



MUNICIPIO DE GUARATUBA – PARANÁ

ATOS DO PODER EXECUTIVO

Diário Oficial em conformidade com a Lei 1.722 de 5 de dezembro de 2.017

Edição Digital nº 1346 IV Páginas 161

Guaratuba, 3 de julho de 2.026



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Guaratuba - PR, 2026

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA – PR

Mauricio Lense
Prefeito

Evani Justus
vice-prefeita

Adonis Nobor Furuushi
Secretário Municipal de Saúde

Janice Marcia dos Santos Nadal
Direção Geral

Bruna Yamaguchi
Direção de Atenção Primária em Saúde

Micheli Cristina Souza de Amorim
Coordenação Geral de Atenção Primária em Saúde

Adriana Aparecida Leite
Aira Christine Perroux Chiquitto
Andreia de Aviz da Cunha
Claudia Grasielle Shimoyama Corrêa
Luana Pessoa dos Santos Theisen
Maria Eduarda Clarinda de Souza
Pedro Murilo Ferreira Alves
Coordenadores Responsáveis Técnicos dos Territórios

Edilene Vieira Pereira
Coordenadora da Assistência Farmacêutica

Fernando da Rosa Cardoso
Coordenador da Vigilância Epidemiológica

Andressa Christiane Buss Schlemper
Coordenadora do Ambulatório da Atenção Especializada em Gestão de Risco

Werley Magalhães de Carvalho
Marília Vieira Bonsfield
Médicos APS colaboradores

SUMÁRIO

VOLUME 1	11
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS	11
APRESENTAÇÃO	12
1 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	13
1.1 – Condições Gerais para Renovação da Prescrição	13
1.2 – Medicamentos Anti-Hipertensivos e Cardiovasculares	14
1.3 – Exames de Acompanhamento da HAS	15
2 – DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)	16
2.1 – Condições Gerais para Renovação da Prescrição	16
2.2 – Medicamentos e Insumos para DM Tipo 2	17
2.3 – Exames de Acompanhamento do DM	18
2.4 – Monitorização da Glicemia Capilar	19
3 – METAS TERAPÊUTICAS E RASTREAMENTO	19
4 – QUANDO ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA	20
4.1 – Encaminhamento ao médico da equipe ou emergência	20
4.2 – Encaminhamento para especialidade eletiva	21
5 - REFERÊNCIAS	21
VOLUME 2	22
CUIDADO EM SAÚDE DO ADULTO	22
APRESENTAÇÃO	23
6 – PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SAUDÁVEIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	24
7 – SOLICITAÇÃO DE EXAMES NA CONSULTA DO ADULTO	26
8 – PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS (REMUME)	28
9 – PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DO ADULTO	30
10 – AÇÕES DE RASTREAMENTO E PREVENÇÃO NA CONSULTA DO ADULTO	32
11 – CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	34
12 - REFERÊNCIAS	35
VOLUME 3	36
CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER	36
APRESENTAÇÃO	37
13 – CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	38
13.1 – Avaliação de Enfermagem na Consulta Ginecológica	38
14 – MANEJO DE QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS	43
14.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites	43

14.1.2 – Hipersensibilidade ao Plasma Seminal.....	45
14.1.3 – Cisto ou Abscesso de Bartholin (Bartholinite)	45
15 – MANEJO DE QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS (CONTINUAÇÃO)	47
15.2 – Infecção do Trato Urinário (ITU)	47
15.3 – Manejo de Enfermagem na Dor Pélvica Aguda, Crônica e Cíclica.....	48
15.4 – Dispareunia e Vaginismo	49
15.5 – Incontinência Urinária.....	50
16 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	52
16.1 – Pré-Concepção	52
16.2 – Métodos Contraceptivos	52
17 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	55
17.1 – Técnica de Coleta da Citologia Oncótica	55
17.2 – Recomendações para Coleta em Situações Específicas	55
17.3 – Condutas Conforme Resultado do Exame Citopatológico.....	56
17.4 – Achados Clínicos Comuns no Colo Uterino	56
18 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	57
18.1 – Rastreamento Mamográfico	57
18.2 – Sinais e Sintomas que Indicam Avaliação Imediata.....	57
18.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários	58
18.4 – Nota Técnica: Autoexame das Mamas	58
19 – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	59
19.1 – Estratificação de Risco no Pré-Natal	59
19.2 – Processo de Enfermagem para Consulta Pré-Natal	61
19.3 – Exames de Rotina para Gestante.....	67
19.4 – Manejo de Comorbidades Prevalentes na Gestação	68
19.5 - Implementação de Enfermagem nas SHG	69
19.6 - Diabetes Mellitus na Gestação.....	69
19.7 – Gestante com Sífilis	71
19.8 – Gestante com Clamídia e/ou Gonorreia.....	71
19.9 – Desconfortos Mais Frequentes na Gestação	72
19.10 – Imunização na Gestação.....	73
19.11 – Plano de Parto	74
19.12 – Pré-Natal do Parceiro ou Pares do Mesmo Gênero.....	74
20 – ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO – CONSULTA PÓS-NATAL	75
20.1 – Abordagem da Sexualidade no Puerpério	76
20.2 – Tratamento da Anemia no Puerpério.....	76

20.3 – Aleitamento Materno	76
20.4 – Alterações Emocionais Mais Comuns no Puerpério	80
20.5 – Imunização Oportunística no Atendimento à Mulher	81
21 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO	82
21.1 – Terapia de Reposição Hormonal (TRH)	82
21.2 – Manejo das Queixas Mais Comuns no Climatério	82
21.3 – Qualidade de Vida no Climatério	83
21.4 – Contracepção no Climatério	83
22 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE	84
22.1 – Avaliação Clínica na Adolescente	84
22.2 – Aspectos Éticos e Legais	84
23 – INFERTILIDADE	85
23.1 – Avaliação da Mulher	85
23.2 – Avaliação do Parceiro	85
REFERÊNCIAS	86
Volume 4	87
ATENÇÃO À DEMANDA DE CUIDADOS NA CRIANÇA	87
APRESENTAÇÃO	88
24 – INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)	89
25 – DOR DE OUVIDO	90
26 – FEBRE	92
27 – GASTROENTERITE (DIARREIA E VÔMITOS)	93
28 – OLHO VERMELHO E OUTRAS QUEIXAS OCULARES	94
29 – VERMINOSE / PARASITOSSES INTESTINAIS	95
30 – LESÕES DE PELE MAIS COMUNS EM CRIANÇAS	95
31 – PROBLEMAS MAIS COMUNS DA BOCA	96
32 – PUERICULTURA DE ROTINA	98
33 – ANEMIA E SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO	100
34 – PUERICULTURA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS	102
35 – IMUNIZAÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	103
REFERÊNCIAS	104
VOLUME 5	105
PARTE 1 — INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	105
APRESENTAÇÃO	106
36 – ABORDAGEM SINDRÔMICA E RASTREAMENTO DE IST	107
36.1 – Rastreamento de IST — Quadros de Periodicidade	108
37 – SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL	110

37.1 – Rastreamento para Clamídia e Gonorreia	110
38 – SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL	112
38.1 – Interpretação de Testes Treponêmicos e Não Treponêmicos para Sífilis.....	113
39 – SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE.....	114
40 – DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)	115
41 – OUTROS PROBLEMAS GENITAIS.....	116
41.1 – Condiloma Acuminado (HPV).....	116
41.2 – Pediculose Genital (Chato) e Escabiose Genital.....	116
42 – HIV/AIDS, PEP SEXUAL E PrEP	118
42.1 – Acompanhamento da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV).....	118
42.2 – Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP).....	119
42.3 – Condutas Adicionais no Atendimento à PEP (incluindo Violência Sexual)	121
42.3 - FLUXOGRAMA PEP	122
42.4 – PrEP — Profilaxia Pré-Exposição ao HIV	122
42.5 - FLUXOGRAMA PrEP	124
REFERÊNCIAS.....	125
VOLUME 5	126
PARTE 2 — OUTRAS INFECÇÕES TRANSMISSÍVEIS.....	126
APRESENTAÇÃO	127
43 – HEPATITES VIRAIS B e C.....	128
43.1 – Hepatite B — Interpretação Sorológica e Condutas.....	128
43.2 – Hepatite C — Diagnóstico e Condutas	129
44 – DENGUE.....	131
45 – TUBERCULOSE PULMONAR.....	134
45.1 – Confirmação Diagnóstica e Tratamento.....	134
45.2 – Acompanhamento, Alta e Controle de Contatos	136
45.3 – Vacinação BCG	137
REFERÊNCIAS.....	138
VOLUME 6	139
SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	139
APRESENTAÇÃO	140
46 – ENVELHECIMENTO E SENESCÊNCIA.....	141
46.1 – Aspectos Bioéticos e Comunicação com a Pessoa Idosa.....	141
46.2 – Avaliação Geronto-Geriátrica e Consulta de Enfermagem.....	141
46.3 – Primeira Consulta de Enfermagem.....	141
46.4 – Instrumentos de Avaliação Funcional e Cognitiva.....	142
47 – EXAME FÍSICO DA PESSOA IDOSA.....	143

48 – AVALIAÇÃO LABORATORIAL E EXAMES DE ROTINA	144
49 – CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E VISITA DOMICILIAR	145
49.1 – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI).....	145
49.2 – Visita Domiciliar à Pessoa Idosa	145
50 – QUEDAS — AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E CONDUTAS.....	146
50.1 – Medidas Preventivas de Quedas — Orientações ao Usuário e Família	146
51 – DECLÍNIO COGNITIVO E DEMÊNCIAS	147
51.1 – Rastreamento Cognitivo — MEEM.....	147
51.2 – Intervenções de Enfermagem no Cuidado à Pessoa com Demência.....	147
52 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA	148
52.1 – Intervenções de Enfermagem	148
53 – HIPERTENSÃO ARTERIAL NA PESSOA IDOSA.....	149
53.1 – Atenção às Particularidades Farmacológicas no Idoso.....	149
54 – DIABETES NA PESSOA IDOSA	150
55.1 – Atenção Especial: Glibenclamida no Idoso	150
56 – OSTEOPOROSE.....	150
57 – ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E POLIFARMÁCIA	151
58 – VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	152
13.1 – Papel do Enfermeiro diante da Suspeita de Violência.....	153
59 – IMUNIZAÇÕES NA PESSOA IDOSA	153
60 – CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	154
61 – REFERÊNCIAS	156
VOLUME 7	156
Manejo Pé Diabético na APS	156
62 - PÉ DIABÉTICO	157
63 - OBJETIVO E APLICABILIDADE.....	157
64 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO.....	157
65 - ROTEIRO DE ANAMNESE	157
65.1 Fatores de risco a investigar	157
65.2 Avaliação da dor	158
66 - EXAME FÍSICO SISTEMATIZADO	158
66.1 Avaliação clínica geral.....	158
66.2 Avaliação neurológica	158
66.3 Avaliação vascular	158
66.4 Sinais de isquemia crítica — URGÊNCIA.....	158
67 - CLASSIFICAÇÃO DE FERIDAS — SISTEMA DA UNIVERSIDADE DO TEXAS.....	158
68 - CLASSIFICAÇÃO E MANEJO DAS INFECÇÕES BACTERIANAS	159

69 - TRATAMENTO DAS INFECÇÕES FÚNGICAS.....	159
Tinea pedis (micose dos pés).....	159
Onicomicose (micose das unhas).....	159
70 - MANEJO DA DOR NEUROPÁTICA	160
71 - CUIDADOS DE CURATIVO — COBERTURA CONFORME TIPO DE TECIDO	160
72 - PROTOCOLO DE TROCA DE CURATIVO — PASSO A PASSO	161
72.1 Materiais necessários:.....	161
72.2 Descrição do procedimento:.....	161
73 - CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	161
73.1 Encaminhamento com urgência para internação hospitalar em conjunto com médico(a)	161
73.2 Encaminhamento ao cirurgião vascular em conjunto com médico(a).....	161
73.3 Outros encaminhamentos especializados	161
74 - ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO — PONTOS ESSENCIAIS	162
74.1 Recomendações diárias.....	162
74.2 Situações de risco a evitar	162
REFERÊNCIAS.....	162

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 1

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

Diagnóstico, Renovação de Medicamentos, Solicitação de Exames e Acompanhamento

Guaratuba - PR, 2026

Versão 1.0

APRESENTAÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) são as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Estima-se que cerca de 36 milhões de brasileiros adultos sejam hipertensos e aproximadamente 13 milhões convivam com diabetes, sendo que parcela significativa desconhece o diagnóstico ou não mantém acompanhamento regular.

O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família desempenha papel central no manejo dessas condições: rastreando casos novos, renovando prescrições de medicamentos dentro dos critérios protocolo estabelecidos, solicitando exames de acompanhamento, educando o usuário para o autocuidado e coordenando o cuidado com a equipe multiprofissional.

Este protocolo define o escopo de atuação do enfermeiro da UBS de Guaratuba no manejo da HAS e do DM2, com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, das Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Diabetes, e está em conformidade com a Lei Federal nº 7.498/1986 e a Resolução COFEN nº 195/1997.

Equipe de Enfermagem — APS Guaratuba | 2026

1 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

O diagnóstico de HAS nunca deve ser baseado em aferição isolada. De modo geral, três medições em dias e horários diferentes com PA $\geq 140/90$ mmHg são suficientes para confirmar o diagnóstico. Fatores como dor, exercício físico, café e questões emocionais podem elevar pontualmente a PA — em caso de dúvida, aguardar 30 minutos e repetir a aferição.

1.1 – Condições Gerais para Renovação da Prescrição

QUADRO 1 — CONDIÇÕES GERAIS PARA RENOVAÇÃO DE ANTI-HIPERTENSIVOS PELO ENFERMEIRO

- Possuir receita prévia emitida por médico da Atenção Primária/Cardiologia do município no último ano;
- Não apresentar sinais ou sintomas que demandem avaliação médica imediata;
- Se portador de insuficiência cardíaca, coronariana, IAM, AVC prévio, nefropatia ou neuropatias: ter sido avaliado por médico nos últimos 6 meses;
- Não ter recebido atendimento de urgência por quadro de HAS ou DM desde a última avaliação médica;
- Estar presente na consulta e ser maior de 18 anos;
- Ter função renal preservada: Clearance de creatinina ≥ 90 mL/min (Equação de Cockcroft & Gault);
- O enfermeiro realiza avaliação clínica completa e solicita exames de acompanhamento indicados;
- O enfermeiro orienta sobre adesão, posologia, interações medicamentosas e efeitos adversos;
- O enfermeiro incentiva medidas não farmacológicas: alimentação saudável, atividade física, cessação do tabagismo.
- A PA deve estar controlada: $\leq 140/90$ mmHg (sem DM, < 80 anos) | $\leq 150/90$ mmHg (sem DM, > 80 anos).

⚠ O enfermeiro NÃO deve remover ou alterar a dose de medicação de uso contínuo prescrita por médico. Havendo dúvidas sobre necessidade, reações adversas ou ajuste de dose, discutir o caso com o médico da equipe.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

1.2 – Medicamentos Anti-Hipertensivos e Cardiovasculares

QUADRO 2 – MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS E CARDIOVASCULARES — RENOVAÇÃO PELO ENFERMEIRO		
Medicamento	Dose diária	Alertas e Observações Importantes
Atenolol	25 – 100 mg/dia	Beta-bloqueador. Evitar em asma brônquica, DPOC e bloqueio AV. Não suspender abruptamente.
Propranolol	40 – 240 mg/dia	Betabloqueador não seletivo. Mesmas contraindicações do atenolol.
Hidroclorotiazida	12,5 – 25 mg/dia	Diurético tiazídico. Monitorar potássio e creatinina. Evitar em gota ativa.
Furosemida	20 – 80 mg/dia	Diurético de alça. Monitorar eletrólitos. Indicado em edema e IRC.
Espironolactona	25 – 100 mg/dia	Diurético poupador de potássio. Monitorar hipercalemia. Contraindicado em IRC grave.
Losartana	25 – 100 mg/dia	BRA. Monitorar potássio e creatinina. Contraindicado na gestação. 2 semanas após ajuste: dosar potássio e creatinina.
Enalapril (maleato)	5 – 40 mg/dia	IECA. Monitorar tosse seca (efeito adverso comum). Contraindicado na gestação. Monitorar potássio e creatinina.
Captopril	25 – 150 mg/dia	IECA. Usar com estômago vazio. Monitorar potássio, creatinina e tosse.
Anlodipino (besilato)	2,5 – 10 mg/dia	BCC di-hidropiridínico. Pode causar edema de tornozelos. Se associado à sinvastatina, dose máx. de sinvastatina = 20 mg/dia.
Carvedilol	6,25 – 50 mg/dia	Betabloqueador não seletivo + alfa-bloqueador. Usar com alimentos. Indicado em ICC associada.
Metildopa	250 – 1.500 mg/dia	Ação central. 1ª escolha na gestação. Enfermeiro NÃO renova em gestantes — prescrição exclusivamente médica.
AAS (ácido acetilsalicílico)	75 – 200 mg/dia	Indicado apenas em alto risco cardiovascular. Evitar em úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado em > 65 anos e uso de corticoides.
Sinvastatina	10 – 80 mg/dia	Indicado em alto RCV. Se usa anlodipino: dose máx. 20 mg/dia. Atentar para dores musculares sem causa (rabdomiólise). Evitar se uso de lopinavir/ritonavir.
X Critério de PA para renovação pelo enfermeiro: Sem DM: ≤ 140/90 mmHg (< 80 anos) ≤ 150/90 mmHg (> 80 anos) Com DM sem retinopatia: ≤ 140/80 mmHg Com DM e retinopatia: ≤ 130/80 mmHg		
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.		

1.3 – Exames de Acompanhamento da HAS

QUADRO 3 – EXAMES DE ACOMPANHAMENTO DA HAS — SOLICITAÇÃO PELO ENFERMEIRO		
Exame	Periodicidade	Valores de Referência / Conduta
Glicose de jejum	Anual	Desejável < 110 mg/dL. Se ≥ 110 mg/dL: seguir fluxo diagnóstico de DM.
Colesterol Total	Anual (ou 3 meses após iniciar estatina)	Desejável < 200 mg/dL. Se > 300 mg/dL: repetir exame; se mantiver → avaliação médica.
HDL-Colesterol	Anual (ou 3 meses após estatina)	Desejável ≥ 40 mg/dL. Meta em estatinas: redução > 40% do colesterol não-HDL em 3 meses.
LDL-Colesterol (calculado)*	Anual (ou 3 meses após estatina)	Desejável < 100 mg/dL. Calcular pela fórmula de Friedewald: LDL = CT – HDL – (TG/5). Se TG > 400: solicitar LDL sérico.
Triglicerídeos	Anual (ou 3 meses após estatina)	Desejável < 150 mg/dL. Se ≥ 500 mg/dL: repetir e encaminhar para avaliação médica.
Creatinina sérica * Calcular TFG _e	Anual ou 2 semanas após início/aumento de captopril, enalapril ou losartan	Clearance desejável ≥ 90 mL/min. Se TFG _e < 60: avaliação médica. Se queda > 25%: repetir em 2 semanas + avaliação médica.
Potássio sérico	Anual ou 2 semanas após ajuste de diuréticos ou IECA/BRA	Desejável: 3,5–5,0 mEq/L. Se ≥ 5,0: repetir imediatamente + avaliação médica (reduzir dose de diurético/IECA/BRA).
EAS (Exame de Urina)	Anual	Sem glicose e sem proteinúria. Se proteinúria: solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para médico.
Microalbuminúria	Anual	Se resultado elevado: encaminhar para avaliação médica.
Eletrocardiograma (ECG)	No diagnóstico e anualmente (se PA não controlada)	Encaminhar para avaliação médica se alterado.
Encaminhamento a oftalmologista (se disponível no município)	No diagnóstico e anualmente	Para fundo de olho (pesquisa de retinopatia hipertensiva). Se unidade sem médico habilitado para fundoscopia.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

2 – DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

O diagnóstico de DM2 é realizado através de dosagem de glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL em duas ocasiões distintas, ou HbA1c $\geq 6,5\%$ em duas medições, ou glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL com sintomas clássicos. O rastreamento deve ser realizado em pessoas com IMC ≥ 25 kg/m² associado a fatores de risco.

O acompanhamento do DM é multiprofissional. O enfermeiro tem autonomia para renovar prescrições de hipoglicemiantes, solicitar exames, orientar o automonitoramento e realizar exame dos pés na consulta de rotina.

2.1 – Condições Gerais para Renovação da Prescrição

QUADRO 4 — CONDIÇÕES GERAIS PARA RENOVAÇÃO DE HIPOGLICEMIANTES PELO ENFERMEIRO

- Possuir receita prévia emitida por médico da Atenção Primária do município no último ano;
- Não apresentar sinais ou sintomas que demandem avaliação médica imediata;
- Se portador de insuficiência cardíaca, coronariana, IAM, AVC prévio, nefropatia ou neuropatias: ter sido avaliado por médico nos últimos 6 meses;
- Não ter recebido atendimento de urgência por quadro de HAS ou DM desde a última avaliação médica;
- Estar presente na consulta e ser maior de 18 anos;
- Ter função renal preservada: Clearance de creatinina ≥ 90 mL/min (Equação de Cockcroft & Gault);
- O enfermeiro realiza avaliação clínica completa e solicita exames de acompanhamento indicados;
- O enfermeiro orienta sobre adesão, posologia, interações medicamentosas e efeitos adversos;
- O enfermeiro incentiva medidas não farmacológicas: alimentação saudável, atividade física, cessação do tabagismo.
- HbA1c $< 7,5\%$ com resultado de até 7 meses de validade;
- Exame dos pés realizado na consulta — rastrear neuropatia, úlceras e doença vascular periférica.

⚠ O enfermeiro NÃO deve remover ou alterar a dose de medicação de uso contínuo prescrita por médico. Havendo dúvidas sobre necessidade, reações adversas ou ajuste de dose, discutir o caso com o médico da equipe.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

2.2 – Medicamentos e Insumos para DM Tipo 2

QUADRO 5 – MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA DM TIPO 2 — RENOVAÇÃO PELO ENFERMEIRO		
Medicamento / Insumo	Posologia / Dose	Alertas e Orientações
Metformina (cloridrato)	500 – 2.550 mg/dia (2 a 3 tomadas, com refeições)	Preferir formulação de liberação prolongada. Suspende 48h antes de exames com contraste iodado. Contraindicada se TFG _e < 30 mL/min. Efeitos GI comuns no início — iniciar dose baixa.
Glibenclamida	2,5 – 20 mg/dia (1 a 2 tomadas, 30 min antes das refeições)	Sulfoniluréia. Risco de hipoglicemia. Evitar em idosos (risco elevado). Contraindicada em insuficiência hepática e renal graves.
Gliclazida	30 – 120 mg/dia (1 a 2 tomadas, 30 min antes das refeições)	Sulfoniluréia. Risco de hipoglicemia. Cuidado em idosos. Contraindicada em insuficiência hepática e renal graves.
Insulina NPH	Dose individualizada (médico). Se dose total ≥ 1 UI/Kg/dia: discutir com médico da equipe.	Monitorar glicemia capilar conforme orientação médica. Ensinar técnica de aplicação, rodízio e conservação. Vigiar hipoglicemia especialmente à noite.
Insulina Regular	Dose individualizada (médico).	Monitorar glicemia capilar conforme orientação médica. Ensinar técnica de aplicação, rodízio e conservação. Vigiar hipoglicemia especialmente à noite.
Insulina Glargina	Dose individualizada (médico)	Pessoas idosas a partir de 80 anos com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) ou tipo 2 (DM2).
Glicosímetro	1 por usuário Insulinodependente	Fornecer conforme avaliação clínica. Orientar uso, calibração e higiene do aparelho.
Tiras reagentes para glicose	Conforme avaliação clínica e protocolo municipal	Quantidade definida na consulta médica ou de enfermagem, com base no tipo de DM e uso de insulina.
X Critérios para renovação de hipoglicemiantes pelo enfermeiro: - HbA1c < 7,5% realizada nos últimos 7 meses; - PA ≤ 140/80 mmHg (sem retinopatia) ou ≤ 130/80 mmHg (com retinopatia); - Glicemia capilar em jejum: 80–130 mg/dL Pós-prandial: < 180 mg/dL; - Clearance de creatinina ≥ 90 mL/min; - Exame dos pés realizado na consulta (rastrear úlceras, neuropatia e doença vascular).		
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.		

2.3 – Exames de Acompanhamento do DM

QUADRO 6 – EXAMES DE ACOMPANHAMENTO DO DM TIPO 2 — SOLICITAÇÃO PELO ENFERMEIRO		
Exame	Periodicidade	Valores de Referência / Conduta
HbA1c (Hemoglobina Glicada)	Trimestral (fora da meta) Semestral (dentro da meta)	Desejável < 7% Tolerável: 7–7,9% Para renovação pelo enfermeiro: deve ser ≤ 7,5%. Metas mais flexíveis (até 8–8,5%) para > 65 anos, DCV confirmada ou hipoglicemias frequentes.
Colesterol Total	Anual (ou 3 meses após estatina)	Desejável < 200 mg/dL. Se > 300: repetir; se mantiver → avaliação médica.
HDL-Colesterol	Anual (ou 3 meses após estatina)	Desejável ≥ 40 mg/dL. Meta com estatina: redução > 40% do não-HDL em 3 meses.
LDL-Colesterol (calculado)*	Anual (ou 3 meses após estatina)	Desejável < 100 mg/dL. Fórmula: LDL = CT – HDL – (TG/5). Se TG > 400: solicitar LDL sérico.
Triglicerídeos	Anual (ou 3 meses após estatina)	Desejável < 150 mg/dL. Se ≥ 500: repetir + avaliação médica.
Creatinina sérica *Calcular TFGe	Anual ou 2 semanas após ajuste de captopril/enalapril/losartan	Clearance ≥ 90 mL/min. TFGe < 60: avaliação médica. Queda > 25%: repetir em 2 semanas + avaliação médica.
Potássio sérico	Anual ou 2 semanas após ajuste de diuréticos/IECA/BRA	Desejável: 3,5–5,0 mEq/L. Se ≥ 5,0: repetir imediatamente + avaliação médica.
EAS (Exame de Urina)	Anual	Sem glicose e sem proteinúria.
Microalbuminúria (albumina/creatinina urinárias)	Anual	Se elevada: encaminhar para avaliação médica (nefropatia diabética).
Encaminhamento a oftalmologista (se disponível no município).	No diagnóstico e anualmente	Rastreamento de retinopatia diabética. Encaminhar se unidade sem fundoscopia.
💡 Atenção: Glicemia de jejum NÃO deve ser solicitada para acompanhamento do DM — somente para rastreamento e diagnóstico. O parâmetro de controle glicêmico é a HbA1c.		
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.		

2.4 – Monitorização da Glicemia Capilar

QUADRO 7 – MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR E MANEJO DA HIPOGLICEMIA		
Momento	Valor Adequado (adultos, exceto gestantes)	Conduta se Alteração
Jejum (antes do café da manhã)	80 – 130 mg/dL	< 70 mg/dL (hipoglicemia): oferecer 15 g de carboidrato rápido (suco, bala, mel); repetir glicemia em 15 min; se não melhorar ou inconsciência → acionar SAMU.
Pós-prandial (2h após refeição)	< 180 mg/dL	> 300 mg/dL com sintomas (náusea, vômito, respiração profunda, confusão): encaminhar imediatamente para UPA/SAMU.
SINAIS E SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA		
• Palpitações, palidez, taquicardia, tremores, sudorese, fome intensa, ansiedade; • Dificuldade para falar, visão borrada, irritabilidade, confusão mental; • Glicemia ≤ 70 mg/dL confirma o diagnóstico; • Hipoglicemia grave (inconsciente ou incapaz de deglutir): NÃO oferecer alimento por via oral — acionar SAMU/urgência imediatamente.		
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.		

3 – METAS TERAPÊUTICAS E RASTREAMENTO

QUADRO 8 – METAS TERAPÊUTICAS E RASTREAMENTO DE HAS E DM NA CONSULTA DE ENFERMAGEM		
Parâmetro	Meta HAS	Meta DM Tipo 2
Pressão Arterial	$\leq 140/90$ mmHg (< 80 anos) $\leq 150/90$ mmHg (> 80 anos)	$\leq 140/80$ mmHg (sem retinopatia) $\leq 130/80$ mmHg (com retinopatia)
HbA1c	Não se aplica (verificar DM)	< 7% (desejável) < 7,5% para renovação pelo enfermeiro
LDL-Colesterol	< 100 mg/dL (alto RCV) < 130 mg/dL (baixo RCV)	< 100 mg/dL
Glicemia em jejum (rastreamento)	< 110 mg/dL	110–125: pré-DM ≥ 126 em 2 ocasiões: DM
Clearance de creatinina	≥ 90 mL/min para renovação	≥ 90 mL/min para renovação
RASTREAMENTO NA CONSULTA		
HAS — Rastreamento:		

- Aferir PA em TODA consulta para pessoas ≥ 18 anos;
- PA $\leq 120/80$ mmHg: rastrear a cada 2 anos;
- PAS 120–139 mmHg OU PAD 80–89 mmHg: rastrear anualmente;
- Diagnóstico: ≥ 3 aferições em dias diferentes com PA $\geq 140/90$ mmHg.

DM Tipo 2 — Rastreamento:

- Solicitar glicemia de jejum se IMC ≥ 25 kg/m² + ao menos 1 fator de risco: idade 40–70 anos, HAS, DCV, sedentarismo, HF de DM, etnia de alto risco, DM gestacional anterior, SOP ou HIV;
- Se glicemia < 110 mg/dL: repetir a cada 3 anos (ou anualmente se DCV, HAS ou HIV);
- Se glicemia ≥ 110 mg/dL: seguir fluxograma diagnóstico — discutir com médico.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

4 – QUANDO ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA

4.1 – Encaminhamento ao médico da equipe ou emergência

QUADRO 9 – SITUAÇÕES QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO AO MÉDICO DA EQUIPE OU À URGÊNCIA

Encaminhar ao Médico da Equipe (UBS)	Encaminhar à UPA / Urgência / SAMU
• PA persistentemente acima das metas após otimização terapêutica; • Suspeita de hipertensão secundária (< 30 anos sem fatores de risco ou > 55 anos com PA $\geq 180/120$ mmHg); • HbA1c $\geq 7,5\%$ ou descontrole glicêmico persistente; • TFGe < 60 mL/min ou queda $> 25\%$ na creatinina; • Potássio $\geq 5,0$ ou $< 3,5$ mEq/L; • Proteinúria maciça, microalbuminúria elevada; • Suspeita de retinopatia, neuropatia ou doença arterial periférica; • Dificuldade para controle glicêmico (possível necessidade de insulina); • Exames com resultados fora dos limites deste protocolo.	• PA $\geq 180/120$ mmHg com sintomas (cefaleia, dor torácica, confusão, alteração visual); • Hipoglicemia grave: glicemia ≤ 70 mg/dL sem melhora após carboidrato oral, ou com inconsciência; • Cetoacidose diabética suspeita: glicemia > 300 com náusea, vômito, dor abdominal, hálito cetônico, respiração de Kussmaul; • Dor torácica típica ou suspeita de IAM; • Déficit neurológico agudo: queda facial, fraqueza em membro, alteração de fala (suspeita de AVC); • Qualquer situação de risco imediato à vida.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

4.2 – Encaminhamento para especialidade eletiva

QUADRO 10 – CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO A PARTIR DA CONSULTA	
Especialidade / Serviço	Critérios Principais para Encaminhamento
Cardiologia	estratificação de risco alto risco.
Endocrinologia (se disponível no município)	estratificação de risco alto risco.

5 - REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus. Brasília: MS, 2006.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Enfermagem Volume 1: Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis, 2015 (atualizado em 2020). Utilizado como referência e adaptado para Guaratuba-PR.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023. São Paulo: SBD, 2023.
- BRASIL. Lei Federal nº 7.498/1986 — Regulamentação do exercício da Enfermagem.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 195/1997 — Solicitação de exames por Enfermeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: MS, 2017.
- NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020.
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I Linha guia de hipertensão arterial / SAS. – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018.
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I Diabetes Mellitus / SAS. – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 2

CUIDADO EM SAÚDE DO ADULTO

Consulta de Enfermagem, Práticas Saudáveis e Manejo Clínico na Atenção Primária

Guaratuba - PR, 2026

Versão 1.0

APRESENTAÇÃO

A atenção à saúde do adulto na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um dos pilares do trabalho cotidiano do enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde. Desde a implementação do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), no início da década de 1990, as equipes multiprofissionais vêm desenvolvendo e aprimorando formas de acolhimento, acompanhamento e cuidado longitudinal da população adulta.

No contexto da Saúde Coletiva, a abordagem da pessoa adulta extrapola o enfoque individual — considerando o coletivo, os vínculos familiares e comunitários, os determinantes sociais do processo saúde-doença e a integralidade do cuidado. Ao enfermeiro compete planejar, gerenciar e executar ações de saúde individual e coletiva, realizar consultas de enfermagem sistematizadas, prescrever terapêuticas amparadas por protocolos institucionais e articular ações intersetoriais.

O presente protocolo tem por objetivo orientar a atuação da equipe de enfermagem da UBS de Guaratuba no atendimento à pessoa adulta, abrangendo: promoção de práticas saudáveis, solicitação e interpretação de exames, prescrição medicamentosa conforme a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), rastreamento de agravos prevalentes, o processo de enfermagem sistematizado e os critérios de encaminhamento para outros serviços e especialidades.

Este documento está em consonância com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício profissional da enfermagem), com a Resolução COFEN nº 195/1997 (solicitação de exames por enfermeiro) e com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017).

Equipe de Enfermagem — UBS Guaratuba | 2026

6 – PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SAUDÁVEIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A promoção da saúde e a prevenção de agravos são eixos estruturantes da Atenção Básica no Brasil. Uma atuação resolutiva na APS pressupõe cuidados contínuos, com acompanhamento das condições de saúde ao longo do tempo e detecção precoce de problemas antes que se tornem irreversíveis ou gerem sobrecarga sobre os demais níveis de atenção.

No âmbito da consulta de enfermagem e das atividades coletivas, cabe ao enfermeiro:

- Identificar pessoas em situação de risco à saúde ou vulnerabilidade social, procedendo à estratificação de risco;
- Definir grupos populacionais com características semelhantes para direcionar estratégias de cuidado;
- Acolher e interpretar queixas individuais e coletivas, traçando planos de ação adequados;
- Desenvolver metodologias de promoção de saúde e prevenção de agravos em saúde individual e coletiva;
- Avaliar, diagnosticar e prescrever terapêuticas — incluindo medicamentosas — amparado por este protocolo;
- Cobrar dos gestores os meios necessários para a execução dessas práticas dentro e fora da UBS, fortalecendo vínculos intersetoriais.

QUADRO 11 – PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SAUDÁVEIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Prática	Orientação do Enfermeiro
Alimentação saudável	Estimular dieta equilibrada com proteínas, fibras, frutas e vegetais. Reduzir ultraprocessados, sódio e gorduras saturadas. Orientar sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira (MS, 2014). Encaminhar para nutricionista quando indicado.
Controle do peso	Calcular e registrar IMC e circunferência abdominal em toda consulta. Orientar metas de perda de peso quando necessário. Encaminhar para nutricionista e/ou atividade física supervisionada.
Atividade física regular	Recomendar ao menos 150 min/semana de atividade aeróbica moderada ou 75 min/semana de atividade intensa. Incluir fortalecimento muscular 2x/semana. Orientar para práticas acessíveis no cotidiano.
Cessação do tabagismo	Aplicar abordagem mínima (5 A's) em todo fumante: Abordar, Aconselhar, Avaliar, Auxiliar, Acompanhar. Encaminhar para grupo de cessação tabágica ou serviço de referência.
Redução do uso de �lcool	Questionar padrão de consumo em toda consulta (AUDIT-C). Orientar sobre malefícios e limites recomendados. Encaminhar para CAPS-AD quando indicado.
Saúde mental e manejo do estresse	Investigar aspectos emocionais em toda consulta. Aplicar PHQ-2/PHQ-9 quando indicado. Estimular lazer, vínculos sociais e atividade física. Encaminhar para psicologia ou CAPS conforme necessidade.
Sono reparador	Orientar higiene do sono: regularidade de horários, ambiente confortável, evitar estimulantes � noite. Investigar ins�nia como sintoma de outras condições.
Prevenção de quedas (idosos)	Avaliar risco de queda com Teste de Levantar e Andar. Orientar adaptações domiciliares. Encaminhar para fisioterapia e atividades de equilíbrio.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.	

 Lembrete para o enfermeiro:

- Toda consulta é uma oportunidade para educação em saúde — mesmo que o motivo seja um problema agudo;
- A escuta qualificada, o vínculo e a longitudinalidade do cuidado são os maiores instrumentos da APS;
- Registrar orientações fornecidas no prontuário fortalece a continuidade do cuidado pela equipe.

7 – SOLICITAÇÃO DE EXAMES NA CONSULTA DO ADULTO

A solicitação de exames complementares pelo enfermeiro é prerrogativa assegurada pela Resolução COFEN nº 195/1997, que autoriza o profissional a solicitar exames de rotina e complementares dentro de sua competência e amparado por protocolo institucional. No contexto da consulta de enfermagem, a utilização de ferramentas como anamnese e exame físico sistematizado permite ao enfermeiro identificar fatores determinantes para a saúde dos usuários e fundamentar seus planos de cuidado.

A solicitação de exames deve ser sempre fundamentada no raciocínio clínico — considerando a queixa, o histórico, os dados do exame físico e os fatores de risco identificados — evitando pedidos indiscriminados e contribuindo para o uso racional dos recursos de saúde.

