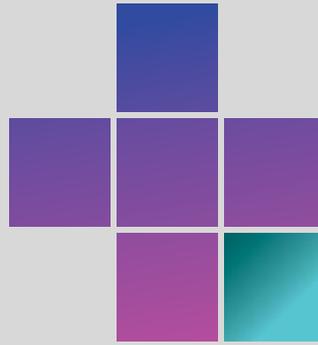




Protocolos de Enfermagem



Cidade de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e
Vigilância em Saúde

Coordenadoria da Atenção Básica
Área Técnica da Assistência em Enfermagem

Módulo 3

Atenção Primária à Saúde da Pessoa Adulta



5ª edição revisada
Novembro | 2025



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Prefeito da Cidade de São Paulo

Ricardo Nunes

Secretário Municipal da Saúde

Luiz Carlos Zamarco

Secretário Adjunto Municipal da Saúde

Maurício Serpa

Chefe de Gabinete

Luiz Artur Vieira Caldeira

**Secretária Executiva de Atenção Básica,
Especialidades e Vigilância em Saúde**

Sandra Maria Sabino Fonseca

Coordenadora da Atenção Básica

Giselle Cacherik

FICHA CATALOGRÁFICA

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde-SEABEVS.

Protocolo de Enfermagem: Módulo 3 - Atenção Primária à Saúde da Pessoa Adulta. / Secretaria da Saúde, Coordenadoria da Atenção Básica/ Área Técnica da Assistência de Enfermagem. 5ª edição, Revisada em 09/2024 – São Paulo: SMS,2024. **411 páginas**.

1.Enfermagem 2. Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do adulto 4. Saúde da Família 5. Serviços de Saúde

CDU 614.2

**PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA-EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA,
ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**Coordenadora da Atenção Básica
Área Técnica da Assistência de Enfermagem**

Módulo 3

Atenção Primária à Saúde

da Pessoa Adulta

Revisão 11/2024

COORDENAÇÃO GERAL

Área Técnica da Assistência de Enfermagem da Coordenadoria de Atenção Básica – SMS/SP

Maria Elizabet Pereira de Siqueira
Ellen Akreman Macedo Tinos
Ana Paula Lima Orlando

ORGANIZAÇÃO

Área Técnica da Assistência de Enfermagem Coordenadoria de Atenção Básica - SMS/SP

Escola Paulista De Enfermagem – EPE/ Unifesp - Departamentos acadêmicos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO SMS/CAB

Adalberto Kiochi Aquemi
Cassia Liberato Muniz Ribeiro
Ellen Akreman Macedo Tinos
Karina Mauro Dib
Kelly Cristina Lino dos Santos
Maria Elizabet Pereira de Siqueira
Maria Luiza Franco Garcia
Josie Cleia Santos Miranda

DEPARTAMENTOS CAB

Divisão de Cuidado às Doenças Crônicas
Divisão de Promoção à Saúde
Divisão de Saúde Mental
Divisão de Cuidados em Saúde por Ciclos de Vida
Divisão de Atenção Primária
Divisão de Assistência Farmacêutica e Laboratorial de Enfermagem e Insumos Estratégicos

COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE/ SMS-SP

Andrea Lutten Leitão
Carlos Eduardo de Paula
Cassia Oliveira Lopes
Cíntia Christina Silva Patrício de Souza
Evelyn de Souza Viana
Julia de Moura Godoy
Lígia Mascarenhas
Lucimar de Lima Xavier de Mendonça
Verônica de Pádua Mello

ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM – EPE/ UNIFESP

Departamento de Saúde Coletiva – DESC

Ana Beatriz Mateus Pires
Ana Lucia de Moraes Horta
Danila Cristina Paquier Sala
Flávia Saraiva Leão Fernandes
Hugo Fernandes
Káren Mendes Jorge de Souza
Lucíola Demery Siqueira
Márcia Regina Martinez Tedeschi
Meiry Fernanda Pinto Okuno
Miriam do Nascimento Ogata Ooki
Monica Taminato
Paula Hino
Soraia Matilde Marques Buchhorn

PARCEIROS:

Associação Filantrópica Nova Esperança - AFNE
Associação Saúde da Família - ASF
Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim - CEJAM
Fundação do ABC - FABC
Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde - INTS
Associação Comunitária Monte Azul -
Casa de Saúde Santa Marcelina;
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco;
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo;
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina;
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

Agradecemos aos profissionais da Coordenadoria da Atenção Básica, Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Escola Paulista De Enfermagem – EPE/ Unifesp - Departamentos acadêmicos, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein:

Aline Calle Canella, Aline Fernandes de Rossi, Ana Claudia Cascardo, Andrea Cristina Borella, Bárbara Tideman Sartorio Camargo, Barbara Gatti Pascoaso, Beatriz Diório Pires, Beatriz Mayumi Itonaga, Beatriz Secco da Silva, Carla Pereira Barreto, Carolina Manteiga de Castro, Cassia Regina da Silva, Cecilia Onohara da Silva, Daiana Bonfim, Dafne Louize Gomes Fernandes, Debora Bernardo da Silva, Denis dos Santos Azevedo, Fabiana Guimarães dos Santos, Felipe Trojeckas Fragoso, Gabriella Mendes de Oliveira, Gabriel Santana, Giovana Andrade Frederico, Gislaine Desani Costa, Guilherme Magalhães Costa, Jessica Domingues, Jessica Vilela Silva, Jocielle dos Santos Ramos, Julianni Ribeiro Nunes, Kaiana Hungria de Souza, Karine Genoroso Hohl, Kattielly Gomes Silva, Lais Correia Souza, Leila Justino da Silva, Lucelia dos Santos Silva, Luiza Carraschi de Oliveira, Maria Fernanda Nóbrega, Marília Orlandelli Carrer, Marina Cristina dos Santos Brito, Patricia Aline Almeida, Phellipe Martins Sanches Ferreira da Rocha, Priscila Maria Gonçalves Ruggeri Faustino, Rebecca Camatta, Samuel Damasceno Cipriano, Sofia Araujo Lopes, Stefany Nizer Alves, Tatiana Silva dos Santos Ferreira, Thuany Gama Neumann, Verônica Elizabeth Nascimento, Victoria Klebis da Silva, Vivian Pereira Franco.

Agradecemos aos profissionais abaixo relacionados pela dedicação na construção das edições anteriores:

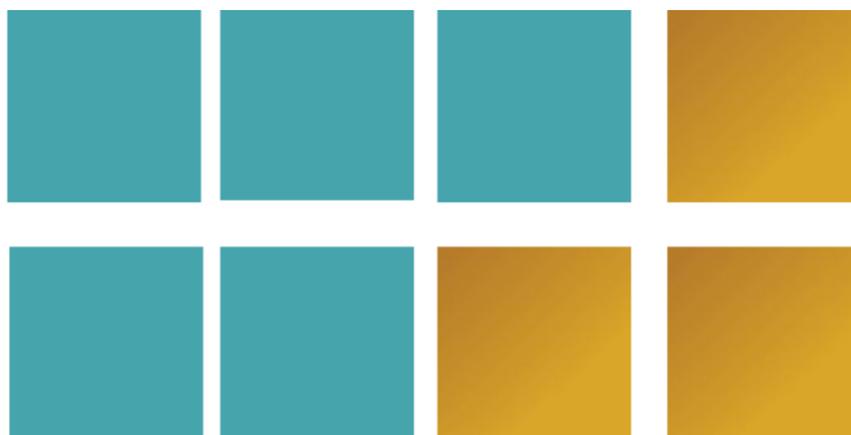
Amara Lousiene Sales Patricio; Andréa Lutten Leitão; Artur Vieira Castilhano Neto; Cecília Seiko Takano Kunitake; Claudia Hernandez F. Takamatsu; Heloisa Maria Chamma Leuzzi Lacava; Ivani dos Santos; Karina Mauro Dib; Leni Aparecida Gomes Uchoa; Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas; Maria Cristina H. dos Santos; Marisa Beraldo; Patrícia Luna; Priscila de Oliveira Conde Candido; Rhavana Pilz Canônico; Renata Sinti Bonanno; Reneide Rodrigues Ramos; Roberta Melão; Rosa Maria Bruno Macucci, Silmara Alves dos Santos Soraia Rizzo; Andrea da Silva Alves; Ana Izabel C. Gorgulho; Ana Maria A. Bergo; Denise Helena de Castro Freitas; Gloria Mityo Schulze; Leni A. Gomes Uchôa; Luciana Moraes Borges Guedes; Marina Arends Roschel; Maria das Graças L. Oliveira; Maria das Graças Lopes Bel. da Silva; Naira Reis Fazenda; Rachel Gonçalves Miguel; Regina T. Capelari; Rita de Cássia R. Pereira; Mercia Celeste; Patricia Luna; Nayara T. Hollen Dias; Sandra Regina Alves Freita

APRESENTAÇÃO

Este documento está em sua 5ª edição, revisada em setembro/2024, como instrumento norteador para os profissionais Enfermeiros lotados nos estabelecimentos municipais de saúde da Atenção Básica do município de São Paulo, com o objetivo de apoiar os profissionais na condução das etapas da assistência na Atenção Primária à Saúde (APS), viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS.

A construção deste documento envolveu o trabalho conjunto com os Interlocutores Técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde e Assessores das Áreas Técnicas da Coordenadoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, com participação do corpo Docente da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo através do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Esta atualização periódica surge pela necessidade de assegurar a organização da assistência de enfermagem nos serviços da APS, baseada em evidências científicas e alinhada aos princípios da Política Nacional de Atenção Básica: “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada”.



SIGLAS

AB - Atenção Básica
ADA - American Diabets Association
APS - Atenção Primária à Saúde
CAD - cetoacidose diabética
CAPS/AD - Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CIAP – Classificação Internacional da Atenção Primária à Saúde
CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
CRIE - Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
CRST - Centros de Referência de Saúde do Trabalhador
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV - Doença Cardiovascular
DCV - Doença Cardiovascular
DM - Diabetes Mellitus
DMG - Diabetes Mellitus Gestacional
DRC - Doença Renal Crônica
dT - Difteria e tétano
ECG - eletrocardiograma
ECV - estratificação cardiovascular
e-Multi - equipe multiprofissional
FINDRISC - Escore Finlandês de Risco de Diabetes
GVE - Grupos de Vigilância Epidemiológica
HAB - Hipertensão do Avental Branco
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c - Hemoglobina Glicada
HDL - High Density Lipoprotein
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HM - Hipertensão Mascarada;
HS - Hipertensão Sustentada
IASP - Internacional Association of Study of Pain
IMC – Índice de Massa Corpórea
IRC - Insuficiência Renal Crônica
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDL - Low Density Lipoprotein
LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Pôli, Não-binárias e mais
MAPA - monitorização ambulatorial da pressão arterial
MEEM - Mini-Exame do Estado Mental
MEV - Modificação do Estilo de Vida
MoCA - Montreal Cognitive Assessment
MPA - Medida da Pressão Arterial
MRPA - Monitorização Residencial da Pressão Arterial
MSP - Município de São Paulo
NUVIS - Núcleo de Vigilância em Saúde
NV - Normotensão Verdadeira
OMS - Organização Mundial de Saúde
OE – Otite externa
OMA – Otite média crônica
PA - Pressão Arterial
PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAP - Plano de Autocuidado Pactuado
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEPSATT - Programa de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNEPSTT - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNS - Política Nacional de Saúde
SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes
SBIIm - Sociedade Brasileira Imunizações
SCR - Tríplice Viral
SMS/SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SSA – Síndrome da Abstinência Alcoólica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de saúde
VD - Visita Domiciliária
VLDL - Very Low Density Lipoprotein

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 – ADULTO SAUDÁVEL: PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	15
1.1 ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL.....	15
1.2. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	16
1.3. PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	20
1.4. REDUÇÃO DO PESO CORPORAL	22
1.5. ABANDONO / REDUÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	23
1.6. ABANDONO DO TABAGISMO	28
1.7. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO TABAGISMO	30
1.8. BOAS PRÁTICAS: TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO	33
1.9. MEDIDAS ANTIESTRESSE	36
1.10. TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO PARA REDUÇÃO DA ANSIEDADE	38
1.11. MANEJO DO ESTRESSE ATRAVÉS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)	39
1.12. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	42
1.13. AÇÕES EDUCATIVAS EM GRUPO.....	44
1.14. COMPONENTES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	45
CAPÍTULO 2 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)	52
2.1. EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	52
2.2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E A ENFERMAGEM	53
2.3. COMPETE AO ENFERMEIRO.....	54
2.4. COMPETE AO TÉCNICO E AO AUXILIAR DE ENFERMAGEM	55
CAPÍTULO 3 – CONSULTA DE ENFERMAGEM	59
3.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM E RACIOCÍNIO CLÍNICO DO ENFERMEIRO	59
3.2. REGISTRO CLÍNICO/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.....	61
3.3. SAÚDE BUCAL DO ADULTO.....	63
3.4. AVALIAÇÃO E HIGIENE DA CAVIDADE ORAL.....	63
3.5. RASTREAMENTO BUCAL REALIZADO PELO ENFERMEIRO	64
3.6. PREVENÇÃO E RASTREIO PARA CÂNCER BUCAL	65
3.7. DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENÇÕES ENFERMAGEM SAÚDE BUCAL, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS DE ENFERMAGEM - CIPE.	68
3.8. IMUNIZAÇÃO DO ADULTO	71
CAPÍTULO 4 - RASTREAMENTOS COMO ESTRATÉGIA PREVENTIVA ..	74
4.1. RASTREAMENTO DE PESSOAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	74
4.2. RASTREAMENTO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	75

4.3. RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL	78
4.4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	80
4.5. RASTREAMENTO DE DISLIPIDEMIA	86
4.6. RASTREAMENTO PARA DIABETES MELLITUS	91
4.7. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA DM	93
CAPÍTULO 5 - DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	96
5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	96
5.1.1. Classificação da pressão arterial	98
5.1.2. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso	103
5.1.3. Consulta de Enfermagem à pessoa com Hipertensão Arterial.....	106
5.1.4. Principais Diagnósticos CIPE e CIAP, para indivíduos com hipertensão arterial sistêmica.....	109
5.1.5. Intervenções e Prescrições de Enfermagem.....	111
5.1.6. Exames complementares	112
5.1.7. Evolução de Enfermagem	113
5.2. DIABETES MELLITUS.....	116
5.2.1. Classificação do DM.....	118
5.2.2. Consulta de enfermagem a pessoa com DM	120
5.2.3. Critérios para diagnóstico do DM	123
5.2.4. Diagnóstico de enfermagem possíveis para pessoas vivendo com DM	124
5.2.5. Exames Complementares	126
5.2.6. Classificação do risco no pé do diabético, abordagem e seguimento clínico.....	126
5.2.7. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso	129
5.2.8. Reconhecimento, Tratamento e Prevenção de Hipoglicemia.....	132
5.2.9. Reconhecimento, Tratamento e Prevenção de Hiperglicemia	135
5.2.10. Insulinoterapia.....	137
5.2.11. Vacinação para o usuário com diagnóstico de Diabetes Melito .	140
5.3. OBESIDADE	143
5.3.1. Causas associadas ao aumento da obesidade entre os adultos .	144
5.3.2. Acompanhamento dos usuários na APS.....	148
5.3.3. Consulta de Enfermagem a pessoa com obesidade	150
5.3.4. Intervenções de enfermagem.....	153
5.3.5. Evolução de Enfermagem	154
5.4. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS.....	155
5.4.1. Asma (CIAP R96).....	156
5.4.2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (CIAP R95).....	160
5.4.3. Rinite Alérgica (CIAP R97).....	164
5.5. HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO	167
5.5.1. Condições Clínicas Indicativas da Necessidade de Avaliação da Função Tireoidiana (dosagem de TSH)	168
5.5.2. Sinais e Sintomas de hipertireoidismo e hipotireoidismo	169
5.5.3. Consulta de enfermagem a pessoa com hipertireoidismo/ hipotireoidismo	170

5.5.4. Intervenções e Prescrição de Enfermagem após diagnóstico médico (cuidado compartilhado).....	173
5.6. SAÚDE MENTAL NA APS.....	175
5.6.1. Consulta de Enfermagem.....	176
5.6.2. Roteiro do Processo de Enfermagem em Saúde Mental na APS	179
5.6.3. Entrevista e Exame Psíquico	180
5.6.4. Instrumentos validados para compor a avaliação do enfermeiro em queixas de sofrimento psíquico.....	184
5.6.5. Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados para queixas em Saúde Mental	185
5.6.6. Intervenções de Enfermagem	190
5.6.7. As práticas e cuidados essenciais da MhGAP	191
5.6.8. Prescrições de medicação	193
CAPÍTULO 6 - DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS.....	195
6.1. CUIDADO À PESSOA VIVENDO COM TUBERCULOSE	195
6.1.1. Consulta de Enfermagem.....	198
6.1.2. Intervenções e exame solicitados pelo Enfermeiro para confirmação de TB	199
6.1.3. Tratamento.....	201
6.1.4. Acompanhamento clínico e laboratorial de paciente em tratamento de Tuberculose (adolescentes e adultos)	202
6.1.5. Avaliação de Contatos	204
6.1.6 Fluxograma da Investigação de contato em adultos e crianças > 10 anos	208
6.1.7. Tratamento de Infecção Latente	208
6.1.8. Incentivos do Programa Municipal de Tuberculose (PMCT)	215
Cesta Básica.....	215
6.1.9. Fluxograma sobre o algoritmo diagnóstico de RETRATAMENTO baseado no TRM-TB versão ULTRA	216
6.1.10. Diabetes associada ao tratamento de TB	217
6.2 CUIDADO À PESSOA VIVENDO COM HANSENÍASE	219
6.2.1. Consulta de Enfermagem.....	220
6.2.2. Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados à pessoa vivendo com Hanseníase	224
6.2.3. Intervenções de Enfermagem	225
CAPÍTULO 7 - SAÚDE DO TRABALHADOR	229
7.1. CONSULTA À SAÚDE DO TRABALHADOR	230
7.1.1. Atendimento do trabalhador para risco de acidente com material biológico.....	231
7.1.2. Risco de Infecção por HIV, Hepatite B e Hepatite C	231
7.1.3. Principais Diagnósticos e intervenções de enfermagem frente ao Tipo de Exposição.....	232
7.1.4. Fluxograma de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (AT Bio) – Orientação às Unidades de Saúde.....	234
7.1.5. Profilaxia Pós-exposição ao HIV (PEP).....	235

7.1.6. Fluxograma para indicação de PEP ao HIV	236
7.1.7. Profilaxia Pós-exposição a Hepatite B	237
CAPÍTULO 8 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – IST ...	238
8.1. ABORDAGENS POR ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA	238
CAPÍTULO 9 - CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	240
9.1 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS	241
9.2. AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	242
CAPÍTULO 10 – QUEIXAS MAIS COMUNS NA APS	272
10.1 INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES - IVAS (R74)	272
10.1.1. Síndromes gripais	272
10.1.2. Rinossinusite (Sinusite - CIAP R75)	279
10.1.3. Dor de garganta	281
10.2 DOR	286
10.2.1 Dor de Cabeça/Cefaleia	289
10.2.2. Dor no ombro	292
10.2.2. Dor Lombar	294
10.2.4. Dor de ouvido	298
10.2.5. Cólica Menstrual	304
10.2.6. Disúria	308
10.3. QUEIXAS INESPECÍFICAS	314
10.3.1 Febre	314
10.3.2. Tonturas/Vertigens	316
10.4. QUEIXAS OFTALMOLÓGICAS	319
10.4.1 Olho Vermelho	319
10.4.2. Baixa Visão	323
10.5. QUEIXAS DERMATOLÓGICAS	325
10.5.1 Características das lesões	327
10.6. QUEIXAS GASTROINTESTINAIS	346
10.6.1. Doenças Diarreicas Agudas	346
10.6.2. Constipação	351
10.6.3. Náuseas e Vômitos	356
10.6.4. Pirose/Azia	362
10.6.5. Parasitose Intestinal	365
10.6.6. Dor Abdominal	370
10.7 ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	380
10.7.1 Atendimento de enfermagem ao usuário vítima de acidente com animal peçonhento	381
10.8. ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO	382
10.8.1. Condutas de enfermagem para a Pré-exposição:	385
CAPÍTULO 11 - MANEJO DE ARBOVIROSE	389
11.1. ATRIBUIÇÕES EXCLUSIVAS DO ENFERMEIRO	390
11.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AS ARBOVIROSES	393

11.3. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS CIPE, CIAP E RESULTADOS ESPERADOS	394
11.4. DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS FRENTE ÀS ARBOVIROSES PARA AS GESTANTES	395
11.5. PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ARBOVIROSES.....	396
CAPÍTULO 12 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	400
12.1. ETAPAS DO PROCESSO DE CUIDADO	400
12.2. FLUXO PARA ATENDIMENTO A PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	402
ANEXO 1 – ESCALA CIWA-AR	404
ANEXO 2 – FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	405
ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ELIGIBILIDADE E COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO DOMICILIAR (IAEC-AD).....	408

INTRODUÇÃO

As ações e os serviços de saúde que estão mais próximos das pessoas, famílias e coletividades são de responsabilidade da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), que constitui a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, torna-se fundamental a superação de quaisquer barreiras financeiras, geográficas, organizacionais ou culturais que dificultem sua utilização por parte dos usuários. A APS funciona como coordenadora e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Na sua essência, a APS cuida das pessoas, em vez de apenas tratar de doenças ou condições específicas.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) organiza e direciona as ações da APS com base nos princípios e diretrizes do SUS, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico e tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde, por meio do cuidado integral e da gestão qualificada.

Na APS da SMS/SP, algumas áreas de atuação foram definidas com base nos ciclos de vida. São elas: saúde da criança e do adolescente; saúde da pessoa adulta (saúde da mulher e saúde do homem); e saúde da pessoa idosa. As diretrizes do trabalho voltado à saúde do adulto alinham-se aos indicadores de morbimortalidade, à avaliação de vulnerabilidades e à identificação de fatores de risco e proteção para a saúde neste período da vida. Desse modo, as ações e serviços são programados para atender as necessidades da população, considerando as características de cada território vivo e os determinantes e condicionantes da saúde.

Este protocolo tem como proposta instrumentalizar o Enfermeiro para desenvolver as ações de prevenção, promoção, manejo clínico e reabilitação da saúde pertinente à Atenção Primária do Município de São Paulo, em caráter multidisciplinar. Os temas abordados foram priorizados mediante os indicadores de saúde que necessitam de um trabalho maior com a população adulta deste município.

Área Técnica de Enfermagem
Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias
SMS-SP

Capítulo 1 – ADULTO SAUDÁVEL: PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

1.1 Estilo de Vida Saudável

Estilos de vida saudáveis são interpretados hegemonicamente como um conjunto de comportamentos construídos e modificados individualmente, capazes de favorecer a saúde. Entretanto, a partir do referencial teórico da Promoção da Saúde, que rompe com o modelo de culpabilidade individual, centrado na abordagem redutora de risco epidemiológico, destaca-se a importância de o enfermeiro compreender a dimensão subjetiva e o contexto sócio-histórico-cultural em que tais comportamentos se inscrevem, a partir dos modos de viver e trabalhar do usuário. Uma expressão clara da construção social de estilos de vida saudáveis são os processos de globalização e homogeneização de comportamentos, cada vez mais presentes na hipermodernidade.

Nesse contexto, considera-se a capacidade dos usuários escolherem estilos de vida promotores de saúde, mas também se compreende que essas escolhas são limitadas, de certo modo, por suas condições de vida. Os profissionais da APS podem atuar em todas essas camadas de complexidade.

Um estilo de vida saudável deve ser desenvolvido o mais cedo possível e mantido durante a vida adulta e idade madura, pois sua manutenção além de prevenir doenças e/ou impedir que doenças crônicas, já instaladas, piorem, também contribui para a qualidade de vida e o bem-estar físico, mental e social dos usuários.

Um estilo de vida saudável inclui, dentre muitos hábitos:

- Realizar exames de saúde preventivos quando necessário;
- Adotar uma alimentação equilibrada;
- Controlar o peso;
- Desenvolver momentos de relaxamento, lazer e redução do estresse;
- Praticar regularmente atividade física;
- Evitar ou reduzir o consumo de bebida alcoólica, tabaco ou qualquer tipo de droga;
- Manter a rotina de um sono reparador;
- Cultivar relacionamentos saudáveis e redes de suporte social.

A compreensão sobre o efeito multiplicador dos fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), quando associados, evidencia a necessidade de que a abordagem das pessoas que procuram o serviço de saúde seja feita por meio de uma avaliação global do risco, e não de forma estanque, pensando-se isoladamente os problemas de saúde e patologias. Nesse sentido, é importante buscar na avaliação de enfermagem (entrevista e exame físico) dados que componham um quadro de risco amplo, porém sempre associado às dimensões socioculturais do processo saúde-doença-cuidado.

1.2. Alimentação saudável

A promoção da alimentação saudável é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e uma das prioridades para a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros. Além de ser um direito humano básico, que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa à uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo. Também deve:

- Estar em acordo com as necessidades alimentares especiais;
- Ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia;
- Acessível do ponto de vista físico e financeiro;
- Harmônica em quantidade e qualidade atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer;
- Baseada em prática produtivas adequadas e sustentáveis.

Instrumentos e estratégias de educação alimentar e nutricional devem apoiar pessoas, famílias e comunidades para que adotem práticas alimentares promotoras da saúde e para que compreendam os fatores determinantes dessas práticas, contribuindo para o fortalecimento dos sujeitos na busca de habilidades para tomar decisões e transformar a realidade, assim como para exigir o cumprimento do direito humano à alimentação adequada. É fundamental que ações de educação alimentar e nutricional sejam desenvolvidas pelas equipes das unidades de saúde.

Uma alimentação adequada e saudável valoriza a variedade de alimentos, equilibra quantidade e qualidade, inclui alimentos *in natura* e minimamente processados e sanitariamente segura.

Classificação dos alimentos segundo grau de processamento

Categoria	Descrição	Exemplos
<i>In natura</i>	Obtidos diretamente de plantas ou de animais e são adquiridos para o consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza.	Legumes, verduras, frutas, tubérculos, carnes de gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados, ovos.
Minimamente processados	Submetidos a algum processo, como a limpeza, congelamento, moagem ou pasteurização, mas que não envolvam agregação de substâncias ao alimento original como o sal, o açúcar, óleos ou outras substâncias.	Arroz, feijão, lentilhas, cogumelos, frutas secas, sucos de frutas sem adição de açúcar, castanhas e nozes sem sal, farinhas de mandioca, de milho de tapioca ou de trigo e massas frescas.
Processados	Fabricados pela indústria com a adição de sal, açúcar ou outro produto que torne o alimento mais durável, palatável e atraente.	Conservas em salmoura (cenoura, pepino, ervilhas, palmito), compotas de frutas, carnes salgadas e defumadas, sardinha e atum em latinha, queijos e pães feitos de farinha, fermento e sal.
Ultra processados	Formulações industriais, em geral, com pouco ou nenhum alimento inteiro. Esse tipo de alimento sempre contém aditivos para tornar o produto mais atraente ao paladar.	Bolachas recheadas, geleias, salsichas, sorvetes, molhos, chocolates, misturas para bolo, barras energéticas, sopas, macarrão e temperos instantâneos, salgadinhos chips, refrigerantes, produtos congelados e prontos para aquecimento como massas, pizzas, hambúrgueres e nuggets.

Fonte: Guia alimentar para a população brasileira, 2021.

Dez passos para uma alimentação adequada e saudável	
Recomendações	Orientações
1 - Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.	<ul style="list-style-type: none"> • Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, os alimentos in natura ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. • Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes • Variedade dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.
2 - Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos in natura ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.
3 - Limitar o consumo de alimentos processados.	<ul style="list-style-type: none"> • Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados.
4 - Evitar o consumo de alimentos ultra processados.	<ul style="list-style-type: none"> • Devido a seus ingredientes, alimentos ultra processados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos in natura ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

<p>5 - Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e sempre que possível acompanhado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. • Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. • Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. • Sempre que possível, coma em companhia, com familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. • Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.
<p>6 - Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos in natura ou minimamente processados. • Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. • Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.
<p>7 - Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. • Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!
<p>8 - Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. • Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. • Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. • Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação

9 - Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.	<ul style="list-style-type: none"> No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de “comida a quilo” podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem “comida caseira” em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de fast-food.
10 - Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.	<ul style="list-style-type: none"> Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

Fonte: Guia alimentar para a população brasileira, 2021.

1.3. Prática de Atividade Física

A prática regular de atividade física de lazer promove efeito protetor para diversas DCNT e pode interferir na sensação de bem-estar do usuário. Sua recomendação como estratégia para a promoção de saúde e a prevenção de doenças baseia-se em parâmetros de frequência, volume, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física de lazer deve ser realizada durante, pelo menos, 30 minutos de intensidade moderada ao dia, ao menos 5 dias da semana, totalizando pelo menos 150 minutos semanais, de forma contínua ou acumulada. No caso de atividades físicas vigorosas, a prática deverá ser de, pelo menos, 75 minutos por semana. É recomendado incluir como parte das suas atividades semanais, ao menos 2 dias de atividades de fortalecimento dos músculos e ossos. Desse modo obtêm-se os benefícios desejados à saúde, a exemplo da redução do risco de eventos cardiocirculatórios, como infarto e acidente vascular encefálico.

A orientação ao usuário deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física de lazer sempre que possível no seu dia a dia, e adquirir hábitos ativos como parte de suas atividades rotineiras, como:

- Caminhar;
- Subir escadas;
- Realizar atividades domésticas dentro e fora de casa;
- Optar, sempre que possível, pelo deslocamento ativo nas funções diárias.

O efeito da atividade física de intensidade moderada realizada de forma acumulada é semelhante mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os 30 minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões

de 15 minutos (ex: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de 10 minutos (p.ex. manhã, tarde e noite) ao dia. Dessa maneira, atenua-se ou elimina-se a principal barreira à aquisição do hábito da realização da atividade física devido à falta de tempo.

Para a prática de atividades físicas moderadas não há necessidade da realização de avaliação cardiorrespiratória de esforço para indivíduos iniciarem um programa de atividades físicas incorporado às atividades do dia a dia. A avaliação médica e de esforço em indivíduos assintomáticos deve-se restringir apenas aos usuários com alto risco para desenvolver doenças cardiovasculares ou aqueles que desejem desenvolver programas de exercícios estruturados ou atividades desportivas que exijam níveis de atividade física de alta intensidade, nestes casos, é recomendado a orientação conjunta com o Profissional de Educação Física. Acrescenta-se que usuários em uso de medicamentos anti-hipertensivos que interferem na frequência cardíaca, como betabloqueadores, devem ser previamente submetidos à avaliação médica.

A atividade física regular fornece muitos benefícios como a redução da pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como: coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse, dentre outros.

Benefícios na prevenção e controle das afecções crônicas, através da prática de atividade física, práticas corporais e meditação

- São instrumentos importantes no aprendizado da sincronia entre ações e pensamentos, já que um de seus pressupostos é que a forma (posturas e movimentos), a respiração e a intenção mental caminham na mesma direção.
- Melhoram o condicionamento cardiorrespiratório.
- Tonificam os músculos, favorecem a fixação do cálcio ósseo e a capacidade de função das articulações.
- Melhoram a aptidão física, favorecendo a independência de função no dia a dia.
- Contribuem para redução do estresse, depressão e insônia.
- Auxiliam nas iniciativas para manutenção ou redução do peso.
- Apresentam quase ausência de efeitos adversos.

As Unidades Básicas de Saúde devem dispor de equipes aptas a orientar sua população residente à realização de práticas integrativas e complementares,

utilizando dos espaços e áreas de lazer e ou convívio social, disponíveis ao público local. **(Ver capítulo das PICS)**

Algumas das Práticas integrativas mais comuns, ofertadas nos serviços de saúde municipais

- Caminhada
- Lian Gong em 18 terapias
- Tai Chi Pai Lin
- Xian Gong Lien Ch'i
- Dao Yin
- Fio de Seda
- Tai Chi Chuan
- Qi Gong
- Yoga
- Dança circular.

1.4. Redução do peso corporal

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças não transmissíveis, com destaque especial as cardiovasculares e diabetes. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. O acompanhamento dos usuários com excesso de peso é um processo contínuo, que inclui apoio e motivação para superação de obstáculos. Assim, a comunicação a ser estabelecida deve ser baseada na interação de saberes e na formação de vínculo.

O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial em até 6 meses de tratamento, com a manutenção do novo peso em longo prazo, já seja capaz de produzir redução da pressão arterial. Todos os hipertensos e diabéticos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso, de modo a alcançar índice de massa corpórea (IMC) ideal, e circunferência abdominal de acordo com o ciclo de vida.

O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional. Além do grau do excesso de gordura, a sua distribuição regional no corpo interfere nos riscos associados ao excesso de peso. O excesso de gordura abdominal representa maior risco do que o excesso de gordura corporal por si só. Esta situação é definida como obesidade androide, ao

passo que a distribuição mais igual e periférica é definida como distribuição ginecoide, com menores implicações à saúde do indivíduo.

A circunferência da cintura é importante fator de risco para doença coronariana e mortalidade por causas cardiovasculares. A obesidade traz aos profissionais de saúde desafios para o entendimento de sua determinação, acompanhamento e apoio à população nas diferentes fases do curso de vida.

A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático.

É importante salientar que, além da dieta e da atividade física, o manejo da obesidade envolve uma abordagem comportamental, que deve focar a motivação, condições para seguir o tratamento, apoio familiar, tentativas e insucessos prévios, tempo disponível e obstáculos para as mudanças no estilo de vida. Além de impactar a autoimagem e autoestima, a perda de peso também contribui com maior disposição e performance para atividade física, melhora da qualidade do sono, redução do risco de apneia e melhora de condição metabólica, ajudando com a redução do uso de medicamentos de uso contínuo, entre eles os psicotrópicos.

1.5. Abandono / redução do consumo de bebidas alcoólicas

O uso nocivo do álcool impacta de maneira importante na saúde do indivíduo e sua família, além de afetar seriamente a sociedade. É um importante fator de risco para DCNT, entre elas câncer, doenças cardiovasculares, doenças transmissíveis (como tuberculose e HIV/AIDS), violência e lesões diversas. Além de ser um fator de risco potencial para mortes prematuras e incapacidades em indivíduos jovens.

No Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas, está incluso o acesso dos atendidos que fazem uso abusivo e sua família aos programas de reabilitação, onde se propõe, que cada progresso no sentido de redução, seja apontado como positivo na evolução gradual em alcance da redução do comportamento prejudicial à saúde.

Durante uma consulta de enfermagem, cabe ao profissional levantar e registrar as informações relatadas pelos usuários, relacionar as queixas e

alterações clínicas apresentadas e avaliar a necessidade de encaminhamento aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD) nas situações de nas situações de prejuízos moderados e/ou graves no consumo no consumo de bebidas alcólicas.

O programa **MODERA** foi instituído em 2024 pela SMS/SP. O aplicativo auxilia na triagem de usuários de álcool, explica sobre o consumo consciente, serviços disponíveis para o cuidado dessa questão e treinamentos para profissionais da saúde e gestores, através do Questionário AUDIT (que pode ser auto aplicado ou utilizado na etapa de anamnese do profissional).

Questionário AUDIT
<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? Escreva o número mais próximo da sua situação pensando em bebidas com álcool na composição, como cerveja, vinho, cachaça, vodca, coquetéis, drinks, etc.</p> <p>(0) Nunca (1) Uma vez por mês ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes na semana</p>
<p>2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?</p> <p>(0) Uma ou duas (1) Três ou quatro (2) Cinco ou seis (3) De sete a nove (4) Dez ou mais</p>
<p>3. Com que frequência consome (4 mulher / 5 homem) ou mais doses numa única ocasião?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Diariamente ou quase diariamente</p>
<p>4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Diariamente ou quase diariamente</p>
<p>5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês</p>

<p>(3) Pelo menos uma vez por semana (4) Diariamente ou quase diariamente</p>
<p>6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Diariamente ou quase diariamente</p>
<p>7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimento de culpa ou de remorsos por ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Diariamente ou quase diariamente</p>
<p>8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Pelo menos uma vez por mês (3) Pelo menos uma vez por semana (4) Diariamente ou quase diariamente</p>
<p>9. Alguma vez na vida você já se feriu ou se prejudicou por causa da bebida? Exemplo: caiu e se machucou, se envolveu numa briga ou acidente, perdeu as chaves de casa, perdeu a carteira ou os documentos.</p> <p>(0) Nunca (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (0) (2) sim, aconteceu nos últimos 12 meses</p>
<p>10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, aconteceu nos últimos 12 meses</p>
<p>Para o resultado:</p> <p>Some o número de cada uma de suas 10 respostas, consulte na tabela abaixo em qual intervalo numérico seu resultado se encontra, este resultado estima o risco do seu tipo de consumo*:</p> <p>Consumo de Baixo Risco – 0 a 7 pontos Consumo de Risco – 8 a 15 pontos Uso Nocivo ou Consumo de Alto Risco – 15 a 19 pontos Possível Dependência – 20 ou mais pontos</p> <p>** Pontuação máxima – 40 pontos</p>

Fonte: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Questionário AUDIT – Avalie seu consumo*. Acolhe USP, 2023.

Importante notar que o indivíduo que apresenta uma pontuação de possível dependência pode apresentar o quadro clínico de **Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)**, devido a diminuição ou interrupção de seu consumo diário.

Para avaliação do grau da Síndrome de Abstinência Alcoólica, pode ser aplicado a escala CIWA- Ar. (Anexo 1)

Considerando o processo de redução de uso/abstinência, é necessário orientar o usuário e a família os possíveis sintomas desencadeados pela SAA, que podem iniciar de 6-24 horas após o último consumo, sendo eles:

- Distúrbios graves de memória
- Desorientação tempo-espacial e de pessoas
- Flutuações de nível de consciência
- Alucinações (auditiva, visual, tátil, geralmente associada a insetos que percorrem seu corpo)
- Tremores
- Náuseas e vômitos
- Anorexia
- Ansiedade/agitação
- Instabilidade emocional
- Insônia
- Irritabilidade
- Diaforese
- Cefaleia

Emergências ocasionadas pela Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)**EMERGÊNCIAS**

SAA avaliadas como leve ou moderada (conforme escala CIWA-Ar) devem ser encaminhadas para o CAPS AD de referência do território, por meio do matriciamento com os profissionais de referência do CAPS AD.

Ademais, se quadro agudo, avaliados como grave na escala, é necessária intervenção de serviço referência de urgência e emergência psiquiátrica do território, considerando ser uma condição clínica do atendido.

Delirium tremens com ou sem convulsão:

- A convulsão só deve ser atribuída à abstinência alcoólica se houver história clara de uma redução significativa ou interrupção do consumo de bebidas alcoólicas nas 24-48 horas (BMJ, 2023)
- Delírios
- Alucinações

Abstinência grave:

- Taquicardia, cetoacidose e colapso circulatório
- Hiper ou hipoglicemia
- Febre (mais comum) ou hipotermia
- Hipertensão (mais comum) ou hipotensão

Orientações para redução de danos

Para sensibilização do usuário que se encontra em fases de contemplação, ação, determinação sobre o uso, o profissional pode ilustrar de forma numérica o consumo e as quantidades.

Acesse: “Cálculo de doses de álcool” disponível no portal BVS
<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=8>

Considera-se **bebedor excessivo**: mais de 21 unidades/semana para homens e mais de 10 unidades/semana para mulheres

Bebedor excessivo episódico: superior a 10 unidades para homens e superior a 7 unidades para mulheres.

Em que:

Bebida	Medida	Volume	Unidades
cerveja	1 lata	350ml	1.7
vinho	1 cálice	90ml	1.1
destilados	1 dose	35ml	2

Segundo a National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH), a redução de uso de consumo de **alto risco** (61 a 100 g de álcool equivalente a 4.4 a 7.1 bebidas para homens/ 41 a 60g de álcool equivalente para 2.9 a 4.3 bebidas para mulheres) para o consumo de **baixo risco** (1 a 40g de álcool equivalente a 0 a 2.9 bebidas para homens / 1 a 20g de álcool equivalente a 0 a 1.4 bebidas para mulheres) estão associados a:

- Redução do risco de transtorno do uso de álcool (Alcohol Use Disorder, AUD)
- Diminuição das consequências da bebida e melhora da saúde mental
- Melhora da qualidade de vida, pressão arterial e função do fígado
- Redução do risco de doenças de fígado, depressão e ansiedade
- Efeitos positivos em tratamentos médicos
- Redução dos custos relacionados a saúde.

Considerando que o usuário expresse à vontade para reduzir o consumo do álcool, o profissional e o indivíduo podem estabelecer um plano de cuidados que seja palpável de realização. Sobre a redução de danos, considere orientar:

- Hidratação antes, durante (intercale a bebida alcoólica com bebidas não alcoólicas) e após, para reduzir o risco de desidratação;
- Beber devagar;
- Estar atento/ evitar a mistura de álcool com bebidas doces e com energético, isso pode mascarar o efeito de embriaguez e aumentam as chances do abuso da substância;
- Comer antes ou durante o consumo de álcool;
- Evitar o uso de bebida alcoólica com certos medicamentos, ele pode acentuar efeitos adversos ou outros efeitos. Cuidado com tratamento com antibioticoterapia e medicamentos depressores (tal como anti-histamínicos e antipsicóticos);
- Produtos farmacêuticos que prometem a cura da ressaca não o protegem dos efeitos do álcool, apenas aliviam os sintomas;
- Se beber, não dirija.

1.6. Abandono do tabagismo

O tabagismo é considerado uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina e se inclui na 10ª CID10 no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. Além de ser uma doença, é fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o fumo é

responsável por 71% das mortes por câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e aproximadamente 10% das doenças cardiovasculares, além de ser fator de risco para doenças transmissíveis, como a tuberculose.

Pessoas que fumam mais de vinte cigarros por dia têm risco cinco vezes maior de morte súbita que pessoas não fumantes. O tabagismo age sinergicamente com os contraceptivos orais, aumentando consideravelmente o risco de doença arterial coronariana. Adicionalmente, colabora para os efeitos adversos da terapêutica de redução de lipídios e induz a resistência ao efeito de fármacos anti-hipertensivos.

A cidade de São Paulo faz parte do **Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)**, do Ministério da Saúde, que tem articulação direta com o Quadro de Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (OMS) e conta com medidas educativas, de comunicação, treinamento e conscientização do público em geral.

O acesso ao Programa de Cessação de Tabagismo do SUS pode ocorrer em qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS), por meio de solicitações do próprio paciente durante uma consulta e ou por procura espontânea. A partir de uma avaliação clínica, que mede o grau de dependência física de nicotina e direciona o início do tratamento, seja nas Unidades Básicas de Saúde, como também nos CAPS AD, em modalidade individual e ou em grupo conforme prescrição e orientações dos profissionais de saúde.

Durante a consulta de enfermagem aos usuários tabagistas, cabe uma abordagem estruturada (Teste de Fagerström) contendo perguntas que avaliam o grau de dependência física de nicotina e a motivação, para um aconselhamento e preparação para deixar de fumar, bem como eventual existência de comorbidades psiquiátricas. É importante que o enfermeiro registre a evolução do grau de dependência física de nicotina a cada consulta sequencial ao início do tratamento proposto, destacando os benefícios e agravos em saúde identificados durante os 12 meses de acompanhamento pelo Programa de Cessação de Tabagismo do SUS. As pessoas em adoecimento mental podem ser dependentes do tabaco, o que pode contribuir com o seu adoecimento físico, considerando que, por conta de seu sofrimento, pode ter reduzida a capacidade de se cuidar. Abordar a dependência do tabaco é importante pensando na prevenção de outros problemas de saúde.

Atualmente o tratamento de Cessação do Tabagismo pelo SUS contempla as ações educativas e apoio medicamentoso, a avaliação individual de cada usuário é necessária para a análise dos critérios de inclusão, bem como não utilização de apoio medicamentoso (adesivo de nicotina, goma de mascar, pastilhas, Cloridrato de Bupropiona).

1.7. Avaliação e intervenção de Enfermagem no tabagismo

- Questionar sobre uso de cigarro ou convivência com fumantes.
- São considerados como dependentes os indivíduos que tenham apresentado, no ano anterior, pelo menos três dos critérios a seguir:

Desejo forte e compulsivo para consumir a substância (fissura ou craving).

Dificuldade para controlar o uso (início, término e níveis de consumo).

Estado de abstinência fisiológica diante da suspensão ou redução, caracterizado por síndrome de abstinência e consumo da mesma substância ou similar, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência (reforço negativo).

Evidência de tolerância, ou seja, necessidade de doses crescentes da substância para obter os efeitos produzidos anteriormente com doses menores.

Abandono progressivo de outros prazeres em detrimento do uso de substâncias psicoativas.

Aumento do tempo empregado para conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se de seus efeitos.

Persistência no uso apesar das evidentes consequências, como câncer pelo uso do tabaco, humor deprimido ou perturbações das funções cognitivas relacionada com a substância.

Fonte: MS PCDT Tabagismo (2021)

Para avaliar o grau de dependência à nicotina, pode ser usado o Teste de Fagerström:

Perguntas	Respostas	Pontuação
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Mais de 60 minutos	0
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	O 1º da manhã	1
	Os outros	0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	Menos de 10	3
	11-20	2
	21-30	1
	Mais de 31	0
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?	Sim	1
	Não	0

Fonte: MS PCDT Tabagismo (2021)

CASOS ESPECIAIS	
Recaída	Acolher o paciente na sua totalidade, reforçar os ganhos obtidos, destacando a sua importante decisão de parar de fumar. Esclarecer que se porventura houver recaída, o paciente deve ser sempre encorajado a fazer nova tentativa para deixar de fumar, pois a ocorrência de recaída é passível de acontecer em qualquer tratamento de dependência química.
Adolescentes	O adolescente deve receber tratamento com o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva, ressaltando-se a importância de oferecer atendimento a essa população, que costuma ser mais vulnerável, principalmente com a entrada no mercado de novos produtos derivados de tabaco. O aconselhamento em

	grupo parece ser mais promissor do que a intervenção individual. Não há evidência suficiente para o uso de farmacoterapia em jovens com menos de 18 anos.
Gestantes e nutrizes	É indicado o aconselhamento estruturado sem utilizar nenhum tratamento medicamentoso.
Idosos	Recomenda-se tratar os idosos tabagista com o mesmo protocolo oferecido para a população adulta, exceto quando esses indivíduos apresentarem comorbidades, que porventura contraindiquem o uso de algum medicamento
Pacientes com transtorno psiquiátrico	É indicado que intervenções para a cessação do tabagismo, incluindo farmacoterapia e combinação de aconselhamento estruturado mais farmacoterapia, sejam oferecidas aos fumantes com transtorno psiquiátricos incluindo aqueles em tratamento e recuperação para dependência de álcool e outras drogas. É necessário que pacientes tabagistas que relatem história pregressa de transtorno psiquiátrico sejam encaminhados (caso ainda não o tenham sido) para avaliação de profissional da saúde mental e tratamento adequado. O tratamento para a cessação do tabagismo pode se dar após ou em paralelo ao tratamento definido na saúde mental.
Pacientes hospitalizados	Intervenções comportamentais de alta intensidade iniciadas durante a internação hospitalar, e que incluam contato para apoio após a alta por pelo menos um mês, auxiliam na cessação do tabagismo entre os pacientes hospitalizados, independente do diagnóstico de admissão.
Pacientes internados em instituições de média e longa permanência (hospitais psiquiátricos/reabilitação clínica/ presídios)	A abordagem terapêutica e farmacoterapia aumentam a chance de cessação do tabagismo nos presídios, com resultados semelhantes aos observados na população geral.

Fonte: MS PCDT Tabagismo (2021)

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados esperados

Diagnóstico de Enfermagem	CIAP relacionado	Resultados esperados
Abuso de Tabaco (ou de Fumo)	Abuso do tabaco	Cessação do tabagismo
Risco de Exposição a Tabagismo Secundário (Passivo)	Tabagismo Prévio	Redução de Danos

Intervenções de Enfermagem

- Aconselhar sobre cessar o Tabagismo
- Ofertar grupo de tabagismo da unidade básica e consultas com intervenção breve
- Usar abordagem básica (PAAPA – sigla para Perguntar e Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar)
- Ofertar grupos de tabagismo da unidade básica
- Prescrever Nicotina (de liberação lenta e rápida) – Adesivo transdérmico e goma
- Compartilhar cuidado com médico para prescrição do Cloridrato de bupropiona

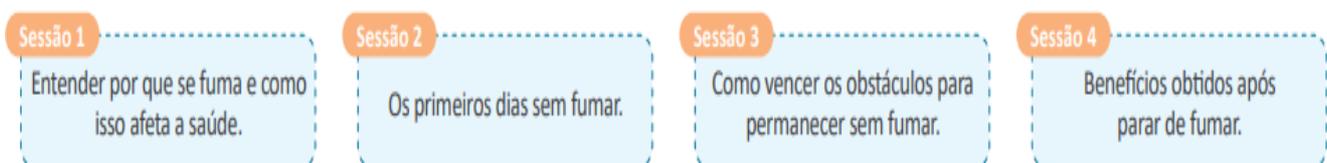
1.8. Boas Práticas: Tratamento medicamentoso e não medicamentoso

Tratamento não medicamentoso

A abordagem básica (PAAPA – sigla para Perguntar e Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar) consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar um fumante para que deixe de fumar. Pode ser feita pelo profissional da saúde durante consulta de rotina, com duração de 3 a 5 minutos. As perguntas sugeridas para essas abordagens estão no item 7.1 do anexo à Portaria Conjunta nº 10 de 16 de abril de 2020.

O ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência, quando os riscos de recaída são maiores.

O aconselhamento estruturado é feito em quatro sessões iniciais, preferencialmente semanais, nas quais são abordados os seguintes conteúdos:



Fonte: PCDT (2021)

ASSOCIAÇÃO DOS TRATAMENTOS NÃO MEDICAMENTOSOS E MEDICAMENTOSOS

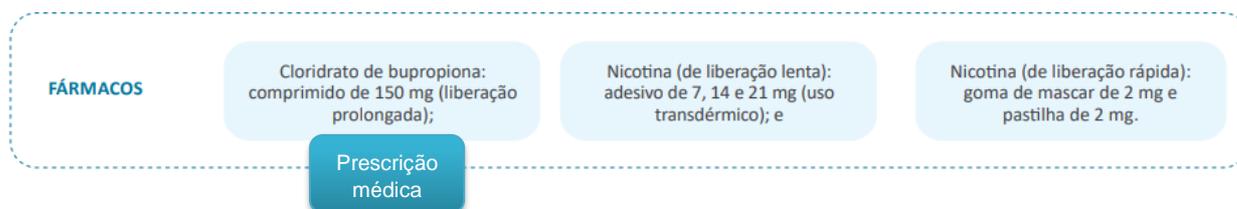
A associação entre o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva e a farmacoterapia é indicada para tratar a dependência à nicotina.

A associação das duas formas de tratamento é mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado/ abordagem intensiva ou a farmacoterapia isolada.

Entretanto, o aconselhamento estruturado/ abordagem intensiva isolada, sem uso de farmacoterapia é preconizado em pacientes que apresentem uma ou mais das características abaixo:



Para os que tem indicação de farmacoterapia, o tratamento com Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) pode combinar forma lenta (adesivo) e rápida (goma ou pastilha) de liberação de nicotina, sendo o tratamento preferencial por sua maior eficácia. Podem ser oferecidas como opções terapêuticas à TRN combinada: bupropiona isolada, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada.



Enfermeiros (as) certificados (as) para realizar grupo de tabagismo estão habilitados à prescrição dos adesivos, goma e pastilha.

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA COMBINADA (CTRN)

Importante destacar que a TRN, seja isolada ou em combinação, só deve ser iniciada na data em que o paciente deixar de fumar. A TRN não deve ser usada de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco.

Podem ser oferecidas como opções terapêuticas à TRN combinada: bupropiona isolada, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada.

As combinações de adesivo + goma ou pastilha de nicotina podem ser feitas de acordo com o esquema de uso do adesivo descrito a seguir, sendo a goma ou pastilha utilizada para o controle da fissura ou em casos de consumo de até 5 cigarros/dia.

ADESIVOS DE NICOTINA (TRANSDÉRMICO)

A reposição de nicotina deve considerar 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado. Não se deve ultrapassar a dose de 42 mg/dia.

A dose inicial de reposição de nicotina, para efeito de cálculo deve considerar:

- A** Até 5 cigarros/dia: Não é indicado o uso de adesivo. Iniciar com goma ou pastilha, não ultrapassar 5 gomas/pastilhas de 2 mg ou 3 gomas/pastilhas de 4 mg.
- B** De 6 a 10 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 7 mg/dia.
- C** De 11 a 19 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 14 mg/dia.
- D** Vinte (20) ou mais cigarros/dia: iniciar com adesivo de 21 mg/dia.

ASSOCIAÇÃO DE ADESIVOS

Os tabagistas que fumam mais de 20 cigarros/dia, e que apresentam dificuldade para reduzir o número de cigarros, mas que estão motivados a parar de fumar, são candidatos ao uso associado de adesivos.

As combinações podem ser feitas de acordo com a quantidade de cigarros fumados e a intensidade dos sintomas de abstinência à nicotina:

- A** Fuma mais de 40 cigarros por dia: 21 mg + 21 mg/dia.
- BB** Fuma acima de 30 a 40 cigarros por dia: 21 mg + 14 mg/dia.
- C** Fuma acima de 20 a 30 cigarros por dia: 21 mg + 7 mg/dia.

A redução das doses associadas de adesivos deve ser paulatina. Preconiza-se a retirada de 7 mg a cada semana, avaliada pela intensidade dos sintomas de síndrome de abstinência.

TEMPO DE TRATAMENTO

12 meses. Envolve as etapas:

Avaliação

Intervenção

Manutenção da abstinência

Orientações

Conscientização sobre o impacto negativo que o tabagismo e a exposição ao fumo passivo exercem sobre a saúde pulmonar: fator de risco para câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

- Orientar sobre riscos que aumentam com o tabagismo durante a gestação: abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e de recém-nascidos, complicações com a placenta e sangramento.
- Crianças fumantes passivas apresentam uma grande chance de contrair problemas respiratórios (bronquite, pneumonia, bronquiolite) em relação àqueles cujos familiares não fumam.
- Orientar sobre sinais e sintomas de abstinência da nicotina: Sintomas comuns: humor depressivo ou disfórico, irritabilidade, frustração, raiva, ansiedade, aumento do apetite e ganho de peso.

1.9. Medidas Antiestresse

A redução do estresse psicológico é recomendável para diminuir a sobrecarga de influências neuro-humorais do sistema nervoso central sobre a circulação.

O estresse pode ser identificado nas queixas sobre sentir-se sempre cansado, estar tenso com dores musculares, por exemplo, não dormir bem, acordar cansado, ter respiração ofegante, parecendo “que vai faltar o ar”, crises de choro fácil, explosões de raiva, dificuldade para engolir, dificuldade de memorização, dores de cabeça e taquicardia.

Aliviar esta tensão é importante pois estar exposto à tensão, a longo prazo, pode levar ao sofrimento e adoecimento mental. Uma forma de controle do estresse consiste em envolver alguns dos sentidos, ou seja, ter foco em algum outro interesse no momento em que a pessoa se sente mais “tensa ou sufocada”, como prestar atenção no fluxo respiratório, controlando a expiração que deve ser bem lenta; ouvir música; assistir programas que agradem; conversar com alguém em quem se confia; fazer uma caminhada; utilizar práticas corporais como yoga ou outra do conhecimento da pessoa. É importante perguntar sobre coisas que os usuários gostam e sentem prazer em fazer. A depender da situação em que a pessoa se encontra, uma medida pode ser a mais adequada, assim, é importante que isto seja informado ao usuário do serviço que apresenta queixas de estresse.

Observa-se que estar descansado é importante para a redução do estresse, e o sono é fundamental; medidas de higiene do sono podem ser implementadas, mas precisam estar de acordo com as individualidades. Para conciliar o sono, é necessário o relaxamento do corpo; assim, todos os fatores estimulantes ou provocadores precisam ser reduzidos e estratégias que diminuam ou elimine a inquietação/tensão podem ser implementadas.

Outra questão que se observa contribuindo para a redução do estresse é o hábito de realizar atividade física que propiciará a troca de substâncias estimulantes por aquelas que trazem sensação de bem-estar e relaxamento, e que impactam o sistema neuro-humoral. Na atualidade, faz-se necessário observar o uso e a influência das redes sociais e internet, pois elas podem ser fatores desencadeantes de estímulos para as situações de tensão. Negociar o uso ou solicitar que a pessoa observe se existe tensão no uso dessas ferramentas é importante para o controle de situações de estresse.

Tentar organizar as atividades por ordem de prioridade e consequência também contribui para reduzir o estresse. O que é necessário realizar antes para dar continuidade às atividades deve ser identificado pelo indivíduo. Procrastinar pode gerar mais tensão e também sofrimento, e isto pode ser abordado durante o atendimento. Durante a semana, é importante reservar um tempo para realizar atividades que lhe tragam prazer.

Nos dias atuais, as pessoas são absorvidas pela rotina e praticar algo que gostam é necessário, para além de recomendado. Medidas simples como parar e preparar uma refeição que goste ou tomar um café com alguém com quem se sinta bem podem ser incluídas nas atividades diárias sem grandes mudanças na rotina, o que demandaria mais esforço e, talvez, não fosse uma proposta bem aceita.

Algumas medidas podem ser adotadas para reduzir o estresse:

- Alimentação saudável.
- Repouso e sono apropriado às necessidades.
- Utilizar técnicas de relaxamento.
- Lazer e diversão.
- Realizar atividades físicas (andar pelo bairro, passear nas praças, subir escadas).
- Psicoterapias e medicação, se necessário.

ORIENTAÇÕES PARA MELHORAR O SONO

- Evite usar medicamentos para dormir, pois podem causar dependência e te deixar com sonolência durante o dia, tontura, confusão, problemas de memória, maior risco de quedas e acidentes de carro;
- Realize técnicas de relaxamento antes de se deitar, como prestar atenção no relaxamento de partes do corpo, começando pelos pés e terminando na cabeça;
- Desenvolva práticas relacionadas à espiritualidade;
- Faça exercícios pelo menos 3 vezes por semana com duração mínima de 30 minutos (evite nas 6 horas antes de dormir);
- Evite o consumo de alimentos de difícil digestão;
- Evite cafeína (café, chá), bebidas estimulantes, álcool e cigarro após anoitecer;
- Evite ingerir líquidos ou fazer refeições pesadas até 2 horas antes de dormir;
- Mantenha seu quarto com temperatura confortável, escuro. Promova um ambiente silencioso;
- Use tampões de ouvido para deixar o local mais silencioso, se achar necessário;
- Evite cochilos durante o dia, mas se cansado (a), cochile por não mais que 30 minutos;

- Tenha uma rotina: acordar no mesmo horário todos os dias, mesmo se cansado (a) e vá para a cama no mesmo horário todas as noites;
- Use a cama apenas para dormir ou para relações sexuais. Passe apenas 6-8 horas por noite na cama.
- Evite trabalhar ou assistir TV enquanto deitado;
- Uma vez na cama, não fique olhando o relógio. Se não dormir após 20 minutos, faça alguma atividade de baixa energia (ler um livro, caminhar pela casa). Uma vez cansado (a), retorne para a cama;
- Evite assistir televisão ou ficar olhando o celular;
- Mantenha um diário do sono (quantas horas dormiu por noite, fatores que facilitaram ou dificultaram, o que fez para conseguir dormir etc);
- Tome banho morno, leia um livro ou beba leite morno antes de dormir. Se o clima estiver quente, tome uma bebida refrescante sem cafeína antes de dormir;
- Procure reconhecer quais situações do dia a dia estão lhe tirando o sono;
- Se estiver com problemas ou muitas ideias na cabeça, anote-os e tente resolvê-los no dia seguinte durante o dia.

Adaptado: FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4 (2020)

1.10. Técnicas de respiração para redução da ansiedade

Pesquisas indicam que a prática da respiração é uma abordagem não farmacológica eficaz para a regulação emocional, contribuindo para a redução da ansiedade, depressão e estresse. Estudos demonstram que até mesmo um único dia de exercícios respiratórios pode aliviar sintomas de esgotamento profissional, enquanto intervenções mais longas intensificam esses efeitos. Além disso, essa estratégia tem sido amplamente utilizada em contextos clínicos para o manejo de transtornos como Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), fobias, distúrbios do movimento e outras condições emocionais relacionadas ao estresse.

A respiração diafragmática é capaz de promover a redução da frequência cardíaca e conseqüentemente a tensão muscular, além de estimular o sistema nervoso parassimpático, o que favorece a diminuição da ansiedade e o aumento da sensação de calma e bem-estar, buscando melhorar também o padrão respiratório, orientando sobre postura, expansão pulmonar e o uso adequado do diafragma. Para isso, segue-se a seguinte orientação:

A respiração deve ser nasal, partir do diafragma, utilizando-se principalmente os músculos do abdômen. Essa técnica consiste em direcionar a atenção para a própria respiração, reconhecendo os movimentos do corpo ao inspirar e expirar, com uma mão sobre o abdômen e outra sobre o peito. O exercício é realizado de forma lenta e controlada, seguindo um ritmo em que a inspiração ocorre por três segundos, seguida de uma pausa de três segundos, e a expiração se estende por seis segundos.

1.11. Manejo do estresse através das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As PICS têm se mostrado intervenções eficazes no manejo do estresse e na promoção do bem-estar. Essas abordagens não farmacológicas têm sido amplamente estudadas, com evidências indicando que práticas como a meditação, a acupuntura, a aromaterapia e a ioga são eficazes na redução da ansiedade, estresse e outros sintomas emocionais. No contexto da enfermagem, a aplicação das PICS busca oferecer um cuidado holístico, onde a saúde da pessoa é vista de forma integral.

Algumas das principais PICS aplicadas no manejo imediato do estresse incluem:

- A Redução de Estresse Baseada em Mindfulness (MBSR, na sigla em inglês), por exemplo, é uma das técnicas mais estudadas, com uma meta-análise destacando sua eficácia na regulação emocional e na diminuição do estresse em indivíduos saudáveis. Durante a consulta, solicita-se a pessoa se sentar de forma confortável, com os pés no chão e as mãos sobre as coxas. Em seguida, orienta-se a fechar os olhos e focar na sua respiração, observando como o ar entra e sai do corpo, sem forçar. Após isso, a pessoa é guiada a praticar uma respiração controlada (através da respiração diafragmática supracitada). Depois, orienta-se a pessoa a realizar um “escaneamento corporal”, começando pelos pés e subindo até a cabeça, percebendo áreas de tensão. Quando encontrar essas áreas, deve-se liberar a tensão com a expiração. Ao final, instigar a reflexão sobre como se sentiu e incentivar a praticar a técnica por 5 a 10 minutos, diariamente para melhores efeitos.
- A aromaterapia consiste no uso de óleos essenciais derivados de plantas, e tem sido amplamente utilizado para reduzir os efeitos do estresse. Óleos como lavanda, camomila, bergamota e hortelã-pimenta têm efeitos comprovados na redução da ansiedade e da tensão muscular, promovendo relaxamento. Eles podem ser administrados por difusão no ambiente ou aplicação tópica.
- Terapias manuais (massoterapia): A massagem terapêutica é uma prática que envolve técnicas de manipulação dos tecidos corporais, ajudando a aliviar a

tensão muscular, melhorar a circulação e induzir o relaxamento. Envolve a aplicação de técnicas manuais, como deslizamento, amassamento, fricção e percussão, para aliviar tensões musculares, melhorar a circulação e promover o relaxamento. O processo começa com a preparação do ambiente e uma avaliação das áreas de tensão do paciente. A massagem é realizada com movimentos suaves para aquecer os músculos, seguidos de pressões mais profundas para liberar tensões, com foco em pontos específicos de dor.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. p. 493-536.
2. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica: Diretrizes da Atenção Básica. São Paulo, 2024.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXII.
4. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. Saúde e Sociedade, 2018; 27(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZSNBnZhZ9DQr8YqsZHkywJC/?lang=pt>.
5. World Health Organization. Global status report on preventing chronic diseases: Preventing noncommunicable diseases by reducing major risk factors. WHO; 2020
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira - 2ª ed., 1ª reimpr. Brasília, DF: MS, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
7. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, et al. As Diretrizes de Atividade Física para Americanos. JAMA. 2018;320(19): 2020-8.
8. Ekelund U, Tarp J, Fagerland MW, et al. Associações conjuntas da atividade física medida por acelerômetro e do tempo sedentário com a mortalidade por todas as causas: uma meta-análise harmonizada em mais de 44.000 indivíduos de meia-idade e idosos. BMJ Journals Sports Med. 2019;53(9):558-64.
9. Dempsey PC, Strain T, Khaw KT, et al. Associação de padrões de acumulação sedentária medidos por acelerômetro com doenças cardiovasculares incidentes, câncer e mortalidade por todas as causas. J Am Heart. 2022;11(9). Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9238579/>
10. Williams PT. Dose-response relationship of physical activity and cardiovascular disease risk in men. Am J Prev Med. 2017;53(1):25-32.
11. Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, Katzmarzyk PT, Blair SN. Sedentary behavior, exercise, and cardiovascular health. Circ Res. 2019;124(5):799-815.
12. McKinney J, Lithwick DJ, Morrison BN, et al. The health benefits of physical activity and cardiorespiratory fitness. Br J Sports Med. 2019;53(13):857-60. Disponível em: https://bcmj.org/sites/default/files/BCMJ_Vol58_No_3_cardiorespiratory_fitness.pdf
13. Maia LC, et al. A obesidade e o risco cardiovascular: implicações e estratégias de manejo. Arq Bras Cardiol. 2020;114(6):1051-60. doi:10.36660/abc.20200160.
14. Kang KH, et al. Effects of weight loss on blood pressure and metabolic syndrome components: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Obes Metab. 2020;22(7):1149-57. doi:10.1111/dom.13933.
15. Araujo LF, et al. Obesidade e suas complicações: uma revisão. Rev Bras Obesidade Nutr Emagrecimento. 2021;15(3):45-56. doi:10.5935/1679-8005.20210020.
16. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2022. Disponível em: WHO Obesity. Acesso em: 29 out. 2024.

17. Schmidt MI, et al. Obesidade e diabetes tipo 2: desafios e oportunidades. *Diabetes Care* . 2019;42(8):1400-7. doi:10.2337/dc18-1952.
18. Abstinência Alcoólica (BMJ, 2023 última revisão Dez/2024). <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/549?q=Abstin%C3%A2ncia%20alco%C3%B3lica&c=suggested>
19. Acolhe USP. Programa de acolhimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas, Disponível em: <https://sites.usp.br/acolhe/avaliar-seu-consumo/questionario-cage/>
20. Questionário Audit. https://auditscreen.org/cmsb/uploads/audit_portuguese.pdf
21. National institute on alcohol abuse and alcoholism (niaaa). Incorporating harm reduction into alcohol use disorder treatment and recovery. 3 out. 2023. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/news-events/research-update/incorporating-harm-reduction-alcohol-use-disorder-treatment-and-recovery>.
22. Universidade estadual paulista (unesp). Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Redução de Danos. Disponível em: https://www.fclar.unesp.br/Home/Instituicao/Administracao/CIPA/reducao_danos_fcf2018.pdf.
23. Ministério da Saúde. (2009). Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas: PEAD 2009-2011. Brasília, DF
24. G.J. da Paz Filho et.al. Emprego do Questionário Cage para Detecção de Transtornos de Uso de Álcool em Pronto-Socorro - Rev. Assoc. Med. Bras. 47 (1) • Mar 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/YzZBhXv6hYRfX455B9nzKWs/?lang=pt>
25. Instituto Nacional de Câncer (INCA). NOTA TÉCNICA 2023 -CONPREV/CONICQ/INCA/MS. 2023. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/15301/1/Nota_Tecnica_INCA_DispositivoEletronicoosparaFumar_2023.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2025.
26. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Mortalidade no Brasil. Publicado em 19/10/2022. Atualizado em 03/01/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/mortalidade-no-brasil>>. Acesso em: 24 jan. 2025.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Definição - Tabagismo**. Linhas de cuidado [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/definicao-tabagismo/>>. Acesso em: 24 jan. 2025.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Medidas de Prevenção. Linhas de cuidado [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/unidade-de-atencao-primaria/medidas-prevencao/>>. Acesso em: 24 jan. 2025.
29. World Health Organization (WHO). Tobacco: Key facts. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
30. Bousquet J, et al. The burden of tobacco use and its impact on cardiovascular health. *Eur Heart J*. 2021;42(24):2409-11. doi:10.1093/eurheartj/ehaa934. (21)
31. Santos MM, et al. Tobacco dependence treatment in mental health: implications for cardiovascular health. *J Ment Health* . 2024;33(1):21-9. doi:10.1080/09638237.2023.2256771.
32. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumos/20210113_pcdt_resumido_tabagismo.pdf
33. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer; 2020.
34. Dumont M, Drapeau S. Stress and Health: A Review of the Literature. *Curr Psychol*. 2018;37(2):208-17. doi:10.1007/s12144-017-9635-7.
35. Benson H, Fricchione GL. *The Relaxation Response: 3rd Edition*. HarperCollins; 2020.
36. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Bantam; 2021.
37. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review. *Int J Epidemiol*. 2019;39(2):387-406. doi:10.1093/ije/dyn249
38. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 2021;134:110122. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110122.

39. Fernandes, BRR, Moreira, MB. Estratégias baseadas na respiração diafragmática para redução da ansiedade. 2024.
40. Field T. Effects of massage therapy on anxiety and stress in clinical settings: A comprehensive review. *Int. J. Stress Manage.* 2022;29(4):432-447. doi: 10.1002/jts.22788.
41. Ma X, Yue ZQ, Gong ZQ, Zhang H, Duan NY, Shi YT, et al. The effect of diaphragmatic breathing on attention, negative affect and stress in healthy adults. *Front Psychol.* 2017;8:874. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00874.
42. Mazzola J, et al. Aromatherapy for the management of anxiety in clinical practice: A systematic review. *J. Altern. Complement. Med.* 2022;28(6):482-491. doi: 10.1089/acm.2021.0390.
43. Salyers MP, Hudson C, Morse G, Rollins AL, Monroe-DeVita M, Wilson C, et al. BREATHE: a pilot study of a one-day retreat to reduce burnout among mental health professionals. *Psychiatr Serv.* 2011;62(2):214-7. doi: 10.1176/ps.62.2.pss6202_0214.
44. Wilhelm AR, Andretta I, Ungaretti MS. Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínic.* 2015;8(1):79-86. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 fev. 2025. doi: 10.4013/ctc.2015.81.08.

1.12. Educação em saúde

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por uma grande parcela da morbidade e mortalidade no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu documento “Cuidados inovadores para as condições crônicas organização e prestação de atenção de alta qualidade às DCNTs nas Américas”, enfatiza que a pessoa necessita de cuidados planejados e orientações em saúde para que aprenda a cuidar de si mesmo. Vários modelos de organização para o manejo das DCNTs foram propostos e executados em nível internacional, talvez o mais conhecido e mais influente seja o Modelo de Cuidados Crônicos, que se concentra na relação entre pessoas motivadas e informadas e equipes de saúde proativas e preparadas.

Figura 3- Modelo de Cuidados Crônicos



Fonte: OPAS, 2015

O manejo de doenças crônicas é mais efetivo quando os usuários e os profissionais de saúde são parceiros e elaboram conjuntamente os planos de cuidados, pactuando os resultados esperados gradativamente a cada atendimento com a equipe de saúde. Neste manejo a educação em saúde pode ser definida como um processo educativo de construção de conhecimentos para saúde individual e ou coletiva, a partir de um conjunto de práticas individuais a serem realizadas pelos usuários, com orientações e recomendações multiprofissionais, objetivando aumentar a autonomia no autocuidado individual e ou coletivo, a fim de alcançar uma atenção em saúde de acordo com as necessidades populacionais.

Educação em saúde envolve ações de conscientização/compreensão, tendo como objetivo essencial o letramento funcional em saúde, no qual o usuário apresenta a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços necessárias para a tomada de decisões de saúde apropriadas. Assim, aderindo aos cuidados de prevenção de doenças, promoção de hábitos saudáveis, bem como o gerenciamento do seu estado de saúde.

1.13. Ações Educativas em Grupo

São atividades educativas e terapêuticas abertas a todos os usuários e desenvolvidas com público e ou população específica. Também são adicionais às atividades individuais e familiares, como estímulo à relação social, à troca de informação e ao apoio mútuo. Objetiva discutir e refletir sobre fatores de risco modificáveis para doenças multifatoriais e os cuidados individuais e ou coletivos que impactam no controle e no combate das doenças. Além de estimular a adesão aos tratamentos não medicamentosos e medicamentosos, através do conhecimento e compreensão sobre os estágios das doenças e as medidas de prevenção dos agravos e complicações.

Os profissionais de saúde necessitam utilizar a comunicação assertiva, sendo este um grande aliado na efetivação da educação em saúde e é fundamental para garantir que as informações em saúde sejam compreendidas e aplicadas pela população. É importante a adesão aos elementos essenciais à prática de comunicação clara, objetiva e empática.

- **Empatia:** capacidade e sobretudo a vontade de compreender o outro e de se colocar em seu lugar, entendendo as suas perspectivas e experiências.
- **Escuta Ativa:** Ouvir atentamente as dúvidas e preocupações dos pacientes, mostrando interesse e respeito.
- **Linguagem Acessível:** Utilizar termos e expressões que sejam compreensíveis para todos, evitando jargões técnicos.
- **Feedback Constante:** Verificar se o paciente compreendeu as informações transmitidas, fazendo perguntas e reforçando os pontos principais.

A educação em saúde faz parte das atribuições do enfermeiro, cabendo ao profissional a organização de grupos para atividades educativas e terapêuticas em saúde, bem como o planejamento e elaboração de um cronograma considerando as necessidades em saúde local e ou o calendário de saúde pré-definido no município, o perfil epidemiológico, sociocultural e a vulnerabilidade da população abrangente.

São aspectos importantes a serem observados na educação em saúde:

- Respeito à individualidade.

- Contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança.
- Respeito à cultura local.
- Respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática.
- Ética.
- Autopercepção de saúde geral.
- Reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde.
- Uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.
- Número de participantes: máximo 30 pessoas.

1.14. Componentes da Educação em Saúde

1. **Informação:** Disseminação de conhecimentos sobre saúde, doenças, tratamentos e prevenção.^{12,13}
 - a. Utilização de materiais educativos de alta evidência científica e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.
 - b. Revisão periódica dos conteúdos educativos para incorporar novas evidências e recomendações.
 - c. Disponibilização de materiais em diferentes formatos (impresso, digital, audiovisual) e em locais de fácil acesso para a população
2. **Promoção de Hábitos Saudáveis:** Incentivo a práticas que favoreçam a saúde, como alimentação equilibrada, atividade física regular, higiene pessoal e mental.^{14,15,16}
 - a. Intervenções educacionais que possam influenciar na adesão aos tratamentos propostos (melhoria na autoeficácia, fortalecimento e conscientização sobre a doença).
 - b. Ações de autocuidado como monitoramento e gerenciamento do tratamento proposto (resultados significativos na satisfação com o tratamento).
3. **Prevenção de Doenças:** Campanhas de vacinação, orientação sobre higiene e saneamento, prevenção de doenças transmissíveis e crônicas.
4. **Apoio Psicológico e Social:** Auxílio na superação de desafios emocionais e sociais relacionados à saúde.
 - a. Auxiliar na conscientização e medição dos parâmetros e sintomas que interferem na motivação e aprendizagem, como: crenças religiosas/culturais, barreiras emocionais, limitações cognitivas/físicas e barreiras de comunicação.
5. **Participação Comunitária:** Envolvimento da comunidade em ações de saúde, promovendo um ambiente colaborativo e de suporte mútuo.^{18,23}

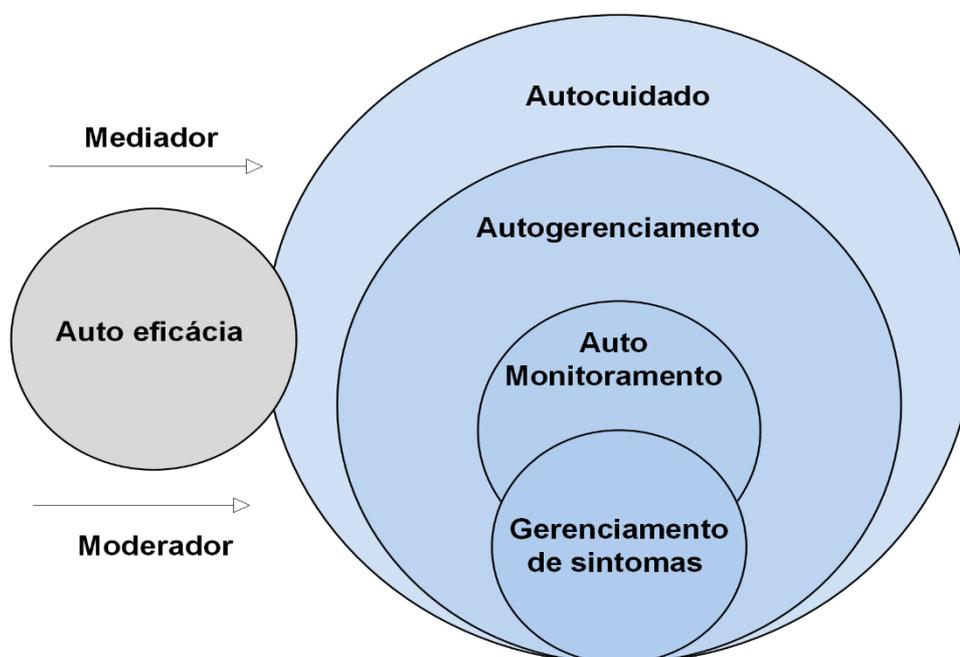
A Organização Pan-Americana da Saúde, em seu documento sobre Cuidados Inovadores nas Condições Crônicas citou como exemplos de intervenções efetivas:

- Apoio ao autogerenciamento em grupo para pessoas com DM tipo2;
- Treinamento para melhorar o controle da glicemia e os hábitos alimentares de pessoas com DM tipo 2;
- Automonitoramento da pressão arterial, especialmente como complemento da atenção em saúde;
- Intervenção educacional dirigida para reduzir o tabagismo e o uso abusivo de álcool e para controlar o peso;
- Intervenção educacional dirigida às pessoas para o manejo da dor no câncer, juntamente com condutas tradicionais de analgesia;
- Educador leigo liderando programa de autogerenciamento para pessoas com condições crônicas, inclusive artrite, asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, cardiopatia e acidente vascular cerebral;
- Intervenções orientadas, como aquelas centradas na educação ou na adesão ao tratamento.

Também, ressaltou a importância do apoio ao autogerenciamento, dentre as ações-chave podem ser citados:

- Garantir a participação da pessoa no processo de atenção;
- Promover a educação por leigos ou interpares;
- Usar consultas em grupo;
- Desenvolver habilidades de autocontrole nas pessoas (ou seja, manejo da saúde, da função e das emoções relacionadas com as condições crônicas);
- Promover a habilidade de comunicação da pessoa (interações com profissionais de saúde e o sistema de saúde em geral);
- Negociar objetivos com a pessoa para a mudança de comportamentos de saúde específicos e que constituem desafios moderados;
- Estimular o automonitoramento (acompanhamento de comportamentos);
- Promover a modificação ambiental (criação de um contexto para obter o máximo êxito);
- Assegurar a auto recompensa (reforço do comportamento do indivíduo com recompensas imediatas, pessoais e desejáveis);
- Organizar o apoio social (obter o apoio dos demais);

Modelo conceitual - Relações entre autocuidado e seus subconjuntos



Fonte: Adaptado de Richard (2011).

É importante que o enfermeiro foque estrategicamente nas condições de riscos à saúde coletiva, nos fatores de riscos para agravos em saúde, nas necessidades sociais e sanitárias, além de outras condições que implicam na saúde da população residente em sua área de abrangência, para planejar, elaborar e implementar as práticas educativas em saúde.

Segue sugestões de roteiro mínimo a ser aplicado na promoção de educação em saúde nos serviços municipais APS.

Sugestão de roteiro para grupo de educação em saúde – Hipertensão Arterial

Identificação de fatores de risco	Obesidade, sedentarismo, fumo, álcool, estresse
O que é hipertensão	Tipos de hipertensão Controle da pressão arterial Tratamento não medicamentoso Tratamento medicamentoso Hipertensão na família
Alimentação	Hábitos alimentares X pressão arterial Grupos de alimentos desfavoráveis Consumo de sódio em diversos alimentos

	Alimentação fora de casa
Exercícios	Práticas corporais e Atividade física X pressão arterial Tipo, intensidade, duração e frequência de acordo com a condição individual
Medicação	Nome, tipo e ação Adesão ao tratamento
Complicações agudas e agravos	Sinais e sintomas de hipotensão arterial Tratamento da hipotensão arterial Crise hipertensiva Coronariopatias e riscos cardíacos Cartão de identificação pessoal
Recursos da comunidade	Academia da saúde local Grupos voluntários de práticas corporais e atividades físicas e de estimulação mental Atividades em praças e parques públicos

Sugestão de roteiro mínimo para grupo de educação em saúde – Diabetes de Melito

Identificação de fatores de risco	Obesidade, sedentarismo, fumo, álcool, estresse
O que é diabetes de melito	Tipos de diabetes Parâmetros de controle Sintomas de alarme (hipo e hiperglicemia) Tratamento não medicamentoso Tratamento medicamentoso Agravos da doença Diabetes na família
Alimentação	Alimentos dietéticos para diabetes Refeições fracionadas x controle do pico glicêmico Alimentos que favorecem controle do pico glicêmico Consumo de açúcares nas diversas formas alimentares Hidratação diária Alimentação fora de casa
Exercícios	Práticas corporais e Atividade física X controle da glicemia Tipo, intensidade, duração e frequência de acordo com a condição individual

Medicação oral	Nome, dose, intervalos, ação Adesão ao tratamento contínuo
Uso de Insulina	Nome, tempo de ação, Conservação Aplicação (técnica, cuidado com a pele) Adesão ao tratamento Descarte dos perfuros cortantes
Automonitoramento da glicemia capilar	Sinais e sintomas de hipoglicemias Automonitoramento glicêmico X intervalos das medicações X alimentação
Cuidado com os pés	Higiene e hidratação diária Inspeção diária e avaliação da sensibilidade Uso de calçado apropriado Prevenção e cuidados com ferimentos
Complicações agudas e agravos	Sinais e sintomas de hiper ou hipoglicemias Prevenção de doenças relacionadas como: neuropatias, nefropatias, glaucoma, Isquemias cerebrais, vasculopatias Cartão de identificação pessoal
Recursos da comunidade	Academia da saúde local Grupos voluntários de práticas corporais e atividades físicas e de estimulação mental Atividades em praças e parques públicos

NOTA: Toda atividade de educação em saúde deve ser registrada no sistema e documentada individualmente no prontuário dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. [internet]. Washington, DC: OPAS, 2015. [cited 2024 Aug 10]. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/ent-cuidados-innovadores-InnovateCCC-digital-PT.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. SGTES/DGRTS/CRTS/MS. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília - DF, 2006. 34 p. (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 85-334-1094-8.
3. Michie S, Miles J, Weinman J. Centralidade no paciente em doenças crônicas: o que é e é importante? Educação e aconselhamento ao paciente. 2003; 51(3):197-206. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399102001945>
4. Ratzan SC, Parker RM, Selden CR, Zorn M. Biblioteca Nacional de Medicina Bibliografias Atuais em Medicina: Alfabetização em Saúde. Departamento de Saúde dos EUA e Serviços Humanos- Serviço de Saúde Pública - Institutos Nacionais de Saúde; Bethesda, Maryland.

2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/230877250_National_Library_of_Medicine_Current_Bibliographies_in_Medicine_Health_Literacy
5. Parnell TA. Health literacy in nursing: providing person-centered care. New York:Springer Publishing Company, LLC; 2016. p.115–80.
 6. Bastable SB, Gonzales KM. Perspectivas de Ensino e Aprendizagem: Visão geral da educação em saúde. Essentials of patient education. 2nd edition. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2017. p.10-12. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/496219679/MODULE-1>
 7. Silva, MB; Wysock AD. Educação em saúde e grupos educativos: abordagens importantes. Educação em saúde e enfermagem / organizadores Álvaro S. Santos, Vânia Del'Arco Paschoal. – Barueri, SP: Manole, 2017. – (Série Enfermagem).
 8. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde/SP. Coordenadoria da Atenção Básica/DCNT: Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus 1. ed. revisada - São Paulo: Instituto Tellus, 2020.
 9. Cobas R, Rodacki M, Giacaglia L, Calliari L, Noronha R, Valerio C, Custódio J, Santos R, Zajdenverg L, Gabbay G, Bertoluci M. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes - Ed. 2023 [Internet]. [citado 15 de maio de 2024].(2023). Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-rastreamento-do-diabetes-tipo-2/>
 10. Moutinho, C. B., Almeida, E. R., Leite, M. T. de S., & Vieira, M. A. (2014). Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trabalho, Educação E Saúde*, 12(2), 253–272. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200003>
 11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman WH; 1997.
 12. Lenz ER, Shortridge-Baggett LM. (Eds.). Self-efficacy in nursing: Research and measurement perspectives. New York: Springer. 2002
 13. Frei, A., Svarin, A., Steurer-Stey, C. *et al.* Instrumentos de autoeficácia para pacientes com doenças crônicas sofrem de limitações metodológicas - uma revisão sistemática. *Health Qual Life Outcomes* 7, 86 (2009). Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-7-86>
 14. Castillo-Merino YA, Ospina-Ayala C, Esquivel N, Rodríguez-Acelas AL, Cañon-Montañez W. Educational Interventions in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Health Care Settings. A Scoping Review. *Invest. Educ. Enferm.* 2023;41(2):e15. DOI:<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e15>
 15. Gantz SB. Self-care: Perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*.1990;4(2):1-12.
 16. Sidani S. Self-care. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science*. 2011. (2nd ed., pp. 131–200). Sudbury, MA: Jones and Bartlett
 17. Silva JL, Lima RC. Autocuidado e educação em saúde: desafios e práticas na promoção da saúde. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*. 2020;10(2): 34-45. DOI: 10.12957/rbes.2020.12345.
 18. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46,1143-1147.
 19. Batista FM, Oliveira MS. Educação em saúde e autogerenciamento do diabetes mellitus: uma revisão integrativa. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. 2019;22(1):112-120. DOI: 10.5935/1234-5678.20190001.
 20. Santos AB, Costa LP. Automonitoramento na gestão da hipertensão arterial: uma revisão de práticas na educação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(4):1-12. DOI: 10.1590/0102-311X00012321.

21. London F. No Time to teach: the essence of patient and family education for health care providers. 2nd edition. Atlantic (GA): Pritchett & Hull Associates, Inc.; 2016.15-164.
22. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. J Nurs Scholarsh. 2011;43(3):255–64. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>
23. Falkenberg MB, Mendes T de PL, Moraes EP de, Souza EM de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014Mar;19(3):847–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>

Capítulo 2 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

No Brasil, a oficialização das PICS ocorreu com a publicação da Portaria nº 971/2006, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Posteriormente, em 2017 e em 2018, por meio das Portarias nº 849/2017 e nº 702/2018 respectivamente, novas práticas foram incluídas. Atualmente são 29 PICS reconhecidas e disponibilizadas na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). As definições de cada uma delas podem ser consultadas no site da área técnica de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP).

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=236370).

A área técnica da Saúde Integrativa foi criada na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2001. Ela visa a implantação e o fortalecimento das PICS, ampliando possibilidades para o autocuidado e a promoção do cuidado com tecnologias leves, efetivas, sustentáveis e baseada em evidências científicas.

PICS é um termo brasileiro correspondente ao que a Organização Mundial de Saúde (OMS) designa de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Consiste em sistemas complexos e recursos terapêuticos com evidências científicas para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e no cuidado integral, em uma perspectiva emancipadora e participativa.

As PICS ancoram-se em um novo modelo de atenção à saúde denominado Paradigma Vitalista, no qual o enfoque é a saúde e não a doença. Nele busca-se um equilíbrio entre o indivíduo, o meio em que está inserido e a sociedade, com uma compreensão ampliada do processo saúde-doença nas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais, visando a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

2.1. Evidências Científicas sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Com a ampliação da PNPIC, vários estudos têm abordado sua implementação, regulamentação e avaliação, bem como os benefícios à saúde integral de diferentes populações. Diversas evidências científicas sobre PICS estão disponíveis para apoiar os profissionais de saúde, tomadores de decisão e pesquisadores no desenvolvimento

da Saúde Baseada em Evidências, incluindo o cuidado à pessoa adulta. O [Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa \(CABSIN\)](#) e a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) sistematizaram mapas de evidências que podem ser acessados e explorados (Link: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>).

2.2. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a Enfermagem

A atuação da enfermagem nas PICS cresce e ganha cada vez mais espaço no mundo e na Atenção Primária à Saúde. A regulamentação da atuação da categoria nas Prática Integrativas e Complementares no Brasil foi visionária tendo iniciado com a Resolução do COFEN nº 197/1997, que foi publicada antes da PNPIIC em 2006.

Na resolução do COFEN nº 739 de 5 de fevereiro de 2024, que normatiza a atuação da enfermagem nas PICS, há a recomendação da carga horária mínima para a atuação dos profissionais da Enfermagem capacitados por meio de cursos livres e de pós graduação⁸. A resolução ressalta que, após as devidas capacitações, os enfermeiros poderão atuar em todas as PICS descritas na PNPIIC, já os técnicos e auxiliares de enfermagem poderão atuar em algumas PICS, na modalidade de curso livre, desde que estejam sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Dentre os benefícios das PICS para a população está a estratégia que contribui para o uso racional de medicamentos e conseqüentemente a redução dos problemas relacionados ao seu uso inadequado, bem como seus efeitos colaterais.

Nos casos que envolvem a dor crônica será necessário implementar o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica da SMS/SP que lista as modalidades de PICS demonstrando evidências científicas robustas na abordagem destes casos, como: Acupuntura, Auriculoterapia, Moxabustão, Reflexologia, Tai Chi, Ventosoterapia, Imposição de Mãos, Fitoterapia (*harpagophytum procumbens*), Meditação e Yoga.

Com o envelhecimento da população brasileira se faz necessário um maior estímulo para o uso do conjunto das PICS ofertadas pelo SUS, visando promover a autonomia pessoal, o estímulo a formação de grupos, melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar físico, mental e espiritual.

As Terapias Integrativas foram reafirmadas como especialidade de Enfermagem por meio da Resolução COFEN nº 581 de 2018, assegurando o respaldo

ao profissional para atuação nesse cenário, bem como para desenvolver pesquisas na área das PICS. A Acupuntura havia sido regulamentada pela Resolução nº 362/2008, que autorizava o exercício da Acupuntura, após pós-graduação de 1.200 horas, com 1/3 de conteúdo teórico e 2 anos de curso e a Resolução nº 585/2018 que estabeleceu e reconheceu a Acupuntura como especialidade e ou qualificação do profissional de Enfermagem após a decisão judicial do Tribunal Regional Federal (TRF), que foi favorável à Enfermagem no que diz respeito ao exercício da Acupuntura, desde que mantidas as definições quanto à formação, conforme a Resolução 362/2008. Para a sua execução devem constar no prontuário do paciente: a coleta de dados (anamnese), avaliação e identificação dos problemas, diagnóstico da MTC, princípios de tratamento, pontos de acupuntura a cada sessão, material utilizado, método de estímulo (tonificação, harmonização ou sedação) e tempo de aplicação, bem como as intervenções pactuadas com o paciente em seu plano de cuidado e a resposta do mesmo. Portanto os enfermeiros da SMS/SP, que atenderem as resoluções do COFEN/COREN, poderão realizar as aplicações de Acupuntura e PICS no sentido de ampliar o acesso aos pacientes do SUS, atuando de forma harmônica com a equipe multiprofissional, além de registrarem no sistema de informação o código destes procedimentos.

Resolução COFEN Nº 739, de 05 de fevereiro de 2024

2.3. Compete ao Enfermeiro

Exercer cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

Assim, compete-lhe:

- a) Indicar, prescrever e implementar as PICS em todos os níveis de atenção, nos âmbitos privado e público;
- b) Coordenar, planejar, organizar e orientar a equipe de enfermagem na implementação das PICS na assistência de enfermagem;
- c) Utilizar os conceitos e visão de ser humano integral e de acolhimento como modelo de atendimento no oferecimento das PICS em sua prática;
- d) Instituir protocolos de atendimento em PICS nos serviços de saúde;
- e) Conduzir e coordenar atendimentos de PICS individuais e/ou em grupo;
- f) Desenvolver e incentivar ações favoráveis ao aperfeiçoamento e educação permanente, com o intuito de garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem no âmbito das PICS;

- g) Realizar o processo de enfermagem e registrar no prontuário os dados relativos à atividade implementada de PICS;
- h) Promover o ensino e a pesquisa em PICS como contribuição para o conhecimento científico da Enfermagem;
- i) Manter-se atualizado em relação aos referenciais técnico-científicos, a legislação vigente, a segurança do usuário e do profissional e quanto aos aspectos éticos relativos às boas práticas em PICS na assistência de enfermagem;
- j) Atuar como docente em disciplinas de graduação e pós-graduação em PICS;
- k) Estabelecer e coordenar consultórios e clínicas de Enfermagem com foco em PICS, seguindo legislação vigente.

2.4. Compete ao Técnico e ao Auxiliar de Enfermagem

Participar da execução das PICS, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro. Assim, compete-lhes:

- a) Auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem em PICS;
- b) Realizar as PICS conforme seu grau de habilitação, sob supervisão e orientação do enfermeiro.

