

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
VOLUME 2

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

E OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE INTERESSE EM SAÚDE COLETIVA (DENGUE/TUBERCULOSE)

Florianópolis, maio de 2016

Versão 2

(atualizado em dezembro de 2020)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

VOLUME 2

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

E OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE INTERESSE EM SAÚDE COLETIVA (DENGUE/TUBERCULOSE)

Prefeito
Gean Marques Loureiro

Vice-Prefeito
João Batista Nunes

Secretário de Saúde
Carlos Alberto Justo da Silva

Secretário Adjunto
Sandro José Andretti

Diretora de Atenção Primária
Tiago Barra Vidal

Gerente de Atenção Primária
João Paulo Mello da Silveira

Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)
Elizimara Ferreira Siqueira

Autores

Alessandra de Quadra Esmeraldino
Ana Carolina Severino Da Silva
Anna Carolina Ribeiro Lopes Rodrigues
Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica
Ana Maria Bim Gomes
Carla Sousa Guedelha
Caren Cristina Della Méa Fonseca
Carmen Ruggi Bonfim Santoro
Caroline Neth
Cilene Fernandes Soares
Edla Zwiener González
Fernanda De Conto
Fernanda Paese
Gisele Magnabosco
Guilherme Mortari Belaver
Izabel Cristina Matendal Conrat
Ingrid Valeria Veronez
Jadson Jovaert Mota Kreis
João Marcos Emerenciano
Julia Maria de Souza
Juliana Cipriano Braga Silva
Juliana Valentim
Karina Mendes
Laura D. R. Castillo Lacerda
Leila B. B. de A. Ferrreira
Lucas Alexandre Pedebos
Lucilene Maria Schmitz
Marcelo Stuart Barreto
Maria Francisca De Santos Daussy
Milena Pereira
Missouri Helena Bizarro Komatu Paixão
Priscilla Cibele Tramontina
Renata Da Rosa Turatti Fetzner
Sarah Soares Barbosa
Solange Alberti Andrzejewski
Stella Maria Pfutzenreuter
Tatiana Vieira Fraga
Vinicius Paim Brasil

Este documento está licenciado sob a licença Creative Commons – Atribuição Não-Comercial 4.0 Internacional. Ele pode ser replicado ou adaptado, no todo ou em parte, contanto que a fonte seja citada e o uso não seja com propósitos comerciais.

Como citar este documento: FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 2 - Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em Saúde Coletiva. Florianópolis, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA - Coren/SC
Gestão 2018/2020

Presidente
Helga Regina Bresciani

Conselheira Secretária
Daniella Farinella Jora

Conselheira Tesoureira
Alessandra Junkes Coutinho

Conselheiros Titulares
Elizimara Ferreira Siqueira – Coren/SC 82888
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos – Coren/SC 9406
Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29525
Ioná Vieira Bez Birolo – Coren/SC 58205
Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510
Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183306
Míssia Mesquita Páscoa – Coren/SC 139423
Priscila Rodrigues da Cunha – Coren/SC 575913
Rosângela Borges da Silva – Coren/SC 586762

Conselheiros Suplentes
Ana Paula da Silva Maciel – Coren/SC 201279
Dayane Carla Borille – Coren/SC 86248
Jerry Schmitz – Coren/SC 80977
Lais Concellos – Coren/SC 75136
Ediane Bergamin – Coren/SC 148765
Daniela Maçaneiro – Coren/SC 119636
Felipe da Rosa Pedro – Coren/SC 680401
Vilmar Wanderet – Coren/SC 319008

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

APRESENTAÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST), anteriormente conhecidas como DST ou doenças venéreas, são importantes causas de morbidade da população mundial. O aumento recente do número de casos de doenças curáveis que pareciam controladas, como a sífilis; e a mudança de perfil epidemiológico de infecções crônicas, como a AIDS, demonstram que devemos estar constantemente repensando nossas estratégias de combate a esses males.

Também sabemos que, devido aos aspectos importantes de privacidade que este tipo de doença envolve, é fundamental que o diagnóstico e tratamento sejam fornecidos já no primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde. Por esse motivo, o profissional enfermeiro(a) desempenha papel fundamental para o controle das IST, já que costuma estar inserido na primeira escuta à pessoa. Ao ampliar as atribuições do(a) enfermeiro(a) para que este possa realizar o diagnóstico e tratamento dessas doenças, estamos fornecendo um atendimento mais rápido ao cidadão, mantendo a mesma qualidade do serviço.

Os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza de que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, atribui ao(à) enfermeiro(a) funções que são exercidas internacionalmente na atenção primária, a saber: cuidado integral de portadores das doenças crônicas não complicadas mais frequentes e rastreamento das doenças mais prevalentes na população.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Nosso intuito com esta publicação foi de validar a prática de enfermagem sobre os temas aqui abordados através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem no tocante a prescrição de medicamentos e solicitação de exames referentes às condições descritas. Para um detalhamento sobre o assunto, indicamos a referência de livros texto ou os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde), que descrevem de maneira mais aprofundada essas questões.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997(solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro (a), sendo válido como protocolo institucional.

Carlos Alberto Justo da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

Helga Regina Bresciani
Presidente do Coren/SC

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS ____ *19*

LISTA DE FLUXOGRAMAS ____ *20*

PARTE 1 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ____ *7*

1 - ABORDAGEM SINDRÔMICA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ____ *8*

1.1 - Tratamento das parcerias ____ 10

1.2 - Papel do(a) enfermeiro(a) ____ 11

1.3 - Uso de fluxogramas e quadros ____ 11

2 - SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL ____ *13*

3 - SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL ____ *16*

3.2 - Cancro mole ____ 20

3.3 -Donovanose ____ 21

3.4 - Herpes genital ____ 21

3.5 -Sífilis Congênita ____ 22

4 -SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE ____ *23*

4.1 - Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoníase e infecções mistas ____ 26

4.2 - Tratamento do(a) parceiro(a) ____ 27

5 -DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA ____ *28*

6 –OUTROS PROBLEMAS GENITAIS ____ *31*

6.1 CONDILOMA OU VERRUGAS ANOGENITAIS ____ 31

6.2 PRURIDO GENITAL ____ 32

7 - CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEGUIMENTO DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS E DA PESSOA POTENCIALMENTE EXPOSTA ____ *34*

7.1 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) SEXUAL ____ 36

PARTE 2 - OUTRAS INFECÇÕES TRANSMISSÍVEIS DE INTERESSE EM SAÚDE COLETIVA ____ *40*

8 -DENGUE ____ *41*

8.1 -Definição de caso ____ 41

8.2 - Prova do Laço ____ 44

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

8.3 -Exames laboratoriais ____ 48
9 - TUBERCULOSE PULMONAR ____ *50*
9.1 - Suspeita clínica ____ 50
9.2 - Exames de rastreio, diagnóstico e acompanhamento ____ 50
9.3 - Confirmação de caso de tuberculose ____ 51
9.4- Tratamento ____ 53
9.5 - Acompanhamento e alta ____ 56
9.6 - Controle dos contatos ____ 56
9.7 - BCG ____ 60
9.8 - Escarro Induzido ____ 61
9.9 - Atribuições do(a) enfermeiro(a) no enfrentamento da Tuberculose ____ 61
9.10 -Atribuições do(a) técnico(a) de enfermagem no enfrentamento da Tuberculose ____ 62
REFERÊNCIAS ____ *63*
ANEXO A ____ *66*
CONTROLE DE ALTERAÇÕES ____ *67*

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 -Síntese das síndromes abordadas neste protocolo_____9

Quadro 1.2 Convocação de parcerias sexuais conforme o tempo _____10

Quadro 2.1-Esquema terapêutico para síndrome do corrimento uretral_____15

Quadro 3.1 - Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital_____17

Quadro 3.1.2- Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis_____18

Quadro 4.1-Resumo dos esquemas terapêuticos para corrimento vaginal _____25

Quadro 5.1 -Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP) _____30*

Quadro 6.1 -Resumo dos esquemas terapêuticos para condilomatose _____31

Quadro 7.1 – Periodicidade de solicitação de examesda Pessoa Vivendo com HIV/AIDS por enfermeiros(as) _____35

Quadro 7.2 – Interpretação dos resultados de CD4 e Carga Viral e condutas _____36

Quadro 7.3 –Recomendações de exames laboratoriais para seguimento da PEP_____39

Quadro 8.1 - Hidratação oral de adultos com Dengue _____43

Quadro 8.2– Hidratação oral de crianças (< 13 anos) com Dengue _____43

Quadro 8.3 – Hidrataçãoparenteral de pessoas com Dengue (prescrição médica)_____43

Quadro 9.1 – Exames para tuberculose e respectivas atribuições profissionais _____50

Quadro9.2 – Esquema básico de tratamento para tuberculose _____54

Quadro 9.3 – Efeitos adversos mais comuns no tratamento da tuberculose_____54

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1.1 - Exemplo da simbologia utilizada ____ *12*

Fluxograma 2.1 - Síndrome do corrimento uretral ____ *14*

Fluxograma 3.1 - Síndrome da úlcera genital ____ *16*

Fluxograma 4.1 -Síndrome do corrimento vaginal e cervicite ____ *24*

Fluxograma 5.1 -Síndrome da dor pélvica ____ *29*

*Fluxograma 7.1 –Fluxograma para indicação de PEP** ao HIV* ____ *38*

Fluxograma 8.1 -Classificação de risco e manejo da pessoa com suspeita de dengue ____ *42*

Fluxograma 8.2 – Resumo de atendimento à pessoa com suspeita de dengue ____ *49*

Fluxograma 9.1 – Diagnóstico de tuberculose ____ *52*

Fluxograma 9.2 – Avaliação de contatos de tuberculosemaiores de 10 anos ____ *58*

Fluxograma 9.3 – Avaliação de contatos de tuberculose com 10 anos ou menos ____ *59*

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

PARTE 1 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

1 - ABORDAGEM SINDRÔMICA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST) ou Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são importante causa de morbidade em todo o mundo. Dentre estas, podemos realizar uma divisão entre as doenças incuráveis, mas controláveis, como a AIDS, causada pelo HIV, e as Hepatites B e C; e as curáveis, sendo as quatro principais representantes desse grupo a gonorreia, clamídia, tricomoníase e sífilis. Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de casos novos dessas quatro IST curáveis foi de quase 500 milhões em todo o mundo (WHO, 2012). No Brasil, somando sífilis, clamídia e gonorreia, chegamos a aproximadamente 4,5 milhões de novos casos por ano (BRASIL, 2014).