QUADRO 12 – EXAMES SOLICITADOS PELO ENFERMEIRO NA CONSULTA DO ADULTO			
Condição Avaliada	Exames Laboratoriais	Exames Complementares	Periodicidade
Hipertensos, cardiopatas, diabéticos, portadores de transtornos tireoidianos, dislipidemias e condições renais agudas ou crônicas	- Hemograma completo; - Perfil lipídico: Colesterol total, HDL, LDL e Triglicerídeos; - Glicemia de jejum; - Hemoglobina glicosilada (HbA1c); - Dosagem de Insulina; - TSH, T4 livre. - Sódio e Potássio séricos; - Ureia e Creatinina; - Análise de urina (EAS); - Microalbumina na urina; - CPK e CKMB.	- Eletrocardiograma (ECG); - Ultrassonografia da glândula tireoide; - Ultrassonografia de vias urinárias; - Ultrassonografia de abdômen superior (avaliação de esteatose hepática).	- A cada 6 meses para hipertensos e diabéticos em acompanhamento regular; - A cada 3 meses quando necessário avaliar efeito de tratamentos ou alterações em curto prazo; - Anualmente para casos controlados ou avaliações periódicas de saúde.
Homens e mulheres adultos em idade fértil que desejam avaliação de funções hormonais	- Hemograma completo; - TSH e T4 livre; - Testosterona total e livre + SHBG (ambos os sexos); - PSA total e livre (homens); - LH e FSH (ambos os sexos);	- Ultrassonografia de próstata (via abdominal); - Ultrassonografia de bolsa escrotal; - Ultrassonografia transvaginal.	- Anualmente para casos controlados ou avaliações periódicas; - A cada 6 meses nos casos de acompanhamento hormonal específico ou condições alteradas; - Esporadicamente como preparo para vasectomia, laqueadura ou

	Estradiol, Progesterona e Prolactina (mulheres).		planejamento de gravidez.
Portadores de comorbidades osteomusculares, doenças hepáticas, hemofilias e/ou anemias	- Hemograma completo; - Ferritina, Ferro sérico, Transferrina e TIBC (capacidade de ligação do ferro); - TAP, KPTT e VHS; - PCR (Proteína C Reativa); - Fator Reumatoide e FAN; - TGO, TGP e GGT; - Dosagem de Lipase e Amilase.	- Ultrassonografia de articulações; - Ultrassonografia de abdômen total; - Raio-X.	- A cada 6 meses para acompanhamento específico ou avaliação de condições alteradas; - A cada 3 meses conforme necessidade de avaliação de tratamentos ou alterações em curto prazo; - Anualmente para casos controlados.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

⚠ Atenção ao solicitar exames:

- Sempre justificar clinicamente a solicitação e registrar no prontuário;
- Revisar exames anteriores antes de repetir solicitações sem indicação;
- Comunicar resultados ao usuário, com orientação clara sobre o significado e as condutas necessárias;
- Encaminhar para avaliação médica quando os resultados indicarem condição que extrapole a competência do enfermeiro.

8 – PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS (REMUME)

A prescrição medicamentosa pelo enfermeiro é uma prática respaldada pela legislação profissional e por protocolos institucionais, sendo parte essencial da consulta de enfermagem resolutiva na APS. Para tanto, o profissional deve realizar anamnese e exame físico adequados, identificar o diagnóstico de enfermagem correspondente, conhecer as contraindicações e interações dos medicamentos prescritos e orientar o usuário sobre o uso correto.

O quadro a seguir apresenta os medicamentos disponíveis na REMUME do município de Guaratuba, com posologia, indicação e alertas clínicos para prescrição autônoma pelo enfermeiro na consulta do adulto. Qualquer prescrição deve ser registrada em prontuário com justificativa clínica e orientação de retorno.

QUADRO 13 – GUIA DE PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA NA CONSULTA DO ADULTO (REMUME GUARATUBA)			
Medicamento / Apresentação	Indicação	Posologia	Alertas e Contraindicações
DIPIRONA 500 mg (comprimido ou gotas)	<i>Dor, febre, cólicas</i>	- Comprimido: 1 cp de 6/6h (sintomas moderados) ou de 8/8h (sintomas leves); - Gotas: 20 gotas (500 mg) de 6/6h — sintomas moderados; 40 gotas (1 g) de 12/12h — sintomas leves.	- Verificar alergias ANTES de prescrever; - Limitar uso a 5–7 dias; orientar retorno se sintomas persistirem; - Considerar quando febre persistente > 38°C; CONTRAINDICADA em gestantes e nutrízes.
PARACETAMOL 200 mg/ml (gotas) 500 mg (comprimido)	<i>Dor, febre</i>	- Comprimido 500 mg: 1 cp de 6/6h; - Gotas: 40–55 gotas de 6/6h — sintomas leves a moderados.	- Limitar uso a 5–7 dias; orientar retorno se sintomas persistirem; - Considerar quando febre persistente > 38°C; SEGURO para gestantes e nutrízes.
IBUPROFENO 300 mg / 600 mg (comprimido) 50 mg/mL (gotas)	<i>Dor, inflamação, febre</i>	- Comprimido 300 mg: 1 cp de 6/6h — sintomas leves a moderados; - Comprimido 600 mg: 1 cp de 8/8h — sintomas leves a moderados; - Gotas (> 40 kg): 40–50 gotas de 8/8h (leve/moderado) ou de 6/6h (moderado/intenso).	- Considerar interações medicamentosas e doses máximas; - Limitar uso a 5–7 dias; orientar retorno se sintomas persistirem; CONTRAINDICADO: gastropatas, coagulopatas, nefropatas, alérgicos a AINEs, gestantes ≥ 30 semanas.
METOCLOPRAMIDA 10 mg (comprimido) 4 mg/mL (gotas)	<i>Náuseas, vômitos, gastroparesia</i>	Comprimido: 1 cp de 8/8h (sintomas leves) ou de 6/6h (sintomas moderados);	- Verificar fatores alérgicos ANTES de prescrever; CONTRAINDICADA em menores de 18 anos;

		Gotas: 40–50 gotas de 8/8h (leves) ou de 6/6h (moderados).	- Atenção a sintomas extrapiramidais (tremores, ansiedade, desequilíbrio postural); - Uso por no máximo 5 dias.
GUACO XAROPE 35 mg/mL	<i>Tosse, bronquite, gripe</i>	- Adultos (> 50 kg): 10 mL de 8/8h; - Adultos e adolescentes (30–50 kg): 7,5 mL de 8/8h.	- Verificar fatores alérgicos; CONTRAINDICADO em pacientes diabéticos; - Limitar uso a 5–7 dias; orientar retorno se sintomas persistirem.
LORATADINA 1 mg/mL (xarope) 10 mg (comprimido)	<i>Rinite, urticária, reações alérgicas</i>	- Comprimido: 1 cp 1x/dia ou de 12/12h conforme sintomatologia; - Xarope: 10 mL 1x/dia ou de 12/12h.	- Prescrever com cautela em pacientes diabéticos (xarope contém sacarose); - Limitar uso a 5–7 dias; orientar retorno se sintomas persistirem; - Orientar busca ao PS em caso de reações alérgicas graves.
DEXCLORFENIRAMINA 0,4 mg/mL (xarope) 2 mg (comprimido)	<i>Rinite, urticária, reações alérgicas</i>	- Comprimido: 1 cp de 8/8h; - Xarope: 10 mL 1x/dia ou de 12/12h conforme sintomas.	- Considerar efeitos adversos (sonolência) — orientar sobre atividades que exigem atenção; - Limitar uso a 5–7 dias; - Orientar busca ao PS em caso de reações graves.
DEXAMETASONA 4 mg (comprimido) 0,1% (creme tópico)	<i>Reações alérgicas, inflamações, edema</i>	- Comprimido: 1 cp de 12/12h; - Crema tópico: aplicar na região afetada 2 a 3x/dia conforme sintomatologia.	- Limitar uso a 5 dias; orientar retorno se sintomas persistirem; - Orientar busca ao PS em caso de reações alérgicas mais severas; USO SISTÊMICO: monitorar glicemia em diabéticos; NÃO usar creme tópico em feridas abertas ou áreas infectadas.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.			

⚠ Princípios gerais da prescrição de enfermagem:

- Sempre questionar alergias e medicamentos em uso ANTES de prescrever;
- Preferir a menor dose eficaz pelo menor tempo necessário;
- Limitar uso sintomático a 5–7 dias e orientar retorno se não houver melhora;
- Registrar prescrição completa no prontuário: medicamento, dose, via, frequência e duração;
- Orientar o usuário sobre sinais de piora ou reações adversas e quando buscar atendimento.

9 – PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DO ADULTO

O Processo de Enfermagem (PE) é o método científico e ético que organiza e fundamenta o cuidado prestado pelo enfermeiro. Composto por cinco etapas inter-relacionadas — coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução —, o PE garante uma abordagem sistematizada, centrada na pessoa e baseada em evidências.

Na consulta do adulto na APS, o PE deve contemplar não apenas os aspectos fisiológicos e fisiopatológicos, mas também os determinantes sociais, os fatores de risco e as condições de vulnerabilidade que atravessam a vida de cada usuário, família e comunidade.

QUADRO 14 – PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DO ADULTO – UBS GUARATUBA

1ª ETAPA – COLETA DE DADOS (ANAMNESE E EXAME FÍSICO)

Anamnese:

- Motivo da consulta e queixa principal;
- Histórico de doenças prévias e atuais;
- Medicamentos em uso contínuo;
- Alergias medicamentosas e alimentares;
- Histórico familiar (HAS, DM, neoplasias, cardiopatias);
- Hábitos de vida: alimentação, atividade física, tabagismo, etilismo, uso de substâncias;
- Condições socioeconômicas e rede de apoio;
- Aspectos emocionais e saúde mental.

Exame Físico:

- Sinais vitais: PA, FC, FR, temperatura, SpO2;
- Dados antropométricos: peso, altura, IMC, circunferência abdominal;
- Inspeção geral: coloração de pele e mucosas, hidratação, estado geral;
- Ausculta cardíaca e pulmonar;
- Palpação abdominal;
- Avaliação de edemas em membros;
- Avaliação neurológica básica (quando indicado);
- Exame de pele e mucosas.

2ª ETAPA – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (exemplos mais comuns)

- Risco de glicemia instável relacionado a não adesão ao tratamento;
- Perfusão tissular ineficaz relacionada à HAS não controlada;
- Conhecimento deficiente sobre condição de saúde e tratamento;
- Adesão ineficaz ao regime terapêutico;
- Estilo de vida sedentário relacionado a déficit de conhecimento;
- Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais;
- Risco de infecção relacionado a comorbidades imunossupressoras;
- Ansiedade relacionada a condição de saúde crônica;
- Dor aguda ou crônica relacionada a processo inflamatório ou patológico.

3ª ETAPA – PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

Planejamento:

- Elaborar plano de cuidados individualizado;
- Estabelecer metas e prazos mensuráveis;
- Definir intervenções farmacológicas e não farmacológicas;

Implementação:

- Executar intervenções planejadas;
- Prescrever medicamentos conforme protocolo;
- Solicitar exames conforme necessidade;

- Planejar educação em saúde centrada no grau de letramento do usuário.

- Realizar educação em saúde individual ou em grupo;
- Encaminhar para outros profissionais quando indicado;
- Agendar retorno e seguimento.

4ª ETAPA – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Registrar todos os dados da consulta em prontuário (SOAP ou equivalente);
- Avaliar resultados alcançados em relação às metas estabelecidas;
- Reclassificar diagnósticos conforme evolução clínica;
- Documentar encaminhamentos e retornos agendados.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

Boas práticas na consulta do adulto:

- Acolher com escuta ativa — a queixa que trouxe o usuário pode revelar muito mais do que o sintoma principal;
- Utilizar linguagem simples e acessível ao explicar diagnósticos, medicamentos e orientações;
- Valorizar o protagonismo do usuário no cuidado de sua própria saúde;
- Verificar e atualizar a caderneta de vacinação em TODA consulta;
- Agendar retorno sempre — o acompanhamento longitudinal é o diferencial da APS.

10 – AÇÕES DE RASTREAMENTO E PREVENÇÃO NA CONSULTA DO ADULTO

O rastreamento de doenças crônicas e agravos prevalentes é uma das responsabilidades centrais da enfermagem na APS. Toda consulta do adulto deve ser encarada como oportunidade para identificar precocemente condições que, detectadas a tempo, têm maior potencial de controle e cura.

As ações de rastreamento devem ser individualizadas conforme a faixa etária, os fatores de risco e o histórico clínico de cada usuário, evitando excessos e garantindo equidade no acesso.

QUADRO 15 – AÇÕES DE RASTREAMENTO E PREVENÇÃO NA CONSULTA DO ADULTO			
Rastreamento	População-Alvo	Método / Exame	Periodicidade
Risco Cardiovascular (RCV)	Adultos ≥ 40 anos, obesos, hipertensos, diabéticos, tabagistas	Conforme Protocolo Volume 1 (HAS, DM e fatores cardiovasculares)	Anual ou conforme estratificação de risco
Diabetes Mellitus	Adultos ≥ 45 anos; qualquer idade com IMC ≥ 25 + ≥ 1 fator de risco	Glicemia de jejum; HbA1c	A cada 3 anos se normal; anual se pré-diabetes
Hipertensão Arterial	Todos os adultos ≥ 18 anos	Aferição de PA em toda consulta	A cada consulta
Câncer de Colo do Útero	Mulheres 25–64 anos com vida sexual ativa	Citopatológico de colo uterino (Papanicolaou)	A cada 3 anos após 2 normais anuais
Câncer de Mama	Mulheres 40–74 anos;	Mamografia (ver Protocolo Saúde da Mulher)	A cada 2 anos (50–74 anos); anual se alto risco
Câncer de Próstata	Homens ≥ 50 anos; ≥ 45 anos com HF ou afrodescendentes	PSA total + livre; decisão compartilhada	Anual (decisão compartilhada)
Dislipidemia	Homens ≥ 35 anos; mulheres ≥ 45 anos; qualquer idade com RCV aumentado	Perfil lipídico completo	A cada 5 anos se normal; conforme risco
Doença Renal Crônica	Hipertensos, diabéticos, com HF de DRC	Creatinina + TFGe; EAS; microalbuminúria	Anual nos grupos de risco
Obesidade / Sobrepeso	Todos os adultos	IMC + circunferência abdominal	A cada consulta
Tabagismo	Todos os adultos	Anamnese; abordagem mínima; rastreamento de DPOC (espirometria) se fumante ≥ 20 maços-ano	A cada consulta
Depressão / Saúde Mental	Todos os adultos; maior atenção em idosos e portadores de doenças crônicas	PHQ-9; GAD7; IGI- ERSM e escuta qualificada	A cada consulta ou conforme queixa
HIV / ISTs	Adultos com comportamento de risco;	Testes rápidos: HIV, Sífilis, Hepatites B e C	Conforme avaliação clínica e epidemiológica

	gestantes; conforme demanda		
Imunização	Todos os adultos	Verificar caderneta vacinal: dT, dTpa, Hepatite B, Influenza, COVID-19, Febre Amarela	A cada consulta
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.			

⚠ Atenção ao rastreamento oportunístico:

- Aproveitar TODA consulta (independente do motivo) para verificar pendências de rastreamento;
- Registrar no prontuário as ações realizadas e as pendentes para continuidade pelo restante da equipe;
- Acionar ACS para busca ativa de usuários faltosos a rastreamentos prioritários.

11 – CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

A capacidade resolutiva da consulta de enfermagem na APS é ampla, porém reconhecer os limites da atuação autônoma e encaminhar de forma oportuna e qualificada faz parte do cuidado integral e seguro. O encaminhamento deve ser sempre acompanhado de referência adequada com registro no prontuário, carta de encaminhamento clara e orientação ao usuário sobre o próximo passo.

Na ausência de médico no momento, situações de urgência devem ser prontamente encaminhadas à UPA ou ao PS de referência, com estabilização clínica prévia quando possível.

QUADRO 16 – CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO A PARTIR DA CONSULTA DO ADULTO	
Especialidade / Serviço Se disponível no município	Critérios Principais para Encaminhamento
Cardiologia	Cardiopatía estrutural confirmada; HAS grave refratária com com estratificação de risco alto risco; arritmias; IAM ou AVC prévios; IC descompensada.
Endocrinologia	DM com estratificação de risco alto risco; hipotireoidismo/hipertireoidismo refratário; obesidade grau III; disfunções hormonais complexas.
Fisioterapia	Pós fratura- Encaminhar para fisioterapia
Nefrologia	DRC estágio 3b ou mais (TFGe < 45 mL/min); proteinúria maciça; hematuria persistente sem causa identificada.
Reumatologia	Artrite reumatoide confirmada ou suspeita; lúpus; doenças autoimunes sistêmicas; artropatias refratárias.
Gastroenterologia / Hepatologia	Doença hepática crônica com alteração de enzimas persistente; pancreatite recorrente; suspeita de neoplasia digestiva.
Pneumologia	DPOC com exacerbações frequentes; asma de difícil controle; suspeita de neoplasia pulmonar.
Urologia	PSA elevado com suspeita de neoplasia; prostatite crônica refratária; hematuria de origem urológica.
Nutrição	Obesidade grau II ou III; DM e HAS com controle difícil e estratificação de risco; desnutrição; transtornos alimentares.
Ortopedia	Dores osteomusculares, tendíneas e articulares que não respondem ao tratamento clínico otimizado (medicamentoso ou fisioterápico).
Psicologia / CAPS	Estratificação de risco de Saúde mental alto risco.
Pronto-Socorro / UPA	Dor torácica com suspeita de SCA; AVC agudo; dispnéia intensa; crise hipertensiva sintomática; abdômen agudo.
Psiquiatra / CAPS	Estratificação de risco de Saúde mental alto risco.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

 Sinais de alerta para encaminhamento imediato ao PS/UPA:

- Dor torácica com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA);
- Déficit neurológico focal de início súbito (suspeita de AVC);
- Dispneia intensa com SpO2 < 92%;
- Crise hipertensiva com sintomas (PA ≥ 180/120 mmHg + cefaleia, alteração visual, dor torácica);
- Abdômen agudo com sinais de peritonite;
- Rebaixamento de consciência ou convulsão.

12 - REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2ª ed. Brasília: MS, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica nº 37. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica nº 36. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Cadernos de Atenção Primária nº 29. Brasília: MS, 2010.
- BRASIL. Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 195/1997. Autoriza o enfermeiro a solicitar exames de rotina e complementares em sua área de competência. Brasília: COFEN, 1997.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Protocolo de Enfermagem do Município de São Paulo – Módulo 3: Atenção Primária à Saúde da Pessoa Adulta. SMS/SP, 2024.
- LOPES, C. T. et al. Competências do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020.
- RODRIGUES, et al. A prática resolutiva na Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: WHO, 2013.
- Protocolo de Enfermagem 2026 – Saúde do Adulto. Utilizado como referência estrutural e adaptado para Guaratuba–PR, 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 3

CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER

Acolhimento às Demandas da Mulher nos Diferentes Ciclos de Vida

Guaratuba - PR, 2026

Versão 1.0

APRESENTAÇÃO

A saúde da mulher constitui um dos eixos prioritários da Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo um campo de prática historicamente presente nas Unidades Básicas de Saúde desde antes da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Embora sua origem estivesse centrada nas questões reprodutivas, a área foi progressivamente ampliada para contemplar a integralidade do cuidado, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A enfermagem ocupa papel central nesse cenário, sendo responsável por consultas, rastreamentos, acompanhamento de gestantes, manejo de queixas ginecológicas e educação em saúde. No município de Guaratuba, a construção deste protocolo responde a uma necessidade concreta das equipes de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde: dispor de um documento técnico de referência, elaborado com base nas melhores evidências científicas disponíveis e nas diretrizes do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Este documento não pretende substituir o raciocínio clínico individualizado, mas sim qualificá-lo, oferecendo orientações práticas e sistematizadas para as situações mais prevalentes na atenção à saúde da mulher em contexto de atenção primária. Para aprofundamentos teóricos, recomenda-se a consulta às referências citadas ao longo do texto, incluindo os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde e produções científicas pertinentes.

Este protocolo está em conformidade com a Lei Federal nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução COFEN nº 195/1997, que autoriza o enfermeiro a solicitar exames de rotina e complementares, sendo válido como instrumento institucional para as equipes de enfermagem do município.

*Equipe de Enfermagem
Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba – PR*

13 – CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A consulta de enfermagem ginecológica na Atenção Primária à Saúde (APS) representa um espaço privilegiado de cuidado integral à mulher, abrangendo desde a prevenção primária e o rastreamento de agravos até o manejo de queixas específicas, o aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva e a promoção do autoconhecimento corporal. Sua realização está respaldada pela legislação profissional vigente e pelas diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção à saúde da mulher.

Para que a consulta seja resolutiva e centrada na pessoa, é fundamental que o enfermeiro adote uma escuta qualificada, valorize a singularidade de cada mulher em seu ciclo de vida e oriente suas ações segundo o Processo de Enfermagem sistematizado.

13.1 – Avaliação de Enfermagem na Consulta Ginecológica

13.1.1 – Entrevista

A entrevista é o ponto de partida da consulta ginecológica. Deve ser conduzida em ambiente privativo, com postura acolhedora e sem julgamentos. A escuta ativa e a atenção às expressões verbais e não verbais da mulher são instrumentos fundamentais para a construção do vínculo terapêutico e para a formulação de hipóteses diagnósticas precisas.

QUADRO 17 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	QUEIXA PRINCIPAL
- Nome (respeitar pronomes e nome social) - Idade - Estado civil e arranjo familiar - Profissão / ocupação - Escolaridade - Raça / etnia - Naturalidade e procedência - Endereço de residência - Vínculo religioso (quando relevante)	A queixa principal orienta o raciocínio clínico. Deve-se: - Oferecer escuta qualificada, sem interrupções prematuras; - Gerir o tempo sem desvalorizar o relato; - Usar linguagem acessível para criar vínculo; - Considerar que nem toda consulta ginecológica envolve queixa — pode ser aconselhamento ou prevenção; - Caracterizar: início, duração, intensidade, localização, fatores de melhora e piora.
HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL	
- Comorbidades conhecidas e condições crônicas; - Alterações mamárias (nódulos, secreções, dor, alterações de pele); - Alterações do fluxo vaginal (leucorreia, mucorreia, vulvovaginites, cervicites); - Sangramento vaginal (alterações do ciclo, spotting, metrorragia, amenorreia); - Lesões genitais e anais (períneo, mucosa vaginal, canal); - Dor pélvica (aguda, crônica, dismenorreia, dispareunia); - Sinais e sintomas urinários; - Exposição ou risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).	
ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES	

Antecedentes Pessoais: - Ginecológicos: ciclo de vida (menarca, sexarca, climatério, menopausa), ciclo uterino, DUM, sexualidade, método contraceptivo em uso, exames de rastreamento em dia; - Obstétricos: paridade, abortos, intercorrências, tipo de parto; - Patológicos: doenças crônicas e agudas, ISTs prévias, cirurgias, alergias, vacinação; - Hábitos de vida: atividade física, alimentação, tabagismo, etilismo, uso de substâncias, alterações emocionais.	Antecedentes Familiares: - Neoplasias: mama, colo do útero, ovário, cólon; - Diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares; - Leiomiomas, endometriose, tuberculose, asma; Condições Socioeconômicas: - Condições de moradia, saneamento básico, renda familiar; - Histórico de violência doméstica ou sexual; - Higiene pessoal e condições de trabalho.
---	---

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

13.1.2 – Exame Físico e Clínico das Mamas

O exame clínico das mamas deve ser realizado na consulta ginecológica como parte integrante da avaliação da saúde da mulher, sendo essencial para o rastreamento precoce de alterações mamárias. Deve ser feito com técnica adequada, em ambiente reservado e com o consentimento expresso da mulher.

QUADRO 18 – AVALIAÇÃO CLÍNICA DAS MAMAS NA CONSULTA GINECOLÓGICA	
INSPEÇÃO	
Posicionar a mulher sentada, com as mamas expostas, de frente ao examinador.	
1. Inspeção Estática: Observar simetria, contorno geral e integridade da pele em repouso.	
2. Inspeção Dinâmica: - Solicitar que a mulher eleve os braços acima da cabeça; - Pressionar as mãos sobre os quadris; - Entrelaçar as mãos com cotovelos alinhados e tracionar uma contra a outra; - Observar retrações cutâneas, abaulamentos e alterações de contorno durante os movimentos.	
PALPAÇÃO	
Realizar com a paciente sentada (mãos na nuca) ou deitada (braços elevados). Utilizar as polpas digitais com movimentos circulares, aplicando três níveis de pressão: superficial, médio e profundo.	
Avaliar sistematicamente: - Cadeias linfáticas: axilar, supraclavicular e infraclavicular; - Parênquima mamário em todos os quadrantes e região retroareolar; - Em casos de mastectomia: palpar parede torácica, cicatriz e região axilar ipsilateral.	
✓ Achados Normais - Simetria com pequenas variações proporcionais; - Pele íntegra, elástica, sem espessamento ou lesões; - Mamilo evertido; tubérculos de Montgomery visíveis na aréola; - Ausência de secreção espontânea; - Linfonodos axilares não palpáveis ou < 1 cm, móveis e indolores.	⚠ Achados que Requerem Avaliação - Assimetria mamária recente ou progressiva; - Retração cutânea ou do mamilo, aspecto em 'casca de laranja'; - Secreção sanguinolenta, purulenta ou com odor fétido; - Nódulos com bordas irregulares, consistência endurecida, fixos; - Linfonodos > 1 cm, endurecidos ou coalescentes.

→ Encaminhar para avaliação médica e imagem.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

13.1.3 – Exame Físico do Períneo, Ânus e Genitália

A avaliação da genitália externa e do períneo integra o exame físico ginecológico e permite identificar alterações que passariam despercebidas sem inspeção direta. O exame deve ser realizado com iluminação adequada, material preparado previamente e comunicação clara com a mulher sobre cada etapa.

QUADRO 19 – EXAME FÍSICO DO PERÍNEO, ÂNUS E GENITÁLIA EXTERNA

ESTRUTURAS A AVALIAR

Monte pubiano, grandes e pequenos lábios, vestibulo vulvar, meato uretral, glândulas de Bartholin, fúrcula vaginal, hímen/carúnculas, clítoris e períneo.

INSPEÇÃO E PALPAÇÃO

- Pele: avaliar integridade, presença de lesões (úlceras, vesículas, verrugas, escoriações), processos inflamatórios e edema;
- Pelos pubianos: variação esperada conforme idade e ciclo de vida; investigar ectoparasitoses (lêndeas, pediculose), foliculites;
- Coloração: varia conforme etnia; mucosa vaginal habitualmente rosada;
- Secreção: fisiológica é hialina a levemente leitosa, sem odor, em pequena quantidade — variável conforme fase do ciclo;
- Hímen / carúnculas: em mulheres com atividade sexual com penetração esperam-se carúnculas; verificar oclusão em nulíparas com queixas;
- Introito vaginal: solicitar esforço (como tossir) para pesquisa de prolapso de órgãos pélvicos.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

13.1.3.1 – Exame Especular

O exame especular é o procedimento central da consulta ginecológica, permitindo a visualização direta do colo uterino e da mucosa vaginal. Sua realização requer técnica adequada, comunicação efetiva com a paciente e atenção às particularidades anatômicas de cada mulher.

QUADRO 20 – EXAME ESPECULAR

TÉCNICA DE INSERÇÃO DO ESPÉCULO

1. Escolher o espéculo de tamanho adequado ao biotipo da mulher (ver tabela de referência abaixo);
2. Posicionar os dedos indicador e médio ao redor das lâminas, com o polegar sobre o parafuso;
3. Com a outra mão, pressionar suavemente o introito vaginal para baixo;
4. Inserir o espéculo em posição oblíqua, com leve angulação posterior (45°), acompanhando o eixo natural da vagina;
5. Solicitar que a mulher respire fundo e relaxe o períneo durante a inserção;
6. Ao visualizar o colo uterino, travar as lâminas com o parafuso;

7. Inspeccionar: coloração, superfície, secreção cervical, integridade do colo e pH vaginal.	
SELEÇÃO DO ESPÉCULO CONFORME PERFIL CLÍNICO	
Tamanho	Indicação
Nº 1 / Pequeno	Adolescentes, nulíparas, vaginas hipotróficas (pós-menopausa)
Nº 2 / Médio	Mulheres com história de partos vaginais ou discreta flacidez perineal
Nº 3 / Grande	Mulheres obesas, com cistocele, retocele ou flacidez vaginal importante
 Boas práticas no exame especular: • Oferecer à mulher um espelho para visualizar seu colo e vulva — o exame pode ser uma experiência de autoconhecimento; • Para mulheres com resistência ou histórico de trauma, oferecer a possibilidade de ela mesma inserir o espéculo; • Comunicar cada etapa antes de realizá-la, respeitando o ritmo da paciente.	
 Achados Normais • Mucosa vaginal rosada, úmida e lisa; • pH vaginal entre 3,8 e 4,5; • Colo rosado, com JEC visível, bordas regulares; • Secreção cervical clara, sem odor, fluida; • Óstio puntiforme (nulíparas) ou em fenda (multíparas).	 Achados que Requerem Atenção • Mucosa hiperemiada, com lesões ou secreção fétida; • pH alterado compatível com vulvovaginites; • Colo assimétrico, com manchas esbranquiçadas, áreas avermelhadas ou bordas irregulares; • Sangramento ao toque do espéculo; • Óstio com erosões ou lesões visíveis. → Investigar ISTs e rastreamento de câncer de colo.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.	

13.1.3.2 – Exame de Toque Bimanual

O toque bimanual complementa o exame especular quando há indicação clínica específica, permitindo avaliar as estruturas pélvicas internas de forma mais detalhada. Não deve ser utilizado como procedimento de rotina em todas as consultas ginecológicas, sendo reservado às situações em que o achado possa modificar a conduta.

QUADRO 21 – EXAME DE TOQUE BIMANUAL	
 Importante: O exame de toque bimanual NÃO deve ser realizado como rotina na consulta ginecológica. Está indicado conforme avaliação clínica individualizada e, quando realizado, deve ser feito após o exame especular.	
TÉCNICA	
8.	Aplicar lubrificante nos dedos indicador e médio da mão dominante enluvada;
9.	Posicionar a mão não dominante sobre o abdome inferior;
10.	Introduzir cuidadosamente os dedos na vagina e aguardar o relaxamento perineal;
11.	Palpar o colo uterino: contorno, consistência, mobilidade e sensibilidade à mobilização;
12.	Palpar o útero entre as duas mãos: tamanho, posição, forma e consistência;
13.	Palpar ovários lateralmente: forma, consistência, mobilidade e sensibilidade;
14.	Ao retirar os dedos, avaliar as características da secreção presente na luva.

✓ Achados Normais • Parede vaginal lisa, sem hipersensibilidade; • Colo firme e macio (textura semelhante à ponta do nariz em não gestantes); • Útero com posição, tamanho e forma habituais, indolor; • Ovários cerca de 3x2x1 cm, móveis, levemente sensíveis; • Pequena quantidade de secreção clara e inodora na luva.	⚠ Achados que Requerem Atenção • Dor à mobilização do colo (sinal do candelabro) → suspeita de DIP; • Colo endurecido e imóvel → suspeita de neoplasia; • Útero aumentado, irregular ou doloroso à palpação; • Ovários aumentados, imóveis ou com sensibilidade extrema; • Ovários palpáveis em mulheres há mais de 3 anos na menopausa; • Secreção abundante, sanguinolenta ou espumosa na luva.
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>	

13.1.3.3 – Exame Retovaginal

O exame retovaginal está indicado em situações específicas, como na suspeita de endometriose profunda, comprometimento do septo retovaginal ou massas pélvicas posteriores. Requer consentimento informado da mulher e deve ser realizado após o exame especular, com comunicação prévia sobre o procedimento.

QUADRO 22 – EXAME RETOVAGINAL	
✓ Achados Normais • Septo retovaginal liso, fino, móvel e consistente; • Parede uterina posterior lisa, firme, arredondada e com mobilidade preservada; • Ausência de sensibilidade excessiva.	⚠ Achados que Requerem Atenção • Massas, tumorações ou espessamento do septo; • Imobilidade estrutural; • Flacidez excessiva (retocele), fístulas ou sensibilidade dolorosa intensa. → Encaminhar para avaliação médica especializada.
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>	

14 – MANEJO DE QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS

14.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites

A vagina constitui um ecossistema dinâmico, mantido em equilíbrio pela flora lactobacilar e pelo ambiente hormonal. O pH vaginal saudável é ácido, situando-se entre 3,8 e 4,5. Alterações desse equilíbrio podem ter origem intrínseca — decorrentes de variações hormonais, ciclo menstrual, comorbidades — ou extrínseca, relacionadas ao uso de antibióticos, contraceptivos hormonais, atividade sexual, traumatismos, hábitos de higiene inadequados, alimentação ou comprometimento da imunidade.

As vulvovaginites correspondem a processos inflamatórios que afetam simultaneamente a vagina e a vulva, manifestando-se por alterações no fluxo vaginal associadas a sintomas como ardência, prurido, edema, microlesões, odor desagradável e hiperemia local. As etiologias mais prevalentes são a vaginose bacteriana (causada principalmente por *Gardnerella vaginalis* e outros anaeróbios) e a candidíase (causada por *Candida albicans* ou espécies não-*Albicans*).

QUADRO 23 – RACIOCÍNIO CLÍNICO NO CORRIMENTO VAGINAL, VULVOVAGINITES E CERVICITES	
PERGUNTAS-CHAVE PARA O RACIOCÍNIO CLÍNICO	DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS A CONSIDERAR
• A paciente foi examinada adequadamente? • A secreção é fisiológica ou patológica? • Há relação com IST? (ver Protocolo Volume 02); • Há cervicite ou DIP associada? (ver Protocolo Volume 02); • Há lesão cervical? O rastreamento de câncer de colo está em dia? • Existe relação com patologia, tratamento ou procedimento recente? • A parceria sexual foi avaliada ou tratada? • Em qual fase do ciclo de vida a mulher se encontra? (puerpério, aborto, menarca, sexarca, menopausa?)	• Variações fisiológicas do ciclo uterino; • Transudação vaginal exacerbada; • Vaginite alérgica ou de contato; • Candidíase vulvovaginal; • Vaginose bacteriana; • Vaginose citolítica; • Cervicite (Clamídia / Gonorreia) — encaminhar conforme protocolo ISTs; • Vaginite inflamatória descamativa; • Resistência a tratamentos em uso (cepas resistentes).
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.	

14.1.1 – Abordagem às Principais Causas de Corrimento Vaginal

14.1.1.1 – Candidíase Vulvovaginal

QUADRO 24 – ABORDAGEM À CANDIDÍASE VULVOVAGINAL
SINAIS E SINTOMAS CARACTERÍSTICOS
• Prurido vulvar intenso; • Hiperemia e edema vulvar; • Corrimento branco, espesso, grumoso (aspecto de 'leite coalhado'); • Teste do KOH (10%) negativo para odor de aminas (diferencia de vaginose bacteriana).
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

1ª opção (inclusive para gestantes):

- Miconazol creme vaginal 2% — aplicar 1 vez ao dia por 7 noites consecutivas;
- Evitar relações sexuais durante o tratamento e nas 48h após o término.

2ª opção (NÃO utilizar em gestantes):

- Fluconazol 150 mg VO — dose única;
- Para casos graves: Fluconazol 150 mg no D1, D4 e D7.

Candidíase recorrente (≥ 4 episódios em 12 meses):

- Investigar DM e HIV;
- Encaminhar para avaliação médica;
- Tratar parceria com Fluconazol 150 mg dose única (verificar contraindicações).

⚠ Atenção ao Fluconazol:

- **CONTRAINDICADO** na gestação e em mulheres com histórico de hepatopatia;
- **Reduz a eficácia de contraceptivos hormonais orais e injetáveis: orientar uso de método adicional por 7 dias após a última dose.**

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS E ORIENTAÇÕES

- Usar roupas íntimas de algodão; dormir sem calcinha para melhorar ventilação;
- Evitar roupas apertadas e absorventes diários;
- Após o tratamento, repor lactobacilos: iogurte natural sem açúcar (uso intravaginal, 1 col. chá, por 3–5 noites) ou consumo de fermentados (kefir, kombucha) para reequilíbrio intestinal.

Opções fitoterápicas e complementares (uso adjuvante):

- Melaleuca (tea tree): 1–2 gotas de óleo essencial em 100 mL de água para banho de assento ou lavagem intravaginal suave, 1x/dia por 5 dias;
- Bicarbonato de sódio: banho de assento (1 col. sopa em 500 mL de água) para alívio do prurido;
- Óleo de coco: aplicação externa para alívio da coceira e reepitelização.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

14.1.1.2 – Vaginose Bacteriana**QUADRO 25 – ABORDAGEM À VAGINOSE BACTERIANA****SINAIS E SINTOMAS CARACTERÍSTICOS**

- Corrimento vaginal de coloração acinzentada ou amarelada;
- Odor fétido, semelhante a 'peixe', especialmente após relações sexuais;
- Teste de Whiff (KOH 10%): positivo — libera odor amoniacal ao acrescentar 2 gotas de KOH à secreção.
- **Atenção: a vaginose bacteriana NÃO é uma IST — não há necessidade de convocar parceiros sexuais.**

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**1ª opção:**

- Metronidazol 250 mg VO — 2 comprimidos de 12/12h por 7 dias; ✓ Seguro para gestantes.

2ª opção:

- Metronidazol gel vaginal (100 mg/g) — 1 aplicação à noite por 5 noites; ✓ Seguro para gestantes; ✓ Preferir para nutrízes (menor excreção no leite).

⚠ Orientar abstinência alcoólica por 24h após o término do tratamento com Metronidazol VO.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Usar roupas íntimas de algodão e evitar peças apertadas;
- Evitar duchas vaginais e produtos perfumados;
- Banho de assento com vinagre branco diluído (1–2 col. sopa em 1 litro de água) para alívio sintomático.

14.1.1.3 – Vaginose Citolítica

A vaginose citolítica é uma condição frequentemente confundida com a candidíase, pois compartilha sintomas semelhantes (prurido, queimação, corrimento branco espesso e dispareunia). Sua origem, no entanto, é distinta: resulta da superpopulação de *Lactobacillus* sp no trato genital inferior, tornando o pH ainda mais ácido (entre 3,5 e 4,5) e causando lise das células epiteliais vaginais. O tratamento, portanto, é oposto ao da candidíase — não deve incluir antifúngicos.

QUADRO 26 – ABORDAGEM À VAGINOSE CITOLÍTICA

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS (TRATAMENTO DE ESCOLHA)

- Banho de assento com bicarbonato de sódio (4 xícaras de água morna + 1 a 2 col. sopa de bicarbonato) por 5 a 10 minutos, 2x/semana por 2 semanas ou até melhora dos sintomas;
- Suspende produtos de higiene íntima com perfume, corante ou fórmulas químicas irritantes;
- Usar calcinhas de algodão, secar em ambiente arejado;
- Reduzir temporariamente o consumo de alimentos ricos em lactobacilos (iogurtes, fermentados);
- Sem melhora após as medidas não farmacológicas: encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

14.1.2 – Hipersensibilidade ao Plasma Seminal

QUADRO 27 – HIPERSENSIBILIDADE AO PLASMA SEMINAL

SINAIS E SINTOMAS

Sinais surgem no local de contato com o sêmen, geralmente 10 a 30 minutos após a relação sexual, podendo persistir por horas ou dias:

- Hiperemia e edema vulvar ou vaginal;
- Prurido e queimação intensa.

CONDUTA DE ENFERMAGEM

- Orientar uso de preservativos ou evitar a ejaculação intravaginal enquanto aguarda avaliação médica;
- Encaminhar para consulta médica para investigação e conduta específica.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

14.1.3 – Cisto ou Abscesso de Bartholin (Bartholinite)

As glândulas de Bartholin, localizadas na base dos grandes lábios, têm como função principal a produção de fluido mucoso responsável pela lubrificação vulvar e vaginal, especialmente durante a excitação sexual. Em condições normais são imperceptíveis ao exame. A obstrução de seu ducto excretor pode originar cistos e, na vigência de infecção secundária, abscessos — quadro denominado bartholinite.