A RESOLUÇÃO COFEN Nº 739/2024 recomenda ainda a carga horária mínima para atuação dos profissionais de Enfermagem, capacitados por meio de cursos livres em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS):

PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM SAÚDE	CARGA HORÁRIA MÍNIMA
Apiterapia	80 horas
Aromaterapia	120 horas
Arteterapia	120 horas
Auriculoterapia	80 horas
Bioenergética	80 horas
Cromoterapia	60 horas
Dança Circular	40 horas
Geoterapia	40 horas
Hipnoterapia	120 horas
Imposição de mãos (inclui Toque Terapêutico, Reiki, toque quântico e outros)	120 horas
Massoterapia	120 horas
Meditação	120 horas
Musicoterapia	180 horas
Ozonioterapia*	120 horas

Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa (inclui Tai Chi Chuan, Chi-Kun e Nai- Kun)	80 horas
Reflexologia	60 horas
Shantala	40 horas
Terapia Comunitária Integrativa	240 horas
Terapia Floral	120 horas
Yoga*	180 horas

*Ozonioterapia e Yoga são práticas exclusivas do enfermeiro no âmbito da equipe de enfermagem.

As PICS são aplicadas em todas as fases da vida, desde que o profissional esteja habilitado para reconhecer quais são as particularidades e limitações de cada ação para o seu público, como por exemplo a acupuntura, que pode ser realizada através de estímulos não invasivos, nos canais energéticos, como o uso de sementes, moxabustão, pressão com os dedos, trigramas, cromopuntura e laser. Portanto, cabe aos enfermeiros conhecer as especificidades, benefícios e contraindicações de cada Prática Integrativa, garantindo assim uma assistência segura e eficaz.

Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e os seus efeitos positivos nos desfechos clínicos, de acordo com estudos previamente realizados sobre o tema.

PICS	Efeitos físicos e metabólicos	Saúde mental	Vitalidade, bem-estar e qualidade de vida	Socioambiental e espiritualidade
Acupuntura	X	X	X	X
Aromaterapia	X	X	X	
Arteterapia	X	X	X	
Ayurveda	X	X	X	X
Auriculoterapia	X	X	X	X
Biodança	X	X	X	X
Cromoterapia	X	X	X	X
Dança Circular	X	X	X	X
Hipnoterapia	X	X		
Meditação	X	X	X	X
Musicoterapia	X	X	X	X
Prática corporal Chinesa	X	X	X	X
Plantas medicinais	X	X	X	
Quiropraxia/ Osteopatia	X	X	X	
Reflexologia	X	X	X	
Reiki	X	X	X	X
Shantala	X	X	X	X
Yoga	X	X	X	X

Adaptado de: Instituto de Saúde, São Paulo – 2021.

Todos os insumos utilizados durante as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde devem ter sido padronizados pela SMS/SP. Antes de iniciarem as PICS no âmbito da SMS/SP os profissionais devem remeter seus certificados para avaliação da Área Técnica da Saúde Integrativa, em sua instância superior, na SMS/SP.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
2. Guimarães MB, Nunes JA, Velloso M, Bezerra A, Sousa IM. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2020;29(1). doi: 10.1590/s0104-12902020190297
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Neturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União* 2017; 28 mar.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário Oficial da União* 2018; 22 mar.
5. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo. Atenção Básica. Saúde Integrativa. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=236370. Acesso em: 2 jun. 2024.
6. Organização Pan-Americana de Saúde. Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas. Mapas de Evidência. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>. Acesso em: 2 jun. 2024.
7. Conselho Regional de Saúde de São Paulo (COREN-SP). Manual de Práticas Integrativas e Complementares. São Paulo: COREN/SP, 2023. Acesso em 25 de novembro de 2024. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/12/Manual_de_praticas_integrativas_e_complementares.pdf
8. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. Resolução nº 739 de 5 de fevereiro de 2024. Brasília, DF: Cofen; 2024. Normatiza a atuação da Enfermagem nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-739-de-05-de-fevereiro-de-2024>
9. Novaes PH, Cruz DT, Lucchetti ALG, et al. The "iatrogenic triad": Polypharmacy, drug-drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults. *Int. J. Clin. Pharm.* 2017; 39:818-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-017-0470-2>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Contribuições para a promoção do Uso Racional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
11. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica nos Centros de Referência em Dor Crônica do Município de São Paulo. 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo_dor_v4_FINAL.pdf
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 326/2008 de 22 de fevereiro de 2008. Regulamenta no Sistema COFEN/CORENs a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3262008/>
13. Machado Katia. IdeiaSUS. Práticas e soluções em saúde do SUS. Antroposofia aplicada à saúde: avanços na pesquisa e na assistência. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em 26/01/2025

no link: <https://ideiasus.fiocruz.br/publicacao/antroposofia-aplicada-a-saude-avancos-na-pesquisa-e-na-assistencia/>

14. Ministério da Saúde (Brasil). Práticas integrativas e complementares em saúde. Recursos terapêuticos PICS. Brasília: Ministério da Saúde; 07/11/2022; Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics/recursos-terapeuticos> .
15. Cofen. Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem. 2015.p.27-33-35. Acesso em 21 de Janeiro de 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>

Capítulo 3 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

3.1 Consulta de Enfermagem e Raciocínio Clínico do Enfermeiro

No cotidiano de atuação da APS, o encontro clínico entre o enfermeiro e a pessoa acontece nos consultórios, no domicílio, ou onde quer que ele possa produzir cuidados. São nestes espaços, onde ocorre atendimento/consulta, que o enfermeiro, em uso do Processo de Enfermagem, realiza seu raciocínio clínico, considerando não só os aspectos fisiológicos ou fisiopatológicos, mas também a forma como a determinação social do processo saúde-doença atravessa a vida de cada pessoa, família ou comunidade.

Ser enfermeiro, principalmente no âmbito da APS, exige considerar a forma que a sociedade se organiza para a construção da vida social e como isso implica na determinação social do processo saúde-doença das pessoas. Na APS, os enfermeiros estão desenvolvendo cuidados que incorporam ações clínicas de crescente complexidade, considerando as marcantes mudanças do perfil demográfico, epidemiológico e social da população brasileira e da organização dos serviços na rede de atenção à saúde.

O modo como realizamos o atendimento/consulta logo na investigação contribui no diagnóstico e grau de intervenção para manejo clínico de alguma queixa ou necessidade encontrada. Na relação entre profissional e pessoa/ família comunidade é possível exercer influência na autopercepção de saúde das pessoas e sua autonomia para o cuidado, a grande maioria dos sintomas e queixas na APS são indiferenciadas ou inespecíficas, por isso é altamente relevante considerar a subjetividade, a história de vida e a forma com a qual a pessoa se relaciona com o problema ou necessidade apresentada para então, planejar e intervir.

Saber manejar condições crônicas e as queixas mais comuns na Saúde do Adulto faz parte da clínica de todo enfermeiro de atenção primária.

Condições crônicas referem-se a condições de saúde de longa duração que geralmente persistem ao longo da vida de uma pessoa. Um dos principais pilares do manejo de condições crônicas é a avaliação abrangente. Isso envolve não apenas a análise detalhada das condições de saúde existentes, mas também a avaliação, estado mental, suporte social e padrões de vida.

Essa abordagem abrangente permite aos profissionais identificar fatores que podem impactar o tratamento e a adesão do paciente, adaptando as estratégias de manejo com o objetivo de otimizar as ações de promoção de saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Algumas tecnologias para o cuidado podem ser utilizadas para garantia de um cuidado contínuo e integral, dentre eles a interconsulta e uso da telessistência.

As práticas de teleassistência objetivam ampliar o acesso da população ao Sistema Único de Saúde e configuram atos complementares às ações e serviços de saúde na modalidade presencial.

Segundo o Art. 2º da **PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 804 de 29 de novembro de 2024**, ficam definidas como práticas de tele assistência:

I - Teleatendimento: atendimento em saúde, mediado por tecnologias da informação e de comunicação - TIC, com profissional de saúde e usuário localizados em diferentes espaços geográficos, podendo se dar nas seguintes modalidades:

a) teleconsulta: atendimento à distância realizado por profissional de saúde de nível superior, mediado por TIC, para fins de diagnóstico, acompanhamento, orientações, prescrição de receitas e exames e demais ações de saúde;

b) teleinterconsulta: prática, mediada por TIC, de interação e troca de informações entre profissionais de saúde de nível superior, com a presença do paciente, para apoio à tomada de decisão em relação a uma situação clínica específica;

c) teleconsultoria: consultoria, mediada por TIC, realizada entre profissionais de saúde, com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho;

d) telemonitoramento: ato realizado por profissional de saúde, por meio de TIC, para monitoramento à distância de parâmetros de saúde ou doença do usuário, podendo recorrer ao uso de aparelhos para obtenção de sinais biológicos;

e) teleorientação: fornecimento de orientações à distância, por meio de TIC, aos pacientes, familiares ou responsáveis em cuidados sobre saúde em geral, adequação de conduta clínica terapêutica já estabelecida, condutas pré-exames ou pós-exames diagnósticos, bem como em pós-intervenções clínico-cirúrgicas;

f) teletriagem: ato realizado por profissional de saúde, mediado por TIC, de pré-avaliação dos sintomas para definição e direcionamento de pacientes ao tipo adequado de assistência necessária;

O atendimento presencial segue sendo a principal forma de cuidado na Atenção Básica, nos termos da Portaria SMS nº 804/2024. O telemonitoramento constitui um recurso complementar, e o uso de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) deve apoiar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários com vistas a um atendimento humanizado, integral e resolutivo.

O enfermeiro realiza teleatendimento, telemonitoramento, teleconsulta, teleinterconsulta, teleorientação e teletriagem, garantindo sempre o registro em prontuário.

O enfermeiro realiza, telemonitoramento, teleconsulta, teleinterconsulta, teleorientação e teletriagem, garantindo sempre o registro em prontuário.

Atentar para:

- **Nota Técnica de Nº 11/23 atualizada em 27/08/2024**
- **Nota Técnica Nº 01/2025**

https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/nota_tec_teleassistencia_ab_2_a_go24-pdf

https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/2nota_tecnica_1_telemonitorame nto_ab_abri25-1-pdf

3.2. Registro Clínico/Evolução de Enfermagem

O Registro clínico é fundamental para a garantia da continuidade do cuidado e melhores desfechos na produção do cuidado. Diversos prontuários eletrônicos utilizam a ferramenta para evolução/registo clínico orientado por problemas, definido pelo acrônimo SOAP (Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano), que pode se interrelacionar com a forma de raciocínio e registro clínico do(a) enfermeiro(a), pelo PE. Abaixo, segue um quadro que descreve esta interrelação:

SOAP	Etapas do Processo de Enfermagem	
S Subjetivo	Avaliação Compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa adulta, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática	Evolução De Enfermagem
O Objetivo	Avaliação Compreende a coleta de dados objetivos (exame físico)	
A Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem Compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;	
P Plano	Planejamento de Enfermagem Compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver a priorização de Diagnósticos de Enfermagem; a determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde e a tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais. Implementação de Enfermagem Compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem.	

Fonte: Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde SMS/SP 2022
Resolução COFEN Nº 736 de 17 de janeiro de 2024

Referências

1. PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 804 de 29 de Novembro de 2024. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-804-de-29-de-novembro-de-2024>
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>.

3.3. Saúde Bucal do Adulto

A saúde bucal da pessoa adulta reflete as suas condições de vida. Sendo assim, as doenças bucais se diferenciam, dependendo da inserção social à qual a pessoa pertenceu e/ou pertence. Comumente, carregam em sua trajetória grandes prejuízos como dentes com cárie, doença periodontal, mal oclusão, câncer de boca, fluorose dentária e traumatismos dentários, além de perdas dentárias que por vezes necessitam de reabilitação oral.

Estas condições reforçam a importância das ações individuais e coletivas na APS, como promoção de educação em saúde. Cabe às equipes de saúde bucal em conjunto com a equipe de saúde dos equipamentos, realizarem abordagens sobre a higiene oral e os cuidados com a cavidade bucal, promovendo a melhora da autoestima, da mastigação, da fonação e da estética facial, propiciando qualidade de vida e contribuindo para que a pessoa alcance uma condição biopsicossocial satisfatória.

3.4. Avaliação e Higiene da Cavidade Oral

Os aspectos relevantes, como ocorrência de sinais e sintomas relatados pelo usuário e avaliados pelo enfermeiro durante a consulta, podem indicar a necessidade de cuidados da saúde bucal e priorizar o direcionamento adequado à atenção odontológica. A cárie e as doenças periodontais constituem problemas de saúde bucal importantes, podendo levar a perdas dentárias, considerando que ambas são provocadas pelo aumento do número de microrganismos na formação da placa bacteriana, além de seus produtos de metabolismo.

Algumas doenças crônicas degenerativas como a diabetes e a hipertensão, além de doenças infectocontagiosas como a tuberculose, a hanseníase e ISTs, impactam na atenção da saúde bucal da pessoa adulta, pois causam alterações bucais e dentais importantes devida evolução de agravos patológicos relacionados.

O rastreio precoce de Câncer de Boca é outra questão relevante ao cuidado da saúde bucal, cabendo ao enfermeiro avaliar a mucosa oral e identificar lesões sugestivas de potenciais malignidade, precocemente. Além de orientar cuidados

com relação a redução do tabagismo e do etilismo, controle de exposição ao sol e aumentar o consumo de dieta saudável, rica em frutas e vegetais.

Medidas preventivas de higiene por meio da escovação e do uso do fio dental, uma dieta equilibrada, com racionalidade na ingestão de carboidratos fermentáveis, e o acesso a produtos fluorados, podem reduzir o risco tanto da cárie quanto das doenças periodontais.

Quando pensamos na Saúde Bucal não podemos esquecer que devemos promover acesso da população em situação de rua a esse serviço, pois, assim estaremos exercendo os princípios doutrinários do SUS – da Universalidade, Equidade e Integralidade, que na prática terá múltiplos efeitos na vida dessa parcela da população. As ações de saúde bucal estão além do cuidado com a boca; pois promovem também o resgate da autoestima dessa população bem como o fortalecimento do vínculo às Unidades Básicas de Saúde levando em consequência uma melhor adesão aos tratamentos dos agravos de saúde.

3.5. Rastreamento Bucal realizado pelo Enfermeiro

Durante o exame físico do usuário, o enfermeiro deve se atentar aos agravos de maior gravidade e/ou mais prevalentes da saúde bucal, realizando as devidas intervenções de acordo com as necessidades observadas, realizando encaminhamentos e orientações.

Sinais de alerta para investigação e (se necessário) encaminhamento para avaliação da equipe de saúde bucal

Sinais de Alerta

- Queixa de dor ou desconforto na boca.
- Queixa no momento da realização da higiene bucal.
- Resistência/recusa à realização da sua higiene bucal;
- Sangramento gengival - quando não tratado pode causar perda óssea e perda de dentes.
- Edentulismo/ necessidade de prótese e/ou uso de prótese mal-adaptada.
- Halitose - requer abordagem multidisciplinar, devido a existência de causas diversas. Xerostomia, má higiene bucal e saburra lingual são algumas causas de halitose.
- Boca seca (xerostomia – falta de saliva) ou ardência bucal -além de manifestação comum ao envelhecimento normal, pode ser causada por medicamentos, diminuição de ingestão de líquidos, estresse e tratamento com radiação.
- Dificuldade ao se alimentar, tanto na mastigação como na deglutição - a perda de dentes traz consequências na fala, mastigação e deglutição,

comprometendo o processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e principalmente a autoestima.

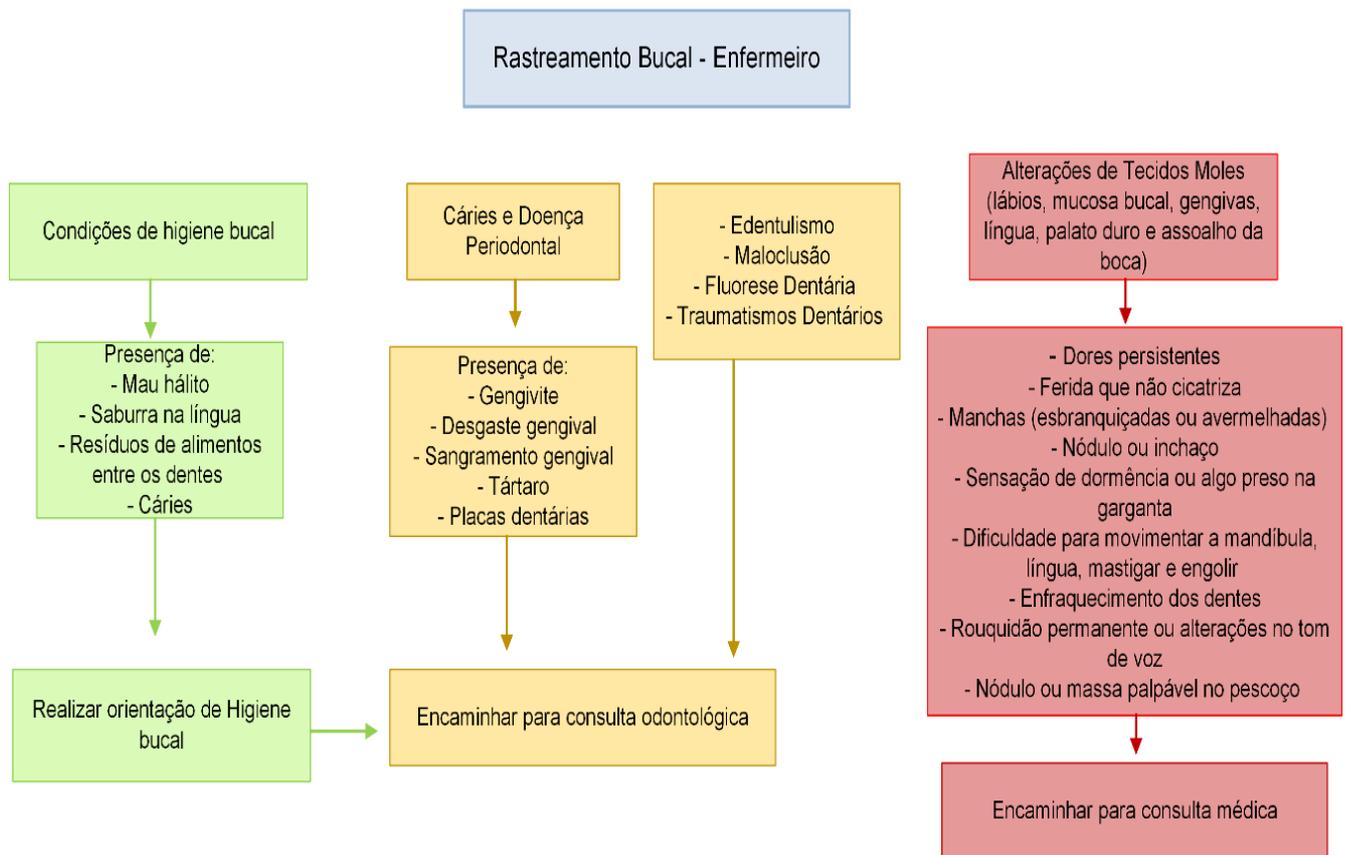
- Costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, pegajosos e líquidos (dieta cariogênica) - dentes cariados, perda de dentes, próteses mal-adaptadas dificultam a mastigação e podem favorecer a desnutrição no idoso, principalmente no idoso frágil.

3.6. Prevenção e Rastreio para Câncer Bucal

Sinais de Alerta para Câncer Bucal

- Examinar a boca periodicamente (4/4 meses), investigando possíveis lesões na língua (em cima, embaixo e dos lados), gengivas, bochechas, lábios e palato. Além de realizar inspeção do pescoço, gânglios linfáticos submandibulares e retroauriculares;
- Pessoas que apresentarem lesões brancas, vermelhas ou enegrecidas, erosivas/ ulceradas ou nodulares, que perduram por mais de 15 dias devem ser encaminhados ao serviço odontológico para diagnóstico e tratamento (o Cirurgião Dentista da Atenção Básica confirmando a potencialidade de malignidade encaminhará ao Estomatologista do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO de sua referência);
- O álcool, particularmente as bebidas destiladas, e o tabaco, nas diversas formas de uso (cigarro, charuto, cachimbo) constituem os principais fatores de risco para o câncer bucal. Má higiene, as carências de vitaminas do tipo A e C, próteses mal adaptadas, deficiências imunológicas e a radiação solar também têm sido apontados como fatores de risco para o câncer de boca.

Fluxograma para rastreamento e intervenções realizadas pelo enfermeiro na Saúde Bucal na Unidade Básica de Saúde



Orientações importantes para manutenção da saúde bucal

Orientações
<ul style="list-style-type: none"> Independente da presença total ou parcial dos dentes, é necessário higienizar a cavidade bucal (dentes, língua, bochechas, gengivas e as próteses). A higiene dos dentes deve ser realizada com escovação, utilizando-se uma pequena quantidade de creme dental fluoretado e com o uso do fio dental. Pessoas desdentadas totais a cavidade bucal pode ser higienizada com escova de dente comum de cerdas macias. A língua também deve ser higienizada com a escova dental ou com raspadores de língua. Não é preciso aplicar força para se obter uma boa higiene.

Recomendações básicas para higiene da cavidade bucal

Cuidados	Orientações
<p>Escovação: A escova deve ser macia de cabeça pequena para alcance de todos os dentes. Recomenda-se uma quantidade de creme dental fluoretado do tamanho de um</p>	<ul style="list-style-type: none"> Posicione a escova inclinada na direção da gengiva e faça movimentos de cima para baixo, nos dentes de cima, e de baixo para cima, nos dentes de baixo como se estivesse varrendo os dentes.

<p>grão de ervilha, colocado transversalmente sobre as cerdas da escova.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depois escove a parte interna de cada dente da mesma forma. • Escove a superfície do dente que usamos para mastigar. O movimento é suave, de vaivém. A escova deve ir até os últimos dentes do fundo da boca, realizando movimento de “limpador de pára-brisa”. • Escovar a língua é muito importante, pois ela acumula restos alimentares e bactérias que provocam o mau hálito. Faça movimentos cuidadosos com a escova “varrendo” a língua da parte interna até a ponta.
<p>Fio Dental: O fio dental ou fita dental deverá ser utilizado em todos os dentes para limpeza do espaço ao redor dos dentes (sulco gengival).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enrole cerca de 40 cm de fio ou fita dental entre os dedos • Leve-o até o espaço existente entre a gengiva e o dente e pressione-o sobre o dente, puxando a sujeira até a ponta do dente. • Passe o fio dental pelo menos duas vezes em cada um dos espaços entre os dentes, primeiro pressionando para um lado, depois para o outro; porém, sem forçar o espaço gengival evitando ferimentos. • Leve-o até o espaço existente entre a gengiva e o dente e pressione-o sobre o dente, puxando a sujeira até a ponta do dente. • Pessoas com amplos espaços interdentais (entre os dentes) devem usar escovas interdentais – fornecidas pelas equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde.

Recomendações aos usuários com próteses totais

Orientações para usuários com prótese total
<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante as refeições deve realizar movimento de abrir e fechar a boca, evitando movimentos laterais até que ocorra a adaptação com a prótese. 2. No início do uso das próteses ingerir alimentos mais líquidos e pastosos, posteriormente passar aos alimentos mais duros e consistentes. 3. Usar somente os dentes posteriores na mastigação, para que as próteses não se desloquem. 4. Retirar as próteses para higienizá-las após cada refeição. 5. Na hora da higienização segurar as próteses com firmeza. 6. Escová-las sobre uma bacia ou sobre a cuba da pia do banheiro com água para evitar que caiam e se quebrem. 7. Caso ocorra quebra da prótese procurar um dentista, não consertá-las em casa. 8. Escovar as próteses do lado de dentro e do lado de fora com escova média (escova dental ou escova específica para prótese) com sabão de coco ou detergente líquido neutro, evitar o uso do creme dental fluoretado.

9. Recomenda-se que o usuário durma sem a prótese para dar “descanso” às mucosas. Ao retirá-las sempre deixá-las em um recipiente com água.
10. Caso a pessoa use prótese superior e inferior e prefira dormir com as próteses, recomenda-se retirar uma delas. Preferencialmente intercalar ora superior e ora inferior.
11. Os tecidos bucais podem sofrer algumas alterações, por isso é importante que se consulte um cirurgião dentista quando houver lesões na mucosa (ulceradas ou nodulares) que não regridem em até 3 semanas ou quando se perceber a redução da eficiência mastigatória.
12. Aconselha-se a troca das próteses a cada 5 anos. Os dentes sofrem desgastes e há perda da eficiência mastigatória, por isso indica-se a troca periódica das próteses.

Recomendações Básicas para usuários com uso combinado de dentes e próteses removíveis (pontes).

Orientações para usuários com prótese parciais e removíveis

1. Higienizar os dentes que suportam os grampos da prótese com extremo cuidado, removendo completamente toda placa bacteriana. Os grampos não “estragam” os dentes tampouco provocam cáries. O que provoca cárie é a placa bacteriana e restos alimentares que não foram removidos adequadamente. As pessoas idosas devem ser orientadas a retirar as próteses após cada refeição para serem higienizadas.
2. Usar uma escova de cerdas média para prótese e uma macia para os dentes naturais. As próteses deverão ser higienizadas com sabão de coco ou detergente líquido neutro. Não se recomenda o uso de creme dental fluoretado para limpeza das próteses. Escovar os grampos das próteses por dentro.
3. Escovar dentes, língua e mucosa bucal sem as próteses.
4. Para os portadores de próteses fixas deve-se fazer uso de passadores de fio dental para que se remova a placa bacteriana sob a prótese fixa.
5. As próteses removíveis e totais que possuem porções metálicas (grampos, arco palatino ou barras) não devem ser colocadas em soluções com hipoclorito (água sanitária), pois podem sofrer oxidação.

3.7. Diagnósticos, resultados esperados e intervenções Enfermagem Saúde Bucal, segundo a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem - CIPE.

Diagnósticos de Enfermagem CIPE	Resultados Esperados	Planejamento de Enfermagem: Intervenção/ Implementação
Condição Oral (ou Bucal), Prejudicada	Condição Oral (ou Bucal), Melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as recomendações básicas da higiene da cavidade oral. • Estimular a inspeção diária das mucosas e cavidade oral como cuidado preventivo.

		<ul style="list-style-type: none"> • Conscientizar da necessidade em higienizar toda a cavidade bucal (dente, língua, bochechas, gengivas e próteses).
Capacidade para Executar Higiene Oral (ou Bucal), Prejudicada	Execução da higiene oral (ou bucal), melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar ao responsável e ou apoiador de cuidados a importância das recomendações básicas de higiene da cavidade oral (dente, língua, bochechas, gengivas e próteses). • Orientar sobre o cuidado preventivo e necessário de inspecionar diariamente as mucosas e cavidade oral.
Conhecimento sobre Higiene Oral (ou Bucal)	Adesão ao conhecimento sobre Higiene Oral (ou Bucal)	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar o uso de escova dental macia e com cabeça pequena, para alcance de todos os dentes. • Recomendar o uso de creme dental fluoretado em pequena quantidade. • Recomendar o uso do fio dental em todos os dentes para limpeza do espaço ao redor dos dentes (sulco gengival).
Falta de Conhecimento sobre Higiene Oral (ou Bucal)	Conhecimento sobre Higiene Oral (ou Bucal), adesão	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre o uso de escova dental macia e com cabeça pequena, para alcance de todos os dentes. • Orientar o uso de creme dental fluoretado em pequena quantidade. • Orientar sobre a importância do uso do fio dental em todos os dentes para limpeza do espaço ao redor dos dentes (sulco gengival)
Dentição, Prejudicada		<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as recomendações básicas da higiene da cavidade oral. • Orientar sobre as recomendações aos usuários com prótese totais e ou pontes
Membrana Mucosa Oral (ou Bucal), Prejudicada		<ul style="list-style-type: none"> • Observar evolução de lesões na mucosa, que não regredem em até 3 semanas ou que prejudicam a eficiência mastigatória e agendar avaliação odontológica. • Orientar a retirada de próteses parciais e ou totais para higienizá-las após cada refeição • Orientar a retirada das próteses totais e ou parciais antes de dormir, para “descanso das mucosas”. • Agendar avaliação odontológica se houver frouxidão da prótese, para troca prótica.
Risco de Infecção da Membrana Mucosa Oral (ou Bucal)		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a importância de se evitar o consumo de álcool e cigarros. • Incentivar a participação em ações preventivas. • Incentivar acompanhamento periódico com o dentista.

		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a alimentação equilibrada e uso racional do açúcar
Dor de dente		<ul style="list-style-type: none"> • Dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas ou Paracetamol 500-1000 mg de 6/6 horas
<p>Infecção por Candidíase</p> 		<ul style="list-style-type: none"> • Nistatina 100.000 UI/ml, 04 ml via oral de 6/6 horas por 14 dias (manter na boca o máximo possível). Para ambas, necessário: se Dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas ou Paracetamol 500-1000 mg de 6/6 horas se dor. Em caso de candidíase oral, investigar DM (protocolo volume 1) e HIV (teste rápido ou solicitação de sorologia) • Dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas Enfermeiro (a) /técnico (a) de enfermagem Enfermeiro (a) ou Paracetamol 500-1000 mg de 6/6 horas se dor • Investigar DM e HIV (teste rápido ou solicitação de sorologia)
<p>Infecção Herpes Labial</p> 		<ul style="list-style-type: none"> • Orienta-se não ter o contato direto e/ou compartilhado de objetos de uso comum (copos, talheres, etc.) durante a fase aguda das lesões; Evitar contato íntimo com contato com a mucosa lesionada durante a fase aguda das lesões. • Lidocaína creme 2% nas lesões de 8/8 horas se necessário para alívio da dor • Dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas ou Paracetamol 500-1000 mg de 6/6 horas se dor • Aciclovir 200mg 5x ao dia por 5-7 dias se: • Primeiro episódio com vesículas e iniciados há menos de 72 horas; <ul style="list-style-type: none"> - Úlceras extensas ou recorrentes.
<p>Membrana mucosa oral prejudicada (Afta)</p> <p>Risco de infecção da membrana mucosa oral prejudicada (Afta)</p> 		<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar escovação e higiene bucal rotineira; • Orientar bochecho com bicarbonato de sódio 3 a 4x/dia para alívio dos sintomas e da dor. • Prescrição: lidocaína 2% de 6/6 horas • Dipirona 500-1000 mg de 6/6 horas Enfermeiro (a) ou Paracetamol 500-1000 mg de 6/6 horas se dor

Fonte: (Protocolo de Florianópolis) / CIPE 2019

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília - DF, 2018. 350 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal/MS. Brasília-DF, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf
3. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4 - Demanda espontânea do Adulto. Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478%20%3E>
4. International Council of Nurses. ICNP Browser. CIPE - Português. [internet]. [acesso 22 Agosto 24]. Disponível: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs%20do%20Brasil.pdf>

3.8. IMUNIZAÇÃO DO ADULTO

A vacinação é fundamental para a saúde individual e coletiva, proporcionando proteção contra doenças graves e prevenindo complicações, pois evita que doenças imunopreveníveis se espalhem. Na APS além das campanhas de imunização, cabe à equipe de saúde estar atenta ao acesso dos usuários que apresentam esquema de vacinação incompleto, é oportuno que a equipe de saúde ofereça a completude das doses pendentes, seguindo a referência do calendário municipal de imunização.

CALENDÁRIO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO PARA ADULTOS ENTRE 20 E 59 ANOS

Idade	Vacina	Doses	Prevenção de Doenças
A qualquer tempo	Hepatite B	3 doses – intervalo de 4 semanas entre a 1ª e a 2ª dose. A 3ª dose pode ser dois meses após a segunda, desde que o intervalo de tempo decorrido da 1ª dose seja de 4 meses.	Hepatite B
	Difteria e tétano	Iniciar ou completar esquema de 3 doses. Reforço a cada 10 anos por toda a vida ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves.	Difteria e tétano

	Febre Amarela	Dose única caso não tenha recebido nenhuma dose até os 5 anos. Reforçar, caso a pessoa tenha recebido apenas uma dose de vacina antes de completar 5 anos	Febre Amarela
De 20 a 29 anos	Tríplice Viral (SCR)	Duas doses. Verificar a situação vacinal anterior	Sarampo, Caxumba e Rubéola
De 30 a 59 anos	Tríplice Viral (SCR)	Uma dose. Verificar a situação vacinal anterior	Sarampo, Caxumba e Rubéola
A partir de 18 anos	Difteria, tétano e Pertussis (dTpa-acelular) *	Uma dose. Reforço a cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	Difteria, Tétano e Coqueluche

*A vacina dTpa adulto está indicada para profissionais de saúde e parteiras tradicionais.

Indicação da Vacina Contra Hepatite B Para o adulto com idade acima de 20 anos com risco acrescido
<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde • Vítimas de acidente com perfuro cortantes • Profissionais do sexo • Cuidadores de usuários acamados • Podólogos • Tatuadores • Manicures • Auxiliares de necrópsia • Coletores de lixo • Policiais • Bombeiros • Pessoas em situação de rua • Portadores de hepatite C • Doadores de sangue • Usuário de drogas • Pessoas LGBTIA+ • Vítimas de abuso sexual • Comunicantes de hepatite B e C • Renais crônicos • Transplantados • Imunodeprimidos • População institucionalizada • Alunos de cursos técnicos ou universitários da área saúde • Profissionais de funerárias. • Politransfundidos

Indicação da vacina de Febre Amarela no Estado de São Paulo
<ul style="list-style-type: none"> • A vacinação de pessoas com 60 anos ou mais de idade poderá ser realizada, em especial para os residentes ou viajantes para as localidades com evidência de

circulação do vírus da febre amarela, sempre associada à avaliação do risco relacionado às comorbidades nessa faixa etária.

- Indivíduos que viajem para áreas endêmicas, áreas de transição (Acre, Amazonas, Roraima, Amapá, Pará, Maranhão, Goiás, Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Distrito Federal e regiões de Piauí, Bahia, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), municípios ribeirinhos dentro do estado de São Paulo e regiões de matas.

O calendário de vacinas está sujeito a inserções de imunobiológicos e ou modificações. É importante que o enfermeiro acompanhe as atualizações do Programa Municipal de Imunização-PMI, para execução do calendário de vacinação vigente, além de conhecer e compreender os cuidados necessários a cada imunizantes, para orientar à equipe de saúde e esclarecer aos usuários quanto aos possíveis sinais e sintomas relacionados.

Para execução atualizada, consultar o calendário em tempo real acessando os links abaixo:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/361501

<https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/>

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministerio da Saude. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Imunização: Calendário de Vacinação 6ª edição, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>
2. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Norma técnica do Programa de Imunização. São Paulo: CVE, 2021. 75 p. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/2021/norma_de_imunizacao_2021_2.pdf
3. São Paulo. Secretaria Municipal de Saude. Vigilancia em Saúde. Vacinação: Calendário Municipal de Imunização, 2024. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/360658

Capítulo 4 - RASTREAMENTOS COMO ESTRATÉGIA PREVENTIVA

O rastreamento é uma forma de prevenção secundária que consiste na realização de algumas intervenções em pessoas assintomáticas, pertencentes a grupos populacionais específicos, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nesses grupos.

É preciso ter cautela quando falamos sobre rastreamento, pois exige conhecimento e atualização dos profissionais de saúde sobre o potencial que a intervenção proposta tem para melhorar os resultados de morbimortalidade e de qualidade de vida da pessoa e tenham poucos danos associados. Dialogar sobre a necessidade ou não de realizar uma intervenção demanda um grande aperfeiçoamento de habilidades de comunicação, de construção de vínculo e de capacidade de compartilhar decisões e informações com palavras simples acessíveis às pessoas e famílias.

A postura profissional é imperativa para produzir riscos e benefícios a uma pessoa, família ou comunidade, podendo ser intervencionista ou cautelosa, baseada ou não em evidências. Para a realização de rastreamentos de forma oportuna e equânime, é fundamental a inserção da abordagem centrada na pessoa e focada na prevenção quaternária (P4) na prática da APS, tanto na consulta como no processo de trabalho. Esse é um dos caminhos para minimizar os sofrimentos e modificar o contexto de medicalização social que estamos vivenciando.

4.1. Rastreamento de pessoas com sintomas respiratórios

A transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* ocorre por via aérea, a partir de um indivíduo com tuberculose (TB) pulmonar ou laríngea, que expulsa bacilos por meio dos aerossóis gerados pela tosse, fala e/ou espirro. Indivíduos com baciloscopia positiva no escarro (bacilíferos) são responsáveis por manter a cadeia de transmissão da doença. Estima-se que um bacilífero possa infectar, em média, de 10 a 15 pessoas durante um ano. Já indivíduos com baciloscopia negativa, mas com TRM e/ou cultura positiva, possuem menor capacidade de transmissão.

A identificação precoce de indivíduos transmissores, conhecidos como "sintomáticos respiratórios", e a oferta de tratamento adequado o mais rapidamente possível são ações fundamentais para o controle da tuberculose.

Geralmente, após 15 dias de tratamento, a transmissão de bacilos pelo paciente é consideravelmente reduzida, porém, apenas com a negatificação da baciloscopia é que o risco de transmissão é completamente eliminado.

Sintomático respiratório é definido como a pessoa que, durante a busca ativa, apresenta tosse persistente por três semanas ou mais. **Estima-se que 1% da população geral de uma região seja composta por sintomáticos respiratórios, sendo que 4% destes são bacilíferos.** Esse critério é aplicado à população geral (sem fatores de risco elevados para a tuberculose e residente em área de cobertura de uma unidade de saúde). Em populações com maior risco de adoecer por tuberculose, o tempo de tosse pode variar, conforme demonstrado no Quadro abaixo:

Pessoa que procura o serviço de saúde	Duração da tosse
Portador de diabetes mellitus	Tosse com duração de 2 semanas
Contato de TB Pessoa vivendo com HIV População privada de liberdade Pessoa em situação de rua (PSR) Pessoas vivendo em instituições (asilos, albergues, etc.) Indígenas Profissionais de saúde Imigrantes	Tosse com qualquer tempo de duração

Fonte: Nota Informativa SMS- PMCT - 04/2022.

Para seguimento completo de busca de sintomáticos respiratórios deve seguir o Nota Informativa de Sintomático respiratória que pode ser encontrada em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Nota_Informativa_Sint%20Resp%20PMCT%202022.pdf

4.2. Rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis

O rastreamento das ISTs trata da realização de testes diagnósticos em indivíduos sem sintomas para estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), a fim de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado. Esse rastreio deve seguir as recomendações por grupo populacional, de acordo com o

risco. Sendo que os dois principais fatores de risco para as ISTs são a idade mais jovem e o não uso de preservativos.

A seguir, segue a recomendação de rastreio por grupo:

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e Gonococo ^c	Hepatite B ^d e Hepatite C ^e
Adolescentes e jovens (≤30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação ^f); No início do 2º trimestre (13ª semana); No início do 3º trimestre (28ª semana); No momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de exames anteriores Em caso de aborto/ natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.		Na primeira consulta do pré-natal (Gestantes ≤30 anos)	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) Hepatite C: na primeira consulta do pré-natal
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais Semestral ^a anual	
Profissionais do sexo				
Travestis/ transexuais				
Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico		-	-
PVHIV	Semestral		No momento do diagnóstico	Semestral ^a anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva)	Semestral			Semestral a anual

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e Gonococo ^c	Hepatite B ^d e Hepatite C ^e
sem uso de preservativos				
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	Semestral a anual
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição		Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída ^g Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após	Hepatite B: no atendimento inicial e de
	exposição e 3 meses após a exposição	a exposição	exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	De acordo com a profilaxia pós-exposição instituída Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.⁵

LEGENDA:

HSH – homens que fazem sexo com homens; PVHIV – pessoas vivendo com HIV; PrEP – profilaxia pré exposição de risco à infecção pelo HIV; PEP – profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.

HIV ^a: preferencialmente com teste rápido – TR. **Sífilis ^b:** preferencialmente com TR para sífilis. **Clamídia e gonococo ^c:** detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta. **Hepatite B ^d:** preferencialmente com teste rápido. Realizar o rastreamento em indivíduos suscetíveis à hepatite B. Pessoa susceptível é aquela que possui HbsAg (TR ou imunoensaio laboratorial) não reagente é que não possui registro de esquema vacinal completo com 3 doses aplicadas adequadamente, ou, se indicada avaliação de soroconversão, não apresentou

oroconversão para anti-HBs após dois esquemas vacinais completos (não respondedores). Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível. Para mais informações sobre grupos que necessitam esquemas especiais de vacinação (ex.: PVHIV), consultar o PCDT para Hepatite B e Coinfecções. **Hepatite C**^e: preferencialmente com TR. **Idealmente, no primeiro trimestre**^f: caso a gestante não tenha realizado rastreio no pré-natal, proceder à testagem rápida para hepatite B no momento do parto. A vacina para hepatite B é segura durante a gestação em qualquer idade gestacional, e as mulheres susceptíveis devem ser vacinadas. **profilaxia pós-exposição instituída**^g: Em caso de HbsAg (TR ou imunoenensaio laboratorial) não reagente em indivíduos suscetíveis, iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B e avaliar a indicação de IGHAHB. O anti-HBs deve ser realizado preferencialmente 1 a 2 meses após a última dose da vacina (ou em até 6 meses) e, nos casos em que a IGHAHB foi aplicada, pelo menos 6 meses após a última dose de IGHAHB. Resultados positivos para HbsAg devem ser conduzidos conforme orientações do PCDT para Hepatite B e Coinfecções.

Em abril de 2024, o ministério da saúde incorporou no SUS o exame para detecção no pré-natal, de infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 1/2 em gestantes. E, em fevereiro do mesmo ano, incluiu a infecção pelo vírus Linfotrópico de Células T Humanas-HTLV, da Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

A SMS/SP está instituindo uma linha de cuidados junto a Área Técnica da Saúde da Mulher em conjunto com a Coordenadoria de Vigilância em Saude – COVISA para a confirmação diagnóstica e acompanhamento da gestante e família. Consultar a página da Área Técnica da Saúde da Mulher: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346505

4.3. Rastreamento da hipertensão arterial e monitoramento da pressão arterial

O rastreamento consiste em um conjunto de procedimentos visando a detectar e intervir precocemente nos fatores de riscos para hipertensão arterial e assim identificar os usuários assintomáticos com pressão arterial elevada ou com sinais e sintomas iniciais, bem como acompanhar os usuários com hipertensão arterial.

O Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo, preconiza os seguintes parâmetros para rastreamento da Hipertensão Arterial:

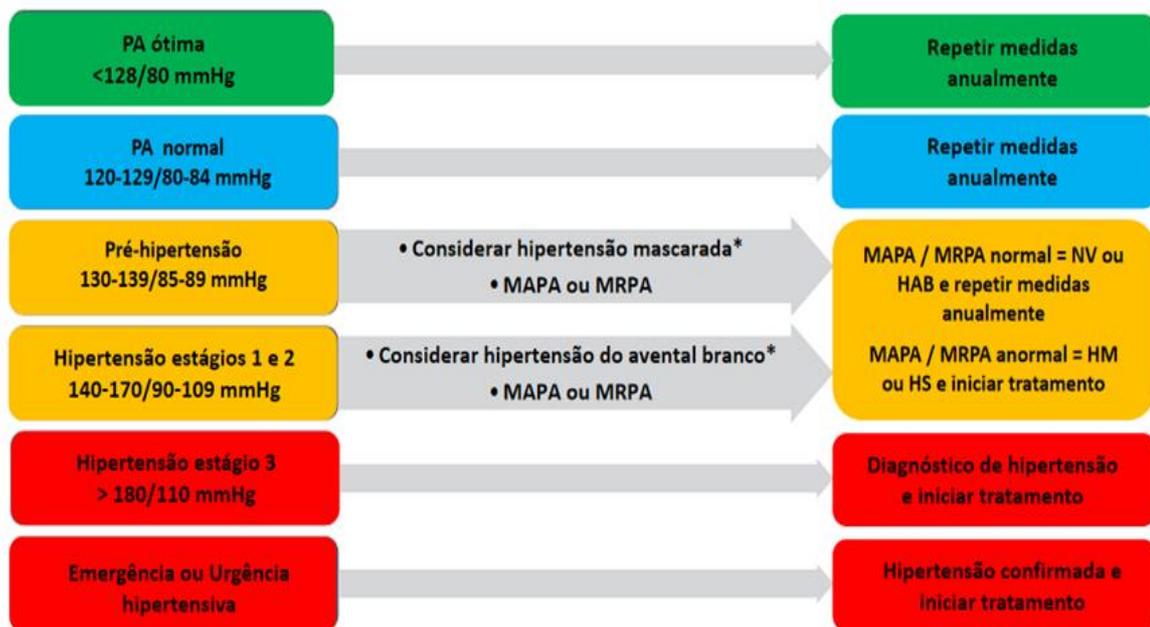
- Adultos ≥ 18 anos devem realizar a medida da PA uma vez ao ano.
- Para adultos **sem** sintomas de risco, realizar mais 3 aferições da PA com intervalo de uma semana e registrar em prontuário. Se PA aumentada em dois momentos, agendar consulta médica para outras avaliações e confirmação diagnóstica.

NOTA: sintomas de risco: cefaleia súbita e diferente do habitual, vertigem, visão turva ou perda temporária da visão, precordialgia, palpitações, dispneia paroxística, edema de membros inferiores, náusea ou vômito inexplicáveis, confusão mental, epistaxe, especialmente se frequente e sem causa aparente, fraqueza ou dormência súbita unilateral, ansiedade intensa sem motivo aparente.

- Quando a PA $<140/90$ mmHg e sem sintomas de risco, o monitoramento da pressão arterial deve ser realizado uma vez ao ano pela equipe multiprofissional, principalmente auxiliar de enfermagem.
- Os enfermeiros devem investigar queixas clínicas e detectar os primeiros sinais e sintomas em todas as oportunidades e orientar Modificações do Estilo de Vida (MEV)
- Todos os usuários com diagnóstico confirmado de HAS, devem seguir um cronograma de consultas intercaladas e programadas com o enfermeiro, para monitoramento do controle dos níveis pressóricos e adesão ao tratamento medicamentoso e MEV.
- Usuários com fatores de risco importantes e ou outras comorbidades, devem ser acompanhados em visita domiciliar (VD) programadas pelo enfermeiro, para monitoramento e prevenção de agravos relacionados aos controles da HAS.

É importante realizar a validação das medidas pressóricas por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), com intervalos combinados com o usuário, para que ele venha até a UBS fazer as aferições da pressão arterial. Quando não for possível, recomenda-se a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), quando o usuário utiliza de aparelho de aferição pessoal com registros diários de acordo com as orientações técnicas do enfermeiro. Esses métodos desempenham um papel adicional no manejo da HAS, pois fornecem dados sobre as variações circadianas da PA, identificando hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.

Rastreamento e diagnóstico de hipertensão arterial



Fonte: Adaptado das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020

PA: pressão arterial; **MAPA:** monitorização ambulatorial da pressão arterial; **MRPA:** monitorização residencial da pressão arterial; **NV:** normotensão verdadeira; **HAB:** hipertensão do avental branco; **HM:** hipertensão mascarada; **HS:** hipertensão sustentada.

4.4. Estratificação de risco cardiovascular

A estratificação de risco cardiovascular configura-se como uma ferramenta fundamental para a organização do cuidado em saúde. Objetiva identificar e classificar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca, em uma população específica.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um fator de risco de alta prevalência, sendo um dos principais determinantes de morbidade e mortalidade cardiovascular no Brasil e globalmente. Associa-se diretamente a complicações como insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica.

O objetivo primordial da estratificação de risco consiste em estimar os riscos de eventos cardiovasculares em médio e longo prazo, possibilitando uma organização eficaz do atendimento à saúde dos usuários. Adicionalmente, a estratificação viabiliza a definição de um conjunto de ofertas programadas de cuidados, estratificadas por nível de risco identificado, ajustando a frequência de atendimentos e a intensidade do controle dos fatores de risco.

A estratificação de risco fundamenta-se na avaliação de diversos fatores, incluindo os níveis de pressão arterial (PA), a presença de fatores de risco

cardiovascular (FRCV), lesões em órgãos-alvo (LOA) e a coexistência de doenças cardiovasculares (DCV) ou renais já estabelecidas.

A estratificação do risco cardiovascular (RCV) global, isoladamente, não se direciona especificamente a pacientes hipertensos. Considerando que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco cardiovascular, o método preconizado pela 7ª e 8ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica, em consonância com o Protocolo "Cuidando de Todos" da SMS/SP, envolve a estimativa do RCV do paciente hipertenso. Esta estimativa é realizada por meio da estratificação do risco cardiovascular estimado, considerando não apenas a hipertensão, mas também outros fatores de risco coexistentes, como comorbidades e hábitos de vida. Este processo considera:

- O nível de pressão arterial do paciente.
- A presença de fatores de risco adicionais.
- Lesão de órgão alvo (LOA) e doenças cardiovasculares associadas.

A estratificação do risco cardiovascular ECV **deve ser realizada anualmente** para toda população na **faixa etária entre 40 e 74 anos** (ANEXO 2) Tanto o profissional médico quanto enfermeiro devem realizar a ECV a partir da avaliação de fatores clínicos e resultados laboratoriais, para definição de parâmetros de cuidado, metas terapêuticas e critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento do usuário. Ressalta-se que a avaliação precoce do risco cardiovascular é um passo estruturante para a prevenção de desfechos cardiovasculares fatais e não fatais na população.

A ECV tem por objetivo promover melhorias no cuidado às pessoas em condições consideradas como fatores de risco para doença cardiovascular. Nesse contexto, ressalta-se que a ECV não deve ser realizada como um procedimento isolado e sem continuidade de assistência. É preciso ser acompanhada de realização da consulta individual com avaliação clínica e exame físico por médico e ou enfermeiro, devendo estes profissionais avaliarem a necessidade de solicitação e avaliação de exames complementares para estratificação do risco cardiovascular. Além da consulta com avaliação do risco cardiovascular, ressalta-se a importância da oferta de cuidado longitudinal aos usuários avaliados, com ações de promoção da saúde e de prevenção dos fatores de risco, incluindo abordagem integral compartilhada com outros profissionais da equipe

multidisciplinar (nutricionistas, profissionais da educação física, entre outros). O fluxo de retorno para cuidados continuados deve considerar a Estratificação de Risco individual do usuário hipertenso: risco cardiovascular adicional, níveis de Pressão Arterial e a presença de Fatores de Risco, Lesões de Órgãos-Alvo e DCV.

Fatores de Risco Cardiovascular Adicionais no Usuário com Hipertensão Arterial

Na avaliação do risco adicional em pacientes com hipertensão, torna-se fundamental considerar a presença de fatores de risco cardiovascular (FRCV). Estes fatores contribuem para o aumento da probabilidade de complicações cardiovasculares e devem ser investigados de maneira sistemática durante a consulta. Entre os principais fatores de risco, destacam-se:

- **Sexo Masculino:** A condição de ser do sexo masculino configura-se como fator de risco.
- **Idade:** A idade avançada representa um fator de risco, com critérios distintos para homens e mulheres:
 - Homens \geq 55 anos
 - Mulheres \geq 65 anos
- **Histórico de DCV Prematura em Parentes de 1º grau:** A ocorrência de Doença Cardiovascular (DCV) prematura (antes dos 55 anos em homens ou antes dos 65 anos em mulheres) em parentes de primeiro grau (pais, irmãos, filhos) constitui um fator de risco.
 - Homens $<$ 55 anos (histórico em parentes de 1º grau)
 - Mulheres $<$ 65 anos (histórico em parentes de 1º grau)
- **Tabagismo:** O hábito de fumar atualmente ou a cessação recente do tabagismo representam um fator de risco.
- **Dislipidemia:** Níveis alterados de lipídios sanguíneos configuram-se como fator de risco, com os seguintes critérios:
 - Colesterol Total $>$ 190 mg/dL e/ou
 - Lipoproteína de Baixa Densidade - LDL $>$ 100 mg/dL e/ou
 - Lipoproteína de Alta Densidade - HDL $<$ 40 mg/dL em homens ou $<$ 46 mg/dL em mulheres e/ou
 - Triglicérides $>$ 150 mg/dL

- **Resistência à Insulina:** A resistência à insulina, um precursor do diabetes, representa um fator de risco, definida por um ou mais dos seguintes critérios:
 - Glicemia Plasmática em Jejum 100 - 125 mg/dL e/ou
 - Teste Oral de Tolerância à Glicose 140 - 199 mg/dL em 2 horas e/ou
 - Hemoglobina Glicada 5,7% - 6,4%

- **Obesidade:** O excesso de peso e a obesidade constituem fatores de risco, definidos por:
 - Índice de Massa Corpórea - IMC ≥ 30 kg/m² e/ou
 - Circunferência Abdominal - CA: Valores aumentados da circunferência abdominal também são considerados risco, com critérios distintos para homens e mulheres:
 - Para os homens: aumentada de 89 cm a 102 cm e muito aumentada ≥ 102 cm
 - Para as mulheres: aumentada de 80 cm a 87 cm e muito aumentada ≥ 88 cm

Este quadro serve como guia para a identificação da presença desses fatores de risco adicionais em pacientes hipertensos, auxiliando na avaliação do seu risco cardiovascular global.

Os indivíduos são classificados em três níveis de risco: baixo, moderado e alto. A classificação realiza-se com base nos estágios da hipertensão arterial, presença de fatores de risco e lesões de órgãos-alvo, além de outras comorbidades.

Opção	Critérios
<input type="checkbox"/> PAS 130-139 e PAD 85-89	Pressão Arterial Sistólica entre 130 e 139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica entre 85 e 89 mmHg
<input type="checkbox"/> HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	Pressão Arterial Sistólica entre 140 e 159 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica entre 90 e 99 mmHg
<input type="checkbox"/> HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	Pressão Arterial Sistólica entre 160 e 179 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica entre 100 e 109 mmHg
<input type="checkbox"/> HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110	Pressão Arterial Sistólica igual ou maior que 180 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica igual ou maior que 110 mmHg
<input type="checkbox"/> HA sistólica isolada PAS ≥ 140 ou PAD < 90	Pressão Arterial Sistólica igual ou maior que 140 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica menor que 90 mmHg

O enfermeiro pode utilizar a proposta de ficha para estratificação de risco abaixo, que visa auxiliar na coleta de informações essenciais sobre o paciente. Esta ferramenta permite uma avaliação por meio dos passos descritos, contribuindo para um acompanhamento eficaz e adequado às necessidades do paciente.

Passo 1: Identificação do Paciente

- Nome Completo
- Idade: Informe a idade do paciente em anos.
- Sexo (Biológico): Assinale a opção correspondente ao sexo biológico do paciente: Masculino, Feminino, Intersexo ou Não Informado.
- Raça / Cor (Autodeclarada): Marque a opção que o paciente autodeclara como sua raça/cor: Branca, Preta, Parda, Indígena ou Amarela.
- CNS: Insira o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente, se disponível.

Passo 2: Classificação da PA, Classificação do IMC e Demais Informações

- Pressão Arterial: Registre os valores das três medições da pressão arterial do paciente, realizadas após um período de repouso, com intervalos de 5 minutos entre elas e 1 minuto entre cada leitura.
- Classificação da Pressão Arterial: Indique a classificação da pressão arterial em que o paciente se enquadra com base nos valores anotados (PAS e PAD).
- Peso: Registre o peso atual do paciente em quilogramas (kg).
- Altura: Registre a altura atual do paciente em metros (m) ou centímetros (cm).
- Circunferência Abdominal: Meça e registre a circunferência abdominal do paciente, geralmente na altura da cicatriz umbilical.
- Calcule o Índice de Massa Corporal (IMC)
- Classificação do IMC: Indique a classificação do IMC do paciente, com base no valor calculado (Baixo peso, Peso Normal, Excesso de peso, Obesidade Classe 1, Obesidade Classe 2, Obesidade Classe 3).

- Paciente sabe se já teve COVID-19?: Pergunte se o paciente já teve COVID-19 e marque "Sim" ou "Não".
- Se sim, teve alguma complicação? Se o paciente já teve COVID-19, pergunte se houve alguma complicação e marque "Sim" ou "Não".
- Faz uso de medicamento? Pergunte se o paciente utiliza algum medicamento regularmente e marque "Sim" ou "Não".
- Se sim, indique quais medicamentos abaixo: Se o paciente utiliza medicamentos, liste os nomes dos medicamentos.

Passo 3: Fatores de Risco

Perguntas sobre Fatores de Risco: Pergunte ao paciente sobre fatores de risco cardiovascular e marque "Sim" ou "Não" para cada uma das questões, incluindo:

- Idade, Sexo, Histórico familiar de doença cardiovascular precoce
- Diagnóstico de dislipidemia
- Níveis de colesterol e triglicerídeos
- Resistência à insulina (glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose, hemoglobina glicada)
- Obesidade (IMC e circunferência abdominal)
- Doença renal crônica e/ou
- Doença cardiovascular (angina, infarto, revascularização miocárdica, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica)
- Hipertrofia ventricular esquerda
- Diabetes Mellitus

Passo 4: Presença de LOA, DCV, DRC ou DM

Perguntas sobre a Presença de Condições de Saúde: Pergunte ao paciente sobre a presença de Lesão de Órgão Alvo (LOA), Doença Cardiovascular (DCV), Doença Renal Crônica (DRC) ou Diabetes Mellitus (DM), e marque "Sim" ou "Não" para cada questão:

- Lesão de Órgão Alvo (retinopatia, albuminúria, hipertrofia ventricular esquerda no ECG, espessamento médio-intimal da carótida ou placa, índice tornozelo-braquial, velocidade de onda de pulso)

- Doença Cerebrovascular (AVC isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório)
- Doença Renal Crônica
- Doença Cardiovascular (angina, infarto, revascularização miocárdica, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica)
- Diabetes Mellitus

Passo 5: Cálculo de Risco

- Identificação dos Fatores de Risco: Some o número de respostas "Sim" nas seções de Fatores de Risco e Presença de LOA, DCV, DRC ou DM.
- Tabela de Risco Cardiovascular: Utilize a tabela ACIMA para determinar o risco cardiovascular do paciente com base na pressão arterial, quantidade de fatores de risco e presença de LOA, DCV, DRC ou DM:
 - Linha: Encontre a linha correspondente à classificação da pressão arterial do paciente.
 - Coluna: Encontre a coluna correspondente ao número de fatores de risco identificados.
 - Consideração da Presença de LOA, DCV, DRC ou DM: Verifique a célula correspondente para identificar a classificação de risco cardiovascular (Sem Risco, Risco Baixo, Risco Moderado ou Risco Alto).

4.5. Rastreamento de Dislipidemia

A dislipidemia se caracteriza por anomalias nos níveis de lipídios no sangue, principalmente do colesterol total e dos triglicerídeos. Nesta condição identifica-se as seguintes alterações:

- Alterações nos níveis de lipídios no sangue:
- LDL-C elevado – aumento do risco de doença coronariana aguda (DAC).
- Triglicerídeos elevados – aumento do risco de desenvolver pancreatite aguda.
- Fator de risco cardiovascular relevante.
- Agravamento do quadro na presença de outros fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, obesidade, diabete melito e história familiar.

Rastreamento pessoas do sexo biológico masculino

- Está recomendado fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em pessoas do sexo biológico masculino com 35 anos ou mais.
- Recomenda-se também o rastreamento das desordens lipídicas em pessoas do sexo biológico masculino com 20 a 35 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.

Rastreamento em mulheres sexo biológico feminino

- Recomenda-se fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em pessoas do sexo biológico feminino com 45 anos ou mais, quando se enquadrarem como grupo de alto risco para doença coronariana
- Recomenda-se também o rastreamento das desordens lipídicas em pessoas do sexo biológico feminino com 20 a 45 anos, quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.

O diagnóstico de hipercolesterolemia familiar deve ser considerado se houver níveis muito elevados de colesterol (acima do percentil 90), presença de xantomas tendinosos, arco córneo em paciente com menos de 45 anos, xantomas tuberosos ou xantelasma em pacientes com menos de 25 anos e familiar de primeiro grau com as manifestações anteriores.

Os critérios diagnósticos de hipercolesterolemia familiar definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estão descritos abaixo:

Critérios diagnósticos de hipercolesterolemia familiar	Pontos
História familiar	
Familiar de primeiro grau com doença aterosclerótica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos). Familiar de primeiro grau com LDL-C acima do percentil 95	1
Familiar do primeiro grau com xantoma tendinoso ou arco córneo. Criança (menores de 18 anos) com LDL-C acima do percentil 95	2
História Clínica	
Paciente com doença arterial coronariana prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	2
Paciente com doença arterial cerebral ou periférica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	1
Exame físico	

Xantoma tendinoso	6
Arco córneo antes dos 45 anos	4
Exames laboratoriais	
LDL-C maiores ou iguais a 330 mg/dL	8
LDL-C entre 250 e 329 mg/dL	5
LDL-C entre 190 e 249 mg/dL	3
LDL-C entre 155 e 189 mg/dL	1
Mutação genética presente	8
Diagnóstico de hipercolesterolemia familiar é	
Definitivo com	Mais de 8 pontos
Provável com	6-8 pontos
Possível com	3-5 pontos

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia – Ministério da Saúde, 2020

Os exames mais utilizados para a triagem da dislipidemia incluem colesterol total (CT), colesterol HDL e triglicerídeos. Caso os resultados apresentem alterações, recomenda-se a repetição do exame em outra ocasião, sendo a média dos dois valores utilizada para a avaliação do risco cardiovascular.

O diagnóstico de dislipidemia é feito com base na dosagem dos lipídios séricos:

Exames Solicitados por Enfermeiros:
colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos.

Para adultos, usa-se como referência os valores descritos na tabela abaixo:

Valores referenciais e de alvo terapêutico* do perfil lipídico (adultos > 20 anos)

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria referencial
Colesterol total	<190	<190	Desejável
HDL-c	>40	>40	Desejável
Triglicérides	<150	<175	Desejável

Categoria de risco			
LDL-c	<130	<130	Baixo
	<100	<100	Intermediário
	<70	<70	Alto
	<50	<50	Muito alto
Não HDL-c	<160	<160	Baixo
	<130	<130	Intermediário
	<100	<100	Alto
	<80	<80	Muito alto

Fonte: Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, SBC, 2017.

Em caso de alteração, compartilhar cuidado com médico para diagnóstico e conduta medicamentosa.

Tratamento não medicamentoso

Aspecto fundamental no tratamento da dislipidemia são as medidas não medicamentosas direcionadas não somente à redução dos níveis de lipídios séricos, mas também a outros fatores de risco cardiovascular. A conduta não medicamentosa deve ser recomendada a todos os pacientes com dislipidemia, incluindo, no mínimo, terapia nutricional, exercícios físicos e cessação do tabagismo.

Terapia nutricional

Está bem demonstrado que o aumento do consumo de gorduras totais associa-se à elevação da concentração plasmática de colesterol e à maior incidência de aterosclerose. A quantidade de gorduras saturadas e de colesterol presentes nos alimentos influencia diferentemente os níveis lipídicos plasmáticos, em especial a colesterolemia. Para reduzir a ingestão de colesterol, deve-se diminuir o consumo de alimentos de origem animal, em especial carne gordurosa, vísceras, leite integral e seus derivados, embutidos, frios, pele de aves e gema de ovos.

Recomenda-se a substituição parcial de ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados. Para diminuir o consumo de ácidos graxos saturados,

aconselha-se a redução da ingestão de gordura animal (carnes gordurosas, leite e derivados), de polpa e leite de coco e de alguns óleos vegetais que contêm quantidades significativas de ácidos graxos saturados, como os óleos de palma, de coco e de dendê. Também se recomenda a exclusão completa dos ácidos graxos trans da dieta.

Para a hipertrigliceridemia há duas condutas distintas, porém complementares.

Para os pacientes com hiperquilomicronemia, geralmente com níveis de triglicerídeos acima de 1.000 mg/dl, situação associada a aumento do risco de pancreatite, recomenda-se reduzir a ingestão de gordura total da dieta (principalmente os óleos de cozinha e gorduras visíveis), e substituí-la, quando necessário, pela utilização de ácidos graxos de cadeia média que não entram na composição das quilo micras.

Para os pacientes com hipertrigliceridemia secundária, com valores de triglicerídeos geralmente abaixo de 1.000 mg/dl, comumente devido a excesso de ingestão de carboidratos, obesidade ou diabetes melito, recomendam-se restrição de carboidratos, dieta hipocalórica e hipoglicídica e compensação do diabetes, respectivamente, além da redução das gorduras da dieta e abstenção do consumo de álcool.

Atividades físicas

Atividades físicas são eficazes principalmente como coadjuvantes da dieta no tratamento da hipertrigliceridemia associada à obesidade. Devem ser adotadas com frequência de 3-6 vezes/semana e prescrição média de 150 minutos/semana de exercícios leves a moderados. Atividades aeróbicas, exercícios contra resistência e de flexibilidade estão indicados. Pacientes assintomáticos dispensam avaliação médica prévia, devendo ser mantidos os medicamentos de uso corrente.

Tabagismo

O hábito de fumar pode estar associado à redução significativa dos níveis de HDL-C. O tabagismo deve ser combatido de forma agressiva. O tratamento inclui duas etapas: abordagem cognitivo-comportamental e, se necessário, farmacoterapia.

Tratamento medicamentoso

Medicações	
Acompanhamentos de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica	Sinvastatina 10 mg; Sinvastatina 20 mg Sinvastatina 40 mg
<p>Durante a consulta de enfermagem ao dislipidêmico, poderão ser prescritas as medicações hipolipemiantes contidas na REMUME dando continuidade ao plano terapêutico proposto a este usuário pelo médico.</p> <p>Obs: Considerando o parecer do COREN 058/2013, a Portaria MS 2.436/2017, na rede da Atenção Básica SMS-SP, o Enfermeiro, através da Consulta de Enfermagem e conforme o Processo de enfermagem, após a avaliação, poderá realizar a prescrição de medicamentos de uso contínuo, com o cuidado compartilhado com o médico, com consultas intercaladas trimestralmente ou quadrimestralmente.</p>	
Medicações e fitoterápicos para prescrição	
<p>Durante a consulta de Enfermagem à pessoa vivendo com Dislipidemia, ao enfermeiro cabe realizar abordagem integral, podendo identificar queixas que necessitem de Manejo Clínico.</p> <p>Todas as condições previstas nos protocolos de Saúde da Mulher, Idoso e Adulto podem ser manejadas na consulta de abordagem a HAS, com intervenções e prescrições de enfermagem, contidas nestes protocolos.</p>	

4.6. Rastreamento para Diabetes Mellitus

É importante o rastreamento para diagnóstico precoce do DM em todos os usuários que apresentam sinais e sintomas relacionados à DM, também para usuários assintomáticos com fatores de risco. O Rastreamento ocorre a partir da coleta de exames laboratoriais para confirmação diagnóstica e monitoramento com intervalos de 3 anos ou mais frequentes quando indicado. Na presença de pré-diabetes, recomenda-se reavaliação anual.

O Enfermeiro deve investigar os fatores de risco em todas as consultas ao usuário adulto com ou sem sintomas e solicitar os exames de rastreio seguindo os critérios de rastreamento do DM em usuários assintomáticos:

1. Idade < 45 anos;
2. Sobrepeso ou obesidade (IMC $\geq 23\text{kg/m}^2$)
3. Presença de um ou mais fatores risco para DM2
4. Uso de medicamentos com potencial hiperglicemiantes
5. Presença de doenças associadas como endocrinopatias e doenças pancreáticas, ou com condições frequentemente associadas (HIV, doença periodontal e esteatose hepática).

NOTA: sempre considerar fatores clínicos e interferentes laboratoriais na interpretação dos resultados dos exames solicitados para diagnóstico de DM.

Critérios para diagnóstico do DM

O teste glicêmico de avaliação de risco de diabetes e pré-diabetes em adultos assintomáticos, devem ser aplicados principalmente em pessoas obesas (IMC \geq 23kg/m²) que apresentem um ou mais dos Fatores de Risco.

Sinais de pré-diabetes ou risco aumentado de diabetes	
1. Glicemia de jejum entre 100mg/dl e 125mg/dl	Condição anteriormente denominada "glicemia de jejum alterada"
2. Glicemia 2h após sobrecarga com 75g de glicose: entre 140mg/dl e 199mg/dl	Em teste oral de tolerância à glicose. Condição anteriormente denominada "tolerância diminuída à glicose"
3. Hemoglobina Glicada (A1C) entre 5,7% e 6,4%	Recomendação recente para o uso da A1C no diagnóstico.

A positividade de qualquer um dos parâmetros descritos confirma o diagnóstico de pré-diabetes.

Análise dos testes glicêmicos	
1. A1C \geq 6,5%	O teste deve ser realizado por método rastreável
2. Glicemia jejum \geq 126 mg/dl	Ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.
3. Glicemia 2 h após sobrecarga de glicose \geq 200 mg/dl	Teste oral de tolerância à glicose: ingestão de 75 g de glicose anidra dissolvida em água. Em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dl
4. Glicemia ao acaso \geq 200 mg/dl	Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica

A positividade de qualquer um dos testes acima, confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes, exceto no TTG e na hiperglicemia comprovada.

Nota: O diagnóstico diferencial entre DM1 e DM2 DEVE SER CONSIDERADO apenas em bases clínicas. Exames complementares específicos deverão ser solicitados pelo médico, quando há dúvidas em relação ao diagnóstico.

4.7. Estratificação de risco para desenvolvimento da DM

Aproximadamente dois terços dos casos de DM2 podem ser prevenidos, de modo que a utilização de escores para estimar o risco individual antes de qualquer alteração dos níveis da glicose sanguínea permite ações de saúde que interfiram nos fatores modificáveis de risco.

Entre os diferentes escores de risco para o DM2, recomenda-se a utilização do escore FINDRISC, que estima o risco de desenvolvimento de Diabetes tipo 2 em 10 anos. É um instrumento simples, de fácil compreensão, rápida aplicação e não invasivo que possibilita estimar o risco potencial de desenvolvimento do DM2 entre cinco possíveis grupos de risco (baixo, moderadamente elevado, moderado, alto e muito alto) a partir da somatória dos pontos.

Recomenda-se que seja aplicado para identificar indivíduos com risco mais elevado para o desenvolvimento do diabetes e suas complicações, principalmente nos indivíduos com 40 anos* e mais, que apresentem dois ou mais fatores de risco cardiovascular.

Escore de risco FINDRISC para DM tipo 2

Indicador	Valor	Pontos atribuídos
Idade *considerar faixa etária mais precoce para população negra	< 45 anos	0
	45 – 54 anos	2
	55 – 64 anos	3
	> 64 anos	4
Índice de Massa Corporal - IMC	< 25 kg/m ²	0
	25 a 30 kg/m ²	1
	> 30 kg/m ²	3
Você pratica regularmente pelo menos 30 minutos de atividade física (no trabalho ou no lazer, incluindo as atividades da vida diária)?	Diariamente	0
	Não	2
Com qual frequência você come frutas, legumes e verduras?	Diariamente	0
	Não diariamente	1
Você já fez uso de medicação anti-hipertensiva regularmente?	Não	0
	Sim	2
Você já teve alteração da taxa de glicose no sangue diagnostica- da (por exame de rotina, na gestação ou em outras situações)?	Não	0
	Sim	5

Circunferência abdominal (medida abaixo do arco costal, usualmente na linha do umbigo)	Homens	Menor que 94 cm	0
		94 cm – 102 cm	3
		Maior que 102 cm	4
	Mulheres	Menor que 80 cm	0
		80 cm – 88 cm	3
		Maior que 88 cm	4
Algum parente próximo ou outros parentes foram diagnosticados como portadores de diabetes?	Não	0	
	Sim – avós, tia, tio, primo em primeiro grau	3	
	Sim - pai ou mãe, irmão, irmã, filho.	5	
Total de pontos			

Fonte: Adaptado FINDRISC,2024

Baseada na pontuação obtida na escala de Escore de risco FINDRISC seguir as recomendações de acompanhamento de acordo com a classificação de risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 em 10 anos conforme recomendações.

Recomendações de acompanhamento de acordo com a classificação de risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 em 10 anos

Soma de pontos	Risco do desenvolvimento do diabetes	Recomendação
A orientação de manter os hábitos saudáveis de vida (não fumar, praticar atividade física regularmente, observar a manutenção do peso adequado e dieta saudável) deve ser mantida para todos os indivíduos, independente da pontuação no escore de risco para diabetes tipo 2.		
< 7 pontos	Baixo	Avaliação médica e de enfermagem, de rotina, ao menos uma vez ao ano.
7 a 11 pontos	Moderadamente elevado	Avaliação médica e de enfermagem em período não superior a 6 meses.
12 a 14 pontos	Moderado	Avaliação médica e de enfermagem, em período não superior a 3 meses.

15 a 20 pontos	Alto	Avaliação médica e de enfermagem, em 30 a 60 dias
>20 pontos	Muito alto	

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e Pancreatite [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
2. GUIA RÁPIDO: DOENÇAS CRÔNICAS DISLIPIDEMIA 1ª EDIÇÃO LONDRINA 2023. [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DAPS/LINHA_GUIA/GUIA_R%C3%81PIDO_DISLIPIDEMIA_atualizado_CORRIGIDO.pdf.
3. Faludi, A. A., Izar, M. C. de O., Saraiva, J. F. K., Chacra, A. P. M., Bianco, H. T., Afiune, A., Bertolami, A., Pereira, A. C., Lottenberg, A. M., Sposito, A. C., Chagas, A. C. P., Casella, A., Simão, A. F., Alencar, A. C. de., Caramelli, B., Magalhães, C. C., Negrão, C. E., Ferreira, C. E. dos S., Scherr, C., ... Salgado, W.. (2017). Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arquivos Brasileiros De Cardiologia, 109(2), 1–76. <https://doi.org/10.5935/abc.20170121>
4. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, SBC, 2017.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010
6. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Calculadora FINDRISC – Avaliação do risco de diabetes tipo 2. [Internet]. São Paulo: SBD; Disponível em: <https://diabetes.org.br/calculadoras/findrisc/>

Capítulo 5 - DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Doenças Crônicas são aquelas que permanecem por mais de um ano e requerem cuidados médicos e multiprofissionais continuados. Frequentemente esse grupo de doenças também limita as atividades do dia a dia e a qualidade de vida das pessoas, representando a maior parte dos atendimentos em saúde na Atenção Básica e em outros serviços. Tais doenças acarretam gastos expressivos e crescentes com saúde, pois existe uma epidemia silenciosa em que o adoecimento, a evolução das sequelas e a mortalidade muitas vezes precisam ser enfrentados o quanto antes.

Este capítulo tem como objetivo orientar as ações de enfermagem na atenção à saúde do adulto com ênfase na assistência às pessoas com Hipertensão Arterial, Diabetes Melito, Dislipidemia e Obesidade, uma vez que a principal causa de morbimortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares. A equipe de saúde tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por essas doenças por meio da prevenção dos fatores de risco e, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado dos portadores, prevenir as complicações agudas e crônicas, principalmente com ações educativas de promoção à saúde direcionada à população.

Doenças e agravos não transmissíveis

- Doenças com história natural prolongada.
- Múltiplos fatores de risco.
- Interação de fatores etiológicos.
- Especificidade de causa desconhecida.
- Ausência de participação ou participação polêmica de micro-organismos entre os determinantes.
- Longo período de latência.
- Longo curso assintomático.
- Curso clínico em geral lento, prolongado e permanente.
- Manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação.
- Lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, resultante da combinação de determinantes ambientais, genéticos/epigenéticos e sociais. Caracterizada por níveis elevados e persistentes de pressão arterial (PA),

frequentemente assintomática, pode acarretar alterações estruturais e/ou funcionais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), sendo também fator de risco para doenças metabólicas, aumentando, conseqüentemente o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2023), o diagnóstico de HAS se caracteriza por valores repetidos de pressão arterial sistólica **(PAS) no consultório ≥ 140 mmHg e/ou** valores de pressão arterial diastólica **(PAD) ≥ 90 mmHg**, considerando que seja medida com técnica correta, ao menos em duas ocasiões diferentes, sem medicação anti-hipertensiva.

A HAS é um problema grave de saúde pública mundial e uma das principais causas de morte prematura. O aumento global da sua prevalência está associado ao envelhecimento da população e ao aumento da exposição a fatores de risco relacionados ao estilo de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que há 1,28 bilhão de adultos no mundo com HAS na faixa etária entre 30-79 anos e adota como uma de suas metas globais a redução da prevalência da doença em 33% entre 2010 e 2030. Mundialmente, 46% dos adultos com HAS desconhecem que têm a condição, menos da metade (42%) são diagnosticados e tratados e apenas 21% dos adultos com HAS conseguem manter o controle efetivo. Nas Américas, quatro em cada dez homens adultos e mais de um quarto das mulheres adultas têm HAS.

A HAS é um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares e um dos maiores responsáveis pela morbidade e mortalidade globalmente, sendo responsável por mais de 50% dos casos de doença cardiovascular (DCV), a principal causa de morte nas Américas. No Brasil, em suas capitais, a prevalência de HAS autorreferida foi de 25,6%, variando de 19,2% em São Luís a 34,4% no Rio de Janeiro.

Dados do Vigitel (2023) apontaram que a frequência de HAS identificada foi de 27,9% no conjunto de 27 cidades brasileiras, sendo maior entre as mulheres (29,3%) em relação aos homens (26,4%). Apontaram também que a HAS aumentou com a idade, em ambos os sexos, e, diminuiu conforme escolaridade. No Município de São Paulo, há estimativas de que 28,9% das pessoas a partir dos 18 anos convivem com HAS.

Fatores de risco para HAS

- Idade: > 55 anos para homens e > 65 anos para mulheres
- Etnia negra
- História de familiares de primeiro grau com doença cardiovascular
- Baixa escolaridade
- Condições de habitação inadequadas
- Baixa renda familiar
- Dislipidemias
- *Diabetes melitus* confirmada
- Pré-diabetes
- Síndrome da apneia obstrutiva do sono
- Obesidade
- Alta ingestão de sódio (p.ex., sal de cozinha, alimentos embutidos, temperos industrializados)
- Baixa ingestão de potássio (encontrado em alimentos como banana, laranja, batata, espinafre e abacate)
- Tabagismo
- Sedentarismo
- Consumo de álcool
- Uso de alguns medicamentos, como anti-inflamatórios, glicocorticoides, não esteroides (inibidores da ciclo-oxigenase 1 e 2) e vasoconstritores nasais
- Uso de drogas ilícitas, como anfetamina e cocaína
- Transtornos mentais crônicos

5.1.1. Classificação da pressão arterial

A HAS é classificada em diferentes estágios (1, 2 e 3) de acordo com os valores de PA sistólica e diastólica mais elevados aferidas no consultório

Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	< 120 e	< 80
Normal	120-129 e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139 e/ou	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159 e/ou	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179 e/ou	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180 e/ou	≥ 110

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023

Também é utilizado a classificação da pressão arterial de acordo com a adesão ao tratamento medicamentoso:

- **HA não controlada:** Casos em que a PA permanece elevada mesmo sob tratamento anti-hipertensivo.
- **HA controlada:** Quando, sob tratamento anti-hipertensivo, o paciente permanece com a PA controlada tanto no consultório como fora dele.

NOTA: a inadequada mensuração da PA pode levar a classificação imprecisa, superestimação ou subestimação da verdadeira PA do indivíduo. Assim, tratamentos podem ser desnecessariamente prescritos ou tratamentos necessários podem deixar de ser prescritos.³

Lesão de Órgão-Alvo na Avaliação do Risco Adicional na Hipertensão Arterial

- Hipertrofia Ventricular Esquerda:
 - ECG - Critério de Cornell Voltagem: $> 2440 \text{ mm} \cdot \text{ms}$.
- Doença Renal Crônica Estágio 3:
 - RFG-e $30\text{-}60 \text{ ml/min/1,73m}^2$;
 - Microalbuminúria entre 30 e 300mg/24h ou
 - Relação Albumina-Creatinina Urinária 30 a 300 mg/g

A decisão sobre a estratificação de risco deve considerar o nível da pressão arterial (PA) e a presença de um ou mais fatores de risco adicionais. A presença de lesão de órgão-alvo (LOA), doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) ou diabetes mellitus (DM) eleva o risco cardiovascular de forma independente dos valores da PA.

A Estratificação do risco, segundo os Fatores de Risco e os estágios da Hipertensão Arterial, na presença de Doença Cardiovascular, Doença Renal Crônica ou Diabetes Mellito aumenta o risco Cardiovascular independentemente dos valores da PA, como demonstra a imagem:

	PAS 130 - 139mmHg ou PAD 85 - 89mmHg	HA Estágio 01 PAS 140 - 159mmHg ou PAD 90 - 99mmHg	HA Estágio 02 PAS 160 - 179mmHg ou PAD 100 - 109mmHg	HA Estágio 03 PAS ≥ 180mmHg ou PAD ≥ 110mmHg
Sem FR	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 FRs	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 FRs	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – SBCO

Medida da Pressão Arterial (MPA)

A aferição da PA deve ser realizada em toda consulta de enfermagem. Os valores identificados devem sempre ser registrados em prontuário para acompanhamento. Se valores alterados, o indivíduo deve ser encaminhado ao acolhimento/ triagem.

A medição da PA deve ser realizada adequadamente, com aparelhos calibrados e respeitando a medida adequada do manguito: largura e circunferência do braço.

Imagem 3: Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro.

Circunferência	Denominação do manguito	Largura da bolsa inflável do manguito	Comprimento da bolsa inflável do manguito
≤ 6 cm	Recém- nascido	3 cm	6 cm
6- 15 cm	Criança	5 cm	5 cm
16- 21 cm	Infantil	8 cm	21 cm
22- 26 cm	Adulto pequeno	10 cm	24 cm
27- 34 cm	Adulto	13 cm	30 cm
35- 44 cm	Adulto grande	16 cm	38 cm
45- 52 cm	Coxa	20 cm	42 cm

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023.

A MPA deve ser realizada pelo enfermeiro para confirmação dos limites normais da pressão arterial, toda vez que houver:

1. Suspeita de hipertensão arterial sistêmica;
2. Suspeita de hipertensão arterial do avental branco ou aferições de PA sob estresse;
3. Acompanhamento de pessoas com PA controlada no consultório e lesão de órgão-alvo;
4. Acompanhamento de pessoas com PA controlada, mas com persistência ou progressão de lesão de órgão-alvo;
5. Auxiliar no acompanhamento da eficácia terapêutica anti-hipertensiva;
6. Programação de triagem populacional em área de abrangência para detecção precoce de HA;
7. Acompanhamento de hipertensos.

Etapas para mensuração da pressão arterial

Preparo do usuário	
1	Repouso por 5 minutos, em ambiente calmo e confortável, e orientar para não falar ou se mover durante a medida.
2	Verificar se o usuário NÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Está com a bexiga cheia; • Praticou exercícios físicos há, pelo menos, 90 minutos; • Ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou 30 minutos antes;
3	Sentar o usuário, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso relaxado e recostado na cadeira;
4	Posicionar o braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e sem garrotear o braço com roupas.
5	Na primeira consulta, registrar a PA em ambos os braços, preferencialmente de forma simultânea, e usar a leitura do braço que forneceu valor mais elevado para medidas subsequentes. Registrar em que braço devem ser feitas as medidas
Etapas da medida	
1	Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizar o meio da bolsa inflável sobre a artéria braquial.
2	Estimar o nível da PA sistólica*: <ul style="list-style-type: none"> - Posicionar o manguito; Palpar a artéria radial;

	Fechar a válvula da pera e inflar até identificar o desaparecimento do pulso; Abrir a válvula lentamente, para desinflar o manguito; Identificar pelo método palpatório a PA sistólica (reaparecimento do pulso).
3	Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva. * Não permitir que o estetoscópio seja colocado sob o manguito;
4	Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PA sistólica*
5	Realizar a deflação lentamente (cerca de 2 mmHg/segundo) *
6	Determinar a PA sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff)
7	Determinar a PA diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff) *
8	Continuar a auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PA sistólica/diastólica/zero*
9	Realizar três medidas, com intervalo de 1 minuto, e usar a média das duas últimas medidas. Se houver diferença > 10 mmHg, realizar medidas adicionais.
*Aplicados à técnica auscultatória.	

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023

NOTA – para usuários com fístulas arteriovenosas e ou que tenham sido submetidos a mastectomia, **NÃO AFERIR** PA no membro correspondente.

Resultados terapêuticos

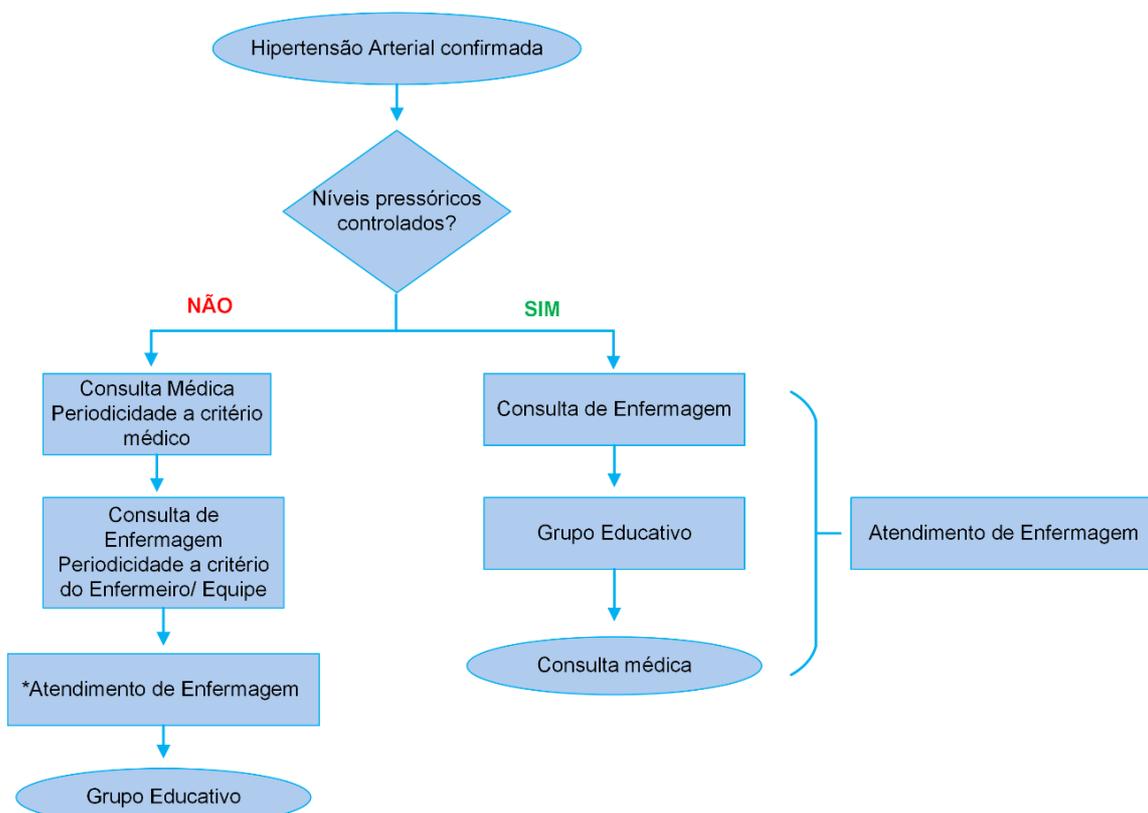
Os resultados terapêuticos se referem aos valores pressóricos gerais, determinados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e devem ser monitorados e controlados pelo enfermeiro durante as consultas, para avaliação da adesão terapêutica e adequação as necessidades de MEV.

Os valores pressóricos gerais a serem obtidos com o tratamento individualizado com anti-hipertensivo são:

CATEGORIA	META RECOMENDADA
Hipertensos estágios 1 e 2, com RCV baixo e moderado e HA estágio 3;	< 140/90 mmHg
Hipertensos estágios 1 e 2 com RCV alto	< 130/80 mmHg*

*pacientes com doenças coronarianas, a PA não deve ficar < 120/70 mmHg, particularmente com a diastólica < 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares.

Acompanhamento dos usuários com HAS no município de São Paulo



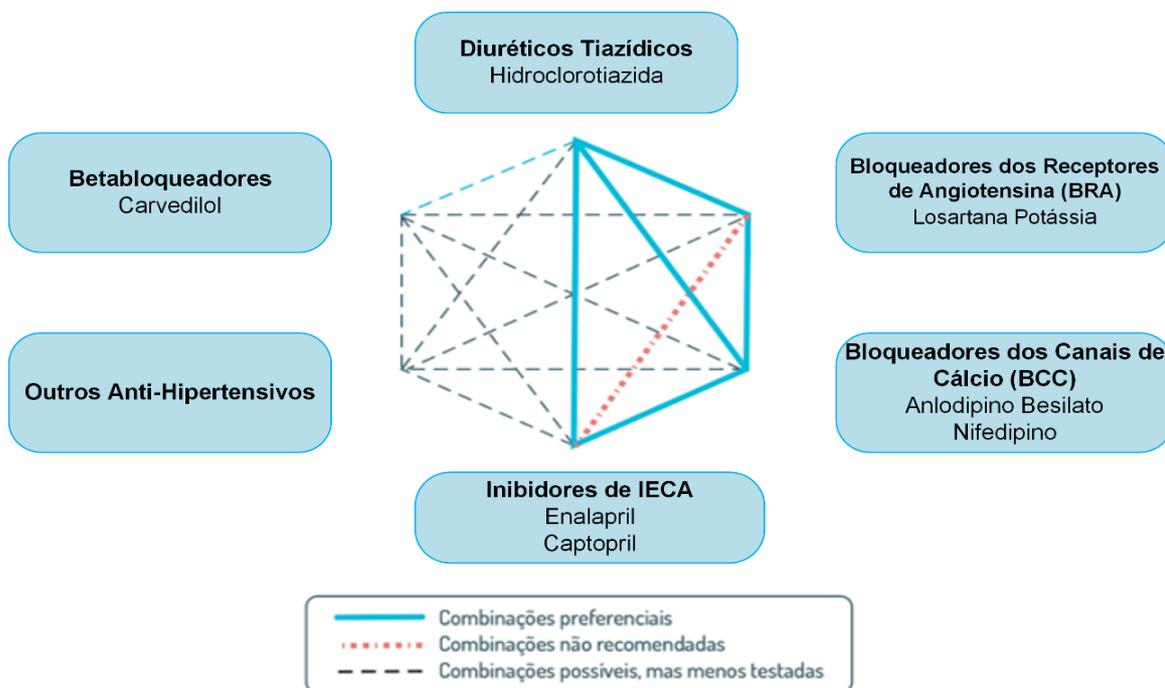
5.1.2. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso

O tratamento da HAS inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas de promoção do autocuidado, por meio da adoção de comportamentos esperados.

Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é prescrito por um médico, podendo ser uma monoterapia ou uma combinação de diferentes fármacos. O plano terapêutico deve ser individual considerando a pressão arterial, a idade e a estratificação de risco cardiovascular do usuário, de acordo com a Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial do município (Figura 4). A descontinuidade do mesmo poderá ser prejudicial ao controle e monitoramento adequado da pressão arterial.

Tratamento medicamentoso de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica.



Fonte: Anexo 7. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. São Paulo: Instituto Tellus, 2020.

Durante a consulta de enfermagem ao usuário com hipertensão arterial, o enfermeiro poderá prescrever as medicações anti-hipertensivas em continuidade ao plano terapêutico individual proposto pelo médico, considerando a Portaria Municipal 440/2023.

Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso consiste em medidas para promover comportamento de mudança de estilo de vida, a partir das ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos relacionados a hipertensão arterial e deve ser planejado conjuntamente entre o enfermeiro e o usuário.

O Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) deve ser realizado na primeira consulta de enfermagem considerando a realidade do usuário. Cabendo ao enfermeiro registrar em prontuário as devidas metas e prazos pactuados, para monitoramento da adesão terapêutica proposta, como também os ajustes realizados mediante evoluções.

Atitudes de Modificação do Estilo de Vida esperadas dos usuários com hipertensão arterial

Planejamento para autocuidado ao usuário com HAS
Adesão ao uso dos medicamentos anti-hipertensivos conforme prescrição
Mensuração domiciliar da pressão arterial (MPA)
Atitudes e atividades habituais para controle do estresse e da ansiedade
Redução gradativa e cessação do tabagismo
Redução gradativa e cessação do consumo de bebidas alcóolicas <ul style="list-style-type: none"> - Mulheres: 1 dose/dia - Pessoas de baixo peso: 1 dose/dia - Homens: 2 doses/dia <p>* 1 dose (cerca de 14g de etanol) = 350ml de cerveja ou 150mL de vinho ou 45mL de bebida destilada</p>
Adesão às atividades físicas e exercícios físicos como rotina diária <ul style="list-style-type: none"> - No mínimo 30 min/dia de atividade física moderada 5 a 7 dias/sem <ul style="list-style-type: none"> o contínua (1 x 30 min) ou o acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) - No mínimo 150 min/sem ou atividade vigorosa >75 min/sem
Controle do peso corporal: <ul style="list-style-type: none"> - IMC: 18.5 a 24.9 kg/m² para todos os indivíduos adultos até 59 anos - Circunferência abdominal <80 cm nas mulheres - Circunferência abdominal <89 cm nos homens
Ingestão alimentar saudável <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade máxima de sódio <2g/dia - Quantidade máxima de potássio >90 a 120 mEq/dia - Consumo aumentado de frutas, legumes e verduras - Ingestão diária de acordo com o peso corporal do individual (30 ml de água x kg de peso) - Consumo moderado de produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixes, aves e nozes; - Consumo restrito de carnes vermelhas e embutidos - Evitar o consumo de bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados.
Cessação do uso de substâncias ilícitas

Fonte: adaptação do Protocolo de Linha de Cuidados das Doenç s Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária   Saúde (APS) do Município de São Paulo (MSP) e no Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenç s Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária   Saúde (APS):HAS e DM.