Diante disto, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os trabalhadores da atenção primária, tenham amplo conhecimento sobre uma abordagem fácil, rápida e efetiva no tratamento e seguimento aos portadores dessas doenças. Para tal, discutiremos neste documento a "abordagem sindrômica", a qual se diferencia da "abordagem etiológica" e da "abordagem clínica", tradicionalmente utilizadas. A adoção da abordagem sindrômica às IST na prática clínica tem sido incentivada pelas seguintes características principais (adaptado de WHO, 2007):

- É orientada a problemas (responde aos sintomas/sinais dos usuários);
- É de alta sensibilidade e não ignora infecções mistas;
- Trata as pessoas já na primeira visita;
- Torna o tratamento das IST mais acessível já que pode ser implantada na atenção primária;
- Usa fluxogramas que guiam o trabalhador de saúde através de uma sequência lógica;
- Provê oportunidade e tempo para educação em saúde e aconselhamento.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

É importante destacar que a abordagem sindrômica não é uma forma "menos precisa" ou "menos sofisticada" de se tratar a pessoa portadora de IST/DST. Tampouco deve ser utilizada apenas por profissionais "não-médicos". Pelo contrário. Devido às importantes características citadas acima, o uso da abordagem sindrômica às IST é incentivado a médicos(as) e enfermeiros(as) da atenção primária, de maneira indiferenciada (BRASIL, 2005).

Neste documento traremos uma forma fácil de identificar e tratar as IST curáveis mais prevalentes, sendo todos os fluxos baseados dos manuais de abordagem sindrômica da OMS (WHO, 2007) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; 2015); e os tratamentos revisados de acordo com as evidências internacionais mais recentes, considerando os medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) como 1ª escolha, sempre que possível.

O quadro 1 (abaixo) descreve de maneira sintética as síndromes que serão abordadas neste documento, sendo que cada uma delas possui um capítulo específico onde tanto a identificação quanto as condutas serão detalhadas.

Quadro 1.1 -Síntese das síndromes abordadas neste protocolo

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns	Quem pode tratar
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal; Prurido; Dor à micção; Dispareunia; Odor fétido.	Edema de vulva; hiperemia de vulva; Corrimento vaginal e/ou cervical	Tricomoníase; Candidíase*; Vaginose bacteriana*; Gonorreia; Infecção por Clamídia.	Médico(a)/ enfermeiro(a)
Corrimento uretral	Corrimento uretral; Prurido; Estrangúria; Polaciúria; Odor fétido.	Corrimento uretral (espontâneo ou não)	Gonorreia; Infecção por clamídia; Micoplasma; Ureaplasma.	Médico(a)/ enfermeiro(a)
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital, aumento de linfonodos inguinais.	Sífilis; Cancro mole; Donovanose**; herpes genital	**Médico(a)/ enfermeiro(a)
Desconforto e/ou Dor pélvica	Dor e/ou desconforto pélvico; dispareunia.	Corrimento cervical; Dor a palpação abdominal; Dor a mobilização do colo; Temperatura acima de 37,5° C.	Gonorreia; infecção por anaeróbios; infecção por clamídia.	Médico(a)/ enfermeiro(a)
Verrugas/ condilomas	Verrugas	Verrugas/condiloma	Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)	Médico(a)/ enfermeiro(a)

*Não é considerada IST.

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

**Pela cronicidade da patologia e necessidade de biópsia, o tratamento de Donovanose deve ser feito pelo médico, referenciado conforme fluxograma descrito no capítulo específico.

Em todos os casos, caso haja relato ou registro de que a pessoa possui algum tipo de imunossupressão (HIV/AIDS, diabetes mal controlado, doença renal/hepática/autoimune, câncer ou outro tipo de terapia imunossupressora), o enfermeiro deverá referenciar para atendimento médico, auxiliando, como membro da equipe de saúde, nas condições pertinentes à sua prática

1.1 - Tratamento das parcerias

Uma das mais importantes estratégias de enfrentamento de novas IST's é a quebra da cadeia de transmissão, a qual ocorre principalmente através do tratamento das parcerias, bem como a triagem sorológica dos mesmos.

Contudo, sabemos que devido a características peculiares das IST's, que envolvem questões importantes de privacidade, estigmas sociais e relacionamento entre as pessoas, o tratamento de parceiros acaba ficando muito abaixo do ideal, de modo que a reinfecção da pessoa que procura o serviço de saúde é algo recorrente. Tanto pode (1) a pessoa que procurou o serviço não comunicar a parceria, mesmo sendo orientado a tal, quanto (2) o(a) parceiro(a) ser comunicado e não procurar o serviço de saúde. Nesse quesito, o vínculo com os(as) usuários(as) adscritos e a vigilância do território são importantes ferramentas para potencializar essa estratégia.

Em todos os capítulos, serão fornecidas informações sobre qual a abordagem, com relação a exames e medicamentos, deverá ser feita para o parceiro, na evidência de uma IST. Esses quadros estarão localizados logo abaixo dos fluxogramas. O tratamento para os parceiros deve ser sempre orientado mediante consulta presencial com o mesmo, já que este pode ter dúvidas e necessidades diferentes da pessoa que procurou a consulta inicialmente. Orientações e tratamentos fornecidos através de outrem podem gerar adesão menor do que o esperado, além de desconfortos entre as pessoas que poderiam ser evitados mediante orientações adequadas presencialmente.

O quadro abaixo traz de maneira resumida a convocação de parcerias sexuais conforme o tempo de exposição. Embora não deva haver preconceitos em relação ao número de parceiros sexuais dos usuários, mas para fins clínico-epidemiológicos, uma pessoa é enquadrada como comportamento de risco quando apresenta mais de 1 parceria sexual por ano.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Quadro 1.2 Convocação de parcerias sexuais conforme o tempo

Agente	Convocar parcerias sexuais dos últimos...
Clamídia e gonorreia	60 dias
Sífilis	90 dias
Linfogranuloma venéreo	60 dias
Donovanose	60 dias
Pediculose pubiana	30 dias
Herpes genital	Parcerias atuais e/ou anteriores sintomáticas
Condiloma (HPV)	Parcerias atuais e/ou anteriores sintomáticas

1.2 - Papel do(a) enfermeiro(a)

O(A) enfermeiro(a) desempenha atividades de naturezas diversas na atenção primária em saúde, incluindo aquelas relacionadas às IST's. Tradicionalmente desenvolve trabalhos de educação em saúde nas escolas envolvendo essa temática, e com ênfase nas questões sexuais e reprodutivas das mulheres. Com grande frequência, é este profissional que identifica IST's nas consultas realizadas com o princípio de coleta de material citopatológico para identificação de câncer de colo de útero.

Além disso, o(a) enfermeiro(a) tem desempenhado importante papel no acolhimento à demanda espontânea nas unidades básicas de saúde. Por isso, é fundamental que este profissional esteja devidamente capacitado e legalmente amparado para a identificação, tratamento e orientação das IST's mais comuns, propiciando à pessoa menor constrangimento e maior privacidade, já que na primeira escuta terá este problema resolvido.

1.3 - Uso de fluxogramas e quadros

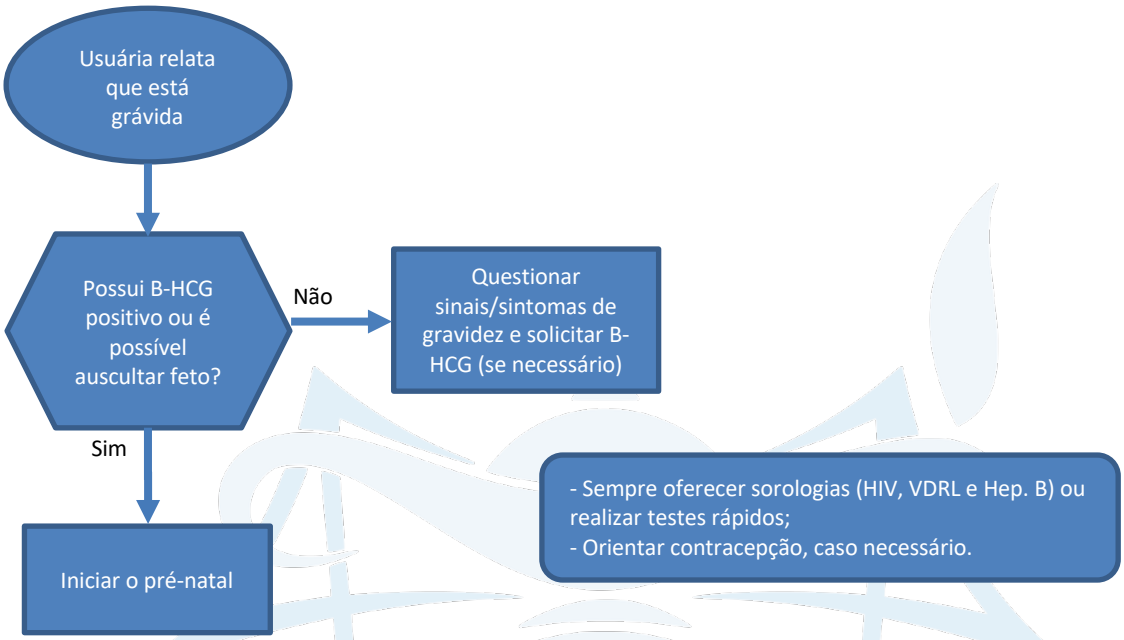
Para tornar a leitura das informações contidas neste documento mais rápida, optou-se por utilizar fluxogramas e quadros sempre que possível. Nos fluxogramas estão descritos os modos de identificação (diagnóstico) e conduta das síndromes/doenças, e nos quadros estão descritos principalmente os tratamentos.