QUADRO 28 – ABORDAGEM AO CISTO/ABSCESO DE BARTHOLIN

CONDUTA DE ENFERMAGEM

Encaminhar para avaliação médica para:

- Definição de conduta (drenagem, marsupilaização ou tratamento conservador);
- Prescrição de antibioticoterapia quando indicada;
- Encaminhamento para ginecologia, se necessário.

Tratamento Analgésico (prescrição autônoma do enfermeiro, conforme legislação vigente):

- Paracetamol 500–1.000 mg VO de 6/6h ✓ Seguro para gestantes e nutrízes;
- Dipirona 500–1.000 mg VO de 6/6h ✗ Contraindicada para gestantes e nutrízes;
- Para dor por mais de 3–5 dias: Ibuprofeno 300–600 mg VO de 8/8h;
- **Cuidados Locais (orientar a paciente):**
- Higiene com água morna e sabão neutro; secar com toalha macia; evitar papel higiênico na região;
- Compressas mornas por 10–15 minutos, 3 a 4x/dia, para alívio da dor e do edema;
- Banho de assento com água morna (podendo adicionar infusão de calêndula, camomila ou malva: 2 col. sopa de erva seca em 1 litro de água quente, coar e utilizar morno) por 10–15 minutos, 2 a 3x/dia;
- Evitar usar calcinha durante o período mais álgico do processo.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

15 – MANEJO DE QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS (CONTINUAÇÃO)

15.2 – Infecção do Trato Urinário (ITU)

A infecção do trato urinário constitui uma das queixas mais frequentes nas consultas de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, sendo a cistite — infecção da bexiga — sua manifestação mais comum em mulheres. A abordagem precoce e adequada é fundamental para prevenir complicações como pielonefrite, especialmente em gestantes. O quadro clínico principal inclui disúria, polaciúria, urgência miccional e, eventualmente, hematúria e dor suprapúbica.

QUADRO 29 – TRATAMENTO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) EM MULHERES

TRATAMENTO PARA MULHERES NÃO GESTANTES

1ª opção: Nitrofurantoína

- 100 mg VO de 6/6h por 5–7 dias (1 comprimido de 6/6h);
- X Contraindicada em nutrízes de RN < 30 dias, hiperbilirrubinemia e deficiência de G6PD.

2ª opção: Sulfametoxazol + Trimetoprima

- 2 cp de 400 mg + 80 mg VO de 12/12h por 3 dias;
- X Contraindicada em mulheres amamentando.

3ª opção (caso as anteriores não estejam disponíveis): Cefalexina

- 500 mg VO de 6/6h por 7 dias; ✓ Segura em nutrízes.

Analgesia:

- Dipirona 500–1.000 mg VO de 6/6h X Contraindicada em gestantes e nutrízes;
- Paracetamol 500–1.000 mg VO de 6/6h ✓ Seguro em gestantes e nutrízes.

Medidas não farmacológicas:

- Aumentar ingesta hídrica (mínimo 2 litros/dia);
- Orientar sinais de agravamento (febre, dor lombar, calafrios) e retorno imediato;
- Não há necessidade de exames laboratoriais na ITU não complicada. Se persistência após tratamento completo: discussão e encaminhamento médico.

TRATAMENTO PARA GESTANTES

⚠ O enfermeiro PODERÁ prescrever o tratamento medicamentoso APENAS:

- Na 1ª evidência laboratorial de ITU (urocultura positiva com antibiograma); OU
- No 1º quadro sintomático de ITU baixa (cistite).

Opções de antibiótico:

- 1ª opção: Cefalexina 500 mg VO de 6/6h por 7 dias;
- 2ª opção: Amoxicilina/Ácido clavulânico 500 mg+125 mg VO de 12/12h por 7 dias;
- 3ª opção: Nitrofurantoína 100 mg VO de 6/6h por 10 dias X NÃO usar após 36ª semana gestacional.

Analgesia:

- Paracetamol 500–1.000 mg VO de 6/6h ✓ Seguro em gestantes.

Seguimento após o tratamento:

- Repetir EAS + urocultura com antibiograma 2–7 dias após o tratamento;
- Orientar sinais de agravamento (febre, dor lombar, contrações) e retorno imediato;
- Vincular a gestante ao acompanhamento pré-natal;

- Reforçar higiene íntima adequada e esvaziamento vesical regular (inclusive antes e após relações sexuais).

ITU de repetição (≥ 2 episódios na gestação):

- Considerar fatores predisponentes: imunossupressão, DM, alterações renais;
- Discutir com o médico da equipe a possibilidade de profilaxia e controle com urocultura até o final da gestação.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

15.3 – Manejo de Enfermagem na Dor Pélvica Aguda, Crônica e Cíclica

A dor pélvica é um sintoma prevalente na saúde da mulher e pode refletir condições de ampla variação etiológica — de causas fisiológicas e benignas a processos infecciosos e neoplásicos. A classificação em aguda (duração < 3 meses) e crônica (≥ 6 meses) orienta a abordagem. A avaliação sistematizada, incluindo anamnese detalhada e exame físico direcionado, é o pilar da conduta de enfermagem.

QUADRO 30 – MANEJO DE ENFERMAGEM NA DOR PÉLVICA AGUDA, CRÔNICA E CÍCLICA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Entrevista Detalhada:

- Características da dor: início, duração, localização, intensidade (usar EVA), tipo, irradiação, fatores de melhora e piora;
- Sintomas associados: febre, sangramentos, corrimentos, alterações urinárias e intestinais, dispareunia, náuseas, vômitos;
- Histórico: menstrual, obstétrico, sexual, cirurgias prévias, ISTs;
- Fatores psicossociais: estresse, histórico de violência, conflitos relacionais.

Exame Físico:

- Palpação abdominal;
- Toque vaginal bimanual (quando indicado e consentido) para avaliar dor à mobilização cervical e de anexos;
- Pesquisa de massas pélvicas;
- Sinais de alerta: febre alta, irritação peritoneal, comprometimento sistêmico, dor intensa e súbita → encaminhar com urgência.

DOR PÉLVICA CÍCLICA (OVULATÓRIA)

Dor geralmente lateralizada em baixo ventre, relacionada ao período ovulatório, de caráter fisiológico.

Implementação de Enfermagem:

- Orientar sobre o ciclo uterino e a fisiologia da dor ovulatória;
- Recomendar uso de mapa menstrual;
- Afastar gestação (teste rápido), DIP, vulvovaginites e ISTs por meio de avaliação clínica;
- Tratamento analgésico: Dipirona 500 mg de 6/6h, Paracetamol 500 mg de 6/6h ou Hioscina 10 mg de 8/8h, por até 3 dias (não disponível na REMUME);
- Sem melhora ou surgimento de novos sintomas: encaminhar para avaliação médica.

CÓLICA MENSTRUAL (DISMENORREIA)

Dor cíclica associada à menstruação, com prevalência de 50–90% nas mulheres em idade fértil. Pode ser primária (sem causa orgânica) ou secundária (endometriose, miomas). A dor menstrual não deve ser naturalizada.

Medidas não farmacológicas:

- Termoterapia (bolsa de água quente no baixo ventre);

- Atividade física regular, técnicas de relaxamento, yoga, massagem, auriculoterapia;
- Fitoterapia: infusão de mil-ramas (1 folha) + melissa (5 folhas) + alfavaca anisada (5 folhas) em água quente abafada por 10 minutos — até 5 xícaras ao dia **X** Não prescrever para gestantes e nutrízes.

Tratamento farmacológico:

- Dipirona 500–1.000 mg VO de 6/6h;
- Paracetamol 500–1.000 mg VO de 6/6h;
- Hioscina 10 mg VO de 8/8h por até 5 dias (não disponível na REMUME);
- Ibuprofeno 300–600 mg VO de 8/8h (iniciar 1–2 dias antes da menstruação, por até 5 dias)

Casos refratários:

- Avaliar indicação de contraceptivos hormonais conforme critérios de elegibilidade; encaminhar para avaliação médica.

OUTRAS CAUSAS FREQUENTES DE DOR PÉLVICA

Doença Inflamatória Pélvica (DIP):

- Realizar exame clínico ginecológico completo;
- Orientar adesão ao tratamento e abstinência sexual até resolução do quadro;
- Solicitar testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites B e C;
- Realizar educação sexual e prevenção de ISTs;
- Encaminhar para avaliação médica.

Outras Causas — Conduta:

- Endometriose: dor cíclica intensa, dispareunia, alterações intestinais/urinárias — avaliação médica;
- Cisto ovariano (torção/ruptura): dor aguda intensa com irritação peritoneal — encaminhar imediatamente à urgência;
- Constipação intestinal: orientar dieta rica em fibras, hidratação, atividade física, probióticos;
- Violência/fatores psicossociais: acolhimento, escuta qualificada, notificação compulsória, rede de apoio.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

15.4 – Dispareunia e Vaginismo

QUADRO 31 – DISPAREUNIA E VAGINISMO

DEFINIÇÃO E CAUSAS

A dispareunia é a dor genital persistente associada à relação sexual, constituindo sintoma frequente e de amplo espectro etiológico. O vaginismo refere-se à contração involuntária dos músculos vaginais que dificulta ou impede a penetração. A anamnese detalhada e o exame físico são instrumentos fundamentais para a investigação.

Causas mais comuns:

- Hipoestrogenismo (menopausa, climatério, puerpério prolongado em amamentação);
- Vulvovaginites e cervicites não tratadas ou recorrentes;
- Doença Inflamatória Pélvica (DIP);
- Fatores psicossociais: histórico de violência sexual ou doméstica, traumas, ansiedade, insatisfação sexual.

IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Orientar uso de lubrificantes íntimos à base de água para queixas de lubrificação insuficiente;
- Para mulheres em climatério/menopausa com lubrificantes insuficientes, considerar estrogênização local:

15. *Estriol 1 mg/g creme vaginal: aplicar 0,5 g/dia via vaginal por 21 dias consecutivos, pausa de 7 dias, repetir se necessário (máximo 3 meses);*
16. **X** *Contraindicado em cânceres estrogênio-dependentes (mama, ovário, endométrio), coagulopatias, hepatopatias, sangramento uterino anormal.*
 - Valorizar sempre a queixa de dispareunia, investigando causas clínicas e psicossociais;
 - Sem resolução com as medidas iniciais: encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

15.5 – Incontinência Urinária

A incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina, condição prevalente entre mulheres e frequentemente subnotificada por constrangimento. Está relacionada à anatomia pélvica feminina, histórico obstétrico, hipoestrogenismo pós-menopausa e comorbidades como ansiedade, depressão e constipação intestinal. Embora prevalente, não é uma condição normal e possui tratamento eficaz.

QUADRO 32 – CLASSIFICAÇÃO E MANEJO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

CLASSIFICAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

De Esforço:

Perda urinária ao tossir, espirrar, levantar peso ou sair de cadeiras. Associada à fraqueza, tensão ou lentidão da musculatura do assoalho pélvico.

De Urgência:

Perda urinária precedida de urgência miccional súbita e intensa, frequentemente sem tempo de chegar ao banheiro. Relacionada à hiperatividade vesical.

Mista:

Combinação das duas formas acima. Orientar que a incontinência urinária, embora prevalente, não é uma condição normal de saúde e possui tratamento eficaz.

IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM – TRATAMENTO CONSERVADOR

Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP):

- Contrair os músculos do assoalho pélvico como se fosse interromper o fluxo urinário por 8–10 segundos, com relaxamento completo em seguida. Séries de 10 repetições, 3 a 5x ao dia;
- **X** Nunca interromper o fluxo urinário real como exercício — risco de resíduo pós-miccional.

Modificações de Estilo de Vida – IU de Esforço:

- Aumentar ingestão hídrica; incluir fibras na dieta; reduzir peso se sobrepeso/obesidade;
- Sentar-se corretamente no vaso sanitário; aguardar esvaziamento completo da bexiga.

Modificações de Estilo de Vida – IU de Urgência:

- Aumentar ingestão hídrica; incluir fibras na dieta;
- Evitar irritantes vesicais: refrigerantes, café, chá-mate, chá-preto, alimentos condimentados, álcool;
- Interromper ingestão de líquidos 2h antes de dormir;
- Criar planejamento de frequência urinária: se intervalos de 15 min, progredir gradualmente para 30, 45 e 60 min.

Espasticidade Perineal:

- Massagem intravaginal (técnica de automassagem): durante o banho, em posição agachada; massagear suavemente as paredes laterais vaginais com movimentos circulares nos pontos de tensão;

- Banho de assento com água morna (15–20 min, 1–3x/dia); aplicar calor seco (bolsa de água quente) por 20–30 min, 1–3x/dia;
- Exercícios de contração rápida e relaxamento completo, com ênfase no relaxamento — séries de 10, 3x/dia.

Seguimento:

- Avaliar evolução a cada consulta. Persistência dos sintomas: encaminhar para consulta médica ou fisioterapia pélvica se disponível no município.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

16 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O planejamento reprodutivo é um direito assegurado pela Lei Federal nº 9.263/1996, que garante a homens e mulheres, adultos e adolescentes, o acesso a informações, meios e serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva. A abordagem contemporânea substitui o termo 'planejamento familiar' por 'planejamento reprodutivo', reconhecendo que a decisão sobre reprodução é individual e independe do arranjo familiar. O enfermeiro tem papel central nesse processo, tanto no aconselhamento pré-concepcional quanto na orientação contraceptiva.

16.1 – Pré-Concepção

O atendimento pré-concepcional representa uma oportunidade valiosa para otimizar as condições de saúde da mulher antes da gestação. O enfermeiro deve abordar ativamente o tema, oferecendo escuta qualificada, esclarecendo dúvidas, atualizando imunizações, orientando alimentação e iniciando a suplementação de ácido fólico.

QUADRO 33 – IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL

- Acolher dúvidas e angústias sobre a futura gestação; incluir a parceria quando possível;
- Orientar sobre o período fértil: cálculo pelo 1º dia de sangramento, observação do muco cervical (mais abundante e filante na ovulação), leve elevação da temperatura basal corporal e aumento da libido;
- Orientar alimentação saudável e equilibrada: proteínas, vegetais verdes e alaranjados, leguminosas, grãos integrais, frutas — atenção especial ao ácido fólico (folhas verdes, feijão, frutas cítricas) e ao ferro (carnes, aves, legumes);
- Verificar e atualizar caderneta vacinal: hepatite B, dupla adulto, tríplice viral, febre amarela. Após vacinação com vírus vivos (tríplice viral / febre amarela), aguardar 30 dias para tentar engravidar;
- Abordar riscos do tabagismo e do álcool na gestação e apoiar a cessação antes da concepção;
- Questionar uso de medicações contínuas e comorbidades; encaminhar para avaliação médica se necessário para ajuste de tratamento compatível com a gestação;
- Convidar a parceria para consulta de enfermagem.

Prescrição (iniciar no mínimo 30 dias antes da concepção, manter até 12 semanas de gestação):

- Ácido fólico 0,4 mg VO 1x ao dia (ou solução 0,2 mg/mL — 40 gotas/dia; na indisponibilidade, utilizar 5 mg/dia);

Solicitação de exames:

- Teste rápido de gravidez (TIG) ou beta-HCG em caso de atraso menstrual;
- Verificar situação do citopatológico de colo uterino e sorologias; atualizar se necessário.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

16.2 – Métodos Contraceptivos

A escolha do método contraceptivo é um processo individualizado, centrado nos desejos, condições de saúde e contexto de vida de cada pessoa. Não há método universalmente superior — o melhor método é aquele que se adapta à singularidade do usuário, que ele utilizará de forma consistente e correta. O enfermeiro deve avaliar elegibilidade clínica, apresentar opções disponíveis na rede pública e orientar sobre uso correto, efeitos adversos e interações medicamentosas.

16.2.1 – Taxa de Falha e Eficácia Comparativa

QUADRO 34 – TAXA DE FALHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS			
Método	Uso Perfeito	Uso Típico	Eficácia
Implante subdérmico	< 0,1%	< 0,6%	Muito efetivo
Vasectomia	0,1%	0,15%	Muito efetivo
Laqueadura tubária	0,5%	0,5%	Muito efetivo
DIU de cobre	0,6%	0,8–1,4%	Muito efetivo
Injetável mensal (combinado)	0,05%	3%	Muito efetivo
Injetável trimestral (progestágeno)	0,2%	1,7–4%	Muito efetivo
Pílula combinada oral	0,3%	5,5–7%	Efetivo
Pílula somente progestágeno	0,3%	7%	Efetivo
Preservativo masculino	2%	5,4–13%	Efetivo
Preservativo feminino	5%	21%	Moderadamente efetivo
Método de ovulação (Billings)	3%	23%	Menos efetivo
Coito interrompido	4%	13,4–20%	Menos efetivo
Espermicida	16%	21%	Menos efetivo

Fonte: Adaptado de World Health Organization (WHO), 2022. | Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

16.2.2 – Categorias de Elegibilidade dos Métodos Contraceptivos (OMS)

As categorias de elegibilidade foram definidas pela Organização Mundial da Saúde para orientar profissionais de saúde na prescrição segura de métodos contraceptivos diante de condições clínicas específicas.

QUADRO 35 – CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (OMS)		
Categoria	Definição	Prescrição pelo Enfermeiro
1	A condição não restringe o uso do método.	✓ Pode prescrever.
2	As vantagens superam os riscos teóricos ou comprovados.	✓ Pode prescrever, com monitoramento e se não houver alternativa mais segura.
3	Os riscos superam as vantagens.	⚠ Ponderar uso com cautela; se possível, optar por método mais seguro.
4	O risco é inaceitável.	✗ Não prescrever. Somente médico.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

16.2.3 – Métodos Disponíveis na Rede Pública de Guaratuba

A rede pública municipal disponibiliza os seguintes métodos contraceptivos, que devem ser oferecidos com orientação individualizada:

- Pílula combinada oral (etinilestradiol/levonorgestrel 0,03/0,15 mg) — iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; usar preservativo nos primeiros 7 dias; tomar diariamente no mesmo horário por 21 dias com pausa de 7;
- Injetável mensal (enantato de noretisterona/valerato de estradiol 50/5 mg ou acetato de medroxiprogesterona/cipionato de estradiol 25/5 mg) — aplicação IM a cada 30 dias; iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo; preservativo nos 7 primeiros dias. * PODE SER APLICADA COM ATÉ 7 DIAS DE ATRASO EM RELAÇÃO À DATA PREVISTA SEM NECESSIDADE DE CONFIRMAR GESTAÇÃO (TIG OU BETA-HCG).
- Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg) — aplicação IM a cada 90 dias; pode iniciar a qualquer momento com certeza de não estar grávida; preservativo por 7–14 dias. * PODE SER APLICADA COM ATÉ 14 DIAS DE ATRASO EM RELAÇÃO À DATA PREVISTA SEM NECESSIDADE DE CONFIRMAR GESTAÇÃO (TIG OU BETA-HCG).
- Minipílula (noretisterona 0,35 mg) — indicada para nutrízes; tomar no mesmo horário todos os dias; não ultrapassar 3 horas de atraso.
- DIU de cobre — inserção e retirada por enfermeiro com capacitação específica (Res. COFEN 690/2022: 70h de curso, mínimo 20 inserções supervisionadas);
- Implante subdérmico (etonogestrel 68 mg, duração de 3 anos) — inserção e retirada por enfermeiro com capacitação específica;
- Preservativo masculino e feminino — distribuição gratuita na UBS;
- Métodos cirúrgicos (laqueadura/vasectomia) — encaminhamento, com registro de manifestação de vontade e prazo mínimo de 60 dias;
- Contracepção de emergência: levonorgestrel 0,75 mg × 2 comprimidos dose única, até 72h após relação desprotegida (eficácia 89%); ou DIU de cobre inserido em até 5 dias (eficácia até 99%).

Informações sobre métodos disponíveis apenas na rede privada (DIU hormonal, anel vaginal, adesivo, desogestrel) devem ser fornecidas pelo enfermeiro em consulta individualizada, orientando sobre uso correto e efeitos adversos.

17 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O câncer de colo do útero é o terceiro tipo mais comum entre mulheres no Brasil e a quarta causa de morte feminina por câncer. Apresenta alto potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. A quase totalidade dos casos está associada à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), especialmente os tipos 16 e 18.

O rastreamento por meio da citologia oncológica (Papanicolaou) é recomendado para todas as mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres e homens trans. Realiza-se anualmente no início, e com intervalos de 3 anos após dois exames anuais consecutivos normais.

A vacinação contra HPV está disponível no SUS para meninas de 9 a 14 anos e 11 meses (dose única) e resgate para adolescentes até 19 anos sem dose prévia. Para imunossuprimidos, transplantados, pessoas vivendo com HIV/AIDS e usuários de PrEP (15–45 anos): esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).

17.1 – Técnica de Coleta da Citologia Oncológica

Para garantir amostra de qualidade, orientar a mulher a não utilizar lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais nas 48h anteriores à coleta, e a não realizar o exame durante o período menstrual (aguardar pelo menos 5 dias após o término). Em caso de sangramento vaginal anormal, o exame é mandatório independentemente do período.

- Ectocérvice: utilizar espátula de Ayre (ponta longa encaixada no orifício externo). Realizar raspagem rotacional de 360° com pressão firme e delicada;
- Endocérvice: utilizar escova endocervical introduzida no orifício externo, com movimento giratório de 360°;
- Estender o material na lâmina de forma uniforme, fina e sem destruição celular. Fixar imediatamente para evitar dessecação.

17.2 – Recomendações para Coleta em Situações Específicas

QUADRO 36 – RECOMENDAÇÕES PARA COLETA DE CITOPATOLÓGICO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS	
Situação	Recomendação
Sem vida sexual	Não há indicação de rastreamento neste grupo.
Menores de 25 anos	Não é faixa-alvo do rastreamento rotineiro. Se exame já realizado com ASC-US ou LSIL, repetir em 3 anos. Lesões mais graves: encaminhar para colposcopia.
Gestantes	Seguir periodicidade padrão (25–64 anos); aproveitar oportunidade do pré-natal.
Climatério e pós-menopausa	Seguir periodicidade padrão. Em caso de laudo com dificuldade diagnóstica por atrofia: estrogênizar com Estriol 0,1% creme vaginal por 21 dias e repetir coleta após 5–7 dias de pausa. X Contraindicado em neoplasias estrogênio-dependentes.
Histerectomia total	Não realizar rastreamento — exceto se histerectomia foi tratamento de câncer de colo ou lesão precursora: seguimento cito/colposcópico conforme protocolo.

Imunossuprimidas (HIV, transplantadas, em quimioterapia)	Iniciar rastreamento ao início da atividade sexual (sem idade mínima). Intervalos semestrais no 1º ano; se normais: manutenção anual enquanto persistir fator de imunossupressão, sem limite de idade máxima.
Mulheres com corrimento vaginal	Aproveitar a consulta para realizar coleta, exceto suspeita de tricomoníase (tratar e reagendar em 3 meses).
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>	

17.3 – Condutas Conforme Resultado do Exame Citopatológico

QUADRO 37 – CONDUTAS CONFORME RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO	
Resultado	Conduta do Enfermeiro
Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US) — provavelmente não neoplásica	Repetir citologia em 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos). Dois exames negativos consecutivos: retornar à rotina trienal. Lesão igual ou mais grave: encaminhar para colposcopia.
Atipias de células escamosas — não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia.
Atipias em células glandulares	Encaminhar para colposcopia.
Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	Repetir citologia em 6 meses. Dois exames negativos: retornar à rotina. Lesão igual ou mais grave: encaminhar para colposcopia.
Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)	Encaminhar para colposcopia com urgência via regulação.
Lesão de alto grau não excluindo microinvasão ou carcinoma invasor	Encaminhar para colposcopia com urgência via regulação.
Adenocarcinoma in situ ou invasor	Solicitar ao médico os encaminhamentos necessários para centro oncológico de referência.
Amostra insatisfatória	Repetir o exame em 3 meses, corrigindo o problema identificado.
Amostra satisfatória, somente células escamosas	Repetir em 1 ano. Dois exames normais anuais: ampliar para intervalo de 3 anos.
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>	

17.4 – Achados Clínicos Comuns no Colo Uterino

Na realização do exame especular, alguns achados são frequentes e devem ser reconhecidos pelo enfermeiro para conduta adequada:

- Ectopia (eversão da JEC): achado fisiológico comum em mulheres em uso de contraceptivos hormonais, gestantes e jovens. Reforçar uso de preservativo; não requer encaminhamento na maioria dos casos. Correlacionar com resultado do citopatológico;
- Cistos de Naboth: estruturas arredondadas de aspecto translúcido no colo, oriundas de obstrução das glândulas endocervicais. Achado benigno — sem necessidade de intervenção;
- Pólipos cervicais: projeções da mucosa pelo orifício cervical. Encaminhar para ginecologia se associados a sangramento ou dispareunia.

18 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o tipo de câncer mais frequente em mulheres em todo o mundo e o segundo mais incidente no Brasil. Fatores de risco incluem: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, histórico familiar (mãe ou irmã com diagnóstico de câncer de mama ou ovário abaixo dos 50 anos), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e terapia de reposição hormonal.

É fundamental que o enfermeiro conheça as diretrizes vigentes do Ministério da Saúde para rastreamento, evitando tanto a omissão quanto o excesso de intervenções.

18.1 – Rastreamento Mamográfico

Conforme as diretrizes atuais do Ministério da Saúde:

- Mulheres de 50 a 69 anos (risco habitual): mamografia a cada 2 anos, precedida de exame clínico das mamas sob demanda;
- Mulheres de 40 a 49 anos: acesso à mamografia garantido no SUS mediante decisão compartilhada e informada — o enfermeiro deve orientar sobre benefícios e possíveis danos (sobrediagnóstico, falsos-positivos, exposição à radiação);
- Alto risco (≥ 35 anos): exame clínico das mamas + mamografia anual para: (a) história familiar de parente de 1º grau com câncer de mama ou ovário antes dos 50 anos; (b) história de câncer de mama masculino na família; (c) diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

QUADRO 38 – RESULTADOS DA MAMOGRAFIA E CONDUTAS NA APS (SISTEMA BIRADS)	
Resultado BIRADS	Conduta do Enfermeiro
0 – Inconclusivo	USG ou mamografia complementar.
1 – Sem achados / 2 – Achado benigno	Manter rotina de rastreamento conforme periodicidade indicada.
3 – Achado provavelmente benigno	Controle radiológico em 6 meses. Se persistência: discussão com médico para seguimento.
4 – Achado suspeito / 5 – Achado altamente suspeito / 6 – Diagnóstico de câncer sem tratamento	Encaminhar para avaliação médica com urgência.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

18.2 – Sinais e Sintomas que Indicam Avaliação Imediata

O enfermeiro deve realizar interconsulta com médico ou encaminhar para avaliação imediata diante de:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, persistente por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo endurecido, fixo ou em crescimento progressivo, em qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Linfadenopatia axilar; aumento progressivo da mama com edema ('casca de laranja'); retração cutânea ou mamilar; mudança no formato do mamilo.

18.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários

A mastalgia é a queixa mamária mais frequente na consulta ginecológica. Na maioria das vezes tem origem fisiológica — relacionada ao ciclo hormonal — e desaparece após a menstruação. Como regra geral, sintomas que somem totalmente após a menstruação raramente têm causa maligna. O enfermeiro tem papel fundamental em tranquilizar a mulher e desmistificar a dor mamária como sinal necessário de câncer, sem, no entanto, negligenciar a investigação clínica adequada.

QUADRO 39 – CONDUTAS PARA MASTALGIA E OUTRAS QUEIXAS MAMÁRIAS	
Situação	Conduta do Enfermeiro
Mastalgia COM febre (Tax > 38°C)	• Suspeitar de mastite; encaminhar ao médico com urgência; • Em nutrízes: avaliar ingurgitamento mamário e orientar medidas (ver Cap. 7 – Aleitamento Materno).
Mastalgia SEM febre	• Investigar gestação; • Tranquilizar: câncer raramente causa dor; • Verificar uso de sutiã e orientar roupa íntima adequada; • Paracetamol 500 mg de 6/6h por 3–5 dias OU Ibuprofeno 300–600 mg de 8/8h por 3–5 dias (com alimento; evitar em gastropatas, gestantes ≥ 30 semanas, nefropatas e alérgicas a AINEs); • Se método anticoncepcional hormonal em uso há > 3 meses e mantém mastalgia: discutir troca para método não hormonal.
Descarga papilar espontânea (não nutriz)	• Investigar gestação; verificar uso de medicamentos galactagogos (metoclopramida, domperidona, sulpirida); • Secreção láctea ou serosa bilateral: tranquilizar, encaminhar para investigação médica; • Secreção sanguinolenta ou purulenta unilateral: solicitar análise da descarga e encaminhar com urgência.
Retração mamilar recente / Descamação ou erosão do mamilo / Pele em casca de laranja	• Encaminhar para avaliação médica com consulta prioritária; • Considerar Doença de Paget (descamação/erosão) e neoplasia inflamatória (pele em casca de laranja).

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

18.4 – Nota Técnica: Autoexame das Mamas

Você sabia?

O autoexame das mamas não demonstrou benefício para a detecção precoce de neoplasias e pode gerar falsa segurança, ansiedade e procedimentos invasivos desnecessários. Por isso, não deve ser recomendado como método de rastreamento — embora possa ser incentivado como prática de autoconhecimento corporal.

O INCA e o Ministério da Saúde também contraindicam a ultrassonografia de mamas como método de rastreamento isolado ou combinado com mamografia em mulheres de risco habitual.

19 – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

O acompanhamento pré-natal é uma das ações mais fundamentais da Atenção Primária à Saúde, sendo o enfermeiro o profissional responsável pelo pré-natal de risco habitual e cogestão do pré-natal de risco intermediário e alto risco. Ao atender mulher em idade fértil com atraso menstrual de uma semana ou mais, o enfermeiro deve sempre considerar a possibilidade de gestação e realizar teste rápido de gravidez (TIG) ou beta-HCG para confirmação. A informação de uso de método anticoncepcional não exclui essa hipótese.

Recomenda-se no mínimo 8 consultas de pré-natal para gestações de risco habitual, com consultas intercaladas entre enfermagem e medicina. O início precoce de preferência até a 12ª semana é determinante para os melhores desfechos maternos e perinatais.

19.1 – Estratificação de Risco no Pré-Natal

A classificação de risco é uma das mais importantes ferramentas de prevenção da mortalidade materna, fetal, infantil e de transmissão vertical. O enfermeiro é responsável pelo pré-natal de baixo risco e deve encaminhar para o Pré-Natal de risco intermediário todas as gestantes que se enquadrem nos critérios abaixo, mantendo o acompanhamento paralelo na UBS.

19.1.1 – Critérios para Encaminhamento ao Pré Natal de Risco – Rede Mãe Paranaense

A Linha Guia Rede Mãe Paranaense classifica as gestantes em Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco, permitindo organizar o acompanhamento pré-natal e a referência para os serviços especializados. Conforme estratificação da Linha Guia Rede Mãe Paranaense (SESA/PR), devem ser encaminhadas para seguimento de pré natal de Risco Intermediário e Alto Risco, conforme quadro abaixo:

19.1.2 RISCO HABITUAL

Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:

- Idade entre 15 e 39 anos.
- Obesidade Grau 1 e Grau 2 (IMC <40.0);
- Ameaça de aborto;
- Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos);
- Hipotireoidismo (independente do valor do TSH);
- Tabagismo (Fagerström < 8 pontos);
- Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos);
- Anemia Leve (Hemoglobina entre 9 e 11 g/dl);
- Depressão leve e Ansiedade (sem uso de medicações);
- Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita);

19.1.3 RISCO INTERMEDIÁRIO

Gestantes que apresentam fatores biológicos e/ou sociais associados ao aumento do risco perinatal, mas que não configuram alto risco.

- Idade < 15 anos;
- 40 anos ou mais;
- Baixa escolaridade (< 3 anos de estudo);
- Gestantes em situação de vulnerabilidade: mulheres em situação de rua, indígenas, quilombolas ou imigrantes;
- Gestante negra (parda ou preta);
- Tabagismo com dependência do tabaco elevada (Fagerström 8 a 10 pontos);

- Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE 2 pontos ou mais);
- Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior;
- Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestação anterior;
- Histórico de pré eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior;
- Cirurgia bariátrica prévia e estabilizada (acima de 2 anos de pós operatório) e sem comorbidades;
- Diabetes gestacional não insulínica;
- Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl);

Essas gestantes permanecem vinculadas à Atenção Primária, em acompanhamento compartilhado com o Ambulatório de Atenção Especializada em Gestação de Risco.

19.1.4 ALTO RISCO

Gestantes que apresentam doenças prévias ou intercorrências capazes de aumentar significativamente o risco materno e/ou fetal.

Doenças clínicas prévias.

- Dependência de drogas ilícitas;
- Obesidade mórbida (IMC >40.0);
- Cardiopatias com ou sem tratamento;
- Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (menos de 2 anos de pós operatório) e/ou com comorbidades;
- Cirurgia uterina prévia fora da gestação;
- Colelitíase com repercussão na atual gestação;
- Diabetes mellitus tipo 1 ou 2;
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional);
- Doenças hematológicas e/ou hematopatias (anemia falciforme – exceto traço falciforme);
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, aneurisma e outras);
- Exames de rastreamento oncológico recente: citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação de BI-RADS >4;
- Hipertensão arterial crônica;
- Hipertireoidismo;
- Histórico de tromboembolismo;
- Má formação útero vaginal;
- Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação;
- Neoplasias;
- Pneumopatias graves e/ou descompensadas;
- Psicose e/ou depressão grave;
- Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos);
- Histórico de 3 ou mais cesarianas anteriores;
- Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dl);
- Diabetes gestacional insulínica;
- Doenças infectocontagiosas: HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios – influenza, coronavírus e outros, com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela, e outras arboviroses;
- Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;
- Doença hemolítica perinatal;
- Gestação gemelar;
- Infecção do trato urinário de repetição (3 ou mais episódios na gestação atual);
- Isoimunização Rh (TIA /Coombs indireto positivo);

- Incompetência Istmocervical;
- Má formação fetal confirmada;
- Macrossomia fetal (peso fetal estimado acima do percentil 90º);
- Oligodrâmnio ou polidrâmnio;
- Placenta acreta/acretismo placentário;
- Placenta prévia (após 22 semanas);
- Restrição de crescimento intraútero (peso fetal estimado abaixo do percentil 10º);
- Síndromes hipertensivas na gestação e pré eclâmpsia;
- Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário);
- Tromboembolismo na gestação;
- Trombofilia na gestação;
- Senescência placentária com comprometimento fetal.

Observações importantes da Linha Guia Mãe Paranaense:

- A classificação de risco deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal.
- A estratificação deve ser reavaliada em todas as consultas, pois a gestante pode mudar de categoria ao longo da gravidez.
- Mesmo quando encaminhada ao pré-natal de alto risco, a gestante não perde o vínculo com a Unidade Básica de Saúde, devendo manter o acompanhamento compartilhado.

Essa classificação segue as diretrizes da Linha Guia Rede Mãe Paranaense, elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), sendo utilizada como referência para a organização da assistência pré-natal no estado.

QUADRO 40 – SITUAÇÕES QUE EXIGEM ENCAMINHAMENTO IMEDIATO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA

- **Síndromes hemorrágicas (descolamento de placenta, placenta prévia);**
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal persistente;
- **Suspeita de pré-eclâmpsia: PA $\geq$ 140/90 mmHg em duas aferições após 20 semanas;**
- **Sinais premonitórios de eclâmpsia: escotomas, cefaleia occipital, epigastralgia, dor em hipocôndrio direito;**
- Eclâmpsia (crises convulsivas em gestante hipertensa);
- **Crise hipertensiva (PA $\geq$ 160/110);**
- Trabalho de parto prematuro (contrações + modificação cervical < 36 semanas);
- IG $\geq$ 41 semanas confirmada;
- Suspeita de abdome agudo;
- Pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite internação;
- Suspeita de TVP (dor, edema localizado em membro inferior);
- Vômitos incoercíveis com comprometimento sistêmico;
- Restrição súbita de crescimento ou oligodrâmnio no 3º trimestre;
- Diminuição de movimentos fetais ou BCF persistentemente < 110 ou > 160 bpm;
- Suspeita de óbito fetal.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

19.2 – Processo de Enfermagem para Consulta Pré-Natal

QUADRO 41 – PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA CONSULTA PRÉ-NATAL

1ª ETAPA – COLETA DE DADOS SUBJETIVOS (ENTREVISTA)

Anamnese:

- Histórico clínico: comorbidades, patologias, cirurgias, medicamentos;
- Histórico ginecológico: ISTs, cirurgias pélvicas, método contraceptivo anterior;
- Histórico obstétrico: nº gestações, abortos, tipo de parto, intercorrências, filhos vivos;
- Histórico familiar: comorbidades, doenças genéticas, rede de apoio;
- Hábitos de vida: tabagismo, etilismo, uso de substâncias, alimentação, atividade física;
- Condições socioeconômicas e avaliação psicossocial: humor, expectativas, rede de apoio.

Avaliação complementar:

- Avaliar estado vacinal e calcular IG;
- Coletar testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites conforme trimestre;
- Aferir sinais vitais (PA, FC, T°, FR);
- Aferir peso, altura e calcular IMC;
- Realizar exame clínico obstétrico cefalocaudal;
- Revisar exames laboratoriais solicitados;
- Avaliar bem-estar fetal.
- Realizar exame físico das mamas.

2ª ETAPA – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (exemplos)

- Conhecimento deficiente sobre processo gestacional e cuidados de saúde;
- Ansiedade relacionada à gestação e expectativas futuras;
- Nutrição desequilibrada (por excesso ou déficit) em relação às necessidades corporais;
- Risco de infecção relacionado às alterações imunológicas da gestação;
- Padrão de sono perturbado por desconfortos físicos e alterações hormonais;
- Mobilidade física prejudicada por alterações posturais e peso fetal;
- Risco de volume hídrico deficiente/excessivo;
- Risco de adesão ineficaz ao regime terapêutico.

3ª ETAPA – PLANEJAMENTO

- Elaborar plano de cuidados individualizado considerando a história e necessidades da gestante;
- Estabelecer metas e resultados esperados;
- Planejar ações conforme grau de letramento e compreensão da gestante.

