerebral (AVC) prévio ● Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio ● Lesão periférica - Lesão de órgão-alvo (LOA) ● Ataque isquêmico transitório (AIT)

• Sexo masculino • História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) • Idade > 65 anos	• Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

Fonte: BRASIL, 2013.

HOMENS					
Idade 20 - 34 35 - 39 40 - 44 45 - 49 50 - 54 55 - 59 60 - 64 65 - 69 70 - 74 75 - 79			Pontos -9 -4 0 3 6 8 10 11 12 13		
Colesterol Total	Idade 20 - 39	Idade 40 - 49	Idade 50 - 59	Idade 60 - 69	Idade 70 - 79
<160	0	0	0	0	0
160 - 199	4	3	2	1	0
200 - 239	7	5	3	1	0
240 - 279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1
	Idade 20 - 29	Idade 40 - 49	Idade 50 - 59	Idade 60 - 69	Idade 70 - 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1
HDL > 60 50 - 59 40 - 49 < 40			Pontos -1 0 1 2		
PA sistólica < 120		Pontos se não tratada 0		Pontos se tratada 0	

120 - 129	0	1
130 - 139	1	2
140 - 159	1	2
≥ 160	2	3

Fonte: BRASIL, 2013

MULHERES					
Idade			Pontos		
20 - 34			-7		
35 - 39			-3		
40 - 44			0		
45 - 49			3		
50 - 54			6		
55 - 59			8		
60 - 64			10		
65 - 69			12		
70 - 74			14		
75 - 79			16		
Colesterol Total	Idade 20 - 39	Idade 40 - 49	Idade 50 - 59	Idade 60 - 69	Idade 70 - 79
<160	0	0	0	0	0
160 - 199	4	3	2	1	1
200 - 239	8	6	4	2	1
240 - 279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2
	Idade 20 - 29	Idade 40 - 49	Idade 50 - 59	Idade 60 - 69	Idade 70 - 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 - 59			0		
40 - 49			1		
< 40			2		
PA sistólica		Pontos se não tratada		Pontos se tratada	
< 120		0		0	
120 - 129		1		3	
130 - 139		2		4	

140 - 159	3	5
≥ 160	4	6

Fonte: BRASIL, 2013.

Tabela para determinação de risco em 10 anos de doença arterial coronária

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

Fonte: BRASIL, 2013.

- **Baixo Risco -** quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável
- **Risco intermediário -** quando existir 10% - 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde

- **Alto Risco -** quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em saúde coletivas.

17.4 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 107, Supl.3, p. 1-83, 2016.

18- PROTOCOLO CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

18.1 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO CASO SUSPEITO, CONFORME SINAIS/ SINTOMAS CLÍNICOS:

- Classificar em CASOS LEVES, MODERADOS e GRAVES de acordo com os achados clínicos segundo os critérios de definição de CASO, a seguir.
- Definição de **CASO SUSPEITO**: SÍNDROME GRIPAL (SG) Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. A febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.
- **CASO LEVE:** caracterizado a partir da presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia. ATENÇÃO para os idosos: risco de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- **CASO MODERADO:** os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sinal/sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da suspeita da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade. Necessita de internação hospitalar para investigação clínica.
- **CASO GRAVE:** considera-se a Síndrome Respiratória Aguda Grave (Síndrome Gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto). Necessita de internação hospitalar imediata.

✔ Realizar ENCAMINHAMENTO IMEDIATAMENTE para o pronto-socorro municipal ou outra unidade de emergência hospitalar do município para o usuário classificado como **CASO MODERADO** ou **GRAVE.**

✔ Classificação de **CASO LEVE**, prosseguir com o atendimento.