5.1.3. Consulta de Enfermagem à pessoa com Hipertensão Arterial

Avaliação dos dados subjetivos e objetivos

A consulta de enfermagem aos usuários com hipertensão arterial terá como finalidade coletar dados a respeito dos níveis pressóricos alvo e dos comportamentos esperados de mudança de estilo de vida, além de outros fatores que possam influenciar nos níveis pressóricos e comportamentos relacionados a hipertensão arterial, tais como:

- Estágio atual de adoção de terapia medicamentosa e modificação do estilo de vida: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção;
- Comportamentos anteriores [p.ex., ter aderido ou não a determinado(s) tratamento(s) no passado];
- Características individuais (p.ex., sexo, idade, escolaridade, local de moradia, crenças);
- Sentimento em relação aos comportamentos de saúde esperados (p.ex., medo, ansiedade, vergonha);
- Percepção de benefícios que serão obtidos por meio do(s) comportamento(s);
- Percepção de capacidade pessoal (autoeficácia);
- Percepção de barreiras percebidas para o(s) comportamento(s);
- Influências interpessoais (pessoas significativas: familiares, colegas e profissionais de saúde) que também realizam o(s) comportamento, esperam que o(s) comportamento(s) ocorra(m) e/ou fornecem assistência e apoio para possibilitar o(s) comportamento(s);
- Influências situacionais no ambiente externo (p.ex., disponibilidade de alimentos saudáveis, disponibilidade de local plano e seguro para realização de atividade física);
- Preferências dos usuários;
- Demandas concomitantes dos indivíduos que exigem ação imediata;
- Compromisso com um plano de ação para realização do(s) comportamento(s);

Coleta de dados

Os **dados subjetivos** para avaliação dos usuários com riscos para doença hipertensiva e ou cardiovasculares, a serem coletados por meio de anamnese, estão apresentados abaixo.

Dados subjetivos - anamnese	
Fatores pessoais	Sociodemográficos Sexo Cor autorreferida Idade Escolaridade Profissão Situação de moradia Situação familiar Renda familiar mensal Dependentes Conviventes
Clínicos	História familiar de hipertensão e/ou doença cardiovascular Tempo de diagnóstico da HAS Comorbidades Satisfação com relações pessoais Estágio atual de adoção de terapia medicamentosa e modificação do estilo de vida
Comportamento e estilo de vida	Conhecimento sobre a doença Conhecimento sobre potenciais complicações Medicamentos anti-hipertensivos prescritos Adesão aos medicamentos anti-hipertensivos Efeitos colaterais e/ou reações adversas aos tratamentos prévios Uso de outros medicamentos Padrão alimentar Capacidade para preparar alimentos Pessoa responsável pelo preparo dos alimentos no domicílio Letramento em leitura de rótulos dos alimentos Padrão de sono e satisfação com o sono Padrão de atividade física Uso de tabaco Uso de álcool Oportunidades de lazer Uso de substâncias ilícitas Características do trabalho Meios de transporte Mecanismos de enfrentamento de estresse e ansiedade
Comportamentos anteriores relacionados	Tentativas anteriores de realizar o(s) comportamento(s) esperado(s) Resultados de tentativas anteriores de realizar o(s) comportamento(s) esperado(s)
Relato de sintomas	Alterações na função visual Alterações na função auditiva Alterações na função sensorial Alterações na função motora Claudicação intermitente Cefaleia persistente e intensa Epistaxe Estocomas

	<p>Fadiga (sensação constante de cansaço/exaustão que não melhora com o repouso) Náuseas e êmese Palpitações Precordialgia Síncopes Sintomas ansiosos Sintomas depressivos Tonturas Visão turva</p>
<p>Crenças e sentimentos em relação aos comportamentos de saúde esperados</p>	<p>Percepção de benefícios da ação Percepção sobre os benefícios/vantagens do(s) comportamento(s) esperado(s) Percepção de barreiras à ação Percepção sobre as barreiras/desvantagens do(s) comportamento(s) esperado(s) Percepção de autoeficácia Quanta certeza o indivíduo tem de que conseguirá superar as barreiras e se engajar no(s) comportamento(s) esperado(s) Sentimentos em relação à ação Sentimento em relação aos comportamentos esperados (p.ex., ansiedade, medo, "peso na consciência", satisfação) Influências interpessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> • normas sociais: familiares ou amigos esperam que o indivíduo se engaje no(s) comportamento(s) esperado(s)? • apoio social: quem encoraja o indivíduo a se engajar no(s) comportamento(s) esperado(s)? • modelos: algum familiar ou amigo se engaja no(s) comportamento(s) esperado(s)? • o indivíduo deseja seguir a recomendação das pessoas significantes? <p>Influências situacionais Facilitadores e dificultadores para o engajamento no(s) comportamento(s) esperado(s) no ambiente domiciliar, de trabalho e outros</p>
<p>Comprometimento com um plano de ação</p>	
<p>Demandas concomitantes e preferências (consultas de acompanhamento)</p>	

Os principais dados objetivos a serem registrados durante a consulta de enfermagem, são os dados coletados a partir do exame físico. Estes registros poderão ser utilizados posteriormente como parâmetros iniciais para avaliação

sequencial da evolução terapêutica do usuário com potencial de risco para doenças hipertensiva e ou cardiovasculares.

Dados objetivos - exame físico	
Sinais vitais	Aferir a pressão arterial em ambos os braços na primeira consulta e registrar em qual dos braços a pressão indicou elevação, para aferição nas próximas consultas de enfermagem.
Dados antropométricos	Peso + Altura = IMC + Circunferência abdominal
Palpação e ausculta cardíaca	Identificar desvio de ictus, presença de B3 ou B4, sopros, arritmias
Ausculta da artéria carótida	Identificar possíveis sopros
Avaliação das artérias periféricas	Identificar presença e amplitude das pulsações, assimetrias ou reduções
Pulso e perfusão periféricos	Identificar sinais de dilatação venosa, que possam indicar insuficiência arterial e outras doenças circulatórias obstrutivas (ateromas, isquemias)
Observação de sinais da fácie	Podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireoide, suprarrenal e hipófise)
Condição cognitiva	Aplicar Miniexame do Estado Mental (MEEM) para avaliação rápida do nível de compreensão e possíveis doenças isquêmicas relacionadas
Ausculta pulmonar	Identificar ruídos adventícios, que possam sugerir congestão pulmonar por insuficiência cardíaca
Edemas de membros inferiores, marcha, força muscular, equilíbrio e coordenação	Podem sinalizar vasculopatias periféricas. Realizar Índice Tornozelo-braquial (ITB) para identificação de Doença arterial obstrutiva periférica (DAOP).
Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais complementares	Apoio, para avaliação dos agravos e ou estratificação de risco da HAS

5.1.4. Principais Diagnósticos CIPE e CIAP, para indivíduos com hipertensão arterial sistêmica

A modificação do estilo de vida é um processo que ocorre em diferentes estágios. Os diagnósticos de enfermagem identificados deverão ser tratados conforme o estágio atual de adoção de terapia medicamentosa e modificação do estilo de vida.

Exemplos de diagnósticos de enfermagem para usuários vivendo com diagnóstico de HAS.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE ®)	CIAP2
10027647 - Pressão arterial, nos limites normais	A97 – Sem Doença A98 - Medicina preventiva/ manutenção da saúde
10028139 - Função Vascular Periférica Eficaz	
10027112 - Conhecimento Adequado	
10023786 - Conhecimento sobre Exercício Físico 10024723 - Conhecimento sobre Processo de Mudança de Comportamento	
10021994 - Falta de Conhecimento sobre Doença 10022234 - Abuso de Álcool (ou Alcoolismo) 10022268 - Abuso de Substância 10027290 - Problema de Peso Corporal 10022563 - Renda inadequada 10029904 - Problema Habitacional	K22 - Fator de risco para doença cardiovascular P15 - Abuso crônico de álcool P19 - Abuso de drogas T82 - Obesidade T83 - Excesso de peso Z01 - Pobreza/problemas econômicos Z05 - Problemas com condições de trabalho Z06 - Problemas de desemprego Z03 - Problemas de habitação/vizinhança Z07 - Problemas relacionados com educação
10037314 - Risco de Função Cardíaca Prejudicada 10017281 - Risco de Perfusão Tissular Ineficaz	A98 - Medicina preventiva/manutenção da saúde K86 - Hipertensão sem complicações
10022954 - Pressão Arterial Alterada	K86 - Hipertensão sem complicações
10047136 - Sistema Circulatório Prejudicado	K87 - Hipertensão com complicações K04 - Palpitações/percepção dos batimentos cardíacos K03 - Dores atribuídas ao aparelho circulatório

	NE K29 - Outros sinais/sintomas cardiovasculares
10044239 - Perfusão Tissular Periférica Prejudicada	K92 - Aterosclerose/doença vascular periférica

5.1.5. Intervenções e Prescrições de Enfermagem

A partir das informações levantadas na avaliação de enfermagem e diagnósticos de enfermagem levantados durante o atendimento, é possível elencar algumas intervenções:

- Monitorar Pressão Arterial
- Monitorar peso e circunferência abdominal
- Verificar adesão medicamentosa e promover adesão à medicação
- Promover atividade física: pelo menos 150 minutos de atividade física por semana, ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana.
- Abordar a redução ou cessação do uso de álcool e outras substâncias (cocaína, cannabis, anfetamina e 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA)) relacionadas com o aumento da pressão arterial, e redução ou cessação do uso do tabaco, devido aumento do risco de doenças e morte cardiovasculares
- Orientar sobre alimentação saudável e redução do consumo de sódio, o qual deve ser menor do que 2g por dia (equivalente a 5g de sal de cozinha).

Medicações para prescrições	
Acompanhamentos de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica	Espironolactona 25mg ou 100mg Furosemida 40mg Hidroclorotiazida 25mg Atenolol 50mg Propranolol 40mg Captopril 25mg Enalapril 5mg ou 20mg Isossorbida 20mg Anlodipino 5mg ou 10mg Nifedipino 20mg Losartana 50mg Metildopa 250mg

Durante a consulta de enfermagem ao hipertenso, poderão ser prescritas as medicações anti-hipertensivas contidas na REMUME dando continuidade ao plano terapêutico proposto a este usuário já iniciado pelo médico.

Obs: Atentar para a Portaria SMS.G nº 440 de 2023

Medicações e fitoterápicos para prescrição

Durante a consulta de Enfermagem à pessoa vivendo com HAS, ao enfermeiro cabe realizar abordagem integral, podendo identificar queixas que necessitem de Manejo Clínico.

Todas as condições previstas nos protocolos de Saúde da Mulher, Idoso e Adulto podem ser manejadas na consulta de abordagem a HAS, com intervenções e prescrições de enfermagem, contidas nestes protocolos.

Os exames complementares são exames solicitados nas consultas compartilhadas (médico/enfermeiro), que segundo as orientações técnicas do Ministério da Saúde devem ser realizados uma vez por ano. O enfermeiro pode realizar solicitação e avaliação dos resultados, como apoio diagnóstico mínimo, durante o atendimento inicial e para o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial. Considerando o plano terapêutico proposto, a adesão ao plano de autocuidado pactuado e mudanças de estilo de vida, além da classificação de risco cardiovascular individual e outras comorbidades existentes, recomenda-se:

5.1.6. Exames complementares

Exame	Motivo	Quando	Observações
ECG	Avaliação LOA	No diagnóstico e após, se houver mudanças nas condições clínicas (ex: sintomas de insuficiência cardíaca, arritmias, HA ou DM cronicamente descompensados).	Se houver sinais de sobrecarga ventricular esquerda (SVE), considerar investigação de LOA, especialmente se o ECG mostrar alterações focais no ramo esquerdo.
Creatinina Sérica	Avaliação LOA	Anual ou mais frequente se Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 ml/min, ou com alterações clínicas correlacionadas.	Monitorar condições como alteração de dose/introdução de diuréticos, IECA, BRA, uso frequente de AINES ou mudanças no débito urinário.
Urinálise	Avaliação LOA	Anual	Auxilia no diagnóstico de doenças renais associadas à hipertensão.

Exame	Motivo	Quando	Observações
Microalbuminúria	Avaliação de LOA e rotina em pacientes diabéticos	Anual por intermédio de dosagem com primeira amostra de urina da manhã. Se ≥ 30 mg/g, confirmar com mais 2 medidas em 4 a 6 meses.	Caso confirmado, iniciar preferencialmente IECA (substituir por BRA se houver tosse), independente da PA, progredindo até doses máximas toleradas.
Potássio	Monitorar efeito adverso de terapia farmacológica	No diagnóstico e anualmente, se sem uso de diuréticos ou IECA/BRA.	Se $K^+ < 3,5$ mEq/L sem diurético, considerar causas secundárias para hipertensão.
Perfil Lipídico	Avaliação RCV	Estimar risco cardiovascular (RCV) baseado no escore de Framingham.	Se $RCV \geq 20\%$, solicitar perfil lipídico (CT, HDL-c, TG) e repetir anualmente. Se $< 20\%$, não há necessidade de dosagem.
Glicemia em Jejum	Avaliação RCV	Anual para rastreamento de diabetes.	Se DM, monitorar tratamento com HbA1c.
Hemoglobina Glicada (HbA1c)	Avaliação RCV, acompanhamento de DM	Semestralmente, ou a cada 3 meses se ajuste de tratamento.	Pode ser usada para diagnóstico de diabetes.

5.1.7 Evolução de Enfermagem

A evolução de enfermagem se dará por meio do acompanhamento da adesão ao PAP e adoção de MEV a todos os usuários. O enfermeiro deve avaliar as condições atuais de cada usuário em relação aos dados subjetivos e objetivos levantados na primeira consulta, considerando as propostas pactuadas e as mudanças adotadas como terapia não medicamentosa em relação as condições atuais de saúde. Toda avaliação e os relatos de fatores limitantes trazidos pelo usuário, devem ser registrados em prontuário e utilizados na adequação do PAP para que os resultados estabelecidos sejam alcançados até a próxima consulta de enfermagem.

Nos casos de usuários com fatores de risco importantes e/ou com DCNT, principalmente os faltosos em consultas, devem ser acompanhados em VD continuamente uma ou mais vezes ao mês, dependendo da avaliação.

Fluxo de cuidado continuado a partir da consulta médica inicial de cidadão com PA \geq 140/90 mmHg. Link:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo6_Protocolo_Clinico_Pratico_Tratamento_DCNT_APS_Hipertensao_Diabetes.pdf

REFERÊNCIAS

1. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Condições Crônicas. 2023. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/292447
2. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and control of hypertension: JACC Health Promotion Series. J Am Coll Cardiol. 2018;72: 1278-93.
3. BARROSO, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516–658, 25 fev. 2021.
4. Feitosa ADM, Almeida C, Neves MFT, et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. Arq Bras Cardiol. 2024;121(4). Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20240113>.
5. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol. 2020;16(4):223-37. doi: 10.1038/s41581-019-0244-2.
6. Zhou B, Lu Y, Hajifathalian K, et al. Global, regional, and national burden of hypertension and its risk factors, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;389:37-55.
7. World Health Organization. Hypertension. Disponível em: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.
8. Brouwers S, Sudano I, Kokubo Y, Sulaica EM. Arterial hypertension. Lancet. 2021;398(10296):249-61. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00221-X.
9. Campbell NRC, Paccot Burnens M, Whelton PK, et al. 2021 WHO guideline for the pharmacologic treatment of hypertension: Policy implications for the Americas. Pan Am J Public Health. 2022;46. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.55>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 131 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf.
11. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo de Linha de Cuidados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo (MSP) -1. ed. - São Paulo: Instituto Tellus, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo5_Protocolo_Linha_Cuidado_DCNT_%20APS_MSP.pdf
12. World Health Organization. Hypertension. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069985>
13. Nobre F, Mion Jr D, Gomes MAM, et al. 6ª Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4ª Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2018;110(5 Supl.1):1-29
14. Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 24/2021- CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS. 2021. Incentivo financeiro para apoio à implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) na Atenção Primária à Saúde (APS). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_24.pdf

15. Prêcoma DB et al. Diretriz de Prevenção Cardiovascular Atualizada da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 113, n. 4, Oct. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/SMSYpcnccSgRnFCtfkKYTc/?lang=en>
16. Brasil. Ministério da Saúde. SAPS/ Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica. Brasília-DF, 2021. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf
17. Organização Pan-Americana da Saúde. HEARTS nas Américas. Calculadora de risco cardiovascular. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>. Acesso em: 03 ago. 2022
18. Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 68/2022-GDCRO/DEPROS/SAPS/MS. 2022 Incentivo financeiro federal de custeio para apoio à implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) na Atenção Primária à Saúde (APS). Disponível em: <https://www.gov.br/sau.gov.br/composicao/saps/ecv/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-68-2022>
19. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - 1. ed. -- São Paulo: Instituto Tellus, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/sau.gov.br/Anexo6_Protocolo_Clinico_o_Pratico_Tratamento_DCNT_APS_Hipertensao_Diabetes.pdf
20. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, PORTARIA Nº 338/2014-SMS.G. Normatização de prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao SUS sob gestão municipal. disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-sau.gov.br/15-de-fevereiro-de-2014/consolidado>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 156 p.
22. Prefeitura Cidade de São Paulo. MODERA SP (Programa de Rastreamento e Prevenção do consumo nocivo de álcool). Janeiro 2024. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/sau.gov.br/manual_tecnico_modera_SP_fev24.pdf
23. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2015. Disponível em: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
24. Brum CN, Lima MA, Silveira RS, et al. Insuficiência cardíaca: estudo da validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “sedentarismo”. Acta Paul Enferm. 2018;31(1):85-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/wb9dyWQXf3Z9rWWwFM5mrGn>.
25. Häfele V, Siqueira FV. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2016;21(6):581-92. doi: 10.12820/rbafs.v.21n6p581-592.
26. Ribeiro AF, Dourado S, Dourado MT, et al. O impacto do suporte social e da autoeficácia na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: um estudo transversal. Ciênc Saúde Coletiva. 2021;26(8):2969-80. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n8/2969-2980/>
27. SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS nº 440, de 18 de julho de 2023. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-sau.gov.br/sms-440-de-18-de-julho-de-2023>.

5.2. Diabetes Mellitus

Diabete melito (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou também da impossibilidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos no organismo, condição conhecida como resistência à insulina. Caracterizada como doença endócrino-metabólica de etiologia heterogênea que pode evoluir com complicações agudas e crônicas.

A **hiperglicemia crônica** caracteriza-se por distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas e associa-se a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro e vasos sanguíneos. O diagnóstico do diabetes mellitus deve ser estabelecido pela identificação da hiperglicemia.

A **hiperglicemia aguda** caracteriza-se pela descompensação glicêmica aguda, podendo ocasionar picos de hiperglicemia assintomática (glicemia aleatória $\geq 250\text{mg/dl}$) e ou hipoglicemias (glicemia aleatória $\leq 70\text{mg/dl}$), em ambas as situações existem alto risco de agravos de vida imediato, com necessidade de intervenção intensiva, devendo o usuário ser encaminhado para serviço de emergência de acordo com regulação local - deve ser realizado contato com o Serviço de atendimento móvel / SAMU (192).

Na atualidade, os sistemas de saúde enfrentam um grande desafio, devido aumento da prevalência e incidência do diabetes associado a diversos fatores, como a rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes.

O Brasil está como sexto país, num ranking de 10 países com maior número de pessoas com diabetes e gastos em saúde. Dados do Vigitel (2023) apontaram que a frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 10,2%, sendo maior entre as mulheres do que entre os homens. Apontaram ainda que em ambos os sexos, a frequência do diabetes aumentou com a idade e diminuiu com a escolaridade.

O diabetes está associado a altas taxas de Hospitalizações e utilização dos serviços de saúde, representando uma sobrecarga no sistema de saúde em geral, quando relacionamos a incidência de doenças cardiovasculares e

cerebrovasculares, além de cegueira, a insuficiência renal e as amputações não traumáticas de membros inferiores.

É indispensável que os profissionais de saúde se conscientizem da atual relevância do diabetes e de suas complicações, além da necessidade de estruturação da APS, para que se desenvolvam estratégias de promoção à saúde e rastreamento dos sintomas ou progressão do DM, que pode permanecer não detectada por vários anos, dando oportunidade ao desenvolvimento de suas complicações como lesões de órgãos alvo.

Para obter sucesso no controle do DM, é necessário estabelecer e desenvolver fortes parcerias entre a equipe de saúde e os usuários, para que haja uma corresponsabilidade nas ações para prevenção, detecção e controle do diabetes. Essas ações devem promover um estilo de vida saudável e mudanças de hábitos em relação ao consumo de certos alimentos e refrigerantes, bem como estimular a atividade física no rito diário.

Estimar a mortalidade por diabetes é um grande desafio, pois nas declarações de óbito de pessoas com diabetes frequentemente o diabetes é omitido, pelo fato de serem as suas complicações, principalmente coma cetoacidótico, a nefropatia diabética e as doenças cardiovasculares, as que mais se configuram como a causa de óbito.

Além dos fatores genéticos e a ausência de hábitos saudáveis, existem outros fatores modificáveis e não modificáveis, que podem contribuir para o desenvolvimento do diabetes.

Fatores de Risco para DM

- Idade (>45 anos)
- Sedentarismo
- História familiar de DM (parente de primeiro grau);
- Pré-diabetes - glicemia plasmática de jejum 100 a <126 mg/dl e ou hemoglobina glicada $\geq 5,7\%$ a < 6,5%
- Mulheres com diagnóstico prévio de DMG;
- Obesidade e ou sobrepeso (IMC>25), principalmente se a gordura estiver concentrada em volta da cintura
- Raça/etnia de alto risco para DM (negros, hispânicos ou índios Pima);
- Hipertensão arterial $\geq 140/90$ mmHg ou em terapia para hipertensão;
- Dislipdemia: HDL-c < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL;
- História de: doença renal crônica, doença cardiovascular, doença venosa periférica;
- Mulher que deu à luz criança com mais de 4kg
- Síndrome de ovários policísticos
- Diagnóstico de distúrbios psiquiátricos (esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar);

- Apneia do sono
- outras condições clínicas associadas à resistência à insulina (obesidade intensa, acantose nigricans, peso baixo ao nascer
- Uso de medicamentos da classe dos glicocorticoides

NOTA: A circunferência abdominal tem boa correlação com a gordura visceral, que também é um fator de risco para a DM

5.2.1. Classificação do DM

A classificação do DM permite a definição de estratégias de rastreamento adequado das comorbidades e complicações crônicas bem como o tratamento adequado.

Diabetes mellitus tipo1 (DM1) - é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Pode se dividir em DM1A (deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais) e DM1B (deficiência de insulina de natureza idiopática).

Diabetes mellitus tipo2 (DM2) - Trata-se de doença poligênica, caracterizada por resistência à insulina e deficiência parcial de secreção de insulina pelas células beta pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas, tem forte relação com a herança familiar (embora ainda não haja completado esclarecimento), também está relacionada significativamente com fatores ambientais.

Diabetes mellitus gestacional (DMG) - é a forma mais prevalente de hiperglicemia na gestação. A hiperglicemia apresenta-se como uma alteração metabólica comum na gravidez, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, em que ocorre uma intolerância aos carboidratos de gravidade variável que se inicia na gestação, porém não preenche critérios diagnósticos de DM fora da gestação. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Merece destaque devido a seu impacto associado ao risco de diversos desfechos adversos maternos e fetais.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) propõe outras classificações do diabetes considerando algumas características clínicas, como: o momento do início do diabetes, a história familiar, a função residual das células beta, os índices de resistência à insulina, o risco de complicações crônicas, o grau de obesidade, a presença de autoanticorpos e eventuais características sindrômicas.

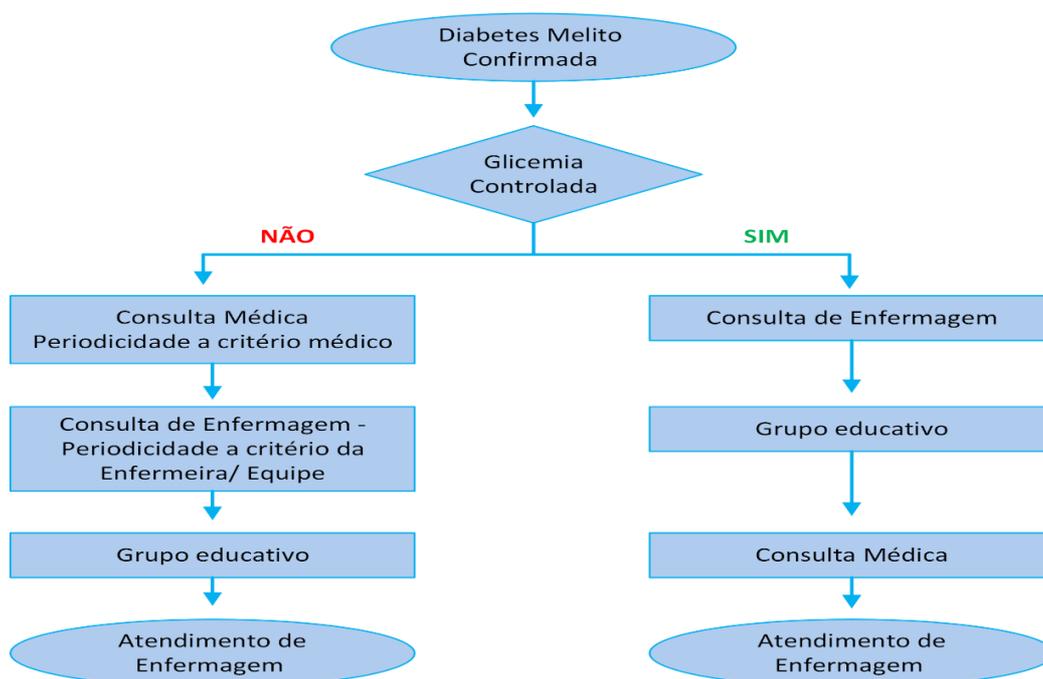
O DM2 é o tipo mais comum e abrange cerca de 90-95% dos casos de diabetes na população adulta a partir da quarta década de vida com exposição a fatores de risco como hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade e outras características clínicas associadas à resistência à insulina, como *acantose nigricans* e hipertrigliceridemia.

Os pacientes com DM2 costumam ter a apresentação da doença com início insidioso e sintomas mais brandos. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos. Após o diagnóstico, o DM2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle, portanto seu uso nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave.

Acompanhamento da pessoa com DM na APS

A pessoa com diagnóstico de DM deverá passar por consulta de enfermagem intercalando com a consulta médica, conforme avaliação individual dos critérios de diagnóstico e controle da curva glicêmica, também a integralidade do usuário. Antes da avaliação do valor da glicemia, deverão ser considerados os fatores de risco presentes, o comprometimento de órgãos alvo e comorbidades existentes.

Fluxograma de Acompanhamento DM no Município de São Paulo



Fonte: SMS/SP

5.2.2. Consulta de enfermagem a pessoa com DM

Avaliação dos dados subjetivos e objetivos

A avaliação de enfermagem ao usuário com diabetes mellitus inicialmente tem por finalidade a coleta de dados objetivos e subjetivos, que subsidiam as ações individualizadas e que podem influenciar no comportamento esperado durante o acompanhamento, interferindo no controle glicêmico.

Coleta de dados

Os dados subjetivos para avaliação dos usuários com riscos para DM2 devem ser coletados por meio da anamnese, para melhor identificação de possíveis fatores de riscos e agravos.

Dados subjetivos - anamnese	
1. Fatores pessoais	Sociodemográficos Sexo Cor autorreferida Idade Escolaridade Profissão Situação de moradia Situação familiar Renda familiar mensal Dependentes Conviventes
2. Clínicos	História familiar de diabetes e outras doenças autoimunes Tempo de diagnóstico da DM2 Outras comorbidades Satisfação com relações pessoais Estágio atual de adoção de terapia medicamentosa e modificação do estilo de vida
3. Comportamento e estilos de vida	Conhecimento sobre a doença Conhecimento sobre potenciais complicações Medicações hipoglicemiantes prescritas Adesão ao tratamento medicamentoso

	<p>Efeitos colaterais e/ou reações adversas aos tratamentos prévios</p> <p>Uso de outros medicamentos</p> <p>Padrão alimentar</p> <p>Capacidade para preparar alimentos</p> <p>Pessoa responsável pelo preparo dos alimentos no domicílio</p> <p>Letramento em leitura de rótulos dos alimentos</p> <p>Padrão de sono e satisfação com o sono</p> <p>Padrão de atividade física</p> <p>Uso de tabaco</p> <p>Uso de álcool</p> <p>Oportunidades de lazer</p> <p>Uso de substâncias ilícitas</p> <p>Características do trabalho</p> <p>Meios de transporte</p> <p>Mecanismos de enfrentamento de estresse e ansiedade</p>
4. Comportamentos anteriores relacionados	<p>Tentativas anteriores de realizar o(s) comportamento(s) esperado(s)</p> <p>Resultados de tentativas anteriores de realizar o(s) comportamento(s) esperado(s)</p>
5. Relato de sintomas	<p>Alterações na função visual</p> <p>Alterações na função auditiva</p> <p>Alterações na função sensorial</p> <p>Alterações na função motora</p> <p>Alteração do humor</p> <p>Sonolência e ou prostração</p> <p>Fadiga (sensação constante de cansaço/exaustão que não melhora com o repouso)</p> <p>Poliúria, polifagia, polidipsia</p> <p>Respiração ofegante</p> <p>Hálito cetônico</p> <p>Perda ou ganho de peso em curto tempo</p> <p>Rubor facial</p> <p>Lesões de difícil cicatrização</p> <p>Edemas, formigamento e parestesia dos membros inferiores</p>

Os principais dados objetivos para a classificação de risco da hipertensão arterial, a serem registrados durante a consulta de enfermagem, são os dados

coletados a partir do exame físico. Estes registros poderão ser utilizados posteriormente como parâmetros iniciais para avaliação sequencial da evolução terapêutica do usuário com potencial de risco para agravos relacionados a resistência metabólica.

Dados objetivos - exame físico	
Sinais vitais e glicemia capilar	
Dados antropométricos	Peso + Altura = IMC + Circunferência abdominal
Condição cognitiva	Aplicar Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação rápida do nível de compreensão e possíveis doenças isquêmicas relacionadas
Observação de sinais da fâcies	Que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireoide, suprarrenal e hipófise)
Ausculta pulmonar	Ruídos adventícios que possam sugerir congestão pulmonar por insuficiência cardíaca
Ausculta cardíaca e pulso carotídeo	Sopros, arritmias, bradicardia e ou taquicardia
Avaliação de pulso e perfusão periféricos	Para identificar sinais de dilatação venosa que possam indicar insuficiência arterial e outras doenças circulatórias obstrutivas (ateromas, isquemias)
Inspeção tegumentar	Integridade, coloração, turgor, hidratação, perdas teciduais, erupções, coleções líquidas, manchas
Inspeção de membros inferiores	Edemas, alteração de marcha, força muscular, equilíbrio e coordenação que possam sinalizar neuropatias periféricas
Inspeção dos pés	Integridade da pele, teste de sensibilidade, perfusão capilar, deformidades digitais, corte de unhas, sinais de micoses
Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais complementares	Apoio, para avaliação dos agravos e ou estratificação de risco da DM2

ATENÇÃO

Toda equipe de saúde deve estar preparada a perguntar sobre sintomas respiratórios aos usuários, em todas as consultas de rotina. A **prevalência de tuberculose é consideravelmente maior entre os afetados por diabetes** do que na população geral, e mais frequente em usuários com controle inadequado.

NOTA 1: identificar os indivíduos com tosse há mais de 2-3 semanas neste grupo de risco

NOTA 2: em relação a população em situação de rua, devido à dinâmica de vida e vulnerabilidade dessas pessoas, o simples fato de apresentar tosse já justifica a **investigação por baciloscopia.**

NOTA 3: em caso de suspeita, dar seguimento à rotina estabelecida para investigação de tuberculose, de acordo com as orientações da Coordenação de Vigilância em Saúde.

5.2.3. Critérios para diagnóstico do DM

O teste glicêmico de avaliação de risco de diabetes e pré-diabetes em adultos assintomáticos, devem ser aplicados principalmente em pessoas obesas (IMC $\geq 23\text{kg/m}^2$) que apresentem um ou mais dos Fatores de Risco.

Sinais de pré-diabetes ou risco aumentado de diabetes	
1. Glicemia de jejum entre 100mg/dl e 125mg/dl	Condição anteriormente denominada "glicemia de jejum alterada"
2. Glicemia 2h após sobrecarga com 75g de glicose: entre 140mg/dl e 199mg/dl	Em teste oral de tolerância à glicose. Condição anteriormente denominada "tolerância diminuída à glicose"
3. Hemoglobina Glicada (A1C) entre 5,7% e 6,4%	Recomendação recente para o uso da A1C no diagnóstico.

A positividade de qualquer um dos parâmetros descritos confirma o diagnóstico de pré-diabetes.

Análise dos testes glicêmicos	
1. A1C $\geq 6,5\%$	O teste deve ser realizado por método rastreável
2. Glicemia jejum ≥ 126 mg/dl	Ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.
3. Glicemia 2 h após sobrecarga de glicose ≥ 200 mg/dl	Teste oral de tolerância à glicose: ingestão de 75 g de glicose anidra dissolvida em água. Em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dl
4. Glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl	Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica

A positividade de qualquer um dos testes acima, confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser

confirmados com a repetição dos testes, exceto no TTG e na hiperglicemia comprovada.

5.2.4. Diagnóstico de enfermagem possíveis para pessoas vivendo com DM

A determinação dos diagnósticos de enfermagem se baseia na análise das informações identificados na avaliação inicial do usuário, somando ao raciocínio clínico do profissional, que estabelecerá dentro dos eixos da Classificação Internacional de Enfermagem (CIPE) a melhor interpretação que favoreça a prática de enfermagem, o estabelecimento de metas e planejamento de intervenções de enfermagem para cada fenômeno.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE ®)	CIAP2
10021994 - Falta de Conhecimento sobre Doença	T89 - Diabetes insulino-dependente T90 - Diabetes não insulino-dependente
10025975 - Falta de Conhecimento sobre Medicação 10022299 - Atitude em Relação ao Manejo (Controle) da Medicação, Conflituosa	T89 - Diabetes insulino-dependente T90 - Diabetes não insulino-dependente
10021925 - Falta de Conhecimento sobre Regime Terapêutico	T89 - Diabetes insulino-dependente T90 - Diabetes não insulino-dependente
10015133 - Risco de Infecção	A97 - Sem doença A98 - Medicina preventiva/manutenção da saúde
10015228 - Risco de Função Neurovascular Periférica Prejudicada	
10017281 - Risco de Perfusão Tissular Ineficaz	
10037615 - Risco de Sono Prejudicado	
10042666 - Risco de Úlcera de Pé Diabético	

10047213 - Risco de Isolamento Social	
10027550 - Hiperglicemia	F05 - Outras perturbações visuais T01 - Sede excessiva T02 - Apetite excessivo T08 - Perda de peso T11 - Desidratação U02 - Micção frequente/urgência urinária/ polaciúria T29 - Sinais/sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros T89 - Diabetes insulino-dependente T90 - Diabetes não insulino-dependente
10027566 - Hipoglicemia	T87 - Hipoglicemia
10023032 - Infecção	S75 - Monilíase oral/candidíase na pele X72 - Candidíase genital feminina Y04 - Sinais/sintomas do pênis, outros
10022155 - Não Adesão ao Regime Terapêutico	T89 - Diabetes insulino-dependente T90 - Diabetes não insulino-dependente
10023153 - Função Neurovascular Periférica Prejudicada	N94 - Neurite/ Nevrite/neuropatia periférica
10001288 - Desempenho Sexual Prejudicado	Y08 - Sinais/sintomas da função sexual masculina, outros X29 - Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra
10027226 – Sono Prejudicado	P06 - Perturbação do sono

Intervenções para o acompanhamento do usuário com diagnóstico de DM devem ser pensadas na perspectiva da integralidade do sujeito. Algumas recomendadas para o seguimento desse usuário incluem:

- Realizar estratificação de risco cardiovascular;
- Avaliação do pé diabético;
- Solicitar exames complementares;
- Prescrever medicações em compartilhamento com o médico;
- Monitorizar peso e IMC;

- Orientação nutricional;
- Orientar prática de exercícios físicos e redução do tempo sentado;
- Melhorar duração do sono;
- Interromper o tabagismo: se não for possível, trabalhar na perspectiva da redução de danos;
- Orientar manejo do estresse;
- Identificação e prevenção de situações de hipo e hiperglicemia;
- Orientação para vacinação

5.2.5. Exames Complementares

Os exames complementares são exames solicitados nas consultas compartilhadas (médico/enfermeiro), que segundo as orientações técnicas do Ministério da Saúde devem ser realizados uma vez por ano. O enfermeiro pode realizar solicitação e avaliação dos resultados, como apoio para o diagnóstico mínimo, durante o atendimento inicial e para o acompanhamento dos usuários com DM2. Considerando o acompanhamento médico, as metas do plano terapêutico proposto e a adesão ao plano de autocuidado pactuado, ao risco cardiovascular e as complicações individuais existentes recomenda-se:

Exames complementares
1. Eletrocardiograma
2. Glicemia de jejum
3. Colesterol total e frações
4. Dosagem de triglicerídeos
5. Microalbuminúria
6. Creatinina
8. Urinálise (Urina tipo 1)
9. Potássio
10. Hemoglobina Glicada (Hb1AC)

5.2.6. Classificação do risco no pé do diabético, abordagem e seguimento clínico

Uma das principais complicações nas pessoas com DM é a ulceração no pé, relacionada a perda da sensibilidade protetora e ou doença arterial periférica. Em toda consulta o enfermeiro deve estar atento aos sinais de alerta para o risco de ulceração, mesmo nos usuários que não possuem ulceração evidente.

Sinais de alerta para risco de ulcerações
<ul style="list-style-type: none"> • parestesias, • dor em repouso, • claudicação, • calçados inadequados ou inexistentes, • cor e temperatura da pele, • edema • infecção fúngica superficial, • más condições de higiene • limitações para o autocuidado com os pés e baixo conhecimento sobre os cuidados com os pés

A avaliação da sensibilidade plantar direciona as medidas preventivas e a frequência de monitoramento do usuário com diabetes, sendo a base para a classificação de risco para amputações, devendo sempre ser realizada pelo enfermeiro durante as consultas.

Além dos sinais de alerta existem alguns fatores de risco para ulceração nos pés em pessoas com DM, a serem considerado na classificação do risco, com base na perda da sensibilidade protetora (PSP), na presença da doença arterial periférica (DAP), incluindo deformidades nos pés (DEF), úlcera prévia (UP) e amputação (AMP).

Fatores de risco para ulcerações
<ul style="list-style-type: none"> • perda da sensibilidade tátil, vibratória e térmica, • presença de doença arterial periférica (DAP) e de deformidades nos pés. • história prévia de ulceração e qualquer nível de amputação de membros inferiores. • insuficiência renal crônica (IRC), • progressão de deformidades dos pés, • mobilidade articular limitada • presença de lesões pré ulcerativas: calosidades, bolhas, fissuras e calosidades com hemorragias subcutâneas, aumenta ainda mais o risco de ulceração

Sistema de classificação de risco - Pé Diabético

RISCO	CARACTERÍSTICAS	RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
0 Muito baixo	Sem perda da sensibilidade protetora e sem Doença Arterial Periférica	Uma vez por ano	Exame anual dos pés Autocuidado dos pés Exercícios de mobilidade
1 Baixo	Apresenta perda da sensibilidade		Educação estruturada

		protetora ou Doença Arterial Periférica	A cada 6 meses a 12 meses	Exercícios de mobilidade Órteses se necessário Tratamento de lesões pré ulcerativas
2	Moderado	Perda da sensibilidade protetora e Doença Arterial Periférica ou Perda da sensibilidade protetora + deformidades nos pés ou Doença Arterial Periférica e deformidades nos pés.	A cada 3 meses a 6 meses	Educação estruturada Exercícios de mobilidade Sinais inflamatórios Calçados terapêuticos Órteses se necessário Tratamento de lesões pré ulcerativas
3	Alto	Perda da sensibilidade protetora e/ou Doença arterial periférica +Úlcera prévia ou +Amputação ou +Insuficiência Renal Crônica grau V	A cada 1 mês a 3 meses	Educação estruturada Sinais inflamatórios Calçados terapêuticos Órteses se necessário Tratamento de lesões pré ulcerativas Cuidados integrados

Fonte: Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024).

As recomendações que envolvem o exame anual dos pés, autocuidado, exercícios, educação estruturada, são práticas realizadas por profissional de saúde capacitado. Por meio do exame anual dos pés, o objetivo de identificar pacientes com alguns dos diversos fatores poderá ser alcançado.

Os cuidados a serem orientados devem ser direcionados aqueles com risco de desenvolver úlceras, com avaliação da perda da sensibilidade protetora, e com sinais clínicos de doença arterial periférica. Além disso, é importante ressaltar que o ressecamento dos pés já indica grau de neuropatia e pode ser classificado por grau 1.

Cuidados a serem realizados sobre cuidados com os pés

- avaliação diária dos pés e interior dos calçados,
- manter as regiões interdigitais secas,
- manter os pés hidratados com o uso de cremes e emolientes
- realizar corte de unha de forma reta e
- não remover calos e calosidades
- prática de exercícios físicos.

5.2.7. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso

O ponto chave da boa condução do diabetes é o envolvimento do paciente e dos familiares/cuidadores como parte ativa de todo o processo do terapêutico proposto, de modo a desenvolver o autoconhecimento e auxílio na tomada de decisão. O tratamento do diabetes inclui principalmente medidas não medicamentosas, como a promoção do autocuidado e adoção das estratégias de mudança do estilo de vida, que paralelamente contribui e potencializa o tratamento medicamentoso quando este é necessário.

Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso consiste em intervenções que promovam mudança no estilo de vida, a partir das ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos relacionados ao diabetes mellitus. A educação em saúde para o autocuidado é essencial para o controle da doença, sendo fundamental no tratamento do diabetes, propiciando a melhora da hemoglobina glicada, pressão arterial e retardando a progressão da doença, reduzindo as complicações tardias e mostrando diferenças significativas em longo prazo na morbidade cardiovascular e mortalidade.

O Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) é uma ferramenta pática e individual a ser realizada conjuntamente com o usuário e ou seu familiar/cuidador na primeira consulta de enfermagem. Cabendo ao enfermeiro registrar em prontuário as devidas metas e prazos pactuados, para monitoramento da adesão terapêutica proposta, como também os ajustes realizados mediante evoluções.

O enfermeiro deve utilizar de linguagem clara e elucidativa para sensibilizar tanto o usuário quanto seus familiares/cuidadores sobre a importância da adesão ao tratamento terapêutico proposto, possibilitando a identificação de condições facilitadoras e ou barreiras para o alcance dos resultados esperados. Também, instrumentalizar usuários e seus familiares/cuidadores, quanto a prevenção de agravos e complicações relacionados ao desequilíbrio metabólico ocasionado pelo DM.

Através do Programa Educativo “Viva a Vida com Diabetes” as equipes de saúde dos serviços municipais devem oferecer através da “Cartilha Educativa” orientações para conscientizar os portadores de diabetes do que é a doença,

complicações crônicas que poderão surgir, caso não seja feito um controle adequado dos níveis glicêmicos.

Sugestões de abordagens educativas

Orientação	Indicação
incorporação de uma alimentação saudável	buscando atingir o controle do peso, metas glicêmicas e retardando ou prevenindo complicações do diabetes.
Mudança do comportamento sedentários, estabelecendo uma rotina de prática de atividade física diária	adultos com DM1 ou DM2 atividade física e ou exercícios físicos, 3 dias/semana por aproximadamente 50 minutos ou mais/dia.
promoção do bem-estar psicossocial	através de atividades em grupo e ou práticas integrativas, com o objetivo de otimizar a qualidade de vida e os resultados de saúde relacionados à saúde.
cessação do consumo de tabaco	conscientizar dos malefícios do tabaco para os indivíduos com diabetes, com aconselhamento e recomendação para participação do “programa nacional de controle do tabagismo” disponível na APS.
adequação da qualidade do sono	distúrbios do sono comprometem o engajamento no automanejo do diabetes, medidas de higiene do sono como meditação, leitura e outras atividades prazerosas minutos antes de deitar, favorecem o equilíbrio mental e descanso.
adequação da qualidade na função sexual	Encorajar os usuários a conversarem sobre a funcionalidade sexual, favorece a identificação de possíveis distúrbios relacionados a DM além de direcionar os esclarecimentos e orientações pertinentes às necessidades do usuário.
avaliação da integridade tissular dos pacientes, na busca de lesões de pele e de alterações nos membros inferiores	a avaliação diária das mucosas da presença da neuropatia periférica e da presença de riscos de ulcerações nos pés.

Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso compreende o uso de hipoglicemiantes orais em monoterapia e ou combinados. Podendo evoluir para o uso de insulina, conforme avaliação médica da evolução clínica inicial e a necessidade clínica atual. O plano terapêutico deve ser individual considerando os critérios de diagnóstico, o controle glicêmico e os fatores de riscos para doenças cardiovasculares e renais, de acordo com o Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do município.

Durante a consulta de enfermagem ao usuário com diabetes mellitus, o enfermeiro poderá prescrever as medicações hipoglicemiantes, **COM EXCEÇÃO DA INSULINA, em continuidade ao plano terapêutico** individual proposto e considerando a quantidade necessária não ocasionando prejuízo ao controle e monitoramento adequado da glicemia.

Atentar para a Portaria SMS G. Nº 440 de 2023

Medicações para prescrição	
Acompanhamentos de pessoas com Diabetes Mellitus	Gliclazida 60mg Metformina 500mg ou 850mg
Medicações e fitoterápicos para prescrição	
Durante a consulta de enfermagem ao portador de diabetes, poderá ser prescrito as medicações antidiabéticas, COM EXCEÇÃO DA INSULINA , contidas na REMUME dando continuidade assim ao plano terapêutico proposto pelo médico a este usuário. Atentar para a Portaria SMS G. Nº 440 de 2023	

NOTA: Agendar consulta de retorno com a equipe de acordo com o risco, para avaliação das condutas

Monitoramento Glicêmico

O monitoramento glicêmico é um grande avanço no controle metabólico do DM, pois seus resultados são imediatos e correlacionados com os valores laboratoriais, permitem a compreensão da interação medicação e MEV como senso de responsabilidade de o usuário para com sua saúde.

O enfermeiro tem papel fundamental no automonitoramento glicêmico, atuando como educador e facilitador dos conhecimentos necessários para o autocuidado. Em pacientes com diabetes, o controle glicêmico deve ser individualizado de acordo com a situação clínica, sendo decisivo para prevenção das complicações.

Metas dos valores Glicêmicos adequado

Valores glicêmicos	BOM	ACEITÁVEL	RUIM
jejum	80 - 120mg/d	≤140mg/dl	>140mg/dl

Após refeições (90 a 120 minutos)	80-160mg/dl	≤180mg/dl	>180mg/dl
Ao deitar	100-140mg/dl	≤160mg/dl	<100mg/dl >160mg/dl

Fonte: SMS São Paulo

5.2.8. Reconhecimento, Tratamento e Prevenção de Hipoglicemia

A hipoglicemia é definida como a queda da concentração de glicose para valores inferiores a 70 mg/dL e é um dos grandes limitadores no manejo do controle glicêmico para os pacientes. A ocorrência da hipoglicemia é a complicação aguda mais frequente em indivíduos com DM1, e pode ocorrer também no DM2, sobretudo em pacientes tratados com insulina.

Causas de hipoglicemia
Alimentação insuficiente - atraso no horário ou esquecimento de alguma refeição
Excesso de insulina ou uso de hipoglicemiantes em jejum
Ingestão de bebidas alcólicas, principalmente com estômago vazio
Excesso de atividade física ou falta de planejamento para a realização de exercícios
Vômitos ou diarreias

Os sinais e sintomas de hipoglicemia apresentam peculiaridades nos ciclos da vida podendo ser singulares entre as pessoas, tornando imprescindível a observação e o autoconhecimento. Eles podem ser classificados em:

Sinais e Sintomas de hipoglicemia		
Leve (entre 70 e 54 mg/dL)	Moderada (< 54 mg/dl)	Grave
<ul style="list-style-type: none"> • Tremores, fraqueza • Suor intenso e pele fria • Palpitações • Palidez • Ansiedade • Fome 	<ul style="list-style-type: none"> • Tontura, visão turva • Esquecimento, incapacidade de concentração • Irritabilidade, choro rebeldia • Fala confusa, confusão mental • Perda da coordenação motora, dificuldade para caminhar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonolência • Convulsão • Inconsciência

O tratamento da hipoglicemia utiliza a “Regra dos 15” que considera a classificação e os sinais e sintomas apresentados. Havendo confirmação do valor

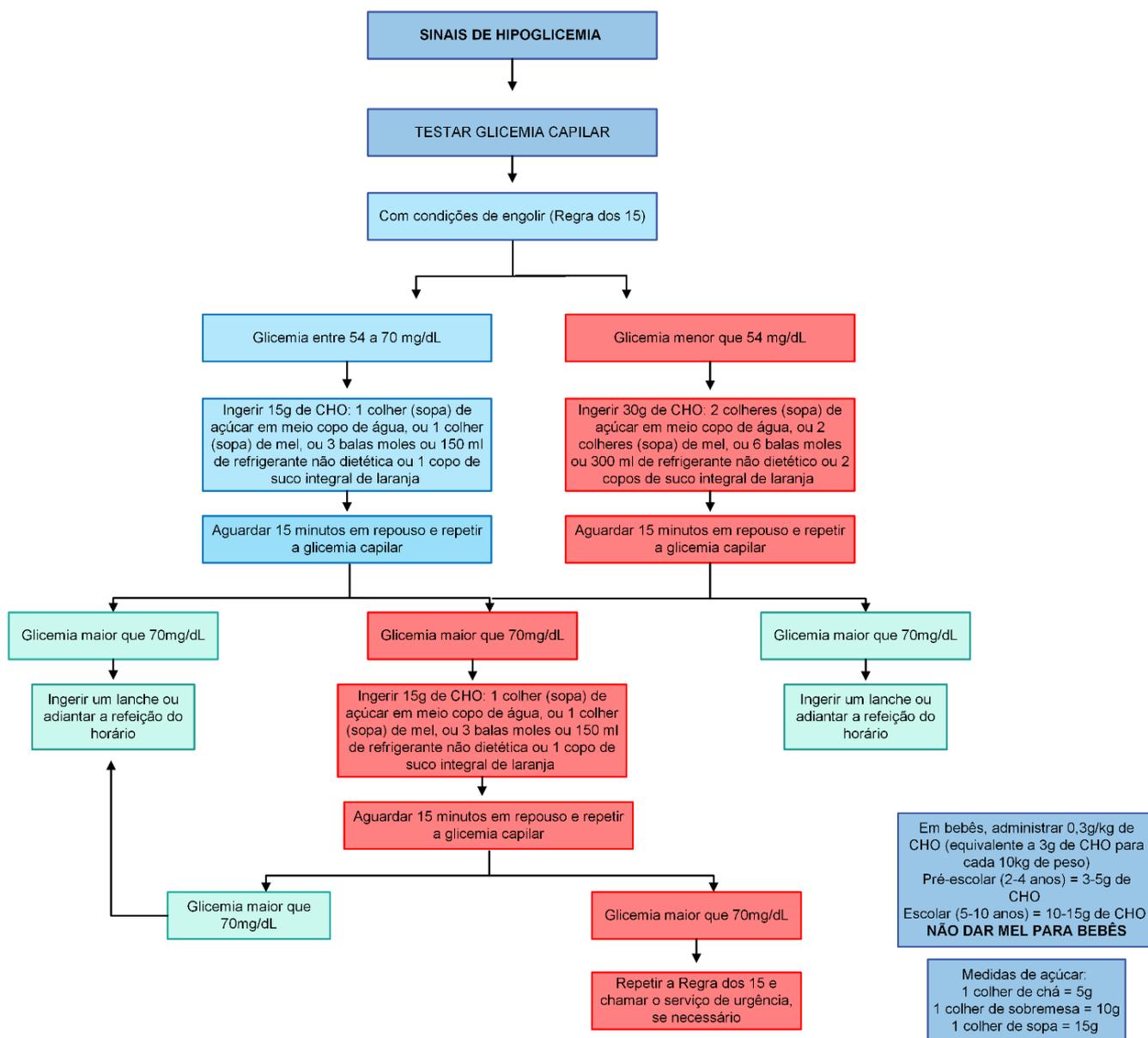
menor que 70 mg/dl, o tratamento é iniciado imediatamente. Contudo, na indisponibilidade do teste de glicose, o tratamento não pode ser adiado.

Tratamento da Hipoglicemia - mediante sinais e sintomas	
Hipoglicemia leve e moderada	Hipoglicemia grave
<p>Verificar a glicemia, se menor que 60mg/dl - tomar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 copo de 150-180ml de suco natural da fruta ou • 2 copos de 150-180ml de refrigerante normal ou • 3 colheres (chá) de açúcar ou geleia normal <p>Esperar 15 minutos e verificar novamente a glicemia ou a melhora dos sintomas e repetir o processo se necessário.</p> <p>Se glicemia permanecer <60mg/dl ou persistência dos sintomas, repetir o processo.</p> <p>Após melhora total dos sintomas, fazer um lanche com outros alimentos mais calóricos e nutritivos.</p>	<p>Se o usuário estiver sonolento e sem vontade ou se recusando a ingerir alimentos ou líquidos, esfregar açúcar na parte interna das bochechas.</p> <p>Quando o usuário não faz contato com o meio, não responde aos chamados, apresenta convulsões ou inconsciência,</p>

Prevenção de Hipoglicemia
<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para o tipo de insulina, a dose, a via de aplicação e o horário, respeitando os intervalos para as refeições, principalmente para as insulinas rápidas. • Certificar-se de que a dose de insulina corresponde com exatidão a prescrição médica. • Identificar as possíveis causas da hipoglicemia e atentar-se para os sinais de alarme, se em uso da monitorização contínua de glicose. • Reconhecer e tratar rapidamente os sintomas. • Ensinar as pessoas conviventes sobre hipoglicemia. • Informar aos familiares, amigos, colegas de trabalho ou de escola sobre o diabetes, sinais, sintomas e tratamento de hipoglicemia. • Usar pulseira, cartão ou outra forma de identificação do diabetes. • Alimentar-se em quantidade adequada e em horários regulares conforme recomendado. • Evitar jejum prolongado, mas se necessário, monitorar a glicose intensivamente. • Promover equilíbrio entre a alimentação, os exercícios e as doses de insulinas. • Ingerir carboidratos e ajustar a dose de insulina, conforme prescrição médica, antes do exercício físico em pessoas com insulinização plena. • Monitorar a glicose antes, durante e após exercícios físicos intensos ou atividades domésticas exaustivas, especialmente se em terapia com insulina. • Monitorar a glicose a cada duas horas em caso de viagens longas. • Carregar sempre algum alimento e um cartão de identificação. • Garantir que a glicose esteja acima de 90 mg/dl antes de dirigir. • Evitar bebida alcoólica, em caso de consumo, monitorar a glicemia durante e após o uso, recomenda-se ingerir carboidrato antes de dormir. • O consumo de álcool deve ser evitado e se continuado, deve ser recomendado sempre junto com refeições. • Evitar longos períodos de sono ininterrupto sem monitorar a glicose.

- Monitorar a glicose ao deitar-se e entre 2 e 4 horas da madrugada, caso necessário, para prevenir um episódio de hipoglicemia noturna.
 - Flexibilizar as metas glicêmicas, de forma individualizada.
 - Sugerir monitorização contínua da glicose ou o sistema de infusão contínua de insulina em casos de episódios recorrentes de hipoglicemia assintomática ou nível 3.
 - Tratar um episódio de hipoglicemia seguindo a regra dos 15:
 - ingerir 15 g de carboidrato de rápida absorção,
 - aguardar 15 minutos em repouso,
 - medir novamente a glicose,
 - fazer um lanche ou adiantar a refeição do horário.
- Se necessário, repetir a regra até atingir a meta glicêmica acima de 70mg/dl.

Fluxo das ações a serem realizadas em pessoas com hipoglicemia, nos serviços de saúde do Município de São Paulo:



Fonte: **Sociedade Brasileira de Diabetes**. Orientações sobre hipoglicemia, 2023.

5.2.9. Reconhecimento, Tratamento e Prevenção de Hiperglicemia

A hiperglicemia é definida como o aumento da glicose no sangue ou a diminuição ou ausência na produção de insulina. Está presente em pacientes tanto nos pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2, mas é importante lembrar que os níveis glicêmicos também podem estar alterados em situações de estresse associado a doenças, como infecções ou inflamações e ainda a problemas emocionais.

Causas de hiperglicemia
Excesso de alimentação
Pouca quantidade de insulina, esquecimento de aplicação ou uso de insulina vencida
Presença de doenças infecciosas e traumáticas agudas
Estresse emocional intenso
Inatividade física ou redução na atividade física habitual
Prática de atividades físicas com glicemia elevada e presença de cetonúria
Uso de droga hiperglicemiantes

Nos pacientes com diagnóstico de diabetes os principais sintomas da hiperglicemia, são: cetonúria positiva, poliúria, polidipsia, perda ponderal, taquipneia, náuseas/vômitos, dor abdominal, desidratação, alteração do nível de consciência, hálito cetônico.

A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda que ocorre tipicamente no diabetes tipo 1 (DM1), embora também possa ocorrer em pacientes com DM tipo 2 (DM2). É definida pela presença de hiperglicemia, acidose metabólica e cetose, cujo critério diagnóstico é definido por: Glicemia acima de 200 mg/dL.

Sinais e sintomas de hiperglicemia	
Sede intensa	Poliúria
Boca seca	Respiração rápida e profunda
Hálito cetônico	Dor de cabeça
Rubor facial	Visão turva
Pele seca e fria	Fadiga, taquicardia
Dor abdominal	Agitação, alteração do humor
Perda de peso	Sonolência prostração
Náuseas e vômitos	Fraqueza muscular

Tratamento da Hiperglicemia

As intervenções não medicamentosas são indicadas para todos os usuários pré diabéticos e diabéticos, em uso de hipoglicemiantes orais e

insulinodependentes. Estimular o autocuidado, a partir da MEV com prática de atividades física e controle nutricional, são indispensáveis para redução da hiperglicemia e prevenção das complicações micro e macrovasculares do diabetes *mellitus*.

Tratamentos mediante sinais e sintomas	
Hiperglicemia leve e moderada	Hiperglicemia grave
<p>Verificar glicemia capilar a cada 3 horas e se maior que 250mg/dl realizar teste cetonúria.</p> <p>Caso não seja possível a dosagem da glicemia capilar, verificar dosagem de glicose e cetona na urina.</p> <p>Se a glicemia estiver <250mg/dl e glicosúria >1000mg/dl - entrar em contato cm equipe de saúde - necessário uso de insulina de ação rápida.</p> <p>Ingerir água em pequenas quantidades a cada 20 ou 30 minutos</p> <p>Não interromper o uso de insulina e nem o tratamento com hipoglicemiante oral.</p> <p>Trata doenças infecciosas e traumáticas.</p>	<p>Em adultos com DM2 sintomáticos e que apresentam HbA1c > 9% ou glicemia de jejum ≥ 200 mg/dl, fazer as orientações de enfermagem como uso correto das medicações prescritas, ingestão de água e encaminhar para atendimento médico</p>

Prevenção da hiperglicemia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reavaliar o plano alimentar e o esquema de tratamento junto a equipe de saúde multidisciplinar. 2. Tratar precocemente doenças infeciosas que possam intervir no controle glicemico. 3. Incentivar a participação do paciente e familiares nos grupos educativos. 4. Programar visita domiciliar mensal e no caso das ESF busca ativa e orientações. 5. Estimular a participação nos grupos de caminhada/ prática de exercícios físicos 6. Planejar com o usuário uma alimentação adequada.

Controle glicêmico e Automonitorização da glicemia capilar

O controle glicêmico deve ocorrer de forma individualizada de acordo com a situação clínica e com o perfil do paciente considerando se o mesmo é adulto jovem, idoso, gestante ou criança. Estão recomendados como parâmetros para avaliação: a hemoglobina glicada (HbA1c) e as glicemias capilares (ou plasmáticas) determinadas em jejum, nos períodos pré-prandiais, 2 horas após as refeições e ao deitar.

As glicemias são utilizadas para orientar o ajuste de dose da medicação empregada e a HbA1c é o parâmetro responsável por avaliar o controle glicêmico em médio e em longos prazos pois reflete os níveis glicêmicos dos últimos dois/três meses.

Atualmente, com o advento da monitorização contínua da glicemia passaram também a serem utilizados parâmetros como o tempo no alvo, o tempo em hipoglicemia, o coeficiente de variação e a glicemia média estimada.

Segundo a *American Diabetes Association (ADA)*, recomenda-se avaliar o estado glicêmico pelo menos duas vezes por ano em pacientes que estão atingindo as metas do tratamento e que têm o controle glicêmico estável. Já para os pacientes que tiveram alteração na terapia e/ou não estão atingindo as metas o estado glicêmico deve ser avaliado pelo menos trimestralmente.

Metas de controle metabólico

Teste	Metas
Glicemia pré-prandial (mg/dL)	< 100 mg/dL
Glicemia pós-prandial (mg/dL)	< 160 mg/dL
HbA1c (%)	< 7,0%

Fonte: SBD, 2018-2019

Esta meta de HbA1c <7% também é recomendada para prevenção de complicações macrovasculares em longo prazo, desde que não incorra em hipoglicemias graves e frequentes. Alvos glicêmicos mais ou menos rígidos podem ser considerados dependendo da faixa etária do usuário.

5.2.10. Insulinoterapia

A insulina é um hormônio hipoglicemiante vital e é necessário que o paciente e cuidadores compreendam a técnica correta de injeção de insulina para garantir e otimizar o controle da glicose e a segurança do uso da insulina.

Atenção
<ul style="list-style-type: none"> Para pacientes que necessitam doses muito baixas de insulina ou de ajustes finos (especialmente crianças), deve-se preferir as canetas que apresentam graduação de 0,5U. Para pacientes que utilizam doses baixas de insulina e necessitam de ajustes mais precisos, deve-se preferir o uso de seringas de 30 U ou 50 U, que são graduadas em 0,5U ou 1U e permitem maior precisão.

Considerações no uso da Insulina	
Cuidados	Indicação
1. Inspeccionar e palpar o local de aplicação antes de cada injeção de insulina	- para detectar alterações na pele e/ou tecido subcutâneo.
2. Não aplicar a insulina em locais com lipodistrofia	- para que o tecido se restabeleça, o que pode demorar de meses a anos
3. Ao mudar o local das injeções, é preciso alertar o paciente, sobre possíveis variações glicêmicas	- para intensificação da monitorização glicêmica e possível necessidade de revisão da prescrição médica.
4. Examinar o local de aplicação e o comprimento da agulha a ser usada	- para definir a realização ou não da prega subcutânea
5. A prega subcutânea deve ser feita elevando-se a pele (preferencialmente com dois ou três dedos), com a pinça formada pelos dedos deve ser pressionada levemente	- para não impedir a acomodação da insulina injetada, evitando assim causar desconforto e machucar a pele
6. Manter a agulha no tecido subcutâneo após a aplicação de insulina	- para que toda a dose seja injetada, além de impedir o refluxo de insulina no local da injeção e a saída pela agulha após a retirada.
7. Ao utilizar as canetas dosadoras, manter o botão injetor pressionado até a retirada total da agulha do subcutâneo	- para prevenir refluxo de sangue.
8. No caso de seringa, recomenda-se manter o êmbolo pressionado e a agulha no tecido subcutâneo	

NOTA: O tempo de manutenção da agulha no tecido subcutâneo deve ser revisto sempre que houver saída de insulina após a injeção na ponta da agulha e/ou local da aplicação, podendo ser inferior a dez segundos.

Técnica de preparo e aplicação de Insulina	
Preparo da Insulina	Aplicação da Insulina
1. Lavar e secar as mãos.	12. Fazer antissepsia com álcool 70% líquido no local escolhido para aplicação e esperar secar.
2. Reunir a seringa, o algodão e o álcool 70% líquido.	13. Fazer a prega subcutânea.
3. Separe o medicamento e certifique-se de ser mesmo o produto a ser utilizado nome, tipo, validade, etc	14. Introduzir a agulha com movimento único, rápido, firme e leve.
4. Homogenize a insulina, mantendo o frasco de insulina entre as duas mãos, fazer movimentos de rotação (rolando o frasco entre as mãos), sem fazer espuma, de 10 a 20 vezes. Nunca agite o frasco rapidamente.	15. Injetar insulina continuamente, mas não de modo muito rápido.
	16. Manter a agulha no tecido subcutâneo, com o êmbolo pressionado.
	17. Soltar a prega subcutânea e remover a agulha suavemente, com movimento único.

<ol style="list-style-type: none"> 5. Fazer a assepsia da borracha do frasco de insulina, com algodão embebido em álcool a 70% e espere secar. 6. Manter o protetor da agulha e aspirar o ar até a graduação correspondente à dose de insulina prescrita. 7. Retirar o protetor da agulha e injetar o ar no frasco de insulina. 8. Sem retirar a agulha, posicionar o frasco de cabeça para baixo e aspirar a insulina até a dose prescrita. 9. Eliminar bolhas de ar, se ocorrerem. 10. Virar o frasco para a posição inicial. 11. Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação. 	<ol style="list-style-type: none"> 18. Realizar suave pressão local, por alguns segundos, caso ocorra sangramento. 19. Descartar o material em recipiente próprio.
---	--

Preparo de mistura de insulina NPH e Regular/Ultrarrápida

A técnica de mistura deve ser feita respeitando-se os 5 primeiros passos da orientação anterior, entretanto, alguns cuidados são importantes para que não ocorra mistura das insulinas.

Técnica de preparo de dois tipos de insulina na mesma seringa
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspirar, na seringa, ar correspondente à dose de insulina NPH. 2. Injetar o ar no frasco de insulina NPH e depois retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH. 3. Aspirar, na seringa, ar correspondente à dose de insulina Regular. 4. Injetar o ar no frasco de insulina Regular, virar o frasco e aspirar a dose prescrita de insulina Regular. 5. Colocar o frasco de insulina Regular na posição inicial e retirar a agulha. 6. Posicionar o frasco de insulina NPH de cabeça para baixo, introduzir a agulha da seringa, que já está com a insulina regular, e aspirar a dose correspondente à insulina NPH. O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas. 7. Retornar o frasco à posição inicial. 8. Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação.

NOTA: Se a dose aspirada na seringa for maior que a soma das doses prescritas, o excesso não deve ser devolvido ao frasco. É necessário, então, descartar a seringa com a insulina e reiniciar o procedimento com uma seringa nova.

Aplicabilidade / Ação das Insulinas

De acordo com a Portaria MS nº 2.583 de 10 de outubro de 2007 as insulinas disponibilizadas pelo SUS são:

APLICABILIDADE / AÇÃO DA INSULINA				
INSULINA	Tipo de ação	Início de ação	Pico de ação	Duração da ação
Regular	Rápida	30 a 60 minutos	2 a 4 horas	6 a 8 horas
NPH	Intermediária	1 a 2 horas	5 a 8 horas	13 a 18 horas

Fonte: SMS São Paulo

A insulina é um produto de boa estabilidade e tem sua ação biológica preservada aproximadamente dois anos a partir da data de fabricação, desde que adequadamente armazenada. É sensível à luz direta e às variações extremas de temperaturas. O excesso de agitação do frasco contribui para a perda de potência e a formação de grumos e precipitação.

Conservação da insulina	
Temperatura	Transporte
<ul style="list-style-type: none"> • Frascos em reserva devem ser armazenados sob refrigeração (entre 2 e 8 °C). • A insulina não deve ser congelada - quando congelada e posteriormente descongelada, não tem atividade biológica previsível, portanto seu uso é contraindicado. • O frasco em uso pode ficar fora da geladeira em local fresco (15 - 30°C) por até 30 dias. • Frascos abertos podem ser mantidos em refrigerador por 3 meses sem prejuízo da potência da insulina. • Evitar expor os frascos à luz do sol - a insulina pode sofrer degradação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante o transporte de curta duração, o frasco aberto ou em reserva de insulina podem ser mantidos em condições não refrigeradas, desde que não expostos ao calor excessivo. Nunca deixar a insulina exposta ao sol; • Durante o transporte de longa duração, frascos de insulina em reserva deverão ser retirados da geladeira e conservados em recipiente de isopor sem gelo, recolocar a insulina na geladeira logo que chegar ao destino. Lembre-se: a insulina pode ficar inativa após contato com o gelo; • Durante viagens, além dos cuidados já citados, mantenha a insulina, assim como todo o material para a aplicação, na bagagem de mão.

5.2.11. Vacinação para o usuário com diagnóstico de Diabetes Mellito

Pessoas com DM são reconhecidamente propensos a apresentar complicações em decorrência de infecções virais, fúngicas e bacterianas, em especial quando há comprometimento do trato respiratório aumentando a propensão à morbimortalidade.

Algumas condições associadas ao diabetes (idade, existência de doença renal ou cardiovascular) são fatores significantes no aumento do risco de sequelas associadas a essas infecções. A prevenção de infecções evitáveis além de reduzir a morbidade também reduz hospitalizações.

A importância da vacinação de rotina para adultos com DM foi evidenciada durante a pandemia do COVID-19. Soma-se a isto um importante número de evidências apontadas em diversos estudos, nos quais a vacinação de pessoas com DM com idade inferior a 60 anos reduz de forma significativa os coeficientes de morbimortalidade associada às infecções do trato respiratório.

A imunização dos indivíduos com DM atua como importante estratégia de proteção da saúde e de promoção da qualidade de vida. A disponibilidade do esquema vacinal básico proposto para idade está garantida pelas redes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e é recomendado pela American Diabetes Association (ADA). Os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), sob liderança do Ministério da Saúde, disponibiliza vacinas específicas, assim como esquema de doses diferenciados para serem aplicados nos indivíduos com DM com os devidos encaminhamentos médicos.

ATENÇÃO

- Todos os indivíduos devem estar em dia com as vacinas recomendadas, de acordo com o calendário vacinal para sua faixa etária.
- A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e de Imunizações (SBIIm) elegem os seguintes imunobiológicos sejam recomendados aos portadores de diabetes: contra influenza - anualmente, para todos os usuários > 6 meses de idade; pneumocócica conjugada 13-valente ou 15-valente (VPC-13 ou VPC-15); pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP-23); Hepatite B e Herpes-zoster.

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/363105
https://capital.sp.gov.br/web/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/

Outras indicações para reforço vacinal incluem as pessoas com doenças crônicas, indivíduos vivendo com o HIV/AIDS, pessoas com doença oncológica em atividade e candidatos à transplante ou transplantados de órgãos sólidos.

Nos casos de usuários com fatores de risco importantes e/ou com DCNT, principalmente os faltosos em consultas, devem ser acompanhados em VD continuamente uma ou mais vezes ao mês, dependendo da avaliação

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes-SBD/Gestão biênio 2023-2024. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – ed.2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-1, ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto (primeira versão),2020. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/)
3. Sociedade Brasileira de Diabetes-SBD/Gestão biênio 2018-2019. DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – ed.2020. Ed. Científica. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA SECTICS/MS Nº 7/2024. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabete Melito Tipo 2. Brasília-DF.2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2024/pcdt-diabete-melito-tipo-2>
5. Organização Mundial da Saúde-OMS. Diabetes. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
6. Brasil. Ministério da Saúde. SCTIE/DGITIS/MS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes melito tipo 1. Brasília-DF, 2020. 68 p. Disponível em: Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_terapeuticas_diabete_melito.pdf
7. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 2021. *IDF Diabetes Atlas, 10th edn*. Brussels, Belgium: 2021. Disponível em:<http://www.diabetesatlas.org/atlas>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. SVSA/DAE-VDNT/MS. Vigitel Brasil 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. – Brasília -DF; 2023. 131 p.: il. Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A-Z; Diabetes Mellitus. Acesso em 27/12/2024 - Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>
10. American Diabetes Association (ADA). Standards of Care in Diabetes—2023 Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes.*; 2023; 41(1):41-31. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/cd23-as01>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAB/MS. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. – Brasília-DF; 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) ISBN 978-85-334-2059-5. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
12. Sociedade Brasileira de Imunizações - Calendários de vacinação SBIIm pacientes especiais – 2023-2024. Disponível em: <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>.
13. Pedrosa H, Ballalai I, Cunha J, Caldas G, Reis JS, Salles JEN, et al. GUIA DE IMUNIZAÇÃO Sociedade Brasileira de Imunizações e Sociedade Brasileira de Diabetes. Guia de Imunização - SBIIm/SBD – DIABETES 2019-2020. Disponível em: <https://sbim.org.br/publicacoes/guias>.
14. Frid A, Hirsch L, Gaspar R, Hicks D, Kreugel G, Liersch J, et al. New injection recommendations for patients with diabetes. *Diabetes Metab.* 2010 Sep;36 Suppl 2: S3-18.
15. Silva HCDA, Acioli S, Fuly PSC, Lins SMSB, Santos JO, Querido DL, et al. ICNP® terminological subset for people with diabetic foot ulcer in primary health care. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(5):e20220668. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0668pt>

16. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - 1. ed. -- São Paulo: Instituto Tellus, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo6_Protocolo_Clinico_Pratico_Tratamento_DCNT_APS_Hipertensao_Diabetes.pdf
17. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo de Linha de Cuidados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo (MSP) -1. ed. - São Paulo: Instituto Tellus, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo5_Protocolo_Linha_a_Cuidado_DCNT_%20APS_MSP.pdf
18. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, PORTARIA Nº 338/2014-SMS.G. Normatização de prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao SUS sob gestão municipal. disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-338-de-15-de-fevereiro-de-2014/consolidado>
19. Sociedade Brasileira de Diabetes. Orientações sobre hipoglicemia [Internet]. São Paulo: SBD; 2023 [citado 2025 abr 7]. Disponível em: https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes_Hipoglicemia_SBD.pdf
20. Associação Nacional de Atenção ao Diabetes (ANAD). Manual prático: preparo e aplicação de insulina sem mistério [Internet]. São Paulo: ANAD; 2019. Disponível em: <https://www.anad.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Manual-Pr%C3%A1tico-Preparo-e-Aplica%C3%A7%C3%A3o-de-Insulina-sem-Mist%C3%A9rio.pdf>
21. Sociedade Brasileira de Diabetes. Técnicas de aplicação de insulina [Internet]. São Paulo: SBD; 2022. Disponível em: [https://diretriz.diabetes.org.br/tecnicas-de-aplicacao-de-insulina/​::contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](https://diretriz.diabetes.org.br/tecnicas-de-aplicacao-de-insulina/​::contentReference[oaicite:0]{index=0})

5.3. Obesidade

A obesidade é uma doença crônica que tem múltiplas causas, além de ser causa de outras doenças (DM2, HAS, Dislipidemia) e agravos (DCV, IAM, AVE, CA).

A obesidade está relacionada com a capacidade do metabolismo humano, em transformar a energia consumida através de uma determinada quantidade de alimentos em energia funcional necessária para o organismo executar suas funções fisiológicas. Portanto, quando um indivíduo consome uma quantidade de alimento maior que a capacidade de seu organismo produzir, queimar e oxidar a gordura metabolizada através dos alimentos digeridos, conseqüentemente acarretará no acúmulo de gordura corporal.

5.3.1. Causas associadas ao aumento da obesidade entre os adultos

Causas	Consequência
consumo excessivo de calorias	comer mais calorias do que o corpo queima para suas necessidades energéticas
falta de atividade física	quando a pessoa consome mais calorias do que gasta, o excesso é armazenado como gordura no corpo
fatores genéticos	alguns tipos de variações genéticas podem influenciar o metabolismo, o apetite e a regulação do peso
fatores metabólicos	resistência à insulina e síndrome metabólica, podem aumentar as chances de obesidade. Eles mudam a forma como o corpo lida com energia e podem causar ganho de peso

Para a determinação não só da obesidade, como de seu grau e da forma como a gordura se acumula no organismo é de fundamental importância considerar o patrimônio genético, além do sexo biológico do indivíduo e os fatores ambientais aos quais se expõem (inatividade física, estresse, indisciplina alimentar, etc).

Causas da obesidade por fator genético
Quando pai e mãe são obesos - a probabilidade de os filhos serem obesos é de 80%
Quando somente um dos pais é obeso - a probabilidade reduz para 50%
Quando ambos têm peso normal - a probabilidade é de 10%

A OMS atualmente classifica a obesidade como um problema de saúde pública no mundo, tão preocupante quanto a subnutrição. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2020), atualmente mais da metade dos adultos apresenta excesso de peso (60,3%, o que representa 96 milhões de pessoas), com prevalência maior no público feminino (62,6%) do que no masculino (57,5%).

Para avaliação do excesso de gordura corporal recomenda-se o uso do Índice de Massa Corpórea - IMC, que a partir dos parâmetros de peso e altura, calcula o índice de classificação para a obesidade. Quanto maior o IMC de um indivíduo, maior é a chance de morte precoce e ou desenvolvimento de DCNTs, além de agravos de doenças pré-existentes (IAM, AVE, AVH, Angina). Indivíduos com IMC muito baixo, também podem sofrer com doenças infecciosas e pulmonares, portanto é importante manter o IMC no parâmetro eutrófico.

Cálculo do IMC		
$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2} = (\text{Kg/m}^2)$		
Classificação do estado nutricional de adultos segundo índice de massa corpórea (IMC)		
Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidades
Abaixo do Peso	<18,50	Baixo
Eutrófico	18,50 – 24,99	Médio
Sobrepeso	25,00 – 29,99	Pouco elevado
Obesidade grau I	30,00 – 34,99	Elevado
Obesidade grau II	35,00 – 39,99	Muito elevado
Obesidade grau III	≥ 40,00	Muitíssimo elevado

Fonte: Adaptado dabeso, 2023

O IMC sozinho não é indicador suficiente para avaliação da gravidade em relação ao excesso de peso, mas serve para mensurar o risco em relação ao grau de obesidade adquirido. A associação da medida da circunferência abdominal como segundo referencial, possibilita a classificação de risco a partir da identificação da distribuição da gordura corporal em um indivíduo. Assim, e ajudar a diminuir as limitações de cada um dos referenciais de avaliação isolada.

Valores de Circunferência da Cintura
Mulheres: < 88,0 cm
Homens: < 102 cm

Considerando que a **gordura visceral** representa riscos à saúde do coração, possibilitando a formação de placas ateromatosas, que podem obstruir as artérias e impedir a circulação cardíaca eficaz, condição de risco mais comum na população masculina. A **gordura ginóide** ou gordura subcutânea é mais comum na população feminina, embora não esteja associada a DCV, pode causar problemas ortopédicos, doenças dermatológicas, insuficiência venosa, problemas ginecológicos, etc.

Além de comprometer a qualidade de vida de um indivíduo, a obesidade eleva o risco de morte por doença hipertensiva e DCV, por consequência da sobrecarga no sistema hepático em metabolizar o excesso de glicose, o que ocasiona o desenvolvimento do DM2. A gordura visceral tem maior risco em

favorecer a transformação do excesso de glicose em triglicérides e colesterol, o que colabora para o desenvolvimento da HAS e Dislipidemia.

Condições clínicas relacionada a obesidade
<ul style="list-style-type: none"> • DM • HAS • DLP • DCV • DRC • Câncer (mama, útero, ovário, intestino, próstata, vesícula biliar) • Cálculos na vesícula (colecistite) • Problemas ortopédicos • Gota • Problemas dermatológicos (assaduras, celulite) • Infertilidade (masculina, feminina) • Problemas ginecológicos (infecções de repetição) • Problemas pulmonares (apneia do sono) • Insuficiência vascular (arteriosclerose) • Osteoporose

Tratamento

Mudanças no estilo de vida

O mais importante no tratamento da obesidade não é apenas a perda de peso, mas melhorar a qualidade de vida a partir da redução da gordura corporal e a recuperação da autoestima.

Peso saudável x Estatura – adultos		
Estatura (cm)	Peso (kg) Valor Inferior	Peso (kg) Valor Superior
145	38	52
150	41	56
155	44	60
160	47	64
165	50	68
170	53	72
175	56	77
180	59	81
185	62	85
190	65	91

FONTE: abeso, 2023

A reeducação alimentar é o primeiro passo para a perda de peso de forma saudável, pois resgata o sentido dos alimentos em nutrir o corpo, a partir do

consumo dos alimentos de forma equilibrada e saudável, gerando saciedade e auxiliando no funcionamento do organismo.

NOTA: A disseminação da informação sobre a origem e os males da obesidade é fundamental para contermos o crescimento do número de obesos no mundo

Alguns indivíduos têm maior predisposição para acumular gordura corporal, pela disfunção metabólica em “queimar” as calorias consumidas durante as refeições. Portanto este indivíduo tem maior indicação para adesão a atividades físicas, para estimular o gasto calórico e redução do acúmulo de gordura corporal.

O sedentarismo é uma das consequências da obesidade, considerando que quanto mais gordo, menor é a disposição do indivíduo para praticar alguma atividade física.

Atividade física caracteriza-se por qualquer movimentação do corpo produzida pelos músculos e que concorre para aumentar o gasto calórico do organismo. Enquanto exercícios físicos planejados como tem por objetivo de obter ou aperfeiçoar o condicionamento da capacidade física.

Benefícios atividade física

1. Melhora do perfil dislipidêmico
2. Manutenção da densidade óssea e redução da osteoporose
3. Controle de problemas respiratórios crônicos
4. Controle da diabetes
5. Redução da ocorrência de lombalgias
6. Prevenção da arteriosclerose
7. Melhora dos aspectos psicológicos (autoestima, humor, redução ansiedade, depressão, estresse)

Tratamento medicamentoso

A utilização de medicamentos para combater a obesidade ainda é um tema polêmico. Porém, estes medicamentos são recomendados para os casos de obesidade ($IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$), com repercussão negativa para a saúde e para os casos em que a terapêutica convencional através da MEV não surtir efeito.

Indicação medicamentosa segundo IMC no adulto

- 1) IMC maior ou igual a 30 kg/m²
- 2) IMC maior ou igual a 25 ou 27 kg/m² na presença de comorbidades (dependendo do medicamento)
- 3) Falha em perder peso com o tratamento não farmacológico. A história prévia de falência com tentativa com dieta com restrição calórica é suficiente.
- 4) Indivíduos com IMC normal e aumento da circunferência abdominal, são considerados obesos viscerais e devem ser tratados na presença de comorbidades

Fonte: abeso, 2023

Tratamento cirúrgico

A obesidade mórbida caracterizada por IMC >40 e expõe o indivíduo ao risco de morte por consequência do excesso de gordura corporal.

Quando os tratamentos convencionais baseados em dietas e medicamentos, além de atividade física e psicoterapia fracassam, o tratamento cirúrgico é indicado. A cirurgia consiste na redução do volume gástrico, para reduzir a capacidade de receber alimentos em quantidade, conseqüentemente o organismo reduz a absorção de parte dos nutrientes, podendo ocasionar a perda de 1/3 do peso original em até 12 meses.

A redução do peso, que se observa após a cirurgia é intensa e persistente, além de acompanhar de uma extraordinária melhora de todos os distúrbios associados com a obesidade, o que torna alto o índice de readaptação psicológica desses indivíduos a sociedade.

Complicações pós cirúrgicas
<ul style="list-style-type: none"> • Cicatriz cirúrgica • Náuseas • Vômitos • Broncopneumonia aspirativa

5.3.2. Acompanhamento dos usuários na APS

A atenção à saúde das pessoas com obesidade é um grande desafio para as equipes de Atenção Primária. Sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. De forma geral, os desafios enfrentados para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS são diversos e envolvem:

- Diagnóstico nutricional tardio;
- Baixa resolubilidade e dificuldade de adesão aos processos terapêuticos;
- Despreparo para lidar com a complexidade das doenças crônicas, em especial a obesidade;
- Busca pelos serviços de saúde motivada por complicações relacionadas à obesidade, tais como diabetes, hipertensão e dores articulares, mais do que pela obesidade;
- Pouca integração das ações de promoção da saúde no cotidiano de cuidado;
- Baixa atuação em equipe multiprofissional;

- Perspetiva culpabilizadora dos profissionais em relação aos indivíduos com obesidade, o que dificulta o acolhimento e o tratamento adequado;
- Inadequação do modelo biomédico para abordagem terapêutica integral da obesidade.

A atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito da APS (Figura 1), deve ter como bases de sustentação a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as normas e diretrizes para implementação da Linha Cuidado para Obesidade e os manuais, protocolos e instrutivos de cuidado.

Atribuições da Atenção Primária à Saúde na Linha de cuidado de Sobrepeso Obesidade

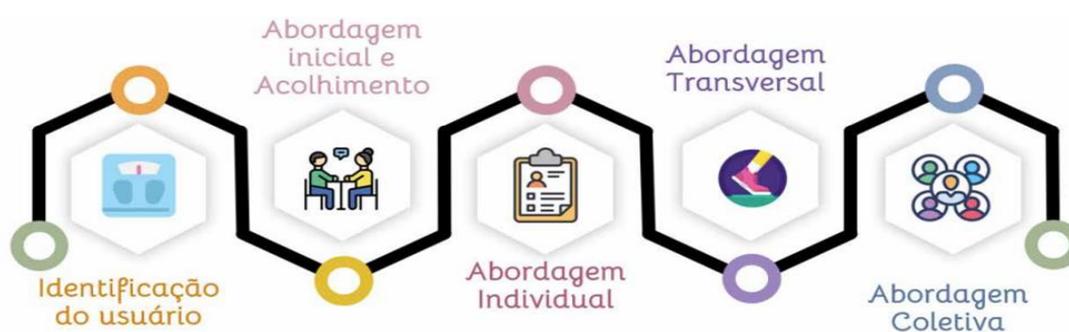
Atribuições da Atenção Primária à Saúde			
	<p>1. Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade.</p>	<p>2. Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física.</p>	<p>3. Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável.</p>
	<p>4. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m²</p>	<p>5. Coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitam de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC ≥ 35 kg/m² com</p>	<p>6. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na</p>

	comorbidades ou IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$	Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar.	Academia da Saúde.
--	---	--	-----------------------

Fonte: Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS, 2022

O enfermeiro tem importante papel na abordagem e elaboração do plano de cuidados para os usuários residentes em sua área de abrangência, principalmente os usuários diagnosticados com obesidade. Cabendo ao profissional a partir da estrutura sugerida realizar as adaptações conforme a capacidade do equipamento de saúde e equipe disponível, atentando a realidade epidemiológica do território.

Processo de cuidado



Fonte: Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) SUS, 2022

Sugere-se que sejam encaminhados para acompanhamento na atenção especializada aqueles usuários com IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades descompensadas ou IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ que não tiveram sucesso em dois anos de acompanhamento na APS. Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não tiveram redução de 5 a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento na APS.

5.3.3. Consulta de Enfermagem a pessoa com obesidade

A enfermagem tem um papel crucial no manejo da obesidade em integração com a equipe multidisciplinar, desde o acolhimento até o encaminhamento à atenção especializada dos usuários com obesidade dentro APS. É papel do enfermeiro fornecer educação em saúde, acolhimento das

necessidades em saúde com encaminhamento a rede de apoio emocional e monitoramento contínuo dos pacientes, assim promovendo as mudanças no estilo de vida.

Avaliação dos dados subjetivos e objetivos

Avaliar o estado nutricional de um usuário, requer que o enfermeiro analise as condições alimentares como a ingestão de alimentos e a absorção e aproveitamento dos nutrientes consumidos diariamente. Também, avaliação da condição alimentar relacionada aos fatores sociais, econômicos, saneamento ambiental e outras condições fisiopatológicas, que possam interferir no desenvolvimento e funcionamento saudável do organismo, ocasionando doenças como obesidade, desnutrição ou carências (anemia ferropriva).

Estar atento aos riscos para agravos nutricionais (vulnerabilidade social, econômica, condições de moradia, acesso aos serviços públicos), promove ao enfermeiro informações e dados importantes para a integração com a equipe multidisciplinar, e se necessário serviços públicos intersecretariais.

Dados subjetivos - anamnese	
Fatores pessoais	Dados pessoais Sociodemográficos Situação de moradia Situação familiar Renda familiar mensal Dependentes Conviventes
Clínicos	História familiar História ponderal (variação do peso corporal = peso habitual x peso atual) Início da variação de peso (infância, puberdade, casamento, tabagismo, uso de medicação, etc) Doenças prévias (IRC, DPOC, DM2, etc) Satisfação com relações pessoais (familiar, sociedade, trabalho) Satisfação com condição física atual Opinio pessoal em relação a modificação do estilo de vida e ou adoção de terapia medicamentosa.
Comportamento e estilos de vida	Conhecimento sobre potenciais complicações da obesidade. Padrão alimentar (nº refeições, tipo de alimentos consumidos, quantidade, intervalos) Motivação atual para perda de peso Condições de preparo dos alimentos (quem faz) Hábito e compreensão sobre a importância da leitura de rótulos dos alimentos Tentativas prévias para emagrecer Uso de medicações para emagrecimento (início, tempo do tratamento, efeitos colaterais, término).

	<p>Outros medicamentos de uso contínuo Prática de atividade física e condição de sono e lazer Uso de tabaco Uso de álcool Uso de substâncias ilícitas Características do trabalho Meios de transporte Mecanismos de enfrentamento de estresse e ansiedade</p>
Relato de sintomas	<p>Alteração do humor sonolência e ou prostração fadiga (sensação constante de cansaço/exaustão que não melhora com o repouso) respiração ofegante edemas, formigamento e parestesia dos membros inferiores alterações dermatológicas ganho de peso exacerbado em período curto Alterações do hábito intestinal desconfortos pós alimentação</p>

Os principais dados objetivos para a classificação de risco da obesidade, a serem registrados durante a consulta de enfermagem, são os dados coletados a partir do exame físico. Estes registros poderão ser utilizados posteriormente como parâmetros iniciais para avaliação sequencial da evolução terapêutica do usuário com potencial de risco para agravos relacionados a resistência metabólica.

Dados objetivos - exame físico	
Sinais vitais	
Dados antropométricos	Peso + Altura = IMC + Circunferência abdominal + tipo morfológico
Avaliação da fâcies	Indicar sinais sugestivos de patologias (IRC) e ou sinais secundários ao uso de medicação por tempo prolongado (edema, pigmentação, pelugem)
Ausculta pulmonar	Identificar problemas respiratórios secundários ao peso excessivo e redução da expansão torácica (apneia do sono)
Palpação dos pulsos e perfusão periféricos	Identificar sinais de insuficiência venosa periférica (cianose, retorno venoso reduzido)
Inspeção tegumentar	Identificar problemas dermatológicos relacionados a obesidade (celulite, assaduras, hiperpigmentações)
Inspeção de membros inferiores	Identificar alteração de marcha, redução da força muscular, equilíbrio e coordenação que possam sinalizar problemas ortopédicos secundários ao excesso de peso
Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais complementares	Apoio, para avaliação dos agravos e ou estratificação de risco relacionados a obesidade

Os exames complementares não são recomendados ao enfermeiro, como prática cotidiana no atendimento às pessoas com sobrepeso e obesidade. Estes

devem ser solicitados somente quando necessário, como apoio para avaliação de suspeita de comorbidade associada ao excesso de peso.

Exames complementares
<ol style="list-style-type: none"> 1. Glicemia de jejum 2. Hemoglobina Glicada (Hb1AC) 3. Colesterol total e frações 4. Dosagem de triglicerídeos 5. Exames coprológico funcional 6. Urinálise

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP para pessoas com obesidade

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP
Sobrepeso	T83 Excesso de peso
Socialização, Prejudicada	-
Obesidade	T82 Obesidade
Autoimagem negativa	-
Baixa autoestima; Risco de baixa autoestima situacional	-
Repouso prejudicado	P06 Perturbação do sono

5.3.4. Intervenções de enfermagem

Abordagens educativas individuais e ou coletivas aos usuários, sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física e estratégias de autocuidado, fornecem suporte contínuo, ajudando-os a estabelecer metas realistas, implementar estratégias comportamentais e adotar hábitos saudáveis a longo prazo. Além, de melhorar os indicadores de saúde em relação controle da pressão arterial, melhora dos níveis de atividade física e adesão às orientações médicas.

Intervenções do enfermeiro na atenção a pessoa com obesidade
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade 2. Realizar ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso 3. Realizar ações de vigilância nutricional 4. Acompanhar as ações dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários 5. Avaliar os casos de riscos e quando for necessário buscar o apoio da equipe multidisciplinar, grupos de apoio ou serviço especializado 6. Encaminhar para avaliação e acompanhamento nutricional, os usuários com sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 Kg/m²) associado à co-morbidade (diabetes mellitus) ou que apresentem obesidade IMC maior que 30 Kg/m²

7. Acompanhar o controle dos agravos à saúde associados, a partir da contra-referência,
8. Participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço e participar das reuniões de equipe de planejamento e de avaliação.

5.3.5. Evolução de Enfermagem

A evolução de enfermagem se dará por meio do acompanhamento da adesão ao PAP e adoção de MEV a todos os usuários. O enfermeiro deve avaliar as condições atuais de cada usuário em relação aos dados subjetivos e objetivos levantados na primeira consulta, considerando as propostas pactuadas e as mudanças adotadas como terapia não medicamentosa em relação as condições atuais de saúde. Toda avaliação e os relatos de fatores limitantes trazidos pelo usuário, devem ser registrados em prontuário e utilizados na adequação do PAP para que os resultados estabelecidos sejam alcançados até a próxima consulta de enfermagem.

Nos casos de usuários com fatores de risco importantes e/ou com comorbidades, principalmente os faltosos em consultas, devem ser acompanhados em VD continuamente uma ou mais vezes ao mês, dependendo da avaliação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Linha de cuidados: Obesidade no adulto, disponível em <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-pronto-atendimento/definicao-obesidade-no-adulto/>
2. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - abeso. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - 4.ed. - São Paulo, SP disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
3. Brasil. MS - sobrepeso e obesidade como problema de saúde pública. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-querer-ter-peso-saudavel/noticias/2022/sobrepeso-e-obesidade-como-problemas-de-saude-publica>
4. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MS: Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - 1. ed. -- São Paulo: Instituto Tellus, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo6_Protocolo_Clinico_Pratico_Tratamento_DCNT_APS_Hipertensao_Diabetes.pdf
5. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo de Linha de Cuidados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo (MSP) -1. ed. - São Paulo:

- Instituto Tellus, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo5_Protocolo_Linha_Cuidado_DCNT_%20APS_MSP.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAB. Guia alimentar para a população brasileira – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília/DF, 2014. 156 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
 7. Brasil. Ministério da Saúde. SAPS/DPS. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde – Brasília/DF, 2022. 55 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 26 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
 10. Moura, CN: UNIVATES - universidade do vale do taquari: importância da enfermagem no tratamento da obesidade. – Lajeado/RS, 2023. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/76e98ab2-4645-45c5-97e7-41abba54c3fd/content>
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. O impacto da obesidade. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queroter-peso-saudavel/noticias/2022/o-impacto-da-obesidade> Acesso em: 14 mai. 2023.
 12. COUTINHO, Wadmir F. Avaliação e tratamento da compulsão alimentar no paciente obeso. Einstein, São Paulo, SP, v. 04, supl.1, p. S49-S52, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-455903> Acesso em: 03 jul. 2023.