4ª ETAPA – IMPLEMENTAÇÃO POR TRIMESTRE

1º TRIMESTRE: - Solicitar e avaliar exames/USG obstétrica ou transvaginal de rotina do 1º trimestre; - Realizar testes rápidos no 1º 2º e 3º trimestre (HIV, Sífilis, Hepatites); - Classificar risco e encaminhar para AAE Risco Intermediário se necessário; - Prescrever ácido fólico e cálcio na 1ª consulta de pré natal (manter até o final da gestação e iniciar AAS após 12 semanas de gestação, se indicado (suspender com 36 semanas). - Avaliar IG, estado vacinal, exame físico completo, BCF; - Aconselhar sobre cuidados de promoção da saúde. 2º TRIMESTRE: - Solicitar exames de rotina do 2º trimestre;	3º TRIMESTRE: - Seguimento quinzenal (32–36 sem.) e semanal (36–41 sem.); - Solicitar exames de rotina do 3º trimestre; - Realizar testes rápidos no 1º 2º e 3º trimestre (HIV, Sífilis, Hepatites); - Solicitar USG obstétrica de 32-36 semanas - Construir Plano de Parto com a gestante; - Orientar sobre pré-parto, parto e pós-parto; - Avaliar vitalidade fetal na maternidade com 40 semanas;
- Realizar testes rápidos no 1º 2º e 3º trimestre (HIV, Sífilis, Hepatites); - Avaliar ganho de peso e AU; - Solicitar USG obstétrica/Morfológica entre 22 – 24 semanas; - Avaliar e manejar desconfortos gestacionais.	- Assegurar acesso à consulta puerperal e ao apoio ao aleitamento. 5ª ETAPA – EVOLUÇÃO - Registrar no prontuário e cartão da gestante todos os dados da consulta; - Avaliar resultados alcançados e apontar necessidades de seguimento.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

19.2.1 – Exame Clínico Obstétrico Cefalocaudal

QUADRO 42 – EXAME CLÍNICO OBSTÉTRICO CEFALOCAUDAL
PREPARO E SINAIS VITAIS - Acolher a gestante, explicar o procedimento e obter consentimento verbal; - Garantir ambiente privativo; solicitar que esvazie a bexiga antes do exame; Pressão Arterial: - Gestante sentada, costas apoiadas, pernas descruzadas, braço na altura do coração; - Manguito adequado ao braço (cobrir 80–100% da circunferência); - Repouso de 5–10 min antes da aferição, em ambiente calmo, sem conversa; - Normal: PA < 140/90 mmHg; Alerta: ≥ 140/90 mmHg (repetir em 4–6h); Urgência: ≥ 160/110 mmHg → encaminhar imediatamente para maternidade; - Atenção à hipotensão de supina: orientar decúbito lateral esquerdo quando necessário. Glicemia Capilar (quando indicada): - Normal em jejum: até 91 mg/dL; 1h pós-prandial: até 140 mg/dL; 2h pós-prandial: até 120 mg/dL; < 60 mg/dL: hipoglicemia → oferecer carboidrato de ação rápida e avaliar com médico; > 200 mg/dL: hiperglicemia grave → encaminhar para avaliação médica imediata. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

- Peso: aferir em todas as consultas, em balança calibrada, com roupas leves e bexiga vazia; registrar no cartão da gestante e prontuário;
- Atenção: ganho insuficiente → risco de restrição de crescimento fetal; ganho excessivo → risco de macrosomia, DMG e HAS;
- Altura: aferida na 1ª consulta para cálculo do IMC pré-gestacional.

INSPEÇÃO CEFALOCAUDAL

Cabeça e Face:

- Sinal de Halba: lanugem nos limites do couro cabeludo (fisiológico da gestação);
- Mucosas oculares: coradas (normal) ou hipocoradas (investigar anemia);
- Cloasma gravídico: manchas na face por aumento de melanina — orientar uso de protetor solar;
- Gengivas: avaliar sangramento ou lesões (hipersensibilidade gengival é comum);
- Encaminhar para avaliação odontológica como parte da rotina pré-natal.

Pescoço:

- Observar aumento da circunferência do pescoço (pode indicar hipertrofia fisiológica da tireoide por volta do 5º mês); investigar nódulos ou assimetria.

Mamas:

- Avaliar: tipo de mamilo (hipertrófico, protuso, plano, invertido); Sinal de Hunter (hiperpigmentação da aréola); Rede de Haller (veias visíveis); Tubérculos de Montgomery; presença de colostro; integridade da pele.

AVALIAÇÃO DO ABDOME

Inspeção:

- Formato, tamanho, cicatrizes, estrias, linha nigra, diástase, movimentos fetais visíveis.

Mensuração da Altura Uterina (AU):

- Gestante em decúbito dorsal com bexiga vazia;
- Medir da borda superior da sínfise púbica ao fundo uterino com fita métrica inelástica;
- A partir de 20 semanas, a AU (cm) $\approx$ IG ($\pm$ 2 cm);
- Registrar no gráfico de crescimento uterino (deve estar entre percentis 10 e 90);
- Traçado inicial acima ou abaixo: discutir com médico e confirmar IG; traçado persistente fora: encaminhar para avaliação médica.

Manobras de Leopold-Zweifel:

- 4 tempos de palpação sistematizada para avaliar: posição, apresentação, situação e atitude fetal, IG estimada e quantidade de líquido amniótico.

Ausculda dos Batimentos Cardíofetais (BCF):

- Posicionar gestante em decúbito dorsal ou semi-Fowler;
- Localizar dorso fetal pelas manobras de Leopold; auscultar no melhor ponto;
- Sonar Doppler: a partir de 10–12 semanas; Estetoscópio de Pinnard: a partir de 20 semanas;
- Frequência normal: 110–160 bpm; contar durante 1 minuto completo;
- BCF < 110 ou > 160 bpm de forma persistente: avaliar com médico; desacelerações durante contrações → encaminhar para maternidade.

AVALIAÇÃO DA DINÂMICA UTERINA

- Avaliar quando a gestante apresentar: contrações, dor lombo pélvica rítmica, aumento de pressão pélvica ou endurecimento abdominal frequente;
- Posicionar mão dominante no fundo uterino; avaliar frequência, duração, intensidade e ritmicidade;

⚠ Sinais de Alerta — Encaminhar para maternidade:

- > 4 contrações/10 min ou duração > 30 segundos cada; associadas a: perda de líquido, sangramento ou alteração de movimentos fetais;

Contrações de Braxton Hicks (fisiológicas):

- Hidratação oral; repouso em decúbito lateral esquerdo; banho morno; reavaliar em 1 hora.

SINAL DE GIORDANO E MEMBROS

Sinal de Giordano:

- Realizar quando: dor lombar unilateral, febre sem foco, histórico de ITU recorrente;
- Percussão com borda ulnar na loja renal (gestante sentada inclinada para frente);
- Positivo (dor reflexa imediata) → encaminhar para avaliação médica imediata (suspeita de pielonefrite).

Membros Inferiores:

- Pesquisar varizes, edema, síndrome do túnel do carpo, tendinites;
- Classificar edema conforme Quadro abaixo e conduzir adequadamente.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

19.2.1.1 – Classificação do Edema

QUADRO 43 – CLASSIFICAÇÃO DO EDEMA NA GESTAÇÃO		
Característica	Classificação	Conduta do Enfermeiro
Edema apenas no tornozelo, sem alteração de PA ou ganho súbito de peso	+ /+++	Verificar relação com atividade laboral ou postura; orientar calçados adequados e temperatura/estação do ano.
Edema em membros inferiores + alteração de PA + ganho de peso	++ /+++	Repouso em DLE; verificar sinais de pré-eclâmpsia; retorno semanal; interconsulta médica. Se hipertensão: encaminhar para PNAR.
Edema generalizado (face, tronco, membros) ± hipertensão ou ganho súbito de peso	+++ /+++	Gestante de risco. Encaminhar imediatamente para avaliação médica e serviço de alto risco (suspeita de pré-eclâmpsia).
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.		

19.3 – Exames de Rotina para Gestante

A rotina de exames laboratoriais no pré-natal de risco habitual visa o rastreamento precoce das principais condições que afetam a saúde materna e fetal. O enfermeiro é responsável pela solicitação, interpretação e implementação das condutas descritas abaixo.

QUADRO 44 – ROTINA DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL		
Exame	Momento da Solicitação	Interpretação e Conduta
Teste rápido p/ Sífilis + VDRL	1º, 2º e 3º trimestre	TR reagente: iniciar tratamento com penicilina imediatamente, sem aguardar VDRL. Notificação compulsória. Controle com VDRL mensal até o parto.
HIV (Teste rápido ou Anti-HIV)	1º, 2º e 3º trimestre	Reagente: encaminhar para PNAR + serviço de referência DST/AIDS. TARV durante a gestação. Contraindica amamentação → cabergolina + fórmula infantil.
HTLV 1/2	1º, 2º e 3º trimestre	Reagente/indeterminado: confirmatório; se positivo → contraindica amamentação. Encaminhamento ao pré natal de alto risco.
Toxoplasmose (IgM e IgG)	1º trimestre; se suscetível repetir no 2º e 3º	IgM reagente: solicitar avidéz IgG se < 16 semanas. Infecção ativa ou suspeita: encaminhar para tratamento médico imediato. Notificação compulsória. Encaminhamento ao pré natal de alto risco.
Hepatite B (HBsAG)	1º e 3º trimestre	Reagente: encaminhar para PNAR. Não reagente: verificar e completar vacinação.
Hepatite C (Anti-HCV)	1º e 3º trimestre (oportunistico)	Reagente: notificação; encaminhar para médico. Encaminhamento ao pré natal de alto risco.
Hemograma	1º, 2º e 3º trimestres	Hb ≥ 11: profilaxia com SF. Hb 8–11: SF 120 mg/dia + hemograma em 1 mês. Hb < 8: SF 240 mg/dia + avaliação médica.
Glicemia de Jejum	1º e 3º trimestre	< 91 mg/dL: normal. ≥ 92 mg/dL: DMG → Encaminhamento ao pré natal de alto risco.
TOTG (75g)	24–28 semanas	Jejum ≥ 91, 1h ≥ 180 ou 2h ≥ 153 mg/dL → DMG → Encaminhamento ao pré natal de alto risco.
EAS + Urocultura + TSA	1º, 2º e 3º trimestres	Leucocitúria: confirmar ITU; tratar conforme protocolo. Proteinúria isolada: repetir em 15 dias; com HAS → avaliação médica.
Tipagem sanguínea + Rh	1º trimestre	Rh negativo: Coombs indireto mensal a partir de 24ª semana. Programar IgG anti-D 28–34 sem e até 72h pós-parto se RN Rh+.
Eletroforese de Hemoglobina (teste da mãezinha)	1º trimestre	Traço falciforme (HbAS/HbAC): orientação e aconselhamento genético; investigar parceiro. Doença falciforme: PNAR + hematologia.
TSH	1º, 2º e 3º trimestres	Normal: 0,1–2,5 mU/L (1º trim). Alterado: discussão com MFC; TSH > 10 → hipotireoidismo subclínico provável, manter risco habitual. Hipertireoidismo → Encaminhamento ao pré natal de alto risco

Rastreio Clamídia/Gonorreia (CT/NG)	Mulheres < 30 anos: 1ª consulta; com risco: + 3º trimestre	CT positivo: Azitromicina 500 mg × 2 cp VO dose única. NG + CT: + Ceftriaxona 500 mg IM dose única. Tratar parceria.
Streptococcus Grupo B	35ª–37ª semanas (swab vaginal + anal)	Positivo: registrar em destaque no cartão da gestante para conhecimento da equipe da maternidade, manter seguimento risco habitual.
Citopatológico de colo uterino	Conforme rotina (25–64 anos)	Em qualquer idade gestacional (momento oportuno), preferencialmente após 20 semans. Seguir condutas do Cap. 4 conforme resultado.
USG Obstétrica	1º: se DUM incerta. 2º: 17–22 semanas (rotina)	1º trimestre: enfermeiro pode solicitar para datação de IG. 3º trimestre: somente sob avaliação médica.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

19.4 – Manejo de Comorbidades Prevalentes na Gestação

19.4.1 – Síndromes Hipertensivas Gestacionais e Profilaxias

As síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) são a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, acometendo 5–10% das gestações. A pré-eclâmpsia afeta cerca de 1,5% das gestantes brasileiras, com maior impacto em mulheres negras. A identificação precoce e o monitoramento rigoroso são determinantes para a prevenção de desfechos graves.

QUADRO 45 – PROFILAXIAS PRESCRITAS PELO ENFERMEIRO NA GESTAÇÃO		
Profilaxia	Indicação / Critérios	Dose e Período
Ácido Fólico	Todas as gestantes — iniciado idealmente antes da concepção	0,4 mg/dia VO (ou 5 mg/dia na indisponibilidade). Iniciar 30 dias antes da concepção e manter até 12ª semana.
Sulfato Ferroso	Profilaxia: todas as gestantes a partir de 16 semanas (na ausência de anemia). Tratamento: anemia confirmada (Hb < 11 g/dL).	Profilaxia: 1 cp/dia antes do almoço, de preferência com suco de limão ou laranja, até 3º mês pós-parto. Tratamento: Hb 8–11: 120 mg/dia; Hb < 8: 240 mg/dia. Não ingerir com leite ou cálcio (intervalo mínimo 2 horas).
Carbonato de Cálcio	Todas as gestantes — suplementação universal para prevenção de distúrbios hipertensivos.	2 cp de carbonato de cálcio 1.250 mg (= 1.000 mg de cálcio elementar)/dia, preferencialmente à noite com leite ou suco. Iniciar na 1ª consulta até o parto. Manter intervalo mínimo de 2 horas do ferro.
AAS 100 mg	Alto risco de pré-eclâmpsia: ≥ 1 fator de alto risco (HAS, DM1/2, doença renal, lúpus) OU ≥ 2 fatores moderados (primígestas, gestação múltipla, HF de pré-eclâmpsia, IMC ≥ 35, > 40 anos, reprodução assistida).	100 mg/dia VO após almoço. Iniciar a partir da 12ª semana e suspender com 36 semanas.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

QUADRO 46 – PLANO DE MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL PELA ENFERMAGEM

Situação Clínica	Conduta e Frequência de Aferição
PA < 140/90 mmHg, sem sintomas	Aferir em todas as consultas de pré-natal e demanda espontânea.
PA ≥ 140/90 mmHg — sem traço de proteinúria	Aferir 2x/semana; discutir com médico; realizar teste rápido de urina para proteinúria 1x/semana.
PA ≥ 140/90 mmHg — com traço de proteinúria	Aferir 3x/semana; discutir com médico; encaminhar para PNAR.
PA ≥ 160/110 mmHg	△ Encaminhar imediatamente para atendimento médico e UPA/Maternidade.
💡 Lembrete essencial: SE NÃO REGISTROU E MONITOROU — VOCÊ NÃO FEZ! • Registrar toda aferição no prontuário e cartão da gestante; • Compartilhar com técnicos de enfermagem as gestantes em monitoramento pressórico; • Capacitar ACS para identificar situações atípicas nas gestantes da área.	
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.	

19.5 - Implementação de Enfermagem nas SHG

- Identificar sinais e sintomas precocemente: cefaleia, escotomas, epigastralgia, edema, ganho ponderal e sinais de sobrecarga hídrica;
- Verificar adesão e uso adequado de anti-hipertensivos, AAS e cálcio;
- Registrar imediatamente no prontuário e cartão da gestante;
- Encaminhar imediatamente para avaliação médica: PA ≥ 140/90 mmHg com sintomas ou PA ≥ 160/110 mmHg mesmo sem sintomas;
- Capacitar técnicos de enfermagem e ACS para identificação de situações atípicas e registro adequado.

19.6 - Diabetes Mellitus na Gestação

O diabetes mellitus gestacional (DMG) afeta cerca de 18% das gestantes atendidas no SUS. É definido como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiro reconhecimento na gestação. Fatores de risco incluem: obesidade, idade > 25 anos, HF de DM, HAS, sedentarismo, macrosomia fetal anterior. O pâncreas materno falha em compensar a resistência insulínica fisiológica do 2º trimestre, levando à hiperglicemia.

- Critérios diagnósticos: jejum ≥ 91 mg/dL, ou 1h após TOTG > 180 mg/dL, ou 2h após TOTG > 153 mg/dL;
- Rastreamento: glicemia de jejum no 1º trimestre; TOTG 75g entre 24–28 semanas para todas as gestantes;
- Implementação: educação alimentar e encaminhamento para nutricionista; orientar e disponibilizar AMGC; ensinar uso e autoaplicação de insulina quando indicado; promover atividade física monitorada;
- Sinais de risco: glicemias pós-prandiais persistentes > 140 mg/dL, perda de peso, sinais de cetoacidose, diminuição de movimentos fetais, PA elevada com proteinúria → encaminhar para médico imediatamente.

- Pós-parto: solicitar TOTG de 4 a 12 semanas, preferencialmente 6 semanas; orientar risco aumentado de DM tipo 2.

19.7 – Gestante com Sífilis

A sífilis gestacional é de notificação compulsória. O diagnóstico é estabelecido com teste treponêmico reagente. O tratamento deve ser iniciado imediatamente após o primeiro teste positivo, sem aguardar o VDRL.

- Sífilis primária/secundária ou recente (< 1 ano): Penicilina Benzatina 2.400.000 UI IM — dose única (1.200.000 UI em cada nádega);
- Sífilis tardia (> 1 ano de evolução): Penicilina Benzatina 2.400.000 UI IM — 3 doses semanais;
- Gestantes alérgicas: encaminhar para dessensibilização em referência hospitalar;
- VDRL mensal até o fim da gestação e no pós-parto;
- Convocar e tratar parcerias dos últimos 90 dias, independentemente de testes.

19.8 – Gestante com Clamídia e/ou Gonorreia

- CT + NG: Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 500 mg × 2 cp VO dose única;
- NG isolada: mesma combinação acima;
- CT isolada: Azitromicina 500 mg × 2 cp VO dose única;
- Tratar concomitantemente todas as parcerias dos últimos 60 dias; abstinência sexual por 7 dias após o tratamento.

19.9 – Desconfortos Mais Frequentes na Gestação

Os desconfortos gestacionais são queixas prevalentes que, embora geralmente fisiológicos, impactam significativamente a qualidade de vida da gestante. O enfermeiro tem papel fundamental na orientação, prescrição de medidas não farmacológicas e farmacológicas seguras, e identificação dos casos que requerem avaliação médica.

QUADRO 47 – DESCONFORTOS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Desconforto	Orientações e Prescrições de Enfermagem
Cefaleia	• Repousar em local com pouca luminosidade e boa ventilação; identificar fatores emocionais; • Estimular ingesta hídrica, alimentação adequada e prática física; • Afastar alterações de PA e sinais de pré-eclâmpsia; • Paracetamol 500 mg de 6/6h se necessário.
Náuseas e vômitos	• Alimentação fracionada a cada 3 horas; evitar jejum prolongado; comer logo ao acordar; • Dar preferência a alimentos pastosos e secos (torradas, bolachas); • Evitar alimentos gordurosos, temperados ou com odor forte; aumentar ingesta hídrica; • Gengibre in natura 500 mg–1 g/dia; auriculoterapia e acupuntura como opções complementares; • Medicamentos: Dimenidrinato 50–100 mg de 8/8h (não disponível na REMUME) (não exceder 400 mg/dia) ou Metoclopramida 10 mg de 8/8h por até 5 dias (X contraindicada em < 18 anos; atenção a sintomas extrapiramidais); • Suspeita de hiperêmese gravídica (vômitos contínuos, desidratação, perda > 5% do peso): encaminhar para avaliação médica.
Pirose / Azia	• Alimentação fracionada a cada 3 horas; elevar cabeceira da cama; • Evitar líquido durante as refeições e deitar logo após comer; • Evitar frituras, café, chá-mate, doces, alimentos gordurosos e picantes; • Se medidas não resolvam: Hidróxido de alumínio 10–15 mL após as refeições e ao deitar; • Sem melhora: encaminhar para avaliação médica.
Edema	• Elevar pernas acima do nível do coração por pelo menos 10–15 min várias vezes ao dia; • Dormir em DLE com pernas elevadas; usar roupas leves sem meias compressivas; • Dieta normossódica; aumentar ingesta hídrica; • Monitorar PA e peso; classificar edema.
Dor lombar e pélvica	• Sapatos confortáveis; aplicar calor local e massagens; • Corrigir postura; travesseiro entre as pernas ao dormir; • Exercícios de alongamento, yoga e fisioterapia; • Paracetamol 500 mg de 6/6h se necessário; encaminhar para fisioterapia se não melhorar.
Desmaios / Tonturas	• Repousar em DLE; movimentar-se devagar;

	- Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; ingestão hídrica adequada; - Sentar com cabeça abaixada ou deitar em DLE durante as crises; - Avaliar PA, anemia e hipoglicemia.
Insônia	- Estimular falar sobre expectativas e sentimentos; atividade física, yoga, meditação; - Atividades de lazer e companhia da rede de apoio; banhos mornos e massagens.
Constipação intestinal e flatulência	- Dieta rica em fibras (mamão, ameixa, linhaça, legumes, frutas); - Alimentação fracionada a cada 3 horas; aumentar ingestão hídrica; - Evitar alimentos flatulentos (feijão, repolho, brócolis, pimentão); - Sem melhora: encaminhar para avaliação médica.
Cãibras	- Aumentar alimentos ricos em potássio (banana, melão); reduzir alimentos ricos em fósforo; - Calor local, massagem no músculo contraído; - Evitar o ato de se espreguiçar intensamente (especialmente os pés); - Realizar alongamentos específicos com orientação profissional.
Queixas urinárias	- Orientar que a frequência urinária aumentada é fisiológica; - Aumentar ingestão hídrica; repouso em DLE; - Avaliar sintomas de infecção urinária.
Dispneia	- Estimular prática física leve e exercícios respiratórios; - Atentar para comorbidades (anemia, cardiopatia, asma); discutir com médico.
Hemorroidas	- Higiene local com água e sabão após evacuação; - Dieta rica em fibras e hidratação; - Avaliar intensidade da dor e sangramento retal; discutir com médico se houver endurecimento ou sangramento.
Hiperpigmentação / Cloasma	- Evitar exposição direta ao sol; usar protetor solar no mínimo 3x/dia; - Orientar que as manchas tendem a diminuir ou desaparecer após o parto.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.	

19.10 – Imunização na Gestação

O estado vacinal deve ser avaliado em todas as consultas de pré-natal. As vacinas recomendadas para gestantes são:

- DTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular): a partir da 20ª semana, de preferência entre 27ª e 36ª semanas — idealmente 2 semanas antes do parto para maximizar a transferência de anticorpos ao neonato;
- Influenza: em qualquer trimestre, especialmente no período epidêmico;
- Hepatite B: se não vacinada ou com esquema incompleto;
- COVID-19: conforme calendário nacional vigente.
- Vacinas com vírus vivos (sarampo, rubéola, caxumba, varicela, febre amarela): CONTRAINDICADAS na gestação. A vacina de febre amarela pode ser administrada se o risco de exposição superar o benefício — decisão compartilhada com médico.

- Vacina contra **Vírus Sincicial Respiratório (VSR)** para gestantes com IG a partir de 28 semanas a 36 semanas. 1 dose para cada gestação. (consultar intervalo com outras vacinas).

19.11 – Plano de Parto

O Plano de Parto é um documento no qual a gestante e sua família expressam seus desejos, expectativas e preferências para o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Deve ser construído conjuntamente pela equipe de saúde e a gestante, preferencialmente no 3º trimestre.

O enfermeiro deve abordar: escolha do tipo de parto, acompanhante no parto, posições no trabalho de parto, estratégias de alívio da dor, aleitamento imediato, contato pele a pele, corte do cordão umbilical e planos para o bebê.

19.12 – Pré-Natal do Parceiro ou Pares do Mesmo Gênero

O envolvimento do parceiro ou companheiro(a) no pré-natal contribui para melhores desfechos perinatais e fortalece o vínculo familiar. O enfermeiro deve convidar ativamente a participação nas consultas, orientar sobre cuidados com a gestante, oferecer testagem para ISTs, exames laboratoriais, hemograma, glicemia, lipidograma (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos), tipagem sanguínea + fator Rh (principalmente se a gestante for Rh negativo), testes rápidos ou sorologia para; HIV, Sífilis (teste rápido ou VDRL/treponêmico), Hepatite B (HBsAg) e Hepatite C (anti-HCV). Atualizar vacinação e abordar planejamento reprodutivo e saúde sexual.

20 – ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO – CONSULTA PÓS-NATAL

O puerpério é o período que se estende do nascimento do bebê até o retorno do organismo materno às condições pré-gestacionais, com duração média de 6 a 8 semanas. Divide-se em: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). É um período de intensa transformação física, emocional e social para a mulher, exigindo atenção integral e cuidado humanizado por parte da equipe de enfermagem.

A consulta puerperal é prioritária e deve ser agendada preferencialmente ainda na maternidade (programa Capital Criança ou equivalente municipal).

QUADRO 48 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PUERPERAL	
Período	Cuidados de Enfermagem / Conduta
Puerpério Imediato (1º ao 10º dia)	Esta consulta tem prioridade e deve ser agendada desde a maternidade. • Verificar cartão de pré-natal e Carteira de Vacinação do RN; ouvir o relato do parto; • Avaliar: estado vacinal da puérpera, exames, medicamentos, sinais vitais, lóquios, comorbidades; • Realizar testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites; Exame físico completo: • Mucosas, hidratação, pele; • Sinais vitais e antropometria (atentar para temperatura, PA e perda de peso); • Ausculta cardíaca e pulmonar; • Mamas: pega, fissuras, ingurgitamento; • Palpação abdominal: involução uterina, cicatriz de cesárea; • Períneo e vulva: lacerações, pontos, lóquios; região anal; • Membros inferiores: edema e varizes. Orientações e condutas: • Apoiar amamentação; observar mamada e pega; • Avaliar aspectos emocionais e rede de apoio (rastrear baby blues e depressão pós-parto); • Estimular deambulação precoce, boa postura e exercícios respiratórios e de membros; • Paracetamol 500–1.000 mg de 6/6h ou Ibuprofeno 300 mg de 8/8h por até 5 dias, se dor perineal sem infecção; • Encaminhar para vacinas se houver pendências (dTpa, rubéola, febre amarela); • Registrar no prontuário e agendar retorno.
Puerpério Tardio (11º ao 45º dia)	• Atentar para alterações físicas, sinais vitais, condições de sono e sinais inflamatórios; • Avaliar aspectos emocionais, sociais e rede de apoio familiar; • Estimular aleitamento materno exclusivo; avaliar amamentação; • Avaliar condições nutricionais da puérpera; encaminhar para nutricionista se necessário; • Oferecer método contraceptivo e trabalhar com a paciente o retorno da atividade sexual.

Puerpério Remoto*(45º dia em diante)*

- Avaliar método contraceptivo escolhido; agendar citopatológico se necessário;
- Avaliar aleitamento materno e condições das mamas;
- Avaliar padrão nutricional e evolução do peso;
- Avaliar questões sociais, emocionais, vínculo mãe-bebê, rede de apoio;
- Identificar vulnerabilidades; encaminhar para alto risco ou avaliação médica se houver intercorrências.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

20.1 – Abordagem da Sexualidade no Puerpério

Mais de 70% das mulheres relatam algum tipo de queixa sexual no primeiro semestre pós-parto. Dispareunia e redução do desejo sexual são as mais frequentes, relacionadas a alterações hormonais, emocionais e físicas do período. A queda de estrogênio e progesterona, somada ao aumento da prolactina, contribui para hipolubrificação vaginal e diminuição da libido, especialmente em mulheres que amamentam.

O retorno à atividade sexual é recomendado idealmente após 4 semanas do parto, respeitando o conforto, o desejo e as condições clínicas da puérpera. A abordagem pelo enfermeiro deve ser acolhedora e sem julgamentos, contemplando:

- Informar sobre fatores que afetam a sexualidade no puerpério;
- Orientar sobre lubrificantes à base de água;
- Trabalhar autoestima e imagem corporal, com auxílio de espelho se pertinente;
- Abordar baby blues e depressão pós-parto;
- Auxiliar na escolha de método contraceptivo;
- Investigar violência doméstica, rede de apoio e rotina;
- Estimular a participação da parceria nas consultas.

20.2 – Tratamento da Anemia no Puerpério

QUADRO 49 – TRATAMENTO DA ANEMIA NO PUERPÉRIO

Condição	Conduta
Em uso de sulfato ferroso (SF) no pré-natal	Manter SF 40–60 mg/dia (1 comprimido) por 3 meses.
Hb 7–11 g/dL (anemia leve a moderada)	Prescrever SF 120 mg/dia; repetir hemograma em 1 mês. Se Hb subindo: manter e repetir a cada 1–2 meses até Hb > 11 g/dL, depois reduzir para 1 cp/dia até o 3º mês pós-parto. Se Hb estagnada ou caindo: aumentar para 240 mg/dia e monitorar mensalmente. Sem melhora: encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

20.3 – Aleitamento Materno

O aleitamento materno é uma das práticas de saúde de maior impacto para mãe e bebê. Os benefícios para o bebê incluem: redução da mortalidade infantil, nutrição adequada, proteção

imunológica, prevenção de diabetes tipo 1, leucemia e obesidade. Para a mãe: prevenção de câncer de mama, ovário e útero, além de diabetes tipo 2. A amamentação favorece o vínculo mãe-filho e o espaçamento entre gestações.

O Ministério da Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e continuado até 2 anos ou mais.

20.3.1 – Técnica de Amamentação

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação. Posição e pega corretas previnem a maioria das intercorrências. O enfermeiro deve observar a mamada completa e registrar dados para acompanhamento de toda a equipe.

- Posição correta: mãe confortável; bebê de frente ao corpo, cabeça e corpo alinhados, orelha alinhada ao ombro;
- Pega correta: boca bem aberta do bebê (estimular tocando lábios); abocanha 2–3 cm da aréola; queixo toca a mama; lábios voltados para fora; lábio inferior evertido;
- Sucção adequada: sucções lentas e profundas após o reflexo de ejeção; bochechas cheias; bebê deglute audível ou visivelmente;
- Sucção inadequada: afundamento das bochechas e sons de estalidos indicam pega incorreta.

20.3.2 – Prevenção e Manejo dos Problemas Relacionados à Amamentação

QUADRO 50 – PREVENÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO	
Queixa / Intercorrência	Manejo de Enfermagem
O bebê não suga ou tem sucção fraca	• Insistir nas mamadas; se mamas muito cheias, esvaziar levemente antes para facilitar a pega; • Melhorar posicionamento e pega; variar posição; • Suspender bicos de mamadeira e chupetas se houver confusão de bico; • Se a dificuldade persistir: retirar leite 6–8x/dia e oferecer ao bebê em copo ou colher.
O leite demora a descer (apojadura)	• Tranquilizar a mulher; fortalecer rede de apoio; • Estimular a mama com sucção frequente do bebê; • Enquanto o leite não desce: relactação com sonda junto ao mamilo ou copo de leite humano pasteurizado.
Percepção de pouco leite	• Acolher a queixa sem necessariamente concordar; • Verificar pega e posicionamento; avaliar se mamas estão cheias ou flácidas; • Aumentar frequência das mamadas (inclusive à noite); massagem suave durante a mamada; • Acompanhar ganho de peso do bebê; • Se hipolactação confirmada com repercussão no bebê: consulta compartilhada com médico; avaliar translactação ou relactação.
Mamilos planos ou invertidos	• Não realizar exercícios nos mamilos nem usar buchas ou seringas; • Encorajar a mãe; mamilos tornam-se mais propícios com a sucção;

	- Ajudar a abocanhar aréola macia; se muito cheia, retirar um pouco antes; - Enquanto o bebê não suga efetivamente: extrair leite e oferecer em copo.
Bloqueio de ductos lactíferos	- Amamentar em livre demanda com pega e posição corretas; - Usar sutiã adequado; evitar roupas apertadas e cremes nos mamilos; - Massagem suave na área afetada; posicionar queixo do bebê em direção ao ducto afetado; - Paracetamol 500–1.000 mg de 6/6h ou Ibuprofeno 300–600 mg de 8/8h por até 5 dias (sem febre); - Se febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou sintomas sistêmicos: encaminhar para avaliação médica; - Reavaliar em 24–48 horas.
Ingurgitamento mamário	- Mamada em livre demanda; massagem suave e circular antes da mamada; - Retirar pequeno volume de leite para facilitar a pega; - Compressas frias após a mamada (reduzem edema); compressas mornas antes (facilitam ejeção); - Paracetamol ou Ibuprofeno para dor (mesma dose acima); - Se febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou dor intensa: consulta compartilhada com médico (diagnóstico diferencial de mastite); - Reavaliar em 24–48 horas.
Lesões e dor nos mamilos	- Corrigir pega e posicionamento (causa mais comum); - Evitar óleos, cremes, sabonetes e produtos secantes nos mamilos; - Início da mamada pela mama menos afetada; variar posições; - Paracetamol para dor se necessário; - Se dor intolerável: suspender temporariamente uma mama, retirar leite e oferecer em copo.
Mastite não infecciosa	- Mesmo manejo do ingurgitamento patológico (exceto calor local); - Repouso, hidratação e apoio emocional; - Reavaliar em 24–48h; sem melhora: consulta compartilhada com médico.
Mastite infecciosa (febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, calafrios, mal-estar)	- Mesmo manejo do ingurgitamento + encaminhar para médico para avaliação de antibioticoterapia; - Não é necessário suspender a amamentação; - Reavaliar em 48 horas; se evoluir para abscesso: consulta médica no mesmo dia.
Candidíase mamária (coceira, queimação, dor tipo agulhadas)	- Enxaguar mamilos após cada mamada e mantê-los arejados; - Tratar mãe e bebê simultaneamente: Nistatina solução oral para o bebê (0,5 mL em cada bochecha 4x/dia por 14 dias) + mamilos da mãe com o mesmo produto; - Se falhar o tratamento tópico: encaminhar para avaliação médica.
Hiperlactação	- Amamentar em uma mama por vez; retirar leite apenas para conforto; - Posição cavaleiro ou semi-deitada para diminuir o fluxo; - Não usar compressão/enfaixamento das mamas;

	Considerar doação de leite para Banco de Leite Humano.
Anquiloglossia (freio lingual curto)	- Se dificuldade de pega persistir após manobras de posicionamento: encaminhar para avaliação odontológica; - Se a condição dificultar a amamentação: indicação de frenotomia (realizada no CEO).
⚠ Observações importantes: - Não realizar massagem profunda ou vigorosa nas mamas — pode aumentar inflamação e edema; - Minimizar uso de bombas extratoras: favorecem hiperlactação, disbiose e podem causar trauma se usadas incorretamente; - Medicamentos prescritos são seguros na amamentação; usar menor dose eficaz pelo menor tempo; observar sinais de reação adversa no bebê.	
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>	

20.3.3 – Contraindicações ao Aleitamento Materno

QUADRO 51 – CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO OU CONTRAINDICAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO		
Condição Materna	Conduta do Enfermeiro	Justificativa
Infecção por HIV	Contraindicar amamentação; encaminhar bebê para médico/pediatra para nutrição adequada (fórmula infantil); cabergolina para inibição da lactação.	<i>Alto risco de transmissão vertical.</i>
Infecção por HTLV 1/2	Contraindicar amamentação; encaminhar bebê para médico/pediatra.	<i>Alto risco de transmissão.</i>
Hepatite B	Manter aleitamento materno.	<i>Imunoglobulina específica pós-natal elimina o risco de transmissão pelo leite.</i>
Hepatite C	Discutir com médico. Geralmente não contraindicado, exceto se fissuras mamilares ou carga viral elevada.	—
Tuberculose pulmonar	Manter aleitamento. Se mãe não tratada ou < 2 semanas de tratamento: higienizar as mãos e usar máscara nas mamadas.	<i>Drogas para TB não causam prejuízo ao bebê.</i>
Doença de Chagas	Contraindicar na fase aguda ou com sangramento mamilar.	<i>Risco de transmissão.</i>
Varicela (vesículas 5 dias antes ao 2º dia após o parto)	Manter aleitamento após as lesões virarem crosta. Antes disso: isolamento da mãe; RN recebe IGHAVZ em até 96h.	<i>Risco de transmissão.</i>
Uso de drogas ilícitas	Contraindicar amamentação; encaminhar bebê para médico/pediatra.	<i>Efeitos tóxicos para o bebê.</i>
Herpes com vesículas na pele da mama	Manter aleitamento na mama sadia.	<i>Evitar contato do bebê com lesões.</i>
Uso de medicamentos contraindicados	Alguns fármacos são contraindicados (antineoplásicos, radiofármacos). Encaminhar para médico. Consultar e-lactancia.org.	<i>Possíveis efeitos tóxicos para o bebê.</i>

Tabagismo e álcool	Desencorajar o uso; manter o aleitamento materno.	<i>Suspender a amamentação traz riscos ainda maiores ao lactente.</i>
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>		

20.3.4 – Retirada e Armazenamento do Leite Materno

Em casos cuja amamentação não esteja contraindicada mas a mulher esteja impossibilitada de amamentar diretamente, a extração manual do leite é fundamental para manter a lactação.

- Preparar frasco de vidro de boca larga com tampa plástica: lavar, ferver por 15 min, secar naturalmente de boca para baixo;
- Higienizar mãos, prender cabelos, usar máscara; lavar mamas apenas com água;
- Massagear suavemente as mamas em movimentos circulares; posicionar dedos em 'C' na borda da aréola; pressionar e soltar em direção à parede torácica; despreza as primeiras gotas;
- Identificar o frasco com data e hora; armazenar em freezer imediatamente — validade 15 dias congelado, 12 horas na geladeira;
- Para descongelar: banho-maria com fogo apagado; agitar suavemente antes de oferecer; oferecer em copo, colher ou seringa (nunca reutilizar mamadeiras se houver confusão de bico).

20.3.5 – Inibição da Lactação

Quando a amamentação estiver contraindicada, orientar:

- Oferecer apoio emocional à mulher que não pode ou não deseja amamentar;
- Manter as mamas comprimidas com sutiã firme para inibição mecânica da lactação;
- Se já ocorreu a apojadura: ordenhar as mamas antes de iniciar a inibição mecânica;
- Evitar compressas quentes ou banhos quentes nas mamas (aumentam a produção láctea);
- Encaminhar bebê para médico/pediatra e serviço social se família não tiver condições de adquirir fórmula.

20.4 – Alterações Emocionais Mais Comuns no Puerpério

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS MAIS COMUNS EM PUÉRPERAS		
Tristeza Puerperal (Baby Blues)	Depressão Puerperal	Psicose Puerperal
50–70% dos nascimentos • Humor depressivo; fadiga; insônia; • Ansiedade e preocupação com o RN; • Choro fácil; dificuldade de concentração. <i>Início: 2–3 dias após o parto. Duração: até 14 dias. Resolução espontânea.</i>	10–15% dos nascimentos • Sensação de incapacidade; culpa; • Tristeza constante; baixa autoestima; • Desânimo extremo; insônia; • Incapacidade de cuidar de si ou do RN. <i>Encaminhar para médico. Psicoterapia + farmacológico se indicado.</i>	1–5 a cada 1.000 nascimentos • Alucinações, delírios; • Comportamento desorganizado; • Risco à vida da mãe e do bebê. URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA. Encaminhar imediatamente para serviço de saúde mental.
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>		

20.5 – Imunização Oportunística no Atendimento à Mulher

Todo atendimento à mulher é uma oportunidade para verificar o status vacinal e atualizar o calendário vacinal, conforme a situação clínica:

- Hepatite B: completar 3 doses conforme histórico; indicada para gestantes;
- dT (Difteria e Tétano): reforço a cada 10 anos; ferimentos graves: 5 anos;
- dTpa (Difteria, Tétano, Coqueluche): dose única; indicada para gestantes a partir da 20ª semana;
- Tríplice Viral (SRC): 2 doses para 20–29 anos; 1 dose acima de 30 anos; CONTRAINDICADA na gestação;
- Febre Amarela: dose única; reforço se vacinada antes dos 5 anos; na gestação: somente se benefício superar o risco;
- Influenza e COVID-19: seguir campanhas anuais; grupos prioritários incluem gestantes e puérperas.