18.2 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

- Investigar sobre crenças e estilo de vida que podem favorecer o risco de infecção pelo coronavírus/ atividades físicas (frequência) / hábitos alimentares/ Ocupação/ Crença religiosa (hábito)/ Uso de máscaras faciais (Quando? Como?) / Uso do álcool a 70% (Quando? Como? Com qual frequência?)
- Histórico de alergias e uso de medicamentos (inclusive de algum medicamento que o usuário considera preventivo para a COVID-19)
- Registrar a presença de comorbidades atuais, passadas e familiares (e o grau de parentesco), conforme condições e fatores de risco da COVID-19 e suas possíveis complicações: idade igual ou superior a 60 anos, miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.); hipertensão; pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC); tabagismo; obesidade; imunodepressão; doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); diabetes mellitus; doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica; neoplasia maligna; gestação de alto risco (BRASIL, 2020).
- Registrar queixa clínica principal (com atenção especial a síndrome gripal).
- Investigar se houve contato com pessoas suspeitas ou confirmadas por COVID-19 nos últimos 14 dias;
- Registrar data do(s) primeiro(s) sintoma(s) e/ou sinal(is).

18.3 - EXAME FÍSICO:

- Pressão arterial com a pessoa sentada;
- Temperatura axilar;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Saturação de oxigênio/ Oximetria de pulso;
- Ausculta cardiopulmonar;
- Percussão e palpação do abdome.

18.4 - OBSERVAR critérios clínico-laboratoriais para definição de CASO DE REINFECÇÃO, a seguir.

- Definição de CASO SUSPEITO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS- COV-2: Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios.
- Definição de CASO CONFIRMADO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS- COV-2: Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios, com ambas as amostras encaminhadas aos laboratórios de referência paras as respectivas análises laboratoriais complementares e que ao final tenha laudo confirmatório para reinfecção.

18.5- DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO:

- Padrão respiratório ineficaz relacionado a infecção respiratória caracterizado por dispnéia.
- Troca de gases prejudicada relacionado a infecção respiratória caracterizado por dispnéia, gasometria arterial anormal e hipóxia.
- Ventilação espontânea prejudicada relacionada a infecção respiratória caracterizado por diminuição da pressão parcial de oxigênio (PO2), diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO2), dispneia, aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO2).
- Risco de contaminação relacionada à exposição ao microrganismo coronavírus.
- Risco de infecção relacionada à invasão do microorganismo coronavírus.
- Risco de solidão relacionada ao isolamento social.
- Isolamento social relacionado à necessidade de controle de disseminação de microrganismos caracterizado por manutenção no lar e não contato direto com a sociedade.
- Envolvimento em atividades de recreação diminuído relacionado a necessidade de controle de disseminação de microrganismo caracterizado por falta de condicionamento físico e tédio.
- Controle ineficaz da saúde relacionado a apoio social insuficiente, conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico caracterizado por falha em agir para reduzir fatores de risco.
- Enfrentamento ineficaz relacionada a estratégias ineficazes para alívio de tensão caracterizado por comportamento de assumir riscos, comportamento destrutivo em relação a si mesmo e em relação aos outros.
- Proteção ineficaz relacionado a extremo de idade, imunodepressão e comorbidades caracterizado por alteração em exames laboratoriais.
- Hipertermia relacionada à infecção respiratória caracterizada por temperatura axilar aumentada e pele quente ao toque.

18.6 - PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA:

O planejamento de cuidados deve ser realizado conforme o diagnóstico clínico e de necessidades de enfermagem.

18.7 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

PARA USUÁRIO CLASSIFICADO COMO CASO LEVE:

- Preencher a ficha de notificação de caso de Síndrome Gripal no e-SUS Notifica no prazo de 24 horas (sistema e-SUS Notifica <https://notifica.saude.gov.br/login>. VER ANEXO.
- Solicitar exame PCT SARS-COV-2 até 28 dias de sintomas ou sorologia IGM/ IGG ou testes rápidos (pode ser para detecção de antígeno ou de anticorpo/ IGM/IGG), a partir de 10 dias de sintomas. Em caso de suspeita de REINFECÇÃO, NÃO DEVE SER SOLICITADO o exame de sorologia e o teste rápido sorológico.
- Orientar sobre os **sinais de alarme/ gravidade (falta de ar; ronco; retração sub/intracostal, cianose, taquipnéia >30, saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente**) e caso aconteçam, procurar imediatamente uma unidade de **urgência/emergência hospitalar**.
- Manter o uso de EPIs em todos os procedimentos (apenas em consulta presencial).
- Orientar sobre o risco para os contatos próximos, principalmente, os intradomiciliares e a necessidade de adoção das medidas preventivas para COVID-19.

