



**MANUAL
DE CONSULTA**
Protocolos Assistenciais

*Guia Rápido
para Enfermeiros*

1ª edição
São Leopoldo-RS
2024



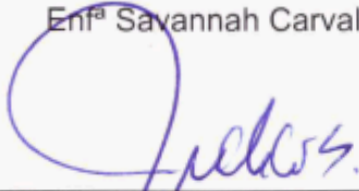
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LEOPOLDO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Elaborado e distribuído por:

Prefeitura Municipal de São Leopoldo
Secretaria Municipal de Saúde (SEMSAD)
Fundação Municipal de Saúde de São Leopoldo (FMS-SL)

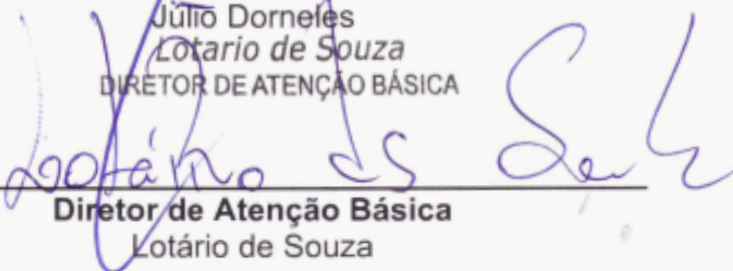
Elaboração da 1ª Edição – Abril de 2024

Enfª Cristiane Thais G. Lamberty
Enfª Fernanda Maria Pauletto
Enfº Gabriel Santos Duarte
Enfª Savannah Carvalho



Secretário Municipal da Saúde de São Leopoldo

Júlio Dorneles
Lotário de Souza
DIRETOR DE ATENÇÃO BÁSICA



Diretor de Atenção Básica
Lotário de Souza



Cristiane Thais G. Lamberty
Diretora de Enfermagem

Diretora de Enfermagem
Enfª Cristiane Thais G. Lamberty

São Leopoldo/RS

2024

©2024. Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo. Todos os direitos reservados. A reprodução parcial ou total desta obra é permitida, desde que citada a fonte e abolidos fins comerciais. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Diretoria de Enfermagem.

Supervisão geral

Cristiane Thais G. Lamberty

Enfermeira, Diretora e Responsável Técnica de Enfermagem - SEMSAD

Fernanda Maria Pauletto

Enfermeira Obstetra

Savannah Carvalho

Enfermeira e Responsável Técnica de Enfermagem - FMS-SL

Responsável pela publicação

Enfa Cristiane Thais G. Lamberty (COREN/RS 658588)

Colaboradores – Organizadores/Contribuições/Análise do conteúdo

Cristiane Thais G. Lamberty (COREN/RS 658588)

Enfermeira, Diretora e Responsável Técnica de Enfermagem - SEMSAD

Fernanda Maria Pauletto (COREN/RS 256803)

Enfermeira Obstetra

Gabriel Santos Duarte (COREN/RS 753163)

Enfermeiro Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica - UNISINOS

Savannah Carvalho (COREN/RS 473521)

Enfermeira e Responsável Técnica de Enfermagem - FMS-SL

São Leopoldo/RS

2024

SUMÁRIO

FLUXOGRAMAS.....	3
QUADROS.....	4
APRESENTAÇÃO.....	5
1 PROTOCOLO DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	6
Quadro 1 - Protocolo de Saúde da Criança: prescrição de medicamentos pelo enfermeiro.....	7
2 PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER.....	8
Quadro 2 - Protocolo de Saúde da Mulher: prescrição de medicamentos pelo enfermeiro.....	9
Quadro 3 - Protocolo de Saúde da Mulher: prescrição de antibióticos pelo enfermeiro.....	10
Quadro 4 - Consulta Pré-natal (PN) 1º trimestre.....	12
Quadro 5 - Consulta PN 2º trimestre.....	12
Quadro 6 - Consulta PN 3º trimestre.....	13
Quadro 7 - Outros exames.....	13
2.1 TRATAMENTO DE ANEMIA LEVE A MODERADA NO PN.....	14
2.2 ENCAMINHAMENTOS QUE PODEM SER REALIZADOS POR ENFERMEIROS... 14	
Quadro 8 - Encaminhamentos realizados pelo enfermeiro.....	14
2.2.1 Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	16
2.3 ENCAMINHAMENTO AO PN ALTO RISCO.....	16
Fluxograma 1 - Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco.....	17
3 ORIENTAÇÕES DE COBERTURAS E DE TERAPIA COMPRESSIVA DISPONÍVEIS.....	18
Quadro 9 - Coberturas para lesões de pele.....	20
Quadro 10 - Terapia compressiva.....	23
3.1 SOLICITAÇÃO DE COBERTURAS AO AMBULATÓRIO DE FERIDAS.....	24
Fluxograma 2 - Solicitação de coberturas/materiais.....	24
4 PROTOCOLO DE DENGUE.....	25
4.1 CLASSIFICAÇÃO EM GRUPOS.....	25
4.2 PROTOCOLOS DE MEDICAÇÃO E HIDRATAÇÃO PARA ENFERMEIROS.26	
4.2.1 Medicação adultos e crianças.....	26
Quadro 11 - Medicamentos e recomendação de hidratação para casos suspeitos de dengue por enfermeiros.....	26
4.2.2 Hidratação.....	26
Quadro 12 - Hidratação indicada por tipo de grupo.....	26
4.2.3 Exames de acompanhamento dos casos de dengue.....	27
Quadro 13 - Exames de acompanhamento dos casos de dengue.....	27
4.3 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO DE CASOS DENGUE NO MUNICÍPIO.....	30
Fluxograma 3 - Dengue.....	30

5 PROTOCOLO HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS.....	32
5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	33
Fluxograma 4 - Diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento HAS.....	33
5.1.1 Exames complementares que o enfermeiro pode solicitar.....	34
Quadro 14 - Exames complementares, periodicidade e conduta para HAS...	34
5.2 DIABETES MELLITUS.....	36
Quadro 15 - Rastreamento assintomáticos DM.....	37
Quadro 16 - Rastreamento de pessoas sintomáticas DM.....	37
Fluxograma 5 - Diagnóstico e encaminhamentos DM.....	38
5.2.1 Exames complementares que o enfermeiro pode solicitar.....	39
Quadro 17 - Exames diagnósticos para DM.....	39
Quadro 18 - Exames complementares para o acompanhamento do DM.....	39
6 NOTA TÉCNICA SÍFILIS.....	42
6.1 EXAMES QUE O ENFERMEIRO PODE SOLICITAR.....	42
Quadro 19 - Exames para diagnóstico de sífilis.....	42
6.2 ESQUEMAS MEDICAMENTOSOS QUE O ENFERMEIRO PODE REALIZAR.	43
6.2.1 Primeira linha de tratamento.....	43
Quadro 20 - Primeira linha de tratamento para sífilis.....	43
6.2.2 Segunda linha de tratamento.....	43
Quadro 21 - Segunda linha de tratamento para sífilis.....	43
7 FERRAMENTAS DE APOIO AO ENFERMEIRO.....	44
Quadro 22 - Ferramentas de apoio.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO I.....	48
ANEXO II.....	49
ANEXO III.....	50
ANEXO IV.....	51

FLUXOGRAMAS

PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER.....	8
Fluxograma 1 - Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco.....	17
ORIENTAÇÕES DE COBERTURAS E DE TERAPIA COMPRESSIVA DISPONÍVEIS.....	18
Fluxograma 2 - Solicitação de coberturas/materiais.....	24
PROTOCOLO DE DENGUE.....	25
Fluxograma 3 - Dengue.....	30
PROTOCOLO HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS.....	32
Fluxograma 4 - Diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento HAS.....	33
Fluxograma 5 - Diagnóstico e encaminhamentos DM.....	38

QUADROS

PROTOCOLO DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	6
Quadro 1 - Protocolo de Saúde da Criança: prescrição de medicamentos pelo enfermeiro.....	7
PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER.....	8
Quadro 2 - Protocolo de Saúde da Mulher: prescrição de medicamentos pelo enfermeiro.....	9
Quadro 3 - Protocolo de Saúde da Mulher: prescrição de antibióticos pelo enfermeiro.....	10
Quadro 4 - Consulta Pré-natal (PN) 1º trimestre.....	12
Quadro 5 - Consulta PN 2º trimestre.....	12
Quadro 6 - Consulta PN 3º trimestre.....	13
Quadro 7 - Outros exames.....	13
Quadro 8 - Encaminhamentos realizados pelo enfermeiro.....	14
ORIENTAÇÕES DE COBERTURAS E DE TERAPIA COMPRESSIVA DISPONÍVEIS.....	18
Quadro 9 - Coberturas para lesões de pele.....	20
Quadro 10 - Terapia compressiva.....	23
PROTOCOLO DE DENGUE.....	25
Quadro 11 - Medicções e recomendação de hidratação para casos suspeitos de dengue por enfermeiros.....	26
Quadro 12 - Hidratação indicada por tipo de grupo.....	26
Quadro 13 - Exames de acompanhamento dos casos de dengue.....	27
PROTOCOLO HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS.....	32
Quadro 14 - Exames complementares, periodicidade e conduta para HAS.....	34
Quadro 15 - Rastreamento assintomáticos DM.....	37
Quadro 16 - Rastreamento de pessoas sintomáticas DM.....	37
Quadro 17 - Exames diagnósticos para DM.....	39
Quadro 18 - Exames complementares para o acompanhamento do DM.....	39
Quadro 19 - Exames para diagnóstico de sífilis.....	42
Quadro 20 - Primeira linha de tratamento para sífilis.....	43
Quadro 21 - Segunda linha de tratamento para sífilis.....	43
FERRAMENTAS DE APOIO AO ENFERMEIRO.....	44
Quadro 22 - Ferramentas de apoio.....	44

APRESENTAÇÃO

Este manual de consulta dos protocolos assistenciais foi elaborado com a finalidade de instrumentalizar as condutas e práticas dos enfermeiros da rede municipal de saúde de São Leopoldo - RS.

O protocolo de saúde da criança, de saúde da mulher, de dengue, de hipertensão e diabetes, o guia de lesões de pele e a Nota Técnica de Sífilis foram utilizados para nortear este manual.

Importante ressaltar que a utilização deste manual não tem a intenção de substituir a análise detalhada dos protocolos e notas técnicas mencionadas. Pelo contrário, sua finalidade é complementar e otimizar o conhecimento e a aplicação das diretrizes estabelecidas, fornecendo um suporte prático e acessível para o desempenho das atividades assistenciais.

1 PROTOCOLO DE SAÚDE DA CRIANÇA

A assistência prestada à criança deve ser integral, multiprofissional e levar em conta aspectos psico-sociais, fatores epidemiológicos e devem ser aplicáveis a todas as crianças indistintamente. Além da criança, a boa saúde materna também deve ser observada, principalmente no período da amamentação, a qual relaciona-se diretamente com a saúde da criança.

Este protocolo aborda aspectos referentes a cuidados maternos referentes à amamentação, tais como: técnica adequada de amamentação, além da prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação.

Em relação ao cuidado ao recém nascido e da criança, os assuntos abordados são: puericultura, alimentação complementar e principais intercorrências em crianças.