5.4. Doenças respiratórias crônicas

As doenças respiratórias crônicas (DRC) afetam tanto as vias aéreas superiores quanto as inferiores de forma persistente. Entre as mais comuns estão a asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Essas condições representam um dos principais desafios para a saúde, representam mais de 10% de todos os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, perdendo apenas para as Doenças cardiovasculares (incluindo o AVC). Afetam a qualidade de vida e podem provocar incapacidade nos indivíduos afetados, causando grande impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, com consequências na vida do paciente e de sua família, geram sofrimento humano.

Os fatores de risco são o tabagismo, a poluição ambiental, a exposição a alérgenos e agentes ocupacionais. Além disso, infecções como pneumonia, bronquiolite e tuberculose podem causar cicatrizes nas vias aéreas. O aumento da expectativa de vida também é considerado um fator de risco independente para essas doenças.

5.4.1. Asma (CIAP R96)

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores que se caracteriza, clinicamente, por aumento da responsividade dessas vias a diferentes estímulos, com conseqüente obstrução ao fluxo aéreo, de forma recorrente e, tipicamente, reversível. O diagnóstico é eminentemente clínico com base na anamnese e no exame clínico, que podem evidenciar sinais e sintomas respiratórios recorrentes (dispneia, sibilos, tosse, sensação de aperto retroesternal), associados a limitação ao fluxo aéreo, de caráter tipicamente reversível, evidenciado por provas de função pulmonar.

Os fatores de risco podem ser divididos em ambientais e próprios do paciente, como é o caso dos aspectos genéticos, obesidade e sexo masculino (durante a infância). Os fatores ambientais são representados pela exposição à poeira domiciliar e ocupacional, baratas, infecções virais (especialmente vírus sincicial respiratório e rinovírus).

Fenótipos da Asma	
Asma alérgica	Geralmente com início na infância e está associada a uma história passada ou familiar de doença alérgica - como eczema, rinite alérgica ou alergia a alimentos ou medicamentos
Asma não alérgica	Ocorre em alguns adultos e o perfil celular pode ser neutrófilo, eosinófilo ou conter apenas algumas células inflamatórias
Asma de início tardio	Ocorre pela primeira vez na vida adulta e, geralmente, os pacientes são refratários ao tratamento com corticosteroides
Asma com limitação do fluxo de ar	Pacientes com asma há muito tempo podem desenvolver limitação fixa do fluxo de ar devido à remodelação da parede das vias aérea
Asma com obesidade	Pacientes obesos com asma podem apresentar sintomas respiratórios proeminentes e pouca inflamação eosinofílica das vias aéreas

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma, Ministério da Saúde, 2021

Controle da Asma - Global Initiative for Asthma (GINA)			
	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
Sintomas diurnos > 2 vezes por semana	<u>Nenhum item</u>	<u>1-2 itens</u>	<u>1-2 itens</u>
Despertares noturnos por asma			
Medicamento de resgate > 2 vezes por semana			
Medicamento de resgate > 2 vezes por semana			

Fonte: Linhas de Cuidado: Asma – Unidade de Atenção Primária à Saúde, 2022

Controle da Asma - Asthma Control Test (ACT)			
	Asma controlada	Asma parcialmente controlada	Asma não controlada
Limitação das atividades por asma: Nenhuma vez = 5 Poucas vezes = 4 Algumas vezes = 3 Maioria das vezes = 2 Todo tempo = 1	<u>≥ 20</u>	<u>15-19</u>	<u>≤ 15</u>
Dispneia: Completamente controlada = 5 Bem controlada = 4 Um pouco controlada = 3 Pobremente controlada = 2 Totalmente descontrolada = 1			
Despertares noturnos por asma: Nenhuma vez = 5 Uma ou duas vezes no último mês = 4 Uma vez por semana = 3 Duas ou três vezes por semana = 2 Quatro ou mais vezes por semana = 1			
Medicamento de resgate: Nenhuma vez = 5 Uma vez por semana ou menos = 4 Poucas vezes por semana = 3 Uma ou duas vezes por dia = 2			

Três ou mais vezes por dia = 1			
Autoavaliação do controle da asma:			
Completamente controlada = 5			
Bem controlada = 4			
Um pouco controlada = 3			
Pobremente controlada = 2			
Totalmente descontrolada = 1			

Fonte: Linhas de Cuidado: Asma – Unidade de Atenção Primária à Saúde, 2022

Anamnese e Exame Físico:

- Observar aspectos gerais do indivíduo;
- Investigar sintomas;
- Presença de quadros de dispneia, sibilo, desconforto torácico e tosse recorrentes;
- Acorda no período da noite por tosse ou dispneia;
- Período do dia em que há piora nos sintomas;
- Fatores desencadeantes e agravantes;
- Se sintomas são revertidos espontaneamente ou pelo uso de broncodilatadores;
- Progressão da doença;
- Uso de medicamentos;
- Antecedentes pessoais e familiares de alergia;
- Avaliar condições de moradia;
- Impacto da doença na qualidade de vida;
- Verificar sinais vitais;
- Observar aspectos gerais do indivíduo;
- Estado mental;
- Capacidade de fala
- Frequência respiratória;
- Saturação;
- Frequência cardíaca;
- Uso de musculatura acessória;
- Ausculta pulmonar;
- Cianose;
- Pulso;

Atenção, caso o usuário apresente sinais de exacerbação da asma: redução do nível de consciência, febre, taquicardia, taquipneia, hipotensão, dificuldade para falar, uso de músculos acessórios, sibilos difusos, tórax silencioso, saturação de oxigênio <90%, situações agravantes como: anafilaxia, pneumonia, pneumotórax e /ou sinais de condições alternativas que podem explicar a falta de aguda: Insuficiência cardíaca, obstrução laríngea, corpo estranho inalado, embolia pulmonar, compartilhar o cuidado com o profissional médico.

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Função do Sistema Respiratório Prejudicada	R28 Limitação funcional/incapacidade	- Intervenção de forma eficaz para que o usuário evite exposições à fatores desencadeadores de crise - Orientação ações em momentos de crise
Dispneia	R02 Dificuldade respiratória, dispneia	- Utilização da terapêutica medicamentosa de forma adequada, tanto a de manutenção quanto a de resgate

Orientações

- Evitar gatilhos que pioram asma/rinite (ex: animais, poeira, químicos, pólen), AAS, AINEs (ex: ibuprofeno) e beta-bloqueadores (ex: propranolol);
- Cessar o fumo de tabaco;
- Explicar o motivo do tratamento, uso dos dispositivos inalatórios e a evolução da doença;
- Fisiopatologia e evolução da doença, sobre o prognóstico, os objetivos do tratamento e de como atuam os medicamentos;
- Reconhecer se o quadro de asma está ou não está controlada;
- Entender com usar os medicamentos: beta-agonista (salbutamol) alivia sintomas, mas não controla asma. Corticoide inalatório (beclometasona) auxilia na prevenção das crises, sendo o principal medicamento de controle da asma;
- Entregar, por escrito, plano de cuidados de como usar os medicamentos se piora dos sintomas;
- Corticoides inalatórios podem causar candidíase oral: oriente paciente enxaguar boca e fazer gargarejos após cada dose;

- Evitar o uso de β -bloqueadores (propranolol, atenolol e outros);
- Reduzir a umidade em casa, deixando as janelas e portas abertas pelo menos uma hora por dia;
- Diminuir o acúmulo de lixo, evitando assim o aparecimento de animais e insetos;
- Manter a casa sempre ventilada e o quarto de dormir arejado;
- Os cobertores e roupas de lã, que ficam guardados o ano inteiro, devem ser lavados antes do uso e depois a cada 30 dias, enquanto estiverem em uso;
- Evitar também: fumaça de fogão à lenha, aquecedores a querosene, fogão a gás, carvão e lareira;
- Lembrar que desinfetantes, perfumes e materiais de limpeza também são irritantes químicos.

5.4.2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (CIAP R95)

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se pela limitação crônica ao fluxo de ar, não totalmente reversível, associada a uma resposta inflamatória anormal à inalação de partículas ou gases nocivos. Seus sintomas surgem de forma gradual, são contínuos, se intensificam com o esforço físico e tendem a aumentar em frequência e intensidade ao longo do tempo, com episódios de agravamento que duram geralmente alguns dias (exacerbações).

Os principais fatores de risco são o tabagismo, poluição domiciliar (fumaça de lenha, querosene), exposição ocupacional a poeiras e produtos químicos ocupacionais, infecções respiratórias recorrentes na infância, suscetibilidade individual, desnutrição na infância, idade superior a 40 anos, deficiências genéticas (responsáveis por menos de 1% dos casos), como de alfa1 antitripsina. Os sintomas apresentados são a falta de ar, tosse crônica, expectoração, respiração ofegante, sibilância e sensação de opressão torácica.

A dispneia pode ser avaliada com base na escala de dispneia do Medical Research Council (MRC), que apresenta boa correlação com o prognóstico da DPOC.

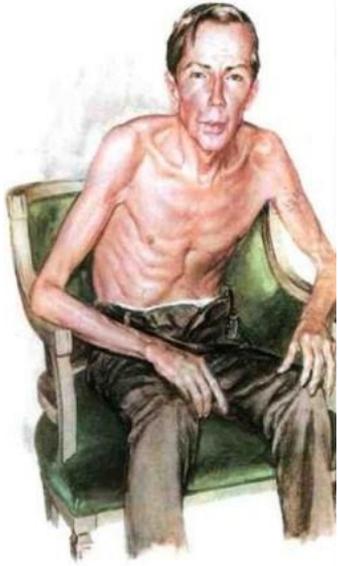
Escala de dispneia do MRC modificada (mMRC)	
mMRC Grau 0	Falta de ar ao realizar exercício intenso
mMRC Grau 1	Falta de ar ao apressar o passo, ao subir um lance de escadas ou ao subir uma ladeira leve

mMRC Grau 2	Andar mais devagar que pessoas da mesma idade ou precisar parar para respirar quando anda no próprio passo.
mMRC Grau 3	Parar para respirar antes de andar 100 metros ou após, alguns minutos
mMRC Grau 4	Não sair de casa devido à falta de ar.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023)

Anamnese e Exame Físico:

- Observar aspectos gerais do indivíduo;
- Progressão da doença;
- Uso de medicamentos;
- Verificar tabagismo;
- Pesquisa de contato com fatores de risco;
- Avaliar tórax com aumento do diâmetro ântero-posterior;
- Dispneia progressiva;
- Taquipneia com expiração ativa e prolongada;
- Presença de tiragem intercostal;
- Diminuição da expansibilidade torácica;
- Diminuição frêmito toracovocal (FTV);
- Presença de som hipertimpânico à percussão;
- murmúrio vesicular reduzido;
- Presença de sibilos;
- Cianose;
- Tosse crônica;
- Produção excessiva de muco;
- Se edema em ambos o membro inferior considere insuficiência cardíaca;
- Presença de dois estereótipos clássicos (extremos de um espectro de manifestações clínicas que podem ocorrer na DPOC. A maioria dos pacientes apresenta um pouco de cada um dos sintomas a seguir: soprador rosáceo - enfisema e inchados azul bronquite

Estereótipos clássicos da DPOC	
 <p>Fonte: Linhas de Cuidado nas Urgências/Emergências, UNASUS 2013</p>	<p>Sopradoreos Roséos - Enfisema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magro; • Longilíneo; • Sem cianose; • Fácies “angustiada”; • Dispneia precoce, progressiva e grave; • Sem tosse ou expectoração; • Frêmito toracovocal (FTV) diminuídos; • Murmúrios Vesiculares diminuídos sem ruídos;
 <p>Fonte: Linhas de Cuidado nas Urgências/Emergências, UNASUS 2013</p>	<p>Inchados Azuis - Bronquite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brevelíneo, com tendência a ganhar peso; • Cianose presente; • Dispneia discreta intermitente; • Tosse produtiva; • Sinais de cor pulmonale (turgência jugular patológica, ascite, edema de membros inferiores); • Murmúrios Vesiculares diminuídos com roncos e sibilos;

Fonte: Adaptado de Linhas de Cuidado nas Urgências/Emergências, UNASUS 2013

Atenção, caso o usuário apresente sinais de exacerbação da DPOC, compartilhar o cuidado com o profissional médico.

Classificação da Exacerbação da Asma:	
Exacerbação leve	Piora da dispneia, alteração no padrão da tosse (frequência ou intensidade), alteração da cor e/ou volume do escarro.
Exacerbação moderada	Frequência respiratória > 30 vpm, frequência respiratória > 120 rpm, uso de musculatura acessória, movimentos torácicos paradoxais, exacerbações frequentes, presença de outras comorbidades cardiorrespiratórias

	graves, idade avançada, apoio domiciliar insuficiente ou que não apresentam resposta adequada ao manejo inicial.
Exacerbações graves	Dificuldade para falar, agitação, hipoxemia, cianose, tórax silencioso, instabilidade hemodinâmica ou deterioração do status mental.

Fonte: Adaptado de Linhas de Cuidado: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Unidade de Atenção Primária à Saúde, 2022

Orientações

- Cessação do tabagismo;
- Cessação do tabagismo; Adoção da prática de atividade física;
- Atualização vacinal: antigripal e antipneumocócica;
- Nos casos de anorexia, ingerir primeiro os alimentos mais energéticos, fracionar a dieta (pelo 6 vezes, no mínimo) com alimentos preferidos;
- Ingerir alimentos com baixa produção de gases e não constipantes;
- Nos pacientes com dispneia e intensa incapacidade física, cuidados com higiene oral eficiente, alimentação fracionada durante o dia, mastigação lenta e descanso entre as porções alimentares; não esquecer de usar seu broncodilatador de curta ação antes da refeição; apoiar os antebraços sobre a mesa e deixar os talheres sobre o prato enquanto mastiga (economia de energia);
- Nos casos de saciedade precoce, ingerir inicialmente os alimentos mais energéticos (prato principal), limitar líquidos às refeições e dar preferência aos alimentos frios;
- Evite se expor à fumaça do cigarro ou a agentes que causam irritação nas vias aéreas (ex. gases tóxicos e outras fumaças);
- Atenção a sinais de alerta: aumento da frequência dos sintomas, aumento do uso de medicamentos de alívio;
- Informar sobre efeitos adversos;
- Importância da adesão correta ao tratamento medicamentoso;
- Realização de exercícios conforme tolerância;
- Uso correto dos dispositivos inalatórios;

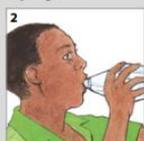
Usando inaladores e espaçadores

- Se paciente não é capaz de usar um inalador corretamente, associe um espaçador para aumentar a distribuição do medicamento nos pulmões, especialmente se usa corticoide inalatório. Isso pode prevenir candidíase oral.
- Limpe o espaçador antes do primeiro uso e cada duas semanas: remova o recipiente do inalador e lave o espaçador com água e sabão. Deixe secar em ar ambiente. Evite enxaguar com água após cada uso.

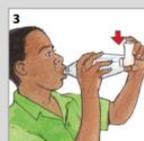
Como usar o inalador com espaçador¹



1
Agite o inalador e insira no espaçador.



2
• Levante-se e expire.
• Então feche os lábios em volta do bocal.



3
Pressione o dispositivo uma vez para liberar um jato dentro do espaçador.



4
• Faça 4 inspirações mantendo o espaçador na boca.
• Repita passos 3 e 4 para cada jato.
• Enxague a boca após usar corticoide inalatório.

Fonte: PACK Brasil, 2024.

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Função do Sistema Respiratório Prejudicada	R28 Limitação funcional/incapacidade	- Intervenção de forma eficaz para iniciar o tratamento farmacológico e não farmacológico o mais precoce possível; - Informar sinais de agravamento e busca de atendimento em saúde;
Dispneia	R02 Dificuldade respiratória, dispneia	- Utilização da terapêutica medicamentosa de forma adequada; - Avaliar o padrão dos sintomas, se apresenta piora ou se mantém estável;

Solicitação de exames por enfermeiro:

Exame	Justificativa
Hemograma	Exame útil para avaliar anemia (indicativa de deficiência nutricional, perda sanguínea ou doença crônica) ou policitemia, indicativa de hipoxemia crônica. A anemia pode ser um fator agravante da dispneia e da baixa tolerância ao exercício. Policitemia em pacientes com saturação de pulso de oxigênio (SpO ₂) em vigília superior a 90% sugere hipoxemia durante o sono. Deve ser solicitado na primeira consulta, caso não tenha sido realizado nos últimos 4 a 6 meses. A contagem de eosinófilos também pode ser útil para avaliar a resposta ao tratamento com corticoterapia inalatória (como terapia adicional ao broncodilatador de manutenção)

5.4.3. Rinite Alérgica (CIAP R97)

A rinite alérgica é definida como uma inflamação da mucosa do revestimento nasal, é caracterizada pela presença de um ou mais sintomas: congestão nasal, coriza, espirros, prurido, voz anasalada, hiposmia, linha de Dennie-Morgan (prega em pálpebras inferiores secundárias ao edema), sulco nasal transversal, hiperemia conjuntival e presença de olheiras. O diagnóstico de rinite alérgica é clínico, com base nos dados de história e exame físico. Pode ser classificada através dos sintomas, intensidade, parâmetros de qualidade de vida e duração.

Frequência e duração dos sintomas	
Intermitente	< 4 dias por semana ou < 4 semanas de duração (ano)
Persistente	≥ 4 dias por semana e > 4 semanas de duração (ano)
Intensidade	
Leve	Sono normal Atividades normais (esportivas, lazer e no trabalho) Sem sintomas incômodos
Moderada ou grave	Sono anormal Interferência nas atividades diárias, esportivas e/ou de lazer Dificuldades no trabalho Sintomas incômodos

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 25 - Doenças Respiratórias Crônicas, Ministério da Saúde, 2010.

Anamnese e Exame Físico:

- Investigar sintoma principal;
- Tempo de início do quadro;
- Frequência;
- Intensidade;
- Persistência;
- Período do dia em que ocorre;
- Presença de comorbidades (rinossinusites, otite média, asma, conjuntivite, hipertrofia de adenoides, apneia do sono);
- Antecedentes pessoais e familiares de alergia;
- Hábitos;
- Condições de moradia e ambiente profissional;
- Fatores desencadeantes e agravantes
- Uso de medicações;
- Relação com alimentos;
- Impacto na qualidade de vida;
- Verificar sinais vitais;

Principais achados Exame Físico:

Achados na Inspeção	
Local	Alterações
Olhos	Linha de Dennie-Morgan (prega em pálpebras inferiores secundárias ao edema)

Nariz	Prega transversa sobre o nariz, conhecida como “saudação do alérgico”.
Face	Face de respirador oral: boca aberta, hipotonia da língua, cianose infraorbitária, rosto alongado e com expressão abatida, lábios entreabertos e ressecados, bochechas flácidas, língua hipotônica posicionada inferiormente ou entre os dentes, olheiras marcadas, fraqueza generalizada da musculatura facial, má oclusão dentária e palato estreito e profundo.

Orientações e Prescrições de Enfermagem

- É fundamental manter o ambiente bem arejado, abrindo as janelas diariamente para permitir a circulação do ar e a entrada da luz solar. Sempre que possível, deixe o sol iluminar todos os cômodos da casa, especialmente o quarto de dormir, por algumas horas.
- Adesão adequada a terapêutica medicamentosa;
- Realizar lavagem nasal com soro fisiológico;
- Identificar e evitar alérgenos, como poeira, fumaça, cheiros fortes e produtos químicos;
- Informar sobre efeitos colaterais dos medicamentos tópicos nasais, tais como, efeitos locais eventuais que incluem sensação de queimação e irritação das narinas. Poderá ocorrer ressecamento da cavidade nasal;
- Se possível utilizar pano úmido para a limpeza diária;
- Sempre que possível, conservar roupas, livros e objetos dentro de armários fechados;
- Lavar cobertores e colchas a cada duas semanas ou recobrir com tecido de fácil lavagem, e colocá-los no sol sempre que possível, assim como colchões e travesseiros.
- As cortinas também devem ser lavadas frequentemente e de preferência usar cortinas de tecidos leves;
- Procurar eliminar baratas e outros insetos: a inspeção frequente é o primeiro passo para o extermínio de baratas, associado aos métodos de limpeza e redução do acesso aos restos de comida. Evitar uso de produtos químicos ou venenos para eliminação de insetos;
- Uso de condicionadores de ar e aparelhos umidificadores que podem gerar fungos para o ambiente. O uso desses aparelhos deve ser restrito e a manutenção dos mesmos não deve ser esquecida;
- Acompanhamento em saúde e continuidade do cuidado;

REFERÊNCIAS

1. DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências [recurso eletrônico] / Organizadores, Bruce B. Duncan ... [et al.]. – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
3. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). TeleConduas: asma: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 30 mai. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#teleconduas-0800>. Acesso em: 30, jan 2025
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25)
6. São paulo. Secretaria da saúde. Coordenadoria da atenção básica. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas doença pulmonar obstrutiva crônica (dpc) do município de são paulo. São paulo: SMS, 2023.
7. Belo horizonte. Secretaria municipal de saúde. Protocolo da rinite alérgica. Belo horizonte, 2023.

5.5. Hipotireoidismo e Hipertireoidismo

A tireoide, glândula em formato de borboleta localizada na parte anterior do pescoço, é responsável pela produção de hormônios essenciais para o funcionamento do organismo. Os hormônios T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina) regulam o metabolismo e influenciam diversas funções do corpo, como os batimentos cardíacos, humor, memória, atenção, concentração, raciocínio, força muscular, metabolismo do tecido adiposo, manutenção da temperatura corporal, formação e renovação óssea, movimentos intestinais (peristaltismo), crescimento, ciclo menstrual, fertilidade, entre outras.

Quando a produção desses hormônios é insuficiente (Hipotireoidismo), o metabolismo desacelera, causando sintomas como cansaço excessivo e ganho de peso. Por outro lado, o excesso de hormônios (Hipertireoidismo) acelera o metabolismo, levando a sintomas como perda de peso, irritabilidade e taquicardia. Em ambos os casos, pode ocorrer o bócio, caracterizado pelo aumento do volume da tireoide.

O Hipotireoidismo é a forma mais comum de disfunção da tireoide, afetando cerca de 2% da população em geral e 15% dos indivíduos com mais de 60 anos. Mulheres têm uma probabilidade oito vezes maior de desenvolver a doença em comparação aos homens. A maioria dos casos (95%) é causada por problemas diretos na glândula tireoide (Hipotireoidismo Primário). Entretanto, a doença também pode ser consequência do uso de determinados medicamentos, como antitireoidianos, amiodarona, lítio, interferon, talidomida e rifampicina, ou de disfunções em outras glândulas, como a hipófise (Hipotireoidismo Secundário) ou o hipotálamo (Hipotireoidismo Terciário).

É importante destacar que as doenças da tireoide podem ocorrer em qualquer idade e possuem tratamento. O diagnóstico precoce e o acompanhamento são fundamentais para garantir uma boa qualidade de vida.

5.5.1. Condições Clínicas Indicativas da Necessidade de Avaliação da Função Tireoidiana (dosagem de TSH)

- Idade acima de 50 anos (sobretudo mulheres);
- Sinais e sintomas clínicos de Hipo ou Hipertireoidismo;
- Presença de bócio (difuso ou nodular);
- Doença de Graves prévia;
- Presença de alterações oculares sugestivas de Oftalmopatia de Graves (proptose ocular, retração palpebral);
- História de radioterapia externa da região cervical;
- História de tireoidectomia ou outra cirurgia do pescoço;
- Terapia prévia com iodo radioativo;
- Doença autoimune tireoidiana ou extratireoidiana (vitiligo, anemia perniciosa, insuficiência adrenal, Diabetes Mellitus tipo 1, falência ovariana precoce, doença celíaca, Síndrome Sjogrén);
- História familiar de doença tireoidiana autoimune;
- Uso de drogas (lítio, amiodarona, interferon, fórmulas para emagrecer, contraste iodado, estavudina, aminoglutetimida, contrastes radiológicos iodados, inibidores dos receptores de tirosina quinase);
- Hipercolesterolemia;
- Anemia;
- Hiperprolactinemia;
- Hiponatremia;
- Elevação de enzimas hepáticas ou de CPK de etiologia não esclarecida;

- Ginecomastia;
- Osteoporose;
- Cardiopatia (insuficiência cardíaca, derrame pericárdico, arritmia cardíaca);
- Síndrome Down, Síndrome Turner;
- Hipertensão pulmonar primária;
- Esclerose múltipla;
- Irregularidade menstrual sem causa definida;
- Infertilidade;
- Gestação e período pós-parto (busca ativa de mulheres com fatores de risco aumentado para disfunção tireoidiana).

5.5.2. Sinais e Sintomas de hipertireoidismo e hipotireoidismo

Os sinais e sintomas do Hipo e Hipertireoidismo podem ser contemplados no quadro abaixo:

Hipotireoidismo	Hipertireoidismo
<ul style="list-style-type: none"> • apneia do sono • ataxia • atraso na fase de relaxamento dos reflexos tendinosos • audição diminuída • bócio • bradicardia • cansaço • constipação intestinal • déficit de memória • demência • depressão • dificuldade de concentração • distúrbios menstruais • dores articulares e musculares • edema palpebral • edema periorbitário • fadiga • fala lenta • fraqueza muscular e câimbras • fraqueza • galactorréia • ganho de peso • hipertensão diastólica • indisposição • infertilidade • intolerância ao frio • mixedema • movimentos lentos • parestesias 	<ul style="list-style-type: none"> • agitação • alterações na memória • ansiedade • aumento no número de evacuações • bócio • diarreia • dispneia • distúrbios menstruais • exoftalmia • fadiga • insônia • intolerância ao calor • labilidade emocional • nervosismo • palpitação • pele quente e úmida • perda de peso (apesar de apetite aumentado) • sudorese excessiva • taquicardia • tremores

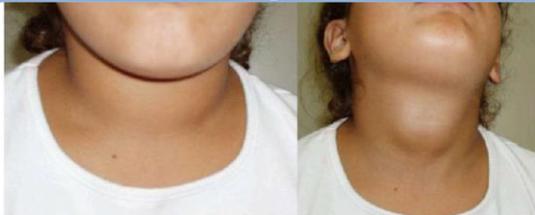
<ul style="list-style-type: none"> • pele e cabelos secos e ásperos • queda de cabelo • rouquidão • síndromes de compressão nervosa • sonolência • sudorese reduzida • unhas frágeis 	
---	--

5.5.3. Consulta de enfermagem a pessoa com hipertireoidismo/hipotireoidismo

Avaliação de Enfermagem

A avaliação de enfermagem da tireoide inclui a entrevista e o exame físico. Na presença de sinais e sintomas sugestivos (ver quadro de Sinais e Sintomas e Condições Clínicas Indicativas da Necessidade de Avaliação da Função Tireoidiana), o rastreio deve ser realizado.

O exame físico compreende a inspeção, palpação e ausculta da tireoide (ver quadro abaixo).

Imagem	Avaliação
	<p>Inspeção: O paciente deve estar sentado, e a glândula tireoide é visualizada, especialmente quando a cabeça do paciente é estendida para trás e durante a deglutição. Normalmente, a tireoide não é visível, exceto em casos de emagrecimento acentuado. Durante a inspeção, deve-se observar a presença de abaulamentos ou assimetrias no pescoço, que podem indicar a presença de bóciós (Maciel, 2007).</p>
	<p>Palpação: É realizada com o paciente sentado e a cabeça ligeiramente fletida para frente. O examinador deve localizar a cartilagem cricoide, que está imediatamente acima do istmo da tireoide. A palpação do istmo é feita colocando o polegar abaixo da cartilagem cricoide e pedindo ao paciente que degluta, permitindo a percepção do istmo. Os lobos da tireoide são palpados bilateralmente, e o examinador deve observar o tamanho, a consistência e a presença de nódulos. O tamanho da tireoide varia entre 10 e 15 mL, nas mulheres, e entre 12 e 18 mL, nos homens (Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul, 2018; Maciel, 2007).</p>

	<p>Ausulta: É indicada em pacientes com sintomas de hipertiroidismo, pois pode haver aumento do fluxo sanguíneo que resulta em sopros sobre a glândula (Maciel, 2007).</p>
---	---

No que se refere à avaliação ocular, inclui a verificação de exoftalmia (protrusão dos olhos), enquanto a avaliação da pele, cabelos e unhas busca por alterações como ressecamento, queda de cabelo e fragilidade das unhas. O edema, principalmente em membros inferiores, também deve ser avaliado (ver quadro abaixo).

Imagem	Alteração
	<p>Bócio</p>
	<p>Exoftalmia</p>
	<p>Mixedema pré-tibial</p>
	<p>Pele seca</p>

	Cabelos secos, quebradiços, queda
	Unhas frágeis

Na suspeita de Hipotireoidismo ou Hipertireoidismo, na consulta de enfermagem, compartilhar o cuidado com o médico para diagnóstico.

O TSH é o primeiro exame a ser solicitado (ver quadro de Sinais e Sintomas e Condições Clínicas Indicativas da Necessidade de Avaliação da Função Tireoidiana). Neste contexto, solicitar TSH, orientar a coleta e retorno, em consulta.

Os valores normais de TSH estão entre 0,4 a 4,12 mcUI/ml (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020). Para pacientes com a doença controlada, repetir TSH anual. Compartilhar o cuidado com o médico, sempre que houver alteração (Ver quadro abaixo).

Condição	Recomendação
Presença dos critérios descritos no quadro de Sinais e Sintomas e Condições Clínicas Indicativas da Necessidade de Avaliação da Função Tireoidiana	Solicitar TSH e o em orientar retorno, em consulta
Consulta a pacientes com exame de TSH dentro da normalidade (entre 0,4 a 4,12 mcUI/ml)	Repetir TSH anual
Consulta a pacientes com exame de TSH <0,4 e >4,12	Compartilhar cuidado com o médico

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Fadiga	A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga	Redução da fadiga
Ansiedade	P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	Redução ansiedade/nervosismo/tensão
Diarreia	D11 Diarreia	Controle da diarreia
Insônia	P06 Perturbação de sono	Reestabelecimento do sono
Fraqueza	N18 Paralisia/fraqueza	Redução da fraqueza
Constipação	D12 Obstipação	Reestabelecimento da consistência das fezes

5.5.4. Intervenções e Prescrição de Enfermagem após diagnóstico médico (cuidado compartilhado)

1. Uso da medicação: cuidado compartilhado com o médico

- Recomendar o uso da Levotiroxina pela manhã, em jejum, com intervalo de pelo menos 30 minutos antes do desjejum.
- Reforçar a importância do uso contínuo da medicação para normalizar a função da tireoide e melhorar os sintomas.

2. Acompanhamento clínico:

- Destacar a necessidade de acompanhamento regular, com dosagem hormonal, para avaliar a normalização da função da tireoide.

3. Atividade física:

- Incentivar a prática regular de exercícios de alongamento, fortalecimento muscular e atividades aeróbicas.

4. Apoio psicológico:

- Realizar escuta qualificada e acolher as demandas psicológicas do paciente.
- Envolver a equipe multiprofissional, caso necessário, para suporte emocional e social.

5. Hidratação:

- Orientar sobre a ingestão hídrica adequada, considerando 35 ml de água por kg de peso corporal (Azevedo, Pereira, Paiva, 2016).

6. Alimentação:

- Sugerir uma dieta equilibrada, rica em frutas, legumes e verduras.

7. Sono e bem-estar:

- Avaliar a possibilidade de estabelecer um padrão de sono de 7 a 8 horas por noite.
- Orientar evitar telas antes de dormir e sugerir práticas relaxantes, como meditação, yoga, banho quente ou alongamentos leves.
- Recomendar a criação de um ambiente de sono calmo e tranquilo.
- Reduzir o consumo de cafeína, nicotina, álcool e refeições volumosas no período noturno.

8. Cuidados em casos de diarreia:

- Orientar uma dieta leve até a resolução do sintoma, priorizando alimentos como arroz branco, batata cozida, banana madura, torradas sem manteiga e frango grelhado.
- Evitar alimentos gordurosos, frituras, alimentos picantes, laticínios, leguminosas e frutas com casca.

9. Monitoramento e suporte no tratamento:

- Auxiliar no monitoramento dos efeitos da medicação, tanto no hipotireoidismo quanto no hipertireoidismo.
- Identificar possíveis reações adversas e oferecer suporte adequado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo PS, Pereira FWL, Paiva SAR. Água, Hidratação e Saúde. Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. 2016. Disponível em: <https://www.sban.org.br/arquivos/aqua-hidratacao-saude.pdf>
2. Butcher HK, Dochterman JM, Bulechek GM, Wagne CM. Nursing Interventions Classification - NIC. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.
3. Maciel LMZ. O exame físico da tireoide. Medicina (Ribeirão Preto). 2007; 40(1):72-7.
4. Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. Tireoide aumentada e nódulos de tireoide podem causar sintomas cervicais?; BVS Saúde; 2018. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/tireoide-aumentada-e-nodulos-de-tireoide-podem-causar-sintomas-cervicais>.
5. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Protocolo de investigação e tratamento das endocrinopatias na atenção básica: hipotireoidismo e hipertireoidismo. Revisão 2024. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Planejamento em Saúde; 2024. p.22. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude2046202410.pdf>

6. São Paulo. Protocolo SUS Hipertireoidismo. Departamento de Atenção Especializada. Secretaria Executiva da Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo; 2024b. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/10/1572187/protocolo-sus-hipertireoidismo.pdf>
7. São Paulo. Protocolo SUS Hipotireoidismo. Departamento de Atenção Especializada. Secretaria Executiva da Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo; 2024a. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/10/1572188/protocolo-sus-hipotireoidismo.pdf>
8. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). TeleCondutas: hipotireoidismo: versão digital; 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>

5.6. Saúde Mental na APS

A Saúde Mental tem sido incluída de forma significativa nas avaliações de saúde, considerando a integralidade dos sujeitos, bem como o aumento dos números relacionados ao adoecimento psíquico nos últimos anos, sendo assim uma importante questão de saúde pública, correspondendo a 12% das doenças a nível mundial.

No Brasil, o índice de prevalência corresponde a 3% da população com transtornos mentais graves e persistentes, 6% em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum tipo de assistência em Saúde Mental.

Com a organização da estratégia de saúde da família na Atenção Primária à Saúde (APS), as ações em Saúde Mental destacam-se como potencialidade de cuidado para atender às necessidades em uma abordagem holística do sujeito em sofrimento psíquico, tornando-se importante a concepção de novos saberes e práticas baseadas em evidências que sejam pautadas pelas políticas de humanização e da reabilitação psicossocial. De modo a fortalecer a rede substitutiva ao modelo clínico-psiquiátrico centrado na referência hospitalar.

A Política Nacional de Saúde Mental, a rede de atenção psicossocial (RAPS) constitui a integração de serviços em seus diferentes pontos, oferecendo suporte ao atendimento em Saúde Mental, para a garantia o direito, a liberdade e o combate aos estigmas e preconceitos, de forma a contribuir para o acesso e assistência integral a pessoa em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, compreende-se que o cuidado em saúde mental deve ser compartilhado nos diferentes pontos da RAS/RAPS. A APS tem como foco a identificação e prevenção dos agravos à população e promoção do cuidado de

base territorial, e também pelo acompanhamento e encaminhamento da pessoa em sofrimento psíquico, considerando os aspectos biopsicossociais que o envolvem.

Outrossim, os sofrimentos emocionais leves, depressão, ansiedade e problemas relacionados ao uso não prejudicial de substâncias psicoativas, que afetam a população em geral, levam as equipes da APS a atuar com base nos princípios da responsabilidade sanitária e de territorialização, devendo cumprir e desempenhar ações de cuidado em Saúde Mental.

Na APS, o manejo em saúde mental pode ser realizado por meio de intervenções psicossociais utilizando-se técnicas de comunicação interpessoal; escuta ativa; estímulo a atividades físicas; aconselhamento e aplicação das Práticas Integrativas (PICS); atividades grupais; utilização de ferramentas em abordagens familiares/comunidade como ecomapa e genograma; psicoeducação, entre outras terapias.

Devem ser incluídos na rotina o Matriciamento ou apoio matricial, de abordagens multiprofissional, de forma sistematizada a garantir o espaço de produção de saúde entre as equipes dos serviços na construção compartilhada e estruturada do cuidado integral e em rede propondo a intervenção pedagógico-terapêutica.

5.6.1. Consulta de Enfermagem

A Consulta de Enfermagem a uma pessoa ou família exige raciocínio clínico acurado, subsidiado pelo Processo de Enfermagem (PE), conforme descrito na Resolução COFEN nº 736/24.

O modo como realizamos o atendimento/consulta logo na investigação faz toda diferença no diagnóstico e grau de intervenção para manejo clínico de alguma queixa ou necessidade encontrada. Na relação entre profissional e pessoa/família/comunidade é possível exercer influência na autopercepção de saúde das pessoas e sua autonomia para o cuidado, a grande maioria dos sintomas e queixas na APS são indiferenciadas ou inespecíficas, por isso é altamente relevante considerar a subjetividade, a história de vida e a forma com a qual a pessoa se relaciona com o problema ou necessidade apresentada para então, planejar e intervir. Se ao atender uma pessoa, você utilizar uma abordagem

centrada no corpo biológico, na medicalização de processos naturais, não baseada em evidências científicas, corre grande risco de propor intervenções desnecessárias, que podem ser prejudiciais a vida das pessoas e aumentar custos em saúde.

Nesse contexto, é fundamental a adoção de uma prática de cuidados baseada na reabilitação psicossocial proposta por Benedetto Saraceno, o qual entende a reabilitação como um exercício de cidadania ao olhar, além do tratamento medicamentoso, para determinantes sociais como o trabalho, a moradia, a autonomia e poder de decisão, como também a rede social dos indivíduos.

Para reconhecer e responder às necessidades de saúde dos indivíduos em sofrimento psíquico, o arcabouço teórico da comunicação terapêutica e relacionamento interpessoal em enfermagem fornece ao profissional enfermeiro componentes fundamentais para o estabelecimento de vínculo e relação terapêutica. São eles:

- Empatia: Capacidade de se aproximar do outro;
- Aceitação: Acolher o outro integralmente, não julgar, respeitar o diferente;
- Coerência: Capacidade de ser real e genuíno na comunicação verbal e não verbal. A prática precisa refletir o que é dito;
- Disponibilidade: Capacidade interna de ajudar o outro e acolhê-lo;
- Envolvimento emocional: Comprometer-se com o outro, diferente de sofrer com o outro;
- Escuta: Estar presente, não interromper o usuário, evitar julgamentos, ouvir o que o usuário considera importante;
- Limites: Se dão no processo, são tão importantes quanto acolher.

O enfermeiro que atua na APS deve ser capaz de reconhecer e responder às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico e trabalhar para a mudança, considerando a singularidade dos sujeitos de modo a construir um projeto terapêutico singular em conjunto com os usuários e que considere a RAPS (Rede de Atenção psicossocial) como integrante desse cuidado.

No cotidiano do trabalho da APS, as queixas relacionadas ao sofrimento psíquico mais comuns referem-se aos transtornos ansiosos, depressivos, psicoses, risco de suicídio e automutilação, demências, transtornos por uso de substâncias e enfrentamento ao luto.

CONDIÇÃO PRIORITÁRIA	MANIFESTAÇÕES COMUNS
DEPRESSÃO (DEP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Múltiplos sintomas físicos persistentes sem causa definida; ▪ Baixa energia, fadiga, problemas de sono; ▪ Tristeza ou humor deprimido persistente, ansiedade; ▪ Perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são prazerosas.
PSICOSE (PSI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudanças de comportamento acentuadas; com negligência das responsabilidades profissionais, escolares, domésticas ou sociais habituais; ▪ Agitação, comportamento agressivo, diminuição ou aumento da atividade; ▪ Crenças falsas fixas não compartilhadas por outras pessoas da mesma cultura; ▪ A pessoa ouve vozes ou vê coisas que não existem; ▪ A pessoa não percebe que tem problemas de saúde mental.
DEMÊNCIAS (DEM)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declínio ou problemas de memória (esquecimento acentuado) e orientação (consciência relativa ao tempo, ao lugar e à pessoa); ▪ Problemas do humor ou comportamento, como apatia (aparente desinteresse) ou irritabilidade; ▪ Perda de controle emocional (se aborrece com facilidade, irritável ou choroso); ▪ Dificuldade para realizar as atividades profissionais, domésticas ou sociais habituais.
TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS (SUB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparentemente afetado por álcool ou outra substância (p. ex., odor de álcool, fala arrastada, sedação, comportamento errático); ▪ Sinais e sintomas de efeitos comportamentais agudos, manifestações de abstinência ou efeitos de uso prolongado; ▪ Deterioração do funcionamento social (ou seja, dificuldades no trabalho ou em casa, aparência desleixada); ▪ Sinais de hepatopatia crônica (anormalidade das enzimas hepáticas), pele e olhos ictericos (amarelados), borda hepática palpável e dolorosa à palpação hepática (na hepatopatia inicial), ascite (abdome distendido por líquido), nevos aracniformes (vasos sanguíneos semelhantes a aranhas visíveis na superfície da pele) e alteração do estado mental (encefalopatia hepática); ▪ Problemas relacionados com o equilíbrio, a marcha e os movimentos coordenados, além de nistagmo;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Achados incidentais: anemia macrocítica, baixa contagem de plaquetas, volume corpuscular médio (VCM) aumentado; ▪ Quadro emergencial decorrente de abstinência de substância, overdose ou intoxicação. A pessoa pode parecer sedada, superestimulada, agitada, ansiosa ou confusa; ▪ As pessoas com transtornos por uso de substâncias podem não relatar problemas de uso de substâncias. Investigue: solicitações recorrentes de medicamentos psicoativos, inclusive analgésicos; lesões e infecções associadas ao uso de medicamentos intravenosos (infecção pelo HIV/Aids, hepatite C)
AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO (SUI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desesperança e desespero extremos; ▪ Pensamentos, planos ou atos de autoagressão ou suicídio atuais ou no passado; ▪ Quaisquer uma das outras condições prioritárias, dor crônica ou sofrimento emocional extremo.

Fonte: (MhGAP 2ªEd, p.18)

5.6.2. Roteiro do Processo de Enfermagem em Saúde Mental na APS

Elementos Essenciais da Consulta de Enfermagem em Saúde Mental na APS
1. Avaliação de Enfermagem
1.1 Investigar o motivo pela busca da consulta de enfermagem.
1.2 Abordar ou perguntar sobre queixa de saúde mental, ainda que não o usuário não mencione.
1.3 Desenvolver raciocínio clínico buscando a causa clínica relacionada a queixa de saúde mental, para isso identificar sinais e sintomas de alterações fisiológicas, emocionais, mentais, espirituais.
1.4 Buscar por estressores do cotidiano (relações, família, preocupações de maneira geral, entre outros).
1.5 Investigar o contexto psicossocial (redes de apoio, métodos de enfrentamento, fatores como renda, história de trabalho, pessoas que convive, entre outros).
1.6 Realizar o exame físico e exame psíquico.
1.7 Levantar o histórico prévio de condições de saúde mental.
1.8 Abordar a continuidade do cuidado das condições de saúde mental.
1.9 Levantar o histórico de uso de medicamentos psicotrópicos.

1.9.1. Investigar risco de suicídio.
2. Diagnóstico de Enfermagem
Realizar o Julgamento clínico e expressar para o usuário o diagnóstico de enfermagem que irá subsidiar o planejamento de enfermagem.
3. Planejamento
3.1 Pactuar o plano de cuidado junto ao usuário.
3.2 Realizar a prescrição de enfermagem diante do problema identificado, direcionando e coordenando a assistência prestada.
4. Implementação
4.1 Aplicar elementos de intervenção psicossocial: psicoeducação, redução do estresse e fortalecimento do apoio social, promoção do funcionamento em atividades de vida diárias, avaliação da necessidade de outros tratamentos, como psicológico e medicamentoso e encaminhamento para especialista quando necessário.
4.2 Encaminhar para outro profissional, quando necessário.
4.3 Realizar interconsulta e/ou matriciamento, quando necessário.
4.4. Realizar a escuta qualificada/ valorizar a demanda relacionada ao motivo de saúde mental.
4.5 Abordar aspectos de promoção de saúde em geral.
5. Evolução e avaliação
5.1. Retomar o plano de cuidado anteriormente pactuado em situação de retorno ou seguimento longitudinal.
5.2. Estar atento(a) a necessidade de um novo encontro da equipe.

Fonte: MhGAP *intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0.* e TESE

5.6.3. Entrevista e Exame Psíquico

Entrevista

- Durante o encontro clínico garanta espaço de fala ao usuário (golden minute);
- Adote postura ética, respeitosa, sem julgamentos e de maneira culturalmente apropriada;
- Avalie aspectos relacionados à saúde física, disfunções biológicas e fatores de risco;
- Realize avaliação para identificar os transtornos mentais e por uso de álcool e outras drogas (MNS);

- Compreenda o contexto familiar, social e econômico do sujeito;
- Avalie suporte e rede de apoio;
- Investigue condições de trabalho, renda, lazer e autocuidado;
- Pergunte sob uso de medicações e alergia medicamentosa;
- Avalie risco de suicídio, se necessário compartilhe o cuidado com outros profissionais (interconsulta, encaminhamento para serviço especializado ou rede de urgência e emergência).

PRÁTICAS E CUIDADOS ESSENCIAIS

A. PRINCÍPIOS GERAIS

I. Uso de habilidades de comunicação

O uso de habilidades de comunicação efetiva permite que os profissionais de saúde ofereçam atenção de qualidade a adultos, adolescentes e crianças com condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS). Considere as seguintes habilidades essenciais e dicas de comunicação:

1ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Crie um ambiente que facilite a comunicação aberta

- » Reúna-se com a pessoa em um local reservado, se possível.
- » Seja acolhedor e se apresente de maneira culturalmente apropriada.
- » Mantenha contato visual e lance mão de linguagem corporal e expressões faciais que promovam a confiança.
- » Explique que as informações discutidas durante a consulta são sigilosas e não serão compartilhadas sem autorização prévia.
- » Se houver algum cuidador presente, sugira uma conversa em particular com a pessoa (exceto no caso de crianças pequenas) e solicite seu consentimento para compartilhar informações clínicas.
- » Ao entrevistar uma mulher jovem, considere fazê-lo na presença de outra mulher da equipe ou do cuidador.

2ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Envolva a pessoa

- » Inclua a pessoa (e, com seu consentimento, cuidadores e parentes) em todos os aspectos da avaliação e do manejo sempre que possível. Isso abrange crianças, adolescentes e idosos.

3ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Comece escutando

- » Escute ativamente. Seja compreensivo e sensível.
- » Permita que a pessoa fale sem interrupção.
- » Se a história não for clara, seja paciente e peça esclarecimentos.
- » No caso de crianças, use uma linguagem que elas compreendam. Por exemplo, pergunte sobre seus interesses (brinquedos, amigos, escola, etc.).
- » No caso de adolescentes, indique que você compreende seus sentimentos e a situação.

4ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Seja sempre amistoso, respeitoso e moralmente neutro

- » Seja sempre respeitoso.
- » Não julgue as pessoas com base no comportamento e na aparência.
- » Permaneça tranquilo e seja paciente.

5ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Use boas habilidades de comunicação verbal

- » Use linguagem simples. Seja claro e conciso.
- » Faça perguntas abertas, resumindo e esclarecendo as afirmações.
- » Resuma e repita os pontos essenciais.
- » Permita que a pessoa faça perguntas sobre as informações dadas.

6ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Responda com sensibilidade quando as pessoas contarem experiências difíceis (p. ex., agressão sexual, violência ou autoagressão)

- » Demonstre maior sensibilidade diante de temas difíceis.
- » Lembre à pessoa que tudo que disser a você será mantido em sigilo.
- » Reconheça que pode ter sido difícil para a pessoa revelar a informação.

Fonte: (MhGAP 2ªEd, p. 6)



ANAMNESE

Queixa inicial

- » Sintoma ou razão principal que levou a pessoa a buscar atendimento.
- » Pergunte quando, por que e como começou.
- » Nesse estágio, é importante reunir a maior quantidade possível de informações sobre os sintomas da pessoa e sua situação.

História pregressa de condições MNS

- » Pergunte sobre problemas semelhantes no passado, eventuais internações psiquiátricas ou medicamentos prescritos para condições MNS, bem como sobre eventuais tentativas de suicídio.
- » Explore o tabagismo e o uso de álcool e substâncias.

História clínica geral

- » Pergunte sobre os problemas de saúde física e os medicamentos usados.
- » Faça uma lista dos medicamentos atuais.
- » Pergunte sobre alergias a medicamentos.

4

História familiar de condições MNS

- » Explore possível história familiar de condições MNS e pergunte se alguém teve sintomas semelhantes ou recebeu tratamento para uma condição MNS.

5

História psicossocial

- » Pergunte sobre fatores de estresse atuais, métodos de enfrentamento e apoio social.
- » Pergunte sobre o atual funcionamento sócio-ocupacional (como é o funcionamento da pessoa em casa, no trabalho e nos relacionamentos).
- » Obtenha informações básicas que incluam local de residência, escolaridade, história de trabalho ou emprego, estado civil, número e idade dos filhos, renda, estrutura doméstica e condições de vida.

No caso de crianças e adolescentes, pergunte se têm um cuidador e qual é a natureza e qualidade da relação entre eles.

Fonte: (MhGAP 2ªEd, p. 9)

Exame Psíquico

O exame psíquico deve ser feito em uma sala de atendimento, garantindo a segurança do profissional. Além disso, é essencial avaliar o ambiente, verificando se existem riscos potenciais, como objetos cortantes ou que possam ser lançados. É fundamental estar atento aos aspectos culturais que podem influenciar na comunicação e avaliação. O profissional deve manter uma postura moralmente neutra, reafirmar seu compromisso ético com o sigilo das informações e, ao iniciar a conversa, ouvir a pessoa sem interrupções, envolvendo-a nas decisões. Se a pessoa estiver acompanhada, é importante avaliar a necessidade de criar um espaço separado, ou com acompanhante, para obter informações que possam contribuir para a avaliação e o planejamento do tratamento.

Exame psíquico: Apreensão das alterações das funções psíquicas que integradas constituem o psiquismo humano. Exame do estado mental.

FUNÇÕES PSÍQUICAS	DEFINIÇÃO	ALTERAÇÕES
Orientação	Capacidade de situar-se em relação a si e ao mundo	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo e espaço • Autopsíquica: Si mesmo • Alopsíquica: Demais pessoas
Discurso/Conteúdo/Pensamento	Avaliados através da linguagem, a qual é fundamental na elaboração e expressão dos pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> • DISCURSO Coerente Prolixo Delirante Persecutório Depreciativo Desesperançoso

		<p>Místico-religioso Grandeza;</p> <ul style="list-style-type: none"> • PENSAMENTO Arborizado Acelerado Lentificado Dissociado/fuga de ideias
Consciência	Via de inserção no mundo, palco onde os fenômenos psíquicos acontecem. Aquilo que o sujeito é e reconhece como diferente dos objetos. Cria e descobre significações, institui sentidos, elabora conceitos, ideias, juízos e teorias	<ul style="list-style-type: none"> • Confusão • Desorientação • Despersonalização • Torpor • Transe • Coma • Delirium
Inteligência	Conjunto das habilidades cognitivas do indivíduo, capacidade de identificar e resolver problemas novos, de reconhecer adequadamente as situações vivenciais cambiantes e encontrar soluções, além de se adaptar a situações.	<ul style="list-style-type: none"> • Oligofrenia deficiência intelectual herdada ou adquirida • Demência: declínio progressivo da capacidade intelectual
Atenção	Direcionamento da atividade da consciência, é o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto. Relaciona-se com as sensações, percepção, afeto e desejo. Pode ser voluntária, seletiva, espontânea, automática, nula ou reflexiva	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoprosexia: diminuição global da atenção • Hiperprosexia: estado de atenção exacerbada • Hipotenacidade: Dificuldade em focar e manter a atenção
Afeto	Expressão do humor, qualidade do tônus emocional que acompanha uma idéia ou representação mental	<ul style="list-style-type: none"> • Congruente/Incongruente em relação ao conteúdo do pensamento • Variações do estado emocional: Lábil ou pouco móvel • Intensidade da expressão emocional: hipermodulante, estável ou plano (hipomodulante)
Humor	Estado emocional interno e de disposição básica da afetividade	<ul style="list-style-type: none"> • Apatia ou embotamento afetivo • Euforia/Mania (hipertímico) • Hipotimia ou humor deprimido • Eutímico • Irritado/ansioso
Psicomotricidade		<ul style="list-style-type: none"> • Agitação psicomotora

		<ul style="list-style-type: none"> • Pernas inquietas • Lentificação de movimentos • Inibição
Juízo	Consenso sócio-histórico e cultural em relação à média, expressa-se pelo pensamento, capacidade de ser coerente com a realidade e de definir valores/atributos	<ul style="list-style-type: none"> • Delírio
Sensopercepção	Percepção dos estímulos pelos órgãos dos sentidos	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinações (visuais, auditivas, sinestésicas)
Memória	Capacidade de registrar, manter e evocar os fatos já ocorridos.	<ul style="list-style-type: none"> • Hipermnésias • Amnésias • Alucinações mnêmicas

5.6.4. Instrumentos validados para compor a avaliação do enfermeiro em queixas de sofrimento psíquico

Mini exame do estado mental (MEEM)

O MEEM original é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo nove pontos. O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos. Os pontos de corte 23/24 são usados por recomendação de Folstein et al, como sugestivos de déficit cognitivo. Estes autores não apresentam pontos de corte baseados na idade, escolaridade e nem no diagnóstico, discrepando do que é corrente em vários países, inclusive no Brasil.

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

1) Apresentação e comportamento

- Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

2) Cognição

- Consciência: obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando).
- Orientação auto e alopsíquica (local, hora, dia e data)
- Atenção e concentração dirigida e espontânea (do meio ambiente)
- Memória imediata : experiências nos últimos dias
- Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento
- Inteligência: cálculos, leitura

3) Afetividade, humor e vitalidade

- Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo;
- Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição.

Variação do humor durante o dia, ânimo, libido;

- Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida;

4) Discurso

- Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente) e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento

- Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.
- Notar se há delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Sensopercepção

- Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;
- Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;
- Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

7) Juízo e autocrítica

- Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações)
- Para exame da autocrítica, usar perguntas como: "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?"; "Você acha que pode estar precisando de tratamento?"

1

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

- 1- Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
- 2- Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente
Se houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:
- A- Seu apetite mudou de forma significativa?
- B- Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?
- C- Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
- D- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
- E- Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
- F- Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
- G- Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas—depressão leve
- 5 a 7 respostas positivas—depressão moderada
- risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas—depressão grave

Em caso de depressão:

- Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)
- Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro pregresso de mania
- Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; *Rev Bras Psiquiatr*; 22:106-15, 2000

AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

- 1- Você pensou que seria melhor estar morto? (1)
- 2- Você quer fazer mal a si mesmo? (2)
- 3- Você tem pensado em se suicidar? (6)
- 4- Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)
- 5- Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)
- 6- Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicídio (somar os pontos)

1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado
Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; *Rev Bras Psiquiatr*; 22:106-15, 2000; e FERREIRA, M. H. F. et al. *Rev Bras Psiquiatr*; 29:51-54

2

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

- 1- Você tem se preocupado demais?
- 2- Você tem se sentido esgotado, tenso?
- 3- Você tem se sentido muito irritado(a) ou com "problema nos nervos"?
- 4- Você tem tido dificuldade em relaxar?
Se houver pelo menos dois 'sim', faça as perguntas a seguir:
- 5- Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- 6- Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça?
- 7- Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batadeira etc. (sintomas autonômicos)?
- 8- Você está preocupado com sua saúde?
- 9- Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Adaptado de GOLDBERG, D. et al, *Psychiatry in Medical Practice*, Routledge, 2008. p. 8

USO NOCIVO DE ALCÓOL (CAGE)

C (cut) – Você já considerou beber menos ou parar de beber?

A (annoyed) – Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber?

G (guilty) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?

E (eye opener) – Você bebeu logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca?

Se pelo menos duas positivas fazer consulta específica para alcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)

MASUR, J. et al, *J Bras Psiquiatr*; 34:31-4, 1985

DEPENDÊNCIA AO TABACO

(TESTE DE FAGERSTRÖM)

- 1- Quanto tempo você demora para fumar depois que acordar?
<5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)
- 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
Sim (1) Não (0)
- 3- Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação?
O primeiro da manhã (1) Outros (0)
- 4- Quantos cigarros você fuma por dia?
<10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)
- 5- Você fuma frequentemente pela manhã?
Sim (1) Não (0)
- 6- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim (1) Não (0)

Grau da dependência (somar os pontos):

0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5: médio; 6-7: elevado.

HALTY, L.S. et al, *J.Pneumol*; 28:180-6, 2002

3

5.6.5. Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados para queixas em Saúde Mental

No âmbito do cuidado em saúde mental, o enfermeiro adota uma visão holística dos indivíduos, procurando compreender e atender a pessoa de maneira biopsicossocial e espiritual. Assim, uma abordagem eficaz e estruturada para oferecer cuidados de enfermagem de qualidade a pessoas com sofrimento mental é por meio da consulta de enfermagem, organizada com base no Processo de Enfermagem.

CIAP-2	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE)	Resultados esperados
<p>Tristeza/ Sensação de depressão (P03)</p> <p>Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão (P01)</p> <p>Perturbações depressivas (P76)</p> <p>Distúrbio ansioso/estado de ansiedade (P74)</p> <p>Problemas da fase de vida de adulto (P25)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa autoestima - Medo - Tristeza - Sofrimento - Negação - Condição psicológica prejudicada - Dificuldade de enfrentamento - Disposição para enfrentamento (eficaz ou ineficaz) - Exaustão do tratamento - Não adesão ao regime terapêutico - Adesão ao regime terapêutico <ul style="list-style-type: none"> - Humor deprimido - Alteração do humor - Sobrecarga de estresse - Risco de alta frustração 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora do Humor geral do usuário, promovendo um aumento da disposição engajamento com a vida cotidiana; - Redução dos sintomas depressivos como sentimentos persistentes de desesperança ou inutilidade; - Promover estratégias de enfrentamento saudáveis e aumentar a capacidade de adaptação emocional do usuário. - Incentivar o usuário a identificar os gatilhos de sua ansiedade e a desenvolver formas de enfrentamento eficazes. - Adesão ao tratamento, seja terapêutico ou farmacológico, para controle dos sintomas depressivos - Identificar os principais problemas emocionais e psicossociais relacionados à fase da vida adulta, como mudanças de carreira, questões familiares, ou questões de identidade.
<p>Problema de relacionamento com familiares (Z20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio familiar positivo - Falta de apoio familiar - Apoio social eficaz - Falta de apoio social 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora da comunicação entre o paciente e os membros da família,

<p>Perda/falecimento de familiar (Z23)</p> <p>Problema de relacionamento com parceiro / conjugal (Z12)</p> <p>Estresse pós-traumático (P82)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social - Risco de Isolamento social - Desamparo - Estigma - Falta de motivação - Enfrentamento do cuidador (eficaz ou prejudicado) - Enfrentamento do familiar (eficaz ou prejudicado) - Padrão de afeto inadequado - Luto antecipado / complicado - Tristeza prolongada - Alteração no padrão de pensamentos 	<p>promovendo um ambiente de apoio e compreensão.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzir conflitos e melhorar a dinâmica familiar, utilizando estratégias de resolução de problemas e mediação. - Ajudar o paciente a estabelecer limites saudáveis nos relacionamentos familiares e a lidar com situações de estresse familiar. - Ajudar o paciente a processar o luto de maneira saudável, respeitando o tempo e o modo de vivenciar essa perda. - Incentivar o paciente a falar sobre o falecido e as memórias positivas, facilitando o processo de aceitação e adaptação. - Melhorar a comunicação e a resolução de conflitos no relacionamento, promovendo uma relação mais saudável e satisfatória. - Promover a diminuição da ansiedade e da tensão associada ao evento traumático, utilizando intervenções terapêuticas como terapia cognitivo-comportamental (TCC) e técnicas de dessensibilização.
<p>- Perturbação do sono (P06)</p>	<p>- Risco de sono prejudicado</p>	<p>- Melhorar na qualidade do sono</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Sono prejudicado - Distúrbio do sono - Padrão de sono alterado - Insônia 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução de sintomas associados a distúrbios do sono - Aumento do nível de energia e disposição durante o dia - Melhora no bem-estar emocional e psicológico - Adesão a intervenções para higiene do sono
<p>Abuso do tabaco (P17)</p> <p>Reação aguda ao estresse (P02)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono de tabagismo prejudicado - Risco de complicações psicossociais - Risco de comportamento autodestrutivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução ou cessação do consumo de tabaco. - Melhora no controle do estresse - Aumento da resiliência emocional - Melhoria da função respiratória e cardiovascular
<p>Abuso crônico de álcool (P15)</p> <p>Abuso agudo de álcool (P16)</p> <p>Abuso de medicação (P18)</p> <p>Abuso de drogas (P19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de violência - Risco e comportamento agressivo - Risco de perambulação - Insegurança - Comportamento impulsivo - Dependência de substância 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do consumo de álcool - Melhora na saúde física e mental - Adesão a tratamento para dependência de álcool
<p>Suicídio/tentativa de suicídio (P77)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de autolesão - Risco de suicídio 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do risco de suicídio - Apoio emocional e psicológico contínuo - Desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e resiliência
<p>Pobreza/problemas econômicos (Z01)</p> <p>Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada (P04)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Autocuidado Deficitário - Aceitação do estado de saúde prejudicada - Desesperança - Arrumação da casa prejudicada - Medo de representar uma carga para os outros - Autoimagem negativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria na qualidade de vida - Acesso a serviços de saúde e educação - Desenvolvimento de habilidades financeiras e de gestão de recursos

		<ul style="list-style-type: none"> - Apoio psicológico e emocional para lidar com estresse econômico - Redução da irritabilidade e da raiva - Melhora na regulação emocional - Desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação
<p>Medo de Problema Social (Z27)</p> <p>Problemas de relacionamento com amigos (Z24)</p> <p>Medo de perturbações mentais (P27)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de solidão - Comunicação verbal prejudicada - Dificuldade na comunicação interpessoal - Insegurança 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do medo e da ansiedade em relação aos problemas sociais - Aumento da autoconfiança nas interações sociais - Desenvolvimento de habilidades sociais - Redução da evitação social - Aumento da satisfação nas relações sociais - Fortalecimento das relações de amizade - Aumento da confiança no processo terapêutico
<p>Somatização (P75)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbio da percepção corporal - Baixa autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução dos sintomas físicos associados à somatização - Desenvolvimento de estratégias de enfrentamento saudáveis - Melhora na compreensão sobre a relação mente-corpo - Redução da dependência de tratamentos médicos para sintomas físicos

5.6.6. Intervenções de Enfermagem

O MhGAP *intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: (MHgap), version 2.0*, é uma ferramenta que apresenta norteadores essenciais do cuidado em saúde mental na atenção primária, envolvendo aspectos biopsicossociais do usuário, família e o meio em que está inserido, reforçando a importância da oferta de cuidado em todo ambiente de saúde e que proporcione acesso, longitudinalidade e integralidade ao cuidado prestado.

O guia traz orientações que auxiliam o profissional em relação a avaliação, manejo e seguimento, por meio de um conjunto de boas práticas clínicas e diretrizes gerais, a fim de nortear o profissional da APS nas estratégias de cuidado em saúde mental.



ETAPAS DE MANEJO DAS CONDIÇÕES MNS

*Muitas condições MNS são crônicas e demandam monitoramento e seguimento em longo prazo.
O manejo de um transtorno MNS com o decorrer do tempo inclui as etapas indicadas adiante.*

Elabore um plano de tratamento em conjunto com a pessoa e seu cuidador.

DICA CLÍNICA:

O plano escrito de tratamento deve abranger:

- intervenções farmacológicas (se houver);
- intervenções psicossociais;
- referências;
- plano de seguimento;
- manejo de eventuais condições físicas e/ou outras condições MNS concomitantes.

Sempre ofereça **intervenções psicossociais** à pessoa e aos seus cuidadores.

Trate o transtorno MNS com **intervenções farmacológicas** quando houver indicação.

- 4 Encaminhe** a especialistas ou ao hospital quando indicado e disponível.
- 5** Assegure a implantação do plano apropriado de **seguimento**.
- 6 Trabalhe em conjunto com o cuidador e as famílias** ao apoiar a pessoa com transtorno MNS.
- 7** Promova a criação de **vínculos fortes** com os setores de emprego, educação, serviços sociais (inclusive moradia) e outros pertinentes.
- 8** Modifique os planos de tratamento para **populações especiais**.

Através do uso de habilidades de comunicação efetiva e promoção de respeito, o manual traz estratégias que visam instrumentalizar o profissional de modo a auxiliá-lo na avaliação física do indivíduo, de suas condições de saúde mental e também manejo tais condições. Além disso, o MhGAP apresenta fluxogramas e mapas gerais das condições de saúde mental comuns à APS e intervenções para uma melhor conduta do profissional baseado em evidências.

5.6.7. As práticas e cuidados essenciais da MhGAP

PSICOEDUCAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Forneça à pessoa informações sobre a condição MNS* (evolução, tratamento, efeitos colaterais, importância da adesão do sujeito)
REDUÇÃO DO ESTRESSE E FORTALECIMENTO DO APOIO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Aborde os estressores psicossociais atuais (família, renda, círculo social, moradia, discriminação, segurança, ETC); - Discuta sobre técnicas de solução de problemas; - Avalie e maneje qualquer situação de maus-tratos, abuso ou negligência. Discuta sobre encaminhamento à rede/órgão de proteção; - Identifique os parentes/amigos que podem oferecer apoio e inclua-os sempre que possível e apropriado. - Fortaleça o apoio social e tente reativar as redes sociais da pessoa; - Ensine métodos de controle do estresse, como as técnicas de relaxamento; - Reforce atividades sociais: reuniões de amigos, visitas, atividades comunitárias, atividades religiosas.
PROMOÇÃO DO FUNCIONAMENTO EM ATIVIDADES DIÁRIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Ofereça à pessoa apoio para manter atividades sociais, educacionais e ocupacionais regulares sempre que possível; - Facilite a inclusão em atividades econômicas; - Ofereça treinamento de habilidades de vida e habilidades sociais, se necessário; - Estabelecimento/construção de rotina.
TRATAMENTO PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Os tratamentos psicológicos são intervenções que geralmente demandam dedicação de tempo considerável e tendem a ser oferecidos por especialistas capacitados. Todavia, podem ser oferecidos efetivamente por trabalhadores não especializados capacitados e supervisionados bem como por meio de autoajuda guiada
INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Use intervenções farmacológicas quando disponíveis e indicadas no algoritmo e na tabela de manejo apresentados. Se necessário realize interconsulta médica; - Explique à pessoa os riscos e benefícios do tratamento, os possíveis efeitos colaterais, a duração do tratamento e a importância da adesão; - Tenha cuidado ao prescrever medicamentos a grupos especiais como idosos, pessoas com doenças crônicas, mulheres grávidas ou lactantes e crianças ou adolescentes. Consulte um especialista quando necessário.

*Transtornos mentais e por uso de álcool e outras drogas (MNS)

Exemplo de intervenção	Recomendado para:
Ativação comportamental	DEP
Treinamento do relaxamento	DEP
Tratamento para a solução de problemas	DEP
Terapia cognitivo-comportamental (TCC)	DEP, MCO, SUB, PSI
Terapia de manejo de contingências	SUB
Aconselhamento ou terapia familiar	PSI, SUB
Terapia interpessoal (TIP)	DEP
Terapia de reforço motivacional	SUB
Treinamento de habilidades parentais	MCO

- Oriente usuário sobre fatores de risco modificáveis para evitar doenças e incentive um estilo de vida saudável;
- Decidir em conjunto com usuário linha de cuidado para uso abusivo de SPA: Redução de danos ou Abstinência;
- Estabelecer com o paciente metas realistas para lidar com a doença, incluindo-o no processo de planejamento do tratamento;
- Estimular a prática de exercícios físicos e a participação em grupos de atividades, como artesanato, dança, jardinagem, entre outros;
- Orientar sobre técnicas para reduzir a ansiedade, como respiração profunda, relaxamento muscular progressivo;
- Elaborar um Projeto Terapêutico Singular, junto com o usuário, buscando o apoio da equipe multidisciplinar ou da equipe de saúde mental da região;
- Ajude o paciente a refletir sobre seu projeto de vida, o que gosta de fazer, o que lhe dá prazer;
- Ofertar participação no Programa de cessação do tabagismo;
- Participação dos cuidadores: Identifique o impacto psicossocial sobre os cuidadores. Avalie as necessidades do cuidador para assegurar o apoio e os recursos necessários para a vida familiar, o emprego, as atividades sociais e a saúde;
- Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Orientações

- Seguimento: acordar retornos com usuário para garantir continuidade do cuidado;
- Encaminhamento devem ser realizados para o CAPS e os apenas casos de urgência e emergência aos hospitais (ausência de resposta ao tratamento, efeitos colaterais graves de intervenções farmacológicas, comorbidades físicas ou MNS, risco de autoagressão ou suicídio);
- Matriciamento: Discutir o caso com profissionais do núcleo de apoio à saúde da família e também com os serviços especializados em saúde mental (CAPS) e da assistência social;
- Pensar o cuidado em rede (RAPS);
- Articular políticas sociais e de garantia de direitos: Saúde, Educação e Assistência Social;
- Garantir a longitudinalidade e integralidade do cuidado;
- Acolher e atender às famílias das pessoas em sofrimento psíquico.

Solicitação de exames

- Individualizar o cuidado, olhar para além da queixa de saúde mental. Quem está comigo no consultório? Ele não é apenas seu sofrimento psíquico-social (fatores demográficos, sociais, culturais, econômicos de raça, gênero, etc.). Rastreamento.
- Descartar causas biológicas (efeito colateral medicamentoso, hipovitaminose, distúrbios hormonais).

5.6.8. Prescrições de medicação

Condição Clínica	Fármaco	Prescrição e Observações
<p>Sedativo moderado, como agente promotor do sono e no tratamento de distúrbios do sono associados à ansiedade.</p>	<p>Valeriana officinalis sesquiterpenos 0,8 mg a 3,5 mg comprimido</p>	<p>Uso oral - Ansiolítico leve - dose mínima 2 cp 1x/dia a noite, início do efeito em 2 semanas. Dose máxima: 2 cp 3x/dia, tratamento mínimo 4 semanas. Se uso contínuo - administrar por 3 meses, fazer pausa por 1 mês.</p> <p>Distúrbios do sono: iniciar com 1cp ao anoitecer e 1cp 1h antes de dormir.</p> <p>Início do efeito em 2 semanas. Tratamento mínimo 4 semanas</p>

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília (DF): OPAS, 2018. [Citado em 14 jun. 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO, 2001. [Citado em 14 jun. 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica saúde mental*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. [Citado em 14 jun. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.p_df.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 dez. 2011. Seção 1, p. 59.
5. MENDES, F. D. M.; CAMPOS, E. M. S.; WENCESLAU, L. D. *Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns: percepções e demandas formativas na medicina de família e comunidade*. *Revista de APS*, v. 25, 2022. Disponível em: <https://ufjf.br>. Acesso em: 6 maio 2022.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *mhGAP intervention guide for mental – version 2.0*. Geneva: WHO, 2019. [Citado em 14 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>.
7. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. Brasília (DF): Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.
8. DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais – 2. ed*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
9. SANTOS, S. S.; NÓBREGA, M. M. L. Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 49, n. 1, p. 101-108, mar. 1996.
10. RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, Superintendência de Atenção Primária. *Fascículo A Enfermagem no Cuidado em Saúde Mental no Contexto da Atenção Primária*. 2017. Disponível em: https://subpav.org/protocolo_enfermagem_-_cuidado_em_saude_mental.PDF.
11. BIAGGIONI, I.; NORCLIFFE-KAUFMANN, L.; KAUFMANN, H. Hipotensão ortostática. *BMJ Best Practice*. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/972>. Acesso em: 5 fev. 2024.
12. GONÇALVES, D. A.; ALMEIDA, N. S.; BALLESTER, D. A.; CHAZAN, L. F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L. F. *Cartão BABEL de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.
13. Folstein M, Folstein S, McHugh P. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-198.

Capítulo 6 - DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS

6.1. Cuidado à pessoa vivendo com tuberculose

Diante da persistência da tuberculose como um relevante problema de saúde pública no Brasil, e entendendo que os profissionais de enfermagem são fundamentais na implementação de estratégias de promoção da saúde e ações de prevenção e controle da doença, especialmente no contexto da atenção primária à saúde, o objetivo deste protocolo visa fortalecer o papel da enfermagem no combate à tuberculose no Município de São Paulo, contribuindo para a concretização das metas nacionais e internacionais de erradicação da tuberculose.

O risco de adoecimento depende de fatores como a integridade do sistema imunológico, com o maior fator de risco sendo a coinfeção por HIV. Outros fatores incluem idade extrema (menores de 2 anos ou maiores de 60), condições clínicas específicas e maior exposição em populações vulneráveis, como pessoas privadas de liberdade, pessoas vivendo em situação de rua e indígenas. Esses grupos possuem maior vulnerabilidade à progressão para a TB ativa, especialmente nos dois primeiros anos após a infecção.

Em 2020, foram diagnosticados 5.644 casos novos de tuberculose (TB) no município de São Paulo, com um coeficiente de incidência (CI) de 47,55 por 100 mil habitantes, representando uma redução de 10,7% em relação a 2019. Apesar disso, a incidência no município foi superior à média nacional (CI 32 por 100 mil habitantes) e apresentou aumento gradual nos anos seguintes, 2021 e 2022.

Em 2022, foram registrados 6.406 casos novos de TB no município, alcançando um CI de 53,56 por 100 mil habitantes. Esse aumento reflete uma recuperação no diagnóstico da doença, após a queda observada durante os anos de pandemia de COVID-19.

A tuberculose pulmonar pós-primária ou secundária pode afetar indivíduos de qualquer faixa etária, mas é mais frequente em adolescentes e adultos jovens. A tosse, que pode ser seca ou produtiva, é uma das características principais da doença. Em regiões com altas taxas de incidência, toda pessoa que procurar atendimento médico devido à tosse persistente (busca passiva) deve ter a tuberculose considerada em sua avaliação diagnóstica.

Em 2022, o Ministério da Saúde lançou o documento “**TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROTOCOLO DE ENFERMAGEM**”, que define as atribuições da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da Tuberculose:

Atribuições do enfermeiro e equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde para o manejo da tuberculose:

- Identificar a pessoa com sintomas respiratórios.
- Identificar o pote para a coleta do escarro com o nome da pessoa.
- Solicitar exames para o diagnóstico de TB ativa e ILTB: teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade (TS), raio-X de tórax, prova tuberculínica (PT) e ensaio de liberação de interferon- γ (Igra).
- Solicitar teste de HIV apos consentimento e aconselhamento.
- Iniciar o tratamento de TB sensível, prescrevendo o esquema básico (rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol), conforme as disposicoeslegais da profissão, protocolos ou normas técnicas do MS.
- Solicitar exames de acompanhamento dos casos de TB.
- Orientar a pessoa para a coleta de escarro.
- Registrar em prontuario a evolução clínica dos casos de TB e de seus contatos.
- Preencher livro de registro do “Sintomático Respiratório nos Serviços de Saúde e de Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento”.
- Coordenar a busca ativa das pessoas que nao retornaram com o material coletado ou resultado de exame.
- Realizar assistência integral as pessoas e famílias, inclusive, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Administrar vacina BCG, apos capacitação.
- Realizar PT, após capacitação.
- Realizar consulta de enfermagem.
- Convocar/convidar contatos de TB para investigação.
- Orientar a pessoa em tratamento e seus familiares quanto ao uso de medicações, reações adversas e demais questionamentos relativos ao tratamento, seguimento e controle de contatos.
- Convocar/identificar a pessoa que falta a consulta ou ao TDO.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Investigar e notificar os casos confirmados e os casos de ILTB.

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo programa de TB, incluindo os procedimentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.
- Orientar os técnicos e auxiliares de enfermagem quanto ao acompanhamento de TDO.
- Contribuir e participar nas atividades de educação permanente (EP) dos membros das equipes quanto a prevenção, manejo do tratamento, ações de VE e controle da doença.
- Realizar o TDO e registrar em “Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação”.
- Realizar e avaliar anualmente a programação das ações do programa local de TB, estabelecida para cada unidade de saúde.
- Observar os cuidados de biossegurança relativos a redução da transmissão do Mycobacterium tuberculosis no âmbito da unidade de saúde.
- Articular com a sociedade civil a realização de atividades voltadas a mobilização de atores, com apoio na formulação de políticas públicas de saúde destinadas a qualificar o controle da TB.

Atribuições do Técnico e Auxiliar de Enfermagem no enfrentamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde

- Identificar a pessoa com sintomas respiratórios.
- Identificar o pote para a coleta do escarro com nome da pessoa.
- Orientar a pessoa para coleta do escarro.
- Preencher adequadamente o formulário de requisição de exames e do raio-X de tórax.
- Receber os resultados dos exames, protocolá-los e/ou anexá-los ao prontuário.
- No caso de recebimento eletrônico, via Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), emitir a cópia do resultado do exame e anexá-la ao prontuário.
- Preencher livro de registro do Sintomático Respiratório nos Serviços de Saúde” e de “Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento”
- Buscar as pessoas que não retornaram com o material coletado e/ou que não receberam o resultado do exame.
- Auxiliar a equipe na assistência integral as pessoas e famílias, inclusive, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Administrar vacina BCG, após capacitação.

- Orientar as pessoas em tratamento e seus familiares quanto ao uso de medicações, reações adversas e demais questionamentos relativos ao tratamento, seguimento e controle de contatos.
- Convocar/identificar doentes faltosos as consultas médicas e/ou seus contatos que não comparecerem a unidade de saúde para a realização de exames.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Notificar casos confirmados.
- Realizar o TDO em todas as pessoas com TB.
- Supervisionar o TDO, na UBS ou no domicílio, fazendo o registro diário na “Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação”.
- Agendar consultas médicas e de enfermagem para a pessoa com TB ou para seus contatos.
- Participar da programação e avaliação das ações de controle da TB na UBS.
- Realizar ações educativas junto a comunidade.
- Observar os cuidados relativos a biossegurança na unidade de saúde.

6.1.1. Consulta de Enfermagem

Avaliação

Investigue TB se tosse ≥ 3 semanas (ou ≥ 2 semanas se DM) ou qualquer um dos seguintes: perda de peso, sudorese noturna, febre ≥ 2 semanas, dor no peito ao respirar, escarro sanguinolento. Se pessoa vivendo com HIV, profissional de saúde, pessoa em situação de rua, privada de liberdade/institucionalizada, indígena, imigrante considere investigar TB se tosse de qualquer duração e sem outra causa provável.

Exame físico

Nos casos em que a tosse é produtiva, a expectoração pode ser de natureza purulenta ou mucoide, podendo conter ou não sangue. A febre vespertina, sem calafrios, raramente ultrapassa os $38,5^{\circ}\text{C}$. A sudorese noturna e a perda de apetite são sintomas frequentemente observados. O exame físico geralmente revela sinais de doença crônica e emagrecimento, embora também seja possível encontrar indivíduos com bom estado geral e sem perda de apetite que apresentem tuberculose pulmonar. A ausculta pulmonar pode indicar redução do murmúrio vesicular, sopro anfórico ou até resultados normais.

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado
Fazer Rastreamento de sintomático respiratório	
Infecção por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Tuberculose
Febre	Febre
Tosse	Tosse
Estigma	Problema relacionado com estar doente
Condição Nutricional, Prejudicada	Deficiência vitamínica/nutricional
Dispneia	Dificuldade respiratória, dispneia
Fraqueza	Debilidade/cansaço geral/fadiga
Baixo Peso	Perda peso

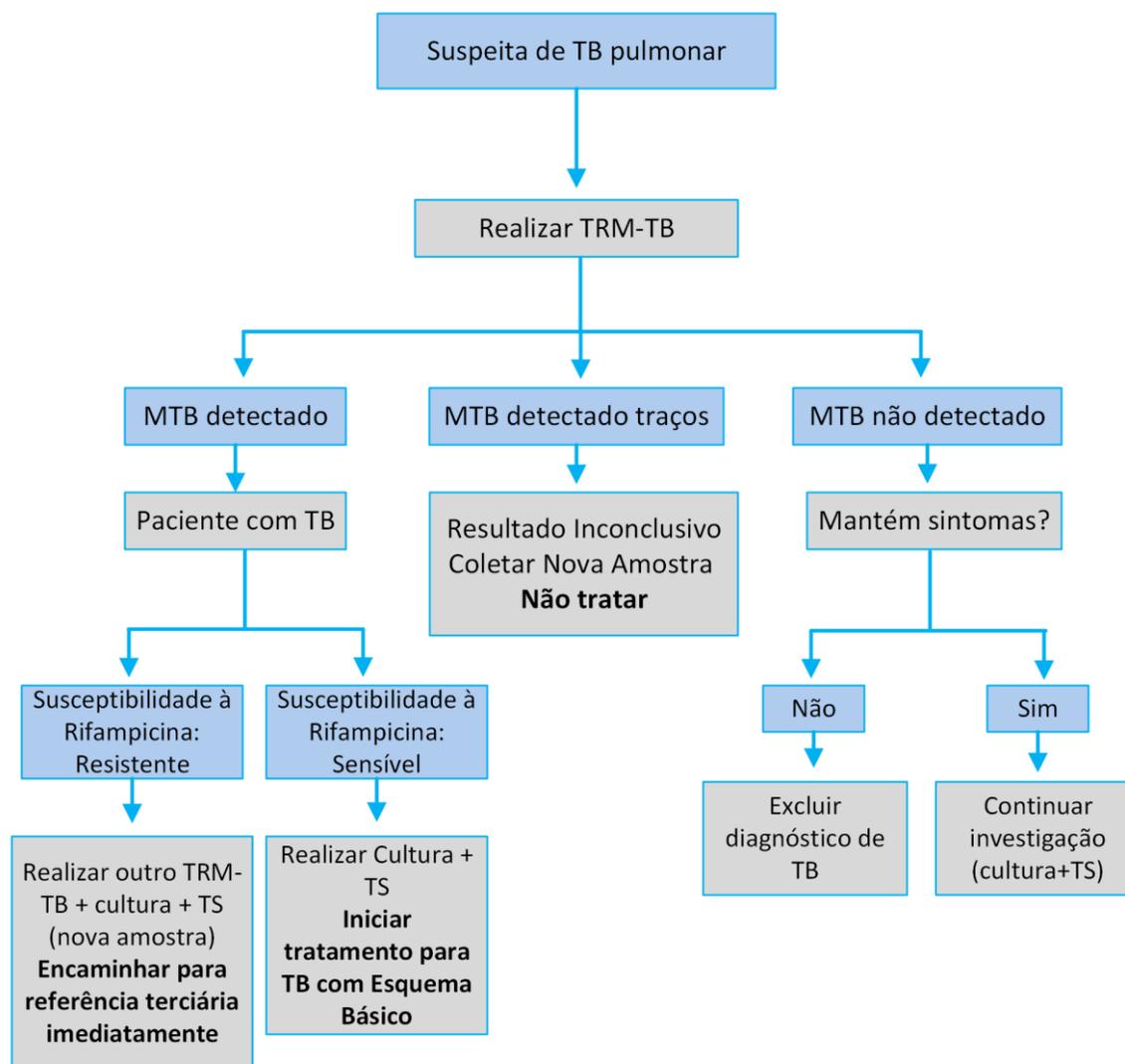
6.1.2. Intervenções e exame solicitados pelo Enfermeiro para confirmação de TB

Intervenção	Orientações
Priorize o atendimento a pessoa com sintomas suspeitos de TB	<ul style="list-style-type: none"> • Garanta menor circulação possível nas áreas comuns da UBS. • Oferte e garanta o uso de máscara cirúrgica nas dependências da Unidade
Solicite ao paciente uma amostra de escarro para realização do TRM-TB e/ou baciloscopia para casos novos ou de retratamento	<ul style="list-style-type: none"> • O resultado "detectado" no TRM é altamente específico para a detecção de Micobactéria tuberculosis em casos novos, indicando doença ativa. No entanto, em casos de retratamento, o TRM é utilizado principalmente para avaliar a susceptibilidade à rifampicina, pois não indica doença ativa nestes casos, devendo ser realizado baciloscopia concomitante. O resultado "detectado traços" deve ser interpretado com cautela e, em geral, não é suficiente para iniciar o tratamento em adultos e adolescentes, exceto em casos específicos como crianças menores de 10 anos, pacientes com HIV ou suspeita de tuberculose extrapulmonar. Nestes casos, a baixa carga bacteriana justifica a detecção de "traços". • No município de São Paulo a definição do exame a ser realizado será determinada pelo laboratório, após análise das informações contidas no formulário e da qualidade da amostra coletada. Destaca-se a importância do preenchimento completo do formulário dos campos referentes à população com fatores de risco (HIV, Diabetes, Indígena, Situação de rua, sistema prisional, Álcool e drogas, contato de TB resistente) e do objetivo do exame: Controle de tratamento, diagnóstico de caso novo ou diagnóstico de casos de retratamento, para que o processo de diagnóstico seja preciso e eficiente.

Solicite Raio X de Tórax	<ul style="list-style-type: none"> • A radiografia de tórax é um exame de imagem fundamental na investigação diagnóstica da tuberculose, permitindo a identificação de diferentes padrões radiológicos sugestivos de doença ativa ou cicatrizes de infecções prévias. A solicitação deste exame é indicada em todos os pacientes com suspeita clínica de tuberculose, tanto pulmonar quanto extrapulmonar, contudo, o exame de escarro permanece sendo indispensável para confirmação diagnóstica. • Convém ainda, ressaltar que a sensibilidade deste exame de imagem não é de 100%, podendo apresentar falsos negativos, especialmente em pacientes imunocomprometidos. • Em casos de discrepância entre os achados radiológicos (sugerindo TB) e os resultados dos exames bacteriológicos (negativos), recomenda-se a realização de cultura para <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. Em situações de dúvida para início do tratamento, solicite avaliação da referência secundária para elucidação diagnóstica.
Oferte exame de HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes coinfetados por HIV e tuberculose devem ser acompanhados pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e o tratamento antirretroviral e da tuberculose devem ser iniciados concomitantemente. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) pode ser realizado na unidade básica de saúde mais próxima da residência do paciente, conforme sua preferência. Recomenda-se a suplementação com piridoxina (40mg/dia) em todos os pacientes com coinfeção TB/HIV.
Cultura e Teste de Sensibilidade (TSA)	<p>Para a solicitação da cultura com identificação e TSA em situações especiais deve ser utilizado o impresso SOLICITAÇÃO DE CULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE PARA MICOBACTÉRIAS (impresso amarelo) onde no campo “<i>JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DA CULTURA E/OU TESTE DE SENSIBILIDADE</i>” existem os seguintes critérios* estabelecidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retratamento • Contato de TB resistente • Controle de 2º e 4º mês de tratamento • TRM com resistência à Rifampicina • HIV • População em Situação de Rua • Profissional da saúde/ sistema penitenciário • População prisional/ internado/ institucionalizado • Usuário de álcool e drogas • Imigrante/Indígena/Refugiado • Diabetes • Outras Imunossupressões • Persistência de baciloscopia positiva/ suspeita de falência do tratamento.

Fonte: Assistência do Enfermeiro à Pessoa com Tuberculose na Atenção Primária/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. MS, 2022.

Fluxograma para diagnóstico de novos casos de Tuberculose Pulmonar e Laríngea em Adultos e Adolescentes baseado no TRM-TB



Conforme as normas vigentes, a notificação de todos os casos de tuberculose é um procedimento obrigatório!

6.1.3. Tratamento

Desde 2009, o Brasil adota o esquema básico para o tratamento da tuberculose, composto por quatro fármacos na fase intensiva (rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida) e dois na fase de manutenção (rifampicina e isoniazida), combinados em formulações de dose fixa. A duração total do tratamento é de, no mínimo, seis meses, sendo dois meses na fase intensiva e

quatro meses na fase de manutenção, podendo ser ajustada de acordo com o tipo de tuberculose e condições clínicas do paciente.

Esquema básico para tratamento de tuberculose pulmonar em adultos e adolescentes (>10anos de idade), a serem iniciados e prescritos por enfermeiros – utilizando as apresentações de dose plena e meia dose.

ESQUEMA	FAIXA DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE (rifampicina 150 mg/ Isoniazida 75 mg/ Pirazinamida 400 mg/ Etambutol 270 mg)	20 a 35 kg	2 comp	2 meses (fase intensiva ou fase 1)
	36 a 50 kg	3 comp	
	51 a 70 kg	4 comp	
	Acima de 70 kg	5 comp	
RH Apresentação dose plena rifampicina 300 mg/ Isoniazida 150 mg Apresentação meia dose rifmpicina 150 mg/ Isoniazida 75 mg	20 a 35 kg	1 comp de 300/150 mg	4 meses (fase manutenção ou fase 2)
	36 a 50 kg	1 comp de 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg	
	51 a 70 kg	2 comp de 300/150 mg	
	Acima de 70 kg	2 comp de 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg	
OBS: O tratamento de Tuberculose Óssea e Tuberculose no Sistema Nervoso Central é de 12 meses (2 meses de fase 1 + 10 meses de fase 2).			

Fonte: Nota Informativa PMCT: 10/2022, Tratamento e Acompanhamento para Tuberculose

O acompanhamento clínico da pessoa que vive com tuberculose PULMONAR, com solicitação de exames e prescrição de exames é realizado por médico e enfermeiro, com cuidado compartilhado. Além de todos outros profissionais de saúde para garantia da abordagem integral.
A prescrição de medicamentos para a tuberculose extrapulmonar é uma atividade médica.

6.1.4. Acompanhamento clínico e laboratorial de paciente em tratamento de Tuberculose (adolescentes e adultos)

O paciente em tratamento para tuberculose deve ser submetido a avaliações médicas e de enfermagem mensais, podendo ser intercaladas. Em cada consulta, é fundamental verificar:

- **Adesão ao tratamento:** É imprescindível confirmar se o paciente está tomando corretamente todos os medicamentos prescritos e na dosagem indicada.
- **Efeitos colaterais:** Devem ser investigados possíveis efeitos adversos dos medicamentos, como reações alérgicas, náuseas, vômitos, dentre outros.
- **Peso:** A monitorização do peso é essencial, pois alterações significativas podem indicar necessidade de ajuste da dose medicamentosa.
- **Solicitação de exame para HIV:** Recomenda-se a solicitação do exame para detecção do vírus HIV em todas as situações em que o paciente relatar:
 1. Relações sexuais desprotegidas;
 2. Situações de exposição que envolvam risco de contaminação pelo vírus HIV.

Periodicidade do acompanhamento e monitoramento dos casos de TB:

PROCEDIMENTOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	OBS
Consultas	X	X	X	X	X	X	Uma maior frequência: a critério clínico
Teste de HIV	X						Realizar a cada novo início de tratamento
Avaliar adesão	X	X	X	X	X	X	Durante todo o tempo de tratamento
Baciloscopia de controle (escarro)	X	X Escarro com baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade. Se baciloscopia positiva, incluir TRM para pesquisa de resistência a R.	X	X Escarro com baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade Se baciloscopia positiva, incluir TRM para pesquisa de resistência a R.	X	X	Casos pulmonares

Rx de Tórax		X				X	Todos os tipos de TB. Repetir a critério clínico.
Exames: glicemia, função hepática e renal.	X						No início do tratamento. Função hepática 15 dias após o início. A critério clínico: repetir exames

Fonte: Nota Informativa PMCT: 10/2022, Tratamento e Acompanhamento para Tuberculose

6.1.5. Avaliação de Contatos

A análise criteriosa de indivíduos expostos a pacientes com tuberculose pulmonar ou laríngea é uma estratégia eficiente e direcionada para a busca ativa de casos de TB, além de possibilitar a identificação de pessoas recém-infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* nos programas de controle da doença.

Pesquisas indicam que entre 3,5% e 5,5% dos familiares ou contatos próximos de alguém com TB apresentavam a doença previamente não diagnosticada. Esses dados reforçam que a investigação de contatos pode levar à detecção precoce de casos e à redução da transmissão.

Ademais, o rastreamento de contatos identifica indivíduos recentemente infectados pelo bacilo, que possuem maior probabilidade de desenvolver TB ativa entre 2 e 5 anos após a infecção inicial.

A investigação de contatos é conduzida prioritariamente pela atenção primária à saúde, mesmo nos casos em que o paciente índice é acompanhado em serviços especializados.

É essencial garantir um fluxo eficiente de informações entre as unidades de referência e a atenção primária para assegurar que os contatos sejam devidamente avaliados. Os serviços de saúde devem estar estruturados para implementar essa prática, que é de grande relevância para o controle da TB.

Definições para o Controle de Contatos

Avaliação de contatos – Atividade programada destinada a identificar precocemente casos de TB e pessoas recém-infectadas pelo bacilo entre os contatos de um paciente com TB (caso índice).

Caso índice – Paciente inicialmente diagnosticado com TB em um ambiente onde outras pessoas possam ter sido expostas. É o foco da avaliação de contatos, embora nem sempre seja o caso fonte (infectante).

Caso fonte – O caso infectante, que não necessariamente coincide com o primeiro caso identificado (caso índice).

Crianças com TB geralmente desenvolvem a doença após contato com um adulto bacilífero. Por isso, recomenda-se investigar todos os contatos da criança, independentemente da forma clínica, para identificar tanto os casos de ILTB quanto, especialmente, o caso fonte, interrompendo a cadeia de transmissão.