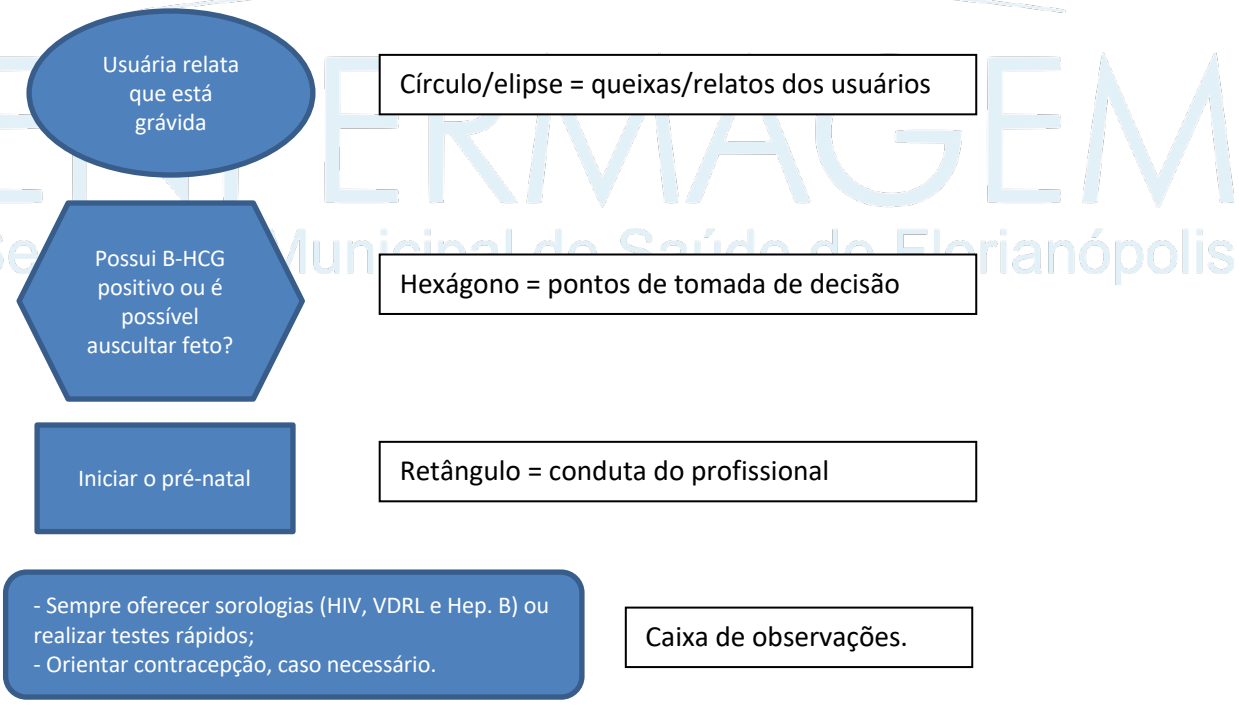
Optou-se por utilizar o modelo de fluxograma sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual as figuras arredondadas (círculos e elipses) representam as queixas/relatos das pessoas; os retângulos representam as condutas profissionais (exames clínicos, complementares, prescrições e orientações); e os hexágonos os pontos de tomada de decisão a partir de um questionamento, nos quais as condutas tomam rumos diferentes, a partir da resposta dada (na maior parte, "sim" ou "não"). Junto aos fluxos serão colocados quadros explicativos, de observações ou orientações auxiliares, quando necessário, os quais poderão ou não estar conectados aos fluxos.

Abaixo exemplificamos o uso dos fluxogramas com uma **situação ilustrativa** bastante simples e que **não possui validade como fluxograma para este protocolo**:

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 1.1 - Exemplo da simbologia utilizada





2 - SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento uretral. Excetuando-se os casos em que podem ter origem traumática, são IST transmitidas através da relação sexual desprotegida (anal, vaginal e oral), sendo que os fatores demográficos, sociais e comportamentais como idade, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceira sexual, histórico de IST e uso inconsistente de preservativos, devem sempre ser observados por possuírem íntima relação com a doença.

A infecção uretral no homem costuma ser assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral, eritema de meato uretral e corrimento, sendo este último presente na ampla maioria dos casos cerca de dois (02) a cinco (05) dias após o contágio. O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente e a maior indicação de complicação e deve-se a ascensão da infecção, a qual pode causar prostatite, orquiepididimite e/ou infertilidade.

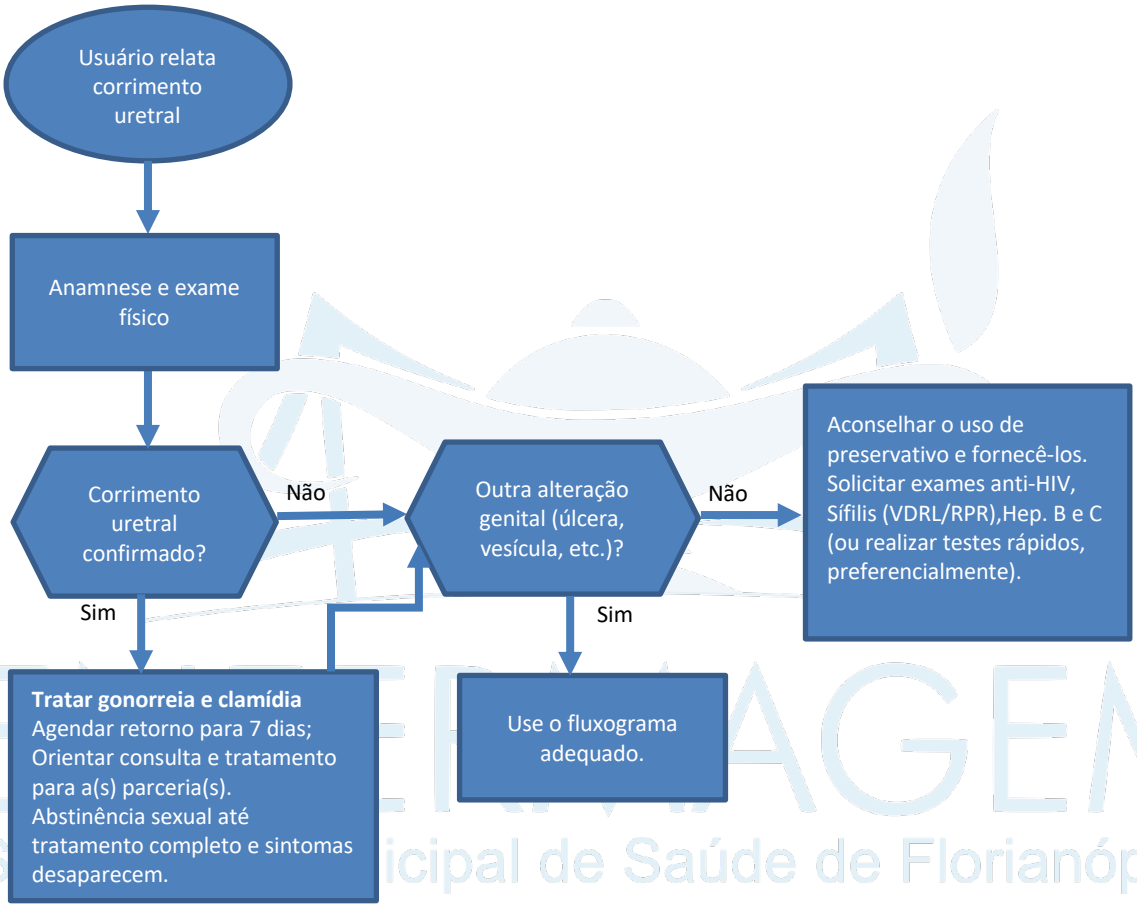
A infecção retal pelos mesmos agentes infecciosos é geralmente assintomática. Nos casos em que há manifestação de sintomas pode ocorrer desconforto anal e corrimento anorretal em uma pequena parcela dos expostos. A sintomatologia em orofaringe também costuma ser assintomática na ampla maioria dos casos.

Os agentes etiológicos mais frequentes são *Neisseria gonorrhae* e *Chlamydia trachomatis*, e por isso os antimicrobianos para esses agentes são os de primeira escolha para o tratamento dessa síndrome. A abordagem sindrômica não faz diferença do agente causal, sendo que o tratamento será sempre feito para ambos os agentes. A vantagem dessa abordagem se dá, principalmente, pelo fato de os sintomas das uretrites gonocócica e não-gonocócica se confundirem, em alguns casos. O tratamento errado por definição equivocada do agente etiológico resulta em um tempo maior de cura, podendo gerar consequências mais graves, além de oneração do serviço de saúde.

Estes mesmos agentes podem infectar a mulher, gerando cervicites, e não uretrites como nos homens (uma vez que apenas no homem a uretra compõe parte do sistema reprodutor). Assim, ainda que a cervicite costume ser assintomática na maioria dos casos, apresenta como principal sintoma na mulher a presença de mucopus endocervical. Por esse motivo, a abordagem a este tipo de problema está descrita nos fluxogramas dos capítulos referentes a “Síndrome do corrimento vaginal e cervicite” e “Síndrome da Dor Pélvica”.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 2.1 - Síndrome do corrimento uretral



Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los.
Solicitar exames anti-HIV, Sífilis (VDRL/RPR), hep. B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente).
Na persistência dos sintomas após 7 dias, encaminhar para consulta médica imediata.

Havendo dúvida diagnóstica ou suspeita de resistência à medicação, o enfermeiro poderá solicitar cultura de secreção para melhor conduta.

Quadro 2.1-Esquema terapêutico para síndrome do corrimento uretral

Agente	1ª opção (Única opção para gestantes e menores de 18 anos)	2ª opção	Observações
Clamídia e gonorreia (infecção sem complicação)	**Ceftriaxona** 500 mg dose única IM + **Azitromicina** 1 g (2cp de 500 mg), VO, dose única	**Em virtude do importante nível de resistência às quinolonas, o combo envolvendo Ciprofloxacino não é mais recomendado como opção terapêutica viável.**	Se manutenção dos sintomas após 7 dias do tratamento inicial, encaminhar para tratamento médico imediato.

A parceria deverá ser tratada exatamente com o mesmo esquema terapêutico mesmo que assintomática.