Para ambas situações, há protocolos de cuidados e de administração de medicações pelo profissional enfermeiro, com base em evidências científicas, os quais devem ser seguidos em sua rotina de trabalho.

Ao enfermeiro compete:

- Realizar consulta de puericultura e solicitar exames conforme protocolo;
- Supervisionar e coordenar as ações desenvolvidas pelo auxiliar/ técnico de enfermagem e ACS;
- Prescrever medicamentos conforme protocolo municipal;
- Realizar interconsultas, grupos de saúde e visita domiciliar;
- Registrar no livro de acompanhamento e controle de faltosos;
- Promover e incentivar o aleitamento materno.

No quadro a seguir, é listado algumas intercorrências relacionadas à saúde da criança e materna com a orientação do tratamento medicamentoso, bem como exames que podem ser solicitados pelo profissional enfermeiro.

Quadro 1 - Protocolo de Saúde da Criança: prescrição de medicamentos pelo enfermeiro

Prescrição de medicamentos pelo enfermeiro - PROTOCOLO DE SAÚDE DA CRIANÇA						
ALTERAÇÕES E CONDUTA	Suplementação de ferro	Suplementação de vitamina A/D	Candidíase nas mamas	Candidíase perineal	Candidíase oral	Pediculose
	Sulfato ferroso gotas 25mg/1ml (uso profilático e terapêutico)	<p>*Vitamina A/D (Vitadesan, Protovit, Ad-til)</p> <p>*Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para este fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica. (Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS), 2020).</p>	Nistatina (tópico) Clotrimazol (tópico) Miconazol (tópico) Cetoconazol (tópico)	Nistatina (tópico)	Nistatina suspensão oral	Permetrina 1% e 5 % solução tópica
	Febre	Verminose	Congestão nasal	Desidratação		
Paracetamol 200mg/ml, 1 gt/kg de 4/4 horas, se dor ou febre (tax: > ou + 38,2°).	Mebendazol 100mg/5ml	Soro Nasal (NACl 0,9%)	Soro de reidratação oral			
EXAMES	<ul style="list-style-type: none"> *Triagem Neonatal - “Teste do Pezinho”: Coletado do 3º ao 5º dia de vida em todas as UBS *Consultar o Manual de Orientações sobre o Teste do Pezinho Hemograma - Solicitar na 11º consulta de puericultura 					

Fonte: Protocolo Municipal de Saúde da Criança, 2016.

Para orientações relacionadas a outras intercorrências e cuidados, consultar o Protocolo Municipal de Saúde da Criança.

2 PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER

O Protocolo Municipal de Saúde da Mulher abrange diversos momentos no ciclo de vida feminino a partir da perspectiva da integralidade, compreendendo o estágio do desenvolvimento pessoal da mulher, atrelado a aspectos sociais e familiares.

Com foco nas principais demandas deste público, este protocolo envolve cuidados no que tange o planejamento reprodutivo; pré-natal e puerpério; prevenção de câncer de colo de útero; prevenção do câncer de mama; e climatério.

Ao enfermeiro compete:

- Realizar consulta de Enfermagem;
- Realizar e participar dos grupos;
- Indicar e prescrever métodos anticoncepcionais protocolados neste manual;
- Encaminhar para consulta e serviços especializados se necessário;
- Realizar a coleta de exame citopatológico de colo do útero;
- Realizar controle de faltosos;
- Solicitar exames protocolados neste manual, se necessário.

Nos quadros abaixo, é listado as principais alterações e a prescrição de medicamentos pelo profissional enfermeiro.

O quadro 2 aborda as principais necessidades e alterações com a descrição da conduta farmacológica que não envolve o uso de antibióticos.

O quadro 3 aborda as principais alterações com descrição da conduta farmacológica que envolvem o uso de antibióticos.

Os quadros 4,5 e 6 descrevem os exames que podem ser solicitados pelos enfermeiros na assistência pré-natal.

Ao final deste tópico, são orientados os encaminhamentos para atenção especializada que o enfermeiro pode realizar e também orientações quanto a necessidade de encaminhamento pelo médico ao pré-natal de alto risco.

Quadro 2 - Protocolo de Saúde da Mulher: prescrição de medicamentos pelo enfermeiro

Prescrição de medicamentos pelo enfermeiro - PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER					
Necessidade /Alteração e Conduta	Anticoncepção	Herpes	Náuseas e vômitos	Cólicas, dor abdominal	Candidíase Vulvovaginal
	Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml (depoprovera) Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg comprimido (Microvlar, Ciclo 21) Levonorgestrel 0,75mg (Pílula do dia seguinte) Noretisterona 0,35mg comprimido (Micronor) Valerato de estradiol 5mg/ml + Enantato de Noretisterona 50mg/ml (Mesigyna)	Aciclovir 200 mg comprimido	Dimenidrinato 50mg + Cloridrato de piridoxina 10 mg comprimido (*restrito para gestantes) Metoclopramid a 10mg comprimido Metoclopramid a 4mg/ml gotas	Hioscina (escopolamina) 10 mg comprimido	1ª ESCOLHA: Miconazol creme 2% - um aplicador (5g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol creme 1% - um aplicador (5g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; ou Tioconazol creme a 6% - um aplicador (5g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; ou óvulos 300 mg uma aplicação à noite, dose única;
	Azia	Terapia de Reposição Hormonal	Candidíase	Dismenorreia	ou Nistatina 100.000UI - um aplicador (5g) à noite, ao deitar-se, por 14 dias;
Hidróxido de Alumínio 6% + Magnésio 4% suspensão	Estriol 1mg/g creme vaginal	Fluconazol 150mg cápsula Miconazol 2% creme vaginal Nistatina 250.000UI creme vaginal	Ibuprofeno 600mg comprimido, de 8/8 horas de 2 a 3 dias. Escopolamina 10mg comprimido, de 6/6 horas Paracetamol 500mg comprimido, de 6/6 horas		

Fonte: [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#), 2021.

Para orientações relacionadas a outras intercorrências e cuidados, consultar o [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#).

Quadro 3 - Protocolo de Saúde da Mulher: prescrição de antibióticos pelo enfermeiro

ANTIBIÓTICOS - PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER				
	*Bacteriuria	Clamídia	Gonorréia	Tricomoníase
Alteração e Conduta	Cefalexina 500mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias	1ª ESCOLHA: Azitromicina 1g, VO, dose única;	1ª ESCOLHA: Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única;	1ª ESCOLHA: Metronidazol 2g, VO, dose única;
	Amoxicilina 500mg/cp: 1cp de 8/8h por 7 dias	ou	+	ou
	Nitrofurantoína 100mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias	Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 a 10 dias.	Azitromicina 500mg, 2 cp VO, dose única	Metronidazol 500mg, VO, a cada 12h por 7 dias;
	Amoxicilina 500mg+clavulanato 125mg/cp: 1cp de 8/8h por 7 dias	2ª ESCOLHA: Eritromicina estearato 500mg, VO a cada 6 horas, por 7 dias;	RETRATAMENTO: Ceftriaxona 500mg, IM, dose única	ou
	Ampicilina 500mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias	ou	+	Metronidazol 250mg, VO, 8h por 7 dias;
	Ceftriaxona 1g/lm e EV-1g/lm ou EV 1x por diaa durante 7 dias	Eritromicina estearato 500mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.	Azitromicina 500mg, 4 cp VO, (total 2g) dose única	ou
	*tratar conforme urocultura com teste		2ª ESCOLHA: Azitromicina 500mg, 4 cp VO, (total 2g) dose única	Secnidazol 2g, VO, dose única;
			ou	Tinidazol 2g, VO, dose única

	Vaginose Bacteriana	Cancróide	Linfogranuloma venéreo	Donovanose
Alteração e Conduta	<p><u>1ª ESCOLHA:</u></p> <p>VIA ORAL: Metronidazol 500mg, VO, a cada 12h, por 7 dias;</p> <p>ou</p> <p>VIA INTRAVAGINAL: Metronidazol Gel 100mg/g, 1 aplicador (5g), 1x/dia por 5 dias;</p> <p>ou</p> <p>Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5g), 1x/dia por 7 dias.</p> <p><u>2ª ESCOLHA:</u></p> <p>VIA ORAL: Clindamicina 300mg, VO, a cada 12h, por 7 dias;</p> <p>ou</p> <p>VIA INTRAVAGINAL: Clindamicina óvulos 100mg, 1x/dia por 3 dias.</p>	<p><u>1ª ESCOLHA:</u></p> <p>Azitromicina 500mg, VO, dose única;</p> <p><u>2ª ESCOLHA:</u></p> <p>Ceftriaxona 250mg, IM, dose única;</p> <p>ou</p> <p>Ciprofloxacino 500mg, VO, 1 cp, dose única.</p>	<p><u>1ª ESCOLHA:</u></p> <p>Doxiciclina 100mg, 1 cp, VO, 2x/dia, por 21 dias.</p> <p><u>2ª ESCOLHA:</u></p> <p>Azitromicina 500mg, 2 cp, VO, 1x/semana, por 21 dias (<i>preferencial nas gestantes</i>)</p>	<p><u>1ª ESCOLHA:</u></p> <p>Azitromicina 500mg, 2 cp, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões;</p> <p><u>2ª ESCOLHA:</u></p> <p>Doxiciclina 100mg, 1 cp, VO, 2x/dia, por 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões;</p> <p>ou</p> <p>*Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões.</p>

Fonte: [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#), 2021.

Gestantes e outras situações especiais, consultar indicações no [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#).

Quadro 4 - Consulta Pré-natal (PN) 1º trimestre

Consulta de PN - 1º trimestre		
O que avaliar/orientar?	O que solicitar?	O que prescrever?
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento, vínculo; • Anamnese e exame físico; • Avaliar fatores de risco; • Situação vacinal; • Realizar testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B e C); • Orientar consulta odontológica; • Orientar sobre sinais e sintomas mais comuns do primeiro trimestre, aleitamento materno... 	<ul style="list-style-type: none"> • Testes rápidos da parceria; • Hemograma; • Glicemia de jejum; • ABO/Rh; • Toxoplasmose IgG e IgM; • TSH; • EQU e urocultura; • Clamidia IgG e IgM; • Ecografia obstétrica (de 11 a 13 semanas será realizada a TN) • VDRL (se TR de sífilis der reagente); • Avidéz (se Toxo IgG+ e IgM+). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido fólico 5 mg 1x dia; • Sulfato ferroso 40 mg 1x dia.

Fonte: [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#), 2021.

Quadro 5 - Consulta PN 2º trimestre

Consulta de PN - 2º trimestre		
O que avaliar/orientar?	O que solicitar?	O que prescrever?
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento, vínculo; • Anamnese e exame físico; • Avaliar fatores de risco; • Situação vacinal; • Orientar sobre aleitamento materno, fases do trabalho de parto, visita a maternidade, construção do plano de parto... 	<ul style="list-style-type: none"> • Testes rápidos de HIV e Sífilis; • Hemograma; • Glicemia de jejum; • TOTG; • TSH; • EQU e urocultura; • Toxoplasmose IgG e IgM (se negativos no 1º trimestre); • Coombs indireto (se RH -); • Ecografia obstétrica Morfológica (de 20 a 24 semanas); • VDRL (se TR de sífilis der reagente); • Avidéz (se Toxo IgG+ e IgM+). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sulfato ferroso 40 mg 1x dia.