21 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O climatério é a transição do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre 40 e 65 anos. A menopausa — marco do período climatérico — é o diagnóstico retrospectivo após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre 48 e 50 anos. Mulheres com menopausa antes dos 40 anos devem ser encaminhadas ao médico para investigação.

A consulta de enfermagem nesse período é uma oportunidade para rastreamento de risco cardiovascular (conforme Protocolo Volume 1), rastreamento de câncer de colo do útero e mama, e oferta de sorologias.

21.1 – Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

O enfermeiro pode prescrever apenas a TRH tópica vaginal (Estriol 1 mg/g creme, 0,5 g/dia por 21 dias com pausa de 7 dias, máximo 3 meses) para queixas de atrofia genital e para facilitar a coleta do citopatológico, desde que não haja contraindicações.

Orientar que o uso prolongado de TRH sistêmica pode aumentar o risco de câncer de mama, doenças tromboembólicas e cardiovasculares. O tempo máximo de uso é de 4 anos e até os 60 anos. Mulheres em TRH devem aferir PA trimestralmente.

QUADRO 52 – CONTRAINDICAÇÕES À TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH)

Contraindicações Absolutas	Contraindicações Relativas
• História ou presença de câncer de mama; • Câncer de endométrio; • Doença hepática grave; • Sangramento genital não esclarecido; • Tromboembolismo agudo ou recorrente; • Porfíria.	• Hipertensão arterial não controlada; • Diabetes mellitus não controlado; • Endometriose; • Miomatose uterina.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

21.2 – Manejo das Queixas Mais Comuns no Climatério

QUADRO 53 – MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO

Queixa	Conduta do Enfermeiro
Atrofia genital (disúria, dispareunia, corrimento, prurido vaginal)	Orientar lubrificantes vaginais durante a relação sexual. Prescrever TRH tópica vaginal (Estriol 1 mg/g creme, 0,5 g/dia por 21 dias + pausa de 7 dias, máximo 3 meses), se sem contraindicações. Sempre investigar outras causas.
Fogachos	Orientar: dormir em ambiente arejado; usar roupas em camadas; beber água gelada ao perceber os sintomas; não fumar; evitar álcool e cafeína; manter diário de eventos gatilho; praticar atividade física; controlar o peso; respirar lenta e profundamente durante as crises.
Alterações emocionais e do sono	Estimular atividades sociais e atividade física; evitar estimulantes à tarde/noite; manter rotina de sono regular; banho morno antes de dormir;

	não fazer refeições pesadas à noite; avaliar depressão e ansiedade. Se indicado, encaminhar para psicologia ou médico para tratamento farmacológico.
Diminuição da libido	Estimular autocuidado e busca de informações sobre sexualidade; apoiar melhoria das relações sociais; estimular prática de sexo seguro; orientar lubrificantes vaginais; considerar TRH tópica para atrofia.
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>	

21.3 – Qualidade de Vida no Climatério

Orientações para melhoria da qualidade de vida:

- Prevenção da osteoporose: dieta rica em cálcio e vitamina D (leite, iogurte, queijo, couve, brócolis, sardinha); exposição solar sem fotoproteção por 15 min/dia antes das 10h ou após as 16h;
- Atividade física: 150 min/semana de atividade aeróbica de intensidade moderada; fortalecimento muscular 2x/semana; exercícios de equilíbrio e coordenação;
- Exercícios da musculatura perineal.

21.4 – Contracepção no Climatério

- Se em uso de ACO ou progestágeno injetável: substituir por método não hormonal ou pílula de progestágeno quando a mulher completar 50 anos;
- Se em uso de método não hormonal: manter por mais 2 anos após o último ciclo menstrual;
- Se em uso de pílula de progestágeno: manter até os 55 anos ou, se ainda menstruando, por 1 ano após o último ciclo.

22 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

A consulta de enfermagem à adolescente pode ocorrer tanto acompanhada de responsável quanto de forma espontânea e independente — é seu direito consentir ou recusar o atendimento. A adolescente não pode ter o acesso ao serviço negado mesmo que esteja desacompanhada.

Segundo a OMS, adolescência compreende a faixa de 10 a 19 anos. No Brasil, o ECA define como 12 a 18 anos completos. A consulta deve ser uma oportunidade para: orientar sobre ciclo menstrual, prevenção de gravidez e ISTs, uso correto de preservativos, dupla proteção, e esclarecer sobre riscos do álcool, tabaco e outras drogas.

22.1 – Avaliação Clínica na Adolescente

Itens recomendados na consulta:

- Anamnese: motivo da consulta, comorbidades, HF, ciclo menstrual, queixas, aspectos emocionais;
- Avaliação antropométrica: peso, altura, IMC; cerca de 20–25% da altura adulta é adquirida na puberdade;
- Estagiamento puberal de Tanner: início da puberdade nas meninas entre 8 e 13 anos (telarca como primeiro sinal puberal);
- Menarca: média de 12 anos e 4 meses (pode variar de 9 a 16 anos); corrimento vaginal claro até 12 meses antes é fisiológico; ciclos irregulares são normais até 2–3 anos após a menarca;
- Encaminhar ao médico: aparecimento de pelos pubianos antes do broto mamário; puberdade precoce (< 8 anos) ou tardia (ausência de caracteres sexuais secundários aos 13 anos);
- Exame ginecológico: indicado para adolescentes com queixas ginecológicas ou vida sexual ativa.

22.2 – Aspectos Éticos e Legais

O Ministério da Saúde e o ECA garantem que qualquer exigência que afaste o adolescente do serviço de saúde constitui violação de seu direito à saúde. A consulta pode ser realizada sem responsável; o sigilo é garantido, exceto em situações de risco de morte ou suspeita de maus-tratos.

- O acesso a insumos de prevenção, métodos anticoncepcionais e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva deve ser oferecido livremente;
- A testagem sorológica (HIV, sífilis, hepatites) é voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização do responsável, desde que o adolescente tenha capacidade de avaliar o problema;
- Se identificada violência ou suspeita: preencher ficha de notificação compulsória e acionar Conselho Tutelar conforme ECA;
- Registrar e discutir com a equipe todo o processo de atendimento.

23 – INFERTILIDADE

Investigar casais que não atingiram a concepção após 12 meses de atividade sexual regular desprotegida. Para mulheres com mais de 35 anos, o período de investigação pode ser reduzido para 6 meses.

23.1 – Avaliação da Mulher

O enfermeiro deve questionar e examinar:

- Idade (> 35 anos pode haver diminuição da fertilidade);
- Ciclo menstrual irregular ou ausente (normal: 24–35 dias, sangramento de 3–7 dias);
- História de IST ou DIP (fator tubário);
- Cirurgias pélvicas prévias;
- Dispareunia (associada a endometriose);
- Problemas endócrinos, uso de medicamentos dopaminérgicos, galactorreia, hirsutismo, acne;
- Exame pélvico alterado.

Exames que o enfermeiro pode solicitar para a investigação feminina:

- LH, FSH, estradiol-progesterona-prolactina, estrogênio, TSH, T3 e T4 livre, hemograma completo, testosterona total e livre e ultrassonografia transvaginal.

Avaliar exames e encaminhar para consulta médica e ou especialista.

23.2 – Avaliação do Parceiro

O fator masculino contribui isoladamente em 20% dos casos e em combinação com outros fatores em 30–40% adicionais. Questionar:

- ISTs, varicocele, criptorquidia, trauma local, quimioterapia ou radioterapia prévia;
- Tabagismo (cigarro e maconha); uso de banheira de hidromassagem ou sauna;
- Medicamentos em uso.

Exame que o enfermeiro pode solicitar para o homem:

- Espermograma
- testosterona total e livre
- LH e FSH
- TSH, T3 e T4 livre.
- Ultrassonografia de próstata (via abdominal);
- Ultrassonografia de bolsa escrotal;

Avaliar exames e encaminhar para consulta médica e ou especialista.

REFERÊNCIAS

As referências completas do Protocolo de Enfermagem – Saúde da Mulher da UBS de Guaratuba estão baseadas nas seguintes fontes primárias, adaptadas para a realidade do município:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 23: Aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: MS, 2014.
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Planejamento familiar. Brasília: 1996.
- BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263/1996 — condições para esterilização.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP/WHO, 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5ª ed. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 690/2022 — atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo.
- INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- INCA. Controle do câncer de colo do útero. Disponível em: www.inca.gov.br.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Enfermagem Volume 3 — Cuidado em Saúde da Mulher. Florianópolis, 2025. Utilizado como referência estrutural e adaptado para Guaratuba-PR.
- DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- GINA. Global Initiative for Asthma. 2024. Disponível em: www.ginasthma.org.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Volume 4

ATENÇÃO À DEMANDA DE CUIDADOS NA CRIANÇA

Faixa Etária: 0 a 18 anos — Puericultura e Demandas Agudas

Guaratuba - PR, 2026

APRESENTAÇÃO

A atenção à saúde da criança é uma das áreas mais tradicionais e fundamentais na atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. O cuidado pediátrico engloba duas vertentes complementares: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável — a puericultura — e o manejo das condições agudas mais prevalentes na infância, como infecções de vias aéreas, febre, diarreia e lesões de pele.

Este protocolo, elaborado para as equipes de enfermagem da UBS de Guaratuba, abrange crianças e adolescentes de 0 a 18 anos conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O instrumento define condutas farmacológicas e não farmacológicas baseadas em evidências, sinais de alerta para encaminhamento e fluxos de cuidado integrado com a equipe de saúde da família.

Para efeitos legais, este protocolo está em conformidade com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN nº 195/1997 (solicitação de exames por Enfermeiro).

Equipe de Enfermagem — UBS Guaratuba | 2026

24 – INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)

As IVAS constituem um dos principais motivos de consulta pediátrica na APS. A grande maioria tem etiologia viral e evolução benigna e autolimitada. O papel do enfermeiro é identificar precocemente os sinais de gravidade, orientar o uso racional de medicamentos e evitar a prescrição inadequada de antibióticos.

⚠ SINAIS DE GRAVIDADE — ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA:

- Criança não consegue beber ou mamar; letargia ou inconsciência;
- Tempo de enchimento capilar > 2 segundos; batimento de asa de nariz; gemência;
- Tiragem subcostal/intercostal; cianose; estridor em repouso;
- Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ há mais de 3 dias; ausculta pulmonar alterada (sibilos, estertores);
- Placas e/ou abscesso em tonsilas; dificuldade de deglutir ou de respirar pelo nariz.

⚠ ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA NO MESMO DIA:

- Criança menor de 3 meses com febre (mesmo que relatada);
- Qualquer criança com fatores de risco: obesidade severa, DM, nefropatia, cardiopatia, malformações congênitas, imunodeficiência ou uso de terapia imunossupressora.

QUADRO 54 – MANEJO DE IVAS SEM SINAIS DE GRAVIDADE

Cuidados de Enfermagem	Conduta Farmacológica
• Aumentar ingestão de água e outros líquidos; em aleitamento materno: aumentar frequência e duração das mamadas; • Para > 1 ano: mel 1 colher de chá (2–5 mL) à noite antes de dormir — higiene bucal após o uso; • Vaporização domiciliar (vapor de chuveiro, inalador); • Remover umidade, mofo e bolor da casa; manter ambientes ventilados; • Estimular higiene frequente das mãos; evitar fumaça de cigarro perto da criança; • Higiene nasal com SF 0,9%; • Orientar sinais de gravidade e retorno imediato se houver piora; • Evitar antitérmico rotineiramente em crianças > 6 anos sem febre ou desconforto.	Paracetamol 200 mg/mL (gotas): 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre OU Dipirona 500 mg/mL (gotas): 0,5 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre

QUADRO 55 – VALORES NORMAIS DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA E CARDÍACA CONFORME IDADE

Idade	FR Normal (mpm) FC Normal (bpm)
< 2 meses	FR: até 60 mpm FC: 70–170 (média 120) bpm
2 a 11 meses	FR: até 50 mpm FC: 80–160 (média 120) bpm

12 meses a 5 anos	FR: até 40 mpm FC: 80–130 (média 110) bpm
6 a 8 anos	FR: até 30 mpm FC: 70–115 (média 100) bpm
Acima de 8 anos	FR: até 20 mpm FC: 70–110 (média 90) bpm
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.	

25 – DOR DE OUVIDO

A dor no conduto auditivo em crianças possui inúmeras causas, infecciosas ou não. O enfermeiro deve identificar sinais de gravidade com precisão, oferecer medidas de conforto e orientar os cuidadores sobre prevenção.

QUADRO 56 – MANEJO DA DOR DE OUVIDO SEM SINAIS DE GRAVIDADE	
Cuidados de Enfermagem	Conduta Farmacológica
- Compressas mornas para alívio da dor; - Investigar causas ambientais: fumaça, poeira, banho de piscina; - Crianças com atividades aquáticas: orientar protetores auriculares; - Contraindicar uso de cotonetes — limpar apenas externamente com toalha; - Crianças em amamentação: orientar posição a 45°; - Cerume impactado (sem outros sinais): óleo de oliva ou óleo mineral, 5 gotas 2–3x/dia por 3 dias + retorno para reavaliação; - Retorno imediato se: sinais infecciosos (febre > 38,5°C, edema auricular, secreção purulenta), sangramento no ouvido, corpo estranho próximo ao tímpano ou sinais de meningismo.	Paracetamol 200 mg/mL (gotas): 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre OU Dipirona 500 mg/mL (gotas): 0,5 gota kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre
QUADRO 57 – PRINCIPAIS ACHADOS À OTOSCOPIA	
Achado	Indicativo / Conduta
Membrana timpânica íntegra, conduto sem alterações	Exame normal. Continuar manejo sintomático.
Hiperemia do conduto + secreção + descamação	Otite externa. Dor aumenta à mobilização do pavilhão e pressão no tragus. Encaminhar para avaliação médica no período.
Opacidade, hiperemia e/ou abaulamento timpânico	Otite média aguda. Dor intensa de início súbito. Pode ou não haver febre e otorreia. Encaminhar para avaliação médica no período.

Perfuração da membrana timpânica	Otorreia supurativa crônica ou perfuração traumática. Encaminhar para avaliação médica.
Cerume impactado	Sensação de ouvido tapado e diminuição da acuidade auditiva. Tratar com óleo de oliva/mineral conforme acima ou Cerumin (não disponível na REMUME) 3 gotas em cada ouvido por 5 dias e reavaliação médica.
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.</i>	

26 – FEBRE

A febre é o sinal mais comum de que o organismo da criança está em processo de defesa. Na maioria das vezes tem origem viral e evolução benigna. O diagnóstico de febre é definido por temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (axilar) ou $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (retal/timpânica). Não é obrigatório medicar todos os casos de febre — as medidas não farmacológicas costumam ser suficientes.

⚠️ ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA se:

- Febre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$; febre há mais de 48 horas;
- Alteração clínica visível ou queda no estado geral;
- Frequência cardíaca ou respiratória alterada para a idade.

QUADRO 58 – MANEJO DA FEBRE SEM SINAIS DE GRAVIDADE

Cuidados de Enfermagem	Conduta Farmacológica
• Roupas leves e banhos mornos para auxiliar na termorregulação; • Oferecer líquidos (água, sucos, sopas) em horários regulares — auxilia na reposição hídrica e controle térmico; • Orientar repouso; • Tranquilizar a família: a febre na maioria das vezes é mecanismo de defesa (sistema imunológico ativo); • Sempre buscar o foco da febre a cada nova avaliação — evitar antitérmico sem identificação de causa para não mascarar quadros graves; • Orientar sinais de gravidade por escrito na receita para que os responsáveis saibam identificar e retornar prontamente; • Convulsão febril: evento benigno, breve, raramente recorre nas 24 horas. Orientar familiares. Conduta igual a quadros convulsivos clássicos — acionar SAMU se necessário.	Se temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ com desconforto: Paracetamol 200 mg/mL (gotas): 1 gota/kg/dose de 6/6h por até 3 dias, com reavaliação em 48h OU Dipirona 500 mg/mL (gotas): 0,5 gota kg/dose de 6/6h por até 3 dias, com reavaliação em 48h ⚠️ Atenção: <i>Paracetamol: contraindicado em hepatopatias. Dipirona: contraindicado em hemopatias. Referenciar ao MFC nestes casos.</i>

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

27 – GASTROENTERITE (DIARREIA E VÔMITOS)

A gastroenterite é extremamente comum em crianças, com etiologia predominantemente viral. O manejo deve ser orientado pela avaliação do grau de desidratação. Os familiares devem ser orientados sobre os sinais de gravidade e retorno imediato ao serviço de saúde.

QUADRO 59 – CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DESIDRATAÇÃO NA DIARREIA		
GRUPO A — HIDRATADO ✓	GRUPO B — DESIDRATADO ⚠	GRUPO C — MUITO DESIDRATADO ✗
• Criança alerta; • Olhos brilhantes com lágrima; • Mucosas úmidas; • Fontanela normotensa; • Turgor cutâneo normal; • Pulso cheio; • Perfusão < 2 segundos; • PA e diurese normais.	• Irritada, com sede; • Olhos encovados; • Mucosas secas; • Fontanela deprimida; • Turgor pouco diminuído; • Pulso diminuído; • Perfusão < 2 segundos; • Diurese pouco diminuída.	• Deprimida / comatosa; • Olhos muito encovados, sem lágrimas; • Mucosas muito secas; • Fontanela muito deprimida; • Turgor muito diminuído; • Pulso rápido, débil ou ausente; • Perfusão > 2 segundos; • Oligúria ou anúria.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.		

QUADRO 60 – CONDUTA CONFORME GRAU DE DESIDRATAÇÃO	
Grupo	Conduta
A — VERDE (Hidratado)	SRO domiciliar: < 1 ano: 50–100 mL após cada perda hídrica; > 1 ano: 100–200 mL após cada perda. Amamentar mais frequentemente. Manter dieta. Orientar sinais de alerta e retorno.
B — AMARELO (Desidratado)	Terapia de Reidratação Oral (TRO) na unidade: SRO 75 mL/kg em 4 horas. Reavaliar a cada 30 min. Se sinais de gravidade ou ausência de melhora: avaliação médica imediata e considerar hidratação endovenosa.
C — VERMELHO (Muito desidratado)	⚠ AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA. Puncionar acesso venoso calibroso. SF 0,9% EV conforme conduta médica.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.	

28 – OLHO VERMELHO E OUTRAS QUEIXAS OCULARES

As queixas oculares em crianças são frequentes e geralmente de curso benigno. O enfermeiro deve identificar os sinais de gravidade que demandam encaminhamento imediato e manejar com segurança as afecções de menor complexidade.

⚠ SINAIS DE GRAVIDADE — ENCAMINHAR PARA URGÊNCIA OFTALMOLÓGICA IMEDIATAMENTE:

- Trauma ocular recente; diminuição súbita de acuidade visual;
- Dor intensa; hiperemia circular (ao redor da íris);
- Corpo estranho aderido ao globo ocular; limitação de movimento ocular;
- Proptose (olho projetado para fora); icterícia ocular;
- Pus nos olhos ou edema palpebral em < 1 mês de vida (RN).

QUADRO 61 – MANEJO DE CONJUNTIVITE VIRAL E BACTERIANA

Etiologia Viral	Etiologia Bacteriana (secreção purulenta → avaliação médica)
• Compressas e lavagem ocular com gaze estéril, no mínimo 4x/dia; • Arejar o ambiente; usar lenços de papel individuais; • Lavar frequentemente as mãos da criança; • Toalhas e roupas de cama individuais; • Afastamento escolar por 5 dias ou até melhora da secreção; • Retorno se piora ou início de secreção purulenta.	• Mesmos cuidados da etiologia viral; • Encaminhar para avaliação médica no período (colírio antibiótico é prescrição médica); • Orientar uso correto do colírio e não esquecer os horários; • Retorno se piora dos sintomas.

QUADRO 62 – OUTRAS AFECÇÕES OCULARES COMUNS EM CRIANÇAS

Condição	Conduta de Enfermagem
Hordéolo (terçol) / Calázio	Higiene local com SF; compressas mornas com gaze estéril por 10–15 min, 2–4x/dia; massagem suave. Analgesia: paracetamol ou dipirona conforme peso. Desaparecimento pode levar semanas. Se infecção secundária: encaminhar para médico.
Blefarite (crostas nas pálpebras)	Compressas mornas 2–3x/dia para amolecer crostas; remover com gaze ou pano macio; lavar com sabonete neutro 'sem lágrimas'. Se dermatite seborreica ou falha no tratamento: avaliação médica.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

29 – VERMINOSE / PARASITOSE INTESTINAIS

A profilaxia semestral com anti-helmínticos de forma indiscriminada NÃO é recomendada — expõe a criança ao medicamento sem indicação e predispõe a quadros alérgicos. O tratamento é indicado apenas quando houver evidência ou suspeita clínica da parasitose.

QUADRO 63 – VERMINOSE: QUEIXAS, SINAIS DE GRAVIDADE E CONDUTA		
Queixas Mais Comuns	Sinais de Gravidade (→ Médico)	Conduta de Enfermagem
• Prurido anal intenso; • Vermes visíveis nas fezes ou roupas íntimas; • Ovos visíveis nas fezes; • Dor abdominal leve (afastados sinais de alerta); • Diarreia intermitente não relacionada à alimentação.	• Distensão abdominal; • Dor abdominal intensa associada a helmintose; • Diarreia persistente; • Helmintos saindo por cavidade nasal; • Verminose em criança < 1 ano.	Se sem sinais de gravidade: Albendazol 400 mg: dose única VO — crianças ≥ 2 anos • Tratar todos os contatos domiciliares (receita no nome de cada familiar); • Se prurido anal no momento da consulta: repetir dose em 2 semanas (mesmos familiares); • Reforçar higiene das mãos, alimentos crus e unhas aparadas.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

30 – LESÕES DE PELE MAIS COMUNS EM CRIANÇAS

QUADRO 64 – LESÕES DE PELE: MANIFESTAÇÕES E TRATAMENTO		
Tipo de Lesão	Principais Manifestações	Tratamento
Dermatite de fraldas / Monilíase de períneo	Hiperemia em região de períneo, com ou sem pápulas ou crostas.	Miconazol creme 12/12h por 7 dias + Óxido de zinco em todas as trocas. Prevenção: óxido de zinco após troca; evitar lenços umedecidos; usar sabão neutro; chá de camomila frio para higiene.
Pediculose (piolho)	Prurido no couro cabeludo; identificação de piolho adulto ou lêndeas.	Permetrina 1% loção: aplicar no couro cabeludo, aguardar 5–10 min, enxaguar. (NÃO usar em < 2 anos — apenas remoção mecânica com pente fino.
Escabiose (sarna)	Prurido intenso com piora à noite; lesões cavitárias em axilas, virilhas, interdigitais, periumbilical.	Permetrina 5% loção: aplicar no corpo inteiro (pescoço para baixo), aguardar 8–12h, enxaguar. Repetir em 7 dias. NÃO usar em < 2 anos — encaminhar ao MFC. Afastar das atividades por 24h após início do tratamento.
Varicela	Lesões crostosas e pruriginosas em face, tronco e membros em vários estágios	Banhos com sabão neutro, água morna; unhas aparadas para evitar infecção secundária; Pasta d'água (óxido de zinco)

	(pápula, vesícula, crosta). Precedidas de febre.	2x/dia. Afastamento escolar por 7 dias. Se infecção secundária: acionar médico.
Impetigo	Lesões crostosas de coloração cor de mel, afebris, alto potencial de disseminação. Localização mais comum: face.	Lesões autolimitadas: Mupirocina creme 2x/dia por 7 dias + afastamento escolar. Lesões disseminadas ou com febre ou no trigono da face: interconsulta médica (considerar cefalexina sistêmica).
Micose (Tinea/Impingem)	Lesões circulares, pruriginosas, com bordas elevadas e descamação. Axilas e virilha.	Miconazol creme dermatológico 2x/dia por 7–14 dias. Se lesões extensas: discussão com médico para antifúngico sistêmico.
Micose interdigital	Lesões descamativas úmidas entre os dedos ou plantas dos pés.	Lavar e secar bem os pés; calçados abertos; Miconazol creme 12/12h por 7–14 dias.
Larva migrans (bicho geográfico)	Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, muito pruriginosa.	Compressas frias para alívio. Criança < 2 anos: encaminhar ao MFC. Criança ≥ 2 anos: Albendazol 400 mg VO/dia por 3 dias.
Tungíase (bicho de pé)	Pápulas amareladas com pontos pretos centrais, pruriginosas nas extremidades.	Retirada mecânica com agulha ou bisturi + curativo. Verificar esquema vacinal (tétano). Infecção secundária: avaliação médica.
Miiase furunculóide (berne)	Lesão nodular com orifício central, secreção serosa, sensação de 'ferroada'.	Oclusão do orifício com esparadrapo. Retorno em 24h para retirada da larva com pinça. Verificar vacinação antitetânica.
Paroníquia aguda	Dor, vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus. Associada a trauma ou cutícula retirada.	Se pus limitado à prega: drenagem com bisturi/agulha + Mupirocina 2% 2–3x/dia por até 10 dias. Se infecção além das pregas, febre ou dor intensa: avaliação médica.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.		

31 – PROBLEMAS MAIS COMUNS DA BOCA

QUADRO 65 – LESÕES DA CAVIDADE ORAL EM CRIANÇAS		
Causa	Manifestações	Conduta de Enfermagem
Estomatite / Afta	Lesões dolorosas e hipocrômicas na boca (língua, mucosa, palato). Etiologia viral.	Manter escovação; evitar alimentos temperados; higiene das mãos. Bochechos com bicarbonato de sódio (2 col. chá em ½ copo de água) — alívio sintomático. Paracetamol ou dipirona se dor. Avaliar afastamento escolar.
Candidíase oral (sapinho)	Placas brancas grumosas aderentes na cavidade oral. Mais comum em < 2 anos e imunossuprimidos.	Manter higiene oral. Nistatina 100.000 UI/mL: 1 mL de 6/6h por 14 dias. Tratar mãe simultaneamente se amamentação. Crianças expostas ao HIV: avaliar e testar. Se falha com nistatina: avaliação médica.
Doença mão-pé-boca	Úlceras amareladas na boca + vesículas nas mãos e pés. Etiologia viral (enterovírus). Febre baixa.	Tratamento de suporte: manter hidratação e alimentação; evitar cítricos e condimentados. Higiene das mãos. Interconsulta médica para avaliar afastamento escolar. Paracetamol se febre/dor.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

32 – PUERICULTURA DE ROTINA

A puericultura é o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil. As consultas devem ser realizadas de forma alternada entre enfermeiro e médico da equipe, com suporte do pediatra nos casos mais complexos. O calendário abaixo aplica-se a crianças sem fatores de risco biológicos ou sociais.

QUADRO 66 – CALENDÁRIO DE CONSULTAS E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO ESPERADOS	
Idade	Avaliação Esperada / Marcos do Desenvolvimento (DNPM)
até 10 dias Enfermeiro(a) ou Médico(a)	Peso, altura, PC. Revisar testes de triagem neonatal (pezinho, coraçãozinho, olhinho, orelhinha). Avaliar icterícia, aleitamento e adaptação familiar.
1 mês Enfermeiro(a)	Peso + altura + PC. Observa um rosto; reage a um som; eleva a cabeça.
2 meses Médico(a)	Peso + altura + PC. Sorri quando estimulada; abre as mãos espontaneamente; emite sons; movimentam membros ativamente.
3 meses Enfermeiro(a)	Peso + altura + PC. Sorri; emite sons (balbucios iniciais); segue objetos com olhar; eleva a cabeça e tórax em prona, sustenta a cabeça quando colocado em posição vertical.
4 meses Médico(a)	Peso + altura + PC. Responde com sorriso; segura objetos; apoia-se nos braços e levanta a cabeça quando de bruços.
5 meses Enfermeiro(a)	Peso + altura + PC. Sustentar bem a cabeça; rolar; levar objetos a boca; segurar brinquedos; rir alto e vocalizar (sons tipo: “agu”, “ba”).
6 meses Médico(a)	Peso + altura + PC. Busca objetos próximos; leva à boca; localiza som/voz; rola e/ou tenta sentar-se.
9 meses Enfermeiro(a)	Peso + altura + PC. Passa objetos entre as mãos; brinca de esconde-achou; pronúncia sílabas repetidas; sentar-se sem apoio.
12 meses Médico(a)	Peso + altura + PC. Imita gestos (tchau, palmas); pega com pinça; anda com apoio; tenta se comunicar com sons.
1 ano e 3 meses Enfermeiro(a)	Peso + altura + PC. Aponta o que quer; fala uma palavra completa; anda sem apoio.
1 ano e 6 meses Médico(a)	Peso + altura + PC. Usa colher/garfo; empilha objetos; fala palavras (além de nomes); anda para trás.
2 anos Médico(a)	Peso + altura + PC. Tira roupa sozinha; identifica figuras; chuta bola.
Acima de 2 anos (anual) Médico(a) ou Enfermeiro(a)	Peso + altura. Veste-se com ajuda; fala frases curtas; pula com pés juntos; brinca com outras crianças.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

QUADRO 67 – CONDUTAS CONFORME POSIÇÃO NA CURVA DE CRESCIMENTO (ESCORE-Z / OMS)

Posição na Curva	Impressão e Conduta
Entre -2 e +2 (curva ascendente)	✓ Peso/altura adequado para a idade. Seguir rotina conforme calendário.
Entre -3 e -2	⚠ Peso/altura abaixo do esperado. Avaliar intercorrências clínicas e desmame. Discussão com médico e retorno em 30 dias. Se curva ascendente em direção à normalidade: manter acompanhamento.
Entre +2 e +3	⚠ Peso/altura acima do esperado. Avaliar excessos alimentares (farináceos). Se curva descendente em direção à normalidade: manter acompanhamento.
Abaixo de -3	✗ Muito abaixo do esperado. Interconsulta com médico no mesmo dia.
Acima de +3	✗ Muito acima do esperado. Interconsulta com médico no mesmo dia.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

QUADRO 68 – VOLUME E FREQUÊNCIA DA REFEIÇÃO LÁCTEA (CRIANÇA NÃO AMAMENTADA)

Idade	Volume	Número de Refeições/Dia
Até 30 dias	60 – 120 mL	6 a 8
30 a 60 dias	120 – 150 mL	6 a 8
2 a 4 meses	150 – 180 mL	5 a 6
4 a 8 meses	180 – 200 mL	2 a 3
Acima de 8 meses	200 mL	2 a 3

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

33 – ANEMIA E SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

A deficiência de ferro é a carência nutricional mais frequente na infância e uma das principais causas de anemia. O tratamento adequado e a suplementação profilática previnem internações e sequelas no desenvolvimento infantil.

Profilaticamente, será adotado **10mg a 12,5mg de ferro elementar** – por dois ciclos de 3 meses, com 3 meses de intervalo.

Recomendado: - Iniciar o uso do ferro aos 6 meses de vida, até 9 meses de vida.

- Intervalo sem uso entre os 9 meses aos 12 meses.

- Reiniciar o ciclo de ferro dos 12 até 15 meses.

Forma farmacêutica do suplemento de ferro para crianças: sulfato ferroso 125 mg/ml solução oral/gotas – equivalente a 25 mg/ml de ferro elementar, considerando que, conforme a figura abaixo, a suplementação de ferro para crianças deverá ocorrer em dois ciclos intermitentes, deverá ser prescrito: **8 gotas diariamente** dos 6 aos 9 meses e **10 gotas diariamente** dos 12 aos 15 meses.

QUADRO 69 – SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO SÉRICO (ABORDAGEM INDIVIDUAL)		
Situação	Recomendação (Ferro Elementar)	Hemograma
RN a termo, peso adequado, em aleitamento materno	1 mg/kg/dia a partir do 6º mês (ou introdução de outros alimentos) até os 24 meses. Discutir com médico a necessidade individual.	Conforme necessidade clínica
Criança em desmame precoce (< 4 meses), a termo e peso adequado	1 mg/kg/dia a partir dos 4 meses até os 24 meses.	Entre 9 e 12 meses
RN pré-termo / baixo peso até 1,5 kg	2 mg/kg/dia durante 1 ano. Após: 1 mg/kg/dia por mais 1 ano.	Aos 6 meses (prematurados extremos) e 15 meses
RN pré-termo com peso 1,0 – 1,5 kg	3 mg/kg/dia durante 1 ano. Após: 1 mg/kg/dia por mais 1 ano. (Avaliação médica)	Aos 6 e 15 meses
RN pré-termo com peso < 1,0 kg	4 mg/kg/dia durante 1 ano. Após: 1 mg/kg/dia por mais 1 ano. (Avaliação médica)	Aos 6 e 15 meses
Profilático de 6 a 9 meses e 12 a 15 meses (todos)	sulfato ferroso 125 mg/ml solução oral/gotas – equivalente a 25 mg/ml de ferro elementar, considerando que, conforme a figura abaixo, a suplementação de ferro para crianças deverá ocorrer em dois ciclos intermitentes, deverá ser prescrito: 8 gotas diariamente dos 6 aos 9 meses e 10 gotas diariamente dos 12 aos 15 meses.	Não necessita
<i>* As doses são referentes a ferro elementar. Para uso com sais de ferro (sulfato ferroso), realizar a conversão de dose. Sulfato ferroso 40 mg = 8 mg de ferro elementar.</i>		
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.		

QUADRO 70 – PONTOS DE CORTE DE HEMOGLOBINA PARA DEFINIÇÃO DE ANEMIA EM CRIANÇAS

Idade	Não Anêmica	Anemia Leve / Moderada	Anemia Grave
6 meses a 4 anos	Hb ≥ 11,0 g/dL	Leve: 10,0–10,9 Moderada: 7,0–9,9	< 7,0 g/dL
5 a 11 anos	Hb ≥ 11,5 g/dL	Leve: 11,0–11,4 Moderada: 8,0–10,9	< 8,0 g/dL
12 a 14 anos	Hb ≥ 12,0 g/dL	Leve: 11,0–11,9 Moderada: 8,0–10,9	< 8,0 g/dL

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

QUADRO 71 – CONDUTA PERANTE ANEMIA POR EVIDÊNCIA LABORATORIAL

Tipo	Conduta (Ferro Elementar)	Orientações	Seguimento
Leve	3 mg/kg/dia (máx. 60 mg/dia) em 2–3 tomadas	Ingerir após refeições; evitar leite e chás junto com o ferro; estimular vitamina C e ferro heme (carnes); verificar renda e qualidade da alimentação.	Hemograma em 1 mês. Se melhora: manter e repetir a cada 1–2 meses até Hb normal; depois reduzir para dose profilática por mais 6 semanas.
Moderada	Interconsulta com médico	Orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	Quando Hb compatível com anemia leve: seguimento pode ser pelo enfermeiro.
Grave	Interconsulta com médico	Orientações alimentares.	Quando Hb compatível com anemia leve: seguimento pode ser pelo enfermeiro.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

34 – PUERICULTURA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Além do acompanhamento rotineiro, algumas crianças demandam atenção redobrada em função de vulnerabilidades clínicas que aumentam o risco de complicações infecciosas e do desenvolvimento.

QUADRO 72 – INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA PUERICULTURA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS	
Situação	Condutas do Enfermeiro
RN Pré-termo (Prematuro) e/ou Baixo Peso (< 2.500 g)	Consultas semanais até atingir 2.500 g. Se prematuro extremo (< 28 semanas): solicitar nirzevimabe. Usar curva de crescimento para prematuros até os 6 meses de idade (com correção para idade gestacional). Suplementação de sulfato ferroso até 2 anos. Hemograma aos 6 meses (extremos) e 15 meses. Calendário vacinal: BCG só acima de 2.000 g; hepatite B conforme PNI.
Criança exposta ao HIV	Acompanhamento mensal + serviço especializado. Verificar adesão ao xarope antiviral e sulfametoxazol-trimetoprima. Não amamentar — encaminhar para prescrição de fórmula infantil. Vacinas: seguir PNI até 18 meses; se negativada, prosseguir calendário normal. Testagem periódica da criança e parcerias da nutriz.
Criança exposta à Sífilis / Sífilis Congênita	Manter aleitamento materno. Calendário vacinal conforme PNI. Consultas mensais até 6 meses; bimestrais dos 6–12 meses; semestrais até 2 anos. Acompanhamento oftalmológico semestral. Controle VDRL com 1, 3 e 6 meses (2 resultados não reagentes ou queda de 2 titulações = cura). Teste treponêmico aos 18 meses.
Criança exposta à Hepatite B	Confirmar vacina + imunoglobulina específica nas primeiras 12h de vida. Se não realizado na maternidade: encaminhar imediatamente ao CRIE (máx. 48h). Manter aleitamento materno. Esquema vacinal conforme PNI. HBsAg + anti-HBs: com 1 ano e 3 meses e com 2 anos.
Criança com broncodisplasia e em uso de O₂, diurético ou corticóide	solicitar nirzevimabe.
Cardiopatia congênita que tem repercussão clínica e uso de medicamento	solicitar nirzevimabe.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

35 – IMUNIZAÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A imunização é estratégia fundamental de proteção individual e coletiva. O enfermeiro deve verificar o calendário vacinal em toda consulta de puericultura e atualizar o status vacinal, encaminhando a criança para a sala de vacinas quando houver pendências. Há crescente preocupação da população com a segurança das vacinas — o enfermeiro deve esclarecer, com base em evidências, a eficácia e segurança dos imunobiológicos do PNI.