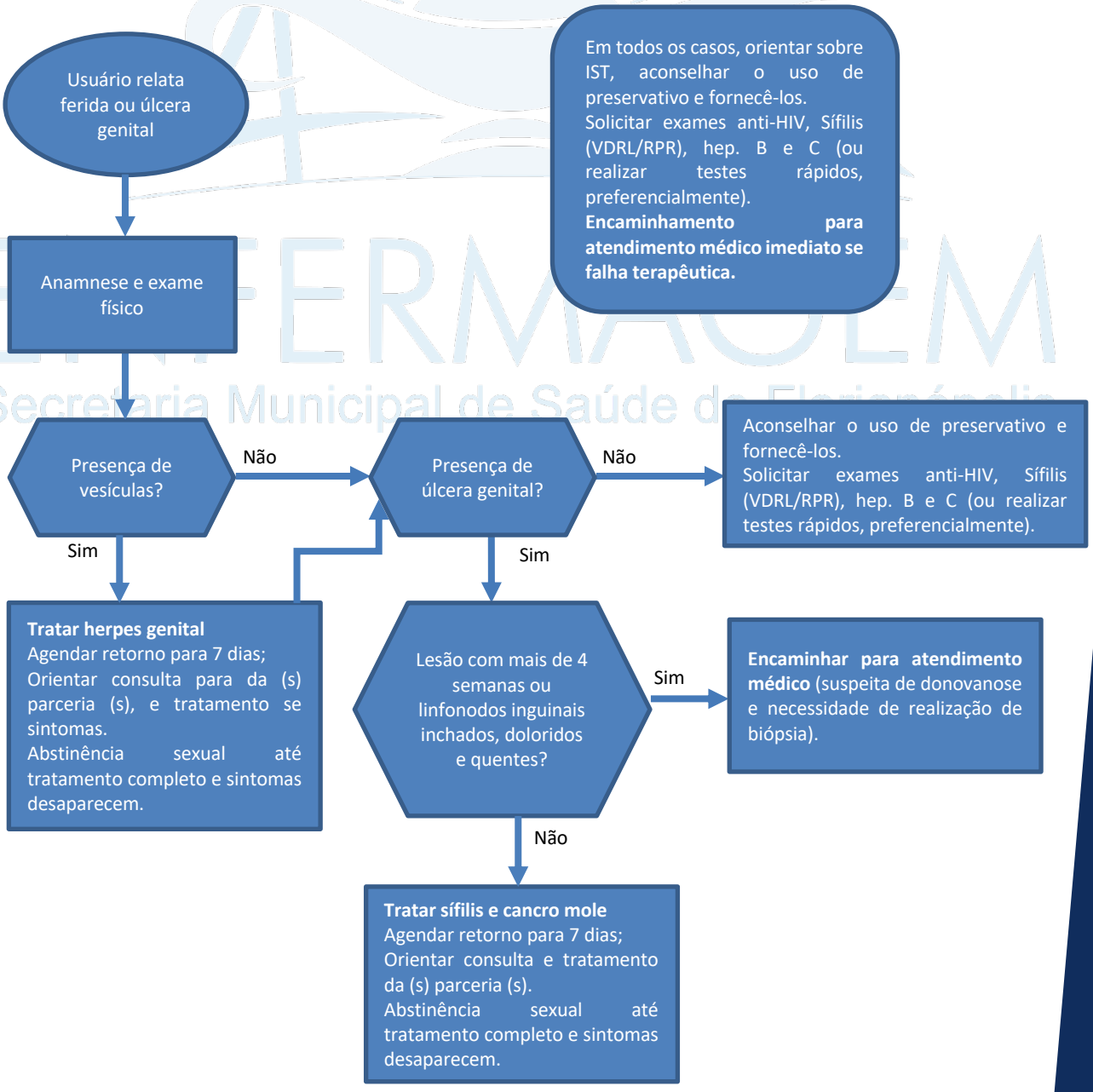
Para identificação de problemas em mulheres causadas pelos mesmos agentes etiológicos descritos neste capítulo, utilizar os fluxogramas descritos nos capítulos 4 e 5.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

3 - SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam uma síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional. A presença de úlcera genital está associada a um maior risco de contaminação pelo HIV. As etiologias mais comuns para úlcera genital são a Sífilis, o Cancro mole, a Donovanose e o Herpes Genital, sendo citado cada uma das situações abaixo de forma resumida. As condutas das enfermidades mais comuns estão no fluxograma abaixo:

Fluxograma 3.1 - Síndrome da úlcera genital



Quadro 3.1 - Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital

Agente	1ª opção	2ª opção	Observações
Herpes genital	**Aciclovir** 400mg VO de 8/8h por 7 dias. Se dor, prescrever **lidocaína gel** (uso tópico) a cada 8 horas nas lesões e **paracetamol** ou **dipirona** (evite se alergia prévia) 500-1000mg a cada 6 horas, se necessário.		• Se recidiva e sintomas leves, considere não tratar. Se dúvidas, solicite avaliação médica; • Se recidiva e sintomas moderados, prescrever **aciclovir** 800 mg VO de 8/8h por 2 dias, iniciando preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, prurido e hiperemia da região genital), mesmo antes das vesículas aparecerem; • Se episódios recorrentes severos ou mais de 6 episódios em 1 ano, solicite avaliação médica para considerar terapia supressora.
Sífilis recente em não gestantes*	**Penicilina G Benzatina**, 2.4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada nádega) -esquema para sífilis primária	**Doxiciclina**100 mg, VO, de 12/12 h, por 14 dias **(apenas se alergia à penicilina e não gestante/nutriz)**	O acompanhamento deve ser feito pela titulação de teste não - treponêmico (VDRL ou RPR), conforme item 3.1.1 deste mesmo capítulo. É permitido ao(à) enfermeiro(a) a prescrição de 0,5ml de lidocaína a 2% sem vasoconstritor[1] junto na seringa de penicilina, para diminuição da dor
Cancro mole	**Azitromicina** 1g VO, dose única	**Ciprofloxacino**500 mg, VO, 12/12 h por 3 dias	Ciprofloxacino é contraindicado para menores de 18 anos, gestantes e nutrizes.

***Conduta válida apenas para tratamento de sífilis primária (evidência de lesão ulcerativa no momento da consulta), secundária e latente recente (com até 02 anos de evolução), exceto para gestantes.**
***Para condutas e periodicidade de exames, referenciar ao quadro3.1.2 neste mesmo capítulo.**
*** O tratamento de sífilis deverá ser acompanhado por titulação de VDRL periódico, conforme item 3.1.1 deste mesmo capítulo.**

Orientar consulta dos parceiros e das parceiras. Os diagnósticos e condutas terapêuticas para estes deverão seguir o mesmo esquema descrito acima, exceto no caso de gestante (conforme observação abaixo do quadro 3.1.2). Tratar parcerias sexuais dos últimos 3 meses como sífilis recente, independente de testes/sintomas. Então solicite VDRL e decida se trata para sífilis tardia. Nos alérgicos à penicilina deverá ser utilizada doxiciclina (exceto nas gestantes e nutrizes).

[1] Questionar sobre alergia prévia

Quadro 3.1.2- Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis

Estadiamento	Definição	Esquema terapêutico	Opções terapêuticas na impossibilidade da penicilina ou alergia	Controle de cura (sorologia)**
Sífilis recente*	**- Presença de úlcera sifilítica;** **- Exame não reagente para sífilis nos últimos 2 anos.**	**Penicilina G Benzatina**, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada nádega)	**Doxiciclina** 100 mg 12/12h (VO) por 14 dias	Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) TRIMESTRAL – redução da titulação
Sífilis tardia*	**- Exame prévio não reagente para sífilis há mais de 2 anos ou sem registro.**	**Penicilina G Benzatina** 7,2 milhões UI, IM em 3 doses (2,4 milhões de UI por semana)	**Doxiciclina** 100 mg 12/12h (VO) por 28 dias	Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) TRIMESTRAL – redução da titulação
Sífilis em Gestante* (qualquer estadiamento ou titulação)[2]**	**-Gestante em qualquer estadiamento ou titulação.**	**Penicilina G Benzatina[2]** 7,2 milhões UI, IM em 3 doses (2,4 milhões de UI por semana) Sempre tratar parceiro***	Preferencialmente Penicilina. Caso alergia, referenciar para atenção terciária para dessensibilização.	Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) MENSAL – redução da titulação

* A sífilis é considerada recente quando (1) há a presença de úlcera sifilítica ou, (2) há sinais de sífilis secundária ou, (3) exista exame comprobatório **não reagente** para sífilis (Teste não treponêmico – VDRL ou RPR - em qualquer caso, ou teste rápido se primeira infecção) nos últimos dois anos. A sífilis é considerada tardia nos demais casos, entendendo que a **infecção ocorreu há mais de dois anos.** Em caso de suspeita de neurossífilis, encaminhar para atendimento médico imediato.

**O tratamento de sífilis deverá ser acompanhado por titulação de VDRL periódica, conforme item 3.1.1 deste mesmo capítulo.

***As parcerias devem sempre ser tratadas. Se o teste para sífilis destas for positivo, realizar tratamento conforme quadro 3.1.2. **Se for não reagente (teste negativo), realizar a aplicação de uma dose (2,4 milhões de UI) de penicilina**. Registrar essas informações no prontuário e na caderneta da gestante.

[2] Para uso de lidocaína 2% sem vasoconstritor na aplicação de penicilina para gestante, discuta com médico(a)

3.1– Sífilis

A lesão cancroide ou cancro duro indolor é a característica principal desta patologia em sua fase inicial. Esta apresenta um período de incubação que varia de 10 a 90 dias (fase primária), sendo que esta lesão desaparece espontaneamente em até 4 semanas após o aparecimento, sem deixar cicatrizes.

A Sífilis secundária surge de 6 semanas a 6 meses após a lesão inicial, sendo caracterizada por alterações cutâneas, dentre as quais a principal é a roséola (exantema não pruriginoso), em sua fase mais precoce. Tardiamente a isto, outras reações cutâneas e sistêmicas podem ser observadas como: alopecia, pápulas palmo-plantares, placas mucosas e adenopatia generalizada, as quais novamente desaparecem após algumas semanas, mesmo que nenhum tratamento tenha sido realizado.