Fonte: [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#), 2021.

Quadro 6 - Consulta PN 3º trimestre

Consulta de PN - 3º trimestre		
O que avaliar/orientar?	O que solicitar?	O que prescrever?
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento, vínculo; • Anamnese e exame físico; • Avaliar fatores de risco; • Situação vacinal; • Orientações importantes: se ocorrência de sangramento, rompimento de bolsa, movimentação fetal e trabalho de parto; • Encaminhar gestantes com histórico de duas ou mais cesarianas prévias para avaliação em centro obstétrico a partir de 39 semanas de gestação; • Encaminhar para avaliação em centro obstétrico com 41 semanas; • Orientar consulta do binômio entre 7 e 10 dias de vida do bebê; • Orientar sobre a realização do teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> • Testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C; • Hemograma; • Toxoplasmose IgG e IgM (se negativos no 1º trimestre); • EQU e urocultura; • TSH; • Pesquisa de Esteptococo grupo B (EGB) em secreção anal e vaginal (35 a 37 sem) • RT-PCR COVID (37 a 39 sem); • VDRL (se TR de sífilis der reagente); • Avidéz (se Toxo IgG+ e IgM+). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sulfato ferroso 40 mg 1x dia.

Fonte: [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#), 2021.

Quadro 7 - Outros exames

Exame	Indicação
Teste Imunológico de Gravidez (TIG)	Suspeita de gestação
Exames pré-concepcionais: hemograma, EQU e urocultura, glicemia jejum, TSH, testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B e C), IgG e IgM para Toxoplasmose, Citomegalovírus e Rubéola e citopatológico de colo de útero.	Indicado para mulheres que tem a intenção de gestar em breve
Mamografia para rastreamento	Mulheres de 40 a 74 anos, uma vez a cada dois anos
Mamografia diagnóstica	35 anos
Citopatológico	Mulheres com vida sexual ativa dos 25 anos até os 64 anos, independente da orientação sexual, ou conforme indicação técnica

Fonte: [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#), 2021.

Situações especiais de rastreio para mamografia e citopatológico devem ser consultadas no [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#).

2.1 TRATAMENTO DE ANEMIA LEVE A MODERADA NO PN

No tratamento de anemia leve a moderada, prescrever 40 mg de ferro elementar (200 mg/dia de sulfato ferroso), dois comprimidos antes do café, dois comprimidos antes do almoço e um comprimido antes do jantar, de preferência com suco de frutas cítricas (Coren-RS, 2024; SES/RS 2024).

2.2 ENCAMINHAMENTOS QUE PODEM SER REALIZADOS POR ENFERMEIROS

Quadro 8 - Encaminhamentos realizados pelo enfermeiro

Procedimento	Indicação	Encaminhamento
Inserção de DIU	Avaliar conforme critério de elegibilidade no Protocolo Municipal de Saúde da Mulher	<p>Consulta de saúde da mulher <input type="checkbox"/></p> <p>coleta de citopatológico (se último realizado a mais de 6 meses) <input type="checkbox"/></p> <p>referência municipal de planejamento reprodutivo via GMUS</p> <p><i>Caminho no GMUS:</i> Prontuário para atendimento > Encaminhamento > Em especialidade selecionar a opção DIU > Responder o questionário "INFORMAÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PRIORIDADE" > Adicionar</p>

<p>Laqueadura tubária</p>	<p>A cirurgia é indicada para mulheres com 21 anos ou mais e/ou que tenham pelo menos dois filhos vivos. Não se faz mais necessário a autorização do cônjuge. Pode ser realizada imediatamente após o parto, porém é necessário esperar 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.</p> <p>*A usuária deve assinar termo de consentimento livre e esclarecido (Protocolo Municipal de Saúde da Mulher)</p>	<p>Consulta saúde da mulher <input type="checkbox"/> referência municipal de planejamento reprodutivo via GMUS com TCLE</p> <p><i>Caminho no GMUS:</i> Prontuário para atendimento > Encaminhamento > Em especialidade selecionar a opção Laqueadura > Responder o questionário "INFORMAÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PRIORIDADE" > Adicionar</p>
<p>Vasectomia</p>	<p>A cirurgia é indicada para homens com 21 anos ou mais e/ou que tenham pelo menos dois filhos vivos. É necessário esperar 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.</p> <p>*O usuário deve assinar termo de consentimento livre e esclarecido (Protocolo Municipal de Saúde da Mulher)</p>	<p>Consulta saúde da mulher <input type="checkbox"/> referência municipal de planejamento reprodutivo via GMUS com TCLE</p> <p><i>Caminho no GMUS:</i> Prontuário para atendimento > Encaminhamento > Em especialidade selecionar a opção Vasectomia > Responder o questionário "INFORMAÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PRIORIDADE" > Adicionar</p>

<p>Colposcopia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atipias de significado indeterminado em células escamosas quando não se pode afastar lesão de alto grau. • Atipias de resultado indeterminado em células glandulares provavelmente não neoplásicas e quando não se pode afastar lesão de alto grau • Atipias de resultado indeterminado de origem indefinida provavelmente não neoplásicas e quando não se pode afastar lesão de alto grau • Lesão intraepitelial de alto grau • Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor • Adenocarcinoma in situ ou invasor 	<p>Resultado alterado em citopatológico <input type="checkbox"/> Encaminhar via GMUS (ginecologia)</p> <p>Caminho no GMUS: Prontuário para atendimento > Encaminhamento > Em especialidade selecionar a opção Colposcopia > Responder o questionário "INFORMAÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PRIORIDADE" > Adicionar</p>
---------------------------	--	---

Fonte: [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#), 2021.

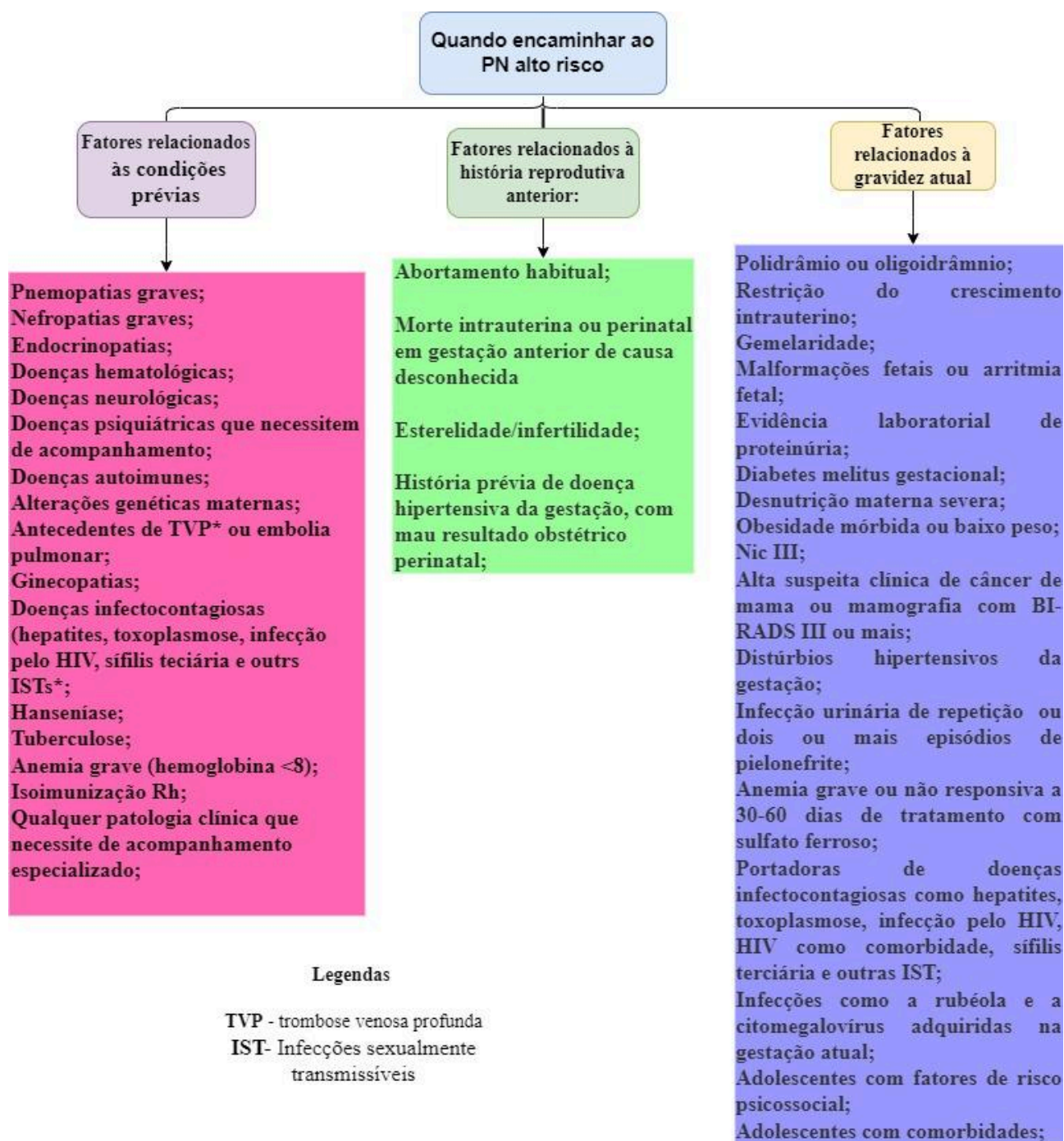
2.2.1 Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser aplicado e lido conjuntamente aos usuários/as/es que forem encaminhados para realização de Laqueadura Tubária ([Anexo II](#)) e Vasectomia ([Anexo III](#)). O TCLE deverá ser impresso, preenchido e assinado ou em caso de pessoas não alfabetizadas poderá ser dado ciência através da coleta de impressão digital, em via original. Esta via será escaneada e anexada ao prontuário e ao encaminhamento no G-MUS, após deverá ser entregue ao paciente.

2.3 ENCAMINHAMENTO AO PN ALTO RISCO

Para o encaminhamento para PN de alto risco, seguir as orientações conforme fluxograma abaixo:

Fluxograma 1 - Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco



Fonte: [Protocolo Municipal de Saúde da Mulher](#), 2021.

EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTE O [PROTÓCOLO MUNICIPAL DE SAÚDE DA MULHER](#)

3 ORIENTAÇÕES DE COBERTURAS E DE TERAPIA COMPRESSIVA DISPONÍVEIS

Os cuidados ao paciente com lesão de pele na atenção básica implica em uma avaliação relacionada ao dano tissular, mas também se faz necessária uma avaliação integral de suas necessidades, levando em consideração condicionantes e determinantes de saúde.



Os cuidados de enfermagem são importantes tanto na prevenção, quanto no tratamento das lesões de pele, dos usuários acometidos. Neste tópico deste manual, tem-se o objetivo de apresentar as coberturas e terapias compressivas disponíveis no município, benefícios, indicações e precauções/contra indicações.