- Orientar sobre as formas de transmissão pelo coronavírus e a importância de cumprimento das medidas preventivas: uso correto de máscaras faciais, manter o distanciamento físico (de 1,5m) e social, lavagem frequente das mãos com água e sabão e uso de álcool gel a 70%, limpeza e desinfecção de objetos e superfícies com álcool ou hipoclorito de sódio a 2,5%.
- Sinalizar os serviços públicos de saúde destinados ao atendimento de pacientes com COVID-19.
- Solicitar **ISOLAMENTO DOMICILIAR** e tratamento sintomático e não- farmacológico domiciliar.
- Realizar o telemonitoramento do usuário, diariamente ou a cada 48h até completar 14 dias, após o início dos sintomas ou melhora clínica, tornando- se assintomático. Deverá ser realizado o telemonitoramento por telefone a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas ou se tornarem assintomáticas.

ORIENTAR SOBRE CUIDADOS GERAIS NO ISOLAMENTO DOMICILIAR:

- Permanecer em quarto isolado e bem ventilado. Caso não tenha quarto disponível, orientar o paciente a manter uma distância de pelo menos 1 metro dos demais familiares.
- Limitar sua movimentação na casa, se restringindo a um quarto e às áreas indispensáveis para uso compartilhado.
- As áreas comuns, como salas, cozinhas e banheiro devem estar sempre bem ventiladas.
- **Amamentação**: As mães que estiverem amamentando podem continuar o aleitamento materno, atentando-se apenas para as medidas de higiene, como a lavagem frequente das mãos e o uso de máscara durante a amamentação. Nos demais momentos, orientar quanto à importância do distanciamento da mãe e do bebê, que devem ser mantidos em quartos separados sempre que possível ou, pelo menos, mantendo a distância mínima de 1 metro entre eles.

ORIENTAR CRITÉRIOS PARA O USUÁRIO SAIR DO ISOLAMENTO DOMICILIAR:

- Para indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) com confirmação para COVID-19 por qualquer um dos critérios clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial ou que ainda não coletaram amostra biológica para investigação etiológica, as medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após 10 dias do início dos sintomas, desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.
- Para indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, e que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável para COVID-19 pelo método molecular (RT- qPCR ou RT-LAMP) ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS- CoV-2, as medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. E que os exames tenham sido realizados no período indicado, para evitar resultado falso negativo.
- Rastrear, isolar e monitorar os CONTATOS próximos de casos confirmados de COVID-19,

conforme a seguinte definição:

- Definição de CONTATO: Qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado assintomático).
- Orientar o contato sobre a Importância de se realizar o isolamento por até 14 dias após o último dia de contato com o caso suspeito ou confirmado de COVID-19.
- Registrar se há possibilidade voluntária de participar da estratégia de monitoramento, a cada dois dias, até que se complete 14 dias após o último dia de contato com o caso suspeito ou confirmado de COVID-19.
- Orientar sobre a doença e as manifestações clínicas que deverão ser observadas durante o período de monitoramento. Isso inclui o aparecimento de qualquer sintoma de síndrome gripal, especialmente febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza ou congestão nasal, distúrbios olfativos (perda de olfato) ou gustativos (perda de paladar) sem causa anterior, falta de ar ou dificuldade em respirar.
- Encerrar o monitoramento dos contatos de acordo com as possibilidades descritas a seguir:

a. CONTATO NÃO ENCONTRADO: Se o contato não for encontrado, a equipe deve se esforçar ao máximo para se comunicar com o contato por outros meios, podendo, inclusive, conversar novamente com o caso suspeito e/ ou confirmado para conseguir outras formas para localizar o contato indicado. É importante estabelecer uma regra sobre o número de vezes, períodos e dias que a equipe deve tentar encontrar o contato, como por exemplo, três tentativas em dois dias e períodos do dia diferentes. Caso não consiga contatá-lo no número de tentativas estipuladas, o contato deverá ser encerrado como NÃO ENCONTRADO.

b. RECUSA: Outra possibilidade é o contato ser encontrado, contudo ele pode se recusar a participar da estratégia de monitoramento, dessa forma, deverá ser encerrado como RECUSA.