Contato – Qualquer pessoa exposta ao caso índice ou caso fonte no momento da identificação do paciente com TB. Esse convívio pode ocorrer em domicílios, locais de trabalho, instituições de longa permanência, escolas, entre outros. A extensão da exposição varia, e a avaliação do risco de infecção deve ser personalizada, considerando a forma da doença do caso fonte, o ambiente e o tempo de exposição.

Identificação e Priorização da Avaliação de Contatos

Esse processo sistemático é realizado por meio de entrevista com o caso índice, para coletar informações sobre nomes, idades e avaliar o risco dos contatos, determinando a prioridade da avaliação clínica.

Todos os contatos identificados devem ser examinados, entretanto alguns devem ser priorizados devido ao alto risco de adoecimento. Os critérios de priorização desta avaliação são:

- Pessoas de qualquer idade com sintomas sugestivos de TB;
- Crianças menores de cinco anos;
- Indivíduos vivendo com HIV;
- Pessoas com condições que comprometam o sistema imunológico;
- Contatos de casos índice com TB MDR ou XDR (confirmada ou suspeita).

No diagnóstico de tuberculose em crianças e em formas extrapulmonares, recomenda-se a investigação de todos os contatos para identificar não apenas a infecção latente da tuberculose (ILTb), mas, principalmente, o caso índice, visando interromper a cadeia de transmissão.

Avaliação de contatos por enfermeiro:

Prova Tuberculínica (PT)

A PT é uma reação imuno-mediada ao antígeno do *M. tuberculosis* (MTb) através da injeção de Proteína Purificada Derivada (PPD). Pessoas sem contato prévio com o MTb terão resposta < 5mm. A PT é indicada para:

- Auxiliar no diagnóstico de TB ativa em crianças;
- Adultos e crianças contatos de tuberculose;
- Pacientes vivendo com HIV/AIDS (CD4 \geq 350 células/mm³);
- Pessoas em uso de imunossuppressores, imunobiológicos, ou em pré-transplante de órgãos.

A PT é positiva quando \geq 5mm e negativa quando < 5mm, mesmo em crianças vacinadas com BCG. Indivíduos com resultado \geq 5mm não devem repetir o teste, mesmo com nova exposição ao MTb.

Interferon-Gamma Release Assays (IGRA)

O IGRA é um teste de sangue que mede a produção de interferon após exposição ao MTb. A partir de fevereiro de 2022, o IGRA foi indicado para:

- Crianças de 2 a 10 anos, contato de casos de TB ativa;
- PVHIVAIDS com CD4 > 350 células/mm³;
- Candidatos a transplante de células-tronco;
- Pessoas em uso de imunobiológicos, imunossuppressores ou em pré-transplante de órgãos.
- O IGRA não substitui a PT, e não há necessidade de realizar ambos os exames no mesmo paciente. Os resultados possíveis são:

Positivo: indica infecção latente (ILTB);

Negativo: sem evidência de ILTB;

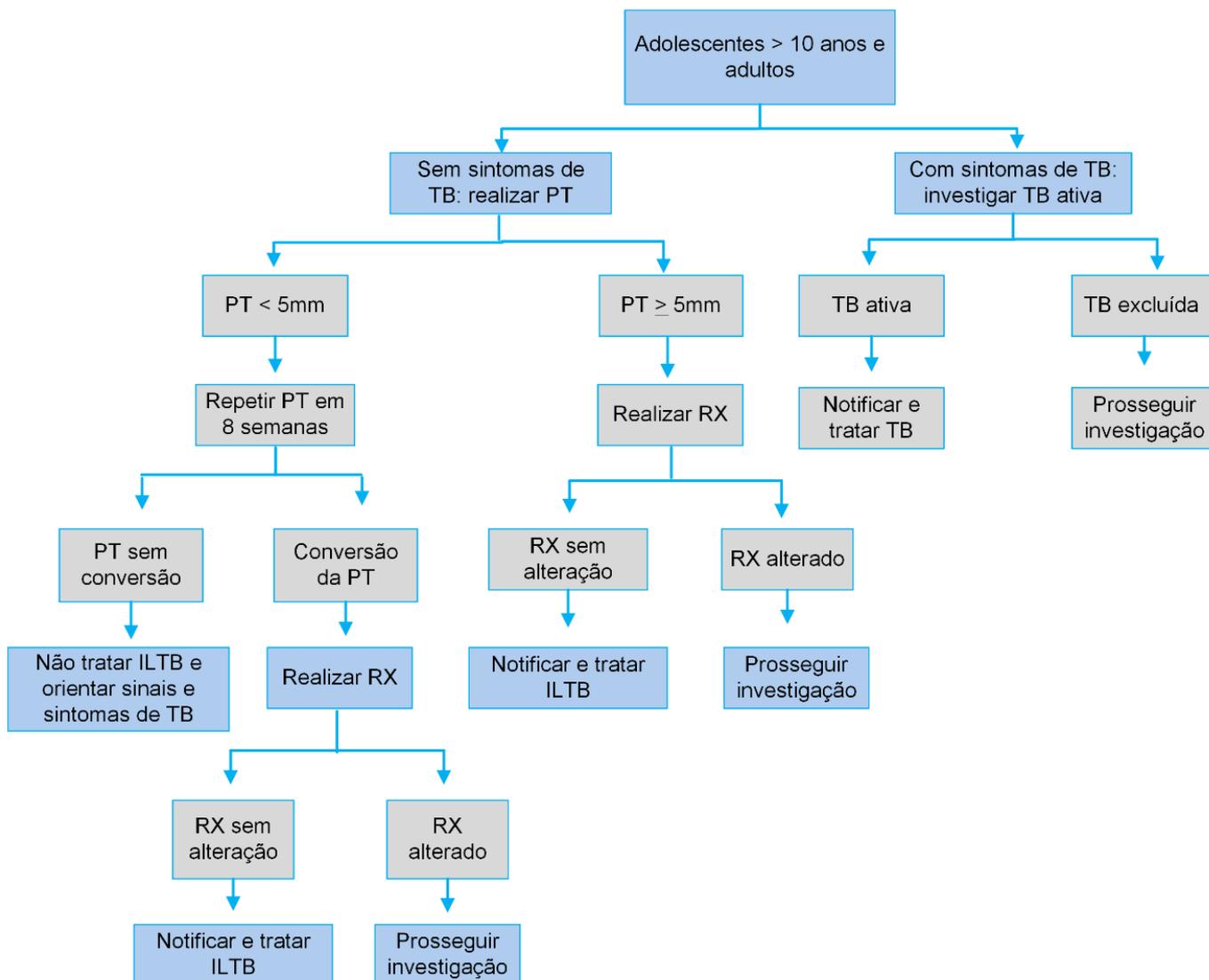
Indeterminado: resposta ao antígeno indeterminada, recomendando repetir o teste em imunossuprimidos ou considerar tratamento para ILTB em crianças entre 2 e 10 anos.

Raio x de Tórax

Permite identificar lesões pulmonares sugestivas de TB em indivíduos assintomáticos ou com sintomas leves. Em contatos de casos de TB ativa, o raio-x de tórax é essencial para descartar ou apoiar no diagnóstico de TB ativa.

Para contatos com sintomas respiratórios, suspeitos de Tuberculose, solicitar exame de escarro.

6.1.6 Fluxograma da Investigação de contato em adultos e crianças > 10 anos



Fonte: Adaptado de Brasil. 2022.

Para seguimento completo de avaliação de contatos de pessoas vivendo com tuberculose deve seguir o Nota Informativa de Avaliação de contatos de paciente com tuberculose que pode ser encontrada em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_Informativa_PM_CT_03_2023_avaliacao_contatos_pacientes_tuberculose_03_2023.pdf

6.1.7. Tratamento de Infecção Latente

A Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) caracteriza-se pela presença do *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) em um indivíduo exposto à tuberculose (TB) ativa, sem que haja manifestação da doença. Nesse estado, o bacilo permanece viável, porém inativo.

O Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT), anteriormente denominado quimioprofilaxia, é uma estratégia crucial de saúde pública com dois objetivos principais:

1. **Prevenção Primária:** Reduzir o risco de infecção em recém-nascidos (RN) expostos ao MTB por meio do contato com indivíduos com TB bacilífera.
2. **Prevenção Secundária:** Diminuir a probabilidade de desenvolvimento da TB em indivíduos já infectados pelo MTB.

O TPT é uma ferramenta fundamental na prevenção da TB, especialmente em grupos de maior vulnerabilidade, como:

- **Contatos de TB bacilífera:** Indivíduos que compartilham o mesmo domicílio ou ambiente de convívio com pessoas com TB ativa.
- **Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIVAIDS):** Indivíduos com sistema imunológico comprometido, o que aumenta o risco de progressão da ILTB para TB ativa.
- **Pessoas em situação de rua (PSR):** População com alta vulnerabilidade social e de saúde, com maior exposição ao MTB e dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento.
- **Crianças:** Grupo com maior risco de desenvolver formas graves de TB, como a meningite tuberculosa.

A implementação do TPT nesses grupos prioritários contribui para a redução da incidência da TB, a prevenção de casos graves da doença e a interrupção da cadeia de transmissão do MTB.

É importante ressaltar que a decisão de indicar o TPT deve ser individualizada, considerando o risco de infecção, a presença de comorbidades e outros fatores relevantes. A adesão ao tratamento é fundamental para garantir a eficácia do TPT e evitar o desenvolvimento de resistência aos medicamentos.

Indicações para Tratamento Preventivo para Tuberculose conforme resultado do teste avaliado:

Teste avaliado	Indicações
	Recém-nascido coabitante de caso TB pulmonar ou laríngea confirmado por critério laboratorial; Pessoas vivendo com HIV/AIDS contatos de TB pulmonar ou laríngea com

Sem PT ou IGRA realizados	confirmação laboratorial; Pessoas vivendo com HIV/AIDS com contagem de CD4+ ≤ 350 cel/μl; Pessoas vivendo com HIV/AIDS com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião; Pessoas vivendo com HIV/AIDS com RX de tórax com cicatriz radiológica sem tratamento prévio da TB; Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB; Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) com registro documental de ter tido PT maior ou igual 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião; Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides (correspondente a >15mg de prednisona por mais de um mês) contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial.
PT ≥ 5 mm ou IGRA positivo	Contatos de TB pulmonar ou laringea, adultos e crianças, independente da vacinação prévia com BCG; Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4+ maior 350 cel/μl ou não realizado; Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB não tratada; Pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteróides (>15mg de Prednisona por mais de um mês); Pessoas candidatas a transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos.
PT ≥ 10mm ou IGRA positivo	Silicose; Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas; Neoplasias em terapia imunossupressora; Insuficiência renal em diálise; Diabetes mellitus; Indivíduos baixo peso (<85% do peso ideal); Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia); Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia.
Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)	Contatos de TB confirmada por critério laboratorial; Profissional de saúde; Trabalhadores de instituições de longa permanência.

Fonte: NOTA INFORMATIVA PMCT: 05/2024

Para demais situações acesse a **NOTA INFORMATIVA PMCT: 05/2024, disponível em:**

https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ni-5_2024-iltb_atualizada-06-12-24-pdf

É imperativo que a presença de tuberculose (TB) ativa seja descartada antes do início do Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (TLTB), também conhecido como Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT). A administração do TLTB em indivíduos com TB ativa pode levar ao desenvolvimento de resistência aos medicamentos e dificultar o tratamento da doença.

O TLTB, quando completado previamente, não deve ser repetido, exceto em indivíduos vivendo com HIV (PVHIV) ou em pacientes imunossuprimidos que tenham tido novo contato com TB bacilífera, ou seja, que foram reexpostos à bactéria.

Os esquemas de TLTB disponíveis são:

- **Rifapentina/Isoniazida (3HP):** Disponível em dose fixa combinada (3HP DFC) e em drogas isoladas (3HP).
- **Isoniazida (6H ou 9H):** Utilizada por 6 ou 9 meses, respectivamente.
- **Rifampicina (4R):** Utilizada por 4 meses.
- **Rifampicina/Isoniazida (RH):** Apresentada em comprimidos dispersíveis.

A apresentação 3HP DFC é de uso exclusivo para adultos com idade igual ou superior a 14 anos.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o esquema Rifapentina/Isoniazida (3HP) como opção preferencial para o TLTB, reservando a Rifampicina e a combinação Rifampicina/Isoniazida (RH) para situações específicas em que o esquema preferencial não pode ser utilizado.

É fundamental que a escolha do esquema de TLTB seja individualizada, considerando as características do paciente, o risco de reinfecção e a presença de comorbidades. A adesão ao tratamento é essencial para garantir a eficácia do TLTB e prevenir o desenvolvimento da TB ativa.

No município de São Paulo, a solicitação de Rifapentina/Isoniazida apresentação isolada (para crianças), Rifampicina (para adultos e crianças) e RH (para crianças) deve ser encaminhada ao PMCT, via UVIS de referência, para análise e liberação.

Esquema de Tratamento para ILTB/ Tratamento preventivo de TB

Esquema*	3HP (DFC)	6H OU 9H	4R ¹	3RH
Medicamentos	ISONIAZIDA (H) + RIFAPENTINA (P) Dose Fixa Combinada (DFC)	ISONIAZIDA (H)	RIFAMPICINA (R)	RIFAMPICINA (R) + ISONIAZIDA (H)
Indicação	Todas as indicações da ILTB, incluindo PVHIV. Não utilizar em	Pode ser usado em todas as populações e indicações.	Utilizar em pacientes com intolerância à H; contatos de pessoas com	Crianças menores de 10 anos, com peso 4 a 25 KG, que

	pacientes com intolerância à H ou em contatos de pessoas com TB monorresistente à H e à Rifampicina Não deve ser usado esquema DFC em menores de 14 anos e gestantes.	Não utilizar em pacientes com intolerância à H ou em contatos de pessoas com TB monorresistente e à H.	TB monorresistente e à H; indivíduos >50 anos e hepatopatas	não consigam deglutir
Posologia	Adultos e adolescentes ≥14 anos Rifapentina 300mg + Isoniazida 300mg: 03 cp /semana	- Adultos e crianças ≥10 anos de idade: 5 a 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 300mg/dia. - Crianças <10 anos de idade: 10 mg/kg/dia de peso até dose máxima de 300mg/dia	- Adultos e crianças ≥10 anos de idade: 10mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600mg/dia. - Crianças <10 anos de idade: 15 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600mg por dia.	Segundo peso: 4 a 7 kg: 1 comp 8 a 11kg: 2 comp 12 a 15 kg: 3 comp 16 a 24kg: 4 comp. Recomenda-se diluição em 10 ml de água.
Tempo Tratamento e doses tomadas	- 3 meses: 1 dose semanal Tomar 12 doses totais (semanais) entre 12 a 15 semanas.	- 6 meses: 180 doses que poderão ser tomadas de 6 a 9 meses. - 9 meses: 270 doses que poderão ser tomadas de 9 a 12 meses.	- 4 meses: 1 dose diária Tomar 120 doses totais (diárias) entre 4 a 6 meses.	- 3 meses: 1 dose diária. Tomar 90 doses totais entre 3 e 5 meses
Perda de seguimento*	Paciente que perder 3 doses, consecutivas ou não.	Paciente que interromper o tratamento por mais de 3 meses, consecutivos ou não.	Paciente que interromper o tratamento por mais de 2 meses, consecutivos ou não.	Paciente que interromper o tratamento por mais de 2 meses, consecutivos ou não.
Interações com antirretrovirais	Contraindicado o uso com Inibidores de Protease (IP),	Sem interações importantes,	Está contraindicado em pessoas vivendo com	Contraindicado o uso com Inibidores de Protease (IP) –

	Nevirapina (NVP) e TAF. Pode ser usado com Tenofovir, Efavirenz, Dolutegravir e Raltegravir sem necessidade de ajuste da dose.	usar na dose habitual.	HIV em uso de Inibidores de Protease. Neste caso, a indicação do TILTB será realizada pelo serviço de referência em DST/AIDS.	Lopinavir/Ritonavir Darunavir ou Nevirapina (NVP). Pode ser usado Dolutegravir e Raltegravir com necessidade de ajuste da dose.
--	--	------------------------	---	---

Fonte: NOTA INFORMATIVA PMCT: 05/2024

OBS 1: Não é recomendada a utilização do esquema 3HP em gestantes e lactantes.

OBS 2: Recomenda-se que o esquema 3HP DFC seja tomado junto com alimentos.

OBS 3: Recomenda-se que o esquema 3RH seja tomado em jejum e aguardar pelo menos 1 hora para dar alimentos à criança.

Notificação: Todos os casos confirmados de ILTB, cujo tratamento será iniciado, devem ser notificados no sistema de informação IL-TB. O serviço de saúde que identifica o caso de ILTB e inicia o tratamento é responsável pela notificação do mesmo. Para isso é necessário preencher a “Ficha de Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB”, que está disponível no site do sistema IL-TB (<http://sitetb.saude.gov.br>) e enviar à UVIS de referência para inserção no sistema IL-TB

Efeitos Adversos

Medicamentos utilizados no tratamento da Tuberculose (TB) podem causar reações adversas, variando de sintomas leves, como cefaleia, a problemas graves, como hepatotoxicidade. Essas reações são classificadas em menores e maiores, conforme os esquemas de tratamento (básico ou alternativo). As reações mais comuns com o esquema básico incluem alteração da coloração da urina, intolerância gástrica, alterações cutâneas, icterícia e dores articulares. Em muitos casos, medicamentos sintomáticos controlam essas reações, mas, em alguns, é necessário substituir o esquema básico por um alternativo.

Alguns pacientes têm maior risco de reações adversas devido a fatores como:

- Idade (acima de 40 anos);
- Dependência química (álcool);

- Desnutrição (perda de peso superior a 15%);
- Histórico de doença hepática;
- Coinfecção pelo HIV, especialmente em fase de imunossupressão.

Para prevenir e monitorar eventos adversos, as seguintes recomendações devem ser seguidas:

1. Pesar o paciente em todas as consultas.
2. Ajustar as doses dos medicamentos conforme o peso do paciente.
3. Realizar exames de função hepática (TGO, TGP e bilirrubinas) no início do tratamento e nos dois primeiros meses, especialmente em pacientes com risco aumentado.
4. Implementar o tratamento supervisionado (TDO) para monitoramento diário e identificação precoce de intercorrências.
5. Encaminhar imediatamente o paciente para consultas com equipe de saúde da família ao identificar sinais de intolerância ou toxicidade, como náuseas, vômitos, icterícia, perda de apetite, urticária, prurido, mudanças comportamentais ou dor muscular.
6. Casos graves de eventos adversos devem ser encaminhados para unidades de referência secundária para acompanhamento especializado.

Reações adversas menores aos fármacos do Esquema Básico e Manejo na APS

EFEITOS ADVERSOS	PROVÁVEL(EIS) FÁRMACO(S) RESPONSÁVEL(EIS)	CONDUTAS
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	Etambutol Isoniazida Pirazinamida Rifampicina	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática.
Suor/ urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar.
Prurido e exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico.
Dor articular	Isoniazida Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatório não hormonais.
Neuropatia periférica	Etambutol (incomum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem

	Isoniazida (incomum)	de 50 mg/dia e avaliar a evolução.
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Etambutol Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
Cafaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar.
Febre	Isoniazida Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.

Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Observação: Não há necessidade de alteração da composição do esquema nas reações adversas menores. As reações adversas menores devem ser manejadas na própria atenção primária.

Para seguimento completo de possíveis reações adversas de pessoas vivendo com tuberculose deve seguir a Nota Informativa de Reações adversas ao uso das drogas do tratamento (TB) que pode ser encontrada em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_tecnica_1_2_reacoes_adversas_pmct_2023.pdf

6.1.8. Incentivos do Programa Municipal de Tuberculose (PMCT) Cesta Básica

Os beneficiários do tratamento diretamente observado (TDO) terão direito a uma cesta básica. A inclusão na lista de beneficiários ocorrerá no mês subsequente à adesão ao TDO. As unidades básicas são responsáveis pela entrega dos vouchers das cestas básicas e a UVIS pela atualização mensal da lista. Situações não previstas devem ser encaminhadas ao PMCT para análise e autorização via UVIS de referência.

Bilhete Único

Os beneficiários do TDO têm direito ao bilhete único para deslocamento até a unidade de saúde. A solicitação deve ser realizada por e-mail, sendo que casos de urgência podem ser encaminhados por telefone a UVIS de referência.

Situações especiais:

Coinfecção TB-HIV

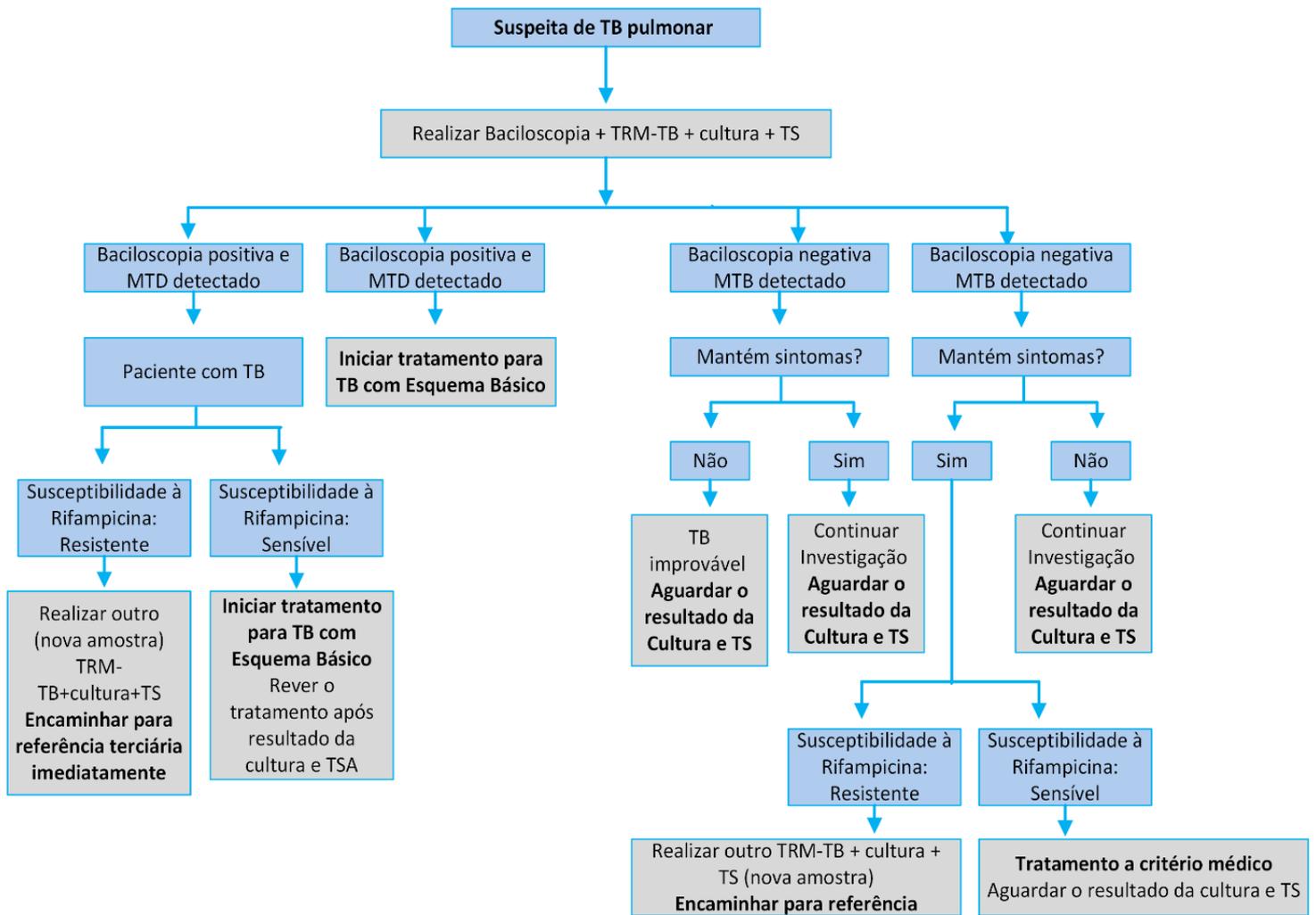
Condução de casos com Interrupção de tratamento

A interrupção do tratamento é caracterizada pela ausência do paciente à unidade de saúde por um período superior a 30 dias consecutivos, contados a partir da data agendada para o retorno. Em casos de tratamento diretamente observado, o prazo de 30 dias é computado a partir da última administração do medicamento. As causas do abandono de tratamento são diversas e nem sempre estão relacionadas ao descaso ou à intenção do paciente em interromper o tratamento. Geralmente, os fatores associados ao abandono podem ser classificados em três categorias principais: Fatores Relacionados ao Paciente, Fatores Relacionados à modalidade de tratamento e Fatores Relacionados à Operacionalização dos Serviços de Saúde.

As equipes de saúde, imbuídas da missão de promover o bem-estar da população, devem definir estratégias de busca ativas que se harmonizem com a realidade de cada território. No momento do acolhimento, é crucial que o profissional de saúde, com empatia e escuta atenta, investigue com o usuário a forma de contato mais eficiente: telefone, visita domiciliar ou email.

A superação das dificuldades de adesão ao tratamento exige um esforço conjunto da equipe de saúde e do paciente. Ao oferecer um suporte individualizado e contruir um vínculo terapêutico forte, a equipe de saúde capacita o paciente a superar os obstáculos e a seguir o tratamento com sucesso, alcançando a cura ou o controle da doença, contudo, quando as estratégias falham, deve-se começar tudo de novo com o maior cuidado.

6.1.9. Fluxograma sobre o algoritmo diagnóstico de RETRATAMENTO baseado no TRM-TB versão ULTRA



Fonte: Nota Informativa PMCT : 09/2021

Casos que apresentem qualquer tipo de resistências devem ser encaminhados a consulta médica para avaliação e encaminhamento à rede referência.

6.1.10. Diabetes associada ao tratamento de TB

A associação de rifampicina e isoniazida com hipoglicemiantes orais pode comprometer o controle glicêmico em pacientes com diabetes. O tratamento da tuberculose deve ser realizado com esquema básico por pelo menos 6 meses, associado ao uso de Piridoxina 40mg/dia. O controle adequado do diabetes é de extrema importância para o tratamento, uma vez que o não controle retarda a resposta antimicrobiana necessária, **desse modo, deve ser solicitado mensalmente exames de monitoramento glicêmico (glicemia de jejum, pós-**

prandial ou Hemoglobina glicada) e baciloscopia. Nos casos em que a baciloscopia permanecer positiva, pode ser necessária a prorrogação do tratamento por 9 meses devendo solicitar baciloscopia no 6º e no 9º mês. O acampamento da pessoa vivendo com Diabetes e Tuberculose precisa de acompanhamento médico constante para avaliar a necessidade de mudança de fármaco, caso seja necessário.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: protocolo de enfermagem.** Brasília, DF, 2022
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Ferramenta instrumentalizadora: Assistência do enfermeiro à pessoa com tuberculose na atenção primária.** Brasília, DF, 2021.
3. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Nota Informativa PMCT: 09/2021, Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_informativa_09_21_diagnostico_tuberculose_.pdf . Acesso em: 21 de janeiro de 2025.
4. Brasil. Ministério da saúde. secretaria de Vigilância em saúde. departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no brasil / Ministério da saúde, secretaria de Vigilância em saúde, departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. – Brasília: Ministério da saúde, 2019. 364 p.: il.
5. Prefeitura do Município de São Paulo. Boletim epidemiológico da tuberculose na cidade de São Paulo, 2023. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Boletim_Epidemiologico_TB_Cidade_SP_2023.pdf
6. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Nota Informativa PMCT: 10/2022, Tratamento e Acompanhamento para Tuberculose.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_informativa_10_tratamento_acompanhamento_para_tuberculose_27_05_22.pdf. Acesso em: 21 de Janeiro de 2025.
7. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Nota Informativa DVE/ PMCT:08/2021, Retorno do Tratamento Diretamente Observado Diário na Tuberculose no Município de São Paulo.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_informativa_08_21_retorno_TDO_MSP.pdf Acesso em: 20 de Janeiro de 2025.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Assistência do Enfermeiro à Pessoa com Tuberculose na Atenção Primária/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022

6.2 Cuidado à pessoa vivendo com Hanseníase

Considerada uma das doenças mais antigas da humanidade, a hanseníase é uma doença infecciosa crônica, curável, de notificação compulsória e um grande desafio de saúde pública no Brasil.

Causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo que afeta primariamente os nervos periféricos e a pele, podendo acometer também a mucosa do trato respiratório superior, olhos, linfonodos, testículos e órgãos internos, de acordo com o grau de resistência imune do indivíduo infectado. A doença cursa com neuropatia em graus variados podendo causar incapacidades físicas e perda funcional, especialmente nas mãos, pés e olhos em casos com diagnóstico e tratamento tardio.

A transmissão ocorre por gotículas provenientes do nariz e da boca durante o contato próximo e frequente com casos não tratados. Não se conhece precisamente período de incubação da doença, mas estima-se que dure em média cinco anos, havendo relatos de casos em que os sintomas apareceram após um ano do contato suspeito, e outros em que a incubação demorou até vinte anos ou mais.

O diagnóstico de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio do exame geral e dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas. Após a conclusão diagnóstica e classificação operacional (Paucibacilar ou Multibacilar), o tratamento da hanseníase é realizado através da associação de medicamentos (poliquimioterapia – PQT).

A investigação de contatos é uma importante estratégia para identificar novos casos e interromper a cadeia de transmissão da doença. São considerados como contatos, toda pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença de um caso de hanseníase, podendo ser familiar ou não.

Neste contexto a enfermagem na Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental no acolhimento e cuidado integral à pessoa com suspeição diagnóstica de hanseníase, diagnóstico, monitoramento, no processo de cura, busca ativa e avaliação dos contatos, possibilitando assim o controle da doença e a prevenção de sequelas.

6.2.1. Consulta de Enfermagem

Avaliação de enfermagem:

A anamnese deve ser realizada de forma individualizada e adaptada às características de cada paciente.

É importante utilizar linguagem clara e acessível, garantindo que o paciente compreenda as perguntas e se sinta à vontade para responder.

Questionar sobre a existência de lesões dermatológicas crônicas, áreas com alteração de sensibilidade, alterações neurológicas e motoras em extremidades. É essencial que a avaliação inclua uma investigação dos antecedentes pessoais e familiares, área de residência, histórico de exposição em territórios endêmicos e o contato com indivíduos acometidos pela doença.

Avaliar os sinais e sintomas mais frequentes da Hanseníase:

- Lesões de pele esbranquiçadas e/ou avermelhadas persistentes, com diminuição de sensibilidade, da sudorese e/ou dos pelos;
- Áreas de pele com diminuição de sensibilidade, da sudorese e/ou dos pelos;
- Infiltração ou nódulos na face e pavilhões auriculares; obstrução e/ou sangramento nasal persistente;
- Queixas de dormência ou formigamento, sensação de agulhadas, nas mãos e/ou nos pés;
- Hipersensibilidade ou sensação de dor ou choque no trajeto de nervos periféricos;
- Áreas de dormência ou anestesia nas mãos e pés, especialmente quando há ferimentos ou queimaduras indolores;
- Diminuição da força muscular ou paralisias nas mãos, pés e/ou olhos;
- Incapacidades físicas adquiridas, visíveis nas mãos, pés e/ou olhos.¹

O Ministério da Saúde do Brasil define um caso de hanseníase pela presença de pelo menos um ou mais dos seguintes critérios, conhecidos como sinais cardinais da hanseníase:

1. Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
2. Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
3. Presença do *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

O diagnóstico diferencial de hanseníase envolve a exclusão de doenças/dermatoses que podem ter sinais e sintomas parecidos, como lesões de pele, alterações neurológicas ou deformidades. Alguns dos diagnósticos diferenciais mais comuns incluem: esporotricose, neurofibromatose, psoríase, dermatite seborreica, pitíriase versicolor, pitíriase alba, tinea corporis, urticária, micose fungóide, granuloma anular, vitiligo.

Formas clínicas da hanseníase

Hanseníase Indeterminada (Classificação de Madri):

Mancha hipocrômica, plana, geralmente única ou em pequena quantidade, com ou sem diminuição da sudorese (hipoidrose) e rarefação de pelos nas lesões.

Fase inicial da doença, podendo haver comprometimento de sensibilidade discreta térmica e/ou dolorosa.

Não há comprometimento de nervos periféricos.

Baciloscopia: Negativa

Classificação operacional: Paucibacilar (PB)



Fonte Dermatology Atlas, c1999-2022

Hanseníase Tuberculoide (Classificação de Madri):

Placas com bordas nítidas, elevadas e bem delimitadas. Geralmente eritematosas, eritemato-hipocrômicas, que surgem como lesões únicas ou em pequeno número, o centro das lesões pode ser hipocrômico ou não. Pode apresentar espessamento de nervo e comprometimento das funções sensitivas e motoras.

As lesões da pele apresentam diminuição ou perda de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil.

Baciloscopia: Negativa

Classificação operacional: Paucibacilar



Fonte Dermatology Atlas, c1999-2022

Hanseníase Virchowiana (Classificação de Madri):

Progressiva infiltração sobretudo da face, e acentuação dos sulcos cutâneos, rarefação/perda dos pelos dos cílios e sobrancelhas (madarose). Múltiplas pápulas e nódulos cutâneos, assintomáticos e de consistência firme (hansenomas).

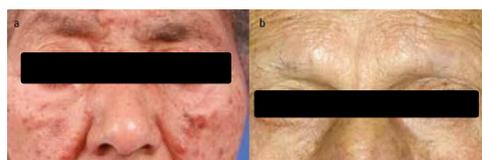
Podem apresentar sensibilidade normal, porém os nervos periféricos geralmente se encontram espessados difusamente e de forma simétrica.

Baciloscopia: Positiva

Classificação operacional: Multibacilar (MB)



Fonte Dermatology Atlas, c1999-2022



Fonte Instituto Lauro Souza Lima

Hanseníase Dimorfa (Classificação de Madri):

Manchas e placas hipocrômicas, acastanhadas ou violáceas, com predomínio do aspecto infiltrativo.

“Lesões foveolares”, que apresentam bordos internos bem definidos, delimitando uma área central de pele aparentemente poupada, os bordos externos espreados, infiltrados e imprecisos.

A sensibilidade pode estar comprometida e o comprometimento dos nervos periféricos é geralmente múltiplo e assimétrico.

Baciloscopia: frequentemente positiva

Classificação operacional: Multibacilar (MB)





SFS
Fonte Dermatology Atlas, c1999-2022

Hanseníase Neural pura ou neurítica primária (Classificação de Madri):

Apresentação clínica exclusivamente neural, **sem lesões cutâneas**.

Espessamento de nervo periférico (nervos ulnares mais frequentemente acometidos), associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas no território do nervo).

Baciloscopia: Negativa

Exames complementares: Eletroneuromiograma, biópsia de nervo, sorologia e biologia molecular podem auxiliar na definição etiológica.

Exame físico:

O teste de sensibilidade é crucial na avaliação de lesões suspeitas de hanseníase. A doença afeta inicialmente as fibras nervosas mais finas, levando à perda de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, nessa ordem.

Em geral na Cidade de São Paulo, o exame neurológico simplificado é realizado na Unidade de referência nos casos de suspeição diagnóstica encaminhados pela UBS.

Oriente o paciente sobre o exame que será realizado, exemplificando a técnica e verifique se o paciente compreendeu. Utilize um ambiente reservado com iluminação adequada.

Realize a inspeção de toda a superfície cutânea, e inicie pelo teste de sensibilidade térmica.

Sensibilidade térmica:

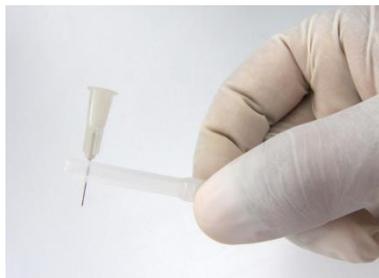
Utilize preferencialmente tubos de vidro com água fria e quente (até 45°C) ou algodão embebido com álcool e outro seco ou instrumento metálico gelado e outro aquecido. Aplique de forma aleatória, começando pelo quente, e atente-se a temperatura para evitar queimaduras, o paciente deve identificar a diferença de temperatura.



Fonte UNA-SUS⁵

Sensibilidade dolorosa:

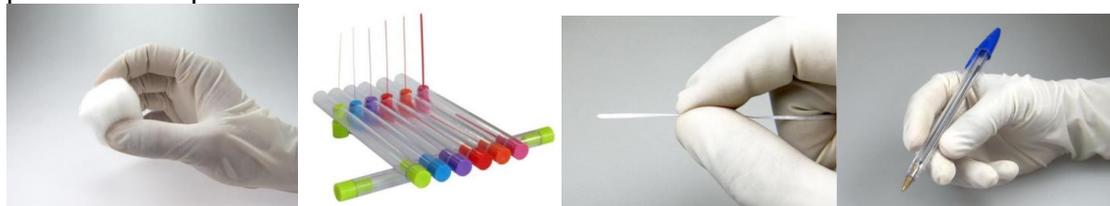
Utilize um objeto ponte agudo como a agulha de insulina descartável, o paciente deve identificar se a ponta ou o fundo da agulha toca sua pele.



Fonte UNA-SUS⁵

Sensibilidade tátil:

Utilize uma pequena mecha de algodão, ou qualquer instrumento leve e fino como monofilamento do estesiômetro, fio dental ou ponta da caneta. O paciente deve perceber o toque na área testada.



Fonte UNA-SUS⁵

6.2.2. Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados à pessoa vivendo com Hanseníase

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Infecção por Hanseníase	A78 Hanseníase e outras doenças infecciosas NE A91 Investigação com resultado anormal NE	Cura
Integridade da pele prejudicada	S19 Outra lesão cutânea S29 Sinais/sintomas da pele, outros S99 Outras doenças da pele	Pele íntegra e conforto
Risco de lesão	A80 Lesão traumática/ acidente NE N06 Outras alterações da sensibilidade S14 Queimadura/ escaldão S16 Traumatismo/ contusão S17 Abrasão/arranhão /bolhas ^{[1][2]} _{SÉP} S18 Laeração/corte ^{[1][2]} _{SÉP}	Redução/ ausência do risco de lesão

Mobilidade, prejudicada	L12 Sinais/sintomas das mãos e dedos L17 Sinais/sintomas do pé/dedos pé N29 Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros	Mobilidade preservada/ Capacidade de locomoção preservada
Incapacidade, limitação física	A28 Limitação funcional/incapacidade NE	Redução da incapacidade, limitação física/ Capacidade física plena
Risco de queda	A28 Limitação funcional/incapacidade NE N29 Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros	Redução ou ausência do risco de queda
Visão, prejudicada	F29 Outros sinais/ sintomas oculares F28 Limitação funcional/ incapacidade	Visão melhorada/preservada
Autoimagem, negativa	P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros	Autoimagem positiva
Baixa autoestima	P99 Outras perturbações psicológicas	Autoestima saudável
Estigma	Z29 Problema social NE	Ausência de estigma, inclusão
Falta de apoio social Falta de apoio familiar	Z20 Problema de relacionamento com familiares Z24 Problema de relacionamento com amigos Z29 Problema social NE	Apoio social Apoio familiar
Risco de Isolamento social Isolamento social	P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros Z29 Problema social NE	Interação/convívio social, vida social ativa
Humor Deprimido, Diminuído	P03 Tristeza/ Sensação de depressão	Humor melhorado, bem-estar emocional
Falta de adesão ao regime terapêutico	A13 Receio/Medo do tratamento	Adesão ao regime terapêutico

6.2.3. Intervenções de Enfermagem

- Realizar acolhimento, escuta qualificada e orientações sobre hanseníase (sinais e sintomas, diagnóstico, transmissão, tratamento, reações, acompanhamento e cura);
- Compartilhar cuidado com o médico dos casos suspeitos de hanseníase para encaminhamento à Unidade de referência da região para elucidação diagnóstica, notificação e tratamento;
- Realizar busca ativa e avaliação dos contatos do caso índice e encaminhar para a Unidade de referência;
- Monitorar periodicamente a adesão ao tratamento e acompanhamento na Unidade de referência em Consulta e/ou visita domiciliar;
- Monitorar reações hansênicas e reações adversas medicamentosas, se necessário compartilhar cuidado com o médico;

- Avaliar/monitorar presença de manchas ou lesões novas e alterações das existentes, membros afetados, progressão ou regressão das lesões;
- Estimular e orientar o autocuidado;
- Orientar cuidados com a pele e hidratação corporal;
- Realizar avaliação da ferida e curativo, conforme necessidade;
- Orientar exercícios de alongamento e fortalecimento muscular;
- Estimular e orientar mudança de estilo de vida, conforme avaliação individual;
- Identificar comportamentos e fatores de risco que possam causar traumas, lesões e/ou quedas e orientar cuidados diários e medidas preventivas;
- Avaliar acuidade visual (Escala de Snellen) e alterações nos olhos através do exame físico.
- Avaliar cavidade e higiene bucal, orientar cuidados e se necessário encaminhar para avaliação odontológica;
- Orientar sobre a autoavaliação e cuidados com os olhos, nariz, mãos e pés;
- Discutir sobre a doença e como isso interfere na sua vida para auxiliar na superação do medo e preconceito, buscando o enfrentamento positivo da doença;
- Gerenciar comportamento negativo;
- Promover apoio a imagem corporal positiva, autoestima saudável, bem-estar emocional e autonomia;
- Identificar possível falta de apoio familiar e/ou social e ofertar apoio;
- Orientar sobre seus direitos e deveres, se necessário encaminhar ou compartilhar cuidado com assistente social;
- Incentivar participação em grupos terapêuticos;
- Ofertar apoio da Equipe Multiprofissional da Atenção Básica (EMAB).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia Prático Sobre a Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública. Brasília, DF: MS, 2016.
4. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. Protocolo de enfermagem: hanseníase. 3ª ed. [Internet]. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2012 [Acesso 2025 jan 21]. Disponível em: https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/mategraf/prot_enfer_hanse.pdf
5. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Fundação Oswaldo Cruz & SE/UNA-SUS. Hanseníase na Atenção Básica: Aspectos Neurológicos e Alterações de Sensibilidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Caderneta de saúde da pessoa acometida pela hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [Acesso 2025 jan 21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_acometida_hanseníase.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. Nota Técnica Nº 3/2023-CGDE/DEDT/SVSA/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [Acesso 2025 jan 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseníase/publicacoes/nota-tecnica-no-3-2023-cgde-dedt-svsa-ms/view>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Prevenção de Incapacidades. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2. ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 2.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Condutas para alterações oculares em hanseníase. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 3.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de apoio aos grupos de autocuidado na hanseníase. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Orientações para uso de Corticosteróides em Hanseníase. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Autocuidado em Hanseníase. Face, mãos e pés. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA). Documento norteador da linha de cuidado da hanseníase [Internet]. São Paulo: Prefeitura

- de São Paulo; [Acesso 2025 jan 21]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/linha_cuidado_hansenise.pdf
16. São Paulo. Programa Municipal de Controle de Hanseníase. Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA). Protocolo das ações de controle de hanseníase no município de São Paulo [Internet]. São Paulo: Programa Municipal de Controle de Hanseníase.; 2022 [Acesso 2025 jan 21]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo_hansen%C3%A9ase_22_02_22.pdf
 17. Mato Grosso do Sul. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Conselho Regional de Enfermagem MS. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde [Internet]. Mato Grosso do Sul. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande; 2021 [Acesso 2025 jan 21]. Disponível em: https://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/COREN_MS_PROTOCOLO_TB-2.pdf
 18. Rio de Janeiro. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolo de enfermagem na Atenção Primária a Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro; 2012 [Acesso 2025 jan 21]. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>
 19. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Hanseníase: Manejo diagnóstico e terapêutico. 1ª ed. versão atualizada [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2020 [Acesso 2025 fev 4]. Disponível em: URL https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/guia_de_referencia_rapida_hansenias_e_manejo_diagnostico_e_terapeutico.pdf
 20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2). 2. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.
 21. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). 3. ed. Brasília: OPAS, 2019

Capítulo 7 - SAÚDE DO TRABALHADOR

As ações de Saúde do Trabalhador, nos termos da Política Nacional de Saúde (PNS), refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo de saúde/doença, devem ser assumidas na APS como a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho e ou portador de doença profissional ou do trabalho. A UBS é a porta de entrada para as ações de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos provindos das condições de trabalho. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) atuam como retaguarda técnica para a APS e promovem a articulação com outros setores institucionais relativos à saúde do trabalhador.

Conceitos em Saúde do Trabalhador

Acidente do trabalho - É o que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução da capacidade permanente ou temporária para o trabalho.

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho ou agravo à saúde relacionado ao trabalho, Lei 8213/91 que dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação dos acidentes.

Doença relacionada ao trabalho - Adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente.

Doença profissional - Produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar à determinada atividade.

Através das diretrizes do Programa de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PEPSATT) a APS garante a efetividade das ações voltadas à saúde da população trabalhadora nos territórios. Nos equipamentos municipais de saúde os usuários recebem o acolhimento aos serviços, a partir da escuta qualificada, quando é investigada e registrada a queixa de saúde, que viabiliza em muitas situações a resolubilidade da situação de risco e ou agravo a partir de ações orientativas e educativas voltadas à saúde no trabalho. Assim, elucidando as dúvidas dos usuários em relação a sua ocupação profissional e as condições de trabalho que possam convergir em condições insalubres para a saúde, bem como promovendo mudanças no comportamento profissional que venha ocasionar riscos e agravos no desempenho de suas atividades de trabalho.

7.1. Consulta à Saúde do trabalhador

Em toda consulta de enfermagem cabe ao profissional realizar uma abordagem detalhada sobre a ocupação profissional, que possibilite a identificação de dados que caracterize riscos, danos, necessidades especiais e condições habituais relacionadas ao trabalho, que possam ocasionar e ou determinar formas de adoecimento e ou morte precoce do indivíduo em função de sua atividade de trabalho. Ao identificar condições de elevada exposição de risco e agravos relacionados ao trabalho (químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, ambientais e mecânicos), o profissional de saúde deve realizar a notificação junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação, para que se dê a confirmação da relação com o trabalho, por meio da investigação epidemiológica realizada através da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) local.

Responsabilidades do profissional enfermeiro na APS, em relação a saúde da população trabalhadora:

- Conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora local, independente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido;
- Identificar e registrar a população residente economicamente ativa, por sexo e faixa etária, assim como riscos potenciais para a saúde do trabalhador, da população e do meio ambiente local.
- Intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los;
- Identificar e notificar a existência de trabalho precoce – crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independentemente de remuneração, que frequentam ou não a escola.
- Registrar e notificar toda ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho.
- Desenvolver ações educativas em Saúde do Trabalhador promovendo a capacitação técnica dos profissionais de saúde em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNEPSTT).
- Avaliar conjuntamente com o Núcleo de Vigilância em Saúde (NUVIS) o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes e agravos à saúde identificados;

NOTA: Nas situações de acidente ou doença relacionada ao trabalho, deverão ser adotadas as seguintes condutas:

- condução clínica do caso de menor complexidade;
- encaminhamento dos casos de maior complexidade para os CRST;
- notificação dos casos mediante instrumentos do setor saúde e legislação vigente.

Para maiores informações técnicas sobre Saúde do Trabalhador, cabe ao profissional acompanhar as atualizações municipais disponíveis na página da Vigilância em Saúde/Saúde do Trabalhador: https://capital.sp.gov.br/web/saude/vigilancia_em_saude/saude_do_trabalhador/

7.1.1. Atendimento do trabalhador para risco de acidente com material biológico

O Acidente de trabalho com Exposição a Material Biológico (AT Bio) define-se como todo caso ocorrido com **qualquer categoria profissional**, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador ao material biológico potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfurocortante ou não.

No Brasil, dentre as 20 ocupações com maiores notificações de acidente de trabalho com exposição a material biológico, foram registradas 47.292 ocorrências em 2014, das quais sendo técnicos e auxiliares de Enfermagem eram os mais atingidos, totalizando 49,6 % dos acidentados.

7.1.2. Risco de Infecção por HIV, Hepatite B e Hepatite C

O risco de infecção pós-exposição ocupacional é variável e depende de diversos fatores como:

- Tipo de acidente;
- Condições clínicas do paciente fonte e do trabalhador;
- Gravidade da lesão;
- Presença e volume de sangue do paciente fonte;
- Conduta adequada pós-exposição;
- Tempo decorrido entre exposição e início da PEP (Profilaxia pós-exposição);

Fonte: Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico, DVISAT – COVISA, 10 de Janeiro de 2024

Notificação:

A notificação através da ficha de investigação do agravo, do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) **é realizada dentro de 1 semana.**

Avaliação de enfermagem:

Acolher o profissional considerando seus sentimentos e expectativas frente ao acidente. Os acidentes com exposição ao material biológico afetam o trabalhador psicologicamente, os sentimentos manifestados após a exposição a fluidos biológicos, levam o trabalhador a um sofrimento psíquico, medo, culpa e ao descontentamento do trabalho.

Avaliar:

- Tipo de acidente; gravidade da lesão, tipo de exposição ao material biológico, tempo decorrido entre exposição e atendimento
- Condições clínicas do paciente fonte e do trabalhador;
- Se houve conduta adequada pós-exposição;
- Histórico de esquema de imunização contra hepatite B;
- Tempo decorrido entre exposição e início da PEP (Profilaxia pós-exposição).

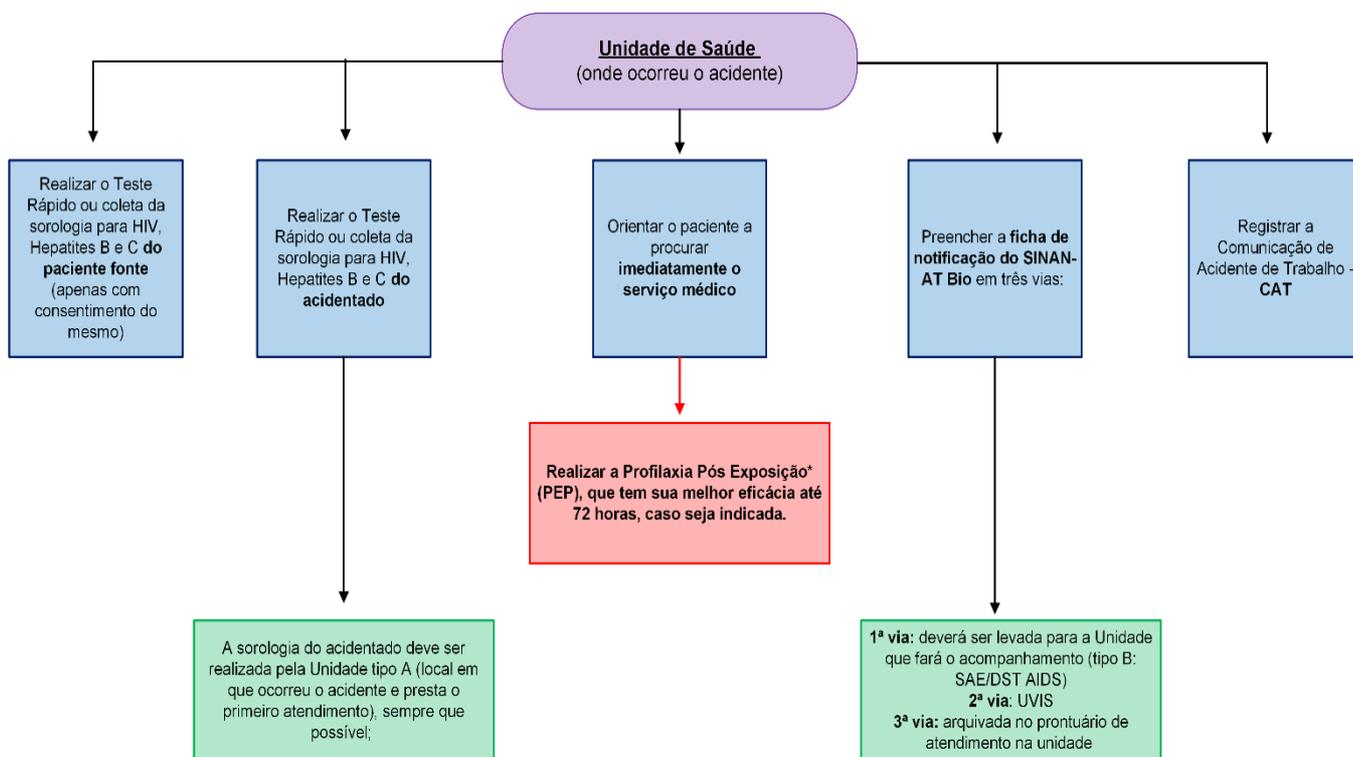
7.1.3. Principais Diagnósticos e intervenções de enfermagem frente ao Tipo de Exposição

Tipo de exposição ao material biológico	Definição	Risco de contaminação/soroconversão	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Percutâneo	Penetração através da pele de instrumentos perfurantes ou cortantes (agulha, bisturis, vidrarias) e mordedura humana contaminados com sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes.	Hepatite viral B: 30 a 40 % Hepatite viral C: 3 a 10% HIV: 0,3 a 0,5%	CIPE: Exposição à contaminação Ferida Traumática, presente Ferida no (especificar localização) Integridade da pele, prejudicada CIAP: A80 Lesão traumática/acidente NE	Lavar imediatamente com água e sabão ou solução antisséptica com detergente (PVPI, clorexidina). Orientar não espremer o local e nem utilizar produtos irritantes, para evitar aumento da área de exposição.

Mucosa	Contato direto da mucosa (olho, nariz, boca ou genitália) com sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes.	Hepatite viral B: indeterminado Hepatite viral C: indeterminado HIV: 0,09%	CIPE: Exposição à contaminação na (especificar localização)	Lavar com soro fisiológico 0,9% ou água corrente em abundância várias vezes;
Cutânea	Pele não íntegra: Contato direto da pele com solução de continuidade (ex.: pele com dermatite ou feridas abertas) com sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes.	Hepatite viral B: indeterminado Hepatite viral C: indeterminado HIV: 0,09%	CIPE: Exposição à contaminação na (especificar local) Integridade da pele, prejudicada CIAP: A80 Lesão traumática/acidente NE	Lavar imediatamente com água e sabão ou solução antisséptica com detergente (PVPI, clorexidina).
	Pele íntegra: Contato da pele sem solução de continuidade com sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes.	Hepatite viral B: Sem relato Hepatite viral C: Sem relato HIV: Sem relato	CIPE: Exposição à contaminação na (especificar local)	Lavar o local com água e sabão ou solução antisséptica com detergente (PVPI, clorexidina), abundantemente.

Fonte: Adaptado do Fluxograma de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (AT Bio), São Paulo, 17 de agosto de 2023

7.1.4. Fluxograma de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (AT Bio) – Orientação às Unidades de Saúde



- 1) Realizar o Teste Rápido ou coleta da sorologia para HIV, Hepatite B e C do paciente fonte e do profissional acidentado.

Paciente fonte - Fazer Teste rápido ou sorologia				
Ocorrência do acidente	HIV	Hepatite B		Hepatite C
	Anti HIV	HBsAg	Anti HBc	Anti HCV
Momento zero= momento de ocorrência do acidente	X	X	X	X

Profissional acidentado - Fazer Teste rápido ou sorologia				
Ocorrência do acidente	HIV	Hepatite B		Hepatite C
	Anti HIV	HBsAg	Anti HBc	Anti HCV
Momento zero	X	X	X	X
30 dias	X			
90 dias	X	X		X
180 dias		X		X

* Se o acidentado de AT Bio trabalha na Unidade que tenha PEP disponível e profissional de saúde capacitado (médico, farmacêutico, enfermeiro ou dentista) da RAS, o acompanhamento

assistencial pode ser realizado na própria unidade até o encerramento do caso, isto é, após o 6º mês do acidente

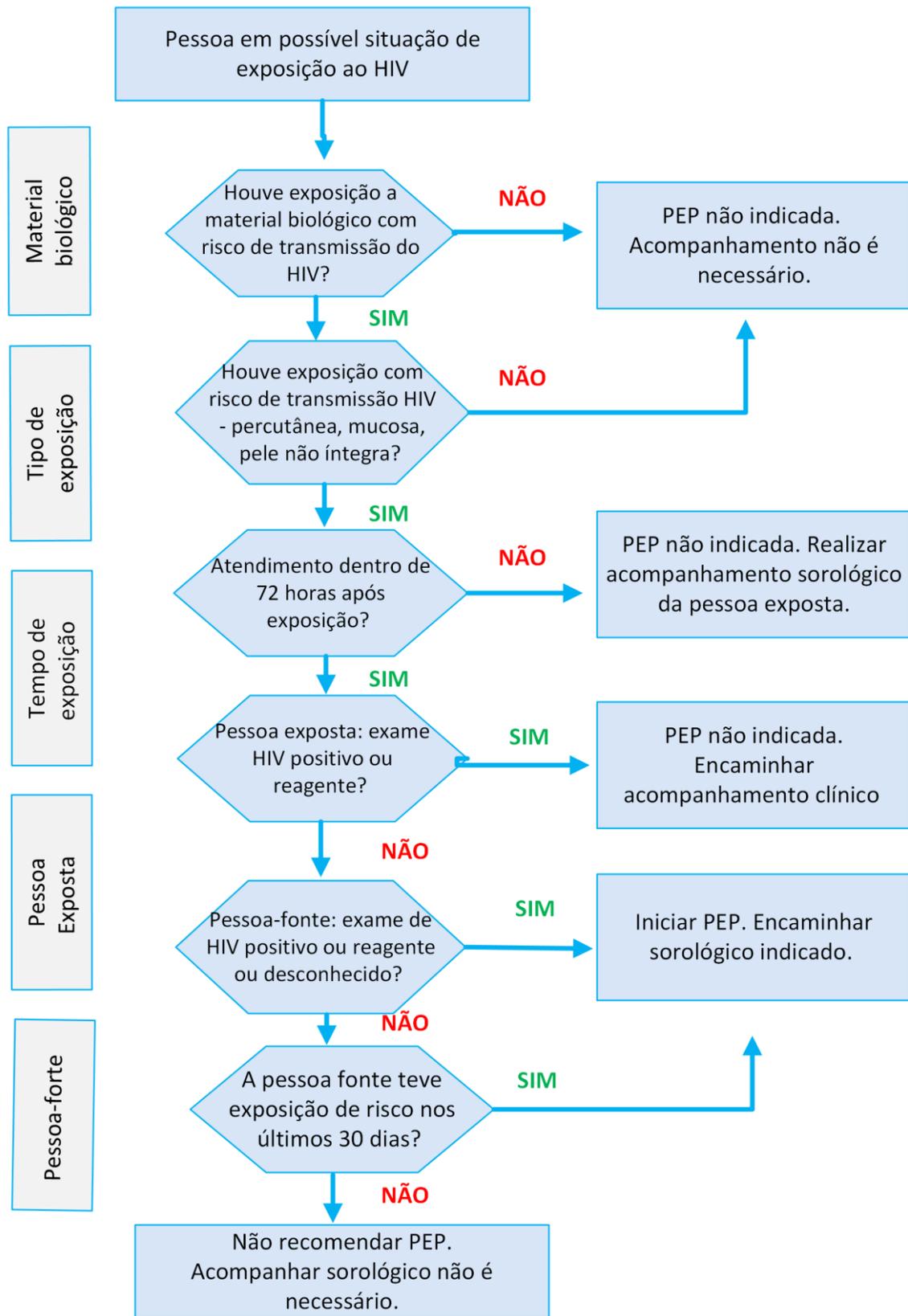
Fonte: Fluxograma de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (AT Bio), 17 de agosto de 2023

Atenção: No caso do paciente fonte se recusar ou de não haver material, o acidentado deve ser acompanhado com esquema completo das sorologias e deve-se iniciar a quimioprofilaxia pelo serviço de saúde (AMA, UPA, PA, PSM, HM, CTA, SAE) ou SESMT;

7.1.5. Profilaxia Pós-exposição ao HIV (PEP)

Avaliar indicação de uso imediato de Profilaxia Pós-Exposição (PEP), em caso de exposição recente ao HIV (menos de 72h). A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição de risco. Ir ao capítulo 8 do Protocolo de Enfermagem, da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Atenção Primária à Saúde da Mulher, para avaliação dos critérios para uso da PEP, esquema para PEP.

7.1.6. Fluxograma para indicação de PEP ao HIV



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

7.1.7. Profilaxia Pós-exposição a Hepatite B

As ações de PEP para hepatite B incluem realização adequada e oportuna da testagem para HBsAg (preferencialmente por teste rápido), vacinação contra hepatite B em indivíduos suscetíveis, administração de IGHAHB, quando necessário, e seguimento com realização dos testes HBsAg e anti-HBs, para avaliar a existência de infecção ou a resposta imunológica decorrente de vacina (PCDT).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Caderno nº5. Saúde do Trabalhador. Brasília: MS; 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília: MS; 2018. (Atenção Básica, n. 41)
3. Balista SRR, Silvia MS, Filho HRC. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. Rev Bras Saude Ocup 2011; 36(124):216-226.
4. Amorim LA, Lacerda e Silva T, Faria HP, Machado JMH, Dias EC. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cien Saude Colet 2017; 22(10):3403-3414.
5. Santos SM. Atividade de vigilância em saúde do trabalhador no SUS [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP; 2018.
6. Dias MDA. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. Rev Bras Saude Ocup 2013; 38(127):69-80.
7. Evangelista AIB, Pontes AGV, Silva JV, Saraiva AKM. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. Rev Rene 2011; 12(n. esp.):1011-1020.
8. Fernandes MC, Souza NVDO, Mafrá IF, D'Oliveira CAF, Pires AS, Costa CCP. O conteúdo da saúde do trabalhador e as metodologias de ensino na formação do enfermeiro. Esc Anna Nery 2016; 20(3):1-8.
9. Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Acidentes de trabalho com material biológico. Ebserh. 2023 [citado 2025 enero 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-furg/comunicacao/noticias/acidentes-de-trabalho-com-material-biologico>
10. MAGAGNINI, Maristela Aparecida Magri; ROCHA, Suelen Alves; AYRES, Jairo Aparecido. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 302-308, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/3Y5s9q67RHdCKMFhZpXT7Vx/?lang=pt>
11. Prefeitura do Município de São Paulo. Fluxograma de acidentes de trabalho com material biológico. Secretaria Municipal da Saúde. 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/fluxograma_AT_Bio_17_08_2023.pdf
12. Ministério da Saúde (BR). PCDT – Profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV. Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/copy3_of_PCDT_PEP_interativo.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de hepatite B e coinfeções. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-de-hepatite-b-e-coinfeccoes-2023_.pdf

Capítulo 8 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – IST

8.1. Abordagens por enfermeiros na Atenção Básica

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são um grupo de doenças transmitidas principalmente por contato sexual desprotegido e são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo.

O profissional de saúde deve adotar uma abordagem centrada na pessoa, criando uma relação de confiança, respeito e vínculo. É importante promover espaços de discussão sobre como os adolescentes e jovens percebem a sexualidade e envolvê-los no planejamento reprodutivo. A prevenção combinada deve ser considerada, uma estratégia que vai além do uso de preservativos, incluindo ações como testagem regular para HIV, oferta de métodos de barreira, prevenção da transmissão vertical, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatites virais, imunização e redução de danos para usuários de substâncias. A estratégia também abrange a profilaxia pré e pós-exposição, bem como o tratamento para as pessoas que já vivem com HIV.

Mandala da Prevenção Combinada



Figura 1 - Representação gráfica da Prevenção Combinada

Fonte: (BRASIL, 2020)

Para informações referentes a consulta de enfermagem, considere o capítulo de: consulta de enfermagem para queixas em pessoas sexualmente ativas do Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Mulher

O manejo para IST pelo enfermeiro contido no Protocolo de Saúde da Mulher contempla condutas para mulheres, homens e adolescentes.

Capítulo 9 - CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Proteger. Esse é o significado de paliar, derivado do latim pallium, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. **Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual.**

Os cuidados paliativos abrangem ações e serviços de saúde que visam aliviar dores, sofrimento e outros sintomas em pessoas com condições de saúde que ameaçam ou limitam a vida. Essas ações, no contexto do sistema público de saúde, incluem estratégias preventivas e terapêuticas direcionadas tanto ao paciente quanto aos familiares e cuidadores.

Além do contexto hospitalar ou dos momentos finais de vida, sua integração em toda a Rede de Atenção à Saúde, desde a Atenção Primária, por meio de equipes multidisciplinares, possibilita a identificação precoce das pessoas que necessitam de suporte, garantindo um cuidado contínuo, humanizado e centrado nas necessidades individuais.

Os Cuidados Paliativos podem ser realizados em todos os níveis de atenção e não estão restritos a um único ambiente de cuidado. É fundamental que sejam ofertados desde o diagnóstico e ao longo de toda a trajetória da doença. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS Nº 3.681, de maio de 2024, instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, reforçando a integração desses cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Destaca a importância de um cuidado centrado no paciente e na família, considerando as dimensões biopsicossociais e que as preferências do paciente. Além disso, a Portaria nº 745, de 05 de novembro de 2024, chancelou e instituiu a Política Municipal de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS no município de São Paulo, reforçando a integração desses cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), dando ênfase à importância do cuidado centrado no paciente e na família e nas dimensões biopsicossociais do sofrimento.

Devem ser iniciados com os primeiros sinais de uma doença que ameaça a vida, em conjunto com tratamentos destinados a modificar o curso da

enfermidade. O objetivo é oferecer suporte integral, voltado não apenas para a cura, mas também para o bem-estar físico, emocional, social e espiritual do paciente e de sua família.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) são realizados pelas Equipes Multiprofissionais das UBS e pelos Serviços de Atenção Domiciliar vinculados ao Programa Melhor em Casa. A modalidade de Atenção Domiciliar cria um ambiente propício para a inserção dos cuidados paliativos, com a APS desempenhando um papel central na organização e coordenação desse cuidado integral.

No Programa Melhor em Casa, os cuidados paliativos são ofertados pelas Equipes Multiprofissionais da Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio. Em ambas as modalidades temos a presença do profissional Enfermeiro compondo as equipes multiprofissionais.

9.1 Atuação da Equipe de Enfermagem nos Cuidados Paliativos

O enfermeiro desempenha um papel fundamental, reconhecendo que a unidade de cuidado inclui o paciente, o cuidador e a família. Suas ações envolvem a **promoção da saúde**, com orientações à população sobre o significado dos cuidados paliativos e como acessá-los na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, é responsável pela **capacitação do cuidador**, pela **prevenção e alívio do sofrimento**, pela **identificação precoce das necessidades do paciente** e pelo **manejo e suporte dos sintomas**.

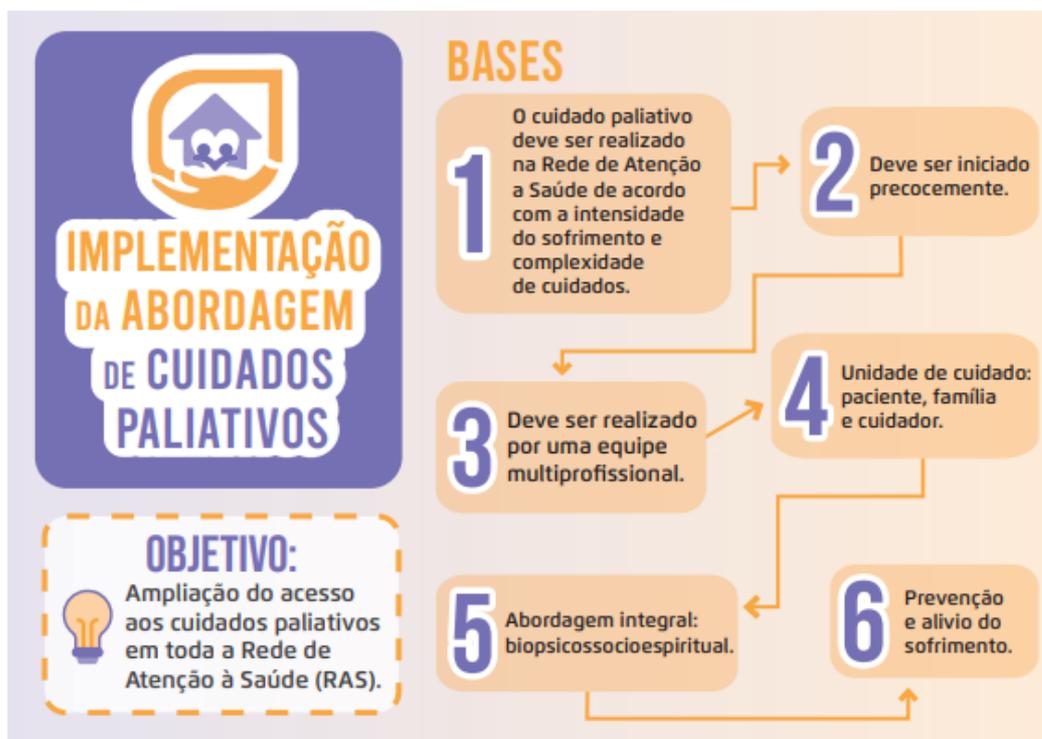
Os princípios da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) devem nortear as atribuições do Enfermeiro, assegurando um cuidado centrado no paciente, sua família e cuidador:

- Valorizar a vida e aceitação da morte como processo natural.
- Respeitar às crenças, valores e práticas culturais da pessoa assistida.
- Garantir autonomia na tomada de decisões, com atenção especial a crianças e pessoas sob curatela, em conformidade com a legislação vigente.
- Ofertar cuidados ao longo de todo o ciclo de vida, para qualquer condição clínica que ameace a vida.
- Integrar precocemente os cuidados paliativos ao tratamento curativo, quando apropriado.
- Buscar compreender e manejar situações clínicas desafiadoras, promovendo alívio do sofrimento.

- Promover a qualidade de vida, considerando as dimensões física, emocional, espiritual e social.
- Respeitar o curso natural das doenças, sem aceleração do óbito ou prolongamento artificial do processo de morrer.
- Atentar para as necessidades do paciente e de sua família, incluindo acolhimento no processo de luto.
- Atuar junto as equipes multiprofissionais para uma abordagem integral e interdisciplinar.
- Comunicar com empatia de forma clara com os pacientes, familiares e cuidadores.
- Respeitar às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), garantindo a consideração das preferências do paciente.

Em resumo temos as seguintes bases que apoiam a oferta da abordagem em cuidados paliativos:

Bases para implementação dos cuidados paliativos



Fonte: Dib KM, Garcia RR.

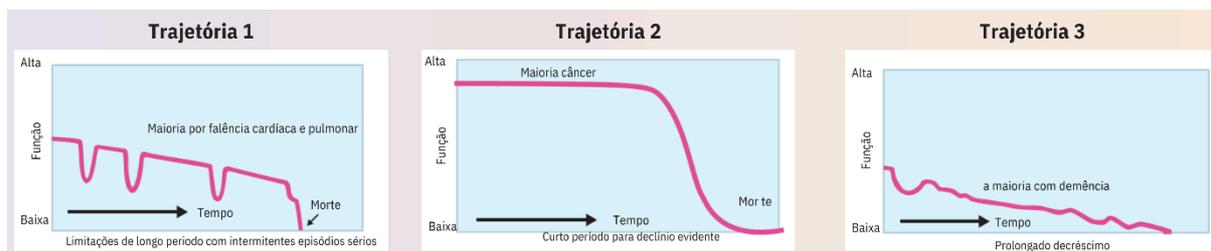
9.2. Avaliação e Implementação dos Cuidados Paliativos

Conforme as Diretrizes de Cuidados Paliativos da Secretaria Municipal de Saúde, a avaliação se dá em 4 passos:

1º Passo - Reconhecimento da trajetória da doença: no âmbito dos cuidados paliativos, entender as diferentes trajetórias das doenças é fundamental para planejar uma assistência adequada. Essas trajetórias refletem a evolução das doenças crônicas, permitindo antecipar as demandas de cuidado ao longo do tempo. Embora a experiência de cada paciente seja única, estudos identificam três padrões principais que orientam a tomada de decisões clínicas e o planejamento terapêutico. Essas trajetórias são identificadas abaixo:

- **Trajétória 1:** Caracteriza-se por doenças crônicas com exacerbações e risco de morte repentina. Os pacientes enfrentam períodos de agravamento agudo, podendo se recuperar parcialmente, mas sem retornar à condição anterior.
- **Trajétória 2:** Comum em pacientes oncológicos, envolve um declínio acelerado antes da morte, com perda de peso, comprometimento funcional e necessidade de planejamento dos cuidados finais.
- **Trajétória 3:** Relacionada a doenças neurodegenerativas, cardiovasculares e metabólicas, apresenta deterioração progressiva, levando a complicações como infecções e fraturas.

Trajétórias das principais doenças crônicas



Fonte: Adaptado de Oliveira RA.

2º Passo - Identificar pacientes elegíveis para cuidados paliativos: para essa identificação devem ser utilizados os instrumentos: Pergunta Surpresa e o *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-BR™). A "**Pergunta Surpresa**" é uma estratégia para avaliar a necessidade de cuidados paliativos, questionando se o profissional ficaria surpreso com o óbito do paciente em 12 meses. Uma resposta negativa sugere a importância de discutir prognóstico, valores e planejamento avançado de cuidados. Dizemos, neste caso, que a pergunta surpresa é positiva. Já o **SPICT-BR™** é uma ferramenta validada no Brasil e utilizada em 30 países para identificar sinais de piora em pacientes com doenças avançadas, como câncer e demência. SPICT-BR™ será positivo quando, na primeira parte, houver a presença de dois ou mais indicadores gerais de piora da saúde e, na segunda parte, pelo menos um ou mais indicadores clínicos. Ele

orienta profissionais na identificação de pacientes que podem se beneficiar de cuidados paliativos, promovendo revisões na abordagem terapêutica e melhor comunicação entre equipes, pacientes e familiares.

Escala Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPIC-T-BR™

Fonte: Corrêa S.

 <p>THE UNIVERSITY of EDINBURGH</p>	<h2>Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPIC-T-BR™)</h2>	 <p>NHS Lothian</p>
<p>O SPIC-T é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.</p>		
<p>Procure por indicadores gerais de piora da saúde.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internações hospitalares não programadas. ▪ Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia). ▪ Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador. ▪ Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal. ▪ Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base. ▪ A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida. 		
<p>Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.</p>		
<p>Câncer</p> <p>Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.</p> <p>Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.</p>	<p>Doença cardiovascular</p> <p>Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. <p>Doença vascular periférica grave e inoperável.</p>	<p>Doença renal</p> <p>Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica.</p> <p>Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.</p> <p>Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.</p>
<p>Demência/ fragilidade</p> <p>Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.</p> <p>Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.</p> <p>Incontinência urinária e fecal.</p> <p>Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.</p> <p>Fratura de fêmur, múltiplas quedas.</p> <p>Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.</p>	<p>Doença respiratória</p> <p>Doença respiratória crônica grave com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. <p>Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.</p> <p>Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.</p> <p>Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.</p>	<p>Doença hepática</p> <p>Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas <p>Transplante hepático é contraindicado.</p>
<p>Doença neurológica</p> <p>Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.</p> <p>Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.</p> <p>Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.</p>	<p>Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado. ▪ Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar. ▪ Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família. ▪ Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva. ▪ Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados. 	

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPIC-T website (www.spict.org.uk)

SPIC-T™, abril 2016

3º Passo - Avaliação da funcionalidade do paciente: a avaliação funcional desempenha um papel importante para compor a avaliação das necessidades de

cuidados paliativos, permitindo o monitoramento da evolução da doença e fornecendo informações essenciais para o prognóstico. Para essa avaliação, utiliza-se a escala *Palliative Performance Scale* (PPS), que considera fatores como mobilidade, gravidade da doença, capacidade de autocuidado, ingestão de alimentos e nível de consciência. A escala varia de 0 a 100%, sendo que 0 indica óbito. Essa ferramenta ajuda a identificar a perda de funções ao longo do tempo e a ajustar expectativas e é útil quando familiares ou profissionais demonstram otimismo excessivo sobre o estado do paciente, permitindo comparações que evidenciam mudanças sutis, mesmo quando o paciente aparenta "estar bem" em um momento isolado. Isso possibilita discussões mais realistas sobre o plano terapêutico e os cuidados necessários.

Escala Palliative Performance Scale (PPS)

PPS	Deambulação	Atividade e evidência de doenças	Autocuidado	Ingesta	Nível de consciência
100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/ trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50%	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapaz para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência; +/- confusão
30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência; +/- confusão

20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência; +/- confusão
10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma; +/- confusão
0%	Morte				

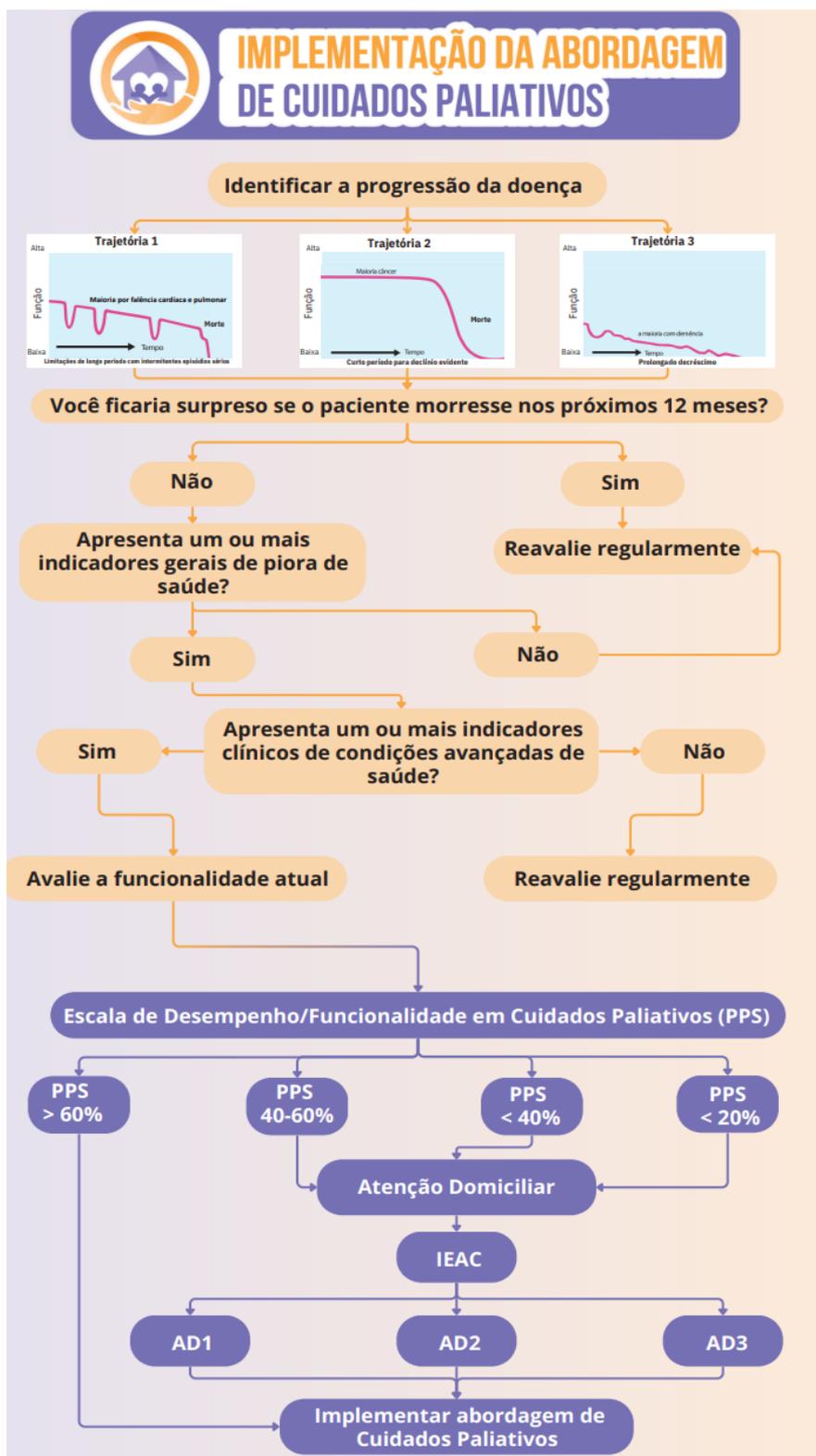
Fonte: Maciel MGS. ⁽¹³⁾

Após a identificação da Pergunta Surpresa positiva, **SPICT-BR** positivo e **PPS** inferior a 60%, conclui-se que o paciente pode se beneficiar da abordagem em Cuidados Paliativos, integrada proporcionalmente à terapia modificadora da doença.

4º Passo - Avaliação da **elegibilidade para a Atenção Domiciliar (AD)**: dando seguimento será necessário **avaliar a elegibilidade para a Atenção Domiciliar (AD)** e definir a modalidade mais adequada (AD1, AD2 ou AD3). A aplicação do **Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da AD (IAEC-AD)** é essencial para essa definição, auxiliando a equipe na tomada de decisão. Nos casos em que a **necessidade de cuidados paliativos sequenciais** for identificada, essa condição pode ser determinante para a admissão na Atenção Domiciliar, independentemente do escore. No entanto, os **resultados do escore** ainda são uma ferramenta complementar relevante para avaliar a complexidade do cuidado e guiar as decisões assistenciais (ANEXO 3).

Os passos apontados das Diretrizes de Cuidados Paliativos têm o objetivo de organizar a oferta dessa abordagem na Rede de Atenção à Saúde resumidos na ilustração abaixo:

Identificação de pacientes elegíveis aos Cuidados Paliativos.



Oferta dos cuidados paliativos proporcionais à terapia modificadora da doença.

As fases dos Cuidados Paliativos estão estruturadas da seguinte forma:

Fase 1 – Cuidados Paliativos Precoces

- Sensibilização da população sobre cuidados paliativos, visando a prevenção do sofrimento e a promoção da saúde.
- Capacitação de cuidadores e familiares.
- Atendimento na Atenção Básica (AB).
- Início da doença, com foco na terapia modificadora.
- Intervenções paliativas incluem avaliação do paciente, comunicação sobre a doença e planejamento das ações.
- Assistência realizada na AB e ambulatórios.

Fase 2 – Cuidados Paliativos Complementares

- Progressão da doença, com controle de sintomas e prevenção de complicações.
- Discussão sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).
- Assistência na AB, AD1, EMAD Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar/Equipe Multiprofissional de Apoio ou hospitalar.

Fase 3 – Cuidados Paliativos Predominantes

- Aumento da complexidade das necessidades do paciente e de sua família.
- Intensificação do controle de sintomas e aprofundamento das discussões sobre diretivas antecipadas.
- Intervenções terapêuticas podem ser realizadas em casos de intercorrências.
- Assistência preferencialmente na AD2, podendo incluir internação se necessário.

Fase 4 – Cuidados Paliativos Exclusivos

- Fase final da vida, com ênfase no controle de sintomas físicos, psíquicos e espirituais.
- Terapias de manutenção deixam de ser recomendadas.
- Assistência prioritária na AD3, com possibilidade de internação para óbito planejado.
- Apoio emocional à família e assistência no processo de luto.
- Assistência na AD3 com suporte da AB.

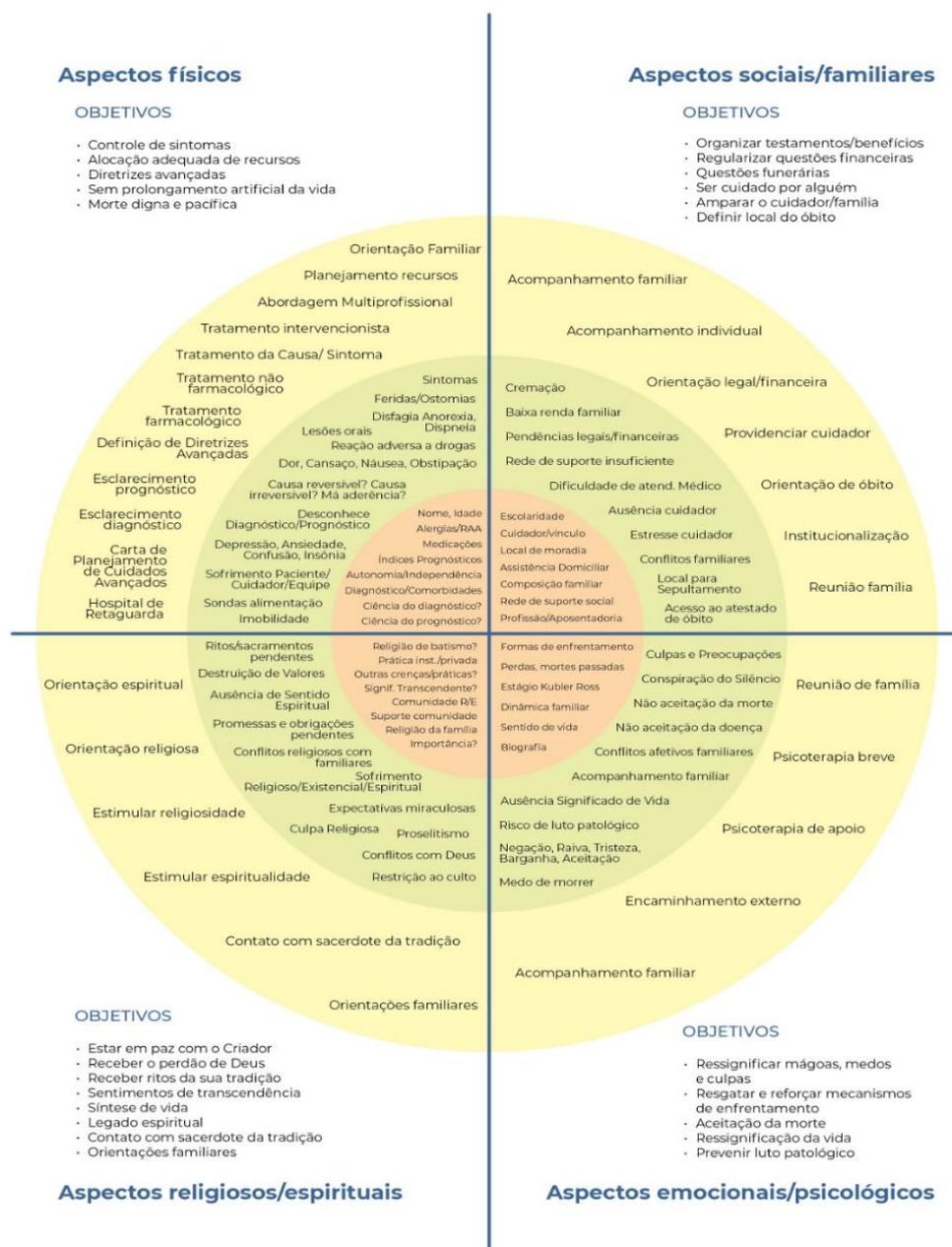
Após a identificação das necessidades em cuidados paliativos, é fundamental que o enfermeiro implemente ações organizadas nos seguintes eixos abaixo junto com a equipe multiprofissional: (1) avaliação multidimensional, (2) abordagem integral, (3) elaboração do plano terapêutico singular, (4) manejo de sintomas, (5) capacitação do cuidador, (6) realização de conferência familiar, (7) matriciamento, além de (8) medidas relacionadas ao fim de vida e (9) ao luto.



Fonte: Dib KM, Garcia RR ⁽²⁾.

Avaliação multidimensional: a avaliação multidimensional ocupa um papel fundamental no processo, pois permite compreender a complexidade do sofrimento do paciente, em conjunto com a equipe multiprofissional, um plano de cuidado que considere não apenas o paciente, mas também seus familiares, cuidadores e rede de apoio. Para apoiar essa análise, pode-se utilizar o Diagrama da Abordagem Multidisciplinar (DAM), que organiza o raciocínio clínico ao considerar as dimensões física, social, emocional e espiritual.

Diagrama da Abordagem Multidimensional.



Fonte: Saporetti LA, et al. (16)

No contexto do processo de elaboração do DAM, é essencial compreender algumas etapas fundamentais, como:

- Levantar e registrar informações relevantes sobre o paciente e seus familiares;
- Realizar uma observação ativa e contínua, identificando sinais e sintomas que indiquem sofrimento atual ou que possam surgir futuramente, de acordo com a condição de saúde apresentada;
- Desenvolver, junto à equipe de saúde, um plano de cuidados que vise reduzir o sofrimento tanto do paciente quanto de seus entes queridos;

- Considerar a forma como o paciente encara questões existenciais, seus valores, o que dá sentido à sua vida e aquilo que ele considera sagrado;
- Levar em conta as crenças, práticas religiosas, ensinamentos e tradições compartilhadas pela comunidade à qual o paciente pertence.

O familiar e o cuidador, como unidade de cuidado, desempenham papel central nos cuidados paliativos. O enfermeiro é responsável por oferecer suporte contínuo a esses cuidadores, reconhecendo sua sobrecarga e acompanhando-os como “segundo paciente”. Para isso, realiza avaliações com instrumentos como a Escala de Zarit, identifica sinais de exaustão e propõe intervenções, orientação e acolhimento, prevenindo o adoecimento mental.

Escala de Zarit

ESCALA DE ZARIT
Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores
<p>Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.</p>
<p>1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase Nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre</p>
<p>2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).</p> <p>(1) Nunca (2) Quase Nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre</p>
<p>3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase Nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre</p>
<p>4. Sente-se exausto quanto tem de estar junto do seu familiar/doente?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase Nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre</p>

ESCALA DE ZARIT	
5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?	
(1) Nunca	
(2) Quase Nunca	
(3) Às vezes	
(4) Frequentemente	
(5) Quase sempre	
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?	
(1) Nunca	
(2) Quase Nunca	
(3) Às vezes	
(4) Frequentemente	
(5) Quase sempre	
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente?	
(1) Nunca	
(2) Quase Nunca	
(3) Às vezes	
(4) Frequentemente	
(5) Quase sempre	

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA	
LEVE	até 14 pontos
MODERADA	15 a 21 pontos
GRAVE	acima de 22 pontos

Fonte: Dib KM, Garcia RR.

Outro papel essencial do enfermeiro é **fortalecer a rede de apoio**, incentivando a corresponsabilização entre os demais familiares e promovendo a capacitação de outros membros da família para a partilha do cuidado.

O enfermeiro deve ainda **incentivar o autocuidado do cuidador**, amparando suas demandas diante do processo de cuidar, acolhendo angústias, medos, frustrações e estresse. A promoção da saúde mental do cuidador exige atenção ativa do enfermeiro a aspectos como:

- Garantia de **períodos de sono adequado**, resguardados de interrupções por demandas do paciente;
- Apoio para as **tarefas domésticas essenciais**, como cozinhar e manter a casa limpa;
- Estímulo a momentos de **lazer e descontração** com pessoas queridas;
- Valorização de práticas de **espiritualidade e religiosidade**, quando presentes;
- Incentivo à realização de **atividades prazerosas** e voltadas para si;

- Identificação e articulação com a **rede de apoio**, promovendo escuta qualificada e suporte emocional;
- Abertura para **discutir os sentimentos** em relação ao paciente, acolhendo reações como tristeza, ansiedade, culpa e raiva como naturais ao processo de cuidar.

Conforme orienta a **Política Municipal de Cuidados Paliativos**, também é papel do enfermeiro **planejar o suporte no período do luto**, organizando o acompanhamento pós-óbito, com escuta ativa, acolhimento das emoções e, quando necessário, encaminhamento para apoio psicológico, prevenindo o isolamento e favorecendo a resignificação do cuidado.

Por fim, o enfermeiro deve garantir que o cuidador tenha acesso contínuo aos **serviços de saúde**, especialmente à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência. Essa articulação é essencial para assegurar o cuidado ampliado e integral à família.

Plano Terapêutico Singular (PTS): A construção do cuidado em cuidados paliativos deve ser um processo coletivo, que respeite e integre os desejos, valores e a biografia do paciente e de sua família. Essa escuta ativa e sensível permite a formulação de metas e intervenções individualizadas, alinhadas com aquilo que realmente importa para cada pessoa. Nesse contexto, o (PTS) se apresenta como uma ferramenta essencial, estruturado em quatro etapas principais: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades entre os profissionais e reavaliação contínua. Essa abordagem fortalece o protagonismo do paciente no processo de cuidado, estimula a corresponsabilização da equipe e promove um cuidado mais resolutivo, integrado e humanizado.

Manejo de sintomas: O manejo de sintomas em pacientes em Cuidados Paliativos requer atenção contínua e avaliação cuidadosa das informações comunicadas pelos pacientes e cuidadores, que servem como base para o planejamento das ações da equipe de saúde.

Intervenções bem conduzidas são fundamentais para melhorar a qualidade de vida, reduzindo a carga de sintomas, promovendo conforto, organização dos cuidados e satisfação de pacientes e familiares. Nesse cenário, o enfermeiro tem

papel essencial na identificação precoce e controle dos sintomas de forma rápida e eficaz.

O profissional de enfermagem deve estar apto a manejar sintomas como dor, dispneia, náusea, fadiga, angústia e ansiedade, respeitando a trajetória da doença e adaptando a assistência conforme a evolução clínica do paciente.

Para monitoramento objetivo dos sintomas, pode-se utilizar o **Edmonton Symptom Assessment System - Revised (ESAS-r)**, que avalia nove sintomas físicos e psicológicos: dor, fadiga, náusea, ansiedade, falta de ar, depressão, sonolência, apetite e bem-estar. Caso o paciente não consiga se comunicar verbalmente, um cuidador pode auxiliar nas respostas. A escala possibilita a mensuração da intensidade dos sintomas e a avaliação da resposta às intervenções realizadas.

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS.

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Sonolência Sonolência= sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sem Náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Náusea Possível
Com Apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar
Sem Depressão Depressão= sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade Ansiedade= sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Com Bem-Estar Bem-Estar/Mal-Estar= como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-Estar Possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

Fonte: Monteiro et al.

A seguir, estão descritos os principais sinais e sintomas avaliados pela escala, além de outros que podem ser importantes para o manejo do paciente:

Dor: A dor é uma experiência sensorial e emocional **desagradável**, associada a lesões reais ou potenciais, e é **modulada por fatores emocionais, sociais e culturais**. No contexto dos **Cuidados Paliativos**, compreender a dor em sua complexidade é fundamental, já que ela pode refletir não apenas alterações físicas, mas também o sofrimento global do paciente.