Atribuições do enfermeiro:




- Realizar atividades de prevenção e cuidado às pessoas com feridas, a ser executado no contexto do Processo de Enfermagem.
- Prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidado às pessoas com feridas, estabelecidas em Programas de Saúde e/ou Protocolos institucionais
- Realizar curativos em todos os tipos de feridas, independente do grau de comprometimento tecidual
- Executar o desbridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático.
- Realizar terapia de compressão elástica e inelástica de alta e baixa compressão, de acordo com diagnóstico médico (úlceras venosa, mista e/ou linfedema)
- Desenvolver e implementar plano de intervenção para indivíduo em risco de desenvolver lesão/úlceras por pressão.
- Garantir a eficácia e a eficiência do reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito nos processos de enfermagem
- Delegar ao técnico de enfermagem os curativos de feridas, respeitando suas competências técnicas e legais, considerando risco e complexidade

- Realizar foto de acompanhamento da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou pelo responsável, por meio de formulário institucional.
- Realizar referência ao serviço especializado quando necessário.
- Registrar todas as ações no prontuário do paciente

Quadro 9 - Coberturas para lesões de pele



COBERTURAS PARA LESÕES DE PELE				
Cobertura	Benefícios	Trocas	Indicação	Precauções/contraindicações
<p>Alginato de cálcio e sódio</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Absorve grande quantidade de exsudato; - Auxilia no desbridamento autolítico; - Promove hemostasia em lesões sangrantes. 	<p>Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas. Feridas Limpas com sangramento: a cada 48 horas ou quando saturado.</p> <p>*Em outras situações a frequência das trocas deverá ser estabelecida de acordo com a avaliação do profissional que acompanha o cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas exsudativas moderadas a altas; - Feridas com ou sem sangramentos; - Áreas doadoras de enxerto; - Feridas cavitárias em geral; - Desbridamento de pequenas áreas de necrose de liquefação (esfacelo). 	<p>Não utilizar em feridas secas ou com pouco exsudato;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de LP; - Grandes queimados.
<p>Ácido graxo Essencial (AGE)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Promove angiogênese; - Acelera o processo de granulação tecidual; - Forma película protetora na pele; - Auxilia o desbridamento autolítico; - Pode ser usado em qualquer fase de cicatrização. 	<p>Trocar no máximo a cada 24 horas ou sempre que o curativo secundário estiver saturado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de LP; - Feridas de todos os tipos em processo de cicatrização com ou sem infecção 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ocorrer hipersensibilidade.

<p>Colagenase + cloranfenicol</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Promove o desbridamento enzimático suave e não invasivo de lesões. 	<p>A cada 24 horas</p>	<p>Feridas com tecido desvitalizado.</p>	<p>Pacientes sensíveis às enzimas da fórmula.</p>
<p>Hidropolímero</p>  <p>(cobertura com espuma)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Favorece o desbridamento autolítico; - Absorve grande quantidade de exsudato; - Reduz o trauma na troca do curativo 	<p>A frequência das trocas deverá ser estabelecida de acordo com a avaliação do profissional que acompanha o cuidado.</p>	<p>Espumas de preenchimento Feridas cavitárias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas secas; - Queimaduras de 3º grau; - Feridas com necrose de coagulação (escara)
<p>Hidrogel</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Promover o desbridamento autolítico. 	<p>Trocas em até 48 horas.</p> <p>Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas secas ou pouco exsudativas; - Tecidos desvitalizados em feridas abertas; - Áreas doadoras de pele; - Queimaduras de 1º e 2º graus; - Desbridamento leve de necrose de liquefação (esfacelo) e de necrose de coagulação (escara). 	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas com exsudato em média ou grande quantidade; - Pele íntegra; - Queimaduras de terceiro grau; - Sensibilidade aos componentes do produto.

<p>Hidrofibra com prata</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém o meio úmido; - Favorece o desbridamento autolítico; - Absorve grande quantidade de exsudato; - Reduz a dor e o trauma no momento da troca. 	<p>Feridas limpas: até 7 dias; Feridas infectadas: no máximo 3 dias; Com prata: remover somente por vazamento, sangramento excessivo, dor ou em no máximo 7 dias. Durante as primeiras 72 horas, o curativo com prata pode ser removido se não demonstrar aderência à lesão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas com moderada a grande quantidade de exsudato; - Feridas infectadas ou com risco de infecção; - Úlceras vasculares, diabéticas e LP. - Queimaduras de espessura parcial (2º grau); 	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas secas; - Sensibilidade aos componentes do produto
<p>Sulfadiazina de prata</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - É um agente cicatrizante e antimicrobiano tópico. - Mantém o meio úmido; 	<p>A cada 12 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões por queimaduras; - Lesões infectadas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestantes no final da gestação, - Crianças prematuras e recém-natos nos dois primeiros meses de vida. - Mulheres que estejam amamentando - Sensibilidades aos componentes do produto
<p>Tela de silicone</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove o equilíbrio da umidade da lesão, pois permite que o exsudato seja absorvido pelo curativo secundário, evitando a maceração da pele; - Minimiza o trauma e dor durante as trocas de curativos; - Permite visualização direta da ferida; - Adapta-se aos contornos do corpo. 	<p>A frequência das trocas deverá ser estabelecida de acordo com a avaliação do profissional que acompanha o cuidado. A saturação do curativo secundário deve ser um dos critérios para a troca. A tela de silicone pode ser lavada com soro fisiológico e reaplicada na mesma lesão. Levar em consideração as orientações do fabricante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento de feridas exsudativas planas; - Áreas doadoras e receptoras de enxerto cutâneo; - Epidermólise bolhosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas cavitárias.

Fonte: [Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesões de pele, 2020.](#)

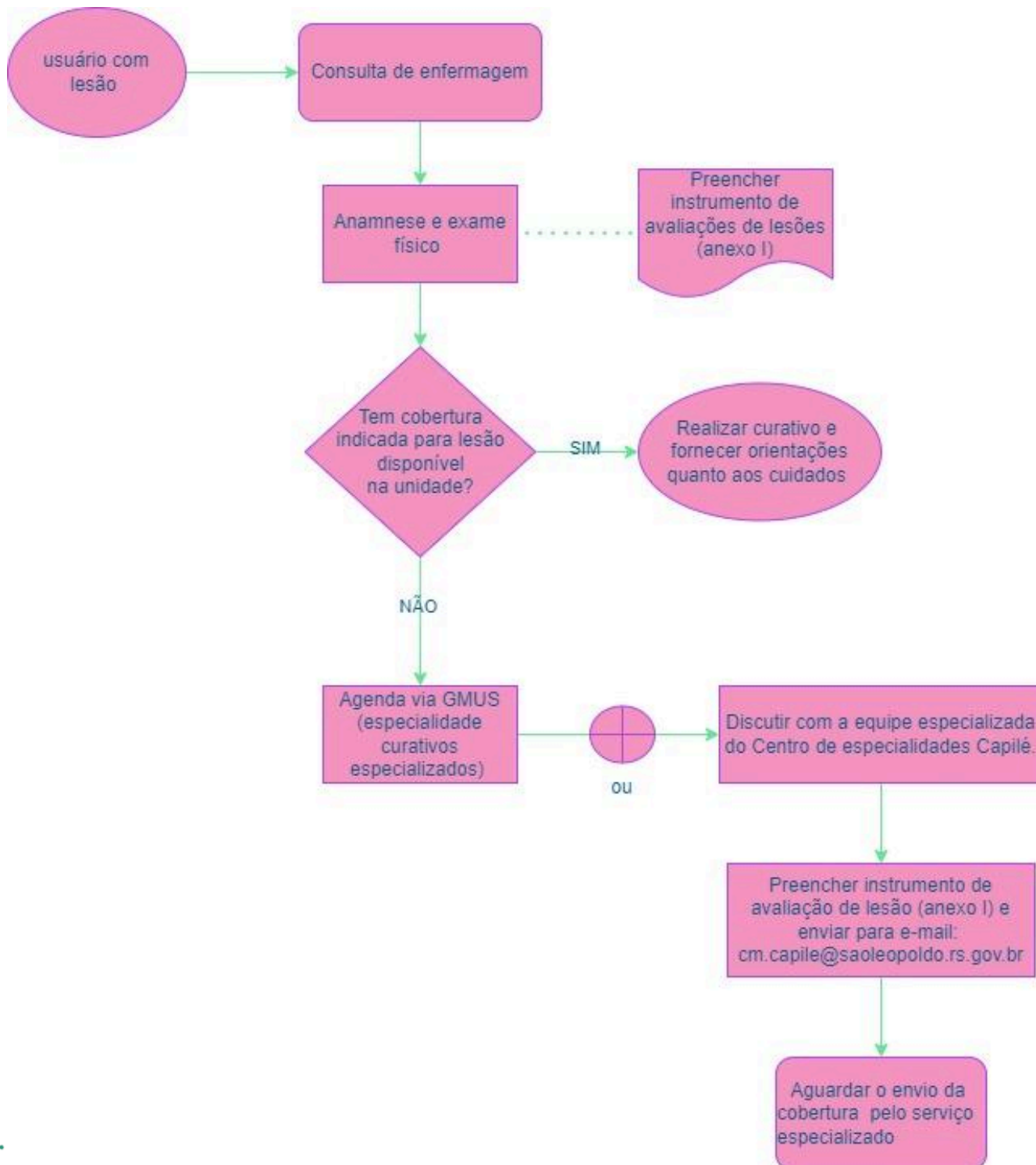
Quadro 10 - Terapia compressiva

Terapia compressiva			
Terapia	Benefícios	Indicações	Precauções/contraindicações
<p>Bandagem de alta pressão</p> 	<p>Terapia elástica. Capacidade de grande extensibilidade. Aumento de pressão quando o paciente está em repouso. Pode possuir bandagem de uma ou mais camadas.</p> <p>Eficaz na cicatrização de úlceras venosas e prevenção da sua recorrência.</p> <p>Ex: Bandagem elástica de alta compressão e meia compressiva</p>	<p>Paciente que deambula, presença de úlcera venosa, varizes, eczema, dermatite ocre, edemas e demais comorbidades de origem venosa.</p>	<p>Acamado, Úlcera arterial e/ou mista Doenças cardíacas descompensadas</p>
<p>Bota de unha</p> 	<p>Terapia de compressão inelástica.</p>	<p>Paciente que deambula, presença de úlcera venosa, varizes, eczema, dermatite ocre, edemas e demais comorbidades de origem venosa.</p>	<p>Acamado Úlcera arterial e/ou mista Doenças cardíacas descompensadas</p>

Fonte: Nicolosi T. *et al*, 2015.

3.1 SOLICITAÇÃO DE COBERTURAS AO AMBULATÓRIO DE FERIDAS

Fluxograma 2 - Solicitação de coberturas/materiais



Fonte: elaborado pelo autor.

4 PROTOCOLO DE DENGUE

As arboviroses transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* constituem-se como um dos principais problemas de saúde pública no mundo e recentemente tornou-se epidemia no estado do Rio Grande do Sul. A Dengue é a arbovirose urbana de maior relevância nas Américas, e possui como agente etiológico o vírus dengue (DENV), que apresenta quatro sorotipos. Todos têm potencial para apresentar formas assintomáticas, brandas e graves. A primeira infecção pode ser grave em todos os 4 sorotipos, mas a tendência é que a gravidade seja maior na segunda ou terceira infecção.

4.1 CLASSIFICAÇÃO EM GRUPOS

Grupo A: dengue sem sinais de alarme, sem condições especiais, sem risco social e sem comorbidades.