c. PERDA DE SEGUIMENTO: A fim de evitar perda de seguimento, na primeira entrevista realizada com o contato, deve-se coletar informações de pessoas próximas (familiares, amigos, entre outros). Caso o monitoramento seja iniciado, mas a equipe não consiga mais encontrar o contato, ou haja desistência do monitoramento por parte do contato, deve- se encerrar como PERDA DE SEGUIMENTO.

d. PROBLEMA COM A EQUIPE DE MONITORAMENTO. Caso ocorra algum problema de descontinuidade do monitoramento devido a problemas relacionados a equipe técnica que está realizando a investigação, deve-se encerrar o caso como PROBLEMA COM A EQUIPE DE MONITORAMENTO.

e. CASO SUSPEITO DE COVID-19: Os contatos que desenvolverem sinais ou sintomas sugestivos de COVID-19 (contatos sintomáticos) durante o período de monitoramento ou se já estiverem sintomáticos ao serem encontrados pela equipe de monitoramento, serão considerados como casos suspeitos de COVID-19.

- Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para COVID-19 (resultado detectável pelo método RT-qPCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra.

18.8 - IMPLEMENTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

- Registrar possíveis intercorrências clínicas e com o tratamento medicamentoso e não-

farmacológico e outros eventuais acontecimentos.

- Avaliar os resultados dos exames, se disponíveis.
- Reavaliar o histórico e o diagnóstico de enfermagem.
- Reavaliar o caso, de suspeito para confirmação da COVID-19, conforme ANEXO A.

18.9 – REALIZAR AVALIAÇÃO E REAGENDAMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM.

ANEXO A- CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19:

1. POR CRITÉRIO CLÍNICO: Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.

2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.

3. POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM: Necessita de avaliação médica.

4.POR CRITÉRIO LABORATORIAL:

4.1.EM INDIVÍDUO NÃO VACINADO CONTRA COVID-19:
Caso de SG ou SRAG com teste de:
BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos: z RT-PCR em tempo real; z RT-LAMP.
IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos: z Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – Elisa); z Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos; z Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (Eclia); z Imunoensaio por Quimioluminescência (Clia) PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.
Um resultado IgG reagente deve ser usado como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos não vacinados, sem diagnóstico laboratorial anterior para covid-19
e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, no mínimo 8 dias antes da realização desse exame.

4.2 POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO VACINADO CONTRA COVID-19: Indivíduo que recebeu a vacina contra COVID-19 e apresentou quadro posterior de SG ou SRAG com resultado de exame:
BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP.
PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

ANEXO B- CÓDIGOS INTERNACIONAIS DE DOENÇAS (CID-10) PARA A COVID-19:

B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada.

U07.1 – COVID-19, vírus identificado. É atribuído a um diagnóstico da COVID-19 confirmada por testes de laboratório.
U07.2 – COVID-19, vírus não identificado, clínico-epidemiológico. É atribuído a um diagnóstico clínico ou epidemiológico da COVID-19, em que a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível.

Os novos códigos U07.1 (covid-19, vírus identificado) e U07.2 (covid-19, vírus não identificado, clínico-epidemiológico), definidos pela OMS, são os marcadores da pandemia no Brasil.

ANEXO C– FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DE SÍNDROME GRIPAL NO E-SUS NOTIFICA, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica –05/10/2020

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.
Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: |__|__| **Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? (Marcar X) |__|Sim |__|Não	**Estrangeiro:** (Marcar X) |__| Sim |__|Não	**Profissional de saúde** (Marcar X) |__| Sim |__|Não	**Profissional de segurança** (Marcar X) |__| Sim |__|Não
CBO:		**CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__	
CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__			
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento: ____|____|_____		**País de origem:**	
Sexo: (Marcar X) |__|Masculino |__|Feminino	**Raça/COR:** (Marcar X) |__|Branca |__|Preta |__|Amarela |__|Parda |__|Indígena - Etnia:_____|__|Ignorado		**Passaporte:** __|__|__|__|__|__|__|__|__
CEP: __|__|__|__|__ - __|__|__			
Estado de residência: |__|__|	**Município de Residência:** _____		
Logradouro:		**Número:**	**Bairro:**
Complemento:			
Telefone Celular:		**Telefone de contato:**	