Para a avaliação sistemática da dor, recomenda-se o uso do **Edmonton Symptom Assessment System – Revised (ESAS-r)**. Essa ferramenta contempla nove sintomas físicos e psicológicos, sendo a dor o primeiro item

avaliado. A escala permite uma **análise rápida e objetiva do sofrimento**, contribuindo para o planejamento individualizado do cuidado. Além da dor, a ESAS-r avalia sintomas como fadiga, ansiedade, náusea, depressão e bem-estar.

Em pacientes com **demência avançada**, a dor deve ser avaliada com base em **comportamentos observáveis**, já que a comunicação verbal pode estar comprometida. A escala **Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada – PAINAD-Br** considera cinco domínios: **respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e capacidade de ser consolado**. Cada item recebe uma pontuação, que varia de 0 a 2, totalizando até 10 pontos.

Antes de aplicar a pontuação, recomenda-se **observar o paciente por pelo menos cinco minutos**, em diferentes situações – em repouso, durante atividades prazerosas, durante o cuidado ou após administração de analgésicos – para garantir maior precisão na identificação da dor.

A avaliação regular e adequada da dor é essencial para que o enfermeiro e a equipe de saúde possam oferecer intervenções eficazes, respeitando os princípios dos Cuidados Paliativos, que priorizam o **alívio do sofrimento** e a **qualidade de vida** do paciente e de sua família.

Comportamento	0	1	2	Pontuação
Respiração Independente de vocalização	<ul style="list-style-type: none"> Normal 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade ocasional para respirar Curto período de hiperventilação 	<ul style="list-style-type: none"> Respiração ruidosa e com dificuldades Longo período de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes 	
Vocalização negativa	<ul style="list-style-type: none"> Nenhuma 	<ul style="list-style-type: none"> Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro 	
Expressão facial	<ul style="list-style-type: none"> Sorrindo ou inexpressiva 	<ul style="list-style-type: none"> Triste Assustada Franzida 	<ul style="list-style-type: none"> Careta 	
Linguagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> Relaxada 	<ul style="list-style-type: none"> Tensa Andar angustiado/afritito de um lado para o outro Inquietação 	<ul style="list-style-type: none"> Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a) 	
Consolabilidade	<ul style="list-style-type: none"> Sem necessidade de consolar 	<ul style="list-style-type: none"> Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque 	<ul style="list-style-type: none"> Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a) 	

Fonte: Adaptado de D'Alessandro et al.

A **pontuação total da escala PAINAD-Br** pode variar de **0 a 10**, e uma possível interpretação dos escores é: de **1 a 3** indica **dor leve**, de **4 a 6** corresponde a **dor moderada** e de **7 a 10** representa **dor intensa ou severa**. No entanto, vale destacar que essa classificação é baseada na **escala numérica padrão de dor (0 a 10)**, e **não há validação científica específica** para essa interpretação no contexto da PAINAD-Br.

A **Behavioural Pain Scale (BPS)**, ou **Escala Comportamental de Dor**, foi desenvolvida para **avaliar a dor em pacientes inconscientes**, especialmente aqueles **sob sedação** e em **ventilação mecânica**. A escala avalia três itens: expressão facial, movimentação dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica. Cada item recebe uma **pontuação de 1 a 4**, resultando em um escore final que varia de **3 (ausência de dor) a 12 (dor intensa)**.

A escolha da escala deve considerar o **nível de consciência, condição clínica e capacidade de comunicação do paciente**, sendo o enfermeiro uma figura central na seleção, aplicação e interpretação adequada desses instrumentos, sempre com o objetivo de garantir o alívio efetivo do sofrimento.

Figura – Behavioural Pain Scale ou Escala Comportamental de Dor.

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	• Relaxada	1
	• Parcialmente tensa (por exemplo: abaixa a sobrancelha)	2
	• Totalmente tensa (por exemplo: fecha os olhos)	3
	• Faz careta, presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	• Sem movimento	1
	• Com flexão parcial	2
	• Com flexão total e flexão dos dedos	3
	• Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	• Tolerar movimentos	1
	• Tosse com movimentos	2
	• Briga com o ventilador	3
	• Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
TOTAL		

Fonte: Manual de cuidados paliativos 2023

As **intervenções farmacológicas para o manejo da dor** envolvem o uso de analgésicos como **paracetamol** e **dipirona**, comumente utilizados como primeira linha. A escolha do medicamento deve considerar a **intensidade da dor**, sua **localização** e o **tipo de dor relatado pelo paciente**, permitindo um manejo sintomático mais eficaz e individualizado.

É fundamental que o **enfermeiro avalie continuamente o sintoma**, identificando alterações no padrão da dor e comunicando-se com o(a) **médico(a) da equipe** para discutir a necessidade de outras classes de analgésicos, como **anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)** ou **opioides**, conforme a gravidade do quadro.

Além disso, deve-se respeitar o **tempo de ação esperado** do medicamento, conforme sua **farmacodinâmica e via de administração**, garantindo a **reavaliação clínica no tempo oportuno**. Esse cuidado contínuo permite ajustar a conduta terapêutica e prevenir a escalada do sofrimento.

Paracetamol: 500 a 1000 mg VO a cada 4 ou 6 horas, dose máxima de 4 g/dia. Disponibilidade no SUS: consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) como componente básico e estratégico – comprimido de 500 mg e solução oral de 200 mg/mL.

Dipirona: 500 a 2000 mg VO/EV a cada 6 horas. Disponibilidade no SUS: consta na Rename e Remume 2022 como componente básico – comprimido de 500 mg, solução oral de 500 mg/mL e solução injetável 500 mg/mL.

O uso de **opioides** no manejo da dor, especialmente em cuidados paliativos, deve ser cuidadosamente monitorado, pois pode estar associado a **efeitos adversos** frequentes. Entre os principais, destacam-se: **sedação, constipação intestinal, náuseas e vômitos, prurido, retenção urinária, alterações cardiovasculares, hiperalgesia induzida por opioides e mioclonias**.

A identificação precoce desses efeitos permite a adoção de medidas preventivas e o ajuste adequado da terapêutica, garantindo o equilíbrio entre alívio da dor e qualidade de vida.

É fundamental avaliar, de forma individualizada, a via mais adequada para a administração de medicamentos. Em casos de pacientes com veias colapsadas, finas, frágeis ou com risco elevado de ruptura, temos como opção a hipodermóclise, uma via subcutânea recomendada por sua segurança e eficácia nessas situações. Essa técnica está descrita no Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) – Multiprofissional do Melhor em Casa.

Como alternativa não farmacológica no manejo da dor, os enfermeiros podem utilizar Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), desde que estejam devidamente capacitados e qualificados conforme regulamentação do Conselho Federal de Enfermagem. A escolha da técnica deve considerar a condição clínica e as necessidades específicas de cada paciente, garantindo que a intervenção seja segura, eficaz e compatível com o quadro apresentado.

Constipação: Segundo D'Alessandro et al., a constipação é um sintoma prevalente em pacientes em cuidados paliativos, principalmente naqueles com neoplasias avançadas e em uso de opioides. Pode gerar desconfortos significativos, como náuseas, vômitos e agitação. Nos últimos dias e semanas de vida, sua ocorrência tende a se intensificar, muitas vezes sendo subestimada devido à redução da ingestão alimentar. A avaliação deve considerar fatores recentes e múltiplas causas, como a própria doença de base ou complicações do tratamento. O manejo eficaz depende de uma abordagem abrangente, que leve em conta a funcionalidade do paciente, hábitos alimentares, hidratação, uso de medicamentos e possíveis condições neurológicas. O tratamento baseia-se no uso de laxantes estimulantes, podendo-se recorrer a laxantes osmóticos em casos resistentes.

O manejo da constipação deve iniciar-se com medidas não farmacológicas. Recomenda-se uma dieta rica em fibras, incluindo frutas, legumes e alimentos integrais, associada à adequada ingestão de líquidos. Alimentos que possam favorecer a constipação devem ser evitados. A mobilidade do paciente deve ser estimulada dentro de suas possibilidades, e é importante estabelecer uma rotina regular de evacuação.

Caso essas estratégias iniciais não sejam eficazes, pode-se recorrer ao uso de laxantes, orais ou retais, levando em consideração a condição clínica, a tolerância e as preferências do paciente. A introdução de medicamentos deve ser

acompanhada por avaliação e orientação médica, especialmente em situações de maior complexidade.

Náuseas e vômitos: A náusea é uma sensação desconfortável de necessidade iminente de vomitar, frequentemente acompanhada de sintomas como sudorese e refluxo. O vômito, por sua vez, é a expulsão forçada do conteúdo gástrico. Ambos os sintomas causam intenso sofrimento, comprometendo a qualidade de vida do paciente e podendo gerar complicações como perda de apetite, desidratação, perda de peso e dificuldade na administração de medicamentos por via oral.

A avaliação da náusea é subjetiva e depende do relato do próprio paciente e de seus familiares. Deve incluir uma investigação cuidadosa das possíveis causas, considerando a história clínica, o exame físico e fatores associados, como dificuldades na deglutição, reações alimentares e o estado nutricional ⁶.

As medidas não farmacológicas são essenciais no controle da náusea e do vômito. Entre elas, recomenda-se evitar estímulos desencadeantes e oferecer pequenas porções de alimentos em temperatura ambiente ou frios, preferindo preparações leves e evitando alimentos gordurosos ou ultraprocessados. É aconselhável administrar antieméticos antes das refeições, manter um ambiente tranquilo, promover cuidados com a higiene oral e nasal, e posicionar o paciente de forma elevada durante a alimentação. Práticas Integrativas e Complementares também podem ser utilizadas como suporte.

Nos casos de obstrução intestinal maligna, intervenções como a colocação de sonda nasogástrica aberta ou gastrostomia descompressiva podem ser indicadas, respeitando-se a avaliação prognóstica e os objetivos de cuidado definidos para o paciente.

Diarreia: A diarreia é definida como o aumento da frequência das evacuações e/ou alteração na consistência das fezes. Em sua forma aguda, geralmente de origem infecciosa, tende a se resolver espontaneamente em até duas semanas. Contudo, quando persiste por mais tempo, deve ser investigada de forma criteriosa.

A avaliação clínica da diarreia deve considerar aspectos como a frequência, consistência, duração do quadro e sintomas associados. É

fundamental revisar o histórico do paciente, incluindo o uso de medicamentos, tratamentos recentes e possíveis causas secundárias, como infecções, intolerâncias alimentares ou efeitos adversos de fármacos.

As intervenções de enfermagem no manejo da diarreia envolvem a manutenção da hidratação adequada, preferencialmente por via oral. Em casos mais graves, pode ser necessária a hidratação por via endovenosa ou por hipodermóclise. A orientação para adoção de uma dieta obstipante, com exclusão de alimentos com efeito laxativo, também é importante. Deve-se garantir que o paciente tenha acesso facilitado ao vaso sanitário, promovendo conforto e segurança. Além disso, pode-se considerar o uso de probióticos, quando indicado, e discutir com a equipe médica a revisão de medicamentos que possam estar contribuindo para o quadro, como os laxantes.

Dispneia: A dispneia é uma sensação subjetiva de dificuldade respiratória, caracterizada por diferentes percepções de desconforto que variam em intensidade. O paciente pode descrever a sensação como falta de ar, sufocamento, dificuldade para expirar completamente ou aperto no peito, sendo um sintoma que compromete significativamente o bem-estar físico e emocional.

A avaliação da dispneia deve considerar fatores desencadeantes, histórico clínico, impacto na qualidade de vida e aspectos emocionais envolvidos. O exame físico inclui a observação da frequência respiratória, uso de musculatura acessória, alterações na coloração da pele e presença de sinais de perda muscular. A ausculta pulmonar deve ser realizada de forma criteriosa. Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência, é importante levar em conta a percepção da equipe e dos familiares quanto ao conforto respiratório, uma vez que a saturação de oxigênio dentro da normalidade não exclui a presença de dispneia.

O enfermeiro tem papel fundamental no manejo da dispneia, adotando estratégias como manter o ambiente ventilado, utilizar ventilação direcionada ao rosto do paciente e aplicar terapias complementares que promovam alívio. Em situações de hipoxemia, a oxigenoterapia está indicada, especialmente em pacientes com DPOC que apresentem redução da PaO_2 ou saturação de oxigênio. É necessário que o profissional monitore os parâmetros clínicos com

regularidade e oriente o paciente e a família quanto ao uso adequado do oxigênio, adaptando o plano de cuidados conforme a evolução do quadro.

Ansiedade: O transtorno de ansiedade é caracterizado por um sentimento vago de apreensão, tensão e desconforto, podendo se manifestar de forma intensa e persistente. Embora a ansiedade seja frequentemente vista de forma negativa, também possui uma função adaptativa diante de situações adversas. A principal distinção entre ansiedade considerada normal e aquela de caráter patológico reside na duração dos sintomas, na capacidade de auto-limitação, nas consequências físicas e na existência de um estímulo específico que desencadeia a resposta.

Nos cuidados paliativos, a ansiedade e a depressão estão entre os problemas psicossociais mais prevalentes, impactando significativamente o bem-estar dos pacientes. A ansiedade pode afetar até 70% dos pacientes, enquanto a depressão atinge cerca de 15%, exigindo, portanto, uma abordagem interdisciplinar que contemple as dimensões emocionais do sofrimento.

A avaliação da ansiedade, assim como da depressão, é essencial para minimizar o sofrimento, melhorar a adesão ao tratamento e favorecer a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Esses transtornos interferem tanto na forma como o paciente enfrenta a doença quanto na resposta ao tratamento e no prognóstico. O uso de instrumentos padronizados, como o Edmonton Symptom Assessment System – Revised (ESAS-r), é recomendado para a identificação e monitoramento de sintomas como dor, fadiga, náusea, ansiedade e dispneia.

No cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, o enfermeiro deve promover um ambiente seguro e acolhedor, controlando estímulos sensoriais, como ruídos e iluminação, e oferecendo objetos que transmitam segurança. A escuta ativa e a presença empática contribuem para que o paciente, a família e o cuidador enfrentem a ansiedade e o medo com maior tranquilidade, estimulando o uso de mecanismos de defesa saudáveis. Estratégias como massagens relaxantes, música ambiente, leitura e jogos são úteis para proporcionar conforto. Além disso, Práticas Integrativas e Complementares, como a acupuntura e a musicoterapia, podem ser utilizadas para reduzir os níveis de ansiedade e promover alívio emocional.

Capacitação do cuidador: A capacitação do cuidador é uma responsabilidade do enfermeiro e constitui etapa essencial na garantia da qualidade do cuidado domiciliar. Deve contemplar orientações sobre segurança do paciente, higiene e prevenção de complicações. O enfermeiro deve oferecer suporte educacional desde o início do acompanhamento, abordando cuidados paliativos, desmistificando o tema e facilitando o acesso a serviços de apoio. Em geral, o cuidador principal é um familiar sem formação em saúde, o que reforça a necessidade de orientações claras e acessíveis para que compreenda o estado clínico do paciente e possa prestar assistência de forma segura. As demandas de capacitação identificadas pelo enfermeiro devem ser registradas em prontuário e integradas ao plano de cuidados. Cabe também à equipe multiprofissional, sob articulação do enfermeiro, monitorar a sobrecarga do cuidador por meio de instrumentos como a Escala de Zarit, propondo estratégias para minimizar os impactos emocionais e físicos. É igualmente importante assegurar ao cuidador momentos de descanso e acesso aos serviços de saúde, como a UBS, promovendo suporte integral ao cuidador e à família.

Práticas integrativas complementares: A oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), como auriculoterapia, aromaterapia, terapia comunitária, musicoterapia e técnicas de relaxamento, pode ser conduzida pelo enfermeiro ou organizada em parceria com profissionais capacitados, visando ao alívio do sofrimento e à promoção do bem-estar. Essas práticas também podem ser oferecidas a cuidadores e familiares, contribuindo para a redução do estresse, fortalecimento de vínculos e promoção de conforto emocional.

Conferência familiar: A realização de conferência familiar é uma intervenção estratégica que o enfermeiro pode conduzir ou facilitar, promovendo comunicação efetiva entre equipe, paciente e familiares. Essa abordagem favorece o esclarecimento dos objetivos do cuidado, alinha expectativas e contribui para a prevenção de conflitos. Deve ser planejada cuidadosamente, ocorrendo preferencialmente em momentos oportunos e com disponibilidade dos envolvidos, podendo ser presencial ou por videoconferência. Ferramentas como o genograma e o ecomapa auxiliam na identificação das relações familiares e dos suportes sociais, permitindo uma abordagem mais integrada. Nessas reuniões, o

enfermeiro também deve apoiar a família e o cuidador no enfrentamento do luto antecipatório, esclarecendo sobre a “conspiração do silêncio” e promovendo reflexões sobre o processo ativo da morte.

Plano avançado/antecipado de cuidados: O plano avançado ou antecipado de cuidados é uma ferramenta essencial para alinhar as decisões terapêuticas aos valores e desejos do paciente. O enfermeiro, em articulação com a equipe multiprofissional, deve participar ativamente da escuta e do planejamento, especialmente em momentos-chave como o diagnóstico, a estabilidade clínica, a progressão da doença e a transição para os cuidados de fim de vida. O processo de comunicação deve ser contínuo e humanizado, favorecendo a construção das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) de forma precoce e respeitosa, considerando a trajetória clínica do paciente.

Matriciamento: O matriciamento é uma estratégia que pode ser coordenada pelo enfermeiro em conjunto com a equipe especializada, oferecendo suporte técnico às equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS). As reuniões de matriciamento são oportunidades de qualificação contínua, troca de experiências e fortalecimento das práticas de cuidados paliativos. Nessas sessões, o enfermeiro contribui para a análise crítica de casos, atualização de condutas e desenvolvimento de competências para lidar com situações complexas e em constante mudança.

Medidas de fim de vida: Os cuidados na fase final da vida devem ser conduzidos por uma equipe multiprofissional de forma coordenada, centrada no conforto do paciente, no suporte à família e na orientação sobre os sinais de terminalidade e o processo de luto. A atuação integrada da equipe favorece uma abordagem mais humanizada e eficaz, respeitando os desejos previamente pactuados com o paciente e seus familiares.

A enfermagem, nesse contexto, desempenha papel essencial na promoção do alívio do sofrimento e na manutenção da dignidade do paciente, garantindo conforto físico e emocional. O enfermeiro, em articulação com os demais profissionais, deve orientar os familiares sobre os sinais do processo ativo de morte, esclarecendo que essa fase pode durar horas ou dias, sendo mais comum

o intervalo de 48 a 72 horas. É fundamental destacar que o processo de morrer é individual e não segue um protocolo rígido, exigindo sensibilidade e escuta qualificada por parte da equipe.

A comunicação com os familiares deve ser contínua, e o enfermeiro tem um papel privilegiado em reconhecer os sinais clínicos, acolher dúvidas e promover conversas antecipadas. Isso possibilita que os familiares identifiquem a aproximação da morte sem desespero, favorecendo uma despedida com menos sofrimento, em consonância com os valores e os desejos do paciente. A atuação conjunta da equipe multiprofissional assegura que esse momento ocorra com o máximo de cuidado, respeito e humanidade.

Quando a fase ativa do processo de morrer é identificada, torna-se essencial preparar a família, oferecendo apoio emocional e informações claras. O enfermeiro, em colaboração com a equipe multiprofissional, deve comunicar de forma cuidadosa sobre os sinais que indicam a proximidade da morte, reforçando sua presença constante e o suporte necessário durante esse momento delicado e sensível.

É importante lembrar que os objetivos dos cuidados paliativos nesse estágio são a redução do sofrimento e do desconforto até o momento da morte, por meio do manejo adequado de sintomas e suporte emocional. Deve-se retomar as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), previamente pactuadas, para garantir que os desejos do paciente sejam respeitados.

Entre as ações de cuidado que o enfermeiro deve reforçar, estão as medidas de conforto, com atenção especial à higiene oral, o posicionamento adequado no leito e a normalização da redução da ingestão alimentar, incluindo a possibilidade de jejum, comum nesta fase.

É fundamental fortalecer a comunicação entre os familiares, abordando o processo ativo da morte de maneira sensível e respeitosa, valorizando aspectos culturais e espirituais, conforme os valores da família. A equipe deve promover um espaço seguro para a expressão de sentimentos, dúvidas e preocupações, esclarecendo eventuais questões burocráticas e apoiando a decisão compartilhada sobre o local mais adequado para o óbito.

Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são um conjunto de desejos expressos previamente e de forma clara por uma pessoa maior de 18 anos, em relação aos

cuidados e tratamentos que deseja ou não receber, caso venha a se tornar incapaz de manifestar sua vontade de forma livre e autônoma.

LUTO: É uma vivência profundamente dolorosa, marcada pela tentativa de reorganizar emoções e ressignificar a ausência. Trata-se de um processo individual e singular, no qual sentimentos intensos como medo, tristeza e sensação de incapacidade podem emergir, dificultando a retomada da rotina e o equilíbrio emocional.

As fases do luto representam um processo natural e individual de adaptação diante de uma perda significativa, sendo importantes para a compreensão e o acolhimento das reações emocionais vivenciadas por pacientes, familiares e cuidadores no contexto dos cuidados paliativos:

Emocional: tristeza, saudade, raiva, choro, culpa.

Física: alterações de apetite e sono, queda no sistema imunológico, taquicardias, dispneia, diminuição da libido.

Social: isolamento, afastamento, baixa interação social.

Espiritual: perda ou aumento da fé, conflito com as próprias crenças, questionamento de valores, revolta com o "sagrado".

Cognitiva: perda de memória, dificuldade de concentração, desorganização, confusão.

Cabe ao enfermeiro desenvolver um olhar clínico atento para as manifestações do luto em suas diferentes fases, reconhecendo que ele pode ocorrer antes mesmo da morte — o chamado luto antecipatório — e que, em alguns casos, pode se apresentar de forma mais intensa e prolongada, caracterizando o luto complicado.

Durante essa trajetória, é essencial considerar os fatores de risco e de proteção presentes tanto na pessoa enlutada quanto em sua rede de apoio e na equipe de saúde envolvida. O reconhecimento desses aspectos é parte fundamental do cuidado, possibilitando intervenções mais sensíveis e eficazes.

Segue os elementos no quadro abaixo:

Fatores de risco	Fatores de proteção
Rituais de despedidas realizados durante o processo de cuidados;	Tipo de morte (precoce ou violenta)
Entender os sintomas da doença e o tratamento sem fins de prolongamento de vida;	Relação conflituosa ou de dependência com o falecido; Perda de filhos; Perdas múltiplas
Relacionamento positivo com a equipe;	Conflitos com equipe de cuidados
Rede de apoio presente e fortalecida;	Vulnerabilidade socio-econômica

Com o tempo, à medida que o luto é elaborado e as memórias da pessoa falecida vão sendo integradas de maneira mais serena, torna-se possível experimentar a continuidade da vida com novos significados. A equipe de saúde, especialmente os profissionais da Equipe de Atenção Domiciliar e da Estratégia Saúde da Família, tem papel fundamental nesse percurso, oferecendo escuta, acolhimento e cuidados contínuos que fortalecem a longitudinalidade do cuidado mesmo após a perda.

O enfermeiro é peça fundamental na promoção de cuidado integral, alívio do sofrimento e apoio às famílias. Conheça, a seguir, as atribuições e competências que definem sua atuação em cuidados paliativos.

São atribuições dos enfermeiros:

- Avaliação abrangente: Identificar necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais.
- Elaboração de plano de cuidados: Planejar cuidados integrados à RAS de forma contínua.
- Controle de sintomas: Intervir oportunamente para promover conforto e qualidade de vida.
- Escuta ativa: Reconhecer e atender necessidades espirituais e emocionais.
- Comunicação aberta: Facilitar a troca de informações sobre condições, cuidados e expectativas.
- Decisão compartilhada: Apoiar o registro das preferências do paciente, respeitando legislações vigentes.
- Protocolos de comunicação: Garantir respeito à autodeterminação e direitos do paciente, acionando comitês de bioética quando necessário.
- Assistência no luto: Oferecer suporte aos familiares durante e após o processo de luto

O enfermeiro possui responsabilidade legal e ética de capacitar sua equipe de enfermagem, garantindo a qualidade e a segurança da assistência prestada, conforme estabelecido pela Lei nº 7.498/1986 e pelas Resoluções Cofen nº 735/2024 e nº 736/2024. Essas normativas reconhecem como atribuição do enfermeiro o planejamento de ações educativas em cuidados paliativos e a supervisão das práticas assistenciais, reforçando sua atuação como líder e educador no ambiente de trabalho.

É importante destacar as competências específicas que o enfermeiro deve desenvolver para oferecer um cuidado paliativo qualificado, centrado na pessoa e alinhado com os princípios da integralidade.

As competências centrais em cuidados paliativos abrangem diversas dimensões fundamentais para a assistência integral e humanizada do Enfermeiro:

- **Avaliação multidimensional:** Realizar uma avaliação completa do paciente e de sua família, utilizando o Processo de Enfermagem e linguagens padronizadas, garantindo a abordagem de todas as dimensões do cuidado.
- **Uso de ferramentas validadas:** Aplicar instrumentos adaptados e validados para mensurar a intensidade e evolução dos sintomas, viabilizando intervenções eficazes.
- **Gestão da funcionalidade:** Acompanhar continuamente a funcionalidade do paciente, com foco na reabilitação, planejamento de alta e cuidados domiciliares.
- **Controle da dor:** Ter domínio sobre o uso de fármacos, especialmente opioides, e estratégias não farmacológicas para o alívio da dor.
- **Manejo de sintomas comuns:** Intervir eficazmente em sintomas como dispneia, náuseas e fadiga, por meio de condutas farmacológicas e não farmacológicas.
- **Alívio do sofrimento físico:** Prevenir e tratar sintomas, promovendo o conforto e oferecendo cuidados de excelência durante todo o processo de doença e no final da vida.
- **Apoio psicológico:** Reconhecer e lidar com as emoções do paciente e da família, promovendo estratégias de enfrentamento e oferecendo suporte emocional contínuo.
- **Suporte social:** Auxiliar nas necessidades sociais e práticas do paciente e da família, como direitos, benefícios e questões relacionadas ao convívio social.
- **Apoio espiritual:** Respeitar e apoiar as necessidades espirituais do paciente, oferecendo um ambiente acolhedor para a expressão de crenças religiosas ou existenciais.
- **Educação de familiares e cuidadores:** Orientar os familiares no reconhecimento e manejo de sinais e sintomas, tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar.

- **Apoio no processo de morte:** Orientar a equipe e a família sobre os sinais do processo de morte, promovendo conforto, acolhimento e dignidade.
- **Apoio aos cuidadores:** Identificar sobrecargas e fornecer suporte para os cuidadores familiares, além de oferecer estratégias para lidar com o estresse e conflitos familiares.
- **Mediação de conflitos:** Atuar como facilitador da comunicação entre familiares, cuidadores e a equipe de saúde, contribuindo para a construção de decisões compartilhadas.
- **Aspectos éticos:** Abordar dilemas éticos, respeitando a autonomia do paciente e promovendo práticas que alinhem valores culturais e decisões de cuidado.
- **Coordenação e trabalho em equipe:** Assegurar a continuidade e a integração dos cuidados, trabalhando de forma colaborativa entre diferentes profissionais e serviços.
- **Cuidado individualizado:** Garantir que o cuidado seja sempre personalizado, respeitando as necessidades, os valores e a biografia do paciente e de seus entes queridos.
- **Cuidados integrados e personalizados:** Garantir cuidados no ambiente mais adequado, respeitando as escolhas do paciente e adaptando-se ao contexto familiar e cultural, com foco na qualidade de vida.

E por fim, a comunicação eficaz é uma das competências fundamentais do enfermeiro, especialmente no contexto dos cuidados paliativos, independentemente do nível de atenção dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Saber comunicar-se com clareza, empatia e responsabilidade faz parte do cuidado integral.

Transmitir informações de maneira honesta, sem omissões, respeitando a singularidade de cada paciente e seu contexto sociocultural, ajuda a reduzir o impacto emocional das notícias, fortalece o vínculo terapêutico, promove o engajamento da família no cuidado e contribui para melhores desfechos assistenciais.

O uso do protocolo **SPIKES** é uma ferramenta valiosa nesse processo e deve estar associado a uma escuta qualificada, sensibilidade clínica e acolhimento genuíno. O protocolo envolve seis etapas fundamentais:

Quadro: Protocolo Spikes

SPIKES
S: As informações devem ser transmitidas em um ambiente reservado, livre de distrações. É importante verificar se o paciente deseja a presença de familiares na conversa. Além disso, o profissional deve estar sentado e evitar obstáculos físicos
P: Utilize perguntas abertas para compreender a percepção do paciente sobre sua situação. Algumas sugestões incluem: "O que já lhe informaram sobre seu estado de saúde?" ou "O que você sabe sobre esse tema?"
I: É essencial verificar se o paciente deseja receber todos os detalhes. Perguntas como: "Como o(a) senhor(a) prefere que eu compartilhe os resultados dos exames?" pode

ajudar. Caso ele prefira não saber, deve-se oferecer a possibilidade de discutir em outro momento, quando ele quiser e sentir-se confortável, ou com algum membro familiar para que tomem decisões por ele.

K: É importante avaliar seu nível de compreensão, evitando linguagem técnica. Realizem perguntas ao longo da conversa para ter certeza de que o paciente está entendendo o que está sendo dito. Não utilize frases como: “não há mais nada que possamos fazer”. Sempre há o que fazer!

E: As respostas do paciente e da família podem variar desde o silêncio até o choro, negação ou raiva. É importante estar atento a essas respostas para garantir que as informações essenciais tenham sido absorvidas ao longo da conversa. Importante dar um tempo para que ele expresse as emoções.

S: Retomar informações conversadas no momento e realizar um plano terapêutico em conjunto com o paciente e família.

Fonte: adaptado de Rodrigues.

Essas competências reforçam o protagonismo do enfermeiro na oferta precoce do cuidado paliativo, de forma resolutiva e compartilhada com a equipe multiprofissional, voltada para a prevenção e alívio do sofrimento, reconhecendo a singularidade de cada história de vida.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Dispõe sobre os cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2024 mai 8; seção 1.
- Dib KM, Garcia RR. Diretriz Técnica de Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar [livro eletrônico]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2024. ISBN: 978-65-01-15126-7. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/2diretriz_cuidados_paliativos_set2024-pd
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 739, de 05 de fevereiro de 2024. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Diário Oficial da União*. 2024 fev 8 [citado 2025 abr 4]; seção 28. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-739-de-05-de-fevereiro-de-2024/>
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resoluções nº 735 e 736, de 17 de janeiro de 2024 [Internet]. Brasília: COFEN; 2024 [citado 2025 abr]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. *Diário Oficial da União*. 2024 jan 23; seção 1:127. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cofen-n-736-de-17-de-janeiro-de-2024-530384209>
- D'Alessandro MPS, organizadora. Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2023. 424 p. (Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar, 2021-2023, do PROADI-SUS). ISBN: 978-65-85051-59-0.
- Encarnação P, et al. Competências centrais em cuidados paliativos: um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos: parte 1. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(2):86–91. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/59824>

8. Firmino F, Trotte LAC, Silva RS. Competências do enfermeiro: especialista em cuidados paliativos no Brasil. In: Rodrigues DP, organizador. 1ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2022. [PDF].
9. Gallego G. Tradução e adaptação cultural para o Brasil da escala "Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD" [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2013.
10. Kraychete DC, Garcia JBS, Siqueira JTT, Grupo de Especialistas. Recomendações para o uso de opioides no Brasil: Parte IV. Efeitos adversos de opioides. São Paulo: Sociedade Brasileira para Estudo da Dor; 2014.
11. Ribeiro TGR. Ansiedade e depressão em doentes em cuidados paliativos, num centro hospitalar da região norte [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2020.
12. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED). Definição de dor. 2020.
13. Maciel MGS. Avaliação do paciente sob Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
14. Corrêa S. SPICT-BR™ is a tool to aid clinicians in identifying patients who may need palliative care. SPICT™ Supportive and Palliative Care Indicators Tool [Internet]. Edinburgh: University of Edinburgh; 2016 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>
15. Oliveira RA. Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008.
16. Saporetti LA, et al. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Rio de Janeiro: ANCP; 2012.
17. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):163–171.
18. Castillo ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(Supl II):20–3.
19. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. BMC Cancer. 2019;19(1):943. doi:10.1186/s12885-019-6181-4
20. Pimentel D, Pimentel M. Sustainability of meat-based and plant-based diets and the environment. Am J Clin Nutr. 2003;78(3 Suppl):660S–663S.
21. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Nota Técnica CAB/SEABEVS nº 01/2024: Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD). Atualizada em: 6 jan. 2025.
22. SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Manual de procedimentos operacionais padrão (POP) – multiprofissional do Melhor em Casa*. São Paulo: SMS, 2020. POP 019, p. 46.
23. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1995, de 09 de agosto de 2012: dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. 31 ago 2012.
24. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da profissão de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 jun 1986.
25. RODRIGUEZ, M. Despedida silenciada: Equipe médica, família, paciente–cúmplices da conspiração do silêncio. Psicologia Revista, v. 23, n. 2, p. 261-272, 2014.

Capítulo 10 – QUEIXAS MAIS COMUNS NA APS

10.1 Infecções de Vias Aéreas Superiores - IVAS (R74)

As infecções virais de vias aéreas superiores (IVAS) são doenças comuns que afetam estruturas como nariz, seios nasais, faringe e laringe, e são mais frequentes entre outono e primavera, associadas aos períodos sazonais. Elas ocorrem devido à invasão viral na mucosa das vias aéreas superiores, com a inalação de gotículas infectadas.

Cerca de 0,5% a 2% das IVAS evoluem para rinossinuste bacteriana, sendo que 90% das rinosinusites bacterianas surgem após infecções virais. Dados do Boletim Epidemiológico de 2024 mostram que, no Brasil, a maioria dos casos de Síndrome Respiratória Aguda (SRAG) é associada ao SARS-CoV-2 (COVID-19), seguido por Influenza A e vírus sincicial respiratório. A mortalidade é maior entre crianças pequenas, idosos e naqueles infectados por SARS-CoV-2, especialmente nos estados do nordeste, sudeste e sul, com um aumento de casos de gripe e COVID-19.

Prevenção e imunização

O protocolo de imunização contra a gripe é estabelecido pelo Ministério da Saúde e faz parte do Programa Nacional de Imunizações (PNI). O objetivo é reduzir a morbidade e mortalidade associadas à influenza e COVID-19, especialmente entre grupos de risco.

A vacinação anual contra influenza é capaz de promover imunidade durante o período de maior circulação dos vírus. O esquema vacinal completo, incluindo as doses de reforço, quando recomendado, é essencial que se possa dar continuidade nas ações de vacinação.

10.1.1. Síndromes gripais

Populações de risco para ocorrência de Síndrome Gripal (SG)

Os fatores relacionados ao indivíduo são determinantes na apresentação e evolução do quadro, sendo a idade, estado fisiológico e imunológico determinantes importantes. A depender, a infecção pode se apresentar de forma

assintomática, com sintomas leves e autolimitados ou ainda com sintomas graves e complicações, necessitando de monitorização rigorosa.

Grupo de risco para Síndrome Gripal (SG)
<ul style="list-style-type: none">• Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);• Adultos ≥ 60 anos• Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente nos menores de 6 meses, que apresentam maior taxa de mortalidade);• População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;• Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);• Indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma); pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação);• Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);• Nefropatias; hepatopatias;• Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);• Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus);• Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular cerebral – AVC – ou doenças neuromusculares);• Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide > 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/AIDS ou outros;• Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 kg/m² em adultos)

Apresentação clínica das afecções respiratórias

A apresentação clínica mais comum descrita é sinais respiratórios altos, são eles: cefaleia, espirros, calafrios, dor de garganta e sintomas tardios de coriza, obstrução nasal, tosse e mal-estar. Geralmente, os sintomas se intensificam em 2 a 3 dias, após a infecção, o ciclo da doença tem duração média de 7 a 10 dias.

As diferentes apresentações clínicas são úteis para identificar o agente causal assim como diferenciar infecções virais emergentes, como por exemplo, na pandemia de síndrome respiratória aguda (COVID, Influenza). Isso tem grande relevância epidemiológica pensando no isolamento dos indivíduos infectados e conter a transmissão para a comunidade.

Critérios de caracterização da síndrome gripal

<p>Pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Febre (mesmo que referida); • Calafrios; • Dor de garganta; • Dor de cabeça; • Tosse; • Coriza; • Distúrbios olfativos ou gustativos; • Em idosos: devem-se considerar também critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.; • Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.
--	--

Adaptado da Secretaria de Saúde de São Paulo (2023)

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/fluxograma_SG_17_11_23_covisa_sms%20\(1\)\(2\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/fluxograma_SG_17_11_23_covisa_sms%20(1)(2).pdf)

A avaliação do profissional de saúde ao indivíduo com sintomas respiratórios e gripais é de suma importância no atendimento inicial para identificar a magnitude da queixa e identificar casos mais graves que possam desencadear um quadro de insuficiência respiratória aguda.

É importante que o enfermeiro reconheça os sinais de alerta para evolução à Síndrome Respiratória Aguda Grave e aos grupos de risco para infecções das vias aéreas para realizar intervenções precoces.

Sinais de alerta para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

- Dispneia limitante, progressiva, aos pequenos esforços, ou em repouso;
- Dor torácica de padrão anginoso;
- Confusão mental de início agudo;
- Saturação $\leq 90\%$ (em pacientes com hipoxemia crônica, 3% abaixo do valor usual);
- Hipotensão (PAS $< 90\text{mmHg}$ em pacientes com PAS previamente maior);
- Frequência Respiratória (FR):
 - Em adultos e adolescentes: $> 25\text{mpm}$
 - Em crianças: < 2 meses, $\geq 60\text{mpm}$; 2 a 11 meses, $\geq 50\text{mpm}$; 1 a 5 anos, $\geq 40\text{mpm}$; mais de 5 anos, $\geq 30\text{mpm}$

Fonte: Organização do Atendimento à COVID-19 na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro, 2021

A monitorização contínua e a educação do paciente sobre esses sinais são essenciais para a prevenção de agravamentos.

Influenza

A influenza (gripe) pode se apresentar como Síndrome Gripal que é o mais frequente ou como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com sinais e sintomas que podem indicar maior gravidade.

A gripe geralmente tem cura espontânea em sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas. Algumas pessoas de grupos de risco podem evoluir com complicações como Pneumonia bacteriana e por outros vírus, sinusite, otite, desidratação, entre outros.

A melhor maneira de se prevenir contra a influenza é **vacinar-se, anualmente**.

COVID-19

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves, até quadros moderados, graves e críticos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico que exijam a hospitalização do usuário.

Consulta de Enfermagem

Avaliação

Questione o paciente sobre:

- É um sintoma frequente?
- Quando iniciaram sintomas?
- Sente falta de ar?
- Teve febre (mesmo que referida)?
- Calafrios?
- Dor de garganta?
- Dor de cabeça?
- Tosse?
- Coriza?
- É tabagista?
- Dor de cabeça?
- Corpo dolorido?

- Tomou algum remédio hoje?
- Tem alergia a algum medicamento?
- Se tem tosse: quanto tempo está com tosse? É produtiva? Fez teste de escarro? Já tratou tuberculose anteriormente?
- Quais condições de ventilação da casa?

Exame Físico:

- Observar aspecto geral do usuário
- Avaliar aspecto da mucosa oral
- Verificar se há presença de gânglios na região submandibular
- Palpar região de seios nasais para identificar dor
- Verificar temperatura
- Verificar valor da frequência respiratória
- Identificar se está com esforço respiratório
- Fazer ausculta pulmonar

Sons anormais à ausculta pulmonar

Estertores secos

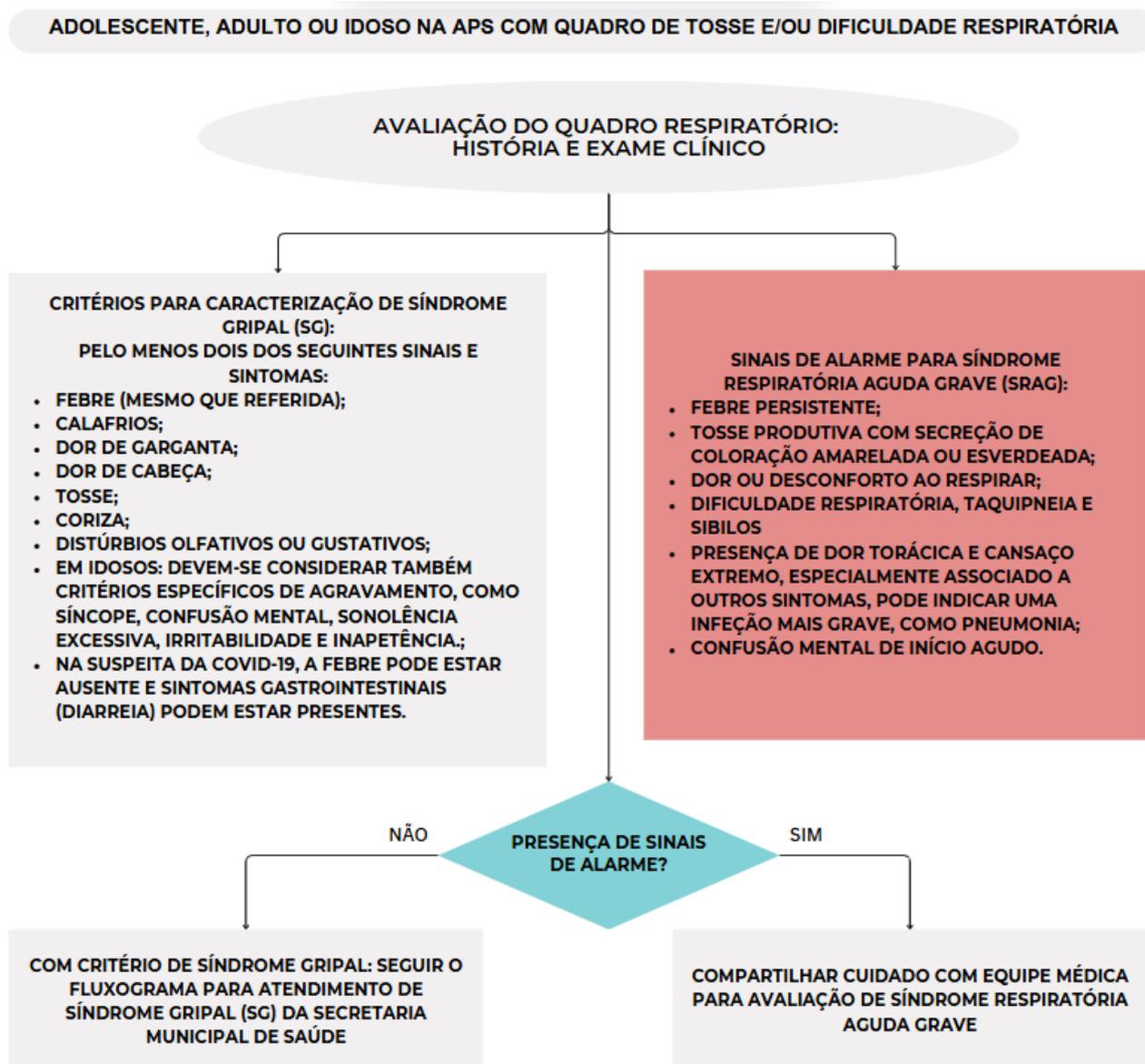
Roncos	Traduzem estenose dos brônquios de grande calibre. São intensos, audíveis a distância, palpáveis sob forma de frêmitos, podem desaparecer nas inspirações profundas.
Sibilos	Traduzem a estenose de brônquios de pequeno calibre e bronquíolos. Secreções espessas aderidas, por espasmos dos músculos bronquiolares e edema de mucosa.

Estertores úmidos

Creptações alveolares	Ruídos provocados pelo deslocamento das paredes alveolares devido à presença de exsudato. Indicam lesões alveolares NUNCA expiratórios SEMPRE inspiratórios Exemplos: pneumonia, broncopneumonia, Tuberculose, edema agudo, Insuficiência Cardíaca Congênita
Subcreptantes ou bolhosos	Estertores brônquicos e bronquiolares Ocorrem quando o ar, passando por esses condutos, entra em conflito com os líquidos ali existentes, originando ruído e bolhas. Modificam-se com a tosse. Exemplos: bronquite, pneumonias, broncopneumonias, edema agudo e Insuficiência Cardíaca Congênita

Alterações respiratórias (CIAP - R03 Respiração ruidosa; R04 Outros problemas respiratórios; R05 Tosse; R07 Espirro/congestão nasal; R08 Outros sinais/sintomas nasais)

Fluxograma de atendimento e encaminhamento em situação de alterações respiratórias

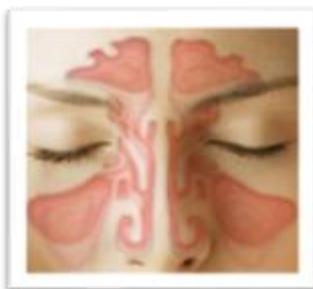


Diagnósticos e intervenções de enfermagem frente às síndromes gripais.

Diagnóstico de enfermagem	CIAP	Intervenções de enfermagem
Risco de função do sistema respiratório prejudicada; Função do sistema respiratório comprometida	R80 Gripe R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Remover a umidade, mofo ou bolor da casa; • Manter a casa ventilada e umidificada com uma bacia de água, ou toalha molhada, próxima à cama, à noite e retirá-la pela manhã; • Não fumar na presença da criança e evitar o contato da criança com fumante; • Estimular a lavagem frequente das mãos • Orientar sinais de alerta e gravidade: queda de estado geral, respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios e procurar a unidade de saúde ou emergência. • Atentar-se para exacerbação das doenças de base: Ex: DPOC, doença cardíaca preexistente, alteração do sensorio, exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças, desidratação
Corrimento nasal; Congestão; Expectoração;	R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS) R07 Espirro/congestão nasal R25 Expectoração/mucosidade anormal	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas); • Importante manter via aérea pérvia: • Prescrever Cloreto de Sódio Solução Nasal 0,9 mg/ml (0,5 a 3 ml de 4 a 6 vezes ao dia) • Lavar o nariz com Solução Fisiológica 0,9% ou solução caseira (soro caseiro) – uma a duas aplicações por dia com jatos de 200ml, colocando a solução em uma narina e deixando sair pela outra.
Tosse	R05 Tosse	<p>Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas); Importante manter via aérea pérvia</p> <p>Prescrever: Cloreto de Sódio Solução Nasal 0,9 mg/ml (0,5 a 3 ml de 4 a 6 vezes ao dia) em cada narina, de preferência antes das mamadas e refeições e antes de dormir;</p> <p>Mikania glomerata (Guaco) xarope 0,25mg/ml: Ingerir 10 ml, 3 (três) vezes ao dia.</p> <p>Contra-Indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina.</p>
Dor, aguda	A03 Febre N03 Dores da face N01 Cefaleia	Paracetamol 200mg/ml ou 500 mg/cp (a cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor)

Dor em região dos seios nasais Dor de cabeça Febre		ou Dipirona 500mg/ml ou 500 mg/cp (6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg VO) (Máximo de 4g/dia) Checar alergias
--	--	---

10.1.2. Rinossinusite (Sinusite - CIAP R75)



As rinossinusites, inflamações das mucosas do nariz e seios nasais, são muito comuns e categorizadas em agudas (com duração inferior a 12 semanas) e crônicas (com duração superior a 12 semanas). Os sintomas mais comuns incluem congestão e obstrução nasal, secreção nasal purulenta e em rinofaringe, tosse diurna e/ou noturna, dor e pressão em seios da face, cefaleia, irritação na garganta, halitose e febre.

O tratamento visa aliviar os sintomas, sendo que analgésicos e antitérmicos, como paracetamol e dipirona, são utilizados para reduzir a febre e outros desconfortos. Medidas não farmacológicas são cruciais para o bem-estar e conforto ao paciente durante o quadro agudo.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), é imprescindível que o enfermeiro esteja atento aos sinais de gravidade e realize o diagnóstico diferencial com COVID-19 e Influenza, considerando a sazonalidade e relevância epidemiológica de cada doença.

Sinais de Alarme: Dispneia limitante, progressiva, aos pequenos esforços ou em repouso; dor torácica de padrão anginoso; confusão mental de início agudo; saturação $\leq 90\%$; hipotensão; frequência respiratória > 25 mpm. Na presença de algum destes sinais, compartilhar o cuidado com o profissional médico.

Anamnese e Exame Físico

- Observar aspectos gerais do indivíduo;
- Tempo de sintomas;
- Avaliar sintomas como falta de ar, febre, calafrio, dor de garganta, cefaleia, tosse, coriza;
- Verificar se há presença de gânglios na região submandibular;
- Palpar e identificar presença de dor em região de seios nasais;
- Verificar sinais vitais;
- Avaliar uso de medicações;
- Avaliar alergia medicamentosa;
- Avaliar condições do domicílio;
- Descartar COVID-19, Influenza e Tuberculose;
- Se sinusite recorrente (≥ 4 anos), testar para HIV;
- Identificar sinais de alarme e sinais de gravidade;
- Se secreção nasal purulenta com febre e dor intensa ou se sintomas pioraram após melhora inicial, **solicitar avaliação médica para possível prescrição de antibiótico.**

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Congestão	R07 Espirro/Congestão Nasal	Normalização do padrão respiratório;
Dor em região dos seios nasais	N 03 Dores da face	Controle da dor.
Dor de cabeça	N01 Cefaleia	Controle da dor.
Dor de Garganta	R21 Sinais/Sintomas da garganta	Melhora da dor
Tosse	R05 Tosse	Melhora da tosse
Febre	A03 Febre	Diminuição da temperatura corporal
Expectoração	R25 Expectoração/mucosidade anormal	Melhora da expectoração

Intervenções de Enfermagem

- Orientar sobre autocuidado, alimentação e manutenção da hidratação (ingesta de líquidos);
- Orientar que sintomas podem durar até 14-21 dias;
- Orientar sobre higiene domiciliar;

- Evitar locais com fumaça e ar condicionado para evitar ressecamento da mucosa e piora na drenagem da secreção.

Prescrição de Enfermagem Não Farmacológicas:

- Lavar o nariz com Solução Fisiológica 0,9% ou solução caseira: uma ou duas aplicações por dia com jatos de 200ml, colocando a solução em uma narina e deixando sair pela outra; ou, pelo menos, utilizar essa mesma solução pingando 4 gotas em cada narina 4x/dia;
- Se tosse: uma colher de chá de mel, quando necessário. Evitar em pacientes diabéticos.

Receita de solução caseira:

Um (1) copo de 250ml de água filtrada

Uma (1) colher rasa de café de bicarbonato de sódio

Uma (1) colher de sal de cozinha

Farmacológicas:

Dipirona 500 mg (dosagem máxima de 4g/dia) - 2 cp de 6/6 horas ou Solução oral 500 mg/ml (dosagem máxima de 4g/dia) - 40 gotas de 6/6 horas

OU

Paracetamol 500 mg (dosagem máxima de 4g/dia) - 1 cp de 6/6 horas ou Solução oral 200 mg/ml (dosagem máxima de 4g/dia) - 40 gotas 6/6 horas

OU

Ibuprofeno 300mg (dosagem máxima de 2.400mg/dia) - 1 cp de 8/8 horas durante 5 dias (avaliar condição de saúde, evitar prescrição para portadores de doença renal crônica, condições cardíacas não controladas).

Em caso de tosse - Mikania glomerata (Guaco) solução oral: Ingerir 10ml 3x/dia (Contra-Indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina).

10.1.3. Dor de garganta

Em casos de acometimento da garganta são importantes as intervenções de enfermagem para garantir o conforto da criança e/ou adolescente. Uma discussão sobre as opções para o alívio da dor deve acompanhar a avaliação da etiologia da dor de garganta, que é mais provável que seja um vírus autolimitado, menos provável que seja uma bactéria que necessite de antibióticos (por exemplo, *Streptococcus* ou gonococcus), e muito menos provável uma infecção muito

grave, por exemplo, epiglote, abscesso peritonsilar, infecções do espaço profundo ou HIV agudo.

É fundamental que o enfermeiro da APS tenha um raciocínio clínico apurado para compreender sinais/sintomas, avaliar a gravidade e intervir quando necessário. A maioria das faringites é causada por vírus (em mais 70% casos), geralmente com presença de febre baixa ou ausência de febre, tosse, rouquidão, congestão nasal, rinorreia. Já os quadros bacterianos geralmente se apresentam com odinofagia mais intensa, febre alta (> 38,5 °C), gânglios linfáticos maiores do que 1 cm, edema e exsudato tonsilar e faríngeo, petúquia palatal. Dentre os principais agentes bacterianos envolvidos nas faringites agudas, destaca-se o *S. pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield), que tem formas mais invasivas com repercussão sistêmica e risco de desenvolver febre reumática, principalmente em pessoas de 5 a 15 anos. Por isso é importante afastar Probabilidade de faringite por *S. pyogenes* segundo critérios de Centor modificado.

Escore clínico para auxiliar o manejo de dor de garganta (escore Centor)

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Temperatura > 38°C	1
Ausência de tosse	1
Adenopatia cervical anterior dolorosa	1
Exsudato ou edema tonsilar	1
Idade de 3 a 14 anos	1
Idade de 15 a 44 anos	0
Idade > 45 anos	-1
Escore total: _____	
Interpretação:	
Escore total - Chance de infecção estreptocócica em comunidade com níveis usuais de infecção (%)	
0	2 a 3
1	4 a 6
2	10 a 12
3	27 a 28
4	38 a 63

Avaliação e Conduta

≤ 1 a 2 - baixa possibilidade de infecção estreptocócica. Não investigar, não tratar com antibiótico. Tratar sintomas.

3 a ≥ 4 - moderada probabilidade de infecção estreptocócica ou quadro clínico provável. Compartilhe o cuidado com o médico para considerar tratamento com antibiótico.

Compartilhe cuidado com médico a partir de 3 pontos ou mais

Adaptado de MCISAAC et. al (1998) apud DUNCAN (2014); NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2008)

Consulta de Enfermagem

Inclua na sua coleta de dados, os seguintes questionamentos:

- É um sintoma frequente?
- Quando iniciou o quadro?
- Tem dificuldade para engolir?
- Fez ou está fazendo uso de algum medicamento?

- Tem alergia a algum medicamento?
- Tem tosse? Coriza? Dor no corpo? Dor de cabeça?
- Histórico de febre associada?
- Tomou algum remédio hoje?

Na realização do exame físico:

- Aferir temperatura e frequência respiratória
- Realizar oroscopia para identificação de placas
- Palpar gânglios submandibular e cervical
- Realizar a ausculta pulmonar
- Se atentar aos sinais que indicam desconforto respiratório: batimento das asas nasais; retração de fúrcula, uso da musculatura acessória e cianose de extremidades
- Descartar *S. pyogenes* pela aplicação do Escore Centor

Diagnósticos, intervenções e prescrições de enfermagem frente a dor de garganta

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	Diagnósticos	Prescrições/ intervenções
DOR DE GARGANTA	CIAP 02: R21 sinais/sintomas da garganta	<p>Compartilhe o cuidado com o médico na presença de algum destes sintomas:</p> <p>Faringite por <i>Streptococcus</i>; COVID-19; Infecção por <i>Influenzae</i>; Dificuldade para abrir a boca (trismo); incapacidade de engolir; dificuldade respiratória; sinais de abscesso de tonsilas à oroscopia; Febre maior que 38,5°C; Difteria (placas branco-acinzentadas); Petéqueas no palato; Dores nas articulações (febre reumática); Rash cutâneo escarlatiforme; Náusea, vômito e dor abdominal; hiperemia e edema da úvula</p> <p>Prescrever gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de café rasa de sal)</p> <p>Orientar a escovação dos dentes e gengivas</p> <p>Evitar contato com o público e cigarros</p> <p>Fazer repouso da voz</p> <p>Orientar aumento da ingesta hídrica</p> <p>Orientar sinais de alerta</p> <p>Retorno em 24/48h em caso de piora dos sintomas</p>
DOR DE GARGANTA		

		<p>Tratamento:</p> <p>Paracetamol 200mg/ml ou 500 mg/cp (a cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor)</p> <p>ou</p> <p>Dipirona 500mg/ml ou 500 mg/cp (6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg VO)</p> <p>OU</p> <p>Ibuprofeno 300mg (dosagem máxima de 2.400mg/dia) - 1 cp de 8/8 horas durante 5 dias (avaliar condição de saúde, evitar prescrição para portadores de doença renal crônica, condições cardíacas não controladas)</p> <p>Mikania glomerata (Guaco) xarope 0,25mg/ml - Adultos: Ingerir 10 ml 3 (três) vezes ao dia, em caso de tosse.</p> <p>Contra-Indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina.</p>
--	--	--

REFERÊNCIAS

1. Thomas M, Bomar PA. Upper respiratory tract infection [Internet]. National Library of Medicine. StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532961/>
2. InfoGripe: número de casos de SRAG aumenta em todo o país [Internet]. Fiocruz. 2024 [cited 2024 Aug 6]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/2024/03/infogripe-casos-de-srag-aumentam-em-todo-o-pais>
3. Hughes R. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses [Internet]. PubMed. 2008. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21328752/>
4. Ministério da Saúde do Brasil. (2024). Programa Nacional de Imunizações (PNI) – Vacina contra a Influenza. Disponível em site do Ministério da Saúde
5. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). 2024. Atualizações sobre Vacinas e Imunizações. Disponível em: <https://sbim.org.br/home>
6. Fluxograma para Atendimento de Síndrome Gripal (SG): [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/fluxograma_SG_17_11_23_covisa_sms%20\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/fluxograma_SG_17_11_23_covisa_sms%20(1).pdf)
7. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_Tecnica_03_2024_Orientacoes_sobre_prescricao_e_dispensacao_de_oseltamivir_para_a_rede_basica_e_de_especialidades.pdf
8. DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências [recurso eletrônico] / Organizadores, Bruce B. Duncan ... [et al.]. – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
10. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020

11. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). TeleCondutas: asma: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 30 mai. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: 30 jan 2025
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25)
13. São paulo. Secretaria da saúde. Coordenadoria da atenção básica. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) do município de São Paulo. São paulo: SMS, 2023.
14. Belo Horizonte. Secretaria Municipal De Saúde. Protocolo Da Rinite Alérgica. Belo Horizonte, 2015.

10.2 Dor

A *International Association of Study of Pain (IASP)* publicou em 2020 a atualização do conceito de dor, a Sociedade Brasileira para o Estudo de Dor (SBED) fez a tradução conceituado dor como “*uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial*”. Em 1996 James Campbell, então presidente da Sociedade Americana de Dor, refere que a dor deveria ser reconhecida como o 5º sinal vital a fim de destacar a importância para um tratamento adequado.

Tipos

A dor pode ser categorizada em três principais tipos: **nociceptiva**, **neuropática** e **nociplástica**. Esses tipos representam diferentes mecanismos biológicos de dor e são fundamentais para o entendimento e manejo adequado da dor clínica.

A seguir, a descrição dos três mecanismos com os processos biológicos previamente descritos.

Dor Nociceptiva

A dor nociceptiva é o resultado da ativação direta dos nociceptores por estímulos nocivos, envolve a **transdução**, onde estímulos nocivos são convertidos em sinais elétricos nos nociceptores, e **transmissão**, onde esses sinais são levados ao SNC para serem processados. Este tipo de dor pode ser dividido em somática e visceral.

- **Somática:** Origina-se na pele, músculos, ossos ou articulações. É geralmente bem localizada e descrita como latejante ou aguda. Exemplo: dor de uma fratura óssea.
- **Visceral:** Origina-se em órgãos internos. É mais difusa e pode ser descrita como profunda, pressionando ou cólica. Exemplo: dor de uma apendicite.

Dor Neuropática

A dor neuropática resulta de lesões ou doenças que afetam o sistema nervoso somatossensorial, envolver **sensibilização central** e alterações na transmissão de sinais de dor, onde os neurônios da medula espinhal se tornam hiperexcitáveis,

amplificando a resposta à dor e resultando em hiperalgesia ou alodinia. Pode ser periférica ou central.

- **Periférica:** Resulta de lesões nos nervos periféricos. Exemplo: neuropatia diabética.
- **Central:** Resulta de lesões no SNC, como o cérebro ou medula espinhal. Exemplo: dor pós-AVC.

Dor Nociplástica

A dor nociplástica é caracterizada por uma alteração na percepção da dor sem evidência de dano tecidual real ou lesão do sistema nervoso, envolve complexos processos de **modulação** e **percepção** da dor, onde fatores psicológicos, emocionais e contextuais desempenham um papel significativo. O sistema modulador pode estar desregulado, resultando em uma amplificação da percepção da dor sem um estímulo nocivo claro. É comumente associada a condições crônicas como a fibromialgia.

Integração dos Mecanismos

- **Nociceptiva:** Envolve a ativação inicial dos nociceptores e segue os processos de transdução e transmissão descritos.
- **Neuropática:** Envolve lesões ou disfunções do sistema nervoso que resultam em sensibilização central e alterações na modulação da dor.
- **Nociplástica:** Envolve disfunções na modulação e percepção da dor, com uma influência significativa de fatores psicológicos e contextuais.

A categorização da dor em nociceptiva, neuropática e nociplástica permite um entendimento mais preciso dos diferentes mecanismos biológicos envolvidos. Cada tipo de dor requer abordagens diagnósticas e terapêuticas específicas, baseadas nos processos biológicos subjacentes. Compreender essas categorias e seus mecanismos biológicos é essencial para uma prática de enfermagem avançada e eficaz no manejo da dor.

Avaliação de Enfermagem

Avaliação Inicial

- **Histórico da pessoa?** Pergunte sobre qualquer histórico de dor, incluindo a localização, intensidade, duração, qualidade e fatores que pioram ou aliviam a dor. Explore eventos que possam ter contribuído para a dor, como lesões anteriores, cirurgias, ou doenças crônicas.
- **Comunicação Aberta:** Estabeleça um ambiente de confiança onde o paciente se sinta confortável para expressar sua dor. Use uma linguagem simples e acessível, evitando termos médicos complexos. Faça perguntas abertas, como "Pode descrever a sua dor?" e "Como a dor afeta suas atividades diárias?".

Utilização de Escalas de Avaliação

- **Escala Numérica (0-10):** Pergunte ao paciente para classificar a dor em uma escala de 0 a 10, onde 0 significa "sem dor" e 10 significa "a pior dor possível". Esta escala é simples e rápida, ideal para uso em ambientes clínicos ocupados.
- **Escala Visual Analógica (EVA):** Ofereça uma linha reta onde o paciente pode marcar um ponto que representa a intensidade da dor. A EVA é útil para pacientes que têm dificuldade em verbalizar a intensidade da dor.
- **Escala de Faces:** Útil para crianças ou pacientes com dificuldades de comunicação. Apresenta uma série de faces mostrando diferentes expressões de dor e peça ao paciente para escolher a que melhor representa a sua dor. Esta escala é especialmente eficaz em pediatria e geriatria.

Observação Comportamental

- **Expressões Faciais:** Observe sinais como caretas, franzir a testa ou morder os lábios. Expressões faciais podem ser indicadores confiáveis de dor, especialmente em pacientes que não conseguem se comunicar verbalmente.
- **Linguagem Corporal:** Note comportamentos como agitação, proteção da área dolorida ou hesitação ao mover-se. Pacientes podem adotar posturas protetoras ou evitar certos movimentos para minimizar a dor.
- **Vocalizações:** Preste atenção a gemidos, suspiros ou gritos. Mudanças no tom de voz ou frequência de vocalizações podem indicar níveis diferentes de dor.

Avaliação Física

- **Inspeção:** Verifique a área dolorida para sinais de inchaço, vermelhidão ou outras anormalidades. A inspeção visual pode revelar pistas sobre a causa da dor, como inflamação ou lesão.
- **Palpação:** Toque suavemente a área afetada para identificar pontos sensíveis ou alterações na textura dos tecidos. A palpação pode ajudar a localizar a origem da dor e determinar sua extensão.

Aspectos Psicológicos e Emocionais

- **Ansiedade e Depressão:** Avalie se a dor está associada a estados emocionais como ansiedade ou depressão, que podem exacerbar a percepção da dor. Utilize ferramentas de triagem, como o Inventário de Depressão de Beck ou a Escala de Ansiedade de Hamilton.
- **História de Traumas:** Considere se o paciente tem um histórico de traumas que possa influenciar a experiência da dor. Traumas passados podem afetar a resposta emocional e fisiológica à dor atual

Documentação e Comunicação

- **Registros:** Documente todas as observações e informações fornecidas pelo paciente detalhadamente no prontuário. Inclua a localização, intensidade, características e impacto da dor na vida do paciente.
- **Comunicação com a Equipe:** Compartilhe suas descobertas com a equipe multidisciplinar para assegurar uma abordagem de tratamento coesa e integrada. Utilize reuniões de equipe ou sistemas eletrônicos de saúde para garantir que todos os membros da equipe estejam informados.
- **Pacientes com Comunicação Limitada:** Para pacientes com dificuldades de comunicação, como aqueles com deficiência cognitiva ou linguagem diferente, utilize métodos adaptados e procure a ajuda de familiares ou cuidadores. Ferramentas visuais, gestos e apoio de tradutores podem ser essenciais.
- **Dor Crônica x Dor Aguda:** Diferencie entre dor crônica (persistente e de longa duração) e dor aguda (súbita e intensa), pois cada uma requer abordagens de tratamento diferentes. A dor crônica pode necessitar de intervenções multidisciplinares e estratégias de manejo a longo prazo.

10.2.1 Dor de Cabeça/Cefaleia

A cefaleia é uma queixa atendida com recorrência nas consultas de enfermagem. Dentre as cefaleias primárias, a tensional é a mais frequente e se apresenta em episódios de menor intensidade, durando cerca de 30 minutos, acometendo em torno de 88% das mulheres e 69% dos homens e geralmente não impede a realização das atividades básicas.

É seguida pela Migrânea ou Enxaqueca, que afeta cerca de 20% das mulheres e 10% dos homens, uma doença neuro vascular, caracterizada por crises de dor com intensidade e frequência variáveis, que acometem um dos hemicentros cefálicos, podendo estar associada a outros sintomas, como náuseas.

Vale ressaltar, que menos de 1% dos casos de cefaleia se associam a doenças graves como tumores ou infecções cerebrais.

Por se tratar de uma queixa acolhida na demanda espontânea, é de extrema importância avaliar corretamente os sinais e sintomas para realizar o diagnóstico correto entre a cefaléia primária e secundária.

Avaliação de Enfermagem

Realizar uma boa coleta de dados e histórica clínica é essencial na diferenciação do quadro de cefaleia tensional, enxaqueca ou possíveis causas mais graves. No quadro abaixo, sinalizamos os principais sinais e sintomas para um diagnóstico diferencial.

Sinais e Sintomas das possíveis causas da cefaleia

Sintomas	Possíveis causas
Exame neurológico normal, dor em sensação de pressão/ aperto na região das têmporas, localização bilateral, intensidade leve à moderada, não agravada por esforços físicos, ausência de náusea e vômito e presença de fotofobia OU fonofobia ² .	Cefaleia tensional
Dor hemicraniana, crises recorrentes com frequência variável, piora com atividades físicas, frequentemente associada à náusea, vômitos e fotofobia e fonofobia podendo durar até 72h, podendo ser acompanhado por sintomas neurológicos, denominados aura, sendo a aura visual a mais comum, sendo a presença de flashes de luz, falhas no campo visual e escotomas ² .	Migrânea/ Enxaqueca
Dor com início após os 50 anos, dor com início súbito acompanhada de sintomas como vômitos, perda da consciência, convulsão, rigidez de nuca, fraqueza, dor refratária com piora progressiva, história de trauma recente ² .	Cefaléia Secundária

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnósticos de Enfermagem - CIPE	CIAP	Resultados Esperados	Intervenções
Dor	Cefaleia N01, Cefaleia Tensional N95 e Enxaqueca N89	Controle da dor	Métodos não farmacológicos
Dor Aguda		Resposta à Medicação Analgésica	Administração de medicamentos analgésicos
Dificuldade de Enfrentamento da dor		Nível de conforto	Ensino sobre técnicas de controle da dor

Intervenções de Enfermagem

O controle do estresse diário, momentos de relaxamento, boa higiene do sono, alimentação regular, ingestão hídrica em quantidade adequada, diminuição de estímulos de desencadeantes da crise podem contribuir para um melhor controle da doença.

No quadro a seguir estão diferentes formas de intervenção para atuação da enfermagem nas queixas de cefaleia.

Tipo de Conduta	Conduta
Condutas não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e mensurar intensidade e característica da dor; - Aferir sinais vitais; - Instruir compressão das artérias temporais por pelo menos 10 minutos (região conhecida como fonte); - Estimular ingestão hídrica (em torno de 8 copos por dia) e reduzir o tempo em jejum; - Auriculoterapia, acupuntura, liberação miofascial⁶ por profissionais treinados, para o tratamento; - Avaliar a higiene do sono (evitar luz azul ao deitar, rotina adequada, roupas leves, luzes baixas); - Reduzir o consumo de comidas gordurosas e chocolate;² - Evitar a privação da cafeína; - Diminuir a exposição à ruídos altos e às luzes. - Momentos de relaxamento com hobbies, redução do estresse diário e atividades físicas; - Evitar uso de contraceptivos com estrogênio¹.
Condutas farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Caso haja persistência da dor mesmo com as medidas não farmacológicas, prescrever - Paracetamol ou Dipirona 500mg - 1000mg a cada 6 horas por 7 dias. - Se associado a sintomas de resfriado comum recente com coriza e obstrução nasal: Paracetamol ou Dipirona 500mg -

	<p>1000mg a cada 6 horas por 7 dias e Lavagem nasal com solução fisiológica 0,9% a cada 1 a 3 horas, se necessário.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se PA elevada, mas PAS <180mmHg e PAD<110mmHg, ofertar analgésico e aguardar 45 minutos na unidade para reavaliação. - Se gestante com alterações pressóricas, visuais e/ou edema, encaminhar para avaliação médica. - Caso paciente apresente sintomas visuais, náuseas, aura, dor intensa refratária a medicação, sinais de alerta, alterações pressóricas (PAS > 180 e PAD > 110), encaminhar para atendimento médico¹.
--	--

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cefaleia - Página Inicial [Internet]. Sociedade Brasileira de Cefaleia; [citado 23 jan 2025]. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/noticias.php?id=192>
2. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto / Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. – Volume 4 – Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis, 2020. 86 p.: il.
1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25519>.
2. PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020
3. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020
4. Lin, C. A., Hsing, W. T., & Pai, H. J. (2008). Acupuntura: prática baseada em evidências. Revista De Medicina, 87(3), 162-165.

10.2.2. Dor no ombro

A dor no ombro é bastante comum durante as consultas da enfermeira, sendo a terceira principal queixa musculoesquelética. Além da causa dor, outros fatores estão envolvidos, tais como: fatores psicológicos e financeiros.

Por este motivo é importante que o profissional esteja atento aos sinais e sintomas para o manejo adequado durante a consulta.

Anamnese:

1. Investigar o início da dor, duração e frequência
2. Localização e intensidade da dor
3. Classificar a dor: crônica ou aguda
4. Investigar dor referida: presença de dor em coluna cervical, vesícula biliar, baço ou coração
5. Investigar os fatores que desencadeiam alívio
6. Fatores agravantes da dor ou que causam alívio

7. Sensibilidade e irradiação da dor
8. Avaliar Atividade física
9. Avaliar Atividade laboral
10. Comorbidades musculoesqueléticas associadas
11. Patologias
12. Sensibilidade e irradiação da dor

Exame físico:

1. Realizar Inspeção: Avaliar coloração do ombro, contornos musculares, deformidades, tumoração, cicatriz, proeminências ósseas e sinais inflamatórios.
2. Realizar a palpação: palpar estruturas ósseas e as partes moles. Avaliar os pontos de gatilhos, crepitação e outras. Síndrome miofacial deve ser investigada. As fossas supra e infraclaviculares assim como a região axilar devem ser palpadas em busca de adenomegalias.
3. Avaliar a movimentação: Limitação do movimento e ombro (Flexão, elevação, rotação, abdução)

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnósticos de Enfermagem - CIPE	CIAP	Resultados Esperados
Dor	L08 Sinais/sintomas dos ombros	Controle da dor
Dor Aguda	L08 Sinais/sintomas dos ombros	Resposta à Medicação Analgésica
Controle da dor inadequado		Controle da dor

Intervenções de Enfermagem

<p>Condutas não farmacológica:</p> <ol style="list-style-type: none"> Orientar medidas alongamento; Acompanhar o tratamento; Compressas mornas ou frias locais por 10-15 minutos, conforme o relato da pessoa sobre o que lhe traz mais conforto; Acupuntura, auriculoterapia e yoga podem ser úteis, principalmente nos casos em que há cronificação (somente para profissionais treinados).
<p>Condutas farmacológica:</p> <ol style="list-style-type: none"> Paracetamol ou Dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas, se dor. Se não houver melhora em sete dias, ou piora da dor, solicitar avaliação médica.

- **Em caso de dor moderada a intensa, com duração maior que duas semanas, realizar a interconsulta.**

REFERÊNCIAS

1. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto / Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. – Volume 4 – Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis, 2020. 86 p.: il.
2. PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020
3. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020.

10.2.2. Dor Lombar

A dor é um sintoma importante que afeta 80% da população adulta em algum momento da vida, sendo sua prevalência global de 37%, atingindo mais o sexo feminino. A dor lombar intensa pode causar incapacidade, dificultando atividades diárias e afetando o estado emocional e as relações sociais e profissionais.

Para avaliar a dor lombar, é essencial investigar suas causas, o histórico do paciente e a duração dos sintomas. Isso permite uma abordagem terapêutica mais precisa e direcionada. A dor pode ser classificada em aguda, com duração inferior a seis meses, e crônica, que persiste por mais de seis meses e está associada ao envelhecimento e a condições progressivas.

A dor lombar tem se tornado cada vez mais comum na atenção primária à saúde, refletindo a falta de ergonomia, o sedentarismo e comportamentos de risco. O enfermeiro tem um papel crucial na identificação das causas da dor, no manejo das necessidades do paciente e na promoção do alívio da dor e melhoria da qualidade de vida, além de prevenir a cronicidade por meio da educação em saúde.

Avaliação de Enfermagem

Realizar a entrevista e a coleta de dados avaliando condições de trabalho, realização de práticas esportivas, possibilidade de traumas mecânicos, além de histórico pré-existente de alterações patológicas. Junto a isso, avaliação da dor conforme sua intensidade, localidade, características e frequência.

Ao exame físico avaliar condições de restrição de movimentos, flexão de MMII, redução de força motora, presença de escoliose, paresia, hipotrofia, alteração dos reflexos e déficit sensorial. Se disponível, avaliar exames de imagem.

Princípios Diagnósticos CIPE, CIAP e possíveis condutas

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP	Condutas
Dor Aguda	A01 Dor generalizada /múltipla	<p>Se possibilidade de trauma, realizar interconsulta com equipe médica.</p> <p>Sem alterações no exame físico, manejar com medicação conforme protocolo.</p> <p>Orientar sobre manejo/ controle da dor não medicamentoso.</p> <p>Se possibilidade de alterações do sistema excretor solicitar exame laboratoriais: hemograma, EAS, urocultura.</p> <p>Se não houver melhora, encaminhar para avaliação médica;</p>
Dor Crônica	A01 Dor generalizada /múltipla	<p>Administrar medicação para dor</p> <p>Agendar consulta de acompanhamento</p> <p>Encaminhar para o serviço de terapias integrativas.</p> <p>Manejar/controlar crise</p> <p>Monitorar dor e sua evolução;</p> <p>Orientar sobre manejo/ controle da dor de forma não medicamentosa</p>

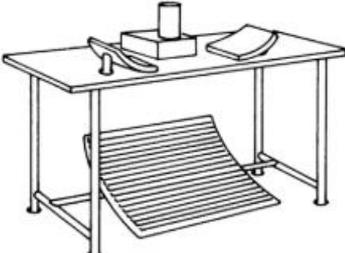
Intervenções de Enfermagem

TIPO DE CONDUTA	CONDUTA	QUEM PODE FAZER
Conduta não medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar medidas ergonômicas no ambiente de trabalho. • Orientar a realização de alongamentos diários e fortalecimento. • Realizar medidas corretivas. • Implementar termoterapia como a realização de compressa morna em dores crônicas e compressa fria em dor aguda causada por trauma. As compressas devem ser realizadas por no mínimo 30 min, 3-5x ao dia • Encaminhar para realização de acupuntura, auriculoterapia, liberação miofascial e pilates em casos de dor crônica (para profissionais treinados). • Encaminhar para hidroterapia em casos crônicos, se disponível na rede. 	Enfermeiro
Conduta medicamentosa	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol ou Dipirona 500-1000 mg VO de 6/6 horas se dor. 	Enfermeiro

- Ibuprofeno 300mg 8/8 horas, por 5 dias.**

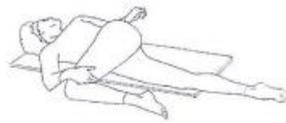
** Avaliar condição de saúde, evitar prescrição para portadores de doença renal crônica, condições cardíacas não controladas.

Recomendações práticas para Ergonomia – Sete Regras

<p>1. Evitar qualquer postura curvada ou não-natural do corpo. A curvatura lateral do tronco ou da cabeça força mais do que a curvatura para frente.</p>	
<p>2. Evitar a manutenção dos braços estendidos para frente ou para os lados. Estas posturas geram não só fadiga rápida, mas também reduzem significativamente o nível de precisão e destreza.</p>	
<p>3. Procurar, na medida do possível, sempre trabalhar sentado. Mais recomendável ainda seriam locais de trabalho onde poderia ter alternância de trabalho sentado com o trabalho em pé</p>	
<p>4. O movimento dos braços deve ser em sentidos opostos cada um, ou em direção simétrica. O movimento de um braço sozinho gera cargas estáticas nos músculos do tronco.</p>	
<p>5. A área de trabalho deve ser de tal forma que esteja na melhor distância visual do operador. Permitindo uma postura natural. Levemente inclinada para frente.</p>	
<p>6. Pegas, alavancas, ferramentas e materiais de trabalho devem estar organizados de tal forma que os movimentos mais frequentes sejam feitos com os cotovelos dobrados e próximos do corpo.</p>	
<p>7. O trabalho manual pode ser facilitado com o uso de apoio para os cotovelos, os antebraços e as mãos. Devem ser reguláveis para que possam se adaptar às diferenças antropométricas.</p>	

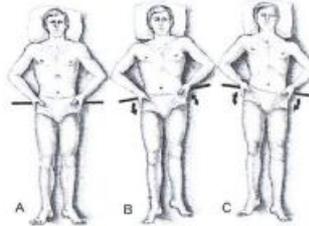
Sete regras para Ergonomia no local de trabalho

Alongamento



Realizar bilateralmente
Manter escápulas apoiadas
30 segundos, 3x/dia

Direcionar o calcanhar para baixo, abrindo espaço entre a crista ilíaca e o gradeado costal



10x3 segundos, bilateralmente, 3 vezes ao dia

Exercícios de fortalecimento de core (casos refratários)

Dead bug

Manter todo o apoio da lombar no chão
sugestão: 3x10 repetições, 2x/dia



"Bird dog"

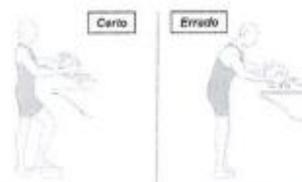
Sugestão: 3x10 segundos, 2x/dia

Exercícios e ações corretivas

Levantar carga evitando flexionar a coluna

Ir até beira da cadeira para levantar

Postura adequada ao varrer (cabo mais longo, tentar varrer de frente empurrando a sujeira, evitar flexão de tronco)



Para tarefas que exigem flexão de tronco, utilizar um degrau à frente

Ergonomia na estação de trabalho

Apoio lombar

Travesseiro de corpo, colchão adequado

Corrigir discrepância de membros inferiores



REFERÊNCIAS

1. Bastos, D. F., Silva, G. C. C. da, Bastos, I. D., Teixeira, L. A., Lustosa, M. A., Borda, M. C. da S., ... Vicente, T. A. (2007). Dor. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 10(1), 85–96. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.10.134>
2. Murta, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. In J. M. M. M. Carvalho (Eds.), *Dor – um estudo multidisciplinar (2ª ed., pp. 174-195)*. São Paulo: Summus Editorial. Ribeirão Preto; s.n; 2015. 28 p. tab, graf.
3. <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/gerenciamento-da-dor.pdf>. 2023
4. *Estud. interdiscip. envelhec* ; 20(1): 249-270, abr. 2015. tab
5. Article em Pt | INDEXPSI | ID: psi-70447
6. BASTOS, Daniela Freitas et al. Dor. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-96, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jan. 2025.
7. FRASSON, Viviane Bortoluzzi. Dor lombar: como tratar. *OPAS/OMS–Representação Brasil*, v. 1, n. 9, p. 1-10, 2016.
8. Assistência de Enfermagem a pacientes com dor lombar: revisão de Escopo. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, [S. l.], v. 27, 2023. DOI: 10.35699/2316-9389.2023.37376. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/37376>. Acesso em: 27 jan. 2025.
9. OLIVEIRA, Erika Lorena Ramos de. Assistência de enfermagem a pacientes com dor lombar: uma revisão de escopo. 2020. 72 f., il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade de Brasília, Brasília, 2020.
10. Gomes, V. (2010). 02) Ergonomia: Postura Correta de Trabalho. *Revista Brasileira de Gestão e Engenharia| RBGE| ISSN 2237-1664*, 1(2), 17-29.

10.2.4. Dor de ouvido

A dor de ouvido (ou otalgia) é uma das queixas mais comuns nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo de extrema relevância, pois, o tratamento inadequado pode levar a uma internação hospitalar evitável. A otalgia pode ser de origem primária, na orelha externa ou média, ou secundária, causada por problemas em pontos distantes do ouvido.

Na prática clínica do enfermeiro, as principais condições relacionadas à dor de ouvido são de origem primária: otite externa (OE), otite média aguda (OMA) e a otite média crônica, presença de corpo estranho ou cerume impactado. Para conhecimento, as principais causas de otalgia secundária são relacionadas a condições dentárias, desordens da articulação temporomandibular, desordens da coluna cervical e neuralgias.

Abordaremos a seguir os sintomas e achados clínicos observáveis, mais frequentes, por meio da avaliação de enfermagem (entrevista e exame físico), assim

como, o manejo clínico de demandas otológicas, para direcionamento da prática assistencial de enfermagem.

Consulta de Enfermagem

Avaliação

Durante a avaliação de Enfermagem, alguns aspectos específicos devem ser investigados, como:

- Idade;
- Características da dor (tipo, intensidade, localização, irradiação, fatores agravantes e de alívio);
- Duração do sintoma;
- Fatores predisponentes à otite (natação, trauma, barotrauma, resfriado recente, rinite, umidade ambiental elevada, temperatura ambiental mais elevadas, entre outros);
- História de otites prévias;
- Otorreia (secreção no ouvido);
- Otorragia (sangramento);
- Febre;
- Prurido;
- Dificuldade auditiva (perda auditiva; sensação de ouvido tapado; diminuição auditiva);
- Zumbido;
- Investigação de fatores de risco para outros problemas de pior prognóstico (tabagismo ou etilismo, imunodeficiências, disfagia, perda de peso involuntária, idade avançada, perda da audição unilateral, entre outros).
-

Encaminhe para avaliação médica imediata: em caso de presença de **sintomas graves** como dor intensa, secreção purulenta abundante, febre, quaisquer sinais de complicação ou suspeita de trauma do ouvido interno (otorragia), edema doloroso retroauricular e/ou rigidez de nuca/meningismo.

Imunossuprimidos: compartilhar caso com o(a) médico(a) de referência

Situações que indicam gravidade, com presença de dor de ouvido

Situações de gravidade que podem estar relacionadas com a presença de dor de ouvido (caso presentes: encaminhar imediatamente para avaliação médica):

1. Otite externa maligna (se paciente apresentar diabetes ou imunossupressão, perda de audição unilateral);

2. Colesteatoma (otorreia, retração da membrana timpânica superior, perda de audição unilateral);
3. Mastoidite;
4. Meningite (cefaleia, vômitos, alteração da consciência, toxemia);
5. Trombose de seio cavernoso;
6. Infarto agudo do miocárdio (apresenta fatores de risco para coronariopatia);
7. Fratura de base de crânio pós TCE;
8. Arterite temporal (pacientes acima de 50 anos, VHS acima de 50 mm/h);
9. Neoplasias de cabeça e pescoço (Tabagismo ou etilismo, disfagia, perda de peso e pacientes acima de 50 anos);
10. Otorragia

Exame físico

Pontos-chave para o exame físico das queixas otológicas incluem:

- Inspeção externa da orelha;
- Palpação das regiões pré (tragus), pós-auriculares e cervical;
- Avaliar presença de linfonodos infartados;
- Temperatura corporal;
- Mobilização auricular;
- Realização da otoscopia.

A imagem abaixo demonstra um achado otoscópico normal:

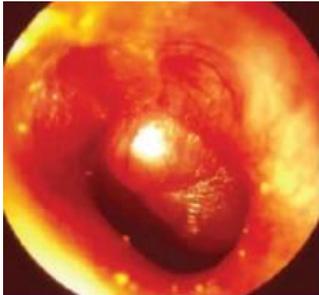


Fonte: PACK Florianópolis/2023-2024

O quadro a seguir sumariza os principais sintomas, achados, e diagnósticos sugestivos nos quadros otológicos:

Achados mais comuns na otoscopia

Condição otológica	Principais sintomas e/ou fatores relacionados	Exame físico	Imagem otoscopia
Otite externa	Fatores relacionados: umidade ambiental/natação, traumatismos (cotonetes, dedo, etc), corpo estranho e alergias.	Otoscopia: edema e hiperemia do conduto, por vezes com exsudato purulento. Mobilização do pavilhão auricular, compressão do tragus e mastigação/deglutição	

	<p>Manifestação: prurido, dor leve a intensa, normalmente sem febre. Sensação de ouvido congestionado e hipoacusia decorrem de obstrução do conduto auditivo.</p>	<p>podem intensificar a dor. *Se integridade da membrana timpânica alterada: encaminhar para avaliação médica.</p>	
<p>Otite média aguda (< 2 semanas)</p>	<p>Fatores relacionados: infecções de vias aéreas superiores atuais ou prévias. Infecção viral inicial pode evoluir para bacteriana secundária. Manifestação: Dor de ouvido de leve a muito intensa, febre e otorreia podem estar presentes.</p>	<p>Otoscopia: Opacificação, alteração da cor (vermelha, branca, amarela), abaulamento, perda da mobilidade da membrana timpânica. Quando presença de otorreia supurativa, pode ter coloração variada.</p>	
<p>Otite média crônica (> 2 semanas)</p>	<p>Manifestação: Hipoacusia e zumbido, dor de ouvido, sensação de congestão, otorreia supurativa, podendo ter mal cheiro; Pode evoluir para perda auditiva permanente.</p>	<p>Otoscopia: perfuração da membrana timpânica, otorreia crônica ou recorrente, secreção fétida, com ou sem retração da membrana timpânica.</p>	
<p>Cerume impactado</p>	<p>Manifestação: Dificuldade auditiva, zumbido, sensação de congestão.</p>	<p>Otoscopia: presença de rolha (cerume impactado).</p>	

Fonte: PACK Florianópolis (2024)

Obs. Caso identificado corpo estranho durante otoscopia: realizar retirada do corpo estranho visível (encaminhar para serviço especializado em caso de impossibilidade de retirada), lembrando que corpos estranhos que contenham baterias (relógio, calculadora, mini-games, etc) devem ser retirados imediatamente pelo risco de provocarem queimaduras químicas, necrose e perfuração.

Principais Diagnósticos e Resultados esperados para as queixas otológicas

CIPE	CIAP	Resultados esperados
Dor Risco de Infecção Hipoacusia Distúrbio da Percepção Sensorial: Audição Risco para Febre	N77: Dor; D78: Otite Externa; D79: Dor de Ouvido; D80: Infecção no Ouvido; A18: Hipoacusia; e K91: Febre.	- Apresentar redução da dor; - Apresentar melhora no padrão de audição; - Manter temperatura corpórea dentro dos padrões da normalidade; - Prevenir quadros infecciosos;

Intervenções de Enfermagem

- Oriente o paciente a evitar o uso de cotonetes ou outros objetos no conduto auditivo para prevenir traumas e infecções;
- Manter o local seco. Evitar a exposição excessiva à umidade, como em banhos de piscina ou banhos de mar, que podem agravar a condição;
- Se o paciente estiver usando medicamentos tópicos, pergunte sobre possíveis reações alérgicas e oriente-o a interromper o uso caso identifique algum sintoma de irritação.
- Compressa morna seca por até 10 minutos pode ajudar a aliviar o desconforto;
- **Acompanhamento:** em casos leves, após indicar o tratamento, oriente o paciente a retornar caso os sintomas não melhorem em poucos dias ou se houver piora, para reavaliação e possível mudança de tratamento;
- **No retorno:** caso a pessoa não apresente melhora, discuta com médico(a) de referência, para nova estratégia terapêutica;
- **Registre** todos os sinais e sintomas observados durante a avaliação, incluindo histórico de fatores de risco, achados de otoscopia, e qualquer orientação fornecida ao paciente.

Solicitação de exames

Caso identifique necessidade de solicitação de exames investigatórios, discuta o caso com o médico(a) de referência. Usualmente, a otoscopia é suficiente para o manejo dos quadros de dor de ouvido.

Prescrições de medicação

A seguir, apresenta-se o quadro com a recomendação para prescrição medicamentosa, e principais encaminhamentos, quando necessário.

Orientações específicas e prescrição medicamentosa

Achado	Prescrição e/ou encaminhamentos necessários
Otite externa	<ul style="list-style-type: none"> - Solução de ácido acético 5% (diluir duas partes de vinagre em oito partes de álcool etílico): Aplicar 5 gotas dentro da cavidade auricular afetada, de 8 em 8 horas por 7 dias. - Paracetamol 500-1000 mg ou Dipirona 500-1000 mg: Tomar um comprimido de 6 em 6 horas, se apresentar dor. - Ibuprofeno 400-600 mg: Tomar um comprimido de 8 em 8 horas, por 3 a 5 dias.
Otite média aguda (< 2 semanas)	- Solicitar interconsulta médica para avaliar necessidade de antibioticoterapia;
Otite média crônica (> 2 semanas)	- Solicitar interconsulta médica ou encaminhar ao(à) médico(a) se não houver melhora após tratamento e/ou se houver presença de secreção malcheirosa.
Cerume impactado	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de ceratolítico (discutir com médico(a) de referência) ou uso de óleo mineral/óleo de oliva (prescrição de enfermagem): Aplicar 5 gotas dentro da cavidade auricular afetada, de duas a três vezes por dia, por 3 dias; - Retorno em 3 dias para reavaliação, e identificação de necessidade de lavagem auricular com SF 0,9% morno. <p>Obs. Quando capacitado(a), o(a) enfermeiro(a) poderá realizar a lavagem auricular.</p>

*Para qualquer prescrição medicamentosa, deve-se descartar alergias previamente.

REFERÊNCIAS

1. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4 - Demanda espontânea do Adulto. Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%204%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>
2. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Pack Brasil Adulto: Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. Florianópolis-SC, 2023/2024.
3. Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção Básica | Departamento de Atenção Básica. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Volume 2 – Queixas mais comuns na Atenção Básica.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). 3. ed. Brasília: OPAS, 2019.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIAP-2: Classificação Internacional de Atenção Primária. 2. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.

10.2.5. Cólica Menstrual

A dismenorreia ou cólica menstrual é uma das principais causas de dor abdominal aguda na APS e está bastante presente nas consultas de enfermagem em saúde da mulher. É bastante comum em mulheres jovens, especialmente logo após a primeira menstruação (menarca).

Caracteriza-se normalmente como uma dor tipo cólica, em baixo ventre, relacionada ao período menstrual, portanto cíclica, durando até 72 horas, cuja intensidade varia consideravelmente e pode trazer outros sintomas associados, como: náuseas, vômito, diarreia, cefaleia, mastalgia, alterações do humor e raramente episódios de síncope.

Dependendo da intensidade, é também causa frequente de absenteísmo no trabalho e má qualidade de vida, portanto, o acolhimento da usuária, e a orientação sobre os ciclos menstruais e o estímulo ao autoconhecimento do próprio corpo é fundamental.

Consulta de Enfermagem

Avaliação

Aspectos relevantes para serem abordados pelo enfermeiro no manejo das cólicas menstruais na APS incluem:

- Idade;
- Idade da menarca e o padrão do ciclo menstrual (frequência, duração, regularidade e volume do fluxo menstrual);
- Data da última menstruação (quando idade fértil);
- Características do sangramento menstrual (escasso ou abundante, há eliminação de coágulos, houve períodos de amenorreia);
- Histórico obstétrico;
- Uso de método contraceptivo (qual, a quanto tempo, histórico);
- Faz uso de hormônios para “menopausa”;
- História recente de quedas ou traumas genitais;
- Histórico de tumores do sistema reprodutor (mioma, tumor ovariano ou outros);
- Histórico de endometriose e adenomiose;
- Intensidade das cólicas menstruais (utilizar escala de dor);

- Frequência das cólicas menstruais e se persistem após o término fluxo menstrual;
- Investigar comportamento sexual de risco;
- Investigar queixas ginecológicas;
- Afastar presença de gravidez;
- Checar realização do rastreamento para CA de colo uterino; e
- Exclusão de possíveis situações agravantes.

Exame físico

- Avaliação do estado geral (cor da pele, sudorese, fácies de dor, expressão corporal que indique dor intensa);
- Pressão arterial e frequência cardíaca;
- Temperatura corporal; e
- Inspeção e palpação abdominal.

Caso identificada a presença possíveis sinais de agravamento, encaminhar para avaliação médica imediatamente:

- Hipotensão (PA < 90/60);
- Pulso rápido (FC > 100) e filiforme;
- Sinais que indiquem dor intensa (palidez; pele fria; sudorese intensa)
- Cólica intensa referida;
- Sangramento intenso/hemorragia;
- Abdome distendido;
- Dor intensa à palpação/ descompressão; e
- Febre.