Importante ressaltar que, mesmo sem a presença da lesão cancroide, a pessoa é transmissora da sífilis e, considerando a possibilidade da involução espontânea da sintomatologia, o mesmo pode permanecer anos transmitindo a doença sem manifestar suspeita clínica alguma, devendo o rastreamento para sífilis através de testes treponêmicos (teste rápido, FTA-ABS*) e não treponêmicos (VDRL, RPR) fazer parte da rotina da enfermagem para todos as pessoas que se exponham de alguma maneira ao risco de contágio, ou àqueles que nunca tenham realizado o exame.

*Teste rápido treponêmico será sempre reagente em pessoas com história de diagnóstico anterior de sífilis, sendo indicado neste caso o não treponêmico (VDRL, RPR) para controle de cura por meio de avaliação de titulação, considerando nesta situação a possibilidade de cicatriz sorológica.

3.1.1 Acompanhamento de titulação de VDRL e critérios para alta

Na evidência de sífilis, indiferentemente do estágio, o acompanhamento de cura deverá ser feito através da solicitação de teste não treponêmico, normalmente o VDRL.É fundamental acompanhamento periódico e atenção na interpretação dos exames, já que a sífilis é uma doença altamente transmissível e que, se não devidamente diagnosticada e tratada, pode levar à morte ou incapacitação permanente.

As titulações de sífilis identificadas pelo exame VDRL ou RPR variam em potências de 2, quando reagentes. Isso nos dá como resultados possíveis as titulações 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256, e assim por diante. *Assim, reduzir 4 vezes o resultado significa reduzir 2 diluições, na escala descrita (ex. de 1:16 para 1:4), sendo isto um indicador de eficácia no tratamento.*

APÓS TRATAMENTO COMPLETADO (TODAS AS DOSES DE PENICILINA PRESCRITAS APLICADAS), SOLICITAR VDRL NA SEGUINTE PERIODICIDADE:

- Não gestante→Solicitar Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) nos 3*, 6, 9 e 12meses do a partir do diagnóstico;
- Gestante→Solicitar Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) mensalmente até o final da gestação. Após o parto, seguir o mesmo esquema para não-gestante (3, 6, 9 e 12 meses).
  *O Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) de três meses não apresenta critério para alta por tratamento, mesmo em sífilis recente. Caso a titulação deste exame for 4 vezes (2 diluições) maior do que o Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) pré-tratamento e não tiver ocorrido nova exposição, discutir caso com médico.

A conduta a partir do próximo VDRL dependerá do resultado deste exame. Assim, compare novo VDRL com VDRL pré-tratamento/prévio.

RETRATAR A PESSOA E PARCERIA(S) SE:

- Novo teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) for 4 vezes (2 diluições) maior que o teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) pré-tratamento, questionar nova exposição e discutir caso com médico antes; (ex: era 1:16 e aumentou para 1:64);
- Persistência ou novos sinais de sífilis entre o último teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) e o atual (ex: novo episódio de úlcera genital pós tratamento);
- Dose atrasou mais do que 14 dias em tratamento de sífilis tardia;
- Sífilis recente→ 6 meses após tratamento o teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) não for pelo menos 4 vezes (2 diluições) menor que o anterior (ex: era 1:256 e diminui para 1:64 em 6 meses);
- Sífilis tardia → 12 meses após tratamento o teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) não for pelo menos 4 vezes (2 diluições) menor que o anterior (ex: era 1:256 e diminui para 1:64 em 12 meses).

Se titulação de VDRL maior do que a especificada ou insegurança na interpretação do exame, solicitar atendimento conjunto com médico.

CONSIDERAR SÍFILIS TRATADA E DAR ALTA:

- Não gestante→sem nova exposição conhecida, sem sinais de sífilis e, após 12 meses de monitoramento há comprovação/registro de queda do teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) de pelo menos 4 vezes (2 titulações) após tratamento;
- Gestante →iniciou tratamento com penicilina Benzatina até 30 dias antes do parto, sem nova exposição à sífilis e sem sinais clínicos de sífilis. Registre tratamento adequado na carteira de pré-natal. A alta se dará após monitoramento do seguimento pós-parto (mesmo esquema para não gestante);

3.2 - Cancro mole

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Doença de transmissão sexual caracterizada por lesões habitualmente dolorosas em região genital, podendo ser únicas ou múltiplas. A forma da lesão costuma possuir contornos hiperemiados e edemaciados, com fundo irregular e presença de exsudato e necrose, com secreção amarelada de odor fétido. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em um intercurso sexual é de 80%.

O acompanhamento da pessoa deve ser feito até a involução de todas as lesões genitais, sendo indicada a abstinência sexual até resolução total da doença.

3.3 -Donovanose

Infecção sexualmente transmissível crônica e progressiva causada pela bactéria *Klebisiella granulomatis*, apresentando como característica clínica principal a ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Seu diagnóstico diferencial em relação a outras úlceras diz respeito a cronicidade da lesão.

3.4 - Herpes genital

Doença caracterizada pela presença de vesículas em região genital, dolorosas e que apresentam um período de incubação médio de 6 dias.

Muitos indivíduos que adquirem a infecção por HSV (vírus da herpes humano) nunca desenvolverão manifestações, sendo que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser mais dolorosas, atípicas e de maior duração, sendo que estas pessoas devem ser manejadas pelo profissional médico.

Indivíduos com presença de lesões disseminadas, mesmo que imunocompetentes, devem passar por avaliação médica imediata a fim de estabelecer a melhor conduta clínica.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

3.5 -Sífilis Congênita

A transmissão vertical da sífilis continua como um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo a IST que possui maior taxa de transmissão vertical.

Considerando este grave problema de saúde pública e tendo a sífilis um grau de transcendência extremamente considerável na atenção ao pré-natal, o diagnóstico adequado e em tempo oportuno, bem como o tratamento correto, são fatores imprescindíveis no enfrentamento desta situação. O tratamento está descrito no quadro 3.1.2, e o acompanhamento no item 3.1.1.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

4 -SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

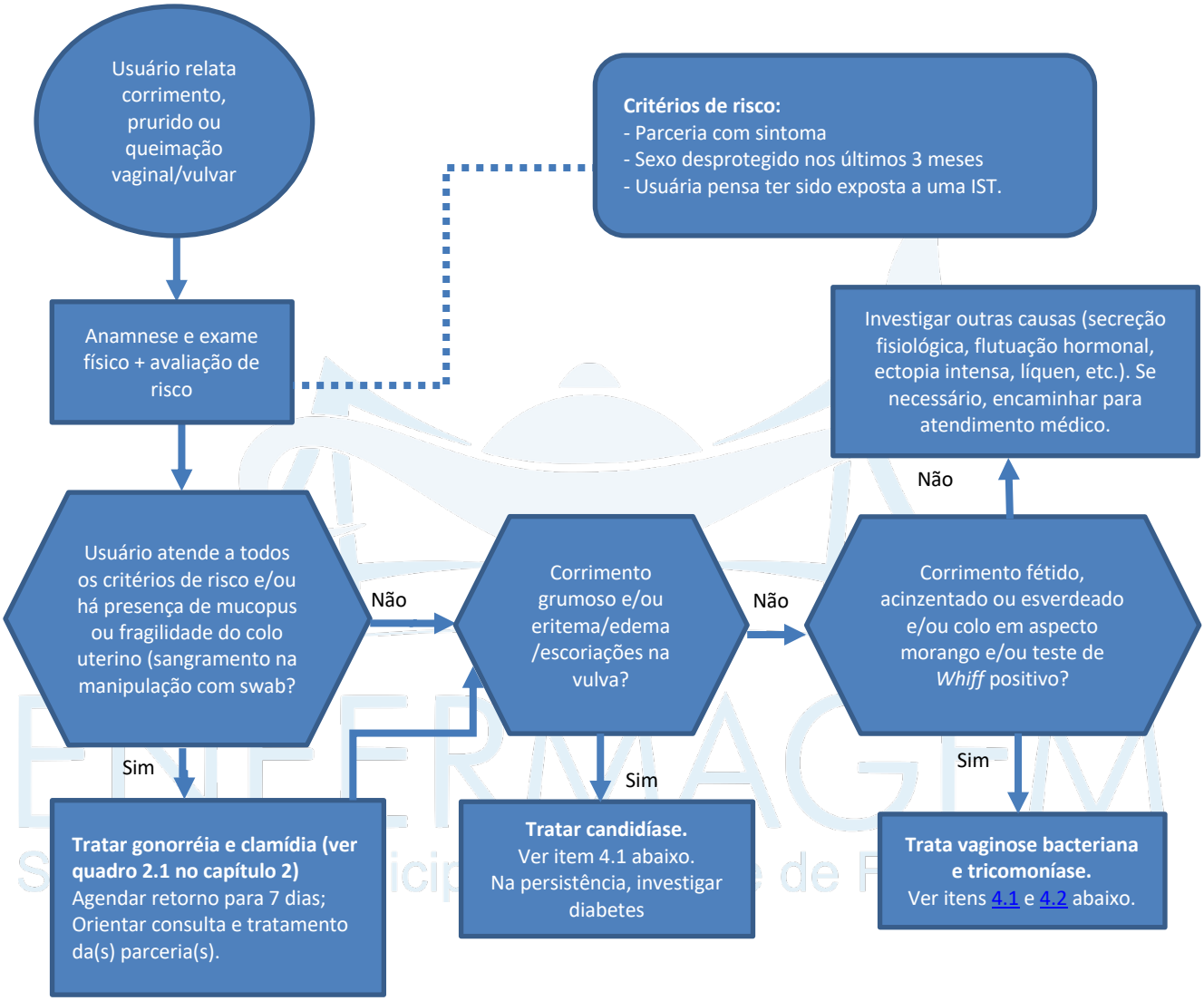
O corrimento vaginal é uma das maiores causas de consultas de enfermagem na atenção primária, tendo o (a) profissional enfermeiro(a) um importante papel no diagnóstico e tratamento do mesmo. É fundamental a diferenciação do corrimento vaginal fisiológico daquele causando por agentes infecciosos. Uma boa coleta de dados e o exame físico criterioso devem ser capazes de definir a melhor conduta em cada situação.