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

Data da Notificação: ___|___|____		**Data do início dos sintomas:** ___|___|____	
Sintomas: (Marcar X) |__|Assintomático |__|Febre |__|Dor de Garganta |__|Dispneia |__|Tosse |__| Coriza |__|Dor de Cabeça |__|Distúrbios gustatórios |__|Distúrbios olfativos |__|Outros_____			
Condições: (Marcar X) |__| Doenças respiratórias crônicas descompensadas |__| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) |__| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica |__| Doenças cardíacas crônicas |__| Diabetes |__| Obesidade |__| Imunossupressão |__| Gestante |__| Puérpera (até 45 dias do parto)			
Estado do Teste: (Marcar X) |__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído |__|Exame Não Solicitado	**Tipo de Teste:** (Marcar X) |__|RT – PCR |__|Teste rápido – anticorpo |__|Teste rápido – antígeno |__|Testes sorológico	**Data do Teste (PCR/Rápidos):** ___|___|___	**Data do Teste (Sorológico):** ___|___|____
Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X) |__|Negativo |__|Positivo |__|Inconclusivo ou Indeterminado	**Teste Sorológico**: (Marcar x) |__|IgA |__|IgG |__|IgM |__|Anticorpos Totais		**Resultado (IgA):** (Marcar X) |__|Reagente |__|Não Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado
Resultado (IgG): (Marcar X) |__|Reagente |__|Não Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado	**Resultado (IgM):** (Marcar X) |__|Reagente |__|Não Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado		**Resultado (Anticorpos Totais):** (Marcar X) |__|Reagente |__|Não Reagente |__|Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO

Evolução do caso: (Marcar X) |__|Cancelado |__|Ignorado |__|Internado |__|Em tratamento domiciliar |__|Óbito |__|Internado em UTI |__|Cura	**Classificação final:** (Marcar X) |__|Descartado |__|Confirmado Clínico Imagem |__|Confirmado Clínico-Epidemiológico |__|Confirmado Por Critério Clínico |__|Confirmado Laboratorial |__|Síndrome Gripal Não Especificada	**Data de encerramento:**____|____|___

Informações complementares e observações

e-SUS Notifica – 05/10/2020

18.10 – REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19.** Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia Ede COVID-19.** Brasília, 2020. p. 64.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientação para manejo de pacientes com COVID-19.** 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf. Acesso em 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19.** Brasília, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 634/2020 de 26 de março de 2020. **Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov- 2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Resolu%C3%A7%C3%A3o-Cofen-n%C2%BA-634-2020.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

COREN. **Diagnóstico de Enfermagem em casos de Coronavírus e COVID-19.** Espírito Santo, 2020. Disponível em: <>http://www.coren-es.org.br/diagnostico- de-enfermagem-em-casos-de-coronavirus-e-covid-19_21788.html> . Acesso em 12 abr. 2021.

POLAKIEWICZ, Rafael. Telenfermagem: Como podemos utilizar a telessaúde nos cuidados do enfermeiro?. **PEBMED**, 2020. Disponível em: https://pebmed.com.br/telenfermagem-como-podemos-utilizar-a-telessaude-nos- cuidados-do-enfermeiro/ . Acesso em 12 abr. 2021

Art. 2º Os Protocolos transcritos nesta Instrução Normativa tem por finalidade sistematizar e validar as normas internas das (tele)consultas de enfermagem no âmbito institucional e respaldar o exercício do enfermeiro no Consultório de Enfermagem do REN, ademais, com o intuito de facilitar a tomada de decisões do enfermeiro e melhorar a resolutividade dos serviços ofertados à população.

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

FERNANDA MARIA VIEIRA PEREIRA ÁVILA
Chefe do Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras
# # # # # #

SEÇÃO III

RESOLUÇÃO GGV/IME/UFF Nº 02, DE 16 DE AGOSTO DE 2021

Altera, no âmbito do Colegiado do Curso de Graduação em Estatística, a composição da Comissão de Atividades Complementares (CAC).

O COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE MATEMÁTICA E ESTATÍSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, no uso de suas atribuições regimentais, e considerando a 61ª reunião do colegiado de curso realizada no dia 16/07/2021, resolve:

Art 1º Determinar que a Comissão de Atividades Complementares (CAC) seja formada por 2 (dois) docentes lotados no Departamento de Estatística.

Art. 2º Fica revogado o Art. 6º da Resolução GGV 06/2008, de 14 de maio de 2008.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor em 16 de agosto de 2021.

ANA MARIA LIMA DE FARIAS

Coordenadora do Curso de Graduação em Estatística

# # # # # #

RESOLUÇÃO GGV/IME/UFF Nº 03, DE 16 DE AGOSTO DE 2021

Define função e composição da Comissão de Orientação Acadêmica (CORAC) do Curso de Graduação em Estatística.

O COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE MATEMÁTICA E ESTATÍSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, no uso de suas atribuições regimentais, e considerando a 61ª reunião do colegiado de curso realizada no dia 16/07/2021, resolve:

Art 1º Determinar que a Comissão de Orientação Acadêmica (CORAC) seja responsável por

(a) orientar os alunos sobre a escolha das atividades a serem desenvolvidas ao longo da permanência do curso;

(b) identificar e orientar os alunos que estejam com desempenho abaixo do esperado, com vistas à sua reintegração ao fluxo do curso.

Art 2º Determinar que esta comissão seja formada por pelo menos 3, e no máximo 4 docentes lotados no Departamento de Estatística.

Art. 3º Ficam revogadas as resoluções GGV 07/2011, de 17 de outubro de 2011, GGV 05/2016, de 22 de dezembro de 2016, e GGV 04/2019, de 8 de novembro de 2019.

Art. 4º Esta resolução entrará em vigor em 16 de agosto de 2021.

ANA MARIA LIMA DE FARIAS

Coordenadora do Curso de Graduação em Estatística

# # # # # #

RESOLUÇÃO GGV/IME/UFF Nº 04, DE 16 DE AGOSTO DE 2021

Ratifica, no âmbito do Colegiado do Curso de Graduação em Estatística, a composição da Coordenação de Estágios (CES).

O COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE MATEMÁTICA E ESTATÍSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, no uso de suas atribuições regimentais, e ratificando decisão tomada na 32ª reunião do colegiado de curso realizada no dia 09/08/2013, resolve:

Art 1º Determinar que a Coordenação de Estágios (CES) seja formada por 2 (dois) docentes lotados no Departamento de Estatística, sendo um o coordenador e o outro, seu suplente;

Art. 2º Determinar que, na ausência de ambos, a responsabilidade da Coordenação de Estágios fique a cargo do Coordenador de Curso em exercício.

Art. 3º Esta resolução entrará em vigor em 16 de agosto de 2021.

ANA MARIA LIMA DE FARIAS

Coordenadora do Curso de Graduação em Estatística

# # # # # #

RESOLUÇÃO GGV/IME/UFF Nº 05, DE 16 DE AGOSTO DE 2021

Altera, no âmbito do Colegiado do Curso de Graduação em Estatística, a Carga Horária Mínima Semestral a ser cumprida pelos alunos.

O COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE MATEMÁTICA E ESTATÍSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, no uso de suas atribuições regimentais, e considerando a 61ª reunião do colegiado de curso realizada no dia 16/07/2021, resolve:

Art. 1º Alterar a carga horária mínima semestral a ser cumprida pelos alunos do Curso de Graduação em Estatística para 170 (cento e setenta) horas em disciplinas obrigatórias ou optativas da grade curricular.

Parágrafo único. Admite-se como única exceção a inscrição em apenas GGV00038 Projeto Final I, de 136 (cento e trinta e seis) horas, desde que o aluno já tenha integralizado a carga horária das disciplinas optativas.

Art. 2º Manter em 500 (quinhentas) horas a carga horária máxima semestral a ser cumprida pelos alunos do Curso de Graduação em Estatística.

Art. 3º Ficam revogadas as Resoluções 09/2015, de 13 de agosto de 2015, e 03/2008, de 14 de maio de 2008.

Art. 4º Esta resolução entrará em vigor em 16 de agosto de 2021.