QUADRO 73 – ORIENTAÇÕES PARA IMUNIZAÇÃO

- Verificar a caderneta de vacinação em toda consulta de puericultura e atualizar o calendário quando necessário;
- Seguir o Calendário Nacional de Vacinação do PNI vigente (atualizado anualmente pelo Ministério da Saúde);
- BCG: somente em RN com peso ≥ 2.000 g;
- Hepatite B: dose ao nascer (nas primeiras 12h de vida) + 2 doses complementares conforme PNI;
- Para prematuro extremo (< 28 semanas): consultar calendário vacinal específico para prematuros;
- Vacinas contraindicadas em imunossuprimidos: verificar CRIE para orientações individualizadas;
- Atentar para campanhas anuais (influenza, COVID-19) e campanhas de bloqueio em surtos;
- Documentar todas as vacinas aplicadas na Caderneta da Criança e no prontuário eletrônico;
- Referências atualizadas: Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (MS) | Calendário Nacional PNI.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica nº 33. Brasília: MS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro — Manual de Condutas Gerais. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Aleitamento materno e alimentação complementar. CAB nº 23. Brasília: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Quadros de Procedimentos: AIDPI Criança (2 meses a 5 anos). Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes (PCDT). Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. Brasília: MS, 2002.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Enfermagem Volume 5: Atenção à Demanda de Cuidados na Criança. Florianópolis, 2018 (v. 1.1, 2020). Utilizado como referência e adaptado para Guaratuba-PR.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child Growth Standards (curvas OMS). Disponível em: who.int/childgrowth. Acessado em 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia. Geneva: WHO, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Anemia Ferropriva em Lactentes: Revisão com Foco na Prevenção. Departamento de Nutrologia: São Paulo, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: MS, 2014.
- NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Gestão do Cuidado Integral Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres Coordenação de Enfrentamento à Mortalidade Materna Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição.
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). 2. Saúde da criança. 3. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. I. Título.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 5

PARTE 1 — INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

Abordagem Sindrômica | Rastreamento | Diagnóstico | Tratamento | PEP | PrEP | HIV

Guaratuba - PR, 2026

APRESENTAÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causas importantes de morbidade em todo o mundo, abrangendo tanto infecções curáveis — como gonorreia, clamídia, tricomoníase e sífilis — quanto incuráveis, mas controláveis, como HIV/aids e Hepatite B. O ressurgimento de doenças antes consideradas controladas, como a sífilis, reforça a necessidade de estratégias constantes de diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica.

A abordagem sindrômica, preconizada pela Organização Mundial da Saúde, permite ao enfermeiro diagnosticar e tratar as IST mais prevalentes já no primeiro contato com o serviço de saúde, quebrando precocemente a cadeia de transmissão. Este protocolo define o escopo de atuação do enfermeiro da UBS de Guaratuba no manejo das principais síndromes de IST, na prescrição de PEP e PrEP, e no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/aids.

Equipe de Enfermagem — UBS Guaratuba | 2026

36 – ABORDAGEM SINDRÔMICA E RASTREAMENTO DE IST

A abordagem sindrômica não é uma forma menos precisa de tratar IST. Pelo contrário — ao basear o diagnóstico nos sinais e sintomas e tratar todos os agentes etiológicos prováveis na mesma consulta, ela é orientada a problemas, de alta sensibilidade, trata a pessoa já na primeira visita e é adequada para implementação na Atenção Primária.

⚠ IMPORTANTE: Em qualquer pessoa com imunossupressão conhecida (HIV, DM descompensado, doença renal/hepática/autoimune, câncer, uso de imunossupressores), o enfermeiro deve **REFERENCIAR** para avaliação médica.

QUADRO 74 – SÍNDROMES DE IST E ETIOLOGIAS MAIS COMUNS				
Síndrome	Sintomas mais comuns	Etiologias mais comuns	Condutas	Quem trata
Corrimento vaginal	Corrimento, prurido, dor à micção, dispareunia, odor fétido	Tricomoníase, Candidíase, Vaginose bacteriana, Gonorreia, Clamídia	Cap. 4	Enf.º/Médico
Corrimento uretral	Corrimento uretral, prurido, disúria, estrangúria	Gonorreia (NG), Clamídia (CT), Micoplasma, Ureaplasma	Cap. 2	Enf.º/Médico
Úlcera genital	Úlcera genital, aumento de linfonodos inguinais	Sífilis, Cancro mole, Herpes genital, Donovanose	Cap. 3	Enf.º/Médico
Dor pélvica (DIP)	Dor e desconforto pélvico, dispareunia, corrimento cervical	Gonorreia, Clamídia, Anaeróbios	Cap. 5 → médico	Médico
Condiloma (HPV)	Verrugas anogenitais	HPV	Cap. 6	Enf.º/Médico

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

Em TODOS os atendimentos de IST: oferecer/realizar testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C; orientar uso de preservativo e prevenção combinada; convocar parcerias conforme Quadro 75.

QUADRO 75 – CONVOCAÇÃO DE PARCERIAS SEXUAIS CONFORME O AGENTE	
Agente/Síndrome	Convocar parcerias sexuais dos últimos:
Clamídia e Gonorreia	60 dias
Sífilis	90 dias
Linfogranuloma venéreo / Donovanose / Pediculose pubiana	60 dias / 60 dias / 30 dias
Herpes genital / Condiloma (HPV)	Parcerias atuais e/ou anteriores sintomáticas

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

36.1 – Rastreamento de IST — Quadros de Periodicidade

Ao indicar rastreamento de qualquer IST, aproveitar para avaliar indicação de testar preferencialmente com teste rápido para as quatro ISTs: HIV, Sífilis, Hepatite B (HBsAg) e Hepatite C (anti-HCV).

QUADRO 76 – RASTREAMENTO DE HIV	
Quem rastrear	Periodicidade
População geral a partir do início da vida sexual	ANUAL
Pessoas com ≥ 1 fator de risco: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, uso de drogas EV, chemsex, troca de sexo por bens/moradia	SEMESTRAL
Pessoas em uso de PrEP	Antes de iniciar/reiniciar Após 30 dias A cada 3–4 meses
Gestantes	1ª consulta 2º, 3º trimestre e no parto
Puérperas	Se teste não realizado na gestação
Após episódio de risco (sexo desprotegido, diagnóstico de IST, acidente percutâneo, drogas EV compartilhadas)	No 1º atendimento 4–6 semanas após episódio de risco
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.	

QUADRO 77 – RASTREAMENTO DE SÍFILIS	
Quem rastrear	Periodicidade
Idade ≤ 30 anos	ANUAL
Fatores de risco: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, PVHIV, troca de sexo por bens	SEMESTRAL
Pessoas em uso de PrEP	A cada 3–4 meses
Gestantes	1ª consulta 2º, 3º trimestre e no parto
Puérperas	Se teste não realizado na gestação/parto
Após episódio de risco História de abortamento espontâneo/natimorto	No 1º atendimento 4–6 semanas após episódio No momento do atendimento
⚠ Se paciente JÁ TEVE sífilis: usar Teste Não Treponêmico (VDRL ou RPR) para rastreamento. Se NUNCA teve: usar teste rápido treponêmico.	
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.	

QUADRO 78 – RASTREAMENTO DE HEPATITE B E HEPATITE C	
Quem rastrear	Periodicidade — HBV (HBsAg) / HCV (anti-HCV)
Nunca testou — especialmente > 20 anos, filhos de mães HBsAg+, filhos de pessoas nascidas na Amazônia	Ao menos UMA VEZ NA VIDA
Profissionais de saúde, pessoas com DM, nefropatias, privados de liberdade, histórico de IST	SEMESTRAL (HBV) SEMESTRAL (HCV se fatores de risco)
Pessoas em uso de PrEP	A cada 12 meses (HBV) A cada 3–4 meses (HCV)
Gestantes Puérperas	1ª consulta 2º, 3º trimestre e no parto Se não realizado na gestação
Após episódio de risco; suspeita de hepatite aguda (fadiga, icterícia, colúria)	No 1º atendimento A cada novo episódio / No momento do atendimento
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.	

37 – SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são IST transmitidas por relação sexual desprotegida, causadas principalmente por *Neisseria gonorrhoeae* (NG) e *Chlamydia trachomatis* (CT). A abordagem sindrômica trata ambos os agentes simultaneamente, sem diferenciação etiológica. O tratamento deve ser iniciado já no primeiro atendimento.

Atenção: infecção retal e orofaríngea pelos mesmos agentes são frequentemente assintomáticas. A infecção da mulher (cervicite) está descrita no capítulo 4.

⚠ QUANDO ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA:

- Persistência dos sintomas após 7 dias do tratamento realizado;
- Suspeita de complicações: prostatite, orquiepididimite (dor testicular);
- Outras alterações genitais associadas (úlceras, vesícula) — usar fluxograma do cap. 3.

QUADRO 79 – TRATAMENTO DA SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL (NG + CT)

Agente	1ª Opção (incluindo gestantes e < 18 anos)	2ª Opção (somente na indisponibilidade de Ceftriaxona ou falha terapêutica — prescrição médica)
Clamídia (CT) + Gonorreia (NG) — infecção sem complicação	Ceftriaxona 500 mg IM, dose única MAIS Azitromicina 1 g (2 cp de 500 mg) VO, dose única	Gentamicina 240 mg IM, dose única MAIS Azitromicina 2 g (4 cp de 500 mg) VO, dose única ⚠ Gentamicina CONTRAINDICADA em gestantes.
• A parceria deve ser tratada com o MESMO esquema, mesmo que assintomática; • Abstinência sexual até tratamento completo e desaparecimento dos sintomas; • Agendar retorno em 7 dias; se não melhorar: avaliação médica imediata; • Solicitar testes rápidos para HIV, Sífilis, Hep B e Hep C (ou sorologias); • Rastreamento NG/CT: ver Quadro abaixo.		
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.</i>		

37.1 – Rastreamento para Clamídia e Gonorreia

QUADRO 80 – GRUPOS COM INDICAÇÃO DE RASTREAMENTO PARA CT E NG

Grupo	Quando Realizar
Gestantes < 30 anos (sem risco)	1ª consulta
Gestantes < 30 anos com práticas sexuais de risco¹	1ª consulta + 3º trimestre
PVHIV (no diagnóstico ou retorno após interrupção do tratamento)	No diagnóstico Anualmente se risco ¹
HSH (homens que fazem sexo com homens) com práticas de risco¹	ANUAL

Pessoas com prática sexual anal receptiva sem preservativo	SEMESTRAL
Mulheres cis < 25 anos com práticas de risco¹ Pessoas trans com risco¹	ANUAL
¹ Risco = IST ou PEP no último ano; nova/múltiplas parcerias; uso irregular de preservativo. Sítio de coleta: vaginal receptivo → swab vaginal anal receptivo → swab anal anal/vaginal insertivo (pênis) → urina oral ativo → swab orofaringe.	
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.</i>	

38 – SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL

A presença de úlcera genital está associada a maior risco de contaminação pelo HIV. As etiologias mais comuns são Sífilis, Cancro mole, Donovanose/LGV e Herpes Genital. A presença de vesículas indica Herpes; a presença de úlcera sem vesículas indica Sífilis + Cancro mole. Donovanose (lesão crônica > 4 semanas) é encaminhamento médico.

QUADRO 81 – TRATAMENTO DA SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL			
Agente	1ª Opção	2ª Opção / Observações	Tratamento em gestantes
Herpes genital (vesículas)	Aciclovir 200 mg 2 comprimidos VO de 8/8h por 7–10 dias + Paracetamol ou Dipirona 500–1000 mg 6/6h se necessário	Recidiva com sintomas MODERADOS: Aciclovir 800 mg VO de 12/12h por 5 dias (iniciar preferencialmente no período prodrômico). Recidiva LEVE: considerar não tratar. ≥ 6 episódios/ano: avaliação médica para terapia supressora.	Aciclovir 200 mg 2 comprimidos 8/8h por 7–10 dias (seguro na gestação)
Sífilis primária/recente (≤ 1 ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única (1,2 milhão UI em cada nádega)	Alérgicos à Penicilina (exceto gestantes): Doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 14 dias.	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única. Gestantes ALÉRGICAS: referenciar ao hospital para dessensibilização.
Sífilis tardia (> 1 ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 7,2 milhões UI IM em 3 doses semanais (2,4 milhões/semana). Intervalo máximo entre doses: 7 dias (gestantes: 9 dias).	Alérgicos (exceto gestantes): Doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 30 dias.	Penicilina G Benzatina — 3 doses. Gestantes alérgicas: hospital para dessensibilização.
Cancro mole (úlceras dolorosas)	Azitromicina 1 g VO, dose única	2ª opção: Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12h por 3 dias. ⚠ Ciprofloxacino CONTRAINDICADO em < 18 anos, gestantes e nutrízes.	Azitromicina 1 g VO, dose única
⚠ Lidocaína 2% sem vasoconstritor pode ser acrescentada na seringa da Penicilina para reduzir a dor da aplicação (Resposta Técnica COREN-SC RT 065/2019). Em gestantes: discutir com médico. ⚠ Parceria: tratar com o mesmo esquema. Parcerias dos últimos 90 dias: tratar como sífilis recente independentemente de testes. ⚠ Donovanose (lesão crônica > 4 semanas, linfonodos inguinais aumentados, dolorosos e quentes): ENCAMINHAR AO MÉDICO para biópsia e conduta.			
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.			

38.1 – Interpretação de Testes Treponêmicos e Não Treponêmicos para Sífilis

QUADRO 82 – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS PARA SÍFILIS			
Teste Treponêmico (TT)	Teste Não Treponêmico (TNT)	Interpretação	Conduta
REAGENTE	REAGENTE	Diagnóstico de Sífilis OU Cicatriz sorológica (tratamento anterior documentado com queda ≥ 2 diluições)	Classificar estágio clínico e tratar conforme Quadro 8. Solicitar VDRL para acompanhamento.
REAGENTE	NÃO REAGENTE	Realizar terceiro teste treponêmico com metodologia diferente. Se reagente: sífilis ou cicatriz. Se não reagente: resultado falso-reagente do primeiro TT.	Realizar 3º teste treponêmico. Se não disponível: avaliar risco clínico e tratar se indicado.
NÃO REAGENTE	REAGENTE	Realizar terceiro teste treponêmico com metodologia diferente.	Realizar 3º teste. Interpretar conforme resultado.
NÃO REAGENTE	NÃO REAGENTE	Ausência de infecção OU período de janela imunológica	Se história de risco recente: repetir em 4–6 semanas.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

QUADRO 83 – ACOMPANHAMENTO DO VDRL (CONTROLE DE CURA DA SÍFILIS)
Solicitar Teste Não Treponêmico (VDRL ou RPR) ANTES do tratamento ou no dia do tratamento (não adiar o tratamento). Periodicidade após tratamento completo: - NÃO GESTANTE: VDRL nos 3º, 6º, 9º e 12º meses após o diagnóstico; - GESTANTE: VDRL mensal até o final da gestação; após o parto: seguir esquema de não gestante. RETRATAR se: - VDRL aumentar 4 vezes (2 diluições) em relação ao anterior (ex.: de 1:16 para 1:64) — questionar nova exposição; - Persistência ou reaparecimento de sinais de sífilis; - Atraso > 7 dias entre doses na sífilis tardia (> 2 dias em gestante). SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA se: - Sífilis recente: após 6 meses o VDRL não caiu 4 vezes (2 diluições) em relação ao pré-tratamento; - Sífilis tardia: após 12 meses o VDRL não caiu 4 vezes. CRITÉRIO DE ALTA (sífilis tratada): - Após 12 meses de monitoramento: VDRL caiu ao menos 4 vezes (2 diluições) sem nova exposição e sem sinais de sífilis.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

39 – SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

O corrimento vaginal é uma das maiores causas de consulta de enfermagem na APS. É fundamental diferenciar o corrimento fisiológico do infeccioso e classificar corretamente entre infecções endógenas (candidíase, vaginose bacteriana) — que não exigem tratamento da parceria — e IST (tricomoníase, gonorreia, clamídia) — onde o tratamento da parceria é obrigatório.

Teste de Whiff (KOH): 2 gotas de KOH 10% sobre o conteúdo vaginal em espátula — odor de peixe podre = POSITIVO → indicativo de vaginose bacteriana ou tricomoníase.

⚠ Se uso irregular de preservativo OU nova/múltiplas parcerias E: muco/pus endocervical, colo avermelhado/edemaciado ou sangramento fácil ao toque → **TRATAR GONORREIA E CLAMÍDIA** (ver Quadro 6, Cap. 2). | Se dor à mobilização do colo: ir para Cap. 5 (DIP).

QUADRO 84 – TRATAMENTO DO CORRIMENTO VAGINAL				
Condição	1ª Opção	Gestantes/Nutrizes	Tratar parceria?	Obs.
Candidíase	Miconazol creme vaginal 2% por 7 noites OU Fluconazol 150 mg VO dose única Se intensa/imunossuprimida: Fluconazol 150 mg VO D0, D3 e D6	Miconazol creme vaginal 2% por 7 noites (14 noites se intensa/imuno). ⚠ Fluconazol CONTRAINDICADO na gestação e amamentação.	Só se sintomas. Fluconazol 150 mg VO ou Miconazol creme vaginal 2% 12/12h × 7 dias	≥ 4 episódios/12 meses: avaliação médica. Pesquisar DM se recorrente.
Vaginose bacteriana	Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 12/12h por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g — 1 aplic. noturna por 5 noites	Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO por 7 dias OU gel vaginal (preferencial para nutrizes). ⚠ Evitar álcool até 24h após última dose do Metronidazol.	Só se parceira mulher sintomática: Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 12/12h × 7 dias (NÃO é IST — parceiros homens assintomáticos não precisam)	KOH positivo + corrimento acinzentado/fétido. Não IST.
Tricomoníase	Metronidazol 2 g VO dose única OU Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 12/12h por 7 dias Recorrência: Metronidazol 2 g dose única (tratar parceria junto)	Metronidazol 2 g VO dose única OU Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 12/12h × 7 dias. ⚠ Evitar álcool até 24h após.	SIM — IST! Tratar parceria sempre: Metronidazol 2 g dose única	Colo em 'framboesa' (morango) é sinal sugestivo. KOH positivo pode ocorrer.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

40 – DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

A DIP é uma complicação importante das IST nas mulheres, associada a risco de infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. A suspeita clínica é feita pela presença de dor pélvica/dispárea + dor à mobilização do colo uterino e anexos ao toque.

⚠ O TRATAMENTO DA DIP É DE ATRIBUIÇÃO EXCLUSIVA DO MÉDICO — o enfermeiro encaminha para avaliação médica e realiza os cuidados de suporte. Gestante com DIP: encaminhar para urgência/emergência.

⚠ SINAIS DE GRAVIDADE — REFERENCIAR À UPA/URGÊNCIA:

- Defesa muscular ou dor forte à palpação de útero/anexos;
- Gestação ou suspeita de gestação;
- Pressão arterial sistólica < 90 mmHg;
- Massa abdominal palpável ou febre.

**QUADRO 85 – ESQUEMA TERAPÊUTICO PARA DIP
(PRESCRIÇÃO EXCLUSIVA DO MÉDICO)**

Medicamento (1ª Opção)	Dose/Posologia	Observações
Ceftriaxona 500 mg IM	Dose única	
Doxiciclina 100 mg VO	12/12h por 14 dias	⚠ CONTRAINDICADA em gestantes
Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO	12/12h por 14 dias	
• Parcerias dos últimos 60 dias: tratar com Ceftriaxona + Azitromicina; • Abstinência sexual até término do tratamento e desaparecimento dos sintomas; • Notificar vigilância epidemiológica.		

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

41 – OUTROS PROBLEMAS GENITAIS

41.1 – Condiloma Acuminado (HPV)

Doença viral causada pelo HPV, caracterizada por verrugas anogenitais. Diagnóstico basicamente clínico. O enfermeiro pode realizar aplicações de ATA 80–90% nas lesões externas, exceto na vagina interna e colo uterino.

QUADRO 86 – TRATAMENTO DE CONDILOMA E CUIDADOS		
Medicamento / Procedimento	Forma de Aplicação	Cuidados Essenciais
Ácido Tricloroacético (ATA) 80–90%	Cauterização direta na verruga, 1x/semana, por até 10 semanas. (3 aplicações costumam resolver)	• Deixar secar após aplicação; • Proteger área ao redor com lidocaína tópica; • Se dor: neutralizar com sabão ou bicarbonato de sódio; • Pode ser usado em gestantes; • X Não usar em vagina interna e colo uterino — encaminhar para atenção secundária.
• Encaminhar para atenção secundária se: verrugas > 1 cm, múltiplas lesões complicadas, verrugas em vagina/colo uterino, sem melhora após tratamento; • Tranquilizar: maioria das infecções por HPV regride espontaneamente em até 2 anos; • O tratamento não cura a infecção; podem ocorrer recidivas. Não indica parto cesárea nem altera rastreamento do citopatológico; • Convocar parcerias atuais e/ou anteriores sintomáticas.		
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.</i>		

41.2 – Pediculose Genital (Chato) e Escabiose Genital

QUADRO 87 – TRATAMENTO DE PEDICULOSE GENITAL E ESCABIOSE		
Condição	Tratamento	Observações
Pediculose genital (Pthirus pubis / chato)	Permetrina loção 1% (diluir 1 parte de Permetrina 5% em 4 partes de água): aplicar sobre toda a área afetada, retirar após 10 minutos. Repetir em 1 semana. Loratadina 10 mg/dia por até 7 dias se prurido intenso.	Sem contraindicações em gestantes. Troca diária de roupas de cama (lavar com água quente e sabão + passar a ferro). Convocar parcerias. Realizar sorologias completas.
Escabiose genital (Sarcoptes scabiei)	Permetrina loção 5%: aplicar do pescoço para baixo (incluindo pés), aguardar 8–14 horas, enxaguar. Repetir em 7–14 dias. Tratar parceiros e contatos domiciliares mesmo se assintomáticos. Loratadina 10 mg/dia por até 7 dias se prurido.	Lavar roupas com água quente ou selar em saco plástico por 3 dias. Evitar mucosas e meato uretral. Se múltiplos contatos/dificuldade com aplicação tópica: discutir ivermectina com médico (contraindicada em gestantes).

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

42 – HIV/AIDS, PEP SEXUAL E PrEP

42.1 – Acompanhamento da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV)

O diagnóstico de HIV confirmado por dois testes reagentes (laboratorial em duas amostras, ou dois testes rápidos TR1 + TR2 sequenciais) deve ser encaminhado para estabelecimento referenciado (vigilância epidemiológica). Notificação compulsória (SINAN) obrigatória.

QUADRO 88 – EXAMES DA PVHIV POR ENFERMEIRO — PERIODICIDADE	
Momento	Exames a solicitar
No diagnóstico¹	Sífilis (TR se primeira vez; TNT se histórico) + HBsAg + anti-HBc total + anti-HBs + anti-HCV (TR; se reagente: RNA-HCV) + anti-HAV IgG + CD4 + Carga Viral + Creatinina + TGO/TGP/BT + HMG + CT/HDL/TGC (se ≥ 40 anos ou DCV) + Raio-X tórax + Rastreio NG/CT + IGRA ou PPD (se CD4 > 350 e sem TB) + LDL + Ureia + Toxo (IGM/IGG) + HTLV I e II + Citomegalovirus (IGG/IGM + Parcial de Urina + Glicemia Jejum
Reiniciando/mudando TARV (se últimos exames > 6 meses)	CD4 + Carga Viral + TGO/TGP + Se usa TDF: Creatinina Se usa AZT: HMG Se usa IPs ou EFV: CT/HDL/TGC
2 meses após início/reinício da TARV	Carga Viral + Se TDF: Creatinina Se AZT: HMG
6 meses após início da TARV	CD4 + CV + TGO/TGP + HMG + Se TDF: Creatinina + Se RCV ≥20%: CT/HDL/TGC + HBsAg (se vacinação incompleta)
A cada 6 meses (manutenção)	Sífilis + Carga Viral + TGO/TGP + Se AZT: HMG Se TDF: Creatinina Se RCV ≥20%: CT/HDL/TGC
Anualmente	Anti-HCV + CT/HDL/TGC + HMG + Rastreio NG/CT (se risco) + IGRA/PPD (se CD4 > 350) + Rastreio DM

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

QUADRO 89 – INTERPRETAÇÃO DE CD4 E CARGA VIRAL — CONDUTA DO ENFERMEIRO	
Situação clínica	Conduta do Enfermeiro
Assintomático + TARV + CV indetectável + CD4 > 350 em 2 resultados consecutivos	Reforçar adesão. Seguimento MFC em 3 meses. CV a cada 6 meses. Não solicitar CD4.
Assintomático + CD4 > 350 + CV DETECTÁVEL	Descartar não adesão. Se TARV há 2 meses: comparar com basal, não parar TARV, interconsulta com MFC. Se TARV há ≥ 6 meses: agendar MFC + repetir CV em 4 semanas.
Assintomático + CD4 entre 200 e 350	Agendar MFC em breve. Repetir CD4 a cada 6 meses.
Assintomático + CD4 < 200 ou Sintomático em qualquer situação	AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

Situação Clínica	Carga Viral (CV-HIV)	CD4
Antes de TARV ou modificação do esquema	8 semanas após início ou troca	Pré-TARV, e conforme estabilidade
Se CV detectável (falha virológica)	Repetir em 4 semanas	A cada 6 meses ou conforme quadro clínico
TARV, indetectável, estável	A cada 6 meses	- Se CD4 < 350: a cada 6 meses - CD4 350-500: anual - CD4 > 500 em 2 exames ≥ 6 meses: dispensado
Sem TARV ou instável (evento clínico ou falha)	A cada 6 meses	A cada 6 meses ou, se IO/profilaxia: a cada 3 meses

42.2 – Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP)

A PEP é indicada quando as 4 condições abaixo são atendidas: (1) material biológico de risco; (2) tipo de exposição de risco; (3) tempo < 72h da exposição; (4) teste rápido HIV não reagente na pessoa exposta. Iniciar a PEP o quanto antes — não aguardar exames para iniciar.

QUADRO 90 – INDICAÇÃO DE PEP: MATERIAIS E TIPOS DE EXPOSIÇÃO	
COM risco de transmissão do HIV	SEM risco de transmissão do HIV
Sangue, sêmen, fluidos vaginais, líquido amniótico, articular, serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido, leite materno.	Suor, fezes, vômitos, secreções nasais, lágrimas, urina, saliva (sem sangue). OBS: Presença de sangue nessas secreções torna-as potencialmente infectantes.
Exposições COM risco (PEP indicada)	Exposições SEM risco (PEP não indicada)
- A.1 Percutânea (lesões por agulhas/instrumentos cortantes); - A.2 Mucosas (exposição sexual desprotegida, respingos em olhos/nariz/boca);	- B.1 Cutânea em pele íntegra; - B.2 Mordedura SEM presença de sangue.

- A.3 Cutânea com pele NÃO íntegra (dermatites, feridas abertas);
- A.4 Mordedura com presença de sangue.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

QUADRO 91 – ESQUEMA MEDICAMENTOSO PARA PEP SEXUAL

Medicamento	Dose	Duração
Tenofovir 300 mg (TDF) / Lamivudina 300 mg (3TC)	1 comprimido ao dia	28 dias contínuos
Dolutegravir 50 mg (DTG)	1 comprimido ao dia	28 dias contínuos
• Iniciar o quanto antes (preferencialmente entre 1–2 horas da exposição, no máximo 72 horas); • Tomar preferencialmente com alimento; • Se usa antiácido, cálcio ou ferro: tomar a PEP 2h antes ou 6h depois; • Efeitos adversos geralmente leves e autolimitados: náusea, cefaleia, fadiga, diarreia, insônia; • Encaminhar ao médico se: HAS/DM descompensadas, TFGe < 50, hepatopatia, coinfeção Hep B/C, TB ativa, anticonvulsivantes; • Gestantes, < 18 anos e amamentando: avaliar com médico.		

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

QUADRO 92 – EXAMES DE SEGUIMENTO DURANTE E APÓS A PEP

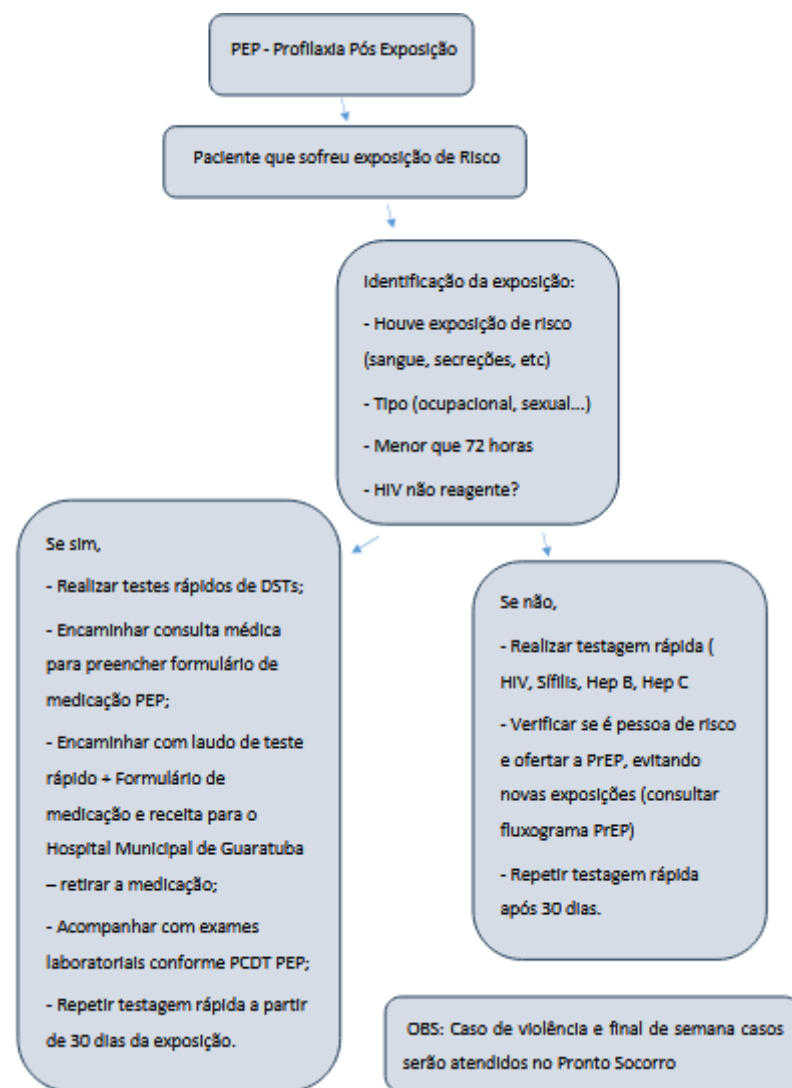
Momento	Exames
1º atendimento	Teste rápido HIV + Sífilis (TR ou TNT se histórico) + HBsAg + anti-HCV + Rastreio NG/CT + Creatinina (se DM, HAS, DRC ou TFGe < 60 prévio)
4–6 semanas após início da PEP	TR HIV + TR Sífilis + anti-HCV + Rastreio NG/CT
12ª semana após início da PEP	TR HIV + TR Sífilis + anti-HCV
6 meses após início da PEP	TR HIV + TR Sífilis + anti-HCV + Anti-HBs (para avaliar imunidade)
Reavaliação em 2 semanas	Verificar adesão e efeitos adversos (pode ser por teleconsulta)

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

42.3 – Condutas Adicionais no Atendimento à PEP (incluindo Violência Sexual)

QUADRO 93 – ABORDAGEM ADICIONAL NO ATENDIMENTO À PESSOA EM BUSCA DE PEP	
Aspecto	Conduta
Hepatite B	Verificar status vacinal. Prescrever vacina HBV se incompleta. Se pessoa-fonte com HBV + / acidente percutâneo / violência sexual E vacinação incompleta ou sem anti-HBs ≥ 10 : prescrever IGHAHB (preferir nas primeiras 48h; máx. 14 dias). Se vacinação completa sem registro de anti-HBs: solicitar anti-HBs e revisar em 48–72h.
Tétano	Se violência sexual ou acidente percutâneo e vacinação incompleta ou desconhecida ou última dose > 5 anos: prescrever vacina dT.
Gravidez	Teste de gravidez se atraso menstrual. Se negativo e ≤ 5 dias (120h) da exposição e sem método anticoncepcional confiável: Levonorgestrel 1,5 mg (2 cp de 0,75 mg) dose única. Se IMC ≥ 30 ou uso de efavirenz/rifampicina: aumentar para 3 mg (4 cp) ou DIU de cobre.
Prevenção de ISTs (violência sexual)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI IM dose única (sífilis) + Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 1 g VO dose única (NG + CT). Se corrimento vaginal fétido: Metronidazol 2 g dose única.
HPV	Se violência sexual + ≤ 45 anos + não vacinado/incompleto: prescrever vacina HPV (3 doses: 0, 1–2 e 6 meses).
Notificação	Violência sexual é de notificação compulsória e imediata. Orientar sobre direito ao Boletim de Ocorrência.
PrEP (pós-PEP)	Toda pessoa ≥ 15 anos que precisou de PEP por exposição sexual tem indicação de avaliar PrEP após 28 dias de PEP e exclusão de infecção pelo HIV.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.	

42.3 - FLUXOGRAMA PEP



Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2026

42.4 – PrEP — Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

A PrEP é uma estratégia eficaz e segura de prevenção ao HIV usando antirretrovirais (TDF/FTC) por pessoas HIV-negativas com risco elevado de infecção. Pode ser prescrita pelo enfermeiro para pessoas ≥ 18 anos após treinamento habilitado pela instituição.

QUADRO 94 – INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÕES DA PrEP	
Indicar PrEP se (ao menos 1 fator):	CONTRAINDICAÇÕES à PrEP:
• Uso irregular de preservativo em relações anais/vaginais; • IST ou uso de PEP no último ano;	• Idade < 15 anos; • Peso < 35 kg; • Diagnóstico positivo para HIV;

• Tem parceria(s) com HIV; • Troca sexo por bens materiais, drogas ou moradia; • Pratica chemsex (sexo sob influência de drogas); • Contexto de relação monogâmica com parceria de status HIV desconhecido ou com risco. • Obs: Pessoa pode solicitar PrEP mesmo sem relatar explicitamente prática de risco.	• TFGe < 60 mL/min (Doença Renal Crônica conhecida); • Osteoporose conhecida; • Fratura óssea patológica (espontânea/sem trauma). ⚠ Gestantes e amamentando: não é contraindicação, mas prescrição deve ser feita pelo médico.
---	--

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

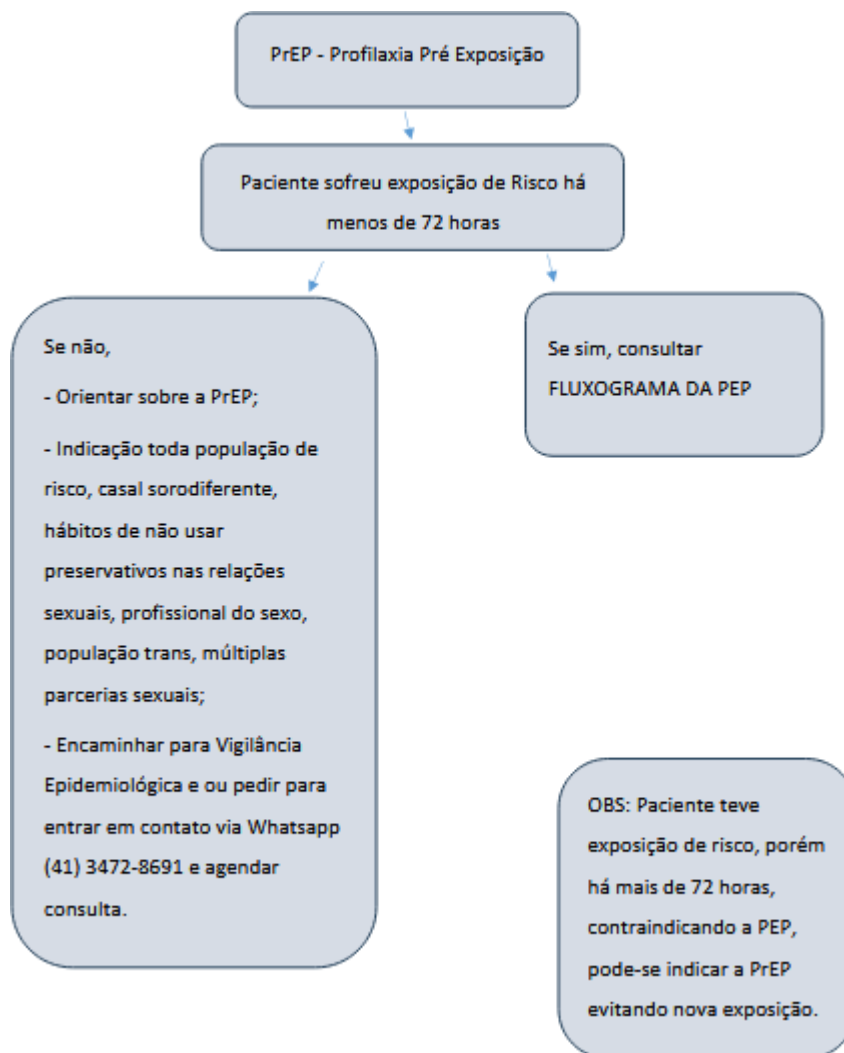
QUADRO 95 – ESQUEMA MEDICAMENTOSO DA PrEP E POSOLOGIA POR GRUPO		
Grupo	PrEP Diária	PrEP Sob Demanda (2+1+1) — só para elegíveis
Homens cis, pessoas trans/não binárias designadas masculino ao nascer SEM uso de estradiol	Iniciar: 2 cp → depois 1 cp/dia.	2 cp de 2h a 24h antes da relação + 1 cp após 24h + 1 cp após mais 24h (esquema 2+1+1). Elegível se ≤ 1 relação/semana, consegue planejar com 2h de antecedência e HBsAg não reagente.
Mulheres cis, pessoas trans/não binárias designadas feminino ao nascer OU qualquer pessoa em uso de estradiol	Iniciar: 2 cp → depois 1 cp/dia.	NÃO INDICADA para este grupo (sem evidências de proteção para relações vaginais receptivas).

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

QUADRO 96 – EXAMES E SEGUIMENTO NA PrEP	
Quando	O que solicitar/fazer
1ª consulta (ao iniciar PrEP)	TR HIV (obrigatório no dia) + TR HCV + TR Sífilis (ou TNT se histórico) + TR HBsAg (se anti-HBs não reagente) + Anti-HBs + Creatinina (se 30–50 anos sem risco renal: 1ª visita; se > 50 anos ou risco renal: 1ª visita + a cada 8 meses) + Anti-HAV IgG/IgM (se sexo anal-oral) + Rastreo NG/CT
30 dias após início	TR HIV + TR HCV + TR Sífilis (ou TNT se histórico) + TR HBsAg
A cada 4 meses (manutenção)	TR HIV + TR HCV + TR Sífilis (ou TNT) + Rastreo NG/CT + Creatinina conforme indicação
• Não aguardar resultado da creatinina para iniciar PrEP (exceto se DM/HAS descompensadas ou TFGe < 60 prévio); • PrEP sob demanda é CONTRAINDICADA em pessoas com Hepatite B crônica (HBsAg reagente); • A PrEP NÃO previne outras IST — orientar uso de preservativo para as demais; • Para parar a PrEP se HBsAg reagente: encaminhar/discutir com médico.	

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT IST 2022 e Protocolo de Florianópolis v.1.8/2024.