Grupo B: Dengue sem sinais de alarme, com condição especial ou com risco social e com comorbidades.

Grupo C: dengue com sinais de alarme (dor abdominal intensa e contínua, ascite, derrame pleural, derrame pericárdico, vômitos persistentes, hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia maior que 2 cm do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade, aumento progressivo do hematócrito) e sinais de gravidade ausentes.

Grupo D: dengue grave (extravasamento de plasma, sangramento grave e comprometimento grave de órgãos).

4.2 PROTOCOLOS DE MEDICAÇÃO E HIDRATAÇÃO PARA ENFERMEIROS

4.2.1 Medicação adultos e crianças

Quadro 11 - Medicções e recomendação de hidratação para casos suspeitos de dengue por enfermeiros

Medicções e recomendação de hidratação para casos suspeitos de dengue por enfermeiros		
	Adultos	Crianças
Analgésicos	<p>Paracetamol 500mg- 40 gotas ou 1 comprimido (500 mg) de 4/4 horas, podendo ser 60 gotas ou 2 comprimidos (500 mg) até de 6/6 horas (não exceder a dose de 4g no período de 24 horas).</p> <p>Dipirona 500mg - 20 gotas ou 1 comprimido (500 mg) até de 6/6 horas.</p>	<p>Paracetamol 200mg/ml - 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade). Não utilizar doses maiores que a recomendada, considerando que doses elevadas são hepatotóxicas.</p> <p>Dipirona 500mg/ml- 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar a dose máxima por peso e idade).</p>

Fonte: [Dengue diagnóstico e manejo clínico adulto e criança, 2024.](#)

4.2.2 Hidratação

Quadro 12 - Hidratação indicada por tipo de grupo

Grupos	Hidratação Adultos	Hidratação Crianças
Grupo A e B	<p>Hidratação via oral: 60 ml/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral e no início com volume maior . Para 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros</p>	<p>Hidratação via oral: Até 10kg: 130ml/kg/dia Acima de 10 kg: até 20 kg: 100 ml/kg/dia Acima de 20kg: 80 ml/kg/dia</p>
Grupo C	<p>Hidratação endovenosa: 10ml/kg/h de soro fisiológico 0,9% até a avaliação do hematócrito.</p>	
Grupo D	<p>Hidratação endovenosa: Iniciar rapidamente 20 ml/kg/h de soro fisiológico 0,9% em até 20 minutos.</p>	

Fonte: [Dengue diagnóstico e manejo clínico adulto e criança, 2024.](#)

4.2.3 Exames de acompanhamento dos casos de dengue

Quadro 13 - Exames de acompanhamento dos casos de dengue

Exames	Observações
Hemograma completo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obrigatório, no primeiro atendimento, para casos suspeitos classificados como Grupo B . ➤ Não há necessidade do paciente estar em jejum. ➤ Preencher e imprimir a requisição Gmus como rotina já estabelecida. ➤ Utilizar o frasco adequado (roxo) e verificar se está devidamente identificado. ➤ Conferir novamente dados do frasco e dados do paciente. ➤ Proceder a coleta de sangue venoso conforme Manual de POP's Enfermagem - São Leopoldo, página 59. ➤ Manter as amostras devidamente refrigeradas. ➤ O laboratório irá retirar as amostras nos seguintes horários: 10h, 12h, 15h, 17h. ➤ Entregar as amostras juntamente com as respectivas requisições. ➤ Os resultados serão liberados de forma online para cada unidade.
Teste rápido NS1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizado apenas entre o 1º e o 5º dia de sintomas. ➤ É proibido realizar o teste rápido a partir do 6º dia de sintomas, devendo o paciente ser encaminhado para Elisa IgM, conforme fluxo municipal. ➤ Realizado para pacientes com suspeita de dengue no primeiro atendimento na unidade de saúde, antes do envio da notificação para que o resultado seja informado no formulário. ➤ Todas as unidades de saúde da Atenção Básica e Centro de Saúde Feitoria poderão realizar o teste rápido NS1 conforme as recomendações. ➤ Seguir todas as orientações do fabricante quanto à realização e interpretação do teste.

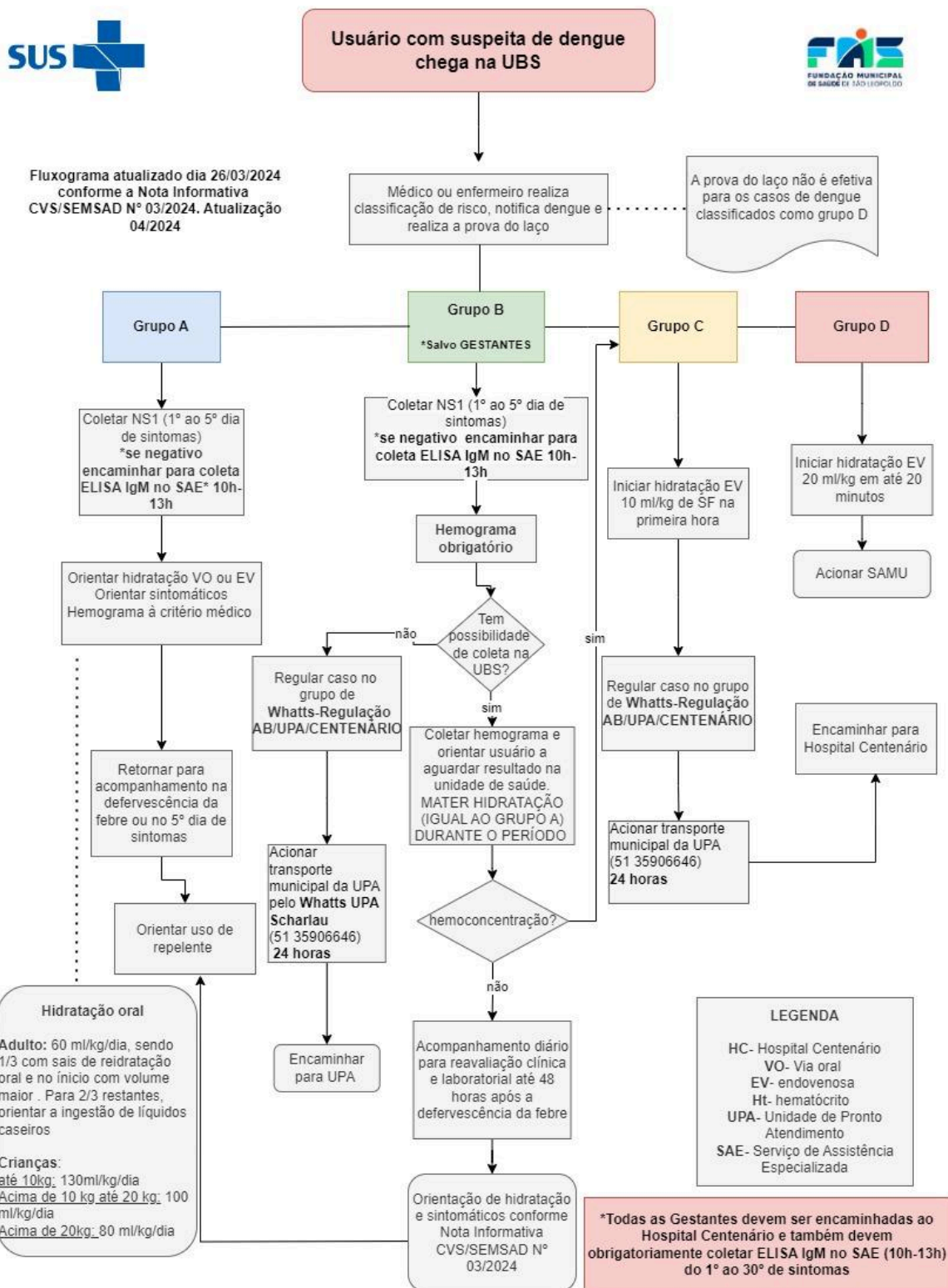
	<ul style="list-style-type: none">➤ O resultado não reagente não exclui a doença (ver Fluxo Municipal ao final). O paciente deve ser bem orientado em relação a isso.➤ Este exame é utilizado apenas para fins de vigilância epidemiológica, não sendo necessário para a conduta terapêutica.➤ Disponibilizar o laudo ao paciente e registrar o resultado no cartão de acompanhamento da dengue.➤ RESULTADO REAGENTE: caso de dengue com confirmação laboratorial.➤ RESULTADO NÃO REAGENTE: seguir manejo da dengue e encaminhar para coleta de Elisa IgM.
Sorologia Elisa IgM	<ul style="list-style-type: none">➤ Realizado no caso de teste rápido NS1 não reagente ou em casos de dengue grave e gestantes.➤ Somente poderá ser coletado do 7º ao 30º dia após o início dos sintomas.➤ Este exame é utilizado apenas para fins de vigilância epidemiológica, não sendo necessário para a conduta terapêutica.➤ As solicitações devem ser orientadas conforme situação epidemiológica local.➤ É obrigatório que a notificação já tenha sido enviada e que a data dos primeiros sintomas esteja correta, caso contrário, o resultado pode ser um falso negativo, prejudicando o processo de investigação.➤ Não há necessidade do paciente estar em jejum.➤ Preencher e imprimir a requisição via GMUS - Pesquisa de Anticorpos IgM contra arbovírus (234), colocando nas observações suspeita de dengue e a data dos primeiros sintomas.➤ Utilizar o frasco (vermelho) adequado e verificar se está devidamente identificado.➤ Conferir novamente dados do frasco e dados do paciente.➤ Proceder a coleta de sangue conforme Manual de POP's Enfermagem - São Leopoldo, página 59.➤ Manter as amostras devidamente refrigeradas.

	<ul style="list-style-type: none">➤ O laboratório irá retirar as amostras nos seguintes horários: 10h, 12h, 15h, 17h.➤ Entregar as amostras juntamente com as respectivas requisições.➤ Os resultados serão liberados de forma online para cada unidade.
<p>Unidades de Saúde que coletam exames:</p> <ul style="list-style-type: none">● UBS Santos Dumont● UBS Imigrante● ESF Cohab Feitoria● UBS Vicentina● UBS Padre Orestes● UBS Scharlau	

Fonte: [Nota informativa CVS/SEMSAD nº 03/2024](#)

4.3 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO DE CASOS DENGUE NO MUNICÍPIO

Fluxograma 3 - Dengue



Todas as informações devem ser registradas no cartão de acompanhamento do paciente com dengue

Fonte: [Nota informativa CVS/SEMSAD nº 03/2024](#)

***Caso paciente se recuse aguardar o resultado do hemograma ou a transferência para outra complexidade de atendimento, orientar a assinatura do termo de recusa ([ANEXO IV](#))**

*** O sorológico ELISA IgM pode ser coletado do 1º ao 30º de sintomas**

5 PROTOCOLO HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90 mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8%. Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto.