ANA MARIA LIMA DE FARIAS

Coordenadora do Curso de Graduação em Estatística

# # # # # #

RESOLUÇÃO GGV/IME/UFF Nº 06, DE 16 DE AGOSTO DE 2021

Inclui pré-requisitos para disciplina optativa da grade curricular do Curso de Estatística.

O COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE MATEMÁTICA E ESTATÍSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, no uso de suas atribuições regimentais, e considerando a 61ª reunião do colegiado de curso realizada no dia 16/07/2021, resolve:

Art. 1º Incluir as disciplinas GMA00110 Cálculo II-B e GAN00007 Introdução à Álgebra Linear como pré-requisitos da disciplina optativa TEP00117 – Pesquisa Operacional I.

Art. 2º Esta resolução entrará em vigor em 16 de agosto de 2021.

ANA MARIA LIMA DE FARIAS

Coordenadora do Curso de Graduação em Estatística

# # # # # #

SEÇÃO IV

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

DETERMINAÇÃO DE SERVIÇO SAEP Nº 32/2021, de 11 DE AGOSTO DE 2021.

O **SUPERINTENDENTE DE ARQUITETURA, ENGENHARIA E PATRIMÔNIO**, no uso de suas atribuições, RESOLVE:

1. Constituir Comissão de Aceite Definitivo de serviços de obra de demolição da construção irregular executada na cobertura do prédio das Faculdades de Administração, Nutrição e Odontologia e a construção do telhado. **Processo nº 23069.153737/2020-97**.

2. Designar para compor a referida Comissão, sob a presidência do primeiro, os seguintes servidores:

1º - **MARCELO SARAPECK RIBEIRO PINTO - SIAPE: 1730224**;

2º - **WALDEMIR CARVALHO SODRÉ - SIAPE: 0307750**;

3º - **CARLOS JOSÉ DE PETRIBÚ GUIMARÃES - SIAPE: 1781060**;

3. Esta DTS entrará em vigor na data de sua assinatura.

Documento assinado eletronicamente por **Julio Rogerio Ferreira da Silva**, **SUPERINTENDENTE**, em 11/08/2021, às 15:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.uff.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0513104** e o código CRC **70F31713**.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PORTARIA UFF Nº 68.260 de 16 de agosto de 2021

Criação do Comitê Gestor Pedagógico do Curso Superior Sequencial de Complementação de Estudos em Desafios Globais, Ênfase em Desigualdades.

O REITOR DA *UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE*, no uso de suas atribuições legais, estatutárias e regimentais,

CONSIDERANDO a natureza de transversalidade do Curso Superior Sequencial de Complementação de Estudos, e seu oferecimento a partir de um conjunto de departamentos e coordenações da UFF;

CONSIDERANDO a necessidade de uma instância responsável pela coordenação administrativa e acadêmica, que integre o conjunto de departamentos/coordenações responsável pelo oferecimento das disciplinas e que realize a interação com o sistema acadêmico; e

CONSIDERANDO ainda, o que consta no Ofício nº 18/2021/SRI/UFF, de 06 de Agosto de 2021, da Superintendente de Relações Internacionais desta Universidade,

RESOLVE:

Art. 1º. **Criar** o **Comitê Gestor Pedagógico do Curso Superior Sequencial de Complementação de Estudos em Desafios Globais, ênfase em Desigualdades**, que responderá como coordenação do curso sequencial.

UFFPOR202168260A

Classif. documental	011.1

Assinado com senha por ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA.
Documento Nº: 27751-4592 - consulta à autenticidade em https://app.uff.br/sigaex/autenticar.action

Art. 2º. O Comitê será responsável institucionalmente pelo curso, tendo as seguintes atribuições:

I. Elaborar seus regulamentos internos;

II. Promover o processo seletivo para ingresso de alunos no curso;

III. Coordenar o oferecimento das disciplinas a serem ministradas, a partir da oferta dos diversos departamentos/coordenações participantes do curso;

IV. Organizar a logística curricular e validar as atividades executadas pelos alunos ao longo do curso sequencial;

V. Intermediar junto à Pró-Reitoria de Graduação os processos de matrícula e integralização curricular, para fins de emissão do certificado de conclusão;

VI. Propor ações de integração entre as diversas instâncias da universidade; e

VII. Fortalecer redes colaborativas entre a universidade com instituições nacionais e estrangeiras.

Art. 3º. O Comitê Gestor Pedagógico será constituído por:

I. 03 (três) representantes da Superintendência de Relações Internacionais;

II. 01 (um) representante da Pró-Reitoria de Graduação;

III. 01 (um) representante da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação; e

IV. 02 (dois) representantes docentes, integrantes do curso sequencial.

Art. 4º. A designação dos membros do Comitê se dará através de Portaria do Reitor.