42.5 - FLUXOGRAMA PrEP



Fonte: vigilância Epidemiológica, 2026

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST. Brasília: MS, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: MS, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV. Brasília: MS, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 8/2023-CGAHV/DCCI/SVS/MS: PrEP oral sob demanda. Brasília: MS, 2023.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Enfermagem Volume 2: IST e Outras Doenças Transmissíveis. Florianópolis, 2016 (v.1.8, agosto de 2024). Utilizado como referência e adaptado para Guaratuba-PR.
- FIOCRUZ/ENSP. PACK Brasil Adulto 2023/24 — Ferramenta de manejo clínico em APS. Florianópolis: Fiocruz, 2023.
- COFEN. Parecer nº 12/2020/CTAS/COFEN — Prescrição de PEP e PrEP por Enfermeiros. Brasília, 2020.
- COREN-SC. Resposta Técnica RT 065/CT/2019 — Uso de Penicilina associada à Lidocaína. Florianópolis, 2019.
- WHO. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: WHO, 2021.
- BRASIL. Lei Federal nº 7.498/1986 — Regulamentação do exercício da Enfermagem.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 195/1997 — Solicitação de exames por Enfermeiro.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 5

PARTE 2 — OUTRAS INFECÇÕES TRANSMISSÍVEIS

Hepatite B | Hepatite C | Dengue | Tuberculose Pulmonar

Guaratuba - PR, 2026

APRESENTAÇÃO

Este volume aborda outras infecções transmissíveis de relevância em saúde coletiva: Hepatites Virais B e C, Dengue e Tuberculose Pulmonar. Juntas, estas condições representam importantes causas de morbimortalidade na população adscrita à UBS de Guaratuba, exigindo do enfermeiro competência para diagnóstico, acompanhamento, notificação e coordenação do cuidado.

Todas as hepatites virais (A, B, C, D e E), a dengue e a tuberculose são de notificação compulsória ao SINAN — responsabilidade de médicos e enfermeiros. Este protocolo define as atribuições específicas do enfermeiro em cada condição.

Equipe de Enfermagem — UBS Guaratuba | 2026

43 – HEPATITES VIRAIS B e C

As hepatites virais têm evolução silenciosa e assintomática na ampla maioria dos casos, tornando o rastreamento ativo fundamental para diagnóstico precoce. O rastreamento da Hepatite B deve ser sempre estimulado junto à verificação do esquema vacinal — vacinar se incompleto, sem aguardar resultados de exames.

QUADRO 97 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS HEPATITES B E C		
Característica	Hepatite B (HBV)	Hepatite C (HCV)
Período de incubação	30 a 180 dias	15 a 150 dias
Forma icterica	30% dos casos	~20% dos casos
Cronificação	90% nos RN; 5–10% em > 5 anos	70 a 85% dos casos
Janela imunológica (anticorpos)	30 a 60 dias	33 a 129 dias
Janela (ácidos nucleicos)	~25 dias	~22 dias
Notificação	Compulsória (SINAN)	Compulsória (SINAN)

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

43.1 – Hepatite B — Interpretação Sorológica e Condutas

⚠ HBsAg REAGENTE = critério para notificação. Encaminhar ao médico para avaliação complementar (HBV-DNA, anti-HBc, HBeAg, etc.) e conduta terapêutica.

QUADRO 98 – INTERPRETAÇÃO SOROLÓGICA E CONDUTAS PARA HEPATITE B				
HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBs	Anti-HBc IgM	Interpretação e Conduta do Enfermeiro
Não reagente	Não reagente	—	—	Ausência de contato com HBV. Avaliar vacinação incompleta → vacinar. Avaliar indicação de testagem pós-vacinal.
Reagente	Reagente	—	—	INFECÇÃO PELO HBV. Seguir fluxograma: solicitar HBV-DNA, anti-HBc IgM, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, TGP, TAP/INR, BT, HMG, anti-HAV IgG. Testar HIV/HCV/Sífilis. Notificar. Encaminhar ao médico.
Reagente	Não reagente	—	—	Possível infecção muito recente (HBsAg detectável, anti-HBc ainda não soroconverteu) OU falso positivo. Solicitar anti-HBs e TGP. Discutir com médico.
Não reagente	Reagente	< 10 UI/L	Não reagente	Janela imunológica OU infecção prévia com anti-HBs indetectável OU falso positivo anti-HBc. Discutir com médico. Aplicar dose de vacina HBV e repetir anti-HBs.
Não reagente	Reagente	≥ 10 UI/L	—	INFECÇÃO PRÉVIA (inativa) — imunidade por infecção passada. Orientar medidas preventivas. Testar outras IST.

Não reagente	Não reagente	< 10 UI/L	—	Suscetível ao HBV. Avaliar vacinação incompleta → vacinar.
Não reagente	Não reagente	≥ 10 UI/L	—	Imunidade por vacinação. TGP alterada: investigar outras causas.
Reagente	Reagente	—	REAGENTE	Provável infecção AGUDA ou recente (< 6 meses) OU agudização de crônica. Descartar sinais de alerta (dor abdominal, icterícia, colúria, fezes esbranquiçadas). Se sinais: avaliação médica IMEDIATA. Solicitar exames complementares. Notificar. Convocar parcerias e contatos domiciliares.
Reagente	Reagente	—	NÃO REAGENTE	Provável infecção CRÔNICA pelo HBV. Solicitar HBV-DNA para confirmar. Notificar. Encaminhar ao médico. Convocar parcerias e contatos domiciliares.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

QUADRO 99 – TESTAGEM PÓS-VACINAL (anti-HBs) — QUANDO INDICAR

Realizar anti-HBs entre 1 e 2 meses após a 3ª dose da vacina (ou em até 6 meses) nas pessoas com ALTO RISCO:

- Parceria sexual ou contato domiciliar com HBV; usa/usou PEP, PrEP ou drogas EV; troca sexo por bens; privado de liberdade;
- Profissional de saúde/segurança pública; PVHIV; hepatite C; transplantado; câncer; DRC; usa imunossuppressores/quimioterapia.

Se anti-HBs < 10 UI/L após ≥ 3 doses:

- Coletado há < 6 meses da última dose: completar 6 doses e repetir anti-HBs;
- Coletado há > 6 meses: prescrever mais 1 dose e repetir anti-HBs; se persistir < 10 após 6 doses: considerar suscetível.

⚠ Não testar anti-HBs em indivíduos sem vacinação completa documentada. | NÃO testar HBsAg nos primeiros 4 semanas após vacina (8 semanas em dialíticos).

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

43.2 – Hepatite C — Diagnóstico e Condutas

O anti-HCV reagente NÃO confirma infecção ativa —

pode representar cura espontânea. A infecção ativa é confirmada pelo RNA-HCV (HCV-RNA). Se anti-HCV já reagente anteriormente: usar RNA-HCV para rastreamento (não anti-HCV).

QUADRO 100 – INTERPRETAÇÃO SOROLÓGICA E CONDUTAS PARA HEPATITE C

Anti-HCV	RNA-HCV (HCV-RNA)	Interpretação e Conduta
Não reagente	Não reagente	Ausência de contato com HCV. Reforçar cuidados preventivos. Testar HIV/HBsAg/Sífilis.

Reagente	Não reagente	Contato prévio com HCV — provável cura espontânea. Descartar hepatite aguda. Orientar sobre resultado e medidas de proteção. Convocar contatos e parcerias. Discutir com médico se TGP alterada.
Reagente	REAGENTE	INFECÇÃO ATIVA pelo HCV. Descartar sinais de hepatite aguda (dor abdominal, icterícia, colúria, fezes esbranquiçadas). Se sinais: avaliação médica IMEDIATA. Notificar. Convocar contatos/parcerias. Encaminhar ao médico para avaliação e tratamento.
⚠ SINAIS DE ALERTA para hepatite aguda — avaliação médica IMEDIATA se: dor abdominal intensa, fadiga, náuseas/vômitos, perda de apetite, icterícia, hepatomegalia, fezes esbranquiçadas, urina escura (colúria), esplenomegalia ou plaquetopenia.		
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.</i>		

44 – DENGUE

Doença de transmissão vetorial pelo *Aedes aegypti*, com quadro clínico variável — da febre autolimitada a formas graves com choque e sangramento. O mesmo vetor transmite Zika e Chikungunya. A dengue exige classificação clínica imediata (Grupos A/B/C/D) para conduta adequada.

Caso suspeito: pessoa que transitou nos últimos 15 dias em área endêmica OU com presença de *A. aegypti*, com febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ por 2–7 dias + ≥ 2 dos seguintes: náuseas/vômitos, exantema, prostração, mialgias, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva.

QUADRO 101 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E CONDUTAS (Grupos A/B/C/D)		
Grupo	Características	Conduta do Enfermeiro
GRUPO A (Verde — Hidratado)	Sem sinais de alarme. Sem comorbidades. Hematócrito normal. Prova do laço negativa.	Hidratação VO. Prescrever Paracetamol 500–1000 mg ou Dipirona 500–1000 mg de 6/6h se dor/febre (NÃO usar AAS/AINEs). Notificar. Coletar sangue conforme Vigilância Epidemiológica. Entregar cartão de acompanhamento. Orientar sinais de alerta. Retorno em 24h com hemograma.
GRUPO B (Amarelo — Risco)	Presença de comorbidades (DM, HAS, gestante, etc.) OU prova do laço positiva OU sangramento de pele espontâneo.	Solicitar hemograma (resultado em até 4h). Encaminhar para unidade de referência ou realizar contato e transferência. Notificar e comunicar Vigilância.
GRUPO C (Laranja — Alarme)	Sinais de alarme: dor abdominal intensa, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, sangramento de mucosa, sonolência, hipotensão postural, hepatomegalia > 2 cm, hematócrito aumentando.	Iniciar hidratação EV com SF 0,9%: 10 mL/kg/h na 1ª e 2ª hora (ver Quadro 8). Realizar contato e transferência para unidade de referência com urgência.
GRUPO D (Vermelho — Grave)	Sinais de gravidade: choque, sangramento grave, comprometimento grave de órgãos.	AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA. Transferência urgente para serviço de referência.
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.		

QUADRO 102 – HIDRATAÇÃO ORAL NA DENGUE	
Adultos	Crianças (< 13 anos)
Volume: 60 mL/kg/dia — 1/3 com SRO + 2/3 com líquidos caseiros. - Exemplo para 70 kg: 4,2 L/dia total; - Primeiras 4–6h: 1,0 L de SRO + 0,4 L de líquidos caseiros; - Restante das 24h: 0,4 L SRO + 2,4 L líquidos caseiros; - EVITAR líquidos vermelhos/marrons (podem mascarar sangue na urina).	Volume conforme peso: - Até 10 kg: 130 mL/kg/dia; 10 a 20 kg: 100 mL/kg/dia; - Acima de 20 kg: 80 mL/kg/dia. - Oferecer 1/3 do volume nas primeiras 4–6h. Manter hidratação durante todo o período febril e por 24–48h após cessação da febre.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

QUADRO 103 – SINAIS DE ALARME E GRAVIDADE DA DENGUE

⚠ SINAIS DE ALARME (Grupo C — encaminhar para referência):

- Dor abdominal intensa e contínua ou à palpação;
- Vômitos persistentes; acúmulo de líquidos (ascite, derrame);
- Sangramento de mucosa (gengiva, nariz, vagina); sangue em fezes/urina/vômito;
- Sonolência, confusão ou agitação; hipotensão (PA < 90/60 ou hipotensão postural¹);
- Hepatomegalia > 2 cm; aumento progressivo do hematócrito.

✗ SINAIS DE GRAVIDADE (Grupo D — avaliação médica imediata + transferência urgente):

- Choque: taquicardia + extremidades frias + TEC ≥ 3s + pulso débil/indetectável + hipotensão arterial;
- Sangramento grave (hematêmese, melena, metrorragia volumosa, SNC);
- Comprometimento grave de órgãos: AST/ALT > 1.000; alteração de consciência; miocardite.

¹ Hipotensão postural: PA sistólica cai ≥ 20 mmHg ao ficar em pé por 3 min (ou ≥ 30 se HAS conhecida) ou PA diastólica cai ≥ 10 mmHg.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

QUADRO 104 – PROVA DO LAÇO — TÉCNICA DE REALIZAÇÃO

Passo	Procedimento	Interpretação
1 e 2	Verificar a PA (sentado ou deitado). Calcular a Pressão Arterial Média (PAM): (PAS + PAD) / 2.	
3	Insuflar novamente o manguito até o valor da PAM e manter por 5 minutos (adultos) ou 3 minutos (crianças ≤ 10 anos).	
4 e 5	Desenhar um quadrado de 2,5 × 2,5 cm (6,25 cm ²) na região do antebraço com maior concentração de petéquias. Contar as petéquias dentro da área.	Positivo em ADULTOS: ≥ 20 petéquias em 6,25 cm ² . Positivo em CRIANÇAS: ≥ 10 petéquias em 6,25 cm ² . Prova POSITIVA = classificar como Grupo B → solicitar hemograma.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

QUADRO 105 – DIFERENÇAS ENTRE DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA

Sintoma/Sinal	Dengue	Chikungunya	Zika
Febre alta	++ (D2–D7)	+++ (D1–D4)	+/ausente
Exantema	+ (D5–D7)	++ (D1–D4)	++++ (D2–D3)
Artralgia (dor articular)	+/-	+++ (pode cronificar)	++
Dor retroorbital	+++	+	++
Conjuntivite	+/-	–	+++

Sangramentos Choque	/	++ / +/-	+/- / +/-	- / -
Plaquetopenia grave		+++	+	-
Evolução específica		Fadiga pós-fase aguda	Artralgia crônica	Risco de microcefalia (gestantes)

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

QUADRO 106 – CONDUTAS DE ENFERMAGEM NA DENGUE (RESUMO)				
• Notificar compulsoriamente todos os casos suspeitos; • Seguir orientação da Vigilância Epidemiológica para coleta e encaminhamento de amostra de sangue; • Prescrever Paracetamol 500–1000 mg VO ou Dipirona 500–1000 mg VO de 6/6h — somente se dor ou febre; • ⚠ NUNCA prescrever AAS ou AINEs em suspeita de dengue — risco de sangramento; • Indicar uso de repelente para a pessoa com suspeita (evitar reinfestação e novos casos); • Preencher e entregar cartão de acompanhamento da dengue ao usuário; • Critério de ALTA: melhora clínica + hematócrito e plaquetas normais + ausência de febre há > 48 horas. Hematócrito alterado (critério de encaminhamento ao serviço de referência): • Crianças: > 38% Mulheres: > 44% Homens: > 50% — OU aumento > 10% acima do valor basal habitual. Plaquetas < 100.000/mm³: avaliação médica imediata.				
Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.				

45 – TUBERCULOSE PULMONAR

Suspeita clínica de TB: tosse ≥ 3 semanas (ou ≥ 2 semanas se DM) ou qualquer um dos seguintes: febre persistente vespertina por ≥ 2 semanas, perda de peso, dispneia, sudorese noturna, hemoptise. Atenção especial em: etilistas, usuários de drogas, imunodeprimidos (câncer, HIV, DM descompensado, DRC), privados de liberdade, moradores de rua, indígenas, pessoas que abandonaram tratamento.

⚠ Em populações de risco (acima), investigar TB se tosse de QUALQUER duração e sem outra causa provável.

QUADRO 107 – EXAMES PARA TB E ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO		
Exame	Indicação	Quem solicita
Baciloscopia diagnóstica (escarro)	Sintomático respiratório; suspeita clínica/radiológica de TB; controle de cura em casos com confirmação laboratorial	Enfermeiro e médico
TRM-TB — Teste Rápido Molecular (escarro)	Sintomático respiratório; suspeita clínica/radiológica de TB; controle de cura. É o exame de escolha na suspeita clínica.	Enfermeiro e médico
Baciloscopia de controle	Mensal — obrigatória no 2º, 4º e 6º mês do tratamento básico	Enfermeiro e médico
Cultura + Teste de Sensibilidade (TS)	Conjuntamente à baciloscopia diagnóstica e de controle	Enfermeiro e médico
Prova Tuberculínica (PT) / IGRA	ILTB — contatos domiciliares, de trabalho e escola; PVHIV. IGRA contraindicado em < 2 anos.	Enfermeiro e médico
Raio-X de tórax	Suspeita de TB (com baciloscopia) e rastreamento de contatos	Enfermeiro e médico
Teste anti-HIV	Todos com suspeita/diagnóstico de TB — aconselhar pré e pós-teste	Enfermeiro e médico

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

45.1 – Confirmação Diagnóstica e Tratamento

Considera-se caso confirmado de TB pulmonar quando houver ao menos: uma baciloscopia direta positiva, uma cultura positiva, OU um TRM-TB positivo — o enfermeiro pode confirmar e iniciar tratamento nestas situações. Se TRM-TB negativo mas clínica persiste: encaminhar para médico.

QUADRO 108 – CONDIÇÕES PARA O ENFERMEIRO INICIAR O TRATAMENTO DE TB

O enfermeiro PODE iniciar tratamento básico (esquema RHZE + RH) nos seguintes casos:

- Casos novos — nunca usou medicamento anti-TB ou usou por < 30 dias;
- 1º retratamento após cura — TB ativa com esquema básico anterior e alta por cura (solicitar Cultura + TS; agendar consulta médica no mês seguinte);
- Retratamento após abandono — interrompeu tratamento por > 30 dias (notificar; reiniciar; agendar médico);
- Dependentes químicos (casos novos/retratamentos): iniciar e agendar médico subsequente.

O enfermeiro NÃO pode iniciar tratamento em:

- Menores de 18 anos; gestantes; doença hepática prévia; nefropatia; 60 anos ou mais; desnutrição severa; coinfeção HIV; TB multirresistente.

Nestas situações: acompanhamento compartilhado com médico; pode solicitar exames de controle (baciloscopias e cultura).

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

QUADRO 109 – ESQUEMA BÁSICO DE TRATAMENTO DA TB PULMONAR (RHZE + RH)

Fármacos / Fase	Faixa de Peso / Dose
Fase INTENSIVA — 2 meses RHZE 150/75/400/275 mg (comprimido dose fixa combinada)	• 20 a 35 kg: 2 comprimidos/dose • 36 a 50 kg: 3 comprimidos/dose • 51 a 70 kg: 4 comprimidos/dose • Acima de 70 kg: 5 comprimidos/dose
Fase de MANUTENÇÃO — 4 meses RH 300/150 mg OU 150/75 mg (comprimidos dose fixa combinada)	• 20 a 35 kg: 1 cp 300/150 mg OU 2 cp 150/75 mg • 36 a 50 kg: 1 cp 300/150 mg + 1 cp 150/75 mg OU 3 cp 150/75 mg • 51 a 70 kg: 2 cp 300/150 mg OU 4 cp 150/75 mg • Acima de 70 kg: 2 cp 300/150 mg + 1 cp 150/75 mg OU 5 cp 150/75 mg

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

QUADRO 110 – EFEITOS ADVERSOS MENORES DO TRATAMENTO DA TB (CONDUTA DO ENFERMEIRO)

Efeito adverso	Fármacos suspeitos	Manejo pelo Enfermeiro
Náuseas, vômitos, epigastralgia	RHZE (todos)	Reformular horário: tomar com desjejum ou à noite. Prescrever metoclopramida 10 mg 8/8h por até 5 dias. Se sem melhora: avaliação médica.
Coloração alaranjada de urina/secreções	Rifampicina	Tranquilizar a pessoa — efeito esperado. Descartar outros sintomas urinários. Se persistir de forma atípica: avaliação médica.
Prurido ou rash cutâneo leve	Isoniazida, Rifampicina	Avaliar com médico — uso de anti-histamínico. Reações moderadas a graves = parar medicação (competência médica).

Artralgias	Pirazinamida, Isoniazida	Ibuprofeno 300 mg 8/8h por 5 dias (ver contraindicações ¹). Avaliar com médico se persistência.
Parestesia (formigamento)	Isoniazida	Avaliar com médico — considerar piridoxina (B6).
Hiperuricemia / Artralgia de gota	Pirazinamida, Etambutol	Orientar dieta hipopurínica. Interconsulta médica se persistência.
X REAÇÕES ADVERSAS MAIORES — PARAR MEDICAÇÃO e AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA: • Exantema ou hipersensibilidade moderada a grave; psicose; convulsão; coma; • Neurite óptica; perda de visão; hipoacusia; vertigem; nistagmo; • Hepatotoxicidade; trombocitopenia; anemia hemolítica; insuficiência renal. ¹ Ibuprofeno: tomar com alimento. Evitar se úlcera péptica, DRC, gestação ≥ 30 semanas, asma. Cuidado em > 65 anos, HAS, ICC, uso de AAS/corticoides.		
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.</i>		

45.2 – Acompanhamento, Alta e Controle de Contatos

QUADRO 111 – ACOMPANHAMENTO E ALTA DO TRATAMENTO DE TB	
Momento	Conduta
Início do tratamento	Reavaliação clínica em até 2 semanas. Notificar no SINAN. Solicitação de exames de controle. Afastamento do trabalho/escola (solicitar interconsulta médica para atestado). Testar HIV.
Durante o tratamento (mínimo mensal)	Consulta médica e/ou de enfermagem mensal (pode ser quinzenal ou semanal conforme adesão). Baciloscopias de controle mensais — obrigatórias no 2º, 4º e 6º mês. Monitorar efeitos adversos. Incentivar adesão ao TDO (Tratamento Diretamente Observado).
Critério de ALTA pelo Enfermeiro	O enfermeiro pode dar alta SOMENTE nos casos diagnosticados por baciloscopia direta + cultura positivas: resultado da ÚLTIMA coleta (2 amostras) de baciloscopia E cultura NEGATIVOS ao final dos 6 meses. Alta pelo médico: demais casos (diagnóstico por radiologia, clínica) ou tratamento iniciado pelo médico.
Controle de contatos	Identificar todos os contatos domiciliares, de trabalho e escola. Solicitar Raio-X de tórax + PT para contatos assintomáticos. Para sintomáticos: baciloscopia + cultura + TS + RX. Testar HIV em todos os contatos.
<i>Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.</i>	

QUADRO 112 – ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE
• Identificar Sintomáticos Respiratórios em toda consulta e solicitar baciloscopia/TRM-TB; • Preencher Livro de Registro de Sintomático Respiratório e coordenar busca ativa; • Realizar consulta de enfermagem, exame físico completo, solicitação de exames; • Iniciar e prescrever o esquema básico de tratamento nos casos permitidos; • Administrar vacina BCG e realizar Prova Tuberculínica (com capacitação);

- Prescrever escarro induzido (nebulização com SF hipertônico) quando não há expectoração;
- Acompanhar Tratamento Diretamente Observado (TDO) — fundamental para adesão;
- Convocar/identificar doentes faltosos; realizar assistência domiciliar quando necessário;
- Notificar e investigar casos confirmados no SINAN;
- Orientar pacientes e familiares sobre medicamentos, efeitos adversos e importância da adesão;
- Planejar, gerenciar e avaliar ações dos ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

45.3 – Vacinação BCG

QUADRO 113 – BCG — INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES	
Indicações	Contraindicações
• RN com peso ≥ 2 kg: ao nascer (ou na 1ª visita ao serviço de saúde); • Crianças de 0 a 4 anos e 11 meses (se não vacinadas e sem cicatriz); • Crianças filhas de mãe HIV+ podem ser vacinadas até 18 meses se assintomáticas e sem imunodeficiência; • OBS: Criança vacinada sem cicatriz após 6 meses NÃO revacinat (Nota MS 10/2019).	• Imunodeficiência congênita ou adquirida a partir dos 5 anos; • Neoplasias malignas; • Tratamento com corticosteroides > 2 semanas em dose alta (prednisona ≥ 2 mg/kg/dia em < 10 kg ou ≥ 20 mg/dia em > 10 kg); • Outras terapias imunossupressoras (quimioterapia, radioterapia); • Gestantes.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado no PCDT Hepatite B 2023, PCDT Hepatite C, Dengue MS 2024 e Manual TB 2019.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT para Hepatite B e Coinfecções. Brasília: MS, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT para Hepatite C e Coinfecções. Brasília: MS, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília: MS, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico — Adulto e Criança. 6ª ed. Brasília: MS, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde — Volume 2. 6ª ed. Brasília: MS, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2ª ed. Brasília: MS, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 10/2019-CGPNI/DEVIT/SVS/MS — Revacinação com BCG. Brasília: MS, 2019.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Enfermagem Volume 2: IST e Outras Doenças Transmissíveis. v.1.8. Florianópolis, 2024. Utilizado como referência e adaptado para Guaratuba-PR.
- COFEN. Nota Técnica Nº 001/2024 — Competências do Enfermeiro no enfrentamento à epidemia de dengue. Brasília: COFEN, 2024.
- BRASIL. Lei Federal nº 7.498/1986 — Regulamentação do exercício da Enfermagem.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 195/1997 — Solicitação de exames por Enfermeiro.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 6

SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Avaliação Geronto-Geriátrica, Agravos Prevalentes e Cuidado Integral na Atenção Primária

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno irreversível e acelerado no Brasil. Projeta-se que, até 2030, o país terá mais idosos do que crianças com menos de quinze anos. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde ocupa papel estratégico, pois é por meio da Estratégia Saúde da Família que se estruturam os cuidados longitudinais, integrados e centrados na pessoa — valores que correspondem exatamente às necessidades da população com 60 anos ou mais.

O enfermeiro está na linha de frente desse cuidado. Cabe a este profissional identificar precocemente a fragilidade, rastrear agravos prevalentes como quedas, demências, incontinência e polifarmácia, acompanhar doenças crônicas com particularidades próprias do envelhecimento, promover o autocuidado e a autonomia, e coordenar o cuidado com os demais membros da equipe de saúde da família.

Este protocolo foi elaborado para orientar a atuação da equipe de enfermagem da UBS de Guaratuba no atendimento à pessoa idosa, compreendendo a faixa etária de 60 anos ou mais, conforme definido pelo Estatuto da Pessoa Idosa (Lei Federal nº 10.741/2003). O documento está alinhado com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006), com o Caderno de Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde, com as diretrizes do COFEN e com a REMUME do município de Guaratuba-PR.

A fundamentação técnica deste protocolo incorpora conceitos e orientações clínicas das melhores referências nacionais disponíveis, produzindo um documento com linguagem e conteúdo próprios, adaptados à realidade local.

Equipe de Enfermagem — UBS Guaratuba | 2026

46 – ENVELHECIMENTO E SENESCÊNCIA

No Brasil, considera-se pessoa idosa todo indivíduo com 60 anos ou mais de idade, conforme o Estatuto da Pessoa Idosa. O envelhecimento é um processo fisiológico, universal, progressivo e irreversível, caracterizado por alterações moleculares, celulares, orgânicas e funcionais que ocorrem ao longo do tempo, de forma heterogênea entre diferentes indivíduos e populações.

É fundamental distinguir dois conceitos complementares: a senescência, que corresponde às alterações naturais e esperadas do envelhecimento saudável — como redução da acuidade visual e auditiva, diminuição da reserva funcional de órgãos e alterações musculoesqueléticas; e a senilidade, que compreende as modificações patológicas que podem acompanhar o envelhecimento, como demências, insuficiência cardíaca, diabetes ou osteoporose.

A equipe de enfermagem deve ter como premissa que envelhecer não é sinônimo de adoecer. O objetivo central do cuidado à pessoa idosa na APS é promover o envelhecimento ativo e saudável, preservar a capacidade funcional, prevenir agravos e oferecer suporte às condições crônicas já estabelecidas — mantendo sempre o respeito à autonomia e à dignidade do indivíduo.

46.1 – Aspectos Bioéticos e Comunicação com a Pessoa Idosa

O atendimento à pessoa idosa exige sensibilidade e preparo específico da equipe. Algumas orientações práticas contribuem para uma comunicação eficaz e respeitosa:

1. Chamar o usuário pelo próprio nome ou da forma como ele preferir ser chamado;
2. Evitar termos infantilizadores como "vovô/vovó", "meu bem" ou diminutivos desnecessários;
3. Utilizar frases curtas, objetivas e em linguagem acessível;
4. Falar de frente, sem cobrir a boca, em volume adequado para usuários com hipoacusia;
5. Aguardar a resposta antes de fazer nova pergunta — pessoas idosas podem precisar de mais tempo para processar e responder;
6. Confirmar compreensão ao final da orientação, pedindo ao usuário que repita o que entendeu;
7. Respeitar crenças, história de vida e valores do indivíduo no planejamento do cuidado.

46.2 – Avaliação Geronto-Geriátrica e Consulta de Enfermagem

A Avaliação Geronto-Geriátrica (AGG) é um processo estruturado e multidimensional que visa identificar problemas médicos, funcionais, psicológicos e sociais da pessoa idosa, estabelecendo um plano de cuidado adequado. Quando realizada de forma sistematizada, contribui significativamente para a redução de internações, uso racional de medicamentos e manutenção da capacidade funcional.

46.3 – Primeira Consulta de Enfermagem

Na primeira consulta, o enfermeiro realiza levantamento abrangente dos dados do histórico de saúde. Recomenda-se que os instrumentos de avaliação sejam aplicados progressivamente, conforme o vínculo construído com o usuário, sem tentar esgotar todos os domínios em um único atendimento.

QUADRO 114 – ROTEIRO PARA A PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

Domínio	Itens a Investigar
Identificação	Sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação atual, renda aproximada, com quem reside
Queixa principal e histórico	Problema atual, doenças prévias, cirurgias, internações, quedas anteriores, alergias medicamentosas
Uso de medicamentos	Lista completa (prescritos, automedicação, fitoterápicos); frequência, dificuldades de adesão, polifarmácia (≥ 5 medicamentos)
Imunização	Situação vacinal — influenza, pneumocócica, dT, herpes-zóster, COVID-19
Perfil nutricional	Composição alimentar, número de refeições, quem prepara, capacidade de mastigação e deglutição
Aspectos sensoriais	Visão (uso de óculos, queda de acuidade), audição (uso de aparelho, cerúmen), paladar, olfato, tato
Perfil psicológico	Cognição/memória, humor, sono, uso de álcool ou tabaco, sinais de violência psicológica
Perfil funcional	Capacidade para atividades de vida diária (AVD): banho, vestir, alimentar, locomoção, continência, transferência
Perfil sociofamiliar	Composição da família, rede de apoio, cuidador (formal ou informal), isolamento social
Ambiente domiciliar	Tipo de moradia, tapetes, corrimão, iluminação, risco de quedas
Sexualidade	Abordagem acolhedora sobre vida sexual ativa, dificuldades, uso de proteção
Eliminações	Frequência urinária e intestinal, perdas involuntárias, uso de fraldas

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba-PR.

46.4 – Instrumentos de Avaliação Funcional e Cognitiva

O enfermeiro deve utilizar instrumentos validados para rastrear as principais síndromes geriátricas. Os instrumentos abaixo são recomendados para uso rotineiro na consulta de enfermagem:

QUADRO 115 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO RECOMENDADOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Instrumento	O que avalia	Quando aplicar
IVCF-20	Índice de fragilidade	Toda consulta inicial, reavaliação anual.
Índice de Katz (AVD)	Dependência para banho, vestuário, uso do vaso, transferência, continência e alimentação	Toda consulta inicial; reavaliação semestral

Minixame do Estado Mental (MEEM)	Rastreio de comprometimento cognitivo — orientação, memória, linguagem, cálculo	Toda consulta inicial; anualmente; se queixa de memória
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão 15)	Rastreio de depressão — pontuação > 5 sugere depressão	Toda consulta inicial; se tristeza ou isolamento relatado
Teste Timed Up and Go (TUG)	Risco de queda — tempo ≥ 20 s = alto risco	Toda consulta inicial e após queda relatada
Avaliação Nutricional (IMC e Perímetro da Panturrilha)	Desnutrição/sarcopenia — PP < 31 cm = risco de sarcopenia; IMC < 22 = baixo peso	Toda consulta, pelo menos semestralmente
Escala de Risco Nutricional	Risco nutricional multifatorial (alimentação, renda, medicamentos, peso)	Toda consulta inicial; anualmente

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

47 – EXAME FÍSICO DA PESSOA IDOSA

O exame físico da pessoa idosa segue os mesmos princípios do adulto, com atenção às particularidades do envelhecimento. Para minimizar trocas de posição — que podem ser desconfortáveis ou intolerantes para alguns usuários — recomenda-se organizar o exame em três fases posturais:

8. Sentado: estado mental, pescoço, nervos cranianos, reflexos profundos, ausculta;
9. Em pé: postura, equilíbrio e marcha (Teste TUG);
10. Deitado: tônus muscular, força, presença de movimentos anormais, abdome, membros.

QUADRO 116 – ITENS DO EXAME FÍSICO COM ATENÇÃO ESPECIAL NA PESSOA IDOSA

Sistema / Região	Pontos de Atenção Específicos
Pressão arterial	Aferir nas três posições (deitado, sentado, em pé) para pesquisar hipotensão postural. Queda ≥ 10 mmHg ao levantar = hipotensão ortostática
Medidas antropométricas	Peso, estatura (com correção para cifose quando necessário), IMC, circunferência abdominal e da panturrilha
Pele e mucosas	Turgor, hidratação, icterícia, lesões crônicas, úlceras de pressão, micoses. Verificar unhas (onicomicose)
Cabeça e pescoço	Acuidade visual e auditiva; cavidade oral (estado de dentição/próteses, higiene, lesões); palpação da tireoide e linfonodos
Tórax e cardiovascular	Ausculta cardíaca (arritmias, sopros); ausculta pulmonar; mamas (nódulos, retrações)
Abdome	Inspeção, ausculta e palpação; hepatomegalia, massas, pulsações
Sistema musculoesquelético	Postura, força muscular, deformidades articulares, dor, claudicação, uso de órteses

Neurológico	Nível de consciência, reflexos tendinosos, coordenação (dedo-nariz), marcha e equilíbrio
Vascular periférico	Pulso pedioso, enchimento capilar, varizes, edema, alterações cutâneas em MMII
Genitourinário	Sintomas miccionais; região perineal em usuários com incontinência; exame genital quando indicado; Papanicolau em mulheres
Sinais de violência física	Equimoses, hematomas, fraturas sem trauma adequado, marcas de contenção, lesões em estágios diferentes de cicatrização

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba-PR.

48 – AVALIAÇÃO LABORATORIAL E EXAMES DE ROTINA

A solicitação de exames complementares pelo enfermeiro é assegurada pela Resolução COFEN nº 195/1997. Na pessoa idosa, recomenda-se um painel laboratorial anual de rotina, com periodicidade ajustada conforme as condições crônicas de cada usuário.

QUADRO 117 – EXAMES DE ROTINA SOLICITADOS PELO ENFERMEIRO NA CONSULTA DA PESSOA IDOSA

Exame	Periodicidade	Observações
Hemograma completo	Anual	Rastrear anemia (prevalente em idosos); avaliar leucócitos se sintomas infecciosos
Glicemia de jejum	Anual	Rastreio de DM; valores 100–125 mg/dL = pré-DM; encaminhar para médico
Colesterol total e frações (HDL, LDL, TG)	Anual	Avaliar risco cardiovascular; LDL < 100 mg/dL em alto risco cardiovascular
Creatinina e Ureia (com TFGe)	Anual	TFGe < 60 mL/min: encaminhar ao médico; ajustar doses de medicamentos
Sódio e Potássio	Anual (semestral em uso de diuréticos, IECA/BRA)	Distúrbios eletrolíticos são mais frequentes em idosos; risco de hipopotassemia
TSH	A cada 2 anos (ou anual se sintomas)	Hipotireoidismo subclínico é prevalente em idosos, especialmente mulheres
EAS (Urina tipo I)	Anual	Rastrear infecção urinária, glicosúria e proteinúria
TGO, TGP e GGT	Anual	Monitorar hepatotoxicidade em polifarmácia; avaliar doença hepática
Vitamina B12	Anual	Idosos com sinais de declínio cognitivo.
Vitamina D-25 OH	Anual	Idosos com sinais de declínio cognitivo.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de

Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

✦ A solicitação de exames deve ser sempre guiada pelo raciocínio clínico e pelas condições individuais do usuário. Resultados fora dos limites deste protocolo devem ser discutidos com o médico da equipe.

49 – CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E VISITA DOMICILIAR

49.1 – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI)

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) é um instrumento oficial do Ministério da Saúde que deve ser entregue a todos os usuários com 60 anos ou mais cadastrados na UBS. Não se trata de um prontuário resumido, mas de um documento que pertence ao usuário e deve acompanhá-lo em todos os serviços de saúde que frequentar.

O enfermeiro é responsável por orientar o preenchimento e estimular o usuário a apresentá-la em todas as consultas. Os dados registrados — como histórico de quedas, medicamentos em uso, resultado de avaliações funcionais e vacinas — permitem à equipe identificar precocemente situações de risco e planejar ações de cuidado de forma continuada.

49.2 – Visita Domiciliar à Pessoa Idosa

A visita domiciliar é parte integrante da atenção à saúde da pessoa idosa, especialmente para aquelas com dificuldade de locomoção, fragilidade avançada ou com suspeita de violência ou negligência. O enfermeiro deve realizar a visita de forma planejada, respeitando a privacidade do domicílio e os princípios éticos da profissão.

QUADRO 118 – OBJETIVOS E CONTEÚDO DA VISITA DOMICILIAR À PESSOA IDOSA

Objetivo	Como Operacionalizar
Avaliar a capacidade funcional no ambiente real	Observe a movimentação, locomoção e realização de tarefas no domicílio; aplique o Índice de Katz se não realizado na UBS
Rastrear riscos ambientais de queda	Verifique tapetes soltos, iluminação, escadas sem corrimão, pisos escorregadios, obstáculos nos corredores
Identificar sinais de violência ou negligência	Atenção a marcas físicas, condições de higiene, alimentação adequada, isolamento, estado emocional e condições do ambiente
Avaliar a rede de suporte familiar e social	Identificar cuidador, vínculos familiares, integração comunitária, acesso a serviços
Revisar e orientar uso de medicamentos no domicílio	Verificar medicamentos em uso (inclusive vencidos ou sem prescrição), organização e armazenamento correto
Promover educação em saúde	Orientar cuidador sobre cuidados de higiene, mobilização, alimentação, prevenção de úlceras por pressão e sinais de alerta

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

50 – QUEDAS — AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E CONDUTAS

Quedas são eventos frequentes e de alta morbimortalidade na população idosa. Aproximadamente um terço das pessoas com 65 anos ou mais cai ao menos uma vez por ano, e esse percentual aumenta progressivamente com a idade. Além das lesões físicas — como fraturas de colo de fêmur e traumatismos cranianos —, as quedas geram medo, perda de confiança e restrição de atividades, acelerando o declínio funcional.

O enfermeiro deve perguntar sobre quedas em TODA consulta de rotina à pessoa idosa. Uma queda nos últimos 12 meses deve ser considerada sinal de alerta para investigação dos fatores de risco e planejamento de intervenções.