Principais Diagnósticos e Resultados

CIPE	CIAP	Resultados esperados
Cólica menstrual	X.02. Dores menstruais	D.01. Cólica Melhora da dor
Desconforto		
Dor		

Intervenções de Enfermagem

Antes de iniciar o tratamento, é importante diferenciar se dismenorreia primária (sem problemas orgânicos subjacentes) ou secundária (associada a doenças pélvicas como malformações uterinas, endometriose, miomas, uso de DIU).

As dismenorreias secundárias têm tratamento específico, conforme a entidade nosológica relacionada. Já as dismenorreias primárias têm ocorrência e gravidade influenciadas por fatores potencialmente modificáveis, como: alimentação, peso, tabagismo, estresse, sedentarismo e consumo de álcool. Dessa forma, a adoção de hábitos de vida mais saudáveis frequentemente proporciona alívio dos sintomas.

Orientações

- Aplicar compressas mornas sobre o abdome inferior para alívio dos sintomas;
- Avaliar uso adequado de anticoncepcional, em caso de fluxo e dor intensos ou padrão menstrual irregular. Neste caso, agendar consulta médica para avaliação/investigação do quadro ou realizar interconsulta imediata com médico da equipe.
- Explique que menstruar é normal e saudável, e eduque sobre o que é menstruação: todo mês o revestimento uterino engrossa para se preparar para uma gravidez. Quando a gravidez não ocorre, o revestimento sai pela vagina como sangramento, por alguns dias.
- Encorage praticar/não interromper atividade física, pois pode ajudar a melhorar os sintomas, além de alimentação saudável (mudanças de estilo de vida);

Medicamentos e Fitoterápicos prescritos por enfermeiros	
<p><i>Achillea millefolium</i> L., família Asteraceae – mil- folhas, mil-em- ramas</p>	<p>É utilizada para dismenorreia, podendo associá-la à Melissa officinalis (erva-cidreira) e Ocimum selloi (alfavaca-anisada) ou com Achyrocline satureoides (macela). Recomendar o uso das</p> <p>Flores: utiliza-se na dose de uma colher de chá OU Folhas: utiliza-se uma colher de sobremesa. Realizar a infusão em água filtrada, e consumir uma xícara de chá, até 3 vezes ao dia, por até 4 semanas.</p> <p>Obs. Deve ser evitada em gestantes e lactantes. Alguns indivíduos podem apresentar reações alérgicas; evitar em úlceras gastroduodenais e obstrução biliar. Não há informações sobre interações medicamentosas.</p>
<p><i>Chamomilla recutita</i> L., Rauschert (<i>Matricaria recutita</i> L.), família Asteraceae (Compositae) –</p>	<p>É utilizada para cólicas abdominais, flatulência, dismenorreia e, em uso tópico, para eczemas, gengivites, cicatrização e para tratamento de herpes. Utilizada popularmente em compressas sobre o abdome em crianças com cólica, em olho vermelho ou conjuntivites.</p>

<i>camomila, maçanilha</i>	<p>Dose: infusão com 1 colher de sobremesa de flores, 3 a 4 vezes ao dia.</p> <p>Obs. Pode ocasionar reações alérgicas, como eczema de contato, alergias respiratórias e angioedema. Tem efeito emético em altas doses. Deve-se evitar o uso em gestantes.</p>
<i>Zingiber officinale Roscoe, família Zingiberaceae – gengibre</i>	<p>Uma revisão sistemática demonstrou que o gengibre é tão eficaz quanto os anti-inflamatórios não esteroides na redução de sintomas de dismenorrea.</p> <p>Dose: decocção com 1 colher de café de rizoma picado, 2 a 4 vezes ao dia. Algumas pessoas apreciam acrescentar um pouco de limão e mel após o término da decocção. Disponível também em apresentações de cristais (gengibre seco) e balas.</p>
Ibuprofeno 300-600 mg	<p>8/8 horas, se dor por 3 a 5 dias</p> <p>(Atenção para usuárias com problemas gástricos, problemas de coagulação sanguínea, doença renal ou alergia a antiinflamatórios não esteróides - não prescrever nesses casos)</p>
<p>Dipirona 500-1000 mg 6/6h ou</p> <p>Paracetamol 500-1000 mg 6/6 h</p> <p>ou</p> <p>Butilbrometo de escopolamina 10mg de 8/8 horas por até 5 dias.</p>	<p>Anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias) – ibuprofeno 600mg ou diclofenaco 50 mg, de 8/8 horas;</p>

Solicitação de exames

Em caso de história de fluxos menstruais intensos, sangramentos entre os ciclos e/ou cólicas intensas, solicitar hemograma completo. Para outros exames: discutir caso com equipe médica.

REFERÊNCIAS

1. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4 - Demanda espontânea do Adulto. Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>
2. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Pack Brasil Adulto: Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. Florianópolis-SC, 2023/2024.
3. Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção Básica | Departamento de Atenção Básica. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Volume 2 – Queixas mais comuns na Atenção Básica.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). 3. ed. Brasília: OPAS, 2019.

5. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIAP-2: Classificação Internacional de Atenção Primária. 2. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il. ISBN 978-85-334-2360-2
7. IASP (International Association for the Study of Pain). "IASP Terminology." Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>.
8. Scholz, J., & Woolf, C. J. (2002). "Can we conquer pain?" *Nature Neuroscience*, 5(Suppl), 1062-1067. DOI: 10.1038/nn942.
9. Woolf, C. J. (2010). "Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain." *Pain*, 152(Suppl), S2-S15. DOI: 10.1016/j.pain.2010.09.030.
10. Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... & Kosek, E. (2019). "Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)." *Pain*, 160(1), 19-27. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
11. 10.1097/j.pain.0000000000001384.
12. Basbaum, A. I., Bautista, D. M., Scherrer, G., & Julius, D. (2009). "Cellular and molecular mechanisms of pain." *Cell*, 139(2), 267-284. DOI: 10.1016/j.cell.2009.09.028.
13. Merskey, H., & Bogduk, N. (Eds.). (1994). "Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms." IASP Press. ISBN: 978-0931092135.
14. Eccleston, C., Fisher, E., Vervoort, T., & Crombez, G. (2020). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(4), CD009660. doi:10.1002/14651858.CD009660.pub3

10.2.6. Disúria

A disúria é definida como a sensação de ardência, queimação ou dor/desconforto ao urinar. É importante diferenciar quando essa sensação de desconforto é externa, ou seja, quando a urina irrita os órgãos genitais inflamados, ou interna, quando se sente dor na uretra.

A infecção do trato urinário (ITU) é a causa mais comum da disúria, porém há outros eventos clínicos, como doenças infecciosas ou inflamatórias, que afetam o sistema geniturinário e podem causar disúria, portanto, a investigação adequada é de extrema importância para realização de diagnósticos diferenciais.

As principais condições clínicas que apresentam a disúria como sintoma são:

- ITU baixa (bacteriúria assintomática, cistite, prostatites, uretrites).
- ITU alta (pielonefrite aguda).
- Litíase renal.
- Vulvovaginites.
- Traumatismo geniturinário.
- Irritantes uretrais.

- Reações alérgicas.

A ITU caracteriza-se pela presença de microrganismos no trato urinário, podendo ser dividida em: sintomática ou assintomática (bacteriúria assintomática); e baixa (cistite, uretrite e prostatite) ou alta (pielonefrite). A cistite é o quadro mais frequente de disúria na mulher, criança e idosos. A prostatite tem relevância para a população masculina, e a pielonefrite, apesar de não tão presente, é uma das condições mais graves.

Diagnóstico	Características clínicas
Cistite	Pode ser caracterizada pela presença de: necessidade frequente e urgente de urinar e uma queimação ou sensação dolorosa durante a micção e urgência urinária. Esses sintomas são geralmente agudos, concomitantes e de aparecimento abrupto. Outros sintomas podem estar presentes, tais como: dor na palpção da região suprapúbica, mal-estar geral, urina turva e com odor desagradável e raramente febre.
Uretrite	A uretrite é a infecção ou inflamação da uretra, podendo ser causada por bactérias, vírus, fungos ou irritação química. As infecções sexualmente transmissíveis estão frequentemente relacionadas. Normalmente há dor e uma necessidade frequente e urgente de urinar. Em alguns casos se vê uma secreção da uretra, especialmente nos homens.
Prostatite	É caracterizada por dor súbita, de forte intensidade, geralmente na região retal, suprapúbica ou lombar baixa. Pode estar acompanhada de sintomas gerais (febre, mialgia) ou outros sintomas do trato urinário (disúria). Na anamnese deve-se interrogar manipulação do trato urinário.
Pielonefrite	É a infecção dos rins, caracterizada clinicamente por dor na região dos flancos, com irradiação para o abdome, febre, náusea, vômito e sintomas urinários irritativos. No exame físico, o sinal mais característico é a presença do sinal de Giordano. Prostração, taquicardia e hipotensão arterial podem estar presentes.

Este protocolo contempla orientações para quadros de disúria relacionados à ITU, e, mais especificamente, as condutas de enfermagem frente aos casos de ITU **simples** (cistite), além de apresentar os principais pontos de atenção em relação aos sinais de alarme e encaminhamentos necessários em caso de identificação de outras condições com pior prognóstico ou que necessitem da complementação da avaliação do profissional médico.

Consulta de Enfermagem

Avaliação

Como mencionado anteriormente, a disúria pode estar presente em diversas condições de saúde, portanto, é necessário realizar uma investigação aprofundada para descartar sinais de alarme e realizar o diagnóstico diferencial adequado. Abaixo encontram-se aspectos essenciais para serem abordados na entrevista de enfermagem:

- Início dos sintomas;
- Polaciúria (aumento da frequência de urinar);
- Urgência miccional;
- Hematúria (sangue na urina);
- Febre;
- Mal-estar geral;
- Vômitos;
- Alterações da coloração e odor da urina;
- Sintomas obstrutivos ou problemas no fluxo urinário (incapaz de urinar e desconforto/distensão abdome inferior);
- Incontinência urinária;
- Dor em flanco/ângulo costovertebral;
- Ocorrência de traumas ou manipulação prévia do canal urinário (por exemplo, por uso de catéter);
- Presença de lesões de pele ou outras queixas que levem a suspeita de ISTs;
- Corrimentos uretrais ou vaginais;
- Antecedente pessoal de infecção do trato urinário e nefrolitíase;
- Antecedente de condições prévias do trato urinário ou outras patologias associadas; e
- Padrão de hidratação e alimentar.

Avaliação de Enfermagem - Exame físico

Nas condições urinárias, o exame físico costuma evidenciar apenas dor na região suprapúbica e periuretral, dessa forma, pode ser mais útil para a avaliação da presença e característica de sinais sugestivos de outros diagnósticos indicados pela anamnese.

O exame físico direcionado para disúria inclui:

- Inspeção e palpação do abdome (especialmente abdome inferior);
- Avaliação de dor à percussão do ângulo costovertebral (sinal de Giordano);
- Aferição da temperatura;
- O exame da região genital deve ser realizado apenas quando há queixas associadas a corrimentos e ulcerações.

Principais Diagnósticos e Resultados

CIPE	CIAP	Resultados esperados
Eliminação urinária alterada Risco de infecção Dor Hábito urinário alterado	Infecção urinária não especificada (P70); Disúria (P04); Cistite (P73); Infecção urinária superior (P72)	Alívio da dor (relacionada à disúria) Eliminação urinária sem complicações Prevenção de complicações infecciosas Educação e compreensão sobre medidas preventivas Manutenção do padrão de eliminação urinária adequado Autocuidado e gerenciamento da saúde

Intervenções de Enfermagem

Após conduzir as etapas da avaliação de enfermagem, com a entrevista e exame físico, e identificada uma disúria relacionada à ITU, o enfermeiro deverá seguir o atendimento seguindo o fluxograma abaixo.

Os cuidados de enfermagem deste protocolo estão indicados para os quadros de ITU **simples (cistite)**, para pacientes sem a presença de fatores de risco de possíveis complicações, que incluem:

1. Gestantes;
2. Idosos;
3. Diabéticos;
4. Imunodeprimidos; e
5. Pacientes em uso de cateter vesical (verificar possível obstrução).

Obs. Para quadros de ITU sem melhora em 3 dias de tratamento ou ITU de repetição, será necessária consulta médica.

É importante atentar-se à presença de sinais de alarme, e, caso identificados, encaminhar imediatamente para avaliação médica:

Sinais de alarme (atendimento de urgência)
Incapacidade de urinar e desconforto/distensão do abdome inferior, sugestivo de bexigoma (provável obstrução)
Dor no flanco súbita, intensa e com irradiação unilateral para virilha/testículo (provável cálculo renal)

Dor no flanco + com sintomas urinários, associado a mais um desses sintomas: vômitos, PAS < 90, FC ≥ 100, gestante, febre ou disfunção imune (provável pielonefrite complicada)

Orientações

- Aumentar a ingestão de líquidos (principalmente água), utilizando o cálculo de quantidade de água de acordo com o peso corporal (0,35 ml/kg).
- Orientar presença de sinais de alarme como febre alta, dor lombar, calafrios e vômitos, dor intensa, dificuldade de urinar, persistência dos sintomas, que podem indicar complicações. Nesses casos, o paciente deve procurar o serviço de saúde para reavaliação.
- **Orientações para prevenção de novos quadros:** urinar após a relação sexual (especialmente para mulheres); manter uma boa ingestão de líquidos; evitar segurar a urina por longos períodos; evitar roupas íntimas apertadas e sintéticas, que dificultam a ventilação da área genital, evitar uso de espermicidas (para mulheres); evitar duchas íntimas (para mulheres);
- Evitar o uso de produtos de higiene íntima com fragrâncias ou outros irritantes que podem piorar a inflamação do trato urinário.
- Orientar sobre a higiene íntima, incentivando a prática de higiene de frente para trás (especialmente em mulheres), para prevenir a introdução de microrganismos no trato urinário.

Prescrições de medicação por enfermeiro:

Prescrição medicamentosa indicada para quadros de cistite:

- **Mulheres:** Optar por Nitrofurantoína OU Sulfametoxazol + trimetoprima OU Cefalexina (3 dias); e
- **Homens:** Optar por Norfloxacino OU Cefalexina (7 dias).

Em caso de dor ou desconforto intensos, é possível associar um analgésico ao tratamento proposto:

- Paracetamol 500-1000 mg **OU** Dipirona 500-1000 mg: Tomar um comprimido de 6 em 6 horas, se apresentar dor.

Medicamento	Apresentações	Posologia
Sulfametoxazol + trimetoprima	Comprimido 400 mg+80 mg	Adultos: 800 (sulfametoxazol) + 160 (trimetoprima), VO, a cada 12 horas, por 3 dias p/ mulheres e 7 dias p/ homens (cistite)
Nitrofurantoína	Cápsula 100 mg	Adultos: Tomar 100 mg, a cada 6 horas, por 3 dias (mulheres) e por 7 dias (homens), ingerir com alimento
Norfloxacino	Comprimido 400 mg	Adultos: 400 mg, VO, a cada 12 horas, por 3 dias (E. coli, K. pneumoniae ou P. mirabilis) ou por 7 a 10 dias (demais)
Cefalexina	Cápsula ou drágea ou comprimido 500 mg	Adultos: 500 mg, VO, a cada 6 horas por 7 a 14 dias

*Para qualquer prescrição medicamentosa, deve-se descartar alergias previamente.

Solicitação de exames

Poderão ser solicitados exames complementares: EAS e/ou urocultura de acordo com avaliação da necessidade (os exames complementares não são essenciais para a abordagem diagnóstica).

Importante: É recomendado a coleta de EAS e urocultura com antibiograma antes de iniciar a antibioticoterapia. A ausência desses exames complementares não impede o início do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Pack Brasil Adulto: Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. Florianópolis-SC, 2023/2024.
2. Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção Básica | Departamento de Atenção Básica. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA Volume 2 – Queixas mais comuns na Atenção Básica.
3. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). 3. ed. Brasília: OPAS, 2019.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIAP-2: Classificação Internacional de Atenção Primária. 2. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.

10.3. Queixas Inespecíficas

10.3.1 Febre

Febre é a elevação da temperatura corporal que pode ser causada por doença, alteração hormonal, ou ingestão de substâncias pirogênicas. É um achado inespecífico e nunca deve ser avaliada individualmente. A temperatura do nosso corpo é em torno de 36,7°C e considera-se febre em adultos quando acima de 37,8°C.

Existem várias condições que mudam a temperatura corporal, sejam sistêmicas, incluindo infecções, sequelas de danos nos tecidos, inflamação, rejeição de transplantes, câncer, outras doenças, medicamentos, atividade musculoesquelética excessiva, ou por fatores externos, como a exposição a altas temperaturas. O tratamento deve primeiro resolver a causa do problema.

Sinais de Alerta: convulsão, rebaixamento de nível de consciência, letargia, rigidez de nuca/meningismo ou rash purpúrico (provável meningite), vômito em jato, dor a descompressão súbita do abdome inferior direito – sinal de Blumberg positivo (provável apendicite), icterícia, sangramento e/ou hematomas, dor abdominal intensa ou de início súbito, sinal de Giordano positivo (doença renal).

Anamnese:

- Tempo de sintoma;
- Associação de outros sintomas;
- Avaliar sinais de alarme;
- Excluir arboviroses, covid-19, influenza e doenças infectocontagiosas;
- Uso de medicações;
- Alergias medicamentosas;
- Esteve em áreas endêmicas para doenças de relevância epidemiológica.

Exame Físico:

- Monitorar a temperatura corporal;
- Verificar sinais vitais;
- Otoscopia;
- Oroscopia;
- Ausculta pulmonar;

- Inspeção/ausculta/palpação abdominal;
- Excluir sinais de alarme (sinais meníngeos, sangramento, petéquias);
- Realizar prova do laço em suspeita de arboviroses.

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Febre	A03 Febre	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da temperatura corporal; • Exclusão de arboviroses; • Afastamento dos sinais de alarme.

Intervenções de Enfermagem

- Orientar manejo para controle da febre;
- Fazer banhos de esponja/uso de panos embebidos com água morna (nível de evidência 2A e grau de recomendação B - Oxford)
- Orientar sinais de alarme;
- Aumentar ingesta hídrica;
- Orientar vestimentas leves;
- Retorno em 48 horas caso persistência dos sintomas;
- Na presença de sinais de alarme e gravidade, solicitar avaliação médica.

Prescrição de Enfermagem:

Paracetamol:

Solução oral 200 mg/ml (dosagem máxima de 4g/dia) - 40 gotas 6/6 horas
500 mg/dose (dosagem máxima de 4g/dia) - 1 cp de 6/6 horas

OU

Dipirona:

Solução oral 500 mg/ml (dosagem máxima de 4g/dia) - 40 gotas de 6/6 horas
500 mg/dose (dosagem máxima de 4g/dia) - 2 cp de 6/6 horas

O uso de gelo em pontos específicos como axilas, virilha e pescoço, bem como a utilização de esponjas com soluções alcoólicas aplicadas no corpo, foram empregados no passado; porém esses métodos podem causar eventos adversos graves e não devem ser utilizados. Não utilizar soluções alcoólicas no corpo em razão do risco de intoxicação por inalação ou absorção cutânea, principalmente em crianças e idosos que têm a pele mais fina e sensível. (Guia de prática clínica: sinais e sintomas não específicos: febre/ Conselho Federal de Farmácia, 2018)

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
2. BRUN, C. P.; PASQUALOTTO, A.C..Febre. In. ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F.; BARROS, E. Sintomas e sinais na prática médica: consulta rápida. Artmed: São Paulo, 2006.
3. CIPE. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs%20do%20Brasil.pdf>
4. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Guia de prática clínica: sinais e sintomas não específicos: febre/ Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2018. 122 p.: il. (Guias de prática clínica para farmacêuticos, 3)
5. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020
6. PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 202

10.3.2. Tonturas/Vertigens

Tontura é uma das queixas mais comuns na prática clínica e, por meio dela, a pessoa pode estar se referindo a diferentes tipos de sintomas como vertigem, sensação de perda de consciência ou síncope iminente, desequilíbrio ou sensação de flutuação ou vazio na cabeça” (do inglês *light-headedness*). A hipotensão é responsável por dois terços dos episódios. Geralmente, deve-se a uso anti-hipertensivos e/ou vasodilatadores, hipovolemia, estase venosa, distúrbios autonômicos, micções ou outras formas de reproduzir a manobra de Valsalva.

As reações vasovagais são comuns e podem estar associadas à ansiedade, fadiga ou dor. Ocorrem com maior frequência em pessoas com transtorno de ansiedade, incluindo ataques de pânico e agorafobia, transtornos somatoformes e depressão. Destes, o subtipo mais prevalente é a vertigem, que contabiliza 54% dos casos de tontura na APS.

A vertigem é descrita como uma ilusão, ou uma falta de sensação de movimento de si ou do ambiente, decorrente de distúrbios no sistema vestibular, que pode ocorrer no labirinto ou na divisão vestibular do nervo auditivo (distúrbios vestibulares periféricos), ou na via central, afetando os núcleos vestibulares do tronco cerebral e suas inter-relações com outras estruturas cerebrais, como o

cerebelo e o córtex cerebral (distúrbios vestibulares centrais). Na história do paciente é importante diferenciar se ele realmente tem vertigem, a qual geralmente é descrita como uma sensação giratória ou de movimento de tudo o que está dentro do campo visual do indivíduo ou de deslocamento do próprio corpo.

Este capítulo não tem interesse no tratamento das causas da Tonturas ou Vertigem, e sim na Identificação de achados clínicos e necessidade de cuidado para conduta dentro do escopo de atuação do enfermeiro e compartilhamento do cuidado.

Sinais de alarme: início súbito de fraqueza ou dormência assimétrica da face, braço ou perna, dificuldade na fala ou alteração visual (considerar derrame); início súbito de tontura intensa com náusea/vômitos, movimentos oculares ou marcha anormal; hipoglicemia; dor no peito; impossibilidade de ficar em pé sem apoio; trauma recente na cabeça; falta de ar pior ao deitar-se e edema nos membros inferiores

Anamnese:

- Avaliar se apresenta sintomas no ouvido como zumbido ou perda auditiva;
- Avaliar desmaio;
- Rastrear uso de álcool, drogas e abuso de medicações;
- Identificar se faz uso de medicações como antidepressivos, antihipertensivos e antiepiléticos, furosemida e efavirenz (podem causar tonturas);
- Verificar e excluir anemia: se palidez, fraqueza, cansaço, dificuldade para respirar, cansaço ao realizar exercícios;
- Avaliar alimentação e ingestão hídrica;
- Para pessoas com útero: verificar DUM.

Exame Físico:

- Verificar sinais vitais, principalmente pressão arterial;
- Verificar hipotensão postural: medir a pressão arterial deitado e repetir após ficar em pé por 3 minutos;
- Se paciente diabético, verificar a glicemia;
- Avaliar a possibilidade de gestação;
- Avaliar ansiedade, se confirmada, gerenciar cuidado.

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Vertigem Postural (Tontura)	N17 Vertigens/tonturas	- Melhora da sensação de tontura e/ou do desequilíbrio
Hipotensão Postural	K88 Hipotensão Postural	- Normalização da pressão arterial; - Restabelecimento dos sintomas apresentados (tontura, visão turva, fraqueza, desmaio)
Ansiedade	P01 Sensação de ansiedade/ nervosismo/ tensão	- Normalização da frequência respiratória; - Restabelecimento de alterações apresentadas.

Intervenções de Enfermagem:

- Quando apresentado vertigem acompanhada de náuseas ou vômitos (ver capítulo de náuseas ou vômitos);
- Verificar sobre possível quadro de ansiedade e gerenciá-lo;
- Orientar a pessoa a sentar-se antes de levantar quando estiver deitada;
- Aumentar a ingestão de líquidos;
- Orientar a pessoa sobre exercícios de respiração.

Prescrição de Enfermagem:

Para idosos: Sais para Reidratação Oral (pó para solução oral)

Orientação: Dissolver o conteúdo em 1 litro de água filtrada ou fervida e administrar de 100 a 150 ml por quilo de peso corporal em período de 4 a 6 horas.

REFERÊNCIAS

1. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020
2. PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
4. CIPE. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAAs%20do%20Brasil.pdf>

10.4. Queixas Oftalmológicas

10.4.1 Olho Vermelho

O olho vermelho é uma queixa comum entre as demandas apresentadas na APS. Segundo Sociedade Brasileira de Oftalmologia (2015) os principais sintomas são hiperemia, dor, fotofobia, prurido e mudança na acuidade visual. Normalmente relacionado à infecção bacteriana ou viral, presença de corpo estranho, trauma e alterações fisiológicas.

O manejo clínico requer avaliações e orientações do enfermeiro e do médico da APS, após análise da etiologia, seguir com manejo de acordo o protocolo de enfermagem e de acordo as necessidades em saúde do usuário, incentivando e orientando a respeito da prevenção de novos casos e infecções, já que as infecções virais são mais prevalentes no serviço.

Consulta de Enfermagem

Avaliação

Na entrevista, investigar o tempo de início de sintomas, histórico de traumas, acuidade visual, sensação de corpo estranho, uso de lentes de contato, presença de prurido ocular, presença de dor, uso de cosméticos novos, procedimentos estéticos, alergia, contato recente com pessoas apresentando os mesmos sintomas e histórico recente de infecção respiratória superior, uso de medicamentos recentes, alergia à medicação e tratamento com laser ocular.

No exame físico, o profissional deve inspecionar as pálpebras, estar atento a diminuição da visão, presença de fotofobia, presença de secreção purulenta, edema de pálpebra, assimetria ocular, avaliação pupilar (avaliação do tamanho, simetria, coloração e fotorreação), pele hiperemiada associada à dor, realizar teste de mobilidade ocular, elevação de níveis pressóricos maior que 140/90 mmHg em gestantes ou puérperas e maior que 180/110 mmHg nos outros grupos etários.

Na presença de sensação de corpo estranho e olho vermelho sem motivo, o profissional deve inspecionar a parte posterior da pálpebra (na parte superior depois de virá-la). Importante também observar a presença de secreção e fazer a diferenciação:

1. Purulenta: amarelada;
2. Mucopurulenta: branco cremosa;
3. Serosa: aquosa amarelada;
4. Mucosa: transparente.

Sempre afastar os seguintes sintomas, caso estejam presentes, importante realizar a interconsulta com o profissional médico:

1. Presença de secreção purulenta (sinal de infecção bacteriana);
2. Pálpebra edemaciada, com hiperemia e presença de dor (Provável celulite orbital);
3. Trauma Penetrante;
4. Laceração palpebral;
5. Corpo estranho penetrante;
6. Queimadura química;
7. Úlcera na córnea;
8. Opacificação da córnea;
9. Queda súbita da pálpebra;
10. Olho vermelho e dolorido, com visão borrada, halos ao redor da luz, pupilas dilatadas não responsivas, presença de êmese ou cefaleia.

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados esperados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Risco de Infecção Ocular	F02 – Olho Vermelho	Ausência de sinais e sintomas
Inflamação da conjuntiva ocular	F70 – Conjuntivite Infecçiosa/ H103 Conjuntivite Aguda Não especificada	Visão melhorada
Inflamação da conjuntiva ocular	F71 – Conjuntivite Alérgica	Interação social melhorada
Visão Prejudicada	F72 – Blefarite/ Hordéolo/ Calázio	

Orientações, Solicitação de exames e Prescrições de medicação

Afecção	Necessidades encontradas	Possíveis achados clínicos	Intervenção
	<p>Hiperemia Ausência de edema Secreção clara. Ausência de corpo estranho</p>	<p>Trauma, uso de cosméticos, realização de procedimentos estéticos, alergias, infecção viral, lentes de contato, queimaduras leves.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar o olho com água limpa ou cloreto de sódio; 2. Aplicar compressas frias embebidas com soro fisiológico 0,9% várias vezes ao dia; 3. Não compartilhar e toalhas e roupas; 4. Orientar afastamento das atividades laborais (atestado à critério médico) e contato íntimo com as pessoas; 5. Higienização das mãos; 6. Cessar o uso de possíveis alérgenos; 7. Limpar com álcool 70% as superfícies que entraram em contato com as mãos de pessoas contaminadas, como exemplo: maçanetas, corrimãos, entre outros; 8. No caso de queimaduras químicas, lave o(s) olho(s) continuamente por pelo menos 15 minutos com cloreto de sódio 0.9% ou água limpa.
	<p>Hiperemia Presença de edema Secreção purulenta. Ausência de corpo estranho</p>	<p>Infecção bacteriana</p>	<p>Realizar interconsulta com médico para prescrição de antibióticoterapia;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar o olho com água limpa ou cloreto de sódio; 2. Aplicar compressas frias embebidas com soro fisiológico 0,9% várias vezes ao dia; 3. Não compartilhar e toalhas e roupas; 4. Orientar afastamento das atividades laborais (atestado à critério médico) e contato

			<p>íntimo com as pessoas e afastamento da creche e escola por enfermeiro;</p> <p>5. Higienização das mãos;</p> <p>6. Cessar o uso de possíveis alérgenos;</p> <p>7. Limpar com álcool 70% as superfícies que entraram em contato com as mãos de pessoas contaminadas, como exemplo: maçanetas,</p>
 <p>HORDÉOLO EXTERNO</p>	<p>Vermelhidão na pálpebra Dor, sensibilidade e inchaço na borda da pálpebra Lacrimejamento Sensação de corpo estranho Fotofobia (sensibilidade à luz) Pequeno ponto amarelo no centro da zona inchada</p>	<p>Hordéolo Blefarite</p>	<p>Oriente aplicar compressa quente por 5-10 minutos, lavar as crostas cada 12 horas; Caso não melhorar, realizar a interconsulta com profissional médico.</p>

Adaptado Florianópolis 2020

REFERÊNCIAS

1. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto / Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. – Volume 4 – Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis, 2020. 86 p.: il.
2. PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020
3. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020.

10.4.2. Baixa Visão

Frente ao cenário da prática da APS, observa-se que a queixa de dificuldade em enxergar é bastante comum entre os pacientes e são assistidos também pelo enfermeiro.

A baixa visão também é definida como visão subnormal e pode se manifestar em diferentes maneiras, tais como: cefaleia frontal e temporal, lacrimejamento, fadiga ocular, visão dupla ou turva e hiperemia.

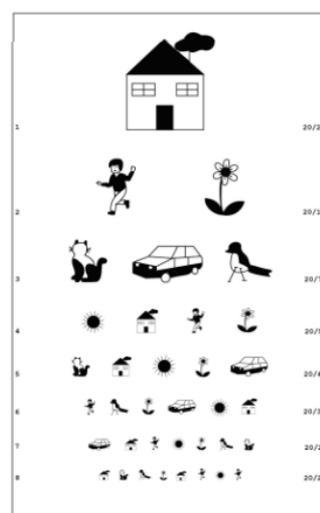
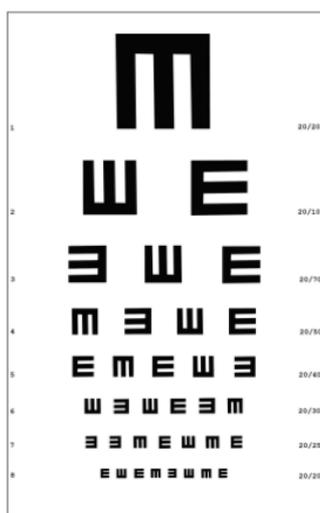
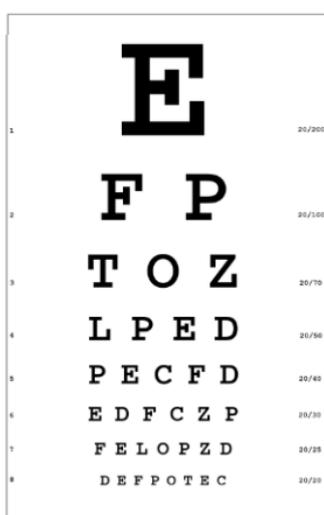
Avaliação

- Verificar uso prévio/indicação de uso de lentes corretivas para baixa visão
- Se dor de cabeça, identificar associação com a baixa visão

Exame Físico:

- Observar simetria dos olhos;
- Realizar teste de mobilidade ocular (acompanhar dedo para os lados, cima e baixo)
- Avaliar pupilas (tamanho, simetria, cor e foto reação).
- Realizar teste de Snellen

Variações da Tabela de Snellen



Como realizar o Teste de Snellen?

Mantenha a pessoa a 3m de distância da tabela, ofereça um ocluser de olhos.

- Inicie a leitura pelos optotipos maiores, com a tabela sempre na altura dos olhos da pessoa.
- Faça a aferição de um olho por vez, anote o valor da linha com os menores optotipos que a pessoa conseguiu ver. Se a pessoa errar apenas um optotipo, considera-se essa linha como indicadora da Acuidade visual, se tiver dois erros ou mais, considera-se a linha acima.
- Se a pessoa fizer uso de óculos, o dispositivo deve ser mantido durante a realização do exame.

Intepretação do resultado

Após avaliar Olho Direito (OD) e Olho Esquerdo (OE), indicar a fração de Snellen, conforme indicado na lateral da tabela (ex.: 20/200, 20/100, 20/80...20/20)

20/20 (sem correção): Indica acuidade visual normal

20/200: Indica o pior resultado

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados esperados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Dor de cabeça	N01 cefaleia	Ausência de sinais e sintomas
Visão Prejudicada	F29 Outros sinais/sintomas oculares	Visão melhorada
Visão prejudicada	F28 Limitação funcional/incapacidade F27 Medo de doença ocular	

Intervenções

- Registrar procedimento de Triagem oftalmológica em Prontuário Eletrônico
- Avalie a necessidade de encaminhamento para a serviço especializado de oftalmologia
- Verifique se a pessoa ou família compreenderam as orientações
- Promova e verifique se as estratégias para autocuidado apoiado estão sendo eficazes.
- Encaminhar para Oftalmologia os pacientes com resultado alterado
- Coordene o itinerário terapêutico da pessoa, acompanhando o compartilhamento do cuidado com a Atenção Especializada.

O enfermeiro tem autonomia para encaminhar o paciente com Resultado alterado para o Oftalmologista, via sistema de regulação

REFERÊNCIAS

1. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto / Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. – Volume 4 – Florianópolis: Prefeitura de Florianópolis, 2020. 86 p.: il.
2. PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020
3. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020

10.5. Queixas Dermatológicas

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo responsável cerca de 16% do peso corporal. Possui funções primordiais para a vida, como termorregulação, vigilância imunológica, sensibilidade e proteção do indivíduo contra agressões exógenas, de natureza química, física ou biológica, e contra a perda de água e de proteínas para o exterior.

Por se tratar de um órgão extenso e cujo aspecto está relacionado aos fatores que vão muito além da saúde, como imagem corporal, asseio e outros aspectos sociais, por muitas vezes, as queixas dermatológicas são disparadoras da busca ao serviço de saúde.

Diante da frequente associação de problemas de pele com questões emocionais e sociais, o enfermeiro desempenha um papel fundamental. Para tanto, é necessário um conhecimento aprofundado das diversas manifestações cutâneas e de suas possíveis causas, bem como a capacidade de estabelecer um diagnóstico preciso e indicar o tratamento adequado. Faz-se necessário que o enfermeiro aprimore seu raciocínio clínico e oportunize a construção de vínculo e ações de promoção da saúde, para o cuidado integral.

Avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem para os principais achados clínicos nas alterações de pele

Faça as perguntas direcionadas pela queixa, considerando alguns aspectos de sintomas associados (dor, prurido, entre outros), alterações (cor, tamanho, forma), tempo de surgimento e piora das lesões; avaliar sinais de infecção ou inflamação; uso de medicações; apresentação de manifestação sistêmica ou local; e avaliação de condições sanitárias do domicílio e território.

Entrevista + Exame físico

Inspeção: Observar a área acometida quanto à localização, coloração, aspecto, com olhar direcionado à queixa, estendendo para possíveis áreas não localizadas pelo usuário.

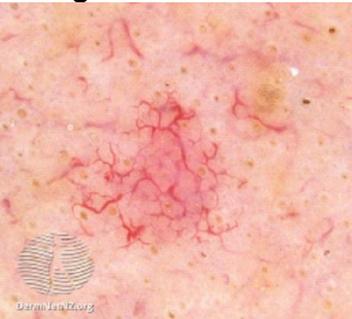
Palpação: Checar a existência de lesões sólidas, alterações de volume, espessura, umidade ou consistência da pele; **observar** elasticidade, turgor e mobilidade correlacionando com a idade; avaliação de sensibilidade térmica, dolorosa, e tátil, se necessário utilizando instrumental específico; palpar linfonodos em áreas correlacionadas; avaliar as condições da pele e a perfusão.

Avaliar o grau de edema periférico por meio da escala de 1+ a 4+ (leve a grave).

10.5.1 Características das lesões

Lesões elementares primárias com conteúdo líquido				
<p>Bolha</p>  <p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Pústula</p>  <p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Vesícula</p>  <p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Cisto dermoide</p>  <p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Cisto epidermóide</p>  <p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>
<p>Elevação da pele, circunscrita, com pelo menos 0,5 cm de diâmetro. O conteúdo é seroso, podendo ser seguido por um hemático ou purulento. A bolha causada por queimadura tem o nome de flictema.</p>	<p>Lesão elevada e circunscrita, semelhante à vesícula, se distinguindo pelo conteúdo que é purulento.</p>	<p>Lesão elevada e circunscrita, com conteúdo geralmente claro/seroso, que pode se tornar turvo/purulento, menor que 0,5 cm.</p>	<p>Um cisto dermoide é um teratoma cístico que contém pele madura desenvolvida com folículo piloso e glândulas sudoríparas completas.</p>	<p>Cavidade revestida por epitélio glandular ou queratinizado, com conteúdo variando de líquido a pastoso. Tumores benignos, derivados de anexos cutâneos.</p>

<p>Hematoma</p>  <p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Hipocromia</p>  <p>https://dermnetnz.org/</p>	<p>Acromia</p>  <p>https://dermnetnz.org/</p>	<p>Hipercromia</p>  <p>https://dermnetnz.org</p>
<p>Coleção de sangue, comumente derivada de traumas. Assemelha-se clinicamente com equimose, diferenciando-se pela maior espessura/volume e existência de coleção, enquanto a equimose é uma lesão em lençol.</p>	<p>Discromia de origem hereditária, congênita ou adquirida de diversas maneiras. Pode ainda ser provocada pela baixa porcentagem de hemoglobina nos glóbulos vermelhos (casos de anemia). Caracteriza-se pela diminuição do pigmento melânico cutâneo, provocando o aparecimento de manchas brancas. BARROS (2009)</p>	<p>Caracteriza-se pela ausência total de pigmento melânico cutâneo, provocando o aparecimento de manchas brancas na pele. BARROS (2009)</p>	<p>Discromia hereditária, congênita ou adquirida, provocada por estímulos endógenos ou exógenos que acarretam um aumento na produção de melanina ou o depósito de outro pigmento. As lesões características desta discromia se apresentam sob a forma de máculas pigmentares, variando sua cor, podendo ser amarelada, castanho claro ou escuro, azulado ou preto. BARROS (2009)</p>

LESÕES ELEMENTARES PRIMÁRIAS PLANAS VÁSCULO-SANGUÍNEAS				
<p>Petéquias</p> 	<p>Eritema</p> 	<p>Equimose</p> 	<p>Telangectasia</p> 	
<p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS) Exantema</p>	<p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>
<p>Em geral puntiformes e múltiplas, menores que 0,5 cm. São manchas que correspondem a depósitos por extravasamento hemático que não desaparece à digitopressão.</p>	<p>Mancha rubra decorrente de vasodilatação, que desaparece à digitopressão. O eritema pode ter aspecto arroxeadado, principalmente em extremidades, constituindo-se o eritema cianótico</p>	<p>Lesões que em geral, apresentam-se sob forma de lençol de extravasamento hemático, maiores que 0,5 cm</p>	<p>Dilatação de capilares sanguíneos com luz menor que 2mm cuja expressão clínica se dá por lesões estelares, sinuosas ou lineares.</p>	<p>Quando as manchas rubras recobrem o corpo, dá-se o nome de exantema.</p>

LESÕES ELEMENTARES SECUNDÁRIAS

Erosão ou escoriação



COLLANTES & GUTIÉRREZ (2021)

Lesão superficial, quase sempre de origem traumática, com perda de tecido epidérmico e, ocasionalmente, também dérmico superior, e que cura sem deixar cicatriz.

Crosta



<https://dermnetnz.org/>.

Consiste no depósito de material, na superfície, formado por exsudado e detritos. Apresenta coloração variável, conforme o tipo de secreção.

Úlcera



COLLANTES & GUTIÉRREZ (2021)

Perda circunscrita de epiderme e derme, podendo atingir a hipoderme e tecidos subjacentes. Pode ser superficial ou profunda

Escama



<https://dermnetnz.org/>.

Formação laminar epidérmica, de aspeto e dimensões variáveis, que pode soltarse espontaneamente ou à fricção.

Abscesso



COLLANTES & GUTIÉRREZ (2021)

Lesão fechada supurativa, com planos moles e flutuação. Abrindose para o exterior, dá lugar a uma úlcera ou a uma fístula.

Fissura



COLLANTES & GUTIÉRREZ (2021)

Rotura da pele com uma solução de continuidade linear, afetando a derme e localizada, geralmente, em pregas naturais (comissuras labiais, pregas inguinais etc.)

10.5.2. Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Principais achados clínicos	Definição	Diagnósticos	Intervenção/prescrição pelo enfermeiro
<p>Escabiose</p>  <p>Fonte: https://dermnetz</p>	<p>A Escabiose é uma infestação parasitária da pele causada pelo ácaro <i>S. scabiei</i> var. <i>hominis</i>. A infestação com o ácaro da sarna resulta em uma erupção cutânea intensamente pruriginosa muitas vezes com piora à noite, que consiste em pápulas, nódulos, vesículas e tocas serpiginosas características que podem ser visíveis a olho nu. A distribuição típica dos sinais de infestação inclui áreas entre os dedos, punhos, axilas, virilhas, nádegas, genitais e seios nas mulheres.</p> <p>A transmissão é por contato direto pele a pele. A transmissão indireta (via roupas, roupas de cama e outros fômites). CHANDLER & FULLER (2019)</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S72 – escabiose/ outras acariases</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que as roupas e lençóis deverão ser lavadas com água quente, passadas a ferro a fim de eliminar a presença do agente causador ou deixar as roupas embaladas por 72 horas a fim de matar os parasitas implantados • Orientar sobre transmissibilidade, prevenção, higiene pessoal e identificar contatos • Orientar que todos aqueles que entrarem em contato próximo com o usuário devem ser tratados • Orientar a lavar e enxaguar as roupas de cama com água quente de quem estiver com a infestação <ul style="list-style-type: none"> • Orientar que as roupas de cama deverão ser passadas com ferro quente <p>Tratamento: Permetrina 50mg/mL (5%) loção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a loção do pescoço para baixo, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, regiões interdigitais, periumbilical, genital (não aplicar em área de mucosa) e áreas sob as unhas; genital (não aplicar em área de mucosa) e áreas sob as unhas. • Remover a loção após 8-14 horas tomando banho. • Repetir após 7 dias • Examinar e tratar pessoas em contato próximo com o paciente, mesmo assintomáticas; • Prurido residual pode permanecer por 2 a 4 semanas após o tratamento <p>Não utilizar em gestantes, durante a amamentação e em crianças menores de 2 anos Ivermectina 6mg comprimido: Dose de 200 mcg/kg;</p>

			<table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO</th> <th colspan="2">POSOLOGIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 a 24 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>½ comprimido (3mg)</td> </tr> <tr> <td>25 a 35kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>1 comprimido (6mg)</td> </tr> <tr> <td>36 a 50 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>1 e ½ comprimidos (9mg)</td> </tr> <tr> <td>51 a 65 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>2 comprimidos (12mg)</td> </tr> <tr> <td>66 a 79 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>2 e ½ comprimidos (15mg)</td> </tr> <tr> <td>≥ 80 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>200 mcg/Kg</td> </tr> </tbody> </table>	PESO	POSOLOGIA		15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)	25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)	36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)	51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)	66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)	≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/Kg	<p>Doses recomendadas para crianças e adultos: Repetir a dose oral única em 7 a 10 dias, após reavaliação; Orientar que o medicamento deve ser ingerido com água, e não necessita jejum. Não é recomendado para pessoas <15 Kg, mulheres grávidas e lactantes.</p>
PESO	POSOLOGIA																								
15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)																							
25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)																							
36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)																							
51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)																							
66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)																							
≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/Kg																							
<p>Pediculose</p>  <p>https://dermnetnz.org</p>	<p>Pediculose: Causada pela presença do <i>Pediculus humanus var capitis</i> e lêndeas presas nos fios de cabelo. O primeiro sintoma é um intenso prurido no couro cabeludo, principalmente na região da nuca e atrás das orelhas. A coçadura provoca escoriações que, além de tornar o prurido mais intenso, podem provocar infecções de pele inicialmente localizadas como foliculite, impetigo ou celulite. (Sofs 2190) A transmissão ocorre através do contato direto ou com objetos utilizados pela pessoa contaminada. (Sofs 2347)</p> <p>Complicações: Linfonomegalia Cervicais</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S73 – pediculose / outras infecções da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a técnica de remoção mecânica das lêndeas e piolhos, com o auxílio de pente fino no cabelo umedecidos com vinagre morno diluído em água – diluição 1:1 • Oriente a limpeza das escovas e pentes usados e deixar separados das demais pessoas da casa <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permetrina 10mg/mL (1%) loção: Aplicar no couro cabeludo especialmente retroauricular e nuca, deixar por 10 minutos e enxaguar com água morna posteriormente. • Repetir o procedimento após 7 dias; <table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO</th> <th colspan="2">POSOLOGIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 a 24 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>½ comprimido (3mg)</td> </tr> <tr> <td>25 a 35kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>1 comprimido (6mg)</td> </tr> <tr> <td>36 a 50 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>1 e ½ comprimidos (9mg)</td> </tr> <tr> <td>51 a 65 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>2 comprimidos (12mg)</td> </tr> <tr> <td>66 a 79 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>2 e ½ comprimidos (15mg)</td> </tr> <tr> <td>≥ 80 kg</td> <td>Dose oral única</td> <td>200 mcg/Kg</td> </tr> </tbody> </table>	PESO	POSOLOGIA		15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)	25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)	36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)	51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)	66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)	≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/Kg	<ul style="list-style-type: none"> • Ivermectina 6mg comprimido: Dose de 200 mcg/kg; única Repetir a dose oral única em 7 a 10 dias; Não é recomendado para pessoas <15 Kg, mulheres grávidas e lactantes.
PESO	POSOLOGIA																								
15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)																							
25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)																							
36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)																							
51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)																							
66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)																							
≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/Kg																							

Tungíase (bicho-do-pé)

Tungíase (Bicho do pé): Dermatose parasitária onde é típico o encontro de pápulas amareladas com mais ou menos 0,5cm, de diâmetro com ponto negro central (parasita na sua parte posterior). Inicialmente, há prurido seguido por dor quando houver infecção secundária. Localizações mais comuns são redor das unhas dos dedos dos pés, plantas e calcanhares. Causado por um tipo de pulga denominado Tunga penetrans. A transmissão ocorre através do contato direto com solo contaminado

CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)

CIAP: S76 Outras infecções da pele S21 – Sinais/sintomas da textura da pele

- Realizar a retirada mecânica da tunga;
- Higienizar o local afetado antes da remoção com água e sabão; Realizar a extração com uma agulha estéril de calibre adequado e antes, realizar a assepsia local com álcool 70% ou clorexidina; Após extração fazer curativo local;
- Verificar a situação vacinal da criança, principalmente a vacina contra tétano, caso esteja desatualizado, realizar a vacinação
- Orientar o uso regular de chinelos ou sandálias para prevenção individual, assim como o uso de sapatos fechados e de meias;
- Orientar o rastreamento da pulga em animais domésticos e tratá-los
- Tratamento: Ivermectina 6mg comprimido:
- Dose de 200 mcg/kg; única

Doses recomendadas para adultos:

PESO	POSOLOGIA	
15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)
25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)
36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)
51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)
66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)
≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/Kg

Tinea corporis (Impingem)



SFS

Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com.br>

Micose superficial que acomete a epiderme da face, tronco e membros. Caracteriza-se pelo surgimento de lesões pápulo-vesiculosas, de crescimento centrífugo e descamação central e posteriormente também na periferia da lesão. Podem ser isoladas ou múltiplas, por vezes confluentes. Estas

CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)

CIAP: S74 Dermatofitose S21 sinais/sintomas

- Orientar para evitar contato direto ou indireto com pessoas ou animais com sintomas
 - Esclareça a importância de identificar e tratar os animais domésticos infectantes
 - Orientar a lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente.
- Prescrever: Miconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar uma quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada duas vezes ao dia por 7 a 14 dias. Se lesões extensas, encaminhar ou discutir com médico(a) da equipe uso de antifúngico sistêmico.

	<p>manifestações são acompanhadas de prurido. Transmitida através dos contatos com animais (cães e gatos), de pessoa a pessoa por contato direto ou indireto por meio de objetos contaminados.</p>	<p>da textura da pele S29 sinais/sintomas da pele, outros</p>	
<p>Micose interdigital (pé-de-atleta/frieira)</p>  <p>SFS</p> <p>Fonte: http://www.atlasdermatologico.com.br/</p>	<p>Infecção fúngica (micose) que acomete os espaços interdigitais e regiões plantares. As lesões podem ser intensamente pruriginosas, descamativas e maceradas nos espaços interdigitais, podendo ocorrer fissuração. Causada pela espécie <i>Epidermophyton floccosum</i> e diversas espécies de <i>Trichophyton</i>. A transmissão ocorre pelo contato direto com pessoas contaminadas ou indireto através de objetos e pisos contaminados.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida (especificar local) CIAP: S21 – sinais/sintomas da textura da pele S29 – sinais/sintomas da pele, outros L17– Sinais/sintomas do pé/ dedo do pé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar e secar bem os pés • Orientar o uso de calçados abertos/sandálias • Orientar exposição solar de sapatos fechados • Compartilhar cuidado com médico (a), se presença de lesões extensas ou infecção secundária. <p>Prescrever: Miconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar uma quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada duas vezes ao dia por 7 a 14 dias</p>
<p>Miase furunculóide (Berne)</p> 	<p>Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central de onde sai secreção serosa. A lesão é dolorosa e o paciente sente a sensação de “ferroadá”. Como complicações podem surgir abscessos, linfangite e raramente tétano.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local) CIAP:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar curativo oclusivo, ocluindo o orifício com esparadrapo • Orientar retorno em 24 horas, com orifício ocluído a fim de retirada da larva • Retirar com pinça as larvas, tomando o cuidado para não romper a mesma. (FLORIANÓPOLIS, 2016)

	<p>Causada pelas fêmeas das moscas <i>Dermatobia hominis</i>, e mais raramente as moscas <i>Callestroga americana</i>.</p> <p>A transmissão ocorre através da deposição da larva da mosca na pele e em feridas.</p>	<p>S76 Outras infecções da pele</p>	
<p>Larva migrans (bicho geográfico)</p>  <p>SFS Fonte: http://www.atlasdermatologico.com.br</p>	<p>Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada, e muito pruriginosa consequente do deslocamento da larva na pele. As áreas mais afetadas são pés, pernas e nádegas. Algumas vezes observa-se quadro eritemato-papuloso que dificulta o diagnóstico.</p> <p>Infecção causada pelo <i>Ancylostoma caninum</i>, <i>Ancylostoma brasiliensis</i></p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S76 Outras infecções da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre locais de risco para contrair larva migrans cutânea, como locais com contato direto em solo quente, úmido e arenoso (caixas de areia, praia, jardins e entre outros) • Na maioria dos casos, as lesões se resolverão sem tratamento dentro de 4 a 8 semanas. • Orientar compressas frias no local com gelo (alívio de sintomas); • Prescrever: Albendazol 400 mg ao dia por 3 dias (não pode ser utilizado em gestante)
<p>Paroniquia aguda</p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Dor, vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus. Problema frequentemente associado a história de trauma, por exemplo retirar a cutícula ou roer as unhas.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S76 Outras infecções da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Curativo local e orientar a pessoa não traumatizar novamente a unha; • Solução salina (salmoura) morna duas vezes por dia para alívio sintomática e diminuição da infecção. <p>Se houver pus (limitado a prega ungueal): Realizar drenagem local com bisturi ou agulha. Encaminhar e/ou discutir com médico (a) da equipe naqueles casos de pessoas com risco de cicatrização, realizando o procedimento após esta interconsulta.</p> <p>Se dor intensa, infecção além das pregas ungueais, lesões herpéticas no local ou temperatura acima de 38°C, encaminhe para avaliação do (a)médico (a) da equipe.</p>

<p>Pitíriase versicolor Alteração cutânea difusa por fungo (pano branco)</p>  <p>https://dermnetnz.org/topics/pityriasis-versicolor</p>	<p>Máculas descamativas coalescentes hipopigmentadas (mais comum) ou hiperpigmentadas no tronco, face, pescoço e membros superiores. É mais comum nos meses de verão em adolescentes e adultos jovens, favorece áreas oleosas da pele e geralmente apresenta uma natureza recidivante que requer tratamento frequente; prurido é raro.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada</p> <p>CIAP: S08 Alterações da cor da pele S76 Outras infecções da pele</p>	<p>Orientar que as mudanças na pigmentação da pele normalmente persistem após o término do tratamento. O retorno à coloração normal leva meses após o término da terapia Contato direto não transmite. Lesões não são decorrentes de má higiene.</p> <p>Prescrever: Miconazol 20mg/g (2%): aplicar em todo o pescoço, tronco, braços e pernas duas vezes ao dia por 2 semanas</p>
<p>Verrugas comuns/vulgar</p>  <p>Fonte: https://dermnetnz.org/</p>	<p>Verruga Vulgar (Comuns): Caracterizam-se como um papiloma ou nódulo ceratótico da epiderme, que não manifesta dor. Medem alguns milímetros de diâmetro e são de duração variável, podendo apresentar coloração escura, pardacenta ou amarelada, e pontos escuros. Localizam-se em qualquer parte do corpo, principalmente no dorso das mãos, nas unhas ou ao redor, na superfície anterior, posterior ou lateral dos dedos, em pontos de maior pressão no trabalho manual e na região palmar, onde é translúcida.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S03 Verrugas</p>	<p>Como tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar roer unhas. • Evitar deixar os dedos imersos em água por muito tempo. • Evitar o contato repetitivo com carnes ou peixes crus sem proteção (luvas). • Secar totalmente membros e dedos após natação ou exposição a água fresca. Evitar o contato pele a pele com pessoas afetadas. • Se pessoa imunocomprometida ou suspeita, ou lesões disseminadas, encaminhar para avaliação médica. <p>Compartilhar cuidado, solicitando avaliação médica: Tratamento medicamentoso:</p> <p>Aplicar ATA 80%. Repetir de 7-10 dias por até 8 semanas. Procurar isolar a verruga para aplicação a fim de evitar contato com a pele íntegra; uma possibilidade é o isolamento da mesma com o auxílio de esparadrapo.</p>

	<p>É uma Dermatovirose causada pelo papilovirus humano (HPV). O vírus é autoinoculável ou transmitido por contato direto ou indireto, em locais como praias, piscinas, recintos esportivos etc. A gravidez estimula o crescimento de verrugas e condilomas pré-existentes.</p>		
<p>Petéquias</p>  <p>Fonte: Medline Plus</p>	<p>Petéquias: lesões purpúricas com até 1 cm</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada</p> <p>CIAP: S07 Erupção cutânea generalizada S08 Alterações da cor da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir os sinais vitais • Avaliar a extensão, localização e evolução das petéquias. • Avaliar história clínica, considerar doenças endêmicas (arboviroses) • Observar outros sinais associados, como febre, sangramentos espontâneos, cansaço ou hematomas.
<p>Dermatite seborreica</p>  <p>https://dermnetnz.org/topics/seborrheic-dermatitis</p>	<p>Placas espessas, aderentes, amareladas, escamosas e oleosas, com ou sem coceira, podendo afetar áreas como a região atrás das orelhas, testa, sobrancelhas, borda das pálpebras, canal auditivo externo e sulcos nasogenianos.</p>	<p>CIPE: Ferida no(a) (especificar o local)</p> <p>CIAP: S86 – dermatite seborreica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a pele limpa e seca; • Uso de sabonete neutro; • Evitar calor; • Uso de roupas leves de tecido de algodão; • Aplicar óleo mineral ou de amêndoas na área afetada, deixar agir por 15 minutos, remover delicadamente as crostas com auxílio de uma fralda, pente ou escova macia, lavar bem a pele com sabonete neutro ou xampu infantil para remover todo o óleo e secar bem a pele. <p>Na permanência por mais de 15 dias ou expansão, solicitar avaliação médica</p>
<p>Estrófulo (prurigo estrófulo ou</p>	<p>Lesões ocasionadas por picadas de insetos,</p>	<p>CIPE:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar uso de mosquiteiros e higiene ambiental para evitar insetos

<p>urticária papular)</p>  <p>https://dermnetnz.org/topics/papular-urticaria</p>	<p>acompanhadas de papulares, possivelmente cobertas por vesículas ou escoriações, causa coceira. São mais frequentes no rosto e nos membros.</p>	<p>Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S12 – picada ou mordedura de inseto S98 - urticária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupas com mangas longas e calças compridas de preferência de cor clara para proteção • Orientar fechar as janelas ao nascer e pôr do sol • Uso de repelentes tópicos, não devendo ser utilizado durante o sono ou por períodos prolongados, não aplicar próximo de mucosas ou de lesões na pele e seguir as orientações do fabricante quanto à frequência de reaplicação. • Compartilhar cuidado com médica(o) para tratamento
<p>Intertrigo por cândida</p>  <p>https://dermnetnz.org/</p>	<p>Lesão hiperemiada de dobras consequente a maceração pelo suor excessiva associada à infecção superficial da pele causada pela levedura de cândida.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S21 – Sinais/sintomas da textura da pele S99 – Outras doenças da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar o local com água e sabonete neutro e secar bem o local • Usar roupas que não provoquem suor • Avaliar e tratar fatores predisponentes como: DM2, hiperidrose, incontinência urinária, uso de corticoides tópicos e uso de medicamentos imunossupressores. <p>Quadros leves a moderados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamento tópico com miconazol 20mg/g 2% creme - aplicar na lesão 2x/dia, até melhora clínica completa (cerca de 2 a 4 semanas). <p>Se falha terapêutica ou apresentação extensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: fluconazol 150 mg/semana ou itraconazol 200 mg, 2x/dia, por 2 a 6 semanas
<p>Dermatite associada a incontinência (DAI):</p>	<p>É uma dermatite de contato por irritação primária, caracterizada por irritação na pele, causada pelo contato com a urina e as fezes retidas pelas fraldas, essas substâncias aumentam a temperatura e a umidade, com</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente/família a manter a pele limpa (fezes e urina) com água morna e sabão neutro e seca, inclusive áreas de dobras • Orientar a troca com frequência das fraldas • Orientar para evitar produtos irritantes, como sabões, detergentes, amaciantes, lenços umedecidos com álcool • Orientar a deixar a pele exposta e sem fraldas para ventilar por alguns minutos ao dia

	<p>consequente maceração tecidual. As lesões variam de eritematosas exsudativas a eritemato-papulosas e descamativas nas áreas convexas da região delimitada pelas fraldas (períneo, nádegas, região púbica e face interna das coxas).</p> <p>Quando ocorre infecção por fungo, a mais frequente é a causada pelo fungo <i>Candida albicans</i> (candidíase), o eritema fica mais intenso com algumas pústulas e descamação, podendo atingir as dobras. As lesões podem ser agravadas tornando-se vesículo-erosivas-ulcerativas.</p>	<p>CIAP: S89 Eritema das fraldas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar a utilização de proteção de barreira (cremes à base de óxido de zinco) • Para remover resíduos de pomadas de óxido de zinco e fezes aderidos à pele, utilizar um algodão embebido em óleo (mineral ou vegetal) e só depois proceder à lavagem com sabonetes neutros • Orientar a lavar as fraldas de tecido com sabão de coco ou glicerina e enxaguá-las em abundância (SOF 6970) <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óxido de zinco 150 a 200 mg/g + retinol (vitamina A) + colecalciferol pomada - Aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário <p>Em caso de infecção por cândida:</p> <p>Miconazol, nitrato de 20 mg/g (2%) creme, mínimo 20g - Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Não exceder 2 semanas de tratamento.</p> <p>ou</p> <p>Cetoconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Não exceder 2 semanas de tratamento.</p>
<p>Pseudofoliculite</p>  <p>https://dermnetnz.org/topics/pseudofolliculitis-barbae</p>	<p>É uma reação inflamatória comum do folículo piloso. Pode ocorrer em qualquer local onde o pelo é raspado ou arrancado, incluindo o rosto, a axila, área púbica e pernas</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S02 Prurido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a pele limpa, seca e livre de escoriações ou irritações pode ajudar a prevenir a foliculite. • Evitar lavagens antissépticas rotineiramente, pois deixam a pele seca e eliminam as bactérias protetoras. • Manter a pele hidratada. • Tomar cuidado ao fazer a retirada de pelos, usar gel de barbear, espuma ou sabão para lubrificar as lâminas e evitar cortes. <p>Compartilhar cuidado com equipe médica a depender da gravidade para tratamento</p>
<p>Furúnculo</p>	<p>Furúnculo é um nódulo inflamatório supurativo, doloroso e bem circunscrito envolvendo folículos pilosos que geralmente surge de foliculite preexistente.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada</p>	<p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenha roupas e objetos de uso pessoal separados e limpos, se possível com trocas de roupas diárias. • As mãos e a face do paciente devem ser rigorosamente limpas, devendo-se usar sabão.

 <p>Carbúnculo</p> <p>https://dermnetnz.org/topics/boil</p>	<p>Um furúnculo pode ocorrer em qualquer local que contenha folículos pilosos, especialmente em regiões sujeitas a fricção e maceração (por exemplo, face, pescoço, axilas, virilha, coxas e nádegas). A lesão pode se estender para a derme e tecidos subcutâneos e muitas vezes serve como foco para celulite e abscesso cutâneo.</p> <p>Carbúnculo é uma coalescência de vários folículos inflamados em uma única massa inflamatória com drenagem purulenta de vários folículos. BECKER (2022)</p> <p>Causada pela Bactéria <i>Staphylococcus aureus</i>.</p>	<p>Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP S10 Furúnculo/carbúnculo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É conveniente manter secas as regiões do corpo habitualmente úmidas. • Pacientes obesos e/ou que têm pêlos encravados e/ou com hiperhidroses devem procurar tratamento específico. • Devem ser evitados uso de roupas apertadas e contato da pele com óleos de maneira geral. • Orientar para evitar a drenagem e expressão excessiva da lesão. <p>Compartilhe o cuidado com equipe médica para tratamento</p>
<p>Herpes Zoster</p> 	<p>É uma erupção cutânea localizada, com bolhas e dolorosa causada pela reativação do vírus varicela-zoster (VZV), ocorrendo em adultos e pacientes imunocomprometidos, como portadores de doenças crônicas, neoplasias, aids e outras.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S70 Herpes Zóster</p>	<p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos após tocar nas lesões • Desinfecção dos objetos contaminados com secreções nasofaríngeas <p>Diagnóstico médico, compartilhe o cuidado para orientações do tratamento.</p> <p>Importante: Nos pacientes com herpes-zóster disseminado e/ou recidivante, é aconselhável fazer sorologia para HIV, além de pesquisar neoplasias malignas (câncer).</p>

 <p>https://dermnetnz.org/topics/herpes-zoster</p>	<p>A erupção é unilateral, raramente ultrapassa a linha mediana, seguindo o trajeto de um nervo. Surgem de modo gradual, levando de 2 a 4 dias para se estabelecerem. Quando não ocorre infecção secundária, as vesículas se dissecam, formam-se crostas e o quadro evolui para a cura em 2 a 4 semanas. Transmissão por contato e secreções respiratórias.</p>		
<p>Tinea Capitis (Pelada)</p>  <p>Fonte: Atlas de dermatologia</p>	<p>Micose superficial que atinge o couro cabeludo caracterizada por lesões eritematosas, escamosas e alopecia tonsurante (causa falha no cabelo). Inicia-se com pequena lesão eritematosa, escamosa, folicular. O quadro é de evolução crônica com o surgimento de tonsura. A lesão pode ser única ou múltipla. Mais comum no sexo masculino. Causada pelas espécies de <i>Trichophyton</i> ou <i>Microsporum</i>. O agente mais comum é o <i>M. canis</i>, transmitido pelo cão ou gato doméstico. Outra possibilidade é a infecção pelo <i>T. rubrum</i>, de transmissão inter-humana. A transmissão ocorre através de animais (cães e gatos) contaminados para o homem,</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S24 Sinais/sintomas do cabelo/couro cabeludo</p>	<p>Orientação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lavagem adequada de roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a roupa com ferro quente. Devido a que alguns dos fungos que produzem a doença são transmitidos por cães ou gatos, sugere-se manter as consultas veterinárias e a vacinação dos animais em dia. • Não compartilhar pentes de cabelo <p>Compartilhe com a equipe médica para tratamento</p>

	<p>de pessoa a pessoa, por contato direto ou indireto através de máquina de cortar cabelo, dentre outros.</p>		
<p>Dermatite de contato por irritante primário</p>  <p>https://dermnetnz.org/topics/irritant-contact-dermatitis</p>	<p>É uma doença eczematosa, provocada por substâncias alcalinas ou ácidas. Dependendo da natureza do material tóxico, as lesões poderão ser purulentas ou necróticas. Tais substâncias, atingem os ceratinócitos, provocando reação inflamatória da derme. Caracteriza-se por eritema, descamação e, algumas vezes, por vesículas e bolhas. Prurido, queimação ou ardor podem surgir na área afetada.</p> <p>A causada mais comumente é por medicações tópicas, produtos de higiene pessoal. Diversos agentes químicos, anestésicos, anti-histamínicos, cobalto, níquel, hidroquinona, dentre outras</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S88 Dermatite de contato/alérgica S02 Prurido</p>	<p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afastar substâncias irritantes ou alergênicas • Indicar a utilização de proteção de barreira (cremes à base de óxido de zinco) <p>Compartilhar cuidado com equipe médica para tratamento</p>

<p>Dermatite de contato alérgica</p>  <p>https://dermnetz.org/topics/allergic-contact-dermatitis</p>	<p>É uma doença eczematosa, provocada pela exposição e sensibilidade a substâncias alergênicas. O quadro pode apresentar-se em três formas, tendo como característica constante o prurido: aguda (eritema, vesículas, exsudação e crostas), subaguda (eritema, pápulas, escamas e crostas), crônica (liquenificação).</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S88 Dermatite de contato/alérgica S02 Prurido</p>	<p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Afastar substâncias irritantes ou alergênicas <p>Compartilhar cuidado com equipe médica para tratamento</p>
<p>Esporotricose</p>  <p>https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/0000%20DVZ%20Educa%C3%A7%C3%</p>	<p>A esporotricose é uma micose de implantação, de evolução subaguda ou crônica. A infecção ocorre principalmente por traumas decorrentes de acidentes com espinhos de plantas, palhas, lascas de madeira, e também pela mordedura ou arranhadura de animais infectados, pelo exsudato de lesões, onde o fungo está presente. Também, pode ocorrer, por inalação de esporos através do trato respiratório, levando à esporotricose primariamente sistêmica. O sinal mais comum é o aparecimento de pequenos nódulos na pele ou no local da lesão inicial. Outro sinal é quando os pequenos nódulos</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: A80 Lesão traumática/acidamente NE</p>	<p>Orientação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para unidade de referência do usuário, conforme fluxograma da Nota Técnica 09 DVE/DNZ/COVISA/2020, casos que preenchem definição de casos suspeitos (preencher ficha de solicitação de avaliação médica) Realizar notificação compulsória de casos suspeitos A UBS deve realizar agendamento para unidade de referência para esporotricose, mais próxima do usuário, conforme a Nota Técnica 09 DVE/DNZ/COVISA/2020 <p>Importante: casos suspeitos são classificados como todo usuário que apresentar nódulos e/ou úlceras que não cicatrizam, com ou sem comprometimento linfático e tenha tido contato nos últimos 6 meses com gatos, cães ou outro animal com lesões nodulares e/ou ulceradas e/ou diagnóstico de esporotricose, ou manipulação de matéria orgânica (solo, terra, jardim, plantas).</p> <p>Orientação ao ambiente e ao animal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar se existe algum gato lesionado e, em caso positivo e orientar a ligar para a Unidade de Vigilância em Saúde mais próxima Em gatos, observar se existe lesões que não cicatrizam, aumento do tamanho do nariz, dificuldade para respirar ou espirros com secreção.

<p>A3o/Folder_Esporotricose.pdf</p>	<p>evoluem de tamanho e seguem o trajeto do sistema linfático, formando cordões ou “aspecto de rosário”, localizadas especialmente em regiões de extremidades. Nas formas disseminadas, podem ocorrer sintomas específicos de acordo com o órgão comprometido</p>		<p>Para mais informações consulte a Nota Técnica 09 DVE/DNZ/COVISA/2020: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_tecnica_09_2020_esporotricose_humana_03_07_2023.pdf</p>
-------------------------------------	---	--	--

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - REGIONAL RIO DE JANEIRO (SBD RJ). Folliculite. Rio de Janeiro: SBD RJ, [s.d.]. Disponível em: <https://sbd rj.org.br/34440/>. Acesso em: 10 ago. 2023.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). Folliculite. São Paulo: SBD, [s.d.]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/folliculite/>. Acesso em: 10 nov. 2024.
4. DERMNET NZ. Pseudofolliculitis barbae. New Zealand Dermatological Society Incorporated, [s.d.]. Disponível em: <https://dermnetnz.org/topics/pseudofolliculitis-barbae>. Acesso em: 10 ago. 2023.
5. DERMNET NZ. Irritant contact dermatitis. New Zealand Dermatological Society Incorporated, [s.d.]. Disponível em: <https://dermnetnz.org/topics/irritant-contact-dermatitis>. Acesso em: 10 nov. 2024.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Herpes. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/herpes>. Acesso em: 10 ago. 2023.
7. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Protocolos e Resumos de Dermatologia. Porto Alegre: UFRGS, [s.d.]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Dermatologia.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.
8. SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUBPAV). Linha de Cuidados Esporotricose 2024. Rio de Janeiro: SUBPAV, 2024. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Linha_de_Cuidados_Esporotricose_2024.pptx.pdf. Acesso em: 10 ago. 2023.
9. DERMATOLOGIA.NET. Esporotricose. [s.l.]: Dermatologia.net, [s.d.]. Disponível em: <https://www.dermatologia.net/cat-doencas-da-pele/esporeticose/>. Acesso em: 10 nov. 2024.
10. PREFEITURA DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Nota técnica 09/2020: Esporotricose Humana. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_tecnica_09_2020_esporeticose_humana_03_07_2023.pdf
11. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Programa Saúde Animal. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, [s.d.]. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/control_e_de_zoonoses/progr_ ma_saude_animal/335556. Acesso em: 10 nov. 2024.
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Herpes: Tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/herpes/tratamento>. Acesso em: 10 ago. 2023.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na atenção básica. Caderno de Atenção básica no 9. Brasília-DF, 2002. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
14. DOMANSKY, C.R.; BORGES, L.E. Manual para Prevenção de Lesões de Pele.
15. Recomendações baseadas em Evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências

- [recurso eletrônico] / Organizadores, Bruce B. Duncan ... [et al.]. – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
16. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem vol 4. 2016 GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020
17. GUIA DE REFERENCIA RÁPIDA: HANSENÍASE. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/guia_de_referencia_rapida_hansenias_e_manejo_diagnostico_e_terapeutico.pdf
18. Quais as complicações da pediculose não tratada, explicada de modo de fácil entendimento para crianças escolares? Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul | 7 Jan 2025 |
19. ID: sofs-2190 Qual material pode ser usado para a capacitação do Agente Comunitário de Saúde em relação a pediculose? Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul | Segunda Opinião Formativa
20. ID: sofs-2347 Qual o tratamento adequado para dermatite da região de fraldas? Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul ID: sof-6970. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-o-tratamento-adequado-para-dermatite-da-regiao-de-fraldas/>
21. TANNURE, M. C. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático / Meire Chucre TANNURE, Ana Maria Pinheiro. 2.ed. - [Reimpr.] - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
22. UNASUS. Dermatologia na Atenção Básica. Universidade Federal de São Paulo [S.d]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46426>
23. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família) ; Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

10.6. Queixas Gastrointestinais

10.6.1. Doenças Diarreicas Agudas

As doenças diarreicas agudas caracterizam-se pela redução da consistência das fezes, aumento no número de evacuações (pelo menos 3 episódios em 24 horas) e fezes aquosas. Em alguns casos, podem estar presentes muco e sangue (disenteria), além de sintomas como dor abdominal, febre, náusea e/ou vômito. Geralmente, são autolimitadas, com duração de até 14 dias de evacuações.

As diarreias podem ser classificadas em três tipos: sem desidratação, com desidratação e com desidratação grave.

Os principais agentes causadores de infecção são bactérias e suas toxinas, vírus, parasitas e toxinas naturais. A contaminação ocorre por meio do consumo de alimentos e água contaminados, contato com objetos infectados ou ainda pela

transmissão entre pessoas, seja por mãos contaminadas ou pelo contato com animais.

Qualquer pessoa, independentemente de faixa etária ou gênero, pode desenvolver sinais e sintomas de doenças diarreicas agudas após a exposição.

No entanto, determinados comportamentos aumentam o risco de contaminação, como:

- Ingestão de água sem tratamento adequado;
- Consumo de alimentos sem conhecimento da procedência, do preparo e armazenamento;
- Consumo de leite in natura (sem ferver ou pasteurizar) e derivados;
- Consumo de produtos cárneos e pescados e mariscos crus ou malcozidos;
- Consumo de frutas e hortaliças sem higienização adequada;
- Viagem a locais em que as condições de saneamento e de higiene sejam precárias;
- Falta de higiene pessoal.

Avaliação de Enfermagem

Elementos importantes para Anamnese:

- Há quanto tempo está apresentando a doença diarreica atual?
- Teve contato com outras pessoas com diarreia ou se tem conhecimento da ocorrência de surto (vários casos iguais) na escola, creche, berçário ou outros ambientes comunitários frequentados?
- Como é a característica das fezes consistência (Escala de Bristol – Figura A), cor das fezes, presença de sangue, pus, muco, restos alimentares, flatulências?
- Qual é a frequência (número de evacuações em 24h) e o volume das evacuações (menor, igual ou maior que o habitual)?
- Está apresentando náuseas, vômitos (intensidade, conteúdo, resposta a antiemético) e câibras?
- Está apresentando febre (intensidade, frequência, duração, resposta a antitérmicos)?
- Está apresentando dor abdominal (modo de início: súbito ou gradual), localização, característica, intensidade, duração, periodicidade, irradiação, fatores de piora e de melhora) e tenesmo (tentativa dolorosa de evacuar)?
- Está apresentando distensão abdominal e existe relação com alimentação e/ou tipo de alimento?
- Como estão as características da diurese (quantidade e frequência)?
- Fez uso recente de medicações (laxativos, antiácidos, antibióticos)?
- Fez ingestão de bebidas alcoólicas ou excesso de bebidas lácteas?

- Qual é o tipo de alimentação habitual e em uso, ocorrência de ingestão de alimentos não habituais?
- Tem alergia há alguma medicação?
- O local em que reside possui saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais)?
- Como é feito o consumo da água?
- Tem alguma doença pré-existente?
- Qual seu peso habitual anterior ao início da diarreia?
- Existem sinais de insegurança alimentar? Usuário beneficiário de algum programa de transferência de renda do governo?

Exame Físico:

- Avaliar estado geral e nível de consciência: bem, alerta, irritado, tranquilo, comatoso, hipotônico;
- Monitorar Sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência respiratória e frequência cardíaca);
- Avaliar as características do pulso: cheio, rápido, fraco, muito fraco ou ausente;
- Avaliar sinal de prega: desaparece rapidamente, desaparece lentamente, desaparece muito lentamente (mais de 2 minutos);
- Examinar mucosas ocular e oral;
- Observar as características dos olhos: normais, fundos, muito fundos ou secos;
- Observar a presença de lágrimas;
- Avaliar a eliminação de diurese;
- Examinar abdome, identificando ruídos, presença de dor ou desconforto à palpação;
- Avaliar na palpação abdominal sinal de Blumberg positivo (descompressão abdominal dolorosa);
- Examinar perda de peso.

Situações em que o compartilhamento do cuidado como médico é necessário:

Sinais de gravidade	Afastar
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de desidratação ou desidratação grave • Sonolência ou confusão mental • Alterações neurológicas • Febre • Taquipneia 	<ul style="list-style-type: none"> • O uso de drogas pode causar náuseas e vômitos, principalmente opioides e cannabis. • Quando o quadro se manifesta logo após a refeição sugere distúrbio alimentar ou úlcera em região do piloro. • Quando o quadro se manifesta cerca de uma hora depois da refeição, deve-se pensar em distúrbios de obstrução ou de motilidade gástrica (como gastroparesia diabética) ou Doença de Refluxo Gastroesofágico (DRGE).

<ul style="list-style-type: none"> ● Pulso rápido e fino ● Hipotensão e/ ou sinais de choque hipovolêmico ● Icterícia ● Rigidez de nuca/ sinais meníngeos ● Vômitos em jatos e persistentes ● Vômitos com sangue ● Dor abdominal intensa e aumento de ruídos hidroaéreos ● Contração abdominal involuntária ● Presença de massa abdominal ● Descompressão abdominal dolorosa (Blumberg positivo) ● Fezes com sangue ou pus ● Diarreia > 2 semanas: Teste para HIV. Se HIV positivo, discuta com o médico. • Se sangue/muco, discuta com o médico. 	<p>A DRGE pode se apresentar como náusea crônica sem sintomas típicos de refluxo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A presença de alimentos digeridos há muitas horas sugere causa obstrutiva (gástrica ou intestinal alta) ou distúrbio motor (gastroparesia). ● A presença de alimentos com características de não digerido, sugere distúrbio esofágico (acalasia) ou bulimia. ● A dor abdominal geralmente indica uma etiologia orgânica (por exemplo, colelitíase). (Ver tópico de dor abdominal). ● Distensão abdominal e sensibilidade sugerem obstrução intestinal. ● Vômito com conteúdo biliar sugere colicistite. ● Hematêmese sugere doença ulcerosa. ● Vômitos material semelhante ao pó de café indicam sangramento gastrointestinal inferior. ● Vômito matinal é característico da gravidez ou uso de anticoncepcional oral. ● Vômitos com odor fecal sugerem obstrução intestinal baixa, peritonite ou fístula gastrocólica. ● Vertigem e nistagmo são típicos de neurite vestibular e outras causas de vertigem. ● A dor de cabeça pode indicar vômitos associados à enxaqueca. ● O vômito neurogênico pode ser posicional e geralmente está associado a outros sinais ou sintomas neurológicos. ● Uma doença semelhante sofrida simultaneamente por pessoas em contato pessoal com o paciente ou que ingeriram alimentos ou líquidos da mesma fonte quase ao mesmo tempo sugere um patógeno viral ou bacteriano comum. ● Náuseas, às vezes com vômitos, podem seguir o movimento passivo ou a percepção visual do movimento.
--	--

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Diarreia	D11 - Diarreia	Melhora do quadro diarreico
Dor abdominal	D01 - Desconforto abdominal/ Dores abdominais gerais; D06 - Dores abdominais localizados	Dor melhorada
Febre	A03 - Febre	Termorregulação
Perda de peso	T08 - Perda de peso	Peso corporal estabilizado/aumentado
Verminose	D22 - Vermes/ Oxiúros/ outros parasitas	Eliminação eficaz dos parasitas

Intervenções de Enfermagem

Orientações	Prescrições de medicações
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as características da diarreia; • Distinguir as diarreias potencialmente mais graves; • Verificar (questionar) presença de febre, muco, pus e/ou sangue nas fezes; • Instruir a pessoa a evitar: líquidos quentes ou frios, alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces; • Avaliar a presença de desidratação; • Orientar maior oferta líquida; • Recomendar o fracionamento da dieta para poder melhorar a aceitação; • Administrar solução de reidratação oral à vontade após cada evacuação; • Lavar as mãos com água e sabão antes de preparar alimentos/após usar banheiro; • Higienizar superfícies/equipamentos usados na preparação de alimentos; • Lavar frutas e vegetais; • Usar apenas água segura/desinfetada para preparar alimentos/bebidas/gelo; • Cozinhar bem os alimentos, evitar crus, especialmente carne e frutos do mar; • Se episódios recorrentes de diarreia e sem acesso a água potável, envolva assistência social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários com desidratação leve devem receber 50ml/Kg de SRO em um período de quatro horas. Aqueles com desidratação moderada devem receber 100ml/Kg de SRO mais a reposição de perdas continuadas, em um período de quatro horas (observação na unidade); • Usuários com sintomas de desidratação grave devem ter iniciado o mais breve possível a hidratação endovenosa. • Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/cp. 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg/dose (máximo de 4g/dia). • Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/cp. 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg VO. • Para diarreias < 2 semanas: Se vômitos, prescreva dimenidrinato 50-100mg ou metoclopramida 10 mg cada 8 horas se necessário por até 5 dias.

Conduta: através da avaliação do estado de hidratação do paciente será definido o plano de tratamento deste paciente A, B e C.

Avaliação do estado de hidratação do paciente

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral [†]	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos [†]	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede [†]	Sem sede	Sedento, bebê rápido e avidamente	Não é capaz de beber*

	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca / língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
EXPLORE	Sinal da prega abdominal [†]	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A (hidratação no domicílio)	PLANO B (hidratação no estabelecimento de saúde)	PLANO C (hidratação no estabelecimento de saúde / hospital)

[†] Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que tem maior relação de sensibilidade e especificidade.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (2023): Manejo do paciente com diarreia

10.6.2. Constipação

A constipação é uma queixa comum que pode ter diversas causas. Ela é caracterizada pela dificuldade para evacuar ou pela eliminação de fezes duras, de grande calibre e/ou ressecadas, que exigem grande esforço, com uma frequência evacuatória de duas ou menos vezes por semana e/ou dor associada.

Quando os sintomas persistem por menos de quatro semanas, é considerada constipação aguda; se duram mais tempo, é classificada como crônica.

Conceitualmente, a constipação é entendida como um movimento desordenado das fezes pelo cólon ou reto. A desaceleração do trânsito intestinal pode ser de origem idiopática ou decorrente de causas secundárias.

Nos adultos, o manejo adequado requer uma avaliação para identificar causas secundárias, como distúrbios sistêmicos e efeitos de medicamentos. Após excluir essas causas, a constipação primária (idiopática ou funcional) pode estar relacionada a um trânsito intestinal normal ou lento, disfunção defecatória (como problemas no assoalho pélvico) ou uma combinação de ambos

A constipação intestinal pode ser classificada em três tipos diferentes:

1) Constipação funcional ou primária:

- Falta de líquidos e fibras na dieta;
- Imobilidade, sedentarismo
- Falta de privacidade para a evacuação;
- Falta de tempo para defecação.

2) Constipação secundária:

- Anormalidades estruturais anorretais e do cólon;
- Estenose anal, má-formação anorretal, tumores (obstrução intestinal);
- Anormalidades extra intestinais: Doenças Endócrinas e Metabólicas (hipercalcemia, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, diabetes mellitus e insipidus, fibrose cística) e Neurológicas: anormalidades da medula espinhal (trauma medular, tumor de cauda equina e meningocele), lesões do sistema nervoso central, parkinson, esclerose múltipla, paralisia cerebral).

3) Constipação iatrogênica:

- Uso prolongado e exagerado de laxantes e de drogas como anti-inflamatórios não esteroides, opioides, psicotrópicos, anticonvulsivantes, anticolinérgicos, dopaminérgicos, diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio, sais de ferro, antiácidos à base de cálcio e alumínio, entre outros.

Avaliação de Enfermagem

- Como é a característica das fezes consistência (Escala de Bristol), cor das fezes, presença de sangue, muco, restos alimentares, flatulências?
- O problema é constante?
- Está apresentando constipação há quanto tempo?
- O início coincidiu com um evento específico, como a introdução de certos alimentos ou algum desencadeante?
- Está apresentando náuseas, vômitos (intensidade, conteúdo)?
- Está apresentando distensão abdominal e existe relação com alimentação e/ou tipo de alimento?
- Como é a característica da dor abdominal (modo de início (súbito ou gradual), localização, intensidade, duração, periodicidade, irradiação, fatores de piora e de melhora) e tenesmo (tentativa dolorosa de evacuar)?

- Tem outros sintomas que também o preocupam (por exemplo, sangramento, fraqueza, perda de peso ou febre)?
- Hemorroidas, fissuras ou sangramentos por esforço ao evacuar?
- Faz uso de quais medicações regularmente?
- Uso frequente de medicamentos laxativos?
- Quais são seus hábitos alimentares?
- Qual a quantidade de água que ingere diariamente?
- Outras pessoas da sua família tiveram câncer colorretal ou doença inflamatória intestinal?
- Tem alergia há alguma medicação?
- Como você se sente emocionalmente?

Exame Físico:

- Verificar temperatura corporal;
- Inspeção/ ausculta/ palpação abdominal;
- Inspeção anal para verificar estenose ou fissuras anal (com os devidos cuidados para não forçar e provocar fissura);
- Examinar abdome, identificando ruídos, presença de dor ou desconforto à palpação;
- Verificar existência de massa abdominal e dor à palpação;
- Perda ponderal de peso, febre ou vômitos, aspecto enfermo e qualquer anormalidade observada durante o exame físico.

Afastar:

- Hemorragia retal;
- Dor abdominal intensa, distensão abdominal e vômito;
- Dor à descompressão abdominal;
- Febre;
- Perda de peso;
- Anorexia;
- Fraqueza;
- Ausência de evacuação ou flatulência nas últimas 24 horas com dor e distensão abdominal;
- Ausência de ruídos hidroaéreos;
- Ausência de evacuações há mais de 5 dias;
- Nódulo extremamente dolorido no ânus;
- Redução do apetite;

- Sangue nas fezes;
- Febre;
- Vômitos;
- Inchaço abdominal;
- Dores abdominais;

Na presença de qualquer um destes sintomas, compartilhe imediatamente o caso com um médico.

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Constipação/ Impactação fecal	D12 - Obstipação	Padrão de eliminação gastrointestinal melhorado
Motilidade gastrointestinal alterada	D18 - Alterações nas fezes/movimentações intestinais	Padrão de eliminação gastrointestinal melhorado
Dor abdominal	D01 - Dor abdominal generalizada/cólicas	Dor melhorada
Distensão abdominal	D25 - Distensão abdominal	Redução da distensão abdominal
Flatulências	D08 - Flatulência /gases/eructações	Redução da produção e acúmulo de gases

Intervenções de Enfermagem

- Promover discussão sobre os determinantes da constipação;
- Estimular aumento de ingestão de alimentos ricos em fibras, verduras, legumes e frutas;
- Orientar dieta alimentar: quantidade, frequência e qualidade;
- Incentivar aumento da ingestão hídrica;
- Incentivar deambulação e caminhadas;
- Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência;
- Reforçar as orientações quanto a frequência e características das evacuações de acordo com a idade;
- Reforçar orientação sobre higiene íntima após evacuações;
- Investigar uso de medicação (antidepressivos, antipsicóticos, omeprazol, opioides e suplementos de ferro podem piorar a constipação);

- Investigar gestação, Diabetes Mellitus, problemas na tireoide ou impactação;
- Orientar quanto as atividades físicas diárias;
- Retornar na Unidade de Saúde em 24/48 horas se não houver melhora dos sintomas, ou antes se piora ou início de sinais de alerta;
- Em alguns casos pode ser necessário, realizar fragmentação manual em pacientes com impactação fecal (um volume sólido e imóvel de fezes no reto);
- Em alguns casos pode ser necessário, realizar um enema com óleo mineral, o que ajudará a amolecer as fezes e a lubrificá-las.

Possíveis Prescrições

- Aumentar a ingesta de líquidos e fibras;
- A quantidade recomendada de fibra alimentar é de 20 a 35 g/dia. Além de consumir alimentos ricos em fibras, pode adicionar farelo cru (duas a seis colheres de sopa em cada refeição) seguido de um copo de água ou outra bebida para atingir a meta de ingestão de fibras;
- Consumir alimentos ricos em fibras (verduras, feijão, aveia, milho cozido, brócolis, couve-flor, rabanete, quiabo, ervilha, vagem, abacate, mamão, laranja com bagaço, melancia, uva e azeite. Evitar alimentos como cenoura cozida, batata, maçã, banana maçã, arroz em grande quantidade, bolachas);
- Usar de azeite de oliva: 15 ml à noite e outra dosagem no dia seguinte ao despertar. Caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa) à noite e 15 ml pela manhã;
- Consumir grandes quantidades de fibras pode causar distensão abdominal ou flatulência; dose a medida começando com pequenas quantidades e aumentando lentamente a ingestão de fibras de acordo com a tolerância e eficácia;
- Recomenda-se disciplina de horário e a obediência ao reflexo evacuatório;
- Tentar defecar após as refeições, aproveitando assim os aumentos pós-prandiais normais da motilidade colônica. Isso é particularmente importante pela manhã, quando a atividade motora do cólon é mais alta;
- Buscar exercício físico, em especial a natação e a deambulação;
- Atentar se há piora do quadro na ingestão de algum alimento;
- Atentar para o posicionamento correto para evacuar;
- Realizar a técnica de massagem abdominal;
- Retornar na Unidade de Saúde em 24/48 horas se não houver melhora dos sintomas, ou antes se piora ou início de sinais de alerta.

Fármaco		Observações
Óleo mineral puro frasco de 100ml.	15 ml à noite e 15 ml no dia seguinte ao despertar. Caso não obtenha êxito, aumente a dosagem para 30 ml (2 colheres de sopa)	Atenção pode causar: Pneumonia lipídica, má absorção de vitaminas lipossolúveis, desidratação, incontinência fecal.

	à noite e 15 ml pela manhã.	
Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/comprimido	6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg	Máximo de 4g/dia
Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/comprimido	4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg/dose	Máximo de 4g/dia

Solicitação de Exames

Na reavaliação após 2 semanas se não houver melhora do quadro clínico, solicitar o exame parasitológico de fezes.

- Análises Clínicas: Parasitológico de fezes.

10.6.3. Náuseas e Vômitos

Náusea e vômito são sintomas comuns em diversas patologias, tornando essencial a aplicação de uma metodologia investigativa adequada.

A avaliação cuidadosa dos sinais e sintomas associados é crucial, pois todo o processo investigativo é indispensável para o diagnóstico correto.

Sintomas agudos, em geral, têm origem em causas infecciosas, inflamatórias ou iatrogênicas.

As causas gastrintestinais incluem obstrução, distúrbios funcionais e doenças orgânicas.

A gestação é uma causa frequente de náusea e deve ser considerada em todas as mulheres em idade fértil.

Na maioria dos casos, a hidratação oral é suficiente para o tratamento. No entanto, é fundamental avaliar o grau de hidratação e identificar a causa subjacente das náuseas e vômitos para que a terapia apropriada seja instituída, orientada pelo diagnóstico. Isso frequentemente leva ao controle eficaz dos sintomas.

Avaliação de Enfermagem

Elementos importantes para Anamnese:

- Há quanto tempo está apresentando náuseas e vômitos?
- Qual a intensidade, conteúdo, e odor do material eliminador?
- Existe algum horário específico para início dos sintomas?

- Está apresentando febre (intensidade, frequência, duração, resposta a antitérmicos)?
- Está apresentando cãibras?
- Está apresentando dor abdominal (modo de início (súbito ou gradual), localização, característica, intensidade, duração, periodicidade, irradiação, fatores de piora e de melhora) e tenesmo (tentativa dolorosa de evacuar)?
- Está apresentando distensão abdominal e existe relação com alimentação e/ou tipo de alimento?
- Fez uso recente de medicações (antiácidos, antibióticos)?
- Fez ingestão de bebidas alcoólicas?
- Qual é o tipo de alimentação habitual e em uso, ocorrência de ingestão de alimentos não habituais?
- Tem alergia há alguma medicação?
- O local em que reside possui saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais)?
- Como é feito o consumo da água?
- Tem alguma doença pré-existente?
- Qual seu peso habitual?
- Se pessoa com útero, perguntar sobre a DUM. Em caso de dúvida solicitar teste rápido de gravidez.

Exame Físico:

- Examinar abdome, identificando ruídos, presença de dor ou desconforto à palpação;
- Avaliar na palpação abdominal presença de sinal de Murphy.

Na presença dos sintomas ou situações abaixo, compartilhe o cuidado com o médico:

Sinais de Gravidade	Afastar
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de desidratação ou desidratação grave; • Sonolência ou confusão mental; • Alterações neurológicas; • Febre; • Taquipneia; • Pulso rápido e fino; • Hipotensão e/ ou sinais de choque hipovolêmico; • Icterícia; • Rigidez de nuca/sinais meníngeos; • Vômitos em jatos e persistentes; • Vômitos com sangue; 	<ul style="list-style-type: none"> • O uso de drogas pode causar náuseas e vômitos, principalmente opioides e cannabis. • Quando o quadro se manifesta logo após a refeição sugere distúrbio alimentar ou úlcera em região do piloro. • Quando o quadro se manifesta cerca de uma hora depois da refeição, deve-se pensar em distúrbios de obstrução ou de motilidade gástrica (como gastroparesia diabética) ou Doença de refluxo Gastroesofágico (DRGE). A DRGE pode se apresentar como náusea crônica sem sintomas típicos de refluxo.

<ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal intensa e aumento de ruídos hidroaéreos; • Contração abdominal involuntária; • Presença de massa abdominal; • Descompressão abdominal dolorosa (Blumberg positivo); • Fezes com sangue ou pus. 	<ul style="list-style-type: none"> • A presença de alimentos digeridos há muitas horas sugere causa obstrutiva (gástrica ou intestinal alta) ou distúrbio motor (gastroparesia). • A presença de alimentos com características de não digerido, sugere distúrbio esofágico (acalasia) ou bulimia. • A dor abdominal geralmente indica uma etiologia orgânica (por exemplo, colelitíase). • Distensão abdominal e sensibilidade sugerem obstrução intestinal. • Vômito com conteúdo biliar sugere colicistite. • Hematêmese sugere doença ulcerosa. • Vômitos material semelhante ao pó de café indicam sangramento gastrointestinal inferior. • Vômito matinal é característico da gravidez ou uso de anticoncepcional oral. • Vômitos com odor fecal sugere obstrução intestinal baixa, peritonite ou fístula gastrocólica. • Vertigem e nistagmo são típicos de neurite vestibular e outras causas de vertigem. • A dor de cabeça pode indicar vômitos associados à enxaqueca. O vômito neurogênico pode ser posicional e geralmente está associado a outros sinais ou sintomas neurológicos. • Uma doença semelhante sofrida simultaneamente por pessoas em contato pessoal com o paciente ou que ingeriram alimentos ou líquidos da mesma fonte quase ao mesmo tempo sugere um patógeno viral ou bacteriano comum. • Náuseas, às vezes com vômitos, podem seguir o movimento passivo ou a percepção visual do movimento. • Se tontura, febre, dor de cabeça/retro-orbital, dor muscular/ articular, rash, petéquias, considere dengue.
--	--

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Náuseas	D09 - Náusea	Melhora do conforto
Vômitos	D10 - Vômito	Redução ou cessação dos vômitos Manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico Melhora do conforto
Risco de peso corporal, abaixo do esperado	T08 - Perda de peso	Peso corporal estabilizado/aumentado Estado nutricional e hídrico melhorado

Febre	A03 - Febre	Termorregulação
Dor abdominal	D01 - Desconforto abdominal/ Dores abdominais gerais	Dor melhorada Melhora do conforto

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar frequência e volume das perdas, ingesta hídrica, ingesta alimentar, sinais e sintomas de desidratação, controle do peso;
- Monitorar indicadores de hidratação (características de pulso, de respiração, turgor, características da urina, estado de consciência, hidratação da mucosa ocular);
- Implementar a Terapia de Reidratação Oral (TRO) em pacientes que apresentam sinais de desidratação (TRO na unidade de saúde);
- Administrar a Solução de Reidratação Oral (SRO) continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação;
- Orientar o paciente que não apresenta sinais de desidratação as medidas de prevenção (orientações e TRO), para implementar em seu domicílio;
- Incentivar o uso do soro caseiro;
- Reavaliar o paciente a cada 30 minutos ou antes, se necessário, após iniciar a TRO, até que desapareçam os sinais de desidratação;
- Solicitar avaliação médica imediata, caso ocorra piora do quadro clínico do paciente durante a TRO na unidade ou não aceitação dela por via oral:
 - Avaliar necessidade de inserção de sonda nasogástrica;
 - Realizar punção venosa periférica.
- Instalar hidratação venosa;
- Orientar quanto a importância dos hábitos de higiene pessoal e do ambiente domiciliar;
- Solicitar avaliação médica caso o paciente apresente sinais de gravidade.

Prescrição não farmacológica

- Preparo da Terapia de Reidratação Oral: Dissolver o conteúdo do envelope em um litro de água filtrada ou fervida Adulto: 50 a 100ml/kg de Sais de Reidratação Oral (SRO).
- Preparo do Soro Caseiro: misture em um litro de água mineral, de água filtrada ou de água fervida (mas já fria) uma colher pequena (tipo cafezinho), de sal e uma colher grande (tipo sopa), de açúcar. Misture bem e ofereça o dia inteiro ao doente em pequenas colheradas.
- Beba muitos líquidos, se possível. Muitas vezes ajuda a tomar pequenos goles frequentes
- Tente comer, mas comece com alimentos que tenham muito líquido. Bons exemplos são sopa, gelatina e picolés. Se isso correr bem, você pode

experimentar alimentos macios. Alimentos ricos em carboidratos ("carboidratos"), como pão ou bolachas salgadas, podem ajudar a acalmar o estômago. O gengibre ajuda com a náusea. Evite cheiros fortes, como cheiro de perfume

- Manter e estimular o aleitamento materno.
- Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos, porém ofertar de forma fracionada.
- Evitar: alimentos contendo gordura e fibras, alimentos temperados, cafeína e doces.
- Atentar se há piora do quadro na ingestão de algum alimento.
- Cuidados com o ambiente (ambiente tranquilo, arejado, agradável, livre de odores fortes e ruídos).
- Realizar cuidados para a higiene oral.
- Lavar as mãos após defecar, trocar fraldas, antes e depois de preparar alimentos e comer, depois de ir ao banheiro, depois de manusear o lixo ou roupa suja, depois de tocar em animais ou animais de estimação, e depois de assoar o nariz ou espirrar.
- Realizar a higienização adequada dos alimentos antes do consumo.
- Lavar e desinfetar as superfícies, os utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos; proteger os alimentos e as áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais.
- Guardar os alimentos em recipientes fechados.
- Tratar a água para consumo.
- Guardar a água tratada em vasilhas limpas e com tampa, com a "boca" estreita para evitar a recontaminação.
- Não utilizar água de riachos, rios, cacimbas ou poços contaminados para banhar ou beber.
- Evitar o consumo de alimentos crus ou malcozidos, principalmente carnes, pescados e mariscos e alimentos cujas condições higiênicas, de preparo e acondicionamento sejam precárias.
- Ensacar e manter a tampa do lixo sempre fechada; quando não houver coleta de lixo, este deve ser enterrado em local apropriado.
- Retornar à unidade de saúde o se não houver melhor em 48 horas ou piora clínica a qualquer momento.

Prescrição farmacológica

Fármaco	Prescrição	Observação
Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/comprimido	4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg/dose	Máximo de 4g/dia
Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/comprimido	6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg	Máximo de 4g/dia

Metoclopramida 10 mg	4/4h (SOS)	Reforçar orientações de hábitos alimentares
Dimenidrato 50 mg	6/6h (SOS)	Reforçar orientações de hábitos alimentares
Sais Para Reidratação Oral (Envelope 27,9g) (Na unidade)	Dissolver o conteúdo do envelope em um litro de água filtrada ou fervida. Administrar 100 a 150 ml por quilo de peso corporal em período de 4 a 6 horas.	A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente. Reavaliar usuário a cada 30 minutos ou antes se necessário. A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. Durante a reidratação reavaliar o paciente seguindo as etapas do quadro “Avaliação do estado de hidratação do paciente”.
Sais Para Reidratação Oral (Envelope 27,9g) (No domicílio)	Dissolver o conteúdo do envelope em um litro de água filtrada ou fervida Adulto: 50 a 100ml/kg de Sais de Reidratação Oral (SRO).	Oferecer após perda e de acordo com a aceitação.

Conduta: através da avaliação do estado de hidratação do paciente (quadro abaixo) será definido o plano de tratamento deste paciente A, B e C.

Avaliação do estado de hidratação do paciente

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral [†]	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos [†]	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede [†]	Sem sede	Sedento, bebê rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca / língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca

EXPLORE	Sinal da prega abdominal†	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A (hidratação no domicílio)	PLANO B (hidratação no estabelecimento de saúde)	PLANO C (hidratação no estabelecimento de saúde / hospital)

† Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que tem maior relação de sensibilidade e especificidade.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (2023): Manejo do paciente com diarreia.

10.6.4. Pirose/Azia

A pirose, também conhecida como azia, é caracterizada por uma sensação de queimação na região retroesternal, sendo mais comum após as refeições. A azia é considerada um problema quando os sintomas leves ocorrem dois ou mais dias por semana, ou quando os sintomas moderados a graves acontecem mais de uma vez por semana).

A prevalência de sintomas de dispepsia (sensação de desconforto digestivo) e pirose pode atingir até 50% da população e é responsável por cerca de 8% das consultas médicas na Atenção Primária à Saúde (APS) no Ocidente. Esses sintomas representam um significativo custo socioeconômico, devido ao absenteísmo, uso frequente de medicamentos e à alta demanda por serviços de saúde, incluindo recursos diagnósticos e terapêuticos dispendiosos, como hospitalizações.

Avaliação de Enfermagem

- Há quanto tempo está apresentando azia (queimação retroesternal)?
- Já apresentou ou apresenta regurgitação (quando o ácido e alimentos não digeridos voltam para a garganta ou a boca)?
- Observou se a azia ocorre após a ingestão de algum tipo de alimento específico?
- Está apresentando problemas para deglutir?

- Está apresentando náuseas, vômitos (intensidade, conteúdo, resposta a antiemético)?
- Apresenta vômitos de sangue ou evacuações vermelhas, pretas?
- Está apresentando tosse inexplicável?
- Está apresentando voz rouca ou dor de garganta?
- Está apresentando dor no estômago ou no peito (modo de início (súbito ou gradual), localização, característica, intensidade, duração, periodicidade, irradiação, fatores de piora e de melhora)?
- Já teve um dos seguintes diagnósticos prévios: gastrite, úlcera péptica, doença do refluxo gastroesofágico ou quadro recorrente?
- Fez uso recente ou regular de medicações (analgésico, anti-inflamatórios, antibióticos)?
- Fez ingestão de bebidas alcoólicas?
- Qual é o tipo de alimentação habitual e em uso, ocorrência de ingestão de alimentos não habituais?
- Tem alergia há alguma medicação?
- Tem alguma doença pré-existente?
- Se pessoa com útero, perguntar DUM, em caso de dúvida solicitar teste rápido de gravidez.
- Tem hábito de fumar?

Exame Físico:

- Realizar inspeção do abdome (verificar se há distensão);
- Examinar abdome, identificando ruídos, presença de dor ou desconforto à palpação (superficial e profunda).

Na presença dos sintomas ou situações abaixo, compartilhe o cuidado com o médico:

- Novo início de dispepsia em pacientes ≥ 50 anos;
- Dor epigástrica;
- Evidência de sangramento gastrointestinal (hematêmese, melena, hematoquezia, sangue oculto nas fezes);
- Anemia;
- Anorexia;
- Emagrecimento;
- Disfagia;
- Odinofagia (dor associada a deglutição);
- Vômitos persistentes;
- História familiar de câncer gastrintestinal;

- Massa abdominal palpável;
- Abdômen distendido/rígido (sinais de peritonite);
- Cirurgia Gástrica prévia.

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Pirose/Azia	D03 - Azia	Melhora do conforto
Dor abdominal	D01 - Dor abdominal generalizada/cólicas	Dor melhorada Melhora do conforto
Dor epigástrica	D02 - Dores abdominais epigástricas	Dor melhorada Melhora do conforto
Emagrecimento	T08 - Perda de peso	Peso corporal estabilizado/aumentado
Distensão abdominal	D25 - Distensão abdominal	Redução da distensão abdominal

Intervenções de Enfermagem

- Orientar dieta alimentar: quantidade, frequência e qualidade;
- Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência;
- Orientar quanto ao uso de medicações que podem estar associado ao sintoma de pirose/azia;
- Monitorar náuseas e vômitos;
- Anotar a intensidade e as características da dor abdominal e ou epigástrica;
- Solicitar avaliação médica caso o paciente apresente sinais de gravidade;
- Se história pregressa de gastrite, úlcera péptica, doença do refluxo gastroesofágico ou quadro recorrente, discutir/encaminhar para médico da equipe no mesmo dia ou em consulta agendada, conforme necessidade da queixa;
- Retornar à unidade de saúde em 24/48 horas se não houver melhora dos sintomas, ou antes se piora ou início de sinais de gravidade;
- Monitorar perda de peso.

Prescrição não farmacológica:

- Mudança de hábitos alimentares (evitar alimentos condimentados, gordurosos, temperos ácidos, frituras, bebidas alcoólicas ou gaseificadas, cafés, chás escuros, chimarrão, chocolates, sucos artificiais, e no consumo de álcool);
- Elevar a cabeceira da cama (15 cm), em pacientes com sintomas noturnos de pirose/azia e refluxo gastroesofágico;
- Fracionar refeições (em pequenas porções);

- Reduzir os intervalos das refeições;
- Evitar refeições tardias;
- Não se deitar após as refeições com o estômago cheio pode piorar o refluxo;
- Planejar as refeições para pelo menos 2-3 horas antes de dormir;
- Evitar roupas apertadas (algumas pessoas se sentem melhor se usarem roupas confortáveis que não apertem a região do estômago);
- Estimular a perda de peso, em caso de obesidade;
- Reduzir ou cessar tabagismo, se fumante;
- Retornar à unidade de saúde o se não houver melhor em 24/48 horas ou piora clínica a qualquer momento.

Prescrição farmacológica	Prescrição	Observação
Hidróxido de alumínio Suspensão Oral 60 mg/ml (FR 100ml)	5 ml (uma colher de chá), VO, até 3x/dia	Tomar uma hora após refeições e/ou antes de deitar-se, atentando para possível efeito rebote e evitando uso rotineiro já que a medicação não promove alívio a médio prazo (no máximo 14 dias).
<i>Cynara scolymus L.</i> , <i>Asteraceae</i> (Alcachofra)	02 comprimidos de 12/12 horas por seis meses	Não utilizar em gestantes, pessoas que fazem uso de anticoagulantes e pessoas com alterações da vesícula biliar.

10.6.5. Parasitose Intestinal

As helmintíases e protozooses intestinais estão entre as infecções mais prevalentes no mundo. Os helmintos que parasitam os seres humanos incluem os nematódeos (*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostomaduodenale/Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis* e *Enterobius vermicularis*), os platelmintos cestódeos (*Taenia solium*, *Taenia saginata* e *Hymenolepis nana*) e os platelmintos trematódeos (*Schistosoma mansoni*, *S. haematobium*, *S. japonicum* e *S. mekongi*).

Entre os protozoários intestinais, destacam-se *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Isospora* e *Microsporidia*.

Os sinais e sintomas das parasitoses costumam ser vagos e inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico clínico, exceto em casos como prurido anal na

enterobíase ou a eliminação de vermes na ascaridíase. No entanto, algumas manifestações clínicas, ou síndromes, podem estar associadas a determinados parasitas, ajudando a levantar a suspeita diagnóstica.

Avaliação de Enfermagem

Elementos importantes para Anamnese:

- Quando percebeu a presença de vermes ou ovos nas fezes?
- Houve saída de ovos ou vermes na cavidade oral ou nasal?
- Apresentou prurido anal?
- Como é a característica das fezes consistência (Escala de Bristol), cor das fezes, presença de sangue, pus, muco, restos alimentares, flatulências?
- Qual é a frequência (número de evacuações em 24h) e o volume das evacuações (menor, igual ou maior que o habitual)?
- Está apresentando náuseas, vômitos (intensidade, conteúdo, resposta a antiemético) e diarreia?
- Está apresentando dor abdominal (modo de início (súbito ou gradual), localização, característica, intensidade, duração, periodicidade, irradiação, fatores de piora e de melhora) e tenesmo (tentativa dolorosa de evacuar)?
- Está apresentando distensão abdominal?
- Tem alergia há alguma medicação?
- O local em que reside possui saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais)?
- Como é feito o consumo da água?
- Tem alguma doença pré-existente?
- Faz uso de medicação regular? Quais?
- Está gestante?
- Está amamentando?
- Quais são seus hábitos alimentares?
- Como é realizada a higiene dos alimentos antes do consumo?
- Possui algum problema no rim ou volume reduzido de urina (especialmente para idosos)?
- Possui algum problema ou doença no fígado?
- Como são seus hábitos de higiene?

- Em seus contatos há casos de queixas semelhantes as suas?
- Houve perda de peso?

Exame Físico:

- Examinar mucosas ocular e oral.
- Examinar abdome (inspeção, palpação, percussão e ausculta), identificando ruídos, presença de dor ou desconforto.
- Verificar peso do paciente.
- Inspeção anal (se necessário).

Na presença dos sintomas ou situações abaixo, compartilhe o cuidado com o médico:

- Presença ou relato de parasitas em cavidade oral ou nasal;
- Dor abdominal intensa;
- Distensão abdominal importante e/ou ausência de ruídos intestinais (risco de obstrução intestinal).

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
	D96 - lombrigas/outros parasitas	
Prurido anal	S02 – Prurido D05 - Irritação perianal	Melhora do conforto
Dor abdominal	D01 - Dor abdominal generalizada/cólicas	Dor melhorada Melhora do conforto
Distensão abdominal	D25 - Distensão abdominal	Melhora do conforto Redução da distensão abdominal
Diarreia	D11 - Diarreia	Padrão de eliminação gastrintestinal melhorado
Risco para parasitose intestinal	Z01 - Pobreza/problemas econômicos Z02 - Problemas relacionais a água/alimentação	Higiene pessoal e ambiental adequada
Sangramento nas fezes	D73 - Gastrenterite presumível infecção D15 - Melena	Ausência de sangramento Higiene pessoal e ambiental adequada Melhora de sinais e sintomas

Intervenções de Enfermagem

- Avaliar as eliminações intestinais do paciente;
- Solicitar avaliação médica caso o paciente apresente sinais ou condições de gravidade;
- Monitorar náuseas e vômitos;
- Orientar quanto ao uso da medicação;
- Monitorar o peso;
- Orientar quanto a importância dos hábitos de higiene pessoal e do ambiente domiciliar;
- Orientar quanto as medidas preventivas das parasitoses intestinal;
- Solicitar retorno a unidade de saúde em 2 semanas ou caso haja piora clínica a qualquer momento;
- Solicitar exame parasitológico de fezes no retorno (após 2 semanas), caso não haja melhoras dos sinais e sintomas agendar consulta médica para avaliação com o resultado do exame.

Prescrição não farmacológica

- Lavar as mãos após defecar, trocar fraldas, antes e depois de preparar alimentos e comer, depois de ir ao banheiro, depois de manusear o lixo ou roupa suja e depois de tocar em animais ou animais de estimação;
- Evitar contato intradomiciliar com animais, sobretudo nos ambientes onde são consumidos alimentos, lavando sempre as mãos após contato com os animais;
- Orientar quanto a evitar defecar no solo;
- Manter os pés limpos e calçados;
- Realizar a higienização adequada dos alimentos antes do consumo;
- Lavar e desinfetar as superfícies, os utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos; proteger os alimentos e as áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais;
- Guardar os alimentos em recipientes fechados;
- Tratar a água para consumo;
- Guardar a água tratada em vasilhas limpas e com tampa, com a “boca” estreita para evitar a recontaminação;
- Orientar a manter as unhas aparadas e limpas e evitar colocar a mão na boca;
- Não deixar as crianças brincarem em terrenos baldios, com lixo ou água poluída;
- Evitar o consumo de alimentos crus ou malcozidos, principalmente carnes, pescados e mariscos e alimentos cujas condições higiênicas, de preparo e acondicionamento sejam precárias;

- Ensacar e manter a tampa do lixo sempre fechada; quando não houver coleta de lixo, este deve ser enterrado em local apropriado;
- Manter limpa a casa e terreno ao redor, evitando a presença de insetos e ratos;
- Retornar à unidade de saúde em 2 semanas ou caso haja piora clínica, a qualquer momento.

Prescrição farmacológica e não farmacológica:

Parasitose	Medicamento	Dose	Duração	OBSERVAÇÃO
Ascaridíase Ancilostomíase	Albendazol	400 mg/dia – via oral	Dose única	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Tricuríase	Albendazol	400 mg/dia – via oral a cada 24 horas	3 dias	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Enterobíase ou Oxiuríase (no tratamento com qualquer uma das medicações – repetir o tratamento após 2 semanas)	Albendazol	400 mg/dia – via oral	Dose única	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Teníase	Albendazol	400 mg/dia – via oral a cada 24 horas	3 dias	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Giardíase	Metronidazol	400 mg/dia – via oral / 3 vezes ao dia	Durante 5 a 7 dias	Administrar com 1 copo d'água durante ou após as refeições.
	Albendazol	400 mg/dia- via oral	Durante 5 dias	Não ingerir bebidas alcólicas.
Amebíase	Metronidazol	750 mg/dose – via oral – 3 vezes ao dia	Para quadros leves e moderados – 5 dias. Para quadros graves – 10 dias	Administrar com 1 copo d'água durante ou após as refeições. Não ingerir bebidas alcólicas.

Solicitação de Exames:

Na reavaliação após 2 semanas se não houver melhora do quadro clínico, solicitar o exame parasitológico de fezes e agendar consulta médica para avaliação no retorno com exame.

10.6.6. Dor Abdominal

A definição de dor abdominal aguda é algo subjetivo, pois não há um critério específico quanto à duração. Quadros que duram apenas alguns dias, com piora recente, são claramente classificados como dor abdominal aguda, enquanto aqueles com início que se prolonga por meses ou anos são considerados dor abdominal crônica. O maior desafio é classificar as dores que não se enquadram nessas categorias.

Dessa forma, a dor abdominal aguda é entendida como aquela em que há uma combinação de lesão tecidual, dor e ansiedade. A dor abdominal crônica é caracterizada pela persistência e pela resistência ao tratamento. Por sua vez, as dores recorrentes ocorrem em surtos, com variação na duração, intensidade e frequência, sendo seguidos por períodos assintomáticos. Pacientes com dor abdominal crônica podem vivenciar exacerbações agudas, que podem ser decorrentes de uma doença ainda desconhecida ou de uma condição crônica preexistente.

Avaliação de Enfermagem

Elementos importantes para Anamnese:

- Classificar a dor quanto ao tipo (crônica ou aguda);
- O início da dor, duração, frequência;
- Localização e intensidade da dor, conforme a escala;
- Identificar fatores de alívio da dor;
- Fatores precipitadores ou agravantes da dor;
- Sensibilidade e irradiação da dor;
- Sintomas gastrintestinais associados (anorexia, pirose/azia, náuseas, vômitos, sensação de plenitude gástrica, evacuações, gases etc.);
- Febre;
- Vômitos (aspecto, frequência, relação com a dor);
- Frequência e o volume das evacuações;
- Característica das fezes (consistência e presença de sangue ou muco);

- Sintomas urinários associados (ardência miccional, disúria, polaciúria, hematúria, eliminação de cálculos etc);
- Antecedentes ginecológicos (leucorreia, data da última menstruação, alterações menstruais, métodos contraceptivos, doenças prévias);
- Histórico de cirurgias no local, dentre outras informações relevantes a cada caso;
- Histórico de trauma;
- Hábitos alimentares;
- Avaliar o grau de acometimento na vida cotidiana pela dor (ex: comprometimento do sono, das atividades diárias, tristeza/depressão etc);
- Medicamentos em uso;
- História de alergias;
- Gravidez;
- História de doença sexualmente transmissível;
- Doenças associadas ou pregressas;
- Peso habitual;
- Investigue possibilidade de DIP (tratamento no Protocolo de Saúde da Mulher);

Exame Físico:

- Avaliar estado geral e nível de consciência: bem, alerta, irritado, intranquilo, comatoso, hipotônico;
- Monitorar Sinais vitais (Pressão arterial, Temperatura, Frequência respiratória e Frequência Cardíaca);
- Tórax: inspeção, percussão e ausculta (pulmonar e cardíaca);
- Abdome:

1. Inspeção:

- Forma e simetria: abdome plano, escavado, globoso, piriforme (da gravidez), em batráquio (ascite livre), avental, pendular, presença de abaulamentos e retrações.
- Alterações da pele e subcutâneo: edema, icterícia, Sinal de Gray Turner (equimose nos flancos) e de Cullen (equimose periumbilical), cicatrizes, estrias.
- Circulação colateral: cava inferior e portocava; porta; cava superior.
- Hérnias: de parede, umbilicais e inguinais.
- Pulsações visíveis: aneurisma de aorta; Pulsação normal da aorta; Tumor ou cisto pancreático.
- Peristaltismo visível: obstrução intestinal.

2. Ausculta:

- Ruídos hidroaéreos: técnica de ausculta dos ruídos fisiológicos. Os ruídos hidroaéreos estão aumentados na hipercinesia nos quadros obstrutivos ou diminuídos na hipocinesia na peritonite ou na fase tardia da obstrução intestinal. Dor intensa induzida pela tosse indica irritação peritoneal.
- Sopros vasculares: estenoses e aneurisma das artérias aorta, ilíacas, renais e hepáticas; insuficiência aórtica; hipertensão porta com veia umbilical permeável; tumores hepáticos hipervasculares (benignos e malignos).
- Atritos: processos peritoneais.

3. Palpação:

Palpação superficial: pressiona-se de forma delicada a superfície abdominal, aproximadamente 1 cm, com os movimentos suaves e em sentido horário, evitando golpes súbitos. Permite reconhecer a sensibilidade, a integridade anatômica e a tensão da parede abdominal e identificar massas. Parâmetro normal: é indolor à palpação, abdome flácido. Distinguir entre resistência voluntária, chamada de defesa, e a contração muscular involuntária, característica da resposta inflamatória do peritônio.

- Tonicidade muscular (hipertonia e hipotonia)
- Sensibilidade abdominal

Palpação profunda: Delimita mais precisamente os órgãos abdominais e detecta massas menos evidentes. Com o paciente respirando pela boca, com a mandíbula entreaberta, a parede abdominal é deprimida em profundidade (5cm) a cada expiração. Com maior pressão, verifica-se tamanho, forma, consistência, localização, sensibilidade, mobilidade e pulsações de órgãos ou massas. Pode-se usar as duas mãos, uma sobre a outra, técnica bimanual. Observar expressão da pessoa em busca de manifestação de desconforto ou dor.

- Projeção das estruturas: estômago, íleo terminal, ceco, colón ascendente, colón transverso, colón descendente e sigmoide, rins, pâncreas, músculo psoas.
- Massas e cistos (localização e características)
- Sinais de peritonite (hipertonia da parede, abdômen em tábua, Sinal de Blumberg).

4. Percussão

- Percussão exploratória: som timpânico, espaço de Traube (zona de projeção da tuberosidade maior do estômago), hipertimpanismo, submaciez e maciez. Auxilia na delimitação de massas e na constatação de ascite e de acúmulo de gases intestinais (timpanismo).

- **Sinal de Blumberg:** Descompressão brusca dolorosa da fossa ilíaca direita, compatível com apendicite.

- **Sinal de Murphy:** Dor à palpação da vesícula biliar durante a inspiração profunda, compatível com colecistite aguda.

- Toque retal ou vaginal dolorosos, com saída de sangue ou outras secreções, massas e objetos estranhos.

Sinais de alerta

São **SINAIS DE ALERTA** para alto risco nos casos de abdome agudo:

- Idade maior de 60 anos;
- Pacientes imunossuprimidos;
- Uso abusivo de álcool;
- Presença de comorbidades;
- Cirurgia ou manipulação previa do abdome e
- Gravidez recente.

Reconhecimento e atendimento

No contexto da atenção primária à saúde (APS), o enfoque deve ser a suspeição de causas agudas graves, que necessitam de encaminhamento rápido para outros níveis de atenção, e determinar quais pacientes podem ser observados ou tratados com sintomáticos.

O abdome agudo pode ser dividido em causas cirúrgicas e não cirúrgicas, cada uma com condições que podem ser fatais se não diagnosticadas e tratadas rapidamente.

Os quadros abaixo apresentam as principais causas de abdome agudo cirúrgico e não cirúrgico.

Principais causas de abdome agudo cirúrgico.

Causa	Definição
Apendicite	Inflamação do apêndice, frequentemente devido a obstrução por fezes, cálculos ou hiperplasia do tecido linfoide.
Colelitíase	Presença de cálculos na vesícula biliar que podem levar a colecistite aguda (inflamação) ou coledocolitíase (obstrução).
Úlcera Péptica Perfurada	Ulceração da parede do estômago ou duodeno que pode perfurar, levando à peritonite (inflamação do peritônio e cavidade abdominal).

Perfuração Intestinal	Pode ocorrer devido a várias causas, incluindo doenças inflamatórias intestinais, diverticulite, apendicite ou trauma abdominal.
Obstrução Intestinal	Causada por aderências pós-cirúrgicas, hérnias estranguladas, tumores ou doenças inflamatórias.
Torço de Hérnia	Quando uma hérnia se torce e o suprimento sanguíneo é comprometido, pode levar à estrangulamento e necrose.
Pancreatite Aguda Necro-hemorrágica	Inflamação grave do pâncreas com necrose e hemorragia, frequentemente causada por cálculos biliares ou abuso de álcool.
Isquemia Mesentérica	Diminuição do fluxo sanguíneo para o intestino devido a embolia, trombose ou hipoperfusão sistêmica, resultando em necrose intestinal.
Gravidez Ectópica Rota	Implantação do óvulo fertilizado fora do útero, geralmente nas trompas, que pode levar à ruptura e hemorragia.
Ruptura de Aneurisma da Aorta Abdominal	Ruptura de um vaso sanguíneo dilatado na aorta abdominal, causando hemorragia interna maciça.

Na suspeita de abdome agudo cirúrgico, não ofereça água ou comida e COMPARTILHE o cuidado com médico para avaliar o encaminhamento do paciente de imediato para um Serviço de Emergência que ofereça exames complementares e assistência cirúrgica.

Principais causas de abdome agudo não cirúrgico.

Causa	Definição
Pancreatite Aguda Edematosa	Inflamação aguda do pâncreas, frequentemente associada a causas não biliares, como trauma, drogas, infecções virais.
Gastroenterite Aguda	Inflamação do estômago e intestinos devido a infecções virais, bacterianas ou parasitárias.
Dor Abdominal Funcional	Síndromes como a síndrome do intestino irritável, que podem se apresentar com dor abdominal aguda sem causa estrutural definida.
Doenças Inflamatórias Intestinais Agudas	Exacerbações agudas de doenças como a doença de Crohn ou colite ulcerativa.

Peritonite Química	Inflamação da cavidade abdominal devido a substâncias irritantes introduzidas, como bile ou conteúdo gástrico em perfurações ou vazamentos.
Pancreatite Crônica Agudizada	Agudização dos sintomas em pacientes com pancreatite crônica devido a alcoolismo e obstrução crônica dos ductos pancreáticos.
Inflamação Pélvica Aguda	Infecção aguda do trato genital superior em mulheres, frequentemente devido a doença sexualmente transmissível.
Doenças Renais Agudas	Tais como cólica renal devido a cálculos renais ou pielonefrite aguda.

Os casos de abdome agudo podem ser classificados, ainda, segundo a sua etiologia, conforme figura abaixo.

Infecioso/ Inflamatório	Perfurante	Obstrutivo	Hemorrágico	Vascular
Apendicite Colecistite Pancreatite Diverticulite Doença Inflamatória Pélvica	Úlcera Perfuração do apendice, vesícula e divertículos Tumor gastro intestinal	Hérnia estrangulada Bridas Corpos estranhos Tumores Volvo	Gravidez ectópica Rotura de aneurisma Cisto hemorrágico	Trombose mesentérica Torção de ovário

Classificação do abdome agudo, segundo sua etiologia.

Depois de descartada emergência cirúrgica e causa abdominal clínica, considerar a dor abdominal como possibilidade de doença extra-abdominal, ou seja, percebida e referida no abdome. É fundamental considerar essas causas ao investigar dor abdominal que parece não ter origem diretamente no abdome. O diagnóstico correto depende de avaliação cuidadosa dos sintomas, exame físico detalhado e, muitas vezes, testes diagnósticos adicionais.

As principais causas de dor abdominal de origem extra-abdominal são:

- **Dor Torácica Referida:** Condições como infarto agudo do miocárdio, angina e pneumonia de base pulmonar podem causar dor que irradia para o abdome inferior.

- **Disfunção Musculoesquelética:** Distensão muscular, fraturas de costelas e espasmos musculares na região lombar podem irradiar dor para a parte inferior do abdome.
- **Doenças da Coluna Vertebral:** Como hérnia de disco lombar ou compressão de nervo ciático, que podem causar dor abdominal devido à irradiação de dor ao longo dos nervos afetados.
- **Doenças Ginecológicas:** Como a endometriose, que pode causar dor abdominal crônica ou aguda, especialmente durante o ciclo menstrual.
- **Doenças Metabólicas:** Como a cetoacidose diabética, que pode causar dor abdominal devido à sua associação com náuseas e vômitos.
- **Distúrbios Psicogênicos:** Transtornos de ansiedade e depressão, que podem manifestar-se com dor abdominal crônica.
- **Doenças Hematológicas:** Como a anemia falciforme, que pode provocar dor abdominal por vaso-oclusão, necrose e fibrose de órgãos.
- **Referência da Dor de Órgãos Adjacentes:** Por exemplo, dor nos testículos devido a torção testicular ou epididimite pode irradiar para a região abdominal inferior.
- **Complicações de Cirurgias ou Procedimentos:** Dor abdominal após procedimentos cirúrgicos, como laparoscopia, ou complicações pós-operatórias, como embolia pulmonar.

Sinais de alarme nos casos de dor abdominal:

- Dor intensa e súbita
- Dor que irradia para o peito, ombro ou pescoço
- Dor acompanhada de febre alta
- Dor acompanhada de vômito persistente
- Dor abdominal em gestantes
- Dor abdominal intensa em idosos
- Dor abdominal após trauma abdominal
- Presença de sangue nas fezes
- Dor abdominal em indivíduos com doenças crônicas

Compartilhe o cuidado imediatamente com um médico

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Dor abdominal	D01 - Desconforto abdominal/Dores abdominais gerais D06 - Dores abdominais localizados	Dor melhorada Melhora do conforto
Desconforto abdominal	D01 - Desconforto abdominal	Dor melhorada Melhora do conforto
Pirose/Azia	D03 - Azia/ Queimação	Melhora do desconforto

Diarreia	D11 - Diarreia	Melhora da consistência das fezes ou diminuição de episódios de evacuações
Constipação/ Impactação fecal	D12 - Obstipação	Padrão de eliminação gastrointestinal melhorado
Náusea e Vômito	D10 - Vômitos	Redução ou cessação dos vômitos Manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico Melhora do conforto
Taquicardia	K04 - Palpitações/percepção de batimentos cardíacos	Melhora da condição cardíaca
Pressão arterial, alterada	K85 - Pressão arterial elevada	Diminuição/estabilização da pressão arterial
Problema de peso corporal	T08 - Perda de peso	Peso corporal estabilizado/aumentado

Intervenções de Enfermagem

- Identificar atitude em relação à dor;
- Avaliar sinais vitais em relação a resposta da dor;
- Investigar outras possíveis causas da dor;
- Encorajar a pessoa a falar sobre sua experiência de dor;
- Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor;
- Avaliar o conhecimento sobre as respostas ao controle e tratamento da dor;
- Encorajar a pessoa a interferir adequadamente no processo de dor;
- Orientar a mudança de posição para alívio da dor;
- Proporcionar métodos alternativos de alívio da dor;
- Aplicar compressa quente no local;
- Avaliar a capacidade da pessoa em desenvolver as atividades da vida diária;
- Ofertar PICS (profissionais capacitados ou habilitados);
- Proteger crenças culturais;
- Orientar sobre medicação;
- Compartilhar o cuidado com o médico, se preciso dor.

Possíveis Prescrições

- Anote a intensidade e as características da dor, construindo um diário de dor;
- Aplicar PICS (realização por profissionais treinados);
- Orientar para melhorar o sono;
- Orientar o usuário a evitar ambientes agitados, orientar repouso, quarto escuro;

- Tome a medicação oral, conforme prescrição;
- Maneje (controle) seu estresse, procurando o apoio familiar;
- Se a dor persistir por mais de três dias buscar atendimento.

Prescrição farmacológica

Fármaco	Prescrição	Observação
Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/comprimido	4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. 500-1000 mg/dose	Máximo de 4g/dia
Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/comprimido	6/6 horas a depender da frequência da dor 500-1000 mg VO	Máximo de 4g/dia
Metoclopramida 10mg	1 comprimido de 8/8h VO, 30 minutos antes da refeição	Prescrever somente se tiver náusea associado

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
2. BVS. Diarreia e desidratação. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/diarreia-e-desidracao/>
3. BVS. Quais as evidências clínicas para a recomendação do fitoterápico de Alcachofra (*Cynara scolymus* L.) na APS? 2016.
4. CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde. Fluxograma de Enfermagem Demanda Espontânea. 2020.
5. CATANDUVA. Secretaria de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM- Atenção à demanda espontânea. Catanduva-SP, 2019
6. CHAVES, L.C.; POSSO, M.B.S. Avaliação física em enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2012
7. CONSOLINI, D. M. Obstipação em crianças. University Hospital. Manual MSD. Versão para profissionais de saúde. Disponível: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/pediatria/sintomas-em-lactentes-e-criancas/obstipacao-em-criancas>
8. DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências [recurso eletrônico] / Organizadores, Bruce B. Duncan ... [et al.]. – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
9. FERRAZ E.D. Neuropatia por Aprisionamento - Entidade não Esquecida na Era Laparoscópica Revista brasileira videocirurgia 2007;5(3):144-157.
10. FERRAZ, B.B. Impacto da terapia manual visceral na melhora da qualidade de vida de pacientes com dor abdominal crônica. Rev. Dor. São Paulo, 2013 abr-jun;14(2):124-8 do
11. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4 - Demanda espontânea Adulto. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=148>

12. GALVÃO-ALVES, J. Constipação intestinal J. bras. med; 101(02): 31-37, mar.-abr. 2013.
13. GARCIA, T.R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2019/2020. Porto Alegre. Artmed Editora, 2020
14. JOINVILLE. Protocolo de Enfermagem. Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto. Secretaria de Saúde, 2020.
15. LONGSTRETH, G. F. Educação do paciente: Náuseas e vômitos em adultos (Fundamentos). UpToDate. 30 de setembro de 2020. Disponível em: George F Longstreth, MD. Educação do paciente: Náuseas e vômitos em adultos (Fundamentos). UpToDate. 30 de setembro de 2020.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. 5a ed. Brasília, DF; 2021
17. MINISTERIO SA SAÚDE. CARTAZ MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA. 2022. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dtha/publicacoes/manejo-do-paciente-com-diarreia-cartaz/@_@download/file
18. Rio de Janeiro (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primária a saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral
19. TANNURE, M. C. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático /Meire Chucre TANNURE, Ana Maria Pinheiro. 2.ed. - [Reimpr.] - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
20. TELESSAÚDERS. Qual o manejo da diarreia aguda em adultos e crianças maiores de 5 anos na Atenção Primária à Saúde (APS)? 2022. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-manejo-da-diarreia-aguda-em-adultos-e-criancas-maiores-de-5-anos-na-atencao-primaria-saude-aps/#:~:text=Pergunta,.Qual%20o%20manejo%20da%20diarreia%20aguda%20em%20adultos%20e%20crian%C3%A7as,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20\(APS\)%3F&text=O%20tratamento%20fundamental%20da%20diarreia,etiologia%20%5B1%2C2%5D](https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-manejo-da-diarreia-aguda-em-adultos-e-criancas-maiores-de-5-anos-na-atencao-primaria-saude-aps/#:~:text=Pergunta,.Qual%20o%20manejo%20da%20diarreia%20aguda%20em%20adultos%20e%20crian%C3%A7as,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20(APS)%3F&text=O%20tratamento%20fundamental%20da%20diarreia,etiologia%20%5B1%2C2%5D).
21. WALD. A. Manejo da constipação crônica em adultos. UpToDate. 2022(a)..Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-of-chronic-constipation-in-adults?search=CONSTIPA%C3%87%C3%83O&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#subscribeMessage em:
22. WALD. A. Manifestações clínicas e diagnóstico da síndrome do intestino irritável em adultos. UpToDate. 2022(c). Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-irritable-bowel-syndrome-in-adults?search=constipação%20intestinal&topicRef=2637&source=see_link
23. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

10.7 Acidentes com animais peçonhentos

Animais sinantrópicos são aqueles que se adaptaram a viver junto ao homem, a despeito da vontade deste e entre os quais, há a presença de animais peçonhentos como escorpião, aranha e cobra. Animais peçonhentos são aqueles que inoculam toxinas, as quais podem causar lesões fisiopatológicas.

O acidente com esse tipo de animais é comum, porém evitável, por isso, medidas de prevenções individuais, coletivas e ambientais devem ser estabelecidas e reforçadas à população.

Escorpião:

Nos pacientes de maior risco para as formas graves, deve ser considerada a necessidade de transferência rápida do paciente de uma unidade de menor complexidade para um serviço de cuidados intensivos.

Na maioria dos casos, onde há somente quadro local, o tratamento é sintomático e consiste no alívio da dor.

Serpentes:

O tratamento do acidente com serpentes é realizado nas Unidades de Referência e é realizado a partir do soro específico para cada tipo de envenenamento. O atendimento deve ser realizado de forma rápida.

Aranhas:

No Estado de São Paulo, ocorrem três gêneros com espécie cujo veneno é ativo para os seres humanos e cujos acidentes requerem cuidados médicos, a saber: aranha armadeira; viúva amarela e flamenguinha); e aranha marro (Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo) Acidentes causados por outras aranhas podem ser comuns, porém sem relevância em saúde pública, sendo que os principais grupos pertencem, principalmente, às aranhas que vivem nas casas ou suas proximidades, como caranguejeiras e aranhas de grama ou jardim. Tratamento em geral sintomático. O uso do soro antiaracnídeo deve ser considerado a depender da gravidade do caso, avaliação clínica e avaliação do gênero da aranha.

Notificação de Acidente por Animais Peçonhentos:

A notificação através da ficha SINAN é imediata em até 24 horas.

Link da notificação:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/269208

10.7.1 Atendimento de enfermagem ao usuário vítima de acidente com animal peçonhento

O atendimento deve ser prioritário e rápido, pois a evolução clínica pode ser grave considerando a idade, condição clínica e animal do acidente. Sendo assim, a avaliação é de suma importância, para viabilizar transferência rápida para as Unidades de Referência.

Portanto, **em caso de dúvida** do manejo contatar UVIS ou Instituto Butantã, para viabilizar o encaminhamento o mais rápido possível à Unidade de Referência do território.

**Para dúvidas ligue para o CIEVS/COVISA: 5465 9420 das 7hs às 19hs.
Butanta Orientação telefônica 24h:**

(11) 3723-6969

(11) 2627-9529

(11) 2627-9530

Fonte: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/268217

Avaliação de enfermagem

Pontos de atenção na Avaliação de enfermagem

Deve-se avaliar:

- Tipo de animal para avaliação se é peçonhento ou não;
- Localização da picada;
- Tempo do acidente;
- Idade do usuário atendido;
- Condições clínicas apresentadas.

Exame físico:

As características da lesão diferem e podem não possuir características típicas que as discriminem enquanto tipo de animal. Os possíveis sintomas apresentados são principalmente dor intensa e outros sintomas parestesia, edema, eritema, sudorese, piloereção e sensação de queimação.

Diagnóstico e intervenções de enfermagem

Diagnóstico	Intervenções de enfermagem
CIPE: Integridade da pele, prejudicada Ferida no (especificar local) CIAP: S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele S19 Outra lesão cutânea	<ul style="list-style-type: none"> Retirar sapato, anel, pulseira ou fitas que podem funcionar como torniquete Não deve ser realizado torniquete na região Lavar somente com água e sabão o local da picada; Compressas mornas para picadas de escorpião e aranha (compressas frias pioram a dor); Deixar o paciente deitado, hidratado, calmo, imóvel, com o local da picada elevado; Monitoramento das funções vitais: temperatura, pressão arterial, pulso e perfusão periférica, para tratamento de possíveis manifestações sistêmicas Manter em observação até avaliação de conduta compartilhada com equipe médica.

REFERÊNCIAS:

- Ministério do Trabalho e Emprego. Prevenção de Acidentes com Animais Peçonhentos. São Paulo, 2021. [Internet]. Disponível em: <https://repositorio.butantan.gov.br/bitstream/butantan/3752/1/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes%20com%20Animais%20Pe%C3%A7onhentos-pdf.pdf>
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Protocolo manejo clínico – escorpião*. São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/protocolo_manejo_clinico_escorpiao_23_07_2020_1595537808.pdf.
- Instituto Butantan. Primeiros Socorros. [Internet]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/atendimento-medico/primeiro-socorros#:~:text=O%20local%20da%20picada%20deve,no%20local%20da%20picada>
- Ministério da Saúde. Acidentes Ofídicos. Tratamento. [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/acidentes-ofidicos/tratamento>
- Secretaria da Saúde. Governo do Estado Paraná. Acidentes por aranhas [Internet]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Acidentes-por-Aranhas#:~:text=O%20que%20fazer%20em%20caso,o%20servi%C3%A7o%20m%C3%A9dico%20mais%20pr%C3%B3ximo>.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Vigilância Epidemiológica. Doença de Transmissão por vetores e zoonoses. [Internet]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/aranhas_2.htm
- Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde e Ambiente. Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. Brasil, 2024 [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria/lista-nacional-de-notificacao-compulsoria-de-doencas-agravos-e-eventos-de-saude-publica>

10.8. Atendimento Anti-Rábico Humano

A **raiva** é uma doença de mamíferos que **pode ser transmitida aos humanos** (antropozoonose) pela mordedura, lambedura e arranhadura de

animais infectados com o vírus da raiva. **No caso de morcegos, pode ser transmitido pelo simples contato (Prefeitura de São Paulo, 2023).**

A doença é caracterizada por sintomas neurológicos em animais e seres humanos. É uma **doença grave!** Quando o quadro clínico da Raiva é instalado, praticamente, 100% dos casos evoluem para óbito.

Pós-exposição:

Consulta de enfermagem ao usuário vítima de mordedura, lambedura e arranhadura de animais com possível infecção da raiva:

A avaliação de enfermagem deve ter como base a avaliação do acidente (acidente leve ou grave) a partir da característica do ferimento, em conjunto, com a avaliação do tipo de espécie agressora, para tomada de conduta quanto a profilaxia e tratamento.

Nem todo acidente envolverá a profilaxia com a vacina ou a necessidade de sorovivacina, devendo ser avaliado caso a caso.



Adaptado da imagem de Profilaxia Antirrábica Humana Acidentes por Animais Potencialmente Transmissores do Vírus da Raiva. Prefeitura de São Paulo, 2023

Quadro de avaliação do acidente em leve ou grave, considerando acidente com cães e gatos:

Acidente	Local	Profundidade	Extensão	Observação
Leve	Tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais)	Ferimentos superficiais, sem sangramento	Pouco extensos, geralmente únicos;	Podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras

	e planta dos pés);			causadas por unha ou dente ou lambedura de pele com lesões superficiais
Graves	Próximas ao sistema nervoso central (cabeça, face ou pescoço); Locais muito invadidos (mãos, polpas digitais e planta dos pés) Mucosas são permeáveis ao vírus, mesmo quando intactas, e as lambeduras geralmente abrangem áreas mais extensas;	Profundos: com sangramento, ou seja, ultrapassam a derme; Ferimentos puntiformes, ainda que algumas vezes não apresentem sangramento.	Múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo;	Lambedura de pele onde já existe lesão grave. A lambedura da pele íntegra não oferece risco. Qualquer lambedura de mucosas

Fonte: Protocolo de Atendimento em casos de acidentes com animais potencialmente transmissores de Raiva no município de São Paulo, 2022

Espécie agressora:

Animais	Orientação
Cães e gatos	Avaliar se animal é passível de observação. Observação do animal por 10 dias, se o animal estiver sadio no momento do acidente. Apenas cães e gatos são passíveis de observação
Animais silvestres: Morcegos de qualquer espécie, micos (“sagui” ou “soim”, como são mais conhecido em algumas regiões), macacos, raposas, guaxinins, quatis, gambás, roedores silvestres – mesmo que domiciliados e/ou domesticados, haja visto que, nesses animais, a raiva não é bem conhecida	São animais de alto risco para a transmissão do vírus da raiva, independentemente da espécie e da gravidade do ferimento. Os acidentes com esses animais são sempre considerados como graves e tem indicação de sorovacina.
Roedores e lagomorfos (urbanos ou de criação): Ratazana de esgoto, rato de telhado, camundongo, cobaia, porquinho-da-índia; hamster e coelho	Não são transmissores de raiva, portanto, não é necessário indicar esquema profilático da raiva em caso de acidentes causados por esses animais

Fonte: Protocolo de Atendimento em casos de acidentes com animais potencialmente transmissores de Raiva no município de São Paulo, 2022

Diagnósticos e intervenções de enfermagem na Pós-exposição:

Diagnóstico	Intervenções de enfermagem
CIPE: Integridade da pele, prejudicada Ferida no (especificar local)	Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente, por pelo menos 15 minutos.
CIAP: S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele S19 Outra lesão cutânea	Lembrete: Em geral, não é recomendada a sutura dos ferimentos, mas quando for absolutamente necessário, deve-se aproximar as bordas com pontos isolados e, caso seja indicado o soro antirrábico, este deverá ser infiltrado de 30 a 60 minutos antes da sutura.)
Conhecimento em Saúde, prejudicado	Avaliar com o usuário se cão ou gato, do acidente, é passível de observação por 10 dias Orientar ao usuário a informar à UBS caso cão ou gato, durante o período de observação, desaparecer, morrer ou apresentar sinais sugestivos de raiva (descartar agressões comportamentais).

Notificação de Atendimento Anti-Rábico Humano:

A notificação através da ficha de investigação do agravo, do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) **é imediata em até 24 horas.**

Link da notificação:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Atendimento%20Anti-rabico/anti_rabico_v5.pdf

10.8.1. Condutas de enfermagem para a Pré-exposição:

A profilaxia pré-exposição é uma medida de prevenção que deve ser indicada para pessoas com risco de exposição permanente ao vírus da raiva, durante atividades ocupacionais exercidas por profissionais como:

- médicos-veterinários;
- biólogos e espeleólogos;
- auxiliares e demais funcionários de laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva;

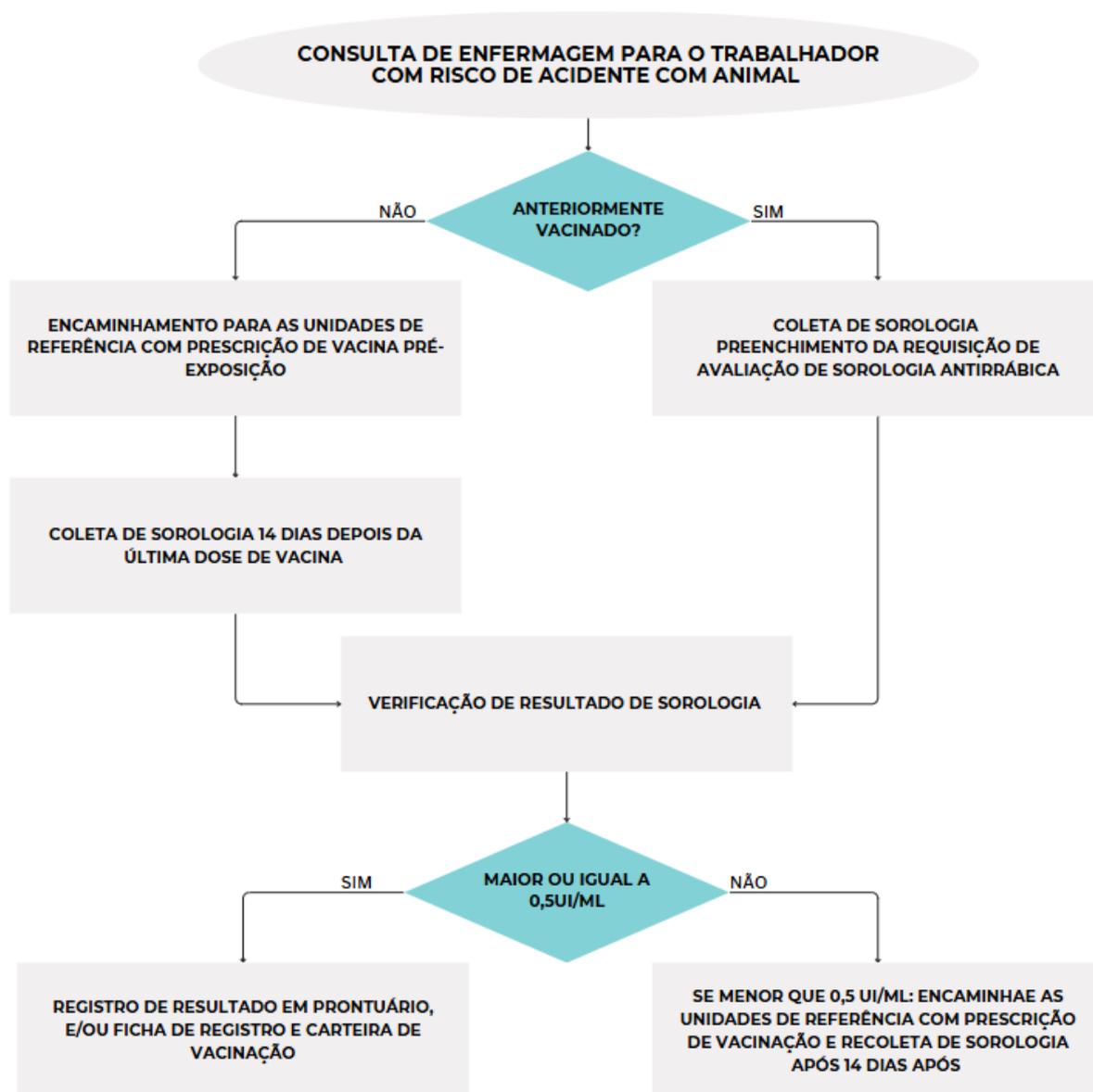
- estudantes de Medicina Veterinária, Biologia e Agrotécnica;
- pessoas que atuam no campo na captura, vacinação, identificação, manutenção, classificação e pesquisas de mamíferos passíveis de portarem o vírus, bem como funcionários de zoológicos;
- profissionais que atuam em consultórios, clínicas e hospitais veterinários que atendem animais silvestres.

Pessoas com **risco de exposição ocasional ao vírus**, como guias e/ou turistas que viajam para áreas de raiva não controlada, devem ser avaliadas, podendo receber a profilaxia pré-exposição, dependendo do risco a que estarão expostos durante a viagem e após avaliação médica individual.

A vacinação Antirrábica Humana para pré-exposição é realizada em Unidades de Saúde de Referência, verifique a unidade da sua região, no site de Vacinação Antirrábica Humana da Secretaria Municipal em Saúde.

Link para verificação:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/254530



Adaptado do fluxo de Atendimento de Enfermagem Pré-Exposição da Secretaria Municipal de Saúde, atualizado em fevereiro de 2022.

REFERÊNCIAS:

1. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Doenças e Agravos [Internet]. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/254452. Acesso em: 24 jan. 2025.
2. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Doenças e Agravos. Documentos Técnicos: Raiva Humana [Internet]. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/254452? Acesso em: 24 jan. 2025.
3. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Municipal da Saúde. Vacinação Antirrábica Humana [Internet]. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/254530. Acesso em: 24 jan. 2025.
4. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Municipal da Saúde. Vacinação Antirrábica Humana [Internet]. Disponível em:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/254530

Acesso em: 24 jan. 2025.

5. São Paulo. Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Protocolo de atendimento em casos de acidentes com animais potencialmente transmissores de Raiva no município de São Paulo Protocolo de Esquema de Pré-Exposição. São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo_atendimento_raiva_humana_11_2022.pdf

Capítulo 11 - Manejo de arbovirose

A dengue no Brasil caracteriza-se por um cenário de transmissão endêmica/epidêmica em grande parte do País, determinada principalmente pela circulação simultânea de vários sorotipos virais. Esse cenário de intensa transmissão tem contribuído para a mudança no perfil da doença no País. Entre as principais mudanças na epidemiologia da doença no Brasil, destaca-se a ocorrência cada vez maior de suas formas graves e de óbitos. Apesar de o aumento da gravidade dos casos, a forma de tratar e salvar vidas continua com os mesmos princípios.

Diagnóstico precoce e tratamento oportuno com a prescrição de volumes adequados de líquidos para hidratar o paciente. De acordo com as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, a classificação de risco do paciente com suspeita de dengue permite a priorização do atendimento das formas graves da doença, por meio do reconhecimento precoce dos sinais de gravidade dos pacientes, conforme seu estadiamento clínico.

A secretaria da Saúde do Município de São Paulo tem investido em um contínuo processo de qualificação dos profissionais de Saúde disponibilizando atualizações e capacitações, assim como, materiais atualizados e de fácil acesso. Considerando a definição de que a dengue é uma doença única, dinâmica e sistêmica foi elaborado um fluxograma com conceitos revisados sobre a doença e todas as etapas a serem executadas, para um manejo clínico adequado com um instrumento de fácil compreensão na sua utilização. A classificação de risco e manejo clínico tem por finalidade priorizar o atendimento dos casos de acordo com a gravidade, reduzir o tempo de espera do paciente e organizar o fluxo dos casos suspeitos nas unidades de saúde.

A nota técnica do COFEN Nº001/202, respalda a atuação do enfermeiro nessas condições, desde o acolhimento, estadiamento, consulta, prescrição, solicitação de exames, reavaliação, incluindo a hidratação venosa em pacientes adultos, Grupo C, desde que não possuam comorbidades. E ainda, orientar, realizar, encaminhar, coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente ou ficha de atendimento.

Para todos os casos suspeitos de Dengue sem sinais de alarme é de competência do profissional enfermeiro solicitar os exames para diagnóstico

(TR_dengue e hemograma dengue), prescrever medicações sintomáticas para febre e dor, além de orientar e estimular hidratação oral. Os casos com sinais de alarme devem ser encaminhados para atendimento médico imediato.

A Equipe de Enfermagem possui papel fundamental no processo de enfrentamento da dengue, desde o acolhimento, a classificação de risco e atendimento, pois é a primeira equipe de profissionais a ter contato com o paciente.

Assistência de enfermagem ao paciente com suspeita de arboviroses:

11.1. Atribuições exclusivas do Enfermeiro

- Planejar e organizar o processo de trabalho de sua equipe de enfermagem, para ofertar cuidado abrangente e essencial aos casos suspeitos de dengue.
- Elaborar, implementar e avaliar a execução do plano de cuidados em atenção a classificação dos casos suspeitos de dengue.
- Assegurar a equipe de enfermagem através de ações educativas e orientações, sobre as recomendações e normativas técnicas vigentes.
- Empenhar com habilidade e segurança desde o acolhimento à avaliação clínica, para tomada de decisões e manejo dos aspectos clínicos, com reconhecimento dos sinais de alarme e classificação de risco notórios a evolução clínica.
- Monitorar a abertura das notificações SINAN para todos os casos suspeitos de dengue.
- Solicitar exames complementares para diagnóstico clínico: TR-dengue e Hemograma (HEMODENGUE), conforme recomendações municipais do FLUXOGRAMA DE MANEJO atualizado em https://bit.ly/dengue_AB

Atribuições do técnico e ou auxiliar de enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro:

- Acolher o paciente e registrar as queixas de sinais e sintomas relatados.
- Abrir ficha de atendimento, aferir e registrar os sinais vitais: PA – FC – T°C. (anexo 3).
- Registrar e comunicar ao enfermeiro e ou médico as variações da PA conforme recomendação de posicionamento ortostático (anexo 4)
- Realizar Prova do Laço conforme treinamento e capacitação (anexo 5)
- Realizar coleta de amostra sanguínea para realização do TR_dengue e ou análises clínicas.

- Preencher a Ficha de Investigação Epidemiológica (SINAN) e realizar a notificação - preencher OBRIGATORIAMENTE o endereço completo do trabalho ou local de ocupação do usuário, para ampliação das ações de bloqueio quando necessário. Por se tratar de doença de notificação compulsória, a ficha de notificação deve ser encaminhada a UVIS em até 24 horas.
- Realizar administração segura de medicações, conforme prescrição médica ou de enfermagem - confirmar relatos de alergias antes da administração de medicações, principalmente em crianças.
- Realizar e orientar ao responsável pela criança, sobre a importância em retirar o excesso de roupas e ou se necessário, realizar aplicação de compressas frias, como medida não medicamentosa para redução da temperatura corporal elevada.
- Realizar orientações e esclarecimentos sobre uso de medicamentos sintomáticos e importância da hidratação oral, conforme prescrição médica e prescrição de cuidados do enfermeiro.
- Realizar busca ativa e convocação aos usuários faltosos, conforme monitoramento da evolução clínicas.
- Realizar orientações de prevenção e controle da dengue conforme recomendações municipais de controle das arboviroses.
- Realizar busca ativa de casos juntamente com agentes comunitários de saúde.

*Ao final do atendimento a “Ficha Clínica Inicial - Dengue / Chikungunya / Zika” deve ser arquivada no prontuário do paciente ou na Ficha de Atendimento (FA)

Avaliação de Enfermagem:

A avaliação de enfermagem é primordial para garantia de uma boa assistência ao paciente, cabendo a toda equipe a realização das atividades abaixo:

<p>Acolhimento do paciente: observando, reconhecendo e descrevendo sinais e sintomas das arboviroses, ao nível de sua qualificação;</p>	<p>Preenchimento da Ficha de Investigação Epidemiológica (SINAN): envio para a UVIS de referência em até 24 horas. Obs: Não deixar de colocar na ficha o endereço completo e ocupação.</p>
<p>Verificação de sinais vitais: pulso, PA, FC, FR e temperatura;</p>	<p>Monitoramento: para acompanhamento do desfecho. Em caso de falta realizar convocação.</p>
<p>Pressão Arterial em duas posições: (sentado + em pé ou sentado + deitado) para identificação de hipotensão postural ou pressão arterial convergente;</p>	<p>Administração de medicamentos: conforme prescrição médica ou de enfermagem;</p>
<p>Coleta de exames: realizar a coleta de sangue para hemograma e PCR viral ou sorologia, mediante</p>	<p>Orientação: sobre uso dos medicamentos, conforme prescrição médica ou de enfermagem;</p>

prescrição do Médico ou do Enfermeiro;	
Prova do Laço - realizada em todo paciente com suspeita de dengue, que não apresente sinal de alarme e/ou choque e nem apresente sangramento espontâneo. (Anexo 5)	Realizar procedimentos de enfermagem (coleta de sangue, punção venosa etc.).
Realizar orientações de prevenção e controle das arboviroses;	Realizar busca ativa de casos juntamente com agentes comunitários de saúde;

Aferição da Pressão Arterial em duas posições:

* Hipotensão postural: é a diferença entre as duas pressões sistólicas aferidas em duas posições: sentado + em pé ou sentado + deitado, com intervalo mínimo de 2 minutos entre as aferições. Constitui um sinal de alarme:

PAS deitada - *PAS sentada ou em pé* ≥ 20 mmHg

PAD deitada - *PAD sentada ou em pé* ≥ 10 mmHg

- Utilizar o manguito adequado para o grupo etário.
- Evitar a insuflação exagerada do manguito.
- Registrar os valores reais da PA com seus respectivos decimais. Ex.: 125 x 75 mmHg.

Para todos os casos com suspeita de Dengue deve-se verificar:

1. Início da manifestação da febre associada a outros sintomas, como: cefaleia, mialgias, artralgias, dor ocular (retro-orbitária), anorexia, náuseas, vômitos, evacuações pastosas de 3 a 4x/dia.
2. Presença de alterações cutâneas (exantemas) com ou sem prurido, após período febril, nas regiões: face, tronco, braços e pernas.
3. Presença de 1 ou mais sinais de alarme: dor abdominal, vômitos persistentes, hipotensão postural associada ou não com taquicardia, sangramento de mucosa, alteração de consciência (letargia, irritabilidade), desconforto respiratório, relato de hematúria ou baixo débito urinário.
4. Em crianças febris e assintomáticas, investigar alergias prévias e avaliar: sonolência, recusa de alimentação e de líquidos, vômito, relato de fezes amolecidas ou diarreia.
5. Em menores de 2 anos, investigar e relatos de alergias prévias e avaliar sinais de dor a partir da manifestação por choro persistente, adinamia, irritabilidade, associados ou não com a febre.
6. Em gestantes investigar sinais de sangramento associados a picos febris nos últimos 7 dias

Exames Diagnóstico:

	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Diagnóstico Laboratorial	NS1: 0 ao 5º dia Sorologia IgM/IgG: a partir do 6º dia	PCR sangue: 0 ao 5º dia. PCR urina: 0 ao 8º dia	PCR: 0 ao 7º dia. Sorologia IgM: a partir do 5º dia

11.2. Diagnóstico diferencial entre as Arboviroses

SINAIS E SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA	FEBRE AMARELA
Febre (duração)	2 a 7 dias	Sem febre ou febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) 1 a 2 dias subfebril	Febre alta ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) 2 a 3 dias	Febre alta (39°C a 40°C)
Cefaleia	+++	++	++	+++
Mialgias (frequência)	+++	++	++	+++
Artralgia (frequência)	+	++	+++	Raro
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa	Leve
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente	Ausente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso	Ausente
Exantema	Surge do 3º ao 6º dia	Surge no 1º ou 2º dia	Surge do 2º ao 5º dia	Raro
Tosse	Ausente*	Ausente	Ausente**	Ausente
Perda do olfato e paladar	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Coriza	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Náusea/Vômito	+++	+	++	+++
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%	Ausente
Dor retro orbital	Frequente	Incomum	Incomum	Ausente
Linfonodomegalia	+	+++	++	Incomum
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+	++
Acometimento neurológico	+	+++	++	+

Fonte: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_arboviroses_urbanas_aps.pdf

11.3. Principais Diagnósticos CIPE, CIAP e Resultados esperados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados
Volume de líquidos, prejudicado	D11 Diarreia	Melhora da consistência das fezes ou diminuição de episódios de evacuações
Ingestão de líquidos, prejudicada/interrompida/estado de normalidade	T11 Desidratação	Melhora dos sinais de desidratação Melhora do equilíbrio hidroeletrólítico
Controle da dor	D01 Dor abdominal generalizada/cólicas D02 Dores abdominais, epigástricas	Melhora da dor
Febre	A02 Arrepios/ calafrios A03 Febre	Termorregulação
Dor, ausente/melhorada	D01 Dor abdominal generalizada/cólicas D02 Dores abdominais, epigástricas D06 Outras dores abdominais localizadas	Melhora da dor
Dor, nos olhos	F01 Dor no olho F02 Olho vermelho	Melhora da dor; ausência de alterações em olhos
Dor de cabeça	N01 Cefaleia	Melhora da dor
Fadiga	A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga A28 Limitação funcional/incapacidade NE	Melhora de fadiga
Náusea	D09 Náusea	Melhora do conforto
Vômito, ausente/presente	D10 Vômito	Redução ou cessação dos vômitos Manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico Melhora do conforto
Risco de hemorragia	A10 Sangramento/hemorragia NE	
Pressão arterial, alterada	K85 Pressão arterial elevada K88 Hipotensão postural	Pressão arterial controlada
Ingesta alimentar prejudicada/eficaz	T04 Problemas alimentares de lactente/criança T05 Problemas alimentares do adulto	Melhora da ingesta alimentar

Falta de apetite	T03 Perda de apetite	Retorno a ingesta alimentar
Déficit para autocuidado	A05 Sentir-se doente Z29 Problema social NE	Estímulo e melhora do autocuidado
Peso corporal, prejudicado/anormal	T08 Perda de peso	Ganho/retorno de peso
Pele, anormal	A09 Problemas de sudorese A92 Alergia/reação alérgica NE S21 Sinais/sintomas da textura da pele	Melhora dos sinais/sintomas da pele
Sangramento	A10 Sangramento/Hemorragia NE	Ausência de sangramento
Hipotensão	A06 Desmaio/síncope K88 Hipotensão postural	Aumento/estabilização da pressão arterial
Epistaxe	R06 Sangramento nasal/epistaxe	Ausência de epistaxe
Turgor diminuído	T11 Desidratação	Melhora dos sinais e sintomas
Frequência cardíaca, anormal	K05 outras irregularidades dos batimentos cardíacos	Melhora da frequência cardíaca
Frequência respiratória, anormal	R02 Dificuldade respiratória, dispneia	Melhora da frequência respiratória

11.4. Diagnósticos e condutas frente às arboviroses para as gestantes

Definição de caso suspeito	Riscos à gestação	Diagnóstico laboratorial/condutas
Dengue Febre aguda, com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos sintomas: cefaleia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema, leucopenia, petéquia ou prova do laço positiva; resida ou tenha viajado nos últimos 15 dias para área com transmissão de dengue ou presença de <i>Aedes aegypti</i> .	Aumento do risco de prematuridade, óbito fetal intrauterino, sofrimento fetal e até dengue congênita	<ul style="list-style-type: none"> Realizar notificação compulsória; Realizar prova do laço e solicitar hemograma completo (avaliação da presença de plaquetopenia / hemoconcentração). Demais condutas, seguir o manejo clínico da doença da mesma forma que para pacientes não gestantes.
Chikungunya Febre de início súbito maior que 38,5°C e intensa poliartralgia, podendo ser acompanhada de cefaleia, exantema, fadiga e	<ul style="list-style-type: none"> Não está relacionada a efeitos teratogênicos; 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar notificação compulsória; Solicitar hemograma completo (sendo observado

<p>dorsalgia com duração média de 7 dias, resida ou tenha visitado áreas endêmicas ou epidêmicas nos últimos 15 dias, antes do início dos sintomas, ou tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado, ou com exame negativo para dengue que mantenha sintomatologia por mais de 8 dias do início dos sintomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relatos de abortos são raros; • Porém se faz necessário, no caso de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período do parto, o acompanhamento em leito de internação. 	<p>frequentemente, na alteração, leucopenia com linfopenia menor que 1000 cels/mm³);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demais exames: seguir o manejo clínico da doença da mesma forma que para pacientes não gestantes; • É necessário também acompanhamento médico
<p>Zika Exantema maculopapular pruriginoso ou não, acompanhado de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção/prurido ou poliartralgia ou edema periarticular.</p>	<p>Mesmo sendo atípicas e raras as formas graves da infecção pelo vírus zika, já foram descritos riscos como: desidratação extrema, acometimento articular severo, encefalite e a síndrome de Guillain-Barré. Além disso são maiormente temidos os riscos de desenvolvimento de microcefalia pelo feto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar notificação compulsória; • Confirmação do caso quando há identificação de material genético do vírus por meio da técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em amostras biológicas. A amostra de sangue para realização de PCR para o vírus zika deve ser coletada até o 6º dia de início dos sintomas; • Incentivar o uso de preservativos, uma vez que existe a possibilidade, ainda não comprovada, da transmissão de zika por via sexual; • É necessário também acompanhamento médico; • O acompanhamento dos casos positivos deve ser feito pelo serviço de atendimento de alto risco.

FONTE: BRASIL, 2023. Consultar fluxogramas de manejo das arboviroses vigente em: https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ab_fluxograma_atendimento_dengue_19_11_2024-pdf

11.5. Prescrições de Enfermagem para Arboviroses

USO DE MEDICAMENTOS PARA A DENGUE
<p>Dipirona – Adultos: 20 gotas ou 1 comprimidos (500 mg) até de 6/6 horas</p>
<p>Dipirona – Crianças: 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar a dose máxima por peso e idade)</p>
<p>Gotas – 500 mg/mL (1 mL= 20 gotas)</p>
<p>Solução oral: 50 mg/mL</p>
<p>Solução injetável: 500 mg/mL</p>

Comprimidos: 500 mg por unidade
Paracetamol – Adultos: 40 gotas ou 1 comprimido (500 mg) de 4/4 horas, podendo ser 60 gotas ou 2 comprimidos (500 mg) até 6/6 horas (não exceder a dose de 4 g no período de 24 horas)
Paracetamol – Crianças: 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade). Não utilizar doses maiores que a recomendada, considerando que doses elevadas são hepatotóxicas. Gotas: 200 mg/mL (1 mL= 20 gotas). Comprimidos: 500 mg por unidade.

Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Ficha Clínica Inicial Dengue/Chikungunya/Zika para utilização conforme LINK atualizado: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Ficha_Clinica_Inicial_DengueChikungunyaZIKA_10_04_2024.pdf

Hipotensão postural: é a diferença entre as duas pressões sistólicas aferidas em duas posições: sentado + em pé ou sentado + deitado, com intervalo mínimo de dois minutos entre as aferições. Constitui um sinal de alarme:

PAS deitada– PAS sentada ou em pé ≥ 20 mmHg
PAD deitada– PAD sentada ou em pé ≥ 10 mmHg

Observação:

- Utilizar o manguito adequado para o grupo etário.
- Evitar a insuflação exagerada do manguito.
- Registrar os valores reais da PA com seus respectivos decimais.

Ex.: 125 x 75 mmHg.

Prova do laço A prova do laço deve ser realizada obrigatoriamente em todo paciente com suspeita de dengue, que não apresente sinal de alarme e/ou choque e nem apresente sangramento espontâneo. A prova do laço pode ser realizada por todos os profissionais da enfermagem capacitados e orientados, sob supervisão do Enfermeiro, entretanto, a interpretação do teste deve ser feita pelo exclusivamente Enfermeiro. Deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa. Ver instruções em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/prova_laco_fev24.pdf

OBSERVAÇÃO:

- Se a prova do laço apresentar positiva antes do tempo preconizado de leitura para adultos e crianças, ela pode ser interrompida. Deve-se atentar para a possibilidade de surgimento de petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
- A prova do laço deve ser realizada na classificação de risco dengue, em todo paciente com suspeita que não apresente sangramento espontâneo.
- A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque
- A prova do laço positiva tem a função de avaliar a presença de sangramento induzido e, sempre que positiva, o caso deve ser considerado na classificação de dengue no grupo de estadiamento B ou superior. Também pode facilitar a diferenciação de dengue de outras infecções virais agudas, mas um teste negativo não exclui a infecção.

FLUXOGRAMA DE MANEJO DAS ARBOVIROSES ATUALIZADO:

[https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ab_fluxogra
ma_atendimento_dengue_13_03_2025-pdf](https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ab_fluxogra
ma_atendimento_dengue_13_03_2025-pdf)

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. DECRETO Nº 94.406, DE 8 DE JUNHO DE 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Acesso em 07 março 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.406%2C%20DE, enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.
2. BRASIL. Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume2. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. 5ª ed. – Brasília:Ministério da Saúde, 2022. Acesso em: 07 março 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf.
3. BRASIL. Lei nº 7.498 de 25/06/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Acesso em: 07 março 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=L7498&text=LEI%20No%207.498%2C%20DE%2025%20DE%20JUNHO%20DE%201986.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20do,enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue: manual de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. Brasília:

- Ministério da Saúde, 2013. Acesso em 07 março 2024. Disponível em: file:///C:/Users/d808684/Downloads/dengue_manual_enfermagem.pdf.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [file:///C:/Users/d808684/Downloads/Manejo%20clinico%20da%20Dengue%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/d808684/Downloads/Manejo%20clinico%20da%20Dengue%20(2).pdf).
 6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança, 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Arboviroses urbanas causadas por vírus transmitidos pelo Aedes: dengue, chikungunya e zika. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/guia-vigilancia-saude-5ed-revactual.pdf>.
 8. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Arboviroses na prática [livro eletrônico]: guia rápido para profissionais de saúde / Denise Valle, Raquel Aguiar. -- Rio de Janeiro, RJ: SB Comunicação, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/27091/file/arboviroses-na-pratica.pdf>
 9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses. Brasília, DF. 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_atencao_saude_epidemia_arboviroses.pdf
 10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Guia prático de arboviroses urbanas: Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_arboviroses_urbanas_aps.pdf
 11. Nota Técnica COFEN nº 001/2024 – Comitê de Operações de Emergência em Saúde COES/COFEN. Dispõe sobre as Competências e Atribuições do Enfermeiro para enfrentamento a epidemia de dengue em situação de emergência em saúde pública. Acesso em: 07 março 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-no-001-2024-comite-de-operacoes-de-emergencia-em-saude-coes-cofen/>.
 12. Resolução COFEN 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Acesso em: 07 março 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997/>.
 13. Resolução COFEN 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Acesso em: 18 janeiro 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997/>
 14. São Paulo. Secretaria executiva Atenção Básica Especialidade e Vigilância em Saúde. ENFERMAGEM – INSTRUTIVO DE MANEJO DAS ARBOVIROSES fevereiro/2024 Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/instrutivo_manejo_das_%20arboviroses_9_fev24.pdf.
 15. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde - Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2015. Atualizado em 2016. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1_Atencao_a_Saude_da_Crianca_e_Adolescente.pdf.

Capítulo 12 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Em 2002, a organização Mundial da Saúde definiu a violência como “um grave problema de saúde pública a uma violação dos direitos humanos”. Trata-se de um fenômeno complexo, que fortemente influenciado por vários fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos. Nesse sentido, as consequências da violência não se restringem ao campo da saúde, porém afetam de forma significativa este setor, uma vez que muitas vítimas adoecem, apresentam sequelas e demandam assistência/cuidado dos diferentes níveis de atenção à saúde.

A Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência tem como objetivo orientar e sistematizar o trabalho dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, de forma a estabelecer fluxos assistenciais para o cuidado ininterrupto, corresponsabilização de diferentes atores e resolutividade da assistência de cada um dos níveis do cuidado, assim como contribuir para as ações de proteção exigindo para isso a interação com os demais sistemas de garantia de direitos.

12.1. ETAPAS DO PROCESSO DE CUIDADO

1. Acolhimento – Deve ser compreendido como uma atitude fundamental no processo de cuidado, onde acolher significa empatia e respeito em relação ao sofrimento humano. Desta forma, uma escuta qualificada e empática no acolhimento facilita a abordagem e a continuidade do cuidado.
2. Atendimento - O cuidado das situações de violência exige uma visão ampliada de saúde e diferentes tecnologias de intervenção. Por serem situações complexas, o envolvimento de outros atores e equipes para que a compreensão do problema é compartilhada e discutida, incentivando a participação do próprio sujeito em seu processo de cuidado.
3. Atitude do Profissional: considerando que os casos de violência podem mobilizar nos profissionais uma série de sentimentos, portanto devem buscar o máximo de informações e pensar intervenções e encaminhamentos articulada com a equipe para não agirem de forma impulsiva. É importante o compromisso institucional para o incentivo ao

trabalho em equipe, na ampliação das ações educativas em relação ao manejo dos casos de violência.

4. Abordagem Multiprofissional – traz para o processo diferentes visões conceituais da realidade e percepções da realidade, possibilita uma discussão enriquecida no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular.
5. Núcleo de Prevenção de Violência (NPV) - é corresponde à equipe de referência do Serviço de Saúde responsável pela organização do cuidado e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz.
6. Equipe Especializada em Violência (EEV) – é uma equipe da Atenção especializada composta por psicólogos, Assistentes Sociais e Terapeuta Ocupacional destinada ao atendimento de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos e 11 meses e 29 dias e de mulheres em situação de violência doméstica, com objetivos de: apoio e qualificação dos manejos dos casos acompanhados pelo NPV identificados como casos de extrema vulnerabilidade e intenso sofrimento psíquico. Suscita o fortalecimento de vínculos familiares e oferece atendimentos psicossociais e terapêuticos individual e em grupo.

12.2. FLUXO PARA ATENDIMENTO A PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Núcleo de Prevenção da Violência

É um articulador do cuidado no serviço. Deve facilitar a organização do processo e das informações.



Atribuição da equipe de enfermagem no cuidado à pessoa em situação de violência

Enfermeiro:

- Acolher o paciente e o acompanhante;
- Acompanhar o atendimento médico;
- Receber a BE preenchida pelo médico e outros documentos e fazer os Encaminhamentos necessários;
- Acionar os outros profissionais previstos no fluxo;
- Orientar quanto ao tratamento prescrito pelo médico;
- Disponibilizar medicação adequada, nos casos necessários;
- Fazer anotação em prontuário;
- Acionar o NPV e discutir o caso também com a equipe multiprofissional;
- Verificar junto ao Serviço Social as restrições ou não, quanto à saída do paciente na alta.

Técnico e auxiliar de enfermagem:

- Acolher o paciente e o acompanhante;

- Acompanhar o atendimento médico;
- Acionar o laboratório para coletar os exames solicitados e encaminhar exames de imagem, se houver;
- Auxiliar o médico e enfermeiro nos procedimentos a serem realizados;
- Administrar a medicação prescrita;
- Acionar o NPV e discutir o caso também com a equipe multiprofissional.

Se identificada suspeita ou confirmação da violência é de responsabilidade do profissional realizar a notificação SINAN. Nos casos de criança, adolescente e idoso, efetuar comunicação aos órgãos competentes. Nos casos de adultos, informar sobre a importância do Boletim de Ocorrência, apesar de sua não obrigatoriedade, nos casos do paciente estar lúcido e capaz para os atos da vida civil. Nos casos de violência sexual o atendimento da saúde não está condicionado ao exame de perícia ou corpo delito. Devendo o processo de cuidado ser realizado. Caso exista o desejo ou necessidade de dar-se andamento judicial, a figura do perito, o boletim de ocorrência (B.O) e o exame do Instituto Médico Legal (IML) são necessários.

Ressalta-se que todos os serviços de saúde, bem como todos os profissionais de saúde têm a obrigatoriedade de realizar a notificação de violência frente às situações suspeitas ou identificadas

Notificação Compulsória Imediata (realizada em até 24 horas): para violência sexual e autoagressão / tentativa de suicídio.

Notificação Compulsória Semanal (em até uma semana): para as demais situações de violência

Todos os esquemas deverão ser iniciados o mais precocemente possível, preferencialmente em até **72 horas**, excepcionalmente poderá ser prescrita até 120 horas após a violência sexual

Linha de Cuidado Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/cartilhaviolencia.pdf>

ANEXO 1 – Escala CIWA-Ar

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome: _____ Data: _____

Pulso ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 2 Leve	<input type="checkbox"/> 6 Extremamente graves
<input type="checkbox"/> 1 Náusea leve e sem vômito	<input type="checkbox"/> 3 Moderado	<input type="checkbox"/> 7 Contínua
<input type="checkbox"/> 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito		
<input type="checkbox"/> 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito		

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?
<input type="checkbox"/> 1 Não visível, mas sente	
<input type="checkbox"/> 4 Moderado, com os braços estendidos	
<input type="checkbox"/> 7 Severo, mesmo com os braços estendidos	

3. Sudorese:

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 4 Moderado / grave
<input type="checkbox"/> 4 Facial	<input type="checkbox"/> 5 Grave
<input type="checkbox"/> 7 Profusa	<input type="checkbox"/> 6 Muito grave
	<input type="checkbox"/> 7 Extremamente grave

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? Código da questão 8

5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? Código da questão 8

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 4 Alucinações moderadas
<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	<input type="checkbox"/> 5 Alucinações graves

7. Você se sente nervoso (a)? (observação)

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 4 Moderado / grave
<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	<input type="checkbox"/> 5 Grave
<input type="checkbox"/> 4 Leve	<input type="checkbox"/> 6 Muito grave
<input type="checkbox"/> 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?	<input type="checkbox"/> 7 Extremamente grave

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?

<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 4 Moderado / grave
<input type="checkbox"/> 1 Muito leve	<input type="checkbox"/> 5 Grave
<input type="checkbox"/> 2 Leve	<input type="checkbox"/> 6 Muito grave
<input type="checkbox"/> 3 Moderado	<input type="checkbox"/> 7 Extremamente grave

9. Agitação: (observação)

<input type="checkbox"/> 0 Normal	<input type="checkbox"/> 4 Moderadamente
<input type="checkbox"/> 1 Um pouco mais que a atividade normal	<input type="checkbox"/> 7 Constante

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)

<input type="checkbox"/> 0 Orientado	<input type="checkbox"/> 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
<input type="checkbox"/> 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente	<input type="checkbox"/> 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias
<input type="checkbox"/> 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias	<input type="checkbox"/> 4 Desorientado com o lugar e pessoa

Escore _____

ANEXO 2 – FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Identificação do paciente		
Nome Completo (sem abreviação):		Idade:
Sexo (biológico):	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/> Intersexo <input type="checkbox"/> Não Informado <input type="checkbox"/>
Raça / Cor (Autodeclarada):	Branca <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>
CNS:		
Passo 1: Classificação da PA, classificação do IMC e demais informações		
Anote valor da pressão arterial abaixo (após a média de 3 medidas, com intervalo de 1 minuto para cada medida):	Indique a classificação da pressão arterial em que o paciente se enquadra: PAS 130-139 e PAD 85-89 <input type="checkbox"/> HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99 <input type="checkbox"/> HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109 <input type="checkbox"/> HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD 100 ≥ 110 <input type="checkbox"/> HA sistólica isolada PAS ≥ 140 ou PAD ≤ 80	
Anote o peso:		
Anote a altura:		
Anote a circunferência abdominal:		
Anote cálculo do IMC:	Indique a classificação do IMC em que o paciente se enquadra: Baixo peso - IMC < 18,5 Peso Normal - IMC entre 18,5 e 24,9 Excesso de peso - IMC entre 25,0 e 29,9 Obesidade de Classe 1 - IMC entre 30,0 e 34,9 Obesidade de Classe 2 - IMC entre 35,0 e 39,9 Obesidade de Classe 3 - IMC ≥ 40,0	
$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura(m)}^2}$		
O(a) paciente sabe se já teve COVID-19?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Se sim, teve alguma complicação?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Faz uso de medicamento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Se sim, indique quais medicamentos abaixo:		
Passo 2: Fatores de risco		
Frente	Pergunta	SIM
Problemas de Saúde	O(a) paciente é do sexo masculino?	
	O(a) paciente é homem acima de 55 anos?	
	O(a) paciente é mulher acima de 65 anos?	
	O(a) paciente apresenta histórico de DCV prematura em parentes de 1º grau?	
	O(a) paciente é fumante?	

	O(a) paciente possui Dislipidemia ? Considerar abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total maior que 190 mg/dl e/ou; - Lipoproteína de baixa densidade - LDL maior que 100 mg/dl e/ou; - Lipoproteína de alta intensidade - HDL menor que 40 mg/dl em homens ou menor que 46 mg/dl em mulheres e/ou; - Triglicérides maior que 150 mg/dl. 	
--	--	--

Passo 2: Fatores de risco

Frente	Pergunta	SIM	NÃO
Problemas de Saúde	O(a) paciente possui resistência à insulina? Considerar abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia plasmática em jejum entre 100 - 125 mg/dL e/ou; - Teste oral de Tolerância à Glicose 140 - 199 mg/dL em 2 horas e/ou; - Hemoglobina Glicada no intervalo de 5,7% - 6,4%. 		
	O(a) paciente possui obesidade ? Considerar abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - IMC maior ou igual que 30 kg/m² e/ou; - Se homem, apresentar circunferência abdominal acima de 89cm; - Se mulher, apresentar circunferência abdominal acima de 80cm. 		

Passo 3: Presença de LOA, DCV, DRC ou DM

Frente	Pergunta	SI	NÃO
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	LOA		
	O(a) paciente possui Lesão de Órgão Alvo (LOA) ? Considerar abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - ECG (índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) ≥ 35 mm; RaVL > 11 mm; Cornell voltagem > 2440 mm.ms ou Cornell índice > 28 mm em homens e > 20 mm em mulheres (GR: I, NE: B); - ECO: IMVE ≥ 116 g/m² nos homens ou 96 g/m² nas mulheres (GR: IIa, NE: B); - ITB < 0,9 GR (GR: IIa, NE: B) - Doença Renal Crônica estágio 3 (RFG-e entre 30 e 60 mL/min/1,73m²) - Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina urinária 30 a 300mg/g (GR: I, NE: B); - VOP carótido-femoral > 10 m/s (GR: IIa, NE: A) <small>ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; ITB: índice tornozelo/braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado; VOP: velocidade de onda de pulso.</small>		
	Doença Cerebrovascular e/ou:		
	O(a) paciente apresenta história de AVC isquêmico ?		
	O(a) paciente apresenta história de hemorragia cerebral ?		
	O(a) paciente apresenta história de ataques isquêmico transitório ?		
	Doença Renal Crônica e/ou:		
	O(a) paciente apresenta doença renal crônica ?		
	Doença Cardiovascular e/ou:		
	O(a) paciente apresenta angina (estável ou instável) ?		
	O(a) paciente tem história de infarto do miocárdio ?		
	O(a) paciente tem história de revascularização do miocárdio: percutâneo (angioplastia) ou		
	O(a) paciente apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou		
	O(a) paciente apresenta doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores ?		
	O(a) paciente apresenta hipertrofia ventricular esquerda ?		
O(a) paciente possui Diabetes Mellitus ?			

Passo 4: Cálculo de risco

Insira a quantidade de fatores de risco identificados (igual ao total de respostas "SIM" acima):

A partir da pressão arterial no Passo 1, quantidade de risco no Passo 2 e seleção dos elementos do Passo 3, utilize a tabela ao lado para identificar o resultado:	PAS 130 - 139mmHg ou PAD85 - 89mmHg	HAS Estágio 01 PAS 140 - 159mmHg ou PAD 90 - 99 mmHg	HAS Estágio 02 PAS 160 - 179mmHg ou PAD100 - 109 mmHg	HAS Estágio 03 PAS ≥ 180mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg
--	-------------------------------------	---	--	---

	Sem Risco	Sem fator de risco	SEM RISCO ADICIONA	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
	Risco Baixo	1 a 2 fatores de risco	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
	Risco Moderado	≥ 3 fatores de risco	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
	Risco Alto	Presença de LDA, DCV, DRC ou DM	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO

ANEXO 3- Instrumento de Avaliação da elegibilidade e complexidade da Atenção domiciliar (IAEC-AD)



Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar(IAEC-AD)
Versão Set 2



INDICAÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES PARA AD2/AD3			
Selecione uma ou mais das seguintes opções para definir a principal indicação clínica do paciente.	<input type="checkbox"/> Condição de saúde crônica agudizada que requeira atendimento multiprofissional no domicílio, com foco no melhor controle de sintomas causados pela condição de base, incluindo situações de cuidados paliativos.		
	<input type="checkbox"/> Lesão de pele de difícil manejo pela equipe assistente que requeira avaliação semanal em domicílio, além do possível uso de coberturas especiais.		
	<input type="checkbox"/> Reabilitação multiprofissional com possibilidade de ganho funcional, especialmente após cirurgia de grande porte, evento agudo, fratura ou hospitalização prolongada.		
	<input type="checkbox"/> Uso de antibioticoterapia parenteral domiciliar ou outra medicação parenteral seriada, desde que haja mínima estabilidade clínica para permanência no domicílio.		
	<input type="checkbox"/> Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.		
<input type="checkbox"/> Nenhuma das condições acima.			
SISTEMA DE PONTUAÇÃO			
INDICAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS OU GATILHOS		Pontuação	
Selecione uma ou mais das opções a seguir. (A presença de qualquer uma delas já classifica o usuário como AD2 ou AD3, INDEPENDENTE DA PONTUAÇÃO FINAL).	<input type="checkbox"/> AD2: Necessidade diária de curativos complexos e/ ou medicação parenteral (IMEV/SC - exceto insulina) – 5 pontos		
	<input type="checkbox"/> AD3: Necessidade de tratamentos de alta complexidade ou intensidade no domicílio: transfusão sanguínea, paracentese, nutrição parenteral, cuidados paliativos sequenciais para manejo de sintomas mal controlados, dentre outros E/OU uso de Ventilação Mecânica Invasiva – 5 pontos		
USO DO SISTEMA DE SAÚDE		Pontuação	
Histórico de internação hospitalar nos últimos três meses.	<input type="checkbox"/> Nenhuma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 0 ponto		
	<input type="checkbox"/> Pelo menos uma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 1 ponto		
	<input type="checkbox"/> Duas ou mais internações hospitalares nos últimos 3 meses – 2 pontos		
	<input type="checkbox"/> Pelo menos uma internação em UTI nos últimos 3 meses – 4 pontos		
Frequência de procura por serviços de urgência nos últimos três meses (SAMU, UPA, Pronto-Socorro)	<input type="checkbox"/> Nenhuma procura por serviço de urgência nos últimos 3 meses – 0 ponto		
	<input type="checkbox"/> Procurou por serviço de urgência 02 vezes nos últimos 3 meses – 1 ponto		
	<input type="checkbox"/> Procurou por serviço de urgência de 03 a 04 vezes nos últimos 3 meses – 2 pontos		
	<input type="checkbox"/> Procurou por serviço de urgência 05 ou mais vezes nos últimos 3 meses – 3 pontos		
Tempo de permanência hospitalar nos últimos três meses. Considerar o maior período no caso de múltiplas internações prévias.	<input type="checkbox"/> Sem história de internação prévia – 0 ponto		
	<input type="checkbox"/> Até 07 dias – 1 ponto		
	<input type="checkbox"/> De 07 a 30 dias – 2 pontos		
	<input type="checkbox"/> Mais de 30 dias – 3 pontos		
VULNERABILIDADE SOCIAL		Pontuação	
Relação morador-cômodo: divida o número demoradores pelo número de cômodos, selecionando a opção apropriada.	<input type="checkbox"/> Menor que 01 – 0 ponto		
	<input type="checkbox"/> Igual a 01 – 1 ponto		
	<input type="checkbox"/> Maior que 01 – 2 pontos		
SUPORTE FAMILIAR/CUIDADO		Pontuação	
Identifique o suporte de cuidado, seja da família ou de cuidadores.	<input type="checkbox"/> Paciente com suporte familiar adequado – 0 ponto		
	<input type="checkbox"/> Paciente com suporte familiar inadequado – 1 ponto		
FUNCIONALIDADE		Pontuação	
Preencha este campo considerando a idade do paciente, para posterior identificação do grau de dependência, de acordo com sua faixa etária.			
Para crianças de até 07 anos	Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor	<input type="checkbox"/> Acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 0 ponto <input type="checkbox"/> Não acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 6 pontos	
	Para crianças maiores de 07 anos, adultos e idosos	Capacidade para tomar banho	<input type="checkbox"/> Independente – 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial – 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo – 2 pontos
Capacidade para alimentar-se		<input type="checkbox"/> Independente – 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial – 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo – 2 pontos	
Capacidade para locomover-se		<input type="checkbox"/> Independente – 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial – 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo – 2 pontos	
POLIFARMÁCIA		Pontuação	
Uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente		<input type="checkbox"/> Não – 0 ponto	
		<input type="checkbox"/> Sim – 1 ponto	
PONTUAÇÃO FINAL			
Modalidade AD		Pontuação no instrumento	
AD1		Até 09 pontos	
AD2		De 10 a 15 pontos	
AD3		Maior ou igual a 16 pontos	