Pode-se classificar o corrimento vaginal em infecções endógenas (candidíase e vaginose bacteriana) e as infecções sexualmente transmissíveis (ex. Tricomoníase, gonorreia, clamídia). Esta classificação torna-se importante pelo fato que no primeiro caso não há necessidade de tratamento das parcerias (exceto se estiverem sintomáticos(as), quando deverão passar por consulta para avaliação), enquanto na outra situação o tratamento é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão.

O fluxograma abaixo apresenta de forma resumida as condutas para o tratamento de corrimento vaginal, associando ainda a possibilidade de presença de cervicite.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 4.1 -Síndrome do corrimento vaginal e cervicite



Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, Sífilis (VDRL/RPR), hep. B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente).

Havendo dúvida diagnóstica ou suspeita de resistência à medicação, o enfermeiro poderá solicitar cultura de secreção para melhor conduta.

Quadro 4.1-Resumo dos esquemas terapêuticos para corrimento vaginal

	Primeira opção	Tratamento para parceria(s)**	Tratamento em gestantes e nutrizes***
Candidíase	**Miconazol** creme vaginal a 2% por 7 noites Ou **Fluconazol** 150 mg VO dose única Se candidíase severa, prescreva fluconazol 150mg, repetindo a dose após 3 dias e após 6 dias da primeira dose Se recorrente (4 ou mais episódios em 12 meses), encaminhar para consulta médica.	**Tratar apenas se parceria com sintomas** **Fluconazol** 150 mg VO dose única **Miconazol** creme vaginal de 12/12 h por 7 dias	**Miconazol** creme vaginal a 2% por 7 noites. **Fluconazol** é contraindicado na gestação.
Vaginose bacteriana	**Metronidazol**** 500 mg VO 12/12 h por 7 dias OU **Metronidazol**** 100mg/g gel, uma aplicação à noite por 5 noites Se pessoa com recorrência dos sintomas 7 dias após tratamento adequado: **Metronidazol**** 2g VO dose única.	Se parceria mulher sintomática: **Metronidazol****500 mg VO 12/12 h por 7 dias.	**Metronidazol**** 500 mg VO 12/12 h por 7 dias***(**tratamento de primeira escolha em gestantes)** OU **Metronidazol****100mg/g gel vaginal, uma aplicação à noite por 5 noites **(preferencial para nutrizes).**
Tricomoníase	**Metronidazol**** 2 g VO dose única	**Metronidazol**** 2 g VO dose única	**Metronidazol**** 2 g VO dose única
Vaginose bacteriana/ tricomoníase* (abordagem sindrômica)	**Metronidazol****500 mg VO 12/12 h por 7 dias. Se pessoa com recorrência dos sintomas 7 dias após tratamento adequado: **Metronidazol**** 2g VO dose única.	Se parceria mulher sintomática: **Metronidazol**** 2 g VO dose única	**Metronidazol**** 500 mg VO 12/12 h por 7 dias

*A vaginose bacteriana e a infecção por tricomoníase podem, em alguns casos, ter seus sintomas não tão claros, gerando confusão no diagnóstico e diferenciação entre essas duas infecções. Em não haver certeza na diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, utilizar o tratamento sugerido para abordagem sindrômica.

** Suspender álcool durante o tratamento e até 24 horas depois da última dose.

***Uma situação que raramente determina o desmame, mas que pode dificultar a amamentação, é o uso de medicamentos que podem alterar o gosto do leite materno. Medicamentos com sabor desagradável podem alterar o gosto do leite materno e provocar "greve de amamentação" pelo lactente. Nesses casos, as nutrizes devem ser orientadas a evitar a amamentação no pico de concentração do medicamento no leite que, frequentemente, coincide com o pico sérico. Outra medida relevante é, quando possível, usar o medicamento pelo menor tempo possível. Após administração oral, o metronidazol é rapidamente absorvido, no mínimo 80% em menos de 1 hora. O pico sérico obtido após administração oral é semelhante ao obtido após administração de doses equivalentes por via intravenosa. A biodisponibilidade oral é de 100% e não é modificada pela ingestão de alimentos.

4.1 - Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoníase e infecções mistas

Conforme citado no quadro 4.1 (acima), em alguns casos essas infecções podem ter seus sintomas pouco claros. Os tópicos abaixo ajudam a elucidas algumas diferenças no diagnóstico e conduta entre essas infecções:

- **Vaginose bacteriana**: corrimento vaginal de odor fétido que se acentua após a relação sexual e durante o período menstrual; de coloração acinzentada, cremoso, podendo ser bolhoso. Em alguns casos há dispareunia. Não é considerada IST. As bactérias causadoras dessa condição (Ex.: *Gardnerella vaginalis*, *Gardnerella mobiluncus*) fazem parte da flora normal vaginal, sem causar nenhum sintoma. Quando há desequilíbrio dessa flora, as bactérias podem se exacerbar (proliferar, aumentar a concentração) tornando-se patogênica e com potencial de causar os sintomas da vaginose. Sendo assim, não é necessário tratar a parceria.
- **Tricomoníase**: corrimento amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com prurido e eritema vulvar, podendo gerar dispareunia. Uma característica marcante (quando existente) é a hiperemia da mucosa com placas avermelhadas, incluindo do colo uterino, com aspecto normalmente descrito como semelhante a "framboesa". É considerada IST, sendo necessário o tratamento da parceria.
- **Infecções mistas**: não raramente, infecções vaginais podem ser causadas por mais de um agente infeccioso. Pode ocorrer, por exemplo, sintomas que se enquadrem tanto em quadros de candidíase quanto de vaginose bacteriana. Neste caso, recomenda-se (1) o tratamento do quadro mais sugestivo, com retorno antes do final do tratamento para avaliação, ou (2) o tratamento de ambos os quadros em conjunto, optando-se, preferencialmente, por tratamento oral para uma condição e tópica para outra. Uma das maneiras mais fáceis de realizar a diferenciação entre candidíase e vaginose/Tricomoníase é a realização do teste de Whiff, que consiste na colocação de 2 gotas de KOH (hidróxido de potássio) a 10% sobre o

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

conteúdo vaginal em uma espátula ou lâmina (este material não poderá ser utilizado para outros fins, como análise laboratorial). O teste é positivo quando esta reação exala cheiro forte, semelhante a peixe podre, sendo indicativo de vaginose bacteriana.

4.2 - Tratamento do(a) parceiro(a)

Conforme descrito no item 4.1 (acima), nos casos em que não houver certeza da diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, opte por realizar o tratamento uma vez que a tricomoníase é considerada uma IST e o parceiro masculino é normalmente portador assintomático. Caso seja realizada diferenciação clínica com diagnóstico de vaginose bacteriana, o tratamento do parceiro não se faz necessário.

Já a candidíase, mesmo não sendo IST, pode manifestar sintomas no homem, ainda que isso ocorra em uma minoria dos casos. Os sintomas mais comuns envolvem prurido e irritação na glande do pênis, podendo haver descamação no local em casos mais exacerbados. Na maior parte, lavar o local várias vezes ao dia apenas com água, secando adequadamente, pode solucionar o problema. Contudo, devido ao grande incômodo e consequências sociais (devido ao prurido), o tratamento medicamentoso pode ser necessário (ver quadro 4.1, acima).

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

5 -DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

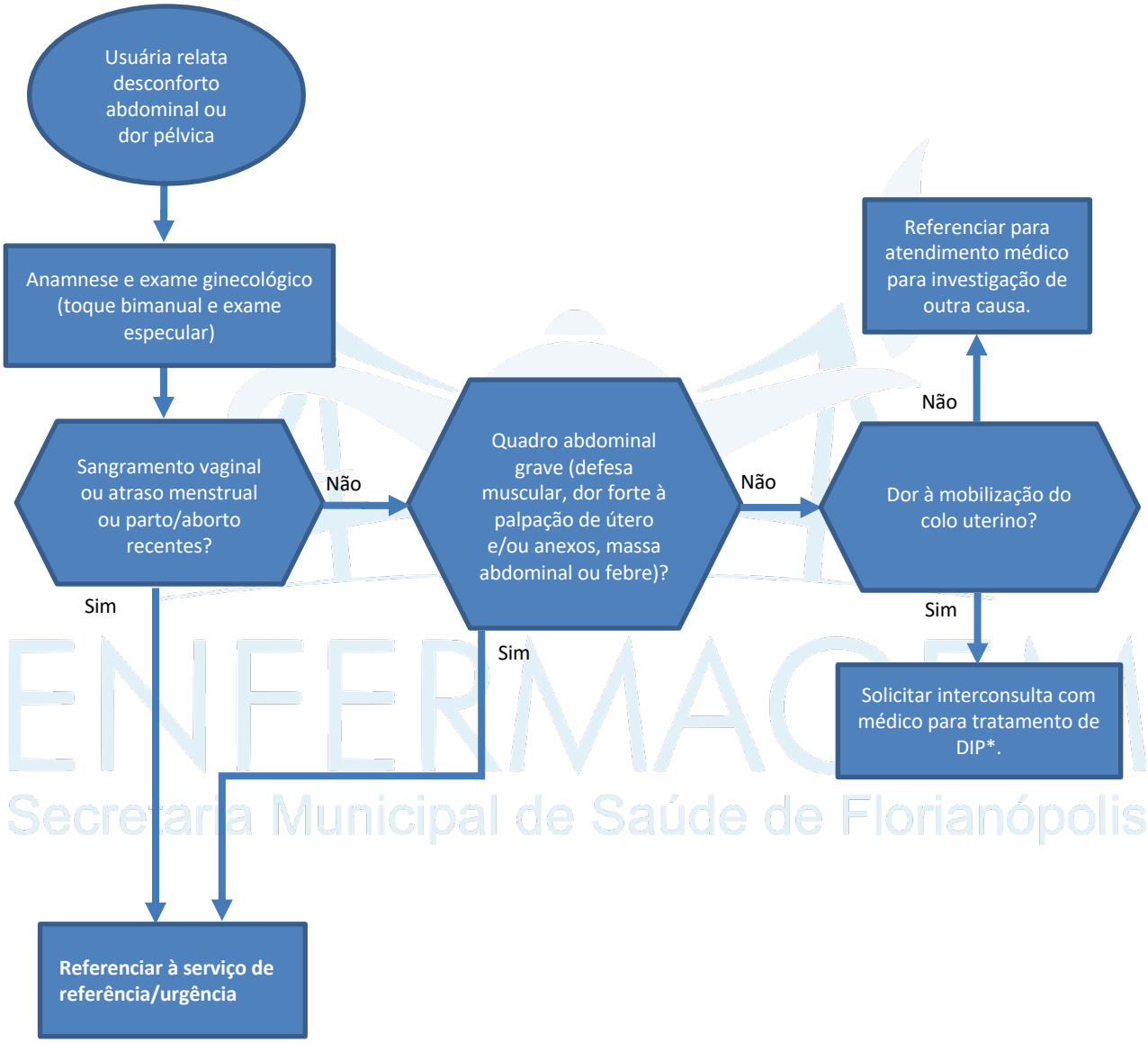
A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma complicação importante das infecções sexualmente transmissíveis nas mulheres, apresentando uma vulnerabilidade considerável no que diz respeito ao impacto que a abordagem oportuna e em tempo deste problema de saúde pública pode evitar, desde internações evitáveis por condições sensíveis a atenção primária, ou mesmo a evitabilidade de óbito por complicações sistêmicas deste tipo de complicação infecciosa.