QUADRO 119 – FATORES DE RISCO PARA QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Categoria	Fatores de Risco Identificáveis
Intrínsecos (ligados ao indivíduo)	Idade > 80 anos; fraqueza muscular; distúrbios de marcha e equilíbrio; déficit visual; hipotensão ortostática; tontura/vertigem; declínio cognitivo; incontinência urinária com urgência miccional
Medicamentosos	Benzodiazepínicos; diuréticos; anti-hipertensivos (especialmente metildopa); hipoglicemiantes; neurolépticos; polifarmácia (≥ 4 medicamentos)
Ambientais (domiciliares)	Tapetes soltos; pisos escorregadios; iluminação insuficiente; ausência de corrimão; móveis no trajeto; calçados inadequados (sandálias abertas, salto, solado liso)

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

QUADRO 120 – TESTE TIMED UP AND GO (TUG) — AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

Procedimento	Interpretação	Conduta
Solicitar que o usuário se levante de uma cadeira com braços SEM apoio dos membros superiores, caminhe 3 metros, vire 180°, retorne e sente-se novamente. Cronometrar o tempo.	< 10 segundos: risco baixo 10 a 19 segundos: risco moderado (tolerado em quem usa bengala/andador) ≥ 20 segundos: risco elevado para quedas	Risco baixo: orientações gerais preventivas Risco moderado: investigar fatores modificáveis; orientar adaptações ambientais Risco elevado: encaminhar para fisioterapia; revisar medicamentos com médico; recomendar dispositivo auxiliar de marcha

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

50.1 – Medidas Preventivas de Quedas — Orientações ao Usuário e Família

11. Instalar barras de apoio no banheiro (ao lado do vaso e no box do chuveiro);
12. Retirar tapetes soltos, especialmente em áreas de circulação intensa e próximos a escadas;
13. Garantir iluminação noturna adequada no quarto, corredor e banheiro;
14. Usar calçados fechados, com solado antiderrapante e de tamanho correto;
15. Organizar objetos de uso frequente em locais acessíveis, sem necessidade de escadas ou bancos;
16. Instalar corrimão bilateral nas escadas, sinalizando o primeiro e último degraus;

17. Verificar com o médico se algum medicamento em uso contribui para hipotensão ou tontura;
18. Estimular prática regular de atividade física que trabalhe equilíbrio e força muscular (caminhada, hidroginástica, exercícios de resistência).

⚠ Na ocorrência de quedas, registrar em prontuário: local, horário, atividade realizada no momento, consequências, medicamentos em uso e encaminhamento. Quedas recorrentes (≥ 2 episódios em 12 meses) ou queda com fratura exigem avaliação médica imediata.

51 – DECLÍNIO COGNITIVO E DEMÊNCIAS

O declínio cognitivo e as demências constituem importantes causas de incapacidade funcional e sofrimento na velhice. A demência é definida como uma síndrome caracterizada pelo comprometimento de múltiplos domínios cognitivos — memória, linguagem, orientação, capacidade de abstração e raciocínio — de intensidade suficiente para comprometer as atividades de vida diária. Difere-se do envelhecimento normal, que pode incluir algum esquecimento benigno (senescência cognitiva).

A doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência, responsável por cerca de 50 a 60% dos casos. Outras causas incluem demência vascular (sequela de acidente vascular cerebral), demência com corpos de Lewy e demências frontotemporais. Existem também causas reversíveis — como hipotireoidismo, deficiência de B12, depressão e uso de medicamentos — que devem ser investigadas e excluídas.

51.1 – Rastreamento Cognitivo — MEEM

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) é o instrumento de rastreio cognitivo mais utilizado na APS. Avalia orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem e cópia de figura. A interpretação deve considerar a escolaridade do usuário:

QUADRO 121 – PONTOS DE CORTE DO MEEM CONFORME ESCOLARIDADE

Escolaridade	Ponto de Corte para Suspeita de Comprometimento
Analfabeto	≤ 18 pontos
1 a 3 anos de escolaridade	≤ 23 pontos
4 a 7 anos de escolaridade	≤ 24 pontos
8 ou mais anos de escolaridade	≤ 28 pontos
Pontuação máxima	30 pontos

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba-PR.

Pontuações abaixo dos pontos de corte devem motivar investigação complementar e encaminhamento ao médico da equipe para avaliação diagnóstica. O diagnóstico de demência não é de competência do enfermeiro — cabe ao profissional identificar suspeita e coordenar o encaminhamento.

51.2 – Intervenções de Enfermagem no Cuidado à Pessoa com Demência

19. Avaliar periodicamente o grau de dependência funcional com o Índice de Katz;
20. Orientar o cuidador sobre comunicação, manejo de comportamentos e prevenção de acidentes;
21. Rastrear sinais de sobrecarga do cuidador — ansiedade, isolamento, exaustão — e encaminhar para apoio psicossocial quando necessário;

22. Verificar regularmente o uso correto de medicamentos, considerando a possível incapacidade do usuário para autoadministração;
23. Pesquisar causas reversíveis de declínio cognitivo: solicitar TSH, B12, hemograma, glicemia e revisar lista medicamentosa;
24. Encaminhar ao médico da equipe para investigação diagnóstica e eventual encaminhamento para serviço de referência (CAPS ou ambulatório de geriatria/neurologia).

52 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina em quantidade ou frequência suficiente para constituir um problema social ou de saúde. Embora muito prevalente na população idosa — afetando até 30–40% das pessoas com mais de 65 anos —, a IU é frequentemente subnotificada por vergonha e pela crença equivocada de que se trata de consequência inevitável do envelhecimento.

A IU não é uma doença, mas um sintoma com múltiplas causas, muitas delas tratáveis ou reversíveis. O enfermeiro deve questionar ativamente sobre perdas urinárias em toda consulta à pessoa idosa, pois a maioria dos usuários não relata espontaneamente.

QUADRO 122 – TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E CARACTERÍSTICAS

Tipo	Característica Principal	Causa Comum
De esforço	Perda ao tossir, espirrar, rir ou fazer esforço	Fraqueza do assoalho pélvico; pós-parto ou pós-prostatectomia
De urgência (bexiga hiperativa)	Vontade súbita e imperiosa de urinar, sem tempo de chegar ao banheiro	Instabilidade do músculo detrusor
Mista	Combinação de esforço e urgência	Múltiplos fatores; mais comum em mulheres idosas
Por extravasamento (overflow)	Gotejamento constante por bexiga sempre cheia	Hiperplasia prostática; bexiga hipotônica; neuropatia
Funcional	Perda por incapacidade física ou cognitiva de chegar ao banheiro a tempo	Imobilidade, demência, barreiras ambientais

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba-PR.

52.1 – Intervenções de Enfermagem

25. Orientar o treinamento vesical: micções programadas inicialmente a cada 2 horas, aumentando gradualmente o intervalo;
26. Orientar os exercícios do assoalho pélvico (Kegel): contrações de 6 a 10 vezes por 5 a 10 segundos, repetidas 4 a 6 vezes ao dia;
27. Incentivar ingestão hídrica adequada (1,5 a 2 L/dia), reduzindo líquidos à noite;
28. Orientar o cuidador a oferecer oportunidades frequentes para urinar (a cada 2–3 horas) e facilitar o acesso ao banheiro;
29. Evitar o uso rotineiro de fraldas — reservar para casos de incontinência grave com prejuízo de higiene ou ulceração perineal;
30. Inspeccionar a região perineal em usuários com incontinência para identificar dermatites, eritema ou úlceras por umidade;

31. Encaminhar ao médico da equipe em casos de IU por extravasamento (suspeita de hiperplasia prostática), sangramento urinário ou falha nas medidas conservadoras.

53 – HIPERTENSÃO ARTERIAL NA PESSOA IDOSA

A hipertensão arterial é a condição crônica mais prevalente na população idosa brasileira, acometendo entre 60 e 70% das pessoas com 60 anos ou mais. O enfermeiro que atua na APS deve conhecer as particularidades do manejo da HAS no idoso, que diferem em aspectos importantes do tratamento em adultos mais jovens.

Com o envelhecimento, ocorre progressiva rigidez arterial e deposição de colágeno nas paredes vasculares, o que determina maior resistência vascular periférica. Em consequência, muitas pessoas idosas desenvolvem hipertensão sistólica isolada — elevação da pressão arterial sistólica (PAS) com PAD normal ou baixa — padrão especialmente associado ao risco cardiovascular nessa faixa etária.

⚠ PSEUDO-HIPERTENSÃO: Em pessoas idosas com arteriosclerose severa, a artéria radial pode permanecer palpável após insuflação do manguito mesmo com PA normal (Manobra de Osler positiva). Suspeitar quando há sintomas de hipotensão com PA "elevada" no manguito. Comunicar ao médico da equipe.

QUADRO 123 – METAS DE PA E CONDUTAS ESPECÍFICAS PARA PESSOA IDOSA (HAS)

Situação Clínica	Meta de PA	Observações Importantes
Idoso < 80 anos, sem fragilidade significativa	< 140/90 mmHg	Seguir o Protocolo HAS/DM deste volume; atenção especial à hipotensão ortostática
Idoso ≥ 80 anos ou com fragilidade/demência	< 150/90 mmHg	Metas mais brandas para evitar hipoperfusão cerebral e quedas; individualizar com médico
Idoso com DM (sem retinopatia)	< 140/80 mmHg	Ver critérios do Protocolo HAS/DM deste volume
Idoso com DM e retinopatia	< 130/80 mmHg	Ver critérios do Protocolo HAS/DM deste volume

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba-PR.

53.1 – Atenção às Particularidades Farmacológicas no Idoso

Ao renovar medicamentos anti-hipertensivos na pessoa idosa, o enfermeiro deve estar atento às especificidades dessa faixa etária, além dos critérios gerais descritos no Protocolo HAS/DM:

32. Verificar hipotensão ortostática a cada consulta — causa importante de quedas;
33. Diuréticos: monitorar eletrólitos com maior frequência (risco aumentado de hipopotassemia e hiponatremia);
34. Metildopa: associada a maior risco de sedação e efeitos cognitivos em idosos — sinalizar ao médico;
35. Betabloqueadores: cuidado redobrado em idosos com DPOC, bradicardia ou risco de quedas;
36. Evitar combinações que potencializam hipotensão, especialmente em usuários com polifarmácia.

54 – DIABETES NA PESSOA IDOSA

A prevalência de diabetes mellitus tipo 2 aumenta com a idade, podendo atingir até 20% da população acima de 60 anos. Cerca de metade das pessoas idosas diabéticas desconhece o diagnóstico. Diferente dos adultos mais jovens, a sintomatologia clássica (polidipsia, poliúria, perda de peso) costuma ser discreta ou ausente na pessoa idosa, sendo frequentes queixas inespecíficas como fadiga, confusão mental, prurido, infecções recorrentes e incontinência urinária.

QUADRO 124 – METAS GLICÊMICAS INDIVIDUALIZADAS PARA A PESSOA IDOSA COM DM

Perfil do Idoso	Meta HbA1c	Meta Glicemia Jejum
Idoso saudável, expectativa de vida longa, sem hipoglicemias frequentes	< 7,0–7,5%	80–130 mg/dL
Idoso com comorbidades moderadas, expectativa de vida intermediária	< 7,5–8,0%	90–150 mg/dL
Idoso com demência avançada, fragilidade grave, comorbidades múltiplas ou expectativa de vida limitada	< 8,0–8,5%	100–180 mg/dL
⚠ Para renovação pelo enfermeiro (todos os perfis)	≤ 7,5% (ver critérios no Protocolo HAS/DM)	Conforme Protocolo HAS/DM deste volume

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba-PR.

Na pessoa idosa diabética, o risco de hipoglicemia é maior que em adultos jovens, com consequências mais graves, incluindo arritmias, quedas e comprometimento cognitivo. O enfermeiro deve explorar a ocorrência de episódios hipoglicêmicos em TODA consulta de acompanhamento do DM.

55.1 – Atenção Especial: Glibenclamida no Idoso

⚠ **ATENÇÃO** A glibenclamida (sulfoniluréia) é medicamento a ser EVITADO em pessoas idosas pela maior meia-vida e risco elevado de hipoglicemia prolongada e grave. Quando em uso, sinalizar ao médico da equipe para reavaliação da prescrição. O enfermeiro NÃO deve renovar glibenclamida em paciente idoso sem discussão médica prévia.

56 – OSTEOPOROSE

A osteoporose é uma doença osteometabólica caracterizada pela redução da densidade mineral óssea e deterioração da microarquitetura do tecido esquelético, com consequente aumento do risco de fraturas. As fraturas mais comuns em idosos com osteoporose são as de quadril, vértebra (fratura por compressão) e punho.

As fraturas de quadril têm mortalidade de 15 a 25% em um ano e representam uma das maiores causas de hospitalização, institucionalização e perda definitiva de autonomia na população idosa. Por isso, a prevenção é prioritária.

QUADRO 125 – FATORES DE RISCO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA OSTEOPOROSE

Fatores de Risco Principais	Intervenções do Enfermeiro
Mulheres pós-menopausa; história familiar; menopausa precoce; uso crônico de corticoides (> 5 mg/dia de prednisona por ≥ 3 meses)	Orientar sobre os fatores de risco e a importância do diagnóstico precoce
Sedentarismo	Estimular atividades físicas de impacto moderado (caminhada, dança) e exercícios de resistência; evitar exercícios de alto impacto quando osteoporose já estabelecida
Ingestão insuficiente de cálcio	Orientar dieta rica em cálcio: leite e derivados, sardinha, couve, brócolis; cálcio dietético é preferível ao suplemento
Deficiência de vitamina D	Orientar exposição solar adequada (15 min/dia nos horários de menor risco); encaminhar para médico para avaliação de suplementação
Tabagismo e uso de álcool	Incentivo à cessação do tabagismo e redução do álcool
Fratura prévia por trauma mínimo	Registro em prontuário; encaminhar ao médico para densitometria óssea e tratamento farmacológico

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba-PR.

57 – ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E POLIFARMÁCIA

A polifarmácia — uso concomitante de cinco ou mais medicamentos — é extremamente comum na população idosa e representa um dos maiores desafios do cuidado geriátrico. Ela aumenta o risco de interações medicamentosas, reações adversas, quedas, comprometimento cognitivo e hospitalizações. A gestão cuidadosa do regime medicamentoso é responsabilidade compartilhada de toda a equipe de saúde.

QUADRO 126 – ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA NA PESSOA IDOSA

Barreira Identificada	Intervenção do Enfermeiro
Esquecimento	Orientar associação do horário do medicamento a rotinas diárias (refeições, sono); sugerir separação diária em porta-comprimidos identificado por horário; uso de despertador ou alarme no celular
Dificuldade de leitura / analfabetismo	Criar esquema pictográfico com horários (colagem de comprimidos, desenhos); envolver familiar ou cuidador na orientação
Polifarmácia (≥ 5 medicamentos)	Listar todos os medicamentos (incluindo automedicação e fitoterápicos) e apresentar ao médico para revisão e possível simplificação do regime
Efeitos adversos	Investigar queixas relacionadas a cada medicamento; comunicar ao médico para avaliação de troca ou ajuste de dose

Dificuldade de deglutição	Verificar se há apresentação líquida disponível na REMUME; orientar técnica correta (copo com água suficiente, posição adequada); nunca triturar medicamentos de liberação prolongada sem orientação médica
Custo financeiro	Informar sobre disponibilidade na Farmácia da UBS, no Programa Farmácia Popular e na Assistência Farmacêutica municipal

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

🗂 Em toda consulta à pessoa idosa: solicitar que o usuário (ou cuidador) traga TODOS os medicamentos em uso — prescritos, automedicação, fitoterápicos e suplementos. Registrar a lista completa em prontuário. Comunicar ao médico em caso de polifarmácia, medicamentos contraindicados no idoso ou suspeita de automedicação de risco.

58 – VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno mais frequente do que se reconhece nos registros oficiais, uma vez que ocorre predominantemente no ambiente doméstico, envolve relações de confiança e dependência, e raramente é relatada espontaneamente pela vítima. A Lei Federal nº 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa) tipifica diversas formas de violência e determina a notificação obrigatória pelos profissionais de saúde.

QUADRO 127 – FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA E SINAIS DE ALERTA

Tipo de Violência	Exemplos / Manifestações	Sinais de Alerta na Consulta
Física	Tapas, empurrões, contenção imprópria, queimaduras	Equimoses em diferentes estágios de cicatrização; fraturas sem trauma adequado; hematomas em locais incomuns
Psicológica	Humilhação, isolamento, ameaças, infantilização agressiva	Ansiedade excessiva, retraimento, medo na presença do cuidador, alterações do humor
Financeira/Patrimonial	Apropriação de bens, cartão INSS, documentos	Desconhecimento das próprias finanças; falta de acesso a medicamentos por "falta de dinheiro"
Negligência	Abandono, falta de alimentação, higiene precária	Desnutrição, desidratação, higiene precária, úlceras por pressão sem justificativa clínica
Sexual	Qualquer contato sem consentimento	Lesões genitais, recusa ao exame, queixas urinárias recorrentes
Medicamentosa	Administração incorreta de medicamentos por cuidadores	Sedação excessiva, confusão, sinais de superdosagem ou subtratamento

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

13.1 – Papel do Enfermeiro diante da Suspeita de Violência

37. Acolher o usuário com empatia, garantindo privacidade durante o atendimento;
38. Realizar exame físico completo com atenção a sinais físicos compatíveis com violência;
39. Não confrontar o suposto agressor na presença da vítima;
40. Notificar obrigatoriamente no Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) / SINAN — a notificação é dever legal do profissional de saúde;
41. Acionar a equipe multiprofissional (assistência social, psicologia) para avaliação conjunta;
42. Registrar detalhadamente os achados em prontuário com linguagem objetiva e descritiva;
43. Manter a confidencialidade, exceto quando exigida a notificação legal;
44. Evitar pressionar a vítima a tomar decisões imediatas — respeitar sua autonomia e ritmo.

59 – IMUNIZAÇÕES NA PESSOA IDOSA

O sistema imune sofre declínio progressivo com o envelhecimento (imunossenescência), tornando a pessoa idosa mais suscetível a infecções graves e com resposta vacinal geralmente inferior à do adulto jovem. Mesmo assim, as vacinas disponíveis no Calendário Nacional de Vacinação do Adulto/Idoso mantêm eficácia significativa e são medidas preventivas de alto impacto.

QUADRO 128 – VACINAS PRIORITÁRIAS PARA A PESSOA IDOSA (≥ 60 ANOS)

Vacina	Esquema / Periodicidade	Observações Importantes
Influenza (gripe)	Dose anual — preferencialmente antes do período de maior circulação viral (campanha nacional, geralmente abril/maio)	Imunidade específica para as cepas circulantes daquele ano; não protege contra outros vírus respiratórios. Via IM. Adiar em doenças agudas não controladas.
Pneumocócica polissacarídica 23-valente (PPV23)	Dose única; reforço após 5 anos para institucionalizados ou imunodeprimidos	Indicada para todos os idosos ≥ 60 anos. Pode ser administrada simultaneamente com a influenza. Via IM ou SC conforme fabricante.
dT (difteria e tétano adulto)	Se não vacinado: 3 doses (0, 2 e 4 meses). Se esquema completo: reforço a cada 10 anos	A mortalidade por tétano é desproporcionalmente alta em idosos. Verificar situação vacinal em toda consulta.
Herpes-zóster (não disponível no SUS)	Dose única (vacina recombinante adjuvantada: 2 doses com intervalo de 2–6 meses)	Disponível na rede pública para ≥ 60 anos em grupos de risco; verificar disponibilidade local. Previne neuralgia pós-herpética grave.
COVID-19	Conforme esquema e doses de reforço preconizados pelo PNI na ocasião da consulta	Verificar situação vacinal e orientar sobre atualização conforme calendário vigente.
Hepatite B	Se não vacinado ou imune: 3 doses (0, 1 e 6 meses). Verificar anti-HBs após esquema completo em imunodeprimidos.	Indicada em pessoas idosas com DM, DRC, HIV, hepatite C e contatos de portadores de HBV.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de

Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

60 – CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

QUADRO 129 – SITUAÇÕES QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO

Encaminhar à UPA / Urgência / SAMU	PA ≥ 180/120 mmHg com sintomas (cefaleia intensa, dor no peito, confusão, alteração visual); Hipoglicemia grave: glicemia ≤ 70 mg/dL sem melhora após carboidrato oral, ou com inconsciência; Deficit neurológico agudo (queda facial, fraqueza em membro, alteração de fala); suspeita de AVC; Fratura aguda com dor intensa ou incapacidade funcional; Desidratação grave, rebaixamento de consciência ou sepse; Tetania, arritmia ou dor torácica de início súbito; Qualquer situação que represente risco imediato à vida.
Geriatra (se disponível no município)	Estratificação de fragilidade (IVCF-20) frágil.
Encaminhar ao Médico da Equipe (UBS)	Pontuação MEEM abaixo do ponto de corte — suspeita de comprometimento cognitivo Suspeita de depressão (Yesavage > 5) Risco elevado de quedas (TUG ≥ 20 s) Queda com lesão ou fraturas Polifarmácia (≥ 5 medicamentos) Glibenclamida em uso em pessoa idosa Medicamentos contraindicados em idosos na lista Suspeita de hipotireoidismo (TSH alterado) TFGe < 60 mL/min Potássio < 3,5 ou > 5,5 mEq/L Perda de peso ≥ 5 kg em 3 meses sem explicação Suspeita de violência — acionar também Assistência Social Incontinência urinária sem melhora com medidas conservadoras Osteoporose com fratura por trauma mínimo
Fisioterapia	Perda físico-funcional; Risco de queda; Incontinência urinária de esforço ou urgência.
Psicologia	Estratificação de risco alto risco de saúde mental.

Fonte: Elaborado pela Equipe de Enfermagem da APS – Guaratuba, 2026. Baseado nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 19/2006), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS nº 2.528/2006) e no Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa SMS-SP, 4ª ed., 2016, utilizados como referência e adaptados para Guaratuba–PR.

61 – REFERÊNCIAS

45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, nº 19. Brasília: MS, 2006.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006.
47. BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 — Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília, 2003.

48. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 5ª ed. Brasília: MS, 2017.
49. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília: MS, 2013.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília: MS, 2013.
51. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de Assistência de Enfermagem à Saúde da Pessoa Idosa. 4ª ed. São Paulo: SMS-SP, 2016. (Série Enfermagem SMS-SP). Utilizado como referência estrutural e adaptado para Guaratuba-PR.
52. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 8ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol, 2021.
53. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023. São Paulo: SBD, 2023.
54. FREITAS, E. V.; PY, L. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
55. POSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The Timed Up and Go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-8.
56. BRASIL. Lei Federal nº 7.498/1986 — Regulamentação do exercício da Enfermagem.
57. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 195/1997 — Solicitação de exames por Enfermeiro.
58. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: MS, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 7

Manejo Pé Diabético na APS

Guaratuba - PR, 2026
Versão 1.0

62 - PÉ DIABÉTICO

Avaliação, Classificação e Manejo na Atenção Básica

63 - OBJETIVO E APLICABILIDADE

- Padronizar a avaliação periódica dos pés em pessoas com Diabetes Mellitus (DM)
- Estratificar o risco e definir a periodicidade de acompanhamento
- Orientar condutas clínicas e fluxos de encaminhamento na Rede de Atenção à Saúde
- Promover o autocuidado e reduzir amputações evitáveis

Justificativa: pessoas com DM apresentam incidência anual de úlceras nos pés de aproximadamente 2% e risco acumulado ao longo da vida de 25%. As complicações do pé diabético são responsáveis por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo 85% delas precedidas por ulcerações. Programas organizados de avaliação e acompanhamento reduzem as taxas de amputação em comparação ao cuidado convencional.

64 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO

A estratificação de risco orienta a periodicidade das avaliações e as condutas recomendadas. Quanto maior o grau, maior o risco de ulceração e amputação.

Grau	Situação clínica	Recomendação	Periodicidade
Grau 0	Sem neuropatia periférica	Orientações sobre calçados; estímulo ao autocuidado	Anual
Grau 1	Neuropatia presente, com ou sem deformidades	Calçados adaptados; considerar correção cirúrgica se não houver adaptação	A cada 3–6 meses
Grau 2	Doença arterial periférica (DAP) com ou sem neuropatia	Calçados adaptados; avaliar encaminhamento ao cirurgião vascular	A cada 2–3 meses
Grau 3	Histórico de úlcera ou amputação	Calçados adaptados; se DAP, encaminhar ao cirurgião vascular	A cada 1–2 meses

A periodicidade deve ser flexível e adaptada individualmente, considerando adesão ao tratamento, capacidade para o autocuidado e nível de empoderamento da pessoa. Indivíduos com alta adesão e bom autocuidado podem ser acompanhados com menor frequência, mesmo em categorias de maior risco.

65 - ROTEIRO DE ANAMNESE

65.1 Fatores de risco a investigar

- Tempo de diagnóstico do DM e controle glicêmico (mau controle aumenta o risco de neuropatia e vasculopatia)
- Complicações micro e macrovasculares: retinopatia, nefropatia, IAM, AVC, doença arterial periférica
- Histórico de úlcera, amputação ou bypass em membros inferiores (classifica automaticamente em Grau 3)
- Tabagismo — maior risco de ulceração e de déficit cicatricial
- Acuidade visual — baixa acuidade dificulta a autoinspeção dos pés
- Hábitos de higiene, proteção dos pés e tipo de calçado utilizado

65.2 Avaliação da dor

- Sintomas neurológicos: queimação, formigamento ou "picada" iniciando nos dedos, com padrão ascendente em bota ou luva; piora noturna; melhora ao movimento
- Sintomas isquêmicos: claudicação intermitente (câimbra ou peso ao caminhar, alívio com repouso); dor em repouso nos casos mais graves
- Utilizar Escala Visual Analógica (WONG-BAKER) ou Escala Numérica de 0 a 10 para quantificar a intensidade

66 - EXAME FÍSICO SISTEMATIZADO

66.1 Avaliação clínica geral

- Anatomia: identificar deformidades como dedo em garra, dedo em martelo, joanete e artropatia de Charcot (perda do arco plantar)
- Hidratação: xerodermia (pele seca) é frequente na neuropatia e predispõe a fissuras e ulcerações
- Coloração, temperatura e distribuição de pelos: alterações indicam insuficiência arterial
- Integridade de unhas: avaliar técnica de corte, presença de onicomicose e unha encravada
- Calosidades: mais comuns em áreas de alta pressão plantar, geralmente associadas a calçados inadequados
- Lesões interdigitais: tinea pedis é porta de entrada frequente para infecção bacteriana

66.2 Avaliação neurológica

- Monofilamento de 10 g (Semmes-Weinstein): aplicar perpendicularmente em 4 pontos de cada pé; realizar 3 toques por ponto (sendo 1 simulado); sensibilidade presente = 2 ou mais respostas corretas das 3 aplicações
- Diapasão de 128 Hz: aplicar na falange distal do hálux; normal = 2 ou mais respostas corretas das 3 aplicações; se alterado, repetir em local mais proximal (maléolo)
- Reflexo aquileu: percussão com martelo de reflexos sobre o tendão de Aquiles; ausência ou diminuição da flexão plantar reflexa = alterado

Cuidados com o monofilamento: higienizar com sabão líquido após cada uso; manter em repouso por 24 horas a cada 10 pacientes para preservar a tensão de 10 g; vida útil aproximada de 18 meses. Não é necessário esterilização em autoclave.

66.3 Avaliação vascular

- Palpar pulsos pedioso dorsal e tibial posterior em ambos os pés
- Correlacionar com coloração da pele, temperatura, trofismo de unhas e distribuição de pelos
- Pulsos diminuídos ou ausentes: encaminhar para avaliação vascular complementar

66.4 Sinais de isquemia crítica — URGÊNCIA

- Dor em repouso na perna; gangrena; feridas que não cicatrizam; atrofia muscular
- Palidez ao elevar o membro; rubor ao baixar; pele brilhante ou descamativa; perda de pelos no dorso do pé

A isquemia crítica de membro é uma urgência médica com elevado risco de perda da viabilidade do membro. Os seis sinais clássicos são: dor, paralisia, parestesia, ausência de pulso, paralisia por frio e palidez.

67 - CLASSIFICAÇÃO DE FERIDAS — SISTEMA DA UNIVERSIDADE DO TEXAS

Sempre que presente, avaliar a ferida quanto a: localização anatômica, tamanho (área, diâmetro e profundidade), tipo e quantidade de tecido (granulação, epiteliação, necrose), exsudato (quantidade, aspecto, odor), bordas, pele perilesional e sinais de infecção.

Estágio	Grau 0	Grau I	Grau II	Grau III
A — sem infecção/isquemia	Lesão pré ou pós-ulcerativa completamente epitelizada	Ferida superficial sem envolvimento de tendão, cápsula ou osso	Exposição de tendão ou cápsula	Exposição de osso ou articulação
B — com infecção	Infecção	Infecção	Infecção	Infecção
C — com isquemia	Isquemia	Isquemia	Isquemia	Isquemia
D — infecção + isquemia	Inf. + isq.	Inf. + isq.	Inf. + isq.	Inf. + isq.

As diretrizes da Associação Canadense de Diabetes (2013) e do NICE (2015) recomendam o Sistema da Universidade do Texas por sua praticidade e aplicabilidade clínica. O antigo Sistema de Wagner não é mais recomendado por ser considerado insuficiente para graduar a severidade das úlceras.

68 - CLASSIFICAÇÃO E MANEJO DAS INFECÇÕES BACTERIANAS

Grau	Manifestações clínicas	Manejo
Sem infecção	Sem sinais de inflamação; úlcera sem exsudato purulento	Não prescrever ATB. Prosseguir tratamento da úlcera e monitorar sinais de infecção.
Leve	Exsudato purulento e/ou ≥ 2 sinais de inflamação; celulite ≤ 2 cm; sem acometimento sistêmico	ATB oral: Cefalexina 500 mg, 6/6h, 7–14 dias. Alternativas: Amox+Clavulanato 500+125 mg, 8/8h; Clindamicina 300 mg, 8/8h (se MRSA $>10\%$).
Moderada	Celulite >2 cm, linfangite, abscesso profundo, gangrena ou envolvimento de tendão/articulação/osso; sem toxicidade sistêmica	Na maioria dos casos, encaminhar ao especialista com urgência. Se mantido na AB: fluorquinolona + Clindamicina, ou Ceftriaxona, 14–21 dias.
Grave	Febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, leucocitose, hiperglicemia grave, azotemia	Internação para ATB parenteral.

Cultura de swab superficial não é adequada, pois lesões não infectadas costumam estar colonizadas. Métodos adequados: raspagem da base da úlcera com bisturi ou cureta, biópsia ou aspiração de pus com agulha fina. Solicitar gram, cultura aeróbia e anaeróbia.

69 - TRATAMENTO DAS INFECÇÕES FÚNGICAS

Tinea pedis (micose dos pés)

- Tratamento de escolha: miconazol 2% ou cetoconazol 2% creme, 2x/dia, durante 10 dias após a resolução completa do quadro;
- Alternativa sistêmica: fluconazol 150 mg, 1 cápsula, 1x/semana, durante 1 a 4 semanas;
- A recorrência é frequente; nesses casos, indicar períodos mais longos de tratamento.

Onicomicose (micose das unhas)

- Confirmar diagnóstico com raspado ungueal antes de iniciar o tratamento sempre que possível;
- Unhas dos pés: fluconazol 150 mg, 1 cápsula, 1x/semana de 6 a 12 meses conforme resposta clínica
- Alternativa: itraconazol 100 mg, 4 cápsulas/dia, durante 1 semana por mês, por 3 meses. (Não disponível no REMUME para esse diagnóstico).

Contraindicações ao itraconazol: enzimas hepáticas elevadas, hepatopatia aguda ou histórico de toxicidade hepática por outros medicamentos. Monitorar enzimas hepáticas séricas durante o tratamento.

70 - MANEJO DA DOR NEUROPÁTICA

O tratamento é escalonado, iniciando com analgésicos não opioides. Em caso de falha ou dor intensa, avançar para antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivantes.

Fármaco	Apresentação	Posologia orientativa
Paracetamol	500 mg cp	500–1.000 mg, 6/6h
Ibuprofeno	300–600 mg cp	300–600 mg, 8/8h; evitar uso prolongado
Amitriptilina	25 mg cp	Iniciar 25 mg/noite; aumentar gradualmente até 200 mg em 1 tomada diária (Prescrição restrita do médico(a)).
Nortriptilina	25 mg caps	Idem amitriptilina (Prescrição restrita do médico(a)).
Carbamazepina	200 mg cp	Iniciar 200 mg/noite; aumentar até 1.600 mg/dia em 2–3 tomadas (Prescrição restrita do médico(a)).
Ácido valpróico	250–500 mg cp	Iniciar 250 mg/noite; aumentar gradualmente até 1.200 mg/dia em 2–3 tomadas (Prescrição restrita do médico(a)).
Gabapentina	300–400 mg caps	Iniciar 300 mg 3x/dia; ajustar até dose máxima de 3.600 mg/dia (Prescrição restrita do médico(a)).

Antidepressivos tricíclicos possuem o melhor nível de evidência disponível entre as opções da RENAME (NNT = 4 para alívio moderado da dor). A resposta costuma aparecer em 1 a 2 semanas, com aumento progressivo até 6 semanas após atingir a dose-alvo. Atentar para efeitos adversos: sedação, ganho de peso e boca seca. Evitar em pacientes com distúrbios de condução atrioventricular.

71 - CUIDADOS DE CURATIVO — COBERTURA CONFORME TIPO DE TECIDO

Tipo de tecido	Exsudato	Recurso mínimo	Opção de cobertura
Epitelização	Nenhum	Hidratante sem álcool; proteger do sol	Hidrocoloide camada fina (até 7 dias); AGE 1–2x/dia
Granulação	Seroso / leve	Gaze umedecida com SF 0,9%, troca diária	Hidrocoloide com borda ou recortável (até 7 dias)
Granulação	Moderado a abundante	Gaze umedecida com SF 0,9%	Alginato de cálcio e sódio (até saturação, máx 7 dias)
Granulação c/ infecção	Seropurulento / purulento	Pomada c/ ATB por máx 21 dias; reavaliar	Sulfadiazina de prata (trocar conforme saturação)
Necrose úmida / esfacelo	Seroso / sanguinolento	Gaze umedecida SF 0,9% a cada 12h	Hidrocoloide camada fina; ou alginato (exs abundante)
Necrose seca / escara	Nenhum	Encaminhar para desbridamento cirúrgico	Hidrocoloide camada fina como proteção temporária

Técnica estéril: quando há exposição de tecidos nobres (osso, tendão, nervo, peritônio). Técnica limpa: nas demais situações. Em ambas, manter técnica asséptica ao manipular gazes e coberturas. Irrigar o leito da ferida com SF 0,9% morno a 20 cm de distância. Não friccionar o leito na presença de tecido viável.

72 - PROTOCOLO DE TROCA DE CURATIVO — PASSO A PASSO

72.1 Materiais necessários:

- Pacote de curativo estéril; luvas de procedimento ou estéreis; gazes estéreis e não estéreis
- SF 0,9% morno (125 ou 250 ml); seringa de 20 ml; agulha 40 x 12; fixadores (esparadrapo, micropore)
- Coberturas padronizadas conforme avaliação da ferida.

72.2 Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos com técnica adequada
2. Reunir o material; verificar validade e integridade; explicar o procedimento ao paciente
3. Garantir a privacidade; posicionar o paciente com a área a ser tratada exposta
4. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica; dispor gazes sobre o campo estéril
5. Remover o curativo anterior de forma não traumática; umedecer com SF 0,9% se houver aderência
6. Observar saturação, aspecto, volume e odor do exsudato
7. Trocar as luvas; irrigar o leito da ferida com SF 0,9% morno em jato, a 20 cm de distância
8. Limpar a pele perilesional com gaze umedecida; associar sabonete líquido em caso de sujidade (pele íntegra)
9. Examinar: coloração, bordas, exsudato, tecido necrosado, granulação, sinais de infecção
10. Aplicar cobertura primária conforme tipo de tecido (ver tabela seção 09)
11. Ocluir com cobertura secundária seca; fixar com esparadrapo ou atadura de crepe
12. Retirar as luvas; higienizar as mãos; registrar no prontuário
13. Orientar paciente e cuidadores; agendar retorno; recomendar busca à UBS em caso de sangramento, exsudato purulento, dor ou odor acentuado

73 - CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

73.1 Encaminhamento com urgência para internação hospitalar em conjunto com médico(a)

- Úlcera profunda com suspeita de comprometimento ósseo ou articular (Grau III — Sistema UT)
- Febre ou condições sistêmicas desfavoráveis (sepse, instabilidade metabólica)
- Celulite superior a 2 cm ao redor da úlcera
- Isquemia crítica de membro
- Impossibilidade de tratamento domiciliar adequado

73.2 Encaminhamento ao cirurgião vascular em conjunto com médico(a)

- Úlcera isquêmica ou neuroisquêmica (Estágio C — Sistema UT)
- Úlcera sem resposta ao tratamento após 4 semanas
- Úlcera com necrose ou gangrena
- Suspeita de vasculopatia periférica com pulsos diminuídos ou ausentes

73.3 Outros encaminhamentos especializados

- Deformidades com indicação de calçado especial → Terapia Ocupacional
- Deformidades ósseas com possível indicação cirúrgica → Ortopedia
- Artropatia de Charcot → Ortopedia

74 - ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO — PONTOS ESSENCIAIS

74.1 Recomendações diárias

- Inspecionar os pés diariamente, incluindo os espaços entre os dedos (usar espelho se necessário)
- Higienizar e secar bem os pés, especialmente entre os dedos
- Temperatura da água sempre abaixo de 37 °C
- Usar meias claras, de preferência sem costura ou com costura de dentro para fora; trocá-las diariamente
- Nunca usar meias apertadas ou acima do joelho
- Usar calçados confortáveis e de tamanho adequado; inspecionar o interior antes de calçar
- Aplicar hidratante nos calcanhares e na planta dos pés; nunca aplicar entre os dedos
- Cortar as unhas em linha reta; nunca cortar os cantos
- Procurar a UBS imediatamente ao surgir bolha, corte ou ferida

74.2 Situações de risco a evitar

- Andar descalço em qualquer ambiente — fechado ou ao ar livre
- Usar agentes químicos ou emplastos para remover calos
- Tratar unhas encravadas com navalha ou tesoura sem orientação profissional
- Aplicar calor nos pés com bolsas térmicas ou cobertores elétricos
- Tabagismo — principal causa de morte evitável; a cessação do tabagismo é a medida isolada de maior impacto na morbimortalidade do DM.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: MS, 2016.
- Boulton AJM et al. Comprehensive foot examination and risk assessment. Diabetes Care, 31(8), 2008.
- Lipsky BA et al. Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for Diabetic Foot Infections. Clin Infect Dis, 54(12), 2012.
- NICE. Diabetic foot problems: prevention and management. NICE guideline NG19, 2015.
- Armstrong DG et al. Validation of a diabetic wound classification system. Diabetes Care, 21, 1998.