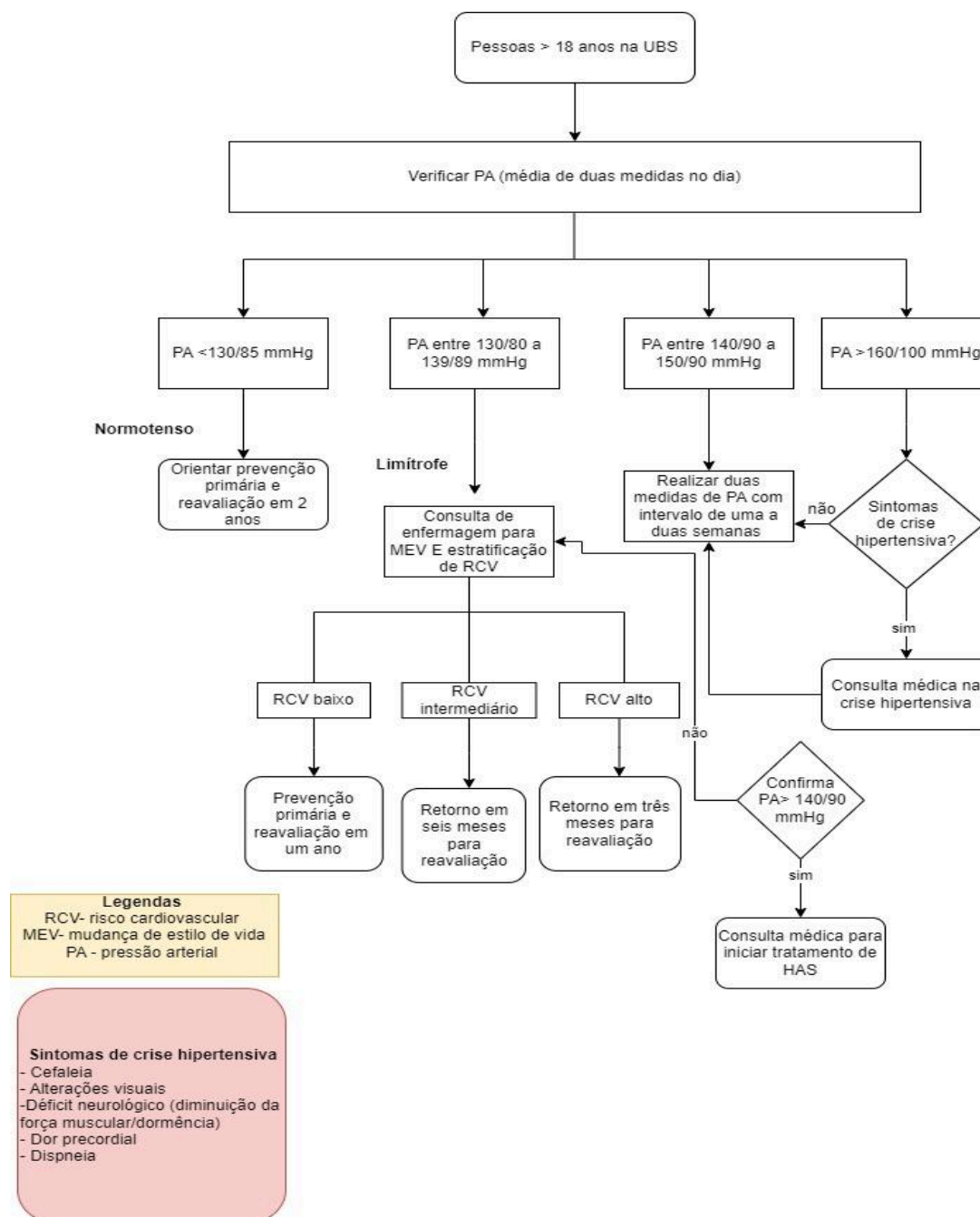
Atribuições do enfermeiro:

- Instrução para verificação da pressão arterial de acordo com a indicação clínica
- Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, tais como: prática de exercício físico, dieta saudável, cessação dos hábitos tabagistas e etilistas e redução do estresse
- Realizar o rastreamento da população para HAS e DM conforme indicações clínicas
- Realizar o monitoramento dos usuários com HAS e DM no território, a fim de organizar a busca ativa dos faltosos
- Solicitar exames diagnósticos e de acompanhamento conforme Protocolo Municipal
- Orientar a equipe de técnicos de enfermagem quanto aos cuidados com o paciente com HAS e DM

5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Na figura abaixo, o fluxograma relacionado ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamento que o profissional enfermeiro deve realizar no atendimento à população com suspeita ou diagnóstico de HAS.

Fluxograma 4 - Diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento HAS



Fonte: [Protocolo de enfermagem: guia de consulta rápida hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, 2022.](#)

5.1.1 Exames complementares que o enfermeiro pode solicitar

Quadro 14 - Exames complementares, periodicidade e conduta para HAS

Exame	Periodicidade	Valores de referência
HEMOGRAMA	ANUAL	Encaminhar para avaliação médica se alterado
HBA1C (Hemoglobina Glicada)*	TRIMESTRAL se fora da meta estabelecida pela equipe SEMESTRAL se pessoa dentro da meta estabelecida	Meta Desejável <7%
		Tolerável de 7% e 7,9%: Orientar MEV para a meta <7%, encaminhar para Nutricionista
		T>8%: encaminhar para médico
COLESTEROL TOTAL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas (ex. sinvastatina)	Desejável <200 mg/dL
		Tolerável de 200 a 239 mg/dL
		Tolerável de 200 a 239 mg/dL: Orientar MEV, encaminhar para Nutricionista. Encaminhar também para o médico os sem uso de estatina.
		Se > 240mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar diagnóstico de hipercolesterolemia.

COLESTEROL HDL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas (ex. sinvastatina)	Desejável ≥ 40 mg/dL
		Se em uso de estatinas a meta é que em 3 meses após o início haja redução de $>40\%$ do colesterol não-HDL (colesterol total menos HDL). Obs: colesterol não-HDL não é o LDL. Se não houver redução $>40\%$, solicite avaliação médica para discutir manejo
LDL* (calcular através da fórmula)	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	Desejável <100 mg/dL
		Tolerável: de 100 a 159 mg/dL. Orientar MEV e encaminhar para Nutricionista. Encaminhar também para o médico os sem uso de estatina.
		Alto: acima de 160 mg/dL - Orientar MEV, encaminhar para médico e nutricionista
TRIGLICERÍDEOS	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	Desejável <150 mg/dL
		Tolerável de 150 a 199 mg/dL
		200 a 499 - encaminhe para atendimento médico e Nutricionista. Se valor ≥ 500 mg/dL, repita o exame e encaminhe para atendimento médico.

CREATININA SÉRICA**	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/enalapril/losartana	Desejável Clearance de creatinina ≥ 90 ml/min Se clearance estimado de creatinina (ou taxa de filtração glomerular estimada - TFGe) < 60 mL/min, solicite avaliação médica Se diminuição $> 25\%$, repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica.
POTÁSSIO (quando uso de diuréticos – hctz, furosemida, espironolactona – e/ou inibidor do sistema RAA – captopril,enalapril , losartan)	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/enalapril/losartana	$\geq 3,5$ mmol/L e $< 5,0$ mmol/L (mEq/L) Se $> 5,0$ mmol/L, solicite avaliação médica imediata para considerar redução de dose de enalapril ou losartan ou espironolactona. Se $> 3,5$, solicite avaliação médica imediata
EXAME SUMÁRIO DE URINA (EQU)	ANUAL	Adequado: Sem glicose e sem proteinúria (se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico).
Microalbuminúria	ANUAL	Se proteinúria positiva em EQU, com retorno do exame com o médico neste caso e se alterado.
ECG	No diagnóstico e ANUAL	Encaminhar para avaliação médica se alterado

Fonte: [Protocolo de enfermagem: guia de consulta rápida hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus](#), 2022.

5.2 DIABETES MELLITUS

Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo seja realizada pelo enfermeiro da UBS.

Quadro 15 - Rastreamento assintomáticos DM

Público Elegível	Glicemia de Jejum/Conduta
<p>TODAS AS PESSOAS A PARTIR DOS 45 ANOS</p> <p>ou</p> <p>IMC \geq 25 + 1 fator de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Histórico familiar de DM II em pais ou irmãos - Etnia de alto risco (Afro descendentes, Hispânicos ou Indígenas) - Histórico de doença cardiovascular - Hipertensão Arterial - HDL < 35 mg/dL - Triglicerídeos > 250 mg/dL - História prévia de diabetes gestacional ou bebê <p>>4,5 Kg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome do ovário policístico - Sedentarismo - Presença de acantose nigricans - HIV - Pré-Diabetes 	<p>< 110: Consulta de Enfermagem, orientações de MEV. Repetir rastreio a cada 3 anos*</p> <p>110 a 125: Solicitar TTG-75g e Hemoglobina Glicada (Hb1Ac) e seguir conduta conforme quadro 8. Em idosos solicitar somente HbA1c.</p> <p>\geq 126: repetir glicemia de jejum e seguir conduta Quadro 16.</p>

Fonte: [Protocolo de enfermagem: guia de consulta rápida hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus](#), 2022.

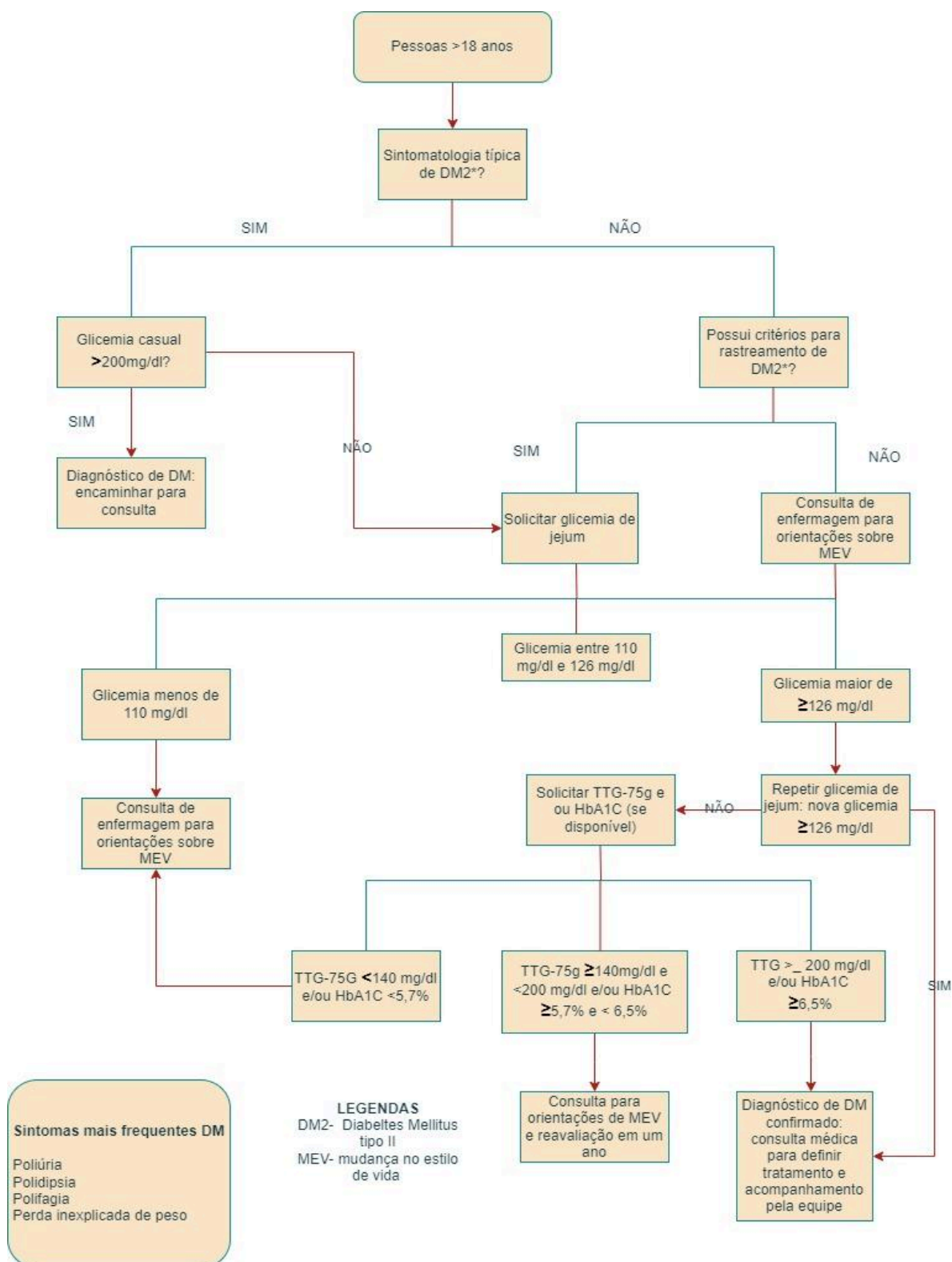
Quadro 16 - Rastreamento de pessoas sintomáticas DM