Além dos critérios de urgência e necessidade de referenciamento a atenção terciária, na presença de sinais de gravidade (vide fluxograma abaixo), a DIP é considerada uma das causas mais comuns para a infertilidade feminina, além de ocasionar outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A suspeita clínica é caracterizada geralmente com a presença de dispareunia e dor em baixo ventre. A presença de corrimento vaginal, dor pélvica e sangramento vaginal anormal em pequena quantidade (*spotting*) também podem estar presentes. O diagnóstico diferencial ocorre pela dor à mobilização do colo do útero e anexos, ao toque.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 5.1 -Síndrome da dor pélvica



Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los. Solicitar examesanti-HIV, Sífilis (VDRL/RPR),hep. B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente).

***Considerando o impacto que a DIP tem e a possibilidade de, mesmo com o uso do fluxograma, confusão com outras causas de dor em baixo ventre, o tratamento para esta doença deverá ser feito em conjunto com o (a) médico (a), sendo a prescrição responsabilidade deste último.**

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Quadro 5.1 -Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)*

	Primeira opção	Segunda opção
Doença Inflamatória Pélvica	Ceftriaxona 500 mg IM dose única **mais** (Doxiciclina 100 mg 12/12 hs VO por 14 dias **OU** Azitromicina 2g VO dose única) **mais** Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 14 dias	Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12 horas por 14 dias **mais** (Doxiciclina 100 mg 12/12 hs VO por 14 dias **OU** Azitromicina 2g VO dose única) **mais** Metronidazol 500 mg VO 12/12 horas por 14 dias

***Os tratamentos para DIP são de atribuição exclusiva do(a) médico(a).**

As parcerias deverão ser tratadas para clamídia e gonorreia, independentemente do agente causador da DIP (se isolado). Para isso, referenciar ao quadro 2.1 no capítulo 2.
Todas as parcerias sexuais nos 60 dias que antecederam o início dos sintomas da DIP, deverão ser tratadas. Se a mulher relatar não ter se relacionado sexualmente nos últimos 60 dias, trate a última parceria.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

6 –OUTROS PROBLEMAS GENITAIS

6.1 CONDILOMA OU VERRUGAS ANOGENITAIS

Doença viral causada pelo Papilomavirus Humano (HPV), caracterizada por verrugas anogenitais, as quais podem ser únicas e localizadas ou múltiplas e disseminadas. O diagnóstico é basicamente clínico através da visualização dos condilomas em região peniana, anal ou vaginal. A pessoa permanece anos sem manifestar lesões verrugóides.

A principal complicação da infecção pelo HPV é o desenvolvimento do câncer de colo de útero nas mulheres e o câncer de pênis nos homens. Sendo assim, a avaliação das parcerias é vital por dois motivos principais: Quebra da cadeia de transmissão e prevenção do câncer genital, o qual apresenta alto impacto na população sexualmente ativa.

Situações especiais (gestantes e pessoas imunodeprimidas, portadores do HIV por exemplo), devem ser avaliadas criteriosamente na escolha e condução do tratamento. **Nas gestantes, avaliar se o tempo esperado para tratamento encerra antes da data mínima esperada para o parto. Caso contrário, discutir com médico da equipe e encaminhar para atenção secundária, se necessário. Contudo, cabe destacar que a ocorrência por HPV no canal de parto não contraindica o parto por via baixa (vaginal), já que a infecção do feto ocorre normalmente no período intra-útero. Apenas as lesões obstrutivas gerariam contraindicação ao parto vaginal.**

Quadro 6.1 -Resumo dos esquemas terapêuticos para condilomatose.

	Forma de aplicação	Cuidados
Ácido Tricloroacético (ATA) 80-90%	Cauterização diretamente na verruga genital 1x/semana até a remissão das lesões por até 10 semanas* (pode ser usado em gestantes)	- Deixar secar bem após aplicação; - Cuidar para atingir somente as verrugas (proteger a área ao redor com lidocaína tópica); - Na ocorrência de dor na aplicação pode-se neutralizar a ação do ácido com o uso de sabão ou bicarbonato de sódio; **- Evitar o uso nesta concentração em lesões vaginais internas (mucosa) e colo uterino**; neste caso, encaminhar para atenção secundária. - As cauterizações em glande peniana e frênulo podem ser realizadas pelo(a) enfermeiro(a), desde que obedeça aos cuidados preconizados e cautela na aplicação da mesma.

***Em geral, 3 aplicações resolvem, mas o tratamento pode ser estendido por até 10 semanas, se houver necessidade.**

Outras opções terapêuticas como podofilina 10-25%; fluoracil a 5% ou crioterapia existem, mas não serão abordados como primeira escolha, em função de suas contraindicações e maiores efeitos colaterais (BRASIL, 2015).

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. As pessoas devem ser avisadas sobre a possibilidade de recorrência, que frequentemente ocorrem nos três primeiros meses.

Observações

- A rotina de realização do citopatológico não deve ser alterada em função da presença de verrugas por HPV;
- Encaminhar para atenção secundária se:
    - Verrugas com mais de 1 cm de diâmetro;
    - Múltiplas lesões complicadas (inflamação importante e/ou infecção no local);
    - Verrugas na vagina ou colo uterino;
    - Sem melhora após tratamento inicial.
- Tranquilizar a pessoa, já que a maioria das verrugas regride espontaneamente em até 2 anos.

6.2 PRURIDO GENITAL

O prurido em região genital ou perigenital pode evidenciar outros problemas que não os descritos nos capítulos anteriores.

6.2.1 Pediculose genital

Dentre as causas de prurido genital, um dos mais comuns é **pediculose genital**, a qual consiste na presença de um parasita chamado *Pthirus púbis*, popularmente conhecido como “chato”.

A infecção pode ser evidenciada pela identificação diretamente, a olho nu, do parasita, concomitante com áreas discretas de inflamação na pele de onde o parasita suga o sangue. Ainda podem ser identificados os ovos ligados aos pelos pubianos, de maneira semelhante ao que acontece na infecção pelo piolho comum (*Pediculus capitis*).

O tratamento para as pessoas e parceiros(as) consiste na aplicação de **permetrina loção a 1% (diluir uma parte da permetrina 5% em 4 partes de água)** sobre toda a área afetada, sendo retirada após 10 minutos. O mesmo medicamento deve ser reaplicado após uma semana. Não há contra-recomendações de uso da permetrina em gestantes. O uso de sabão neutro no local é recomendado devido à menor irritação cutânea gerada por esses agentes. É altamente recomendado a troca diária das roupas de cama durante o tratamento, sendo lavados com água e sabão, expostas ao sol e passadas a ferro quente. A mesma recomendação serve para as roupas íntimas. A depilação local deve ser avaliada, sendo efetiva no controle dos parasitas, mas não obrigatória, contanto que as condições de higiene pessoal sejam adequadas.

Sendo uma IST, é importante que os parceiros sejam tratados e que todas as orientações referentes à contração de IST sejam realizadas. Além disso, questionar e estar atento para sinais/sintomas que possa sugerir outras IST, bem como oferecer sorologias.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Além da pediculose pubiana, outros problemas podem gerar prurido sem serem enquadrados nos fluxos apresentados. Dentre os mais comuns estão as doenças conhecido como **líquen** e seus subtipos, as quais possuem natureza etiológica variada e acometem a região genital feminina. Sinais de atenção para o(a) enfermeiro(a) no momento da consulta envolvem a mudança de coloração da vulva, modificações anatômicas da vulva, placas de coloração diferente do habitual (avermelhadas ou esbranquiçadas, normalmente), adelgaçamento da pele vulvar, dispareunia e disúria não explicada, e prurido sem correlação com outras síndromes/doenças. Ao evidenciar um quadro sugestivo de líquen, o(a) enfermeiro(a) deverá **encaminhar para atendimento médico**.

6.2.2 Escabiose

Outra causa possível para o prurido genital é a presença de escabiose, infecção causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. Esse parasita costuma se alojar na pele principalmente em região de dobras e mais aquecidas (mas não exclusivamente), sendo a região genital adequada a este fim. Costuma apresentar erupção cutânea pápula eritematosa em consequência da reação ao ácaro, com presença de cavitações (pequenos túneis na pele). O prurido de manifesta intensamente, principalmente (mas não exclusivamente) no período da noite.

A conduta envolve tratara pessoa, os(as) parceiros(as) e contatos domiciliares; prescrever **permetrina loção 5%** do pescoço para baixo (mesmo que o prurido seja apenas na região genital), lavando após 8-14 horas. Evitar contato do medicamento com a mucosa, meato uretral e áreas cruentas. Se necessário, repetir após 10 dias. Orientar lavar e passar as roupas de corpo e roupas de cama. Adicionalmente, pode-se prescrever **loratadina 10mg/dia** se necessário para alívio sintomático do prurido.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

7 - CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEGUIMENTO DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS E DA PESSOA POTENCIALMENTE EXPOSTA

Desde a revolução propiciada pela terapia antirretroviral (TARV) o HIV/AIDS se traduziu em uma patologia crônica, a qual apresenta importância relevante por parte do atendimento pelo profissional de enfermagem, desde o diagnóstico até mesmo ao acompanhamento do tratamento e complicações da referida terapia.