Art. 5º. A Presidência do Comitê caberá a um de seus membros escolhido pelos seus pares e designado pelo Reitor.

Art. 6º. O Comitê contará com o apoio administrativo de uma secretaria do Curso Superior Sequencial de Complementação de Estudos em Desafios Globais, Ênfase em Desigualdades, localizada na Superintendência de Relações Internacionais, dada a natureza do curso sequencial de fomentar a internacionalização do ensino superior.

UFFPOR202168260A

Assinado com senha por ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA.
Documento Nº: 27751-4592 - consulta à autenticidade em https://app.uff.br/sigaex/autenticar.action

Art. 7º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação no Boletim de Serviço desta Universidade.

Publique-se, registre-se e cumpra-se.

ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA
Reitor

UFFPOR202168260A

Assinado com senha por ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA.
Documento Nº: 27751-4592 - consulta à autenticidade em https://app.uff.br/sigaex/autenticar.action

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PORTARIA UFF Nº 68.261 de 16 de agosto de 2021

Designa os membros do Comitê Gestor Pedagógico do Curso Superior Sequencial em Desafios Globais.

O REITOR DA *UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE*, no uso de suas atribuições legais, estatutárias e regimentais,

CONSIDERANDO a necessidade de uma instância responsável pela coordenação administrativa e acadêmica, que integre o conjunto de departamentos/coordenações responsável pelo oferecimento das disciplinas e que realize a interação com o sistema acadêmico; e

CONSIDERANDO a criação do Comitê Gestor Pedagógico do Curso Superior Sequencial em Desafios Globais, Ênfase em Desigualdades, **resolve:**

Art. 1º. **Designar** como membros do Comitê Gestor Pedagógico do Curso Superior Sequencial em Desafios Globais os seguintes servidores: **ADRIANA MILWARD DE ANDRADE MACIEL**, Assistente em Administração, Coordenadora de Mobilidade e Projetos da Superintendência de Relações Internacionais, matrícula SIAPE nº 0308749; **ANDREA BRITO LATGÉ**, Professora do Magistério Superior, Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação, matrícula SIAPE nº 6302999; **GILMAR DE ALMEIDA LIMA**, Assistente em Administração, Chefe da Divisão de Apoio Curricular da Pró-Reitoria de Graduação, matrícula SIAPE nº 0304812; **LIVIA MARIA DE FREITAS REIS TEIXEIRA**, Professora do Magistério Superior, Superintendente de Relações Internacionais, matrícula SIAPE nº 0311583; **TÂMIS PEIXOTO PARRON**, Professor do Magistério Superior, Coordenador de Graduação, matrícula SIAPE nº 2405078; **TELMA CRISTINA DE ALMEIDA SILVA PEREIRA**, Professora do Magistério Superior, Departamento de Letras Estrangeiras Modernas, matrícula SIAPE nº 1806734; **VITOR IERUSALIMSCHY**, Assistente em Administração, Chefe da Divisão de Projetos da Superintendência de Relações Internacionais, matrícula SIAPE nº 2311171.

UFFPOR202168261A

Classif. documental	011.1

Assinado com senha por ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA.
Documento Nº: 27752-9162 - consulta à autenticidade em https://app.uff.br/sigaex/autenticar.action

Art. 2º. A presidência do Comitê Gestor Pedagógico caberá à **LIVIA MARIA DE FREITAS REIS TEIXEIRA**.

Art. 3º. Esta designação não corresponde à função gratificada.

Art. 4º. Esta portaria entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Publique-se, registre-se e cumpra-se.

ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA
Reitor

UFFPOR202168261A

Assinado com senha por ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA.
Documento Nº: 27752-9162 - consulta à autenticidade em https://app.uff.br/sigaex/autenticar.action