Público Elegível	Glicemia Capilar Aleatória	Conduta
Presença dos sinais/sintomas: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações visuais de aumento súbito, dificuldade de cicatrização, neuropatia diabética, infecções de repetição, prurido vulvar e cutâneo, balanopostite, IAM, AVC. OU Se não se enquadra nos critérios do Quadro 14.	< 130	Seguir rotina de rastreamento
	130 a 199	Solicitar Glicemia de jejum
	\geq 200	Solicitar Glicemia de jejum e encaminhar para atendimento médico imediato se sinais de gravidade*

Fonte: [Protocolo de enfermagem: guia de consulta rápida hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus](#), 2022.

Na figura abaixo, o fluxograma relacionado ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamento que o profissional enfermeiro deve realizar no atendimento à população com suspeita ou diagnóstico de DM.

Fluxograma 5 - Diagnóstico e encaminhamentos DM



Fonte: [Protocolo de enfermagem: guia de consulta rápida hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus](#), 2022.

5.2.1 Exames complementares que o enfermeiro pode solicitar

Quadro 17 - Exames diagnósticos para DM

GLICEMIA DE JEJUM	SEGUIMENTO	CONDUTA
110 a 125	Solicitar TTG-75g e Hemoglobina Glicada (HbA1c)* Em idosos, solicitar somente HbA1c	Adequado: TTG < 140 / HbA1c <5,7% Tolerância Diminuída (pré-diabetes): TTG 140 a 199 / Hb1Ac 5,7% a 6,4% Diabetes Mellitus: TTG>200 e/ou HbA1C ≥ 6,5%
≥126	Repetir Glicemia de jejum	Se nova Glicemia ≥126 = Diabetes Mellitus Se nova Glicemia <126 = solicitar TTG e Hb1Ac e seguir conduta acima*

Fonte: [Protocolo de enfermagem: guia de consulta rápida hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus](#), 2022.

Quadro 18 - Exames complementares para o acompanhamento do DM

Exame	Periodicidade	Valores de referência
HEMOGRAMA	ANUAL	Encaminhar para avaliação médica se alterado
HBA1C (HEMOGLOBINA GLICADA)*	TRIMESTRAL se fora da meta estabelecida pela equipe SEMESTRAL se pessoa dentro da meta estabelecida	Meta Desejável <7%
		Tolerável de 7% e 7,9%: Orientar MEV para a meta <7%, encaminhar para Nutricionista
		T>8%: encaminhar para médico

COLESTEROL TOTAL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas (ex. sinvastatina)	Desejável <200 mg/dL
		Tolerável de 200 a 239 mg/dL
		Tolerável de 200 a 239 mg/dL: Orientar MEV, encaminhar para Nutricionista. Encaminhar também para o médico os sem uso de estatina.
		Se > 240mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar diagnóstico de hipercolesterolemia.
COLESTEROL HDL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas (ex. sinvastatina)	Desejável ≥40 mg/dL
		Se em uso de estatinas a meta é que em 3 meses após o início haja redução de >40% do colesterol não-HDL (colesterol total menos HDL). Obs: colesterol não-HDL não é o LDL. Se não houver redução >40%, solicite avaliação médica para discutir manejo
LDL* (calcular através da fórmula)	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	Desejável <100 mg/dL
		Tolerável: de 100 a 159 mg/dL. Orientar MEV e encaminhar para Nutricionista. Encaminhar também para o médico os sem uso de estatina.
TRIGLICERÍDEOS	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	Alto: acima de 160 mg/dL - Orientar MEV, encaminhar para médico e nutricionista
		Desejável <150 mg/dL
		Tolerável de 150 a 199 mg/dL
		200 a 499 - encaminhe para atendimento médico e Nutricionista. Se valor ≥ 500mg/dL, repita o exame e encaminhe para atendimento médico.

CREATININA SÉRICA**	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/enalapril/losartan	Desejável Clearance de creatinina ≥ 90 ml/min Se clearance estimado de creatinina (ou taxa de filtração glomerular estimada - TFG _e) < 60 mL/min, solicite avaliação médica Se diminuição $> 25\%$, repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica.
EXAME SUMÁRIO DE URINA (EQU)	ANUAL	Adequado: Sem glicose e sem proteinúria (se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico).
Microalbuminúria	ANUAL	Preferencialmente de rotina. Obrigatoriamente se proteinúria positiva em EQU, com retorno do exame com o médico neste caso e se alterado.
ECG	No diagnóstico a critério médico	Encaminhar para avaliação médica se alterado

Fonte: [Protocolo de enfermagem: guia de consulta rápida hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus](#), 2022.

PARA MAIORES INFORMAÇÕES SOBRE DM E HAS ACESSAR O [PROTÓCOLO DE ENFERMAGEM GUIA DE CONSULTA RÁPIDA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS](#)

6 NOTA TÉCNICA SÍFILIS

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O contato sexual é a principal via de transmissão; porém, a infecção pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

A maioria das pessoas infectadas é assintomática ou não percebe os sintomas, porém, quando não tratada, a doença pode evoluir para formas mais graves, além de transmitir a doença para suas parcerias sexuais.

Na gestação, a sífilis é responsável por consequências graves como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte do recém-nascido.

6.1 EXAMES QUE O ENFERMEIRO PODE SOLICITAR

Quadro 19 - Exames para diagnóstico de sífilis

Testes para o diagnóstico de sífilis		
Testes imunológicos	Não treponêmicos	VDRL
	Treponêmicos	FTA-Abs Teste Rápido (TR)

Fonte: [Nota Técnica N° 01/2023 - Vigilância Epidemiológica](#)

6.2 ESQUEMAS MEDICAMENTOSOS QUE O ENFERMEIRO PODE REALIZAR

6.2.1 Primeira linha de tratamento

Quadro 20 - Primeira linha de tratamento para sífilis

Sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de duração)	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração), latente com duração ignorada e sífilis terciária (exceto neurosífilis)	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI. Pessoas vivendo com HIV devem fazer o mesmo tratamento conforme o estágio da sífilis
Caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o tratamento é considerado inadequado e novo esquema deverá ser reiniciado. Não é aceitável a falha de doses no tratamento, portanto, é importante reforçar a adesão.	

Fonte: [Nota Técnica Nº 01/2023 - Vigilância Epidemiológica](#)

6.2.2 Segunda linha de tratamento

Quadro 21 - Segunda linha de tratamento para sífilis

Sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de duração)	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 15 dias.
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração), latente com duração ignorada e sífilis terciária	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 30 dias.



Fonte: [Nota Técnica Nº 01/2023 - Vigilância Epidemiológica](#)

PARA OUTRAS INFORMAÇÕES ACESSAR A [NOTA TÉCNICA Nº 01/2023](#)

7 FERRAMENTAS DE APOIO AO ENFERMEIRO

Quadro 22 - Ferramentas de apoio

MATERIAIS		SITE
 <p>SEMSAD Secretaria Municipal da Saúde</p>	<p>DRIVE DA ENFERMAGEM</p> <p>SEMSAD - PROTOCOLOS, GUIAS E ORIENTAÇÕES</p>	<p>https://drive.google.com/drive/folders/1W5pQN4IqQJFaQ5qH3zpbInWYPI18U4VW?usp=drive_link</p>
 <p>PREFEITURA DE SÃO LEOPOLDO</p>	<p>PROTOCOLOS, NOTAS TÉCNICAS, DECRETOS, FLUXOS E ROTINAS MUNICIPAIS DE SÃO LEOPOLDO</p>	<p>https://sites.google.com/view/saudesaoleopoldo/protocolos-assistenciais-e-notas-t%C3%A9cnicas</p>
	<p>TELESSAÚDERS</p>	<p>https://www.ufrgs.br/telessauders/</p>
	<p>TELEFERIDASRS</p>	<p>https://atencao basica.saude.rs.gov.br/teleferidas-rs</p>
 <p>DIABETES MELLITUS</p>	<p>CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA - DIABETES MELLITUS</p>	<p>https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf</p>

<p>HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</p> 	<p>CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</p>	<p>https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistmica_cab37.pdf</p>
	<p>PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - COREN-RS</p>	<p>https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=publicacoes&pagina=protocolos-enfermagem</p>
	<p>CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE)</p>	<p>https://www.icn.ch/icnp-browser</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança** [recurso eletrônico]. 6. edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN-RS). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: saúde da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Coren RS, 2020. Disponível em:
<https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeCriancaAdolescente042022.pdf>.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN-RS). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: pré-natal de risco habitual**. Porto Alegre: Coren RS, 2024. Disponível em:
<https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemPreNatalRiscoHabitual.pdf>.
- FREITAS, L. N.; MICHELETTI, V. C. D.; LEAL, S. M. C. **Guia de cuidados de enfermagem para prevenção e tratamento de lesões de pele**. Mestrado profissional em enfermagem. Universidade do Vale dos Sinos. 1º edição: 2020.
- NICOLOSI, J. T. N. *et al.* Terapias de compressão no tratamento de úlcera venosa: estudo bibliométrico. **Aquichan**, v.15, n. 2, p. 283-295, abr.-jun. 2015. DOI <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.11>. Disponível em:
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3994/pdf>. Acesso em: 04 abr. 2024.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de vigilância em saúde. **Nota Informativa CVS/Semsad Nº 02/2024**. São Leopoldo, 2024.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de vigilância em saúde. **Nota Técnica Nº 01/2023 - Vigilância Epidemiológica**. São Leopoldo, 2023.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO. Secretaria Municipal de Saúde. **Ordem de serviço Nº 2: Atribuições do enfermeiro no enfrentamento à dengue**. São Leopoldo, 2024.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem: guia de consulta rápida Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. São Leopoldo, 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Saúde da Criança**. São Leopoldo, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Saúde da Mulher**. São Leopoldo, 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Guia do Pré-Natal na Atenção Básica**. Porto Alegre/RS, 2024.

ANEXO I

O modelo do instrumento abaixo está disponível na pasta do [Drive da Enfermagem](#), conforme consta no [Quadro 22](#).



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS COM LESÃO DE PELE DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE DE SÃO LEOPOLDO

Nome do serviço de saúde/setor: _____			Data do Atendimento: ____/____/____			
Nome do Paciente: _____		Data de Nascimento: ____/____/____		Cartão SUS: _____		
Motivo do atendimento (quando necessário podem ser marcadas as duas opções)						
<input type="checkbox"/> RETIRA MATERIAL PARA CURATIVO – informar: localização, tempo de lesão, número de vezes que faz o curativo, material, comorbidades.						
<input type="checkbox"/> CURATIVO REALIZADO NA UNIDADE						
Causa/diagnóstico da lesão (VER ANEXO)	Aspecto da lesão	Localização da lesão	Há quanto tempo existe a lesão	Número de vezes que faz o curativo	Material utilizado, por curativo, na Unidade (<i>marcar X se utilizou</i>)	Comorbidades
<input type="checkbox"/> Úlcera venosa <input type="checkbox"/> Úlcera arterial <input type="checkbox"/> Lesão por pressão de estágio: _____ <input type="checkbox"/> Pé diabético <input type="checkbox"/> Queimadura 1º grau <input type="checkbox"/> Queimadura 2º grau <input type="checkbox"/> Queimadura 3º grau <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Mordida de _____ <input type="checkbox"/> Outra: _____ <i>Obs: se houver mais de uma lesão faça um registro por instrumento, que deverão ser grampeados juntos.</i>	<input type="checkbox"/> granulação <input type="checkbox"/> necrose <input type="checkbox"/> infectada <i>Obs: se houver mais de uma lesão faça um registro por instrumento, que deverão ser grampeados juntos.</i>	<input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Membros superiores (braços e mãos) <input type="checkbox"/> Costas/Lombar <input type="checkbox"/> Membros inferiores (pernas e pés) <input type="checkbox"/> Perna <input type="checkbox"/> Pé <input type="checkbox"/> outro: _____	_____ _____ _____ _____ (dias, meses ou anos)	NA UNIDADE <input type="checkbox"/> 1X semana <input type="checkbox"/> 2X semana <input type="checkbox"/> 3X semana <input type="checkbox"/> 4X semana <input type="checkbox"/> 5X semana <input type="checkbox"/> outro, qual? _____ NO DOMICILIO <input type="checkbox"/> 1X dia <input type="checkbox"/> 2X dia <input type="checkbox"/> 3X dia <input type="checkbox"/> 4X dia <input type="checkbox"/> 5X dia <input type="checkbox"/> outro, qual? _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Apósito <input type="checkbox"/> Atadura De 10cm <input type="checkbox"/> Atadura De 15 Cm <input type="checkbox"/> Atadura De 20 Cm <input type="checkbox"/> Frasco Sf 0,9% _____ ml <input type="checkbox"/> Micropore <input type="checkbox"/> Esparadrapo <input type="checkbox"/> Luvas <input type="checkbox"/> Colagenase Com Cloranfenicol <input type="checkbox"/> Sulfadiazina De Prata <input type="checkbox"/> Nebacetin (Neomicina) <input type="checkbox"/> Dexametasona <input type="checkbox"/> Tcm/Age <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trombose perna <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> não sabe informar
PROFISSIONAL(IS) QUE ATENDEU (nome e categoria profissional): _____						

Elaborado por Comitê de Cuidados com a Pele do município de São Leopoldo: Claudia Helena Lindenmeyer Welter¹, Fabiana Chiela Ribeiro¹, Gimeni Pires Carvalho², Isadora da Silva Lempek¹, Lisane Nery Freitas³, Marina Rizza Fontoura¹, Patrícia Ana Muller⁴, Rosane Liliâne Guerra Mello¹, Sandra Maria Cezar Leal⁵, Scheila Mai¹, Thais Vicente Abreu⁵, Vânia Celina Micheletti Dezoti⁵.

¹ Prefeitura Municipal de São Leopoldo/Secretaria Municipal de Saúde; ² Fundação Hospital Centenário São Leopoldo; ³ Mestrado Profissional em Enfermagem Unisinos;

⁴ Residente de Enfermagem em Saúde Mental/Unisinos; ⁵ Acadêmica de Enfermagem/Unisinos.

ANEXO II

O modelo de termo abaixo está disponível na pasta do [Drive da Enfermagem](#), conforme consta no [Quadro 22](#).



Prefeitura Municipal de São Leopoldo
Estado do Rio Grande do Sul
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização de ligadura tubária

Eu, abaixo assinado, procurei o serviço de saúde _____ por desejar operação de esterilização permanente (LIGADURA TUBÁRIA). Estou ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico assistente e equipe multidisciplinar a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes. Diante disso, manifesto o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetida à ligadura tubária. Sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar no mínimo 60 dias (conforme Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022) e que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia. Antes da operação, recebi orientações sobre outros métodos contraceptivos, tais como: preservativo, dispositivo intrauterino de cobre (DIU), anticoncepcionais hormonais (pílulas, injetáveis), diafragma. Também me foi explicado que meu parceiro poderia realizar a vasectomia como método contraceptivo permanente. A ligadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização. Geralmente é realizada por meio de mini-laparotomia, isto é, pequena incisão cirúrgica abdominal transversa, que é feita acima da linha dos pelos pubianos. Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel. Outras técnicas podem ser utilizadas, como a videolaparoscopia, e serão explicadas em consulta pré-operatória, porém, tanto esterilização cirúrgica por histerectomia, quanto esterilização cirúrgica por ooforectomia são proibidas. O procedimento costuma ser realizado sob anestesia raquidiana ou geral, porém, outras formas de anestesia podem ser utilizadas, se a condição clínica da paciente ou técnica cirúrgica demandar. A cirurgia tem riscos durante a sua realização e após a cirurgia. As complicações são raras podendo ocorrer: infecção e sangramento no local do corte ou intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais, reação alérgica ao anestésico e embolia pulmonar. Os métodos contraceptivos podem falhar (risco de 0,5 a 1,0%) e, mesmo após a ligadura tubária, a pessoa pode apresentar gravidez ectópica, ou seja, o embrião pode se desenvolver fora da cavidade uterina. Se houver qualquer suspeita de gravidez a pessoa deve procurar atendimento. A ligadura tubária não previne a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, recomenda-se o uso de preservativo. A ligadura tubária é considerada um método permanente de interrupção da fertilidade e cerca de 10% a 20% das pessoas se arrependem de não poder gestar após o procedimento. A cirurgia para reversão de ligadura tubária é um procedimento caro e que apresenta baixa chance de retornar à fertilidade.

Nome da paciente: _____

Assinatura da paciente _____,

_____, ____/____/____ (Local e data)

Assinatura e carimbo do/a profissional assistente _____

São Leopoldo, Berço da Colonização Alemã no Brasil

Prefeitura de São Leopoldo
Avenida Dom João Becker, 754 – Centro – CEP 93010-010 / fone: (51) 2200-0201
Semsad: (51) 2200 0700 / Email:secretariadesaude@saoleopoldo.rs.gov.br

ANEXO III

O modelo de termo abaixo está disponível na pasta do [Drive da Enfermagem](#), conforme consta no [Quadro 22](#).



Prefeitura Municipal de São Leopoldo
Estado do Rio Grande do Sul
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização de vasectomia

Eu, abaixo assinado, procurei o serviço de saúde _____ por desejar operação de esterilização permanente (VASECTOMIA). Estou ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico assistente e equipe multidisciplinar a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes. Diante disso, manifesto o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetido à vasectomia. Sei que, entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico, deverão se passar no mínimo 60 dias (conforme Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022) e que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia. Antes da operação, foime informado que: a vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente da fertilidade, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso necessário. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos. As complicações que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas, deve-se procurar atendimento médico. A vasectomia não interfere na função sexual, não causa impotência sexual (ou disfunção sexual) e não previne a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. Existe cirurgia para reversão da vasectomia, ou seja, a recanalização dos ductos deferentes, mas a chance de recuperar a fertilidade é baixa e não é realizada pelo SUS. Fui orientado sobre outras formas para evitar gestações que não são permanentes, tais como: preservativo, dispositivo intrauterino de cobre (DIU), anticoncepcionais hormonais (pilulas, injetáveis) e diafragma. Existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. Recomenda-se o uso de outro método contraceptivo por 3 meses ou até o paciente ter ejaculado 20 vezes, número mínimo para "esvaziar" o trato genital. Após este período, um espermograma deve ser realizado. O retorno da atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia).

Nome do paciente: _____

Assinatura do paciente _____

_____, ____/____/____ (Local e data)

Assinatura e carimbo do/a profissional assistente _____

São Leopoldo, Berço da Colonização Alemã no Brasil

Prefeitura de São Leopoldo
Avenida Dom João Becker, 754 – Centro – CEP 93010-010 / fone: (51) 2200-0201
Semsad: (51) 2200 0700 / Email:secretariadesaude@saoleopoldo.rs.gov.br

ANEXO IV

O modelo de termo abaixo está disponível na pasta do [Drive da Enfermagem](#), conforme consta no [Quadro 22](#).



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMSAD
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA - DAB

TERMO DE RECUSA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO A PEDIDO DO PACIENTE

Considerando o Decreto n.º 10.679 do município de São Leopoldo (RS), onde declara situação de emergência, no âmbito da saúde pública, em razão do risco de epidemia por doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, em especial, a dengue, e visto o aumento do número de casos notificados e confirmados;

Considerando o manual de manejo da Dengue publicado pelo Ministério da Saúde, que prevê que o paciente permaneça em observação em equipamento de saúde até a avaliação dos resultados dos seus respectivos exames;

Considerando a Portaria GM n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Sendo assim, fica estabelecido que:

A recusa de continuidade do cuidado a pedido do paciente não constitui ato que tenha sido indicado ou praticado pela equipe médica e de enfermagem, mas sim um ato livre e soberano da autonomia do paciente/responsável legal, atendido o disposto no Termo de Responsabilidade.

O consentimento do Termo de recusa de continuidade do cuidado a pedido, por parte do paciente/responsável legal, informa que a partir do momento em que o paciente deixar a Unidade Básica de Saúde, transfere a responsabilidade das consequências deste ato, do médico/ enfermeiro do equipamento de saúde para o paciente/ responsável legal.

Cabe ao médico ou enfermeiro, com o apoio da equipe, explicar em linguagem acessível ao paciente/ responsável legal, o diagnóstico, suas condições clínicas, possibilidades terapêuticas e as consequências da interrupção da assistência à saúde, especificando possíveis riscos e danos.

A recusa de continuidade do cuidado a pedido não se constitui em impeditivo para o paciente voltar a recorrer à assistência nesta Unidade Básica de Saúde.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____, inscrito (a) no CPF sob o número _____, declaro que fui devidamente informado e esclarecido quanto à situação de minha saúde e riscos perante a decisão de recusa de continuidade do cuidado a pedido, conforme acima registrado.

São Leopoldo, ____ de _____ de 2024.

 Paciente/Responsável Legal