Neste sentido, e indo ao encontro do cuidado ampliado da pessoa que vive com HIV/AIDS tanto na atenção primária quanto especializada, este capítulo do volume 2 tem por objetivo fornecer subsídios legais e técnicos ao profissional enfermeiro(a) no que tange ao segmento da pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

O diagnóstico da soropositividade em relação ao HIV pode ser feito tanto pela realização de sorologia plasmática (***Elisa para HIV 1 e 2 e confirmatório pelo Imunoblot***), bem como por ***testes rápidos (fluxo lateral e duplo percurso)*** os quais fornecem a confirmação diagnóstica precoce da pessoa que vive com HIV/AIDS. Em função disso, recomenda-se a triagem universal de todas as pessoas que iniciaram a vida sexual independentemente da idade, mas respeitando os princípios éticos na solicitação destas sorologias.

Se o resultado do teste para HIV (laboratorial ou teste rápido, com confirmação) for positivo, solicite CD4 e CV e encaminhe para consulta médica para início de TARV.

Não será abordado neste momento as especificidades da referida testagem. Caso deseje saber mais, o manual técnico do Ministério da Saúde pode ser acessado pelo link abaixo:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf

Quadro 7.1 – Periodicidade de solicitação de exames da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS por enfermeiros(as)

Quando pedir	Tipo de marcador (AZT – zidovudina; LPV/r – lopinavir/ritonavir; TDF – tenofovir)
Diagnóstico	• Sífilis • HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs, anti-HCV, anti-HAV IgG • CD4, carga viral • Creatinina (TFGe), PU • TGO, TGP, BT/F, HMG • Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TGC), Glicose • PPD (anual) • Exame preventivo do colo uterino para mulheres (ver seguimento conforme protocolo volume 3)
Iniciando/mudando TARV	• **TDF**: creatinina (TFGe), PU • **AZT**: HMG • **LPV/r**: CT, HDL, TGC
2 meses após o início da TARV	• Carga viral • **AZT**: HMG
3 meses após o início da TARV	• **TDF**: creatinina(TFGe), PU • **LPV/r**: CT, HDL, TGC
6 meses após o início da TARV	• CD4, carga viral • TGO, TGP, BT/F • HMG • **TDF**: creatinina(TFGe), PU
1 ano após o início da TARV	• CD4, carga viral • TGO, TGP, BT/F • HMG • **TDF**: creatinina(TFGe), PU
A cada 6 meses	• Sífilis • Carga viral • TGO, TGP, BT/F • HMG • **TDF**: creatinina(TFGe), PU
Anualmente	• Anti-HCV (se nãoreagente) • **LPV/r**: CT, HDL, TGC, Glicose

Obs.: alterações nos parâmetros destes exames devem ser interpretados pelo(a) médico(a) com consequente conduta.

Quadro 7.2 – Interpretação dos resultados de CD4 e Carga Viral e condutas

Situação Clínica e valor CD4	Conduta do(a) enfermeiro(a)
Assintomático em uso de TARV com CV indetectável, 2 resultados de CD4 consecutivos > 350céls/mm3	• Reforçar adesão terapêutica • Manter cuidados • Segmento com MFC de 3 meses • Pedir CV em 6 meses • Não há necessidade de solicitar e repetir CD4 • Verificar notificação e investigação para HIV. Se não houver notificação anterior, notificar e investigar.
Assintomático e com CD4 maior que 350 cél/mm³ e Carga viral detectável.	• Interconsulta ou discussão com MFC se inicio do tratamento há pelo menos 2 meses; • Agendar retorno MFC se inicio do tratamento há mais de 6 meses (possibilidade de falha virológica) • Verificar notificação e investigação para HIV. Se não houver notificação anterior, notificar e investigar.
Assintomático e com CD4 menor que 350 cél/mm³ e acima de 200 cél/mm³	• Agendar retorno com MFC • Repetir CD4 a cada 6 meses • Verificar notificação e investigação para HIV/AIDS. Se não houver notificação anterior, notificar e investigar.
Assintomático e com CD4 menor que 200 cél/mm³	• Avaliação MFC imediata • Verificar notificação e investigação para HIV/AIDS. Se não houver notificação anterior, notificar e investigar.
Sintomático independente do valor do CD4	• Avaliação MFC imediata • Verificar notificação e investigação para HIV/AIDS. Se não houver notificação anterior, notificar e investigar.

Fonte: PACK Floripa (adaptado) e PCDT HIV/AIDS- Ministério da Saúde 2015 (adaptado)

Saiba mais:
Para maiores informações sobre imunização e critérios de encaminhamento em pessoas vivendo com HIV/AIDS, consulte o Manual do Centro de Referências de Imunoespeciais, disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/manual-cries-9dez14-web.pdf

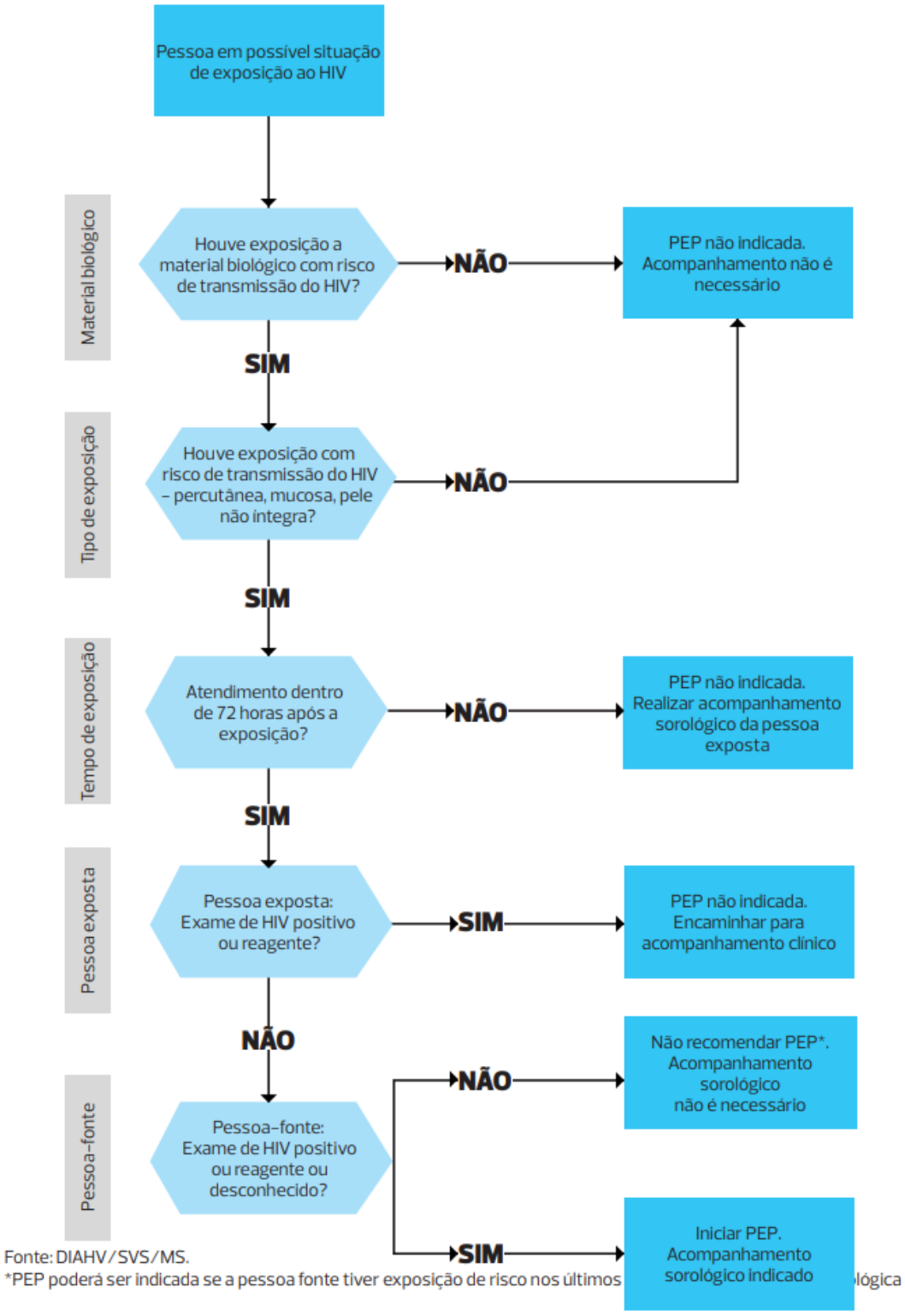
7.1 PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL (PEP)

A PEP é um dos grandes avanços na quebra de cadeia de transmissão do HIV e faz parte da estratégia mundial de enfrentamento ao HIV preconizado pelo OMS. A abordagem oportunística de situações de risco, principalmente sexual, pode se traduzir em benefício duradouro na prevenção da transmissão pelo vírus da AIDS. Dessa forma, a PEP consiste na prescrição da terapia antirretroviral (TARV), com início de esquema terapêutico em até 72 horas da exposição de risco.

Embora a PEP sexual seja um avanço importante no enfrentamento da epidemia, ela não substitui o uso do preservativo. As medidas preventivas tornam-se cada vez mais relevantes, é importante reforçar o uso do preservativo como estratégia principal de prevenção. O fluxograma abaixo expõe de maneira simples os pontos de decisão para a indicação ou não indicação da PEP.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 7.1 –Fluxograma para indicação de PEP ao HIV**



Fonte: DIAHV/SVS/MS.
*PEP poderá ser indicada se a pessoa fonte tiver exposição de risco nos últimos ológica

****A prescrição da PEP é atribuição exclusiva do(a) médico(a).**
Retirado de Brasil, 2018.

Após a identificação da necessidade de realizar a PEP conforme o fluxograma acima, a equipe deve indicar a realização dos exames descritos no quadro 7.3, conforme os períodos definidos no mesmo quadro. Ainda que a **prescrição da PEP** seja de atribuição **exclusiva do (a) médico (a)**, é fundamental que a conduta seja entendida por toda a equipe para o devido acompanhamento do caso. Os **exames** podem ser solicitados pelo(a)**médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a)** da equipe.

Quadro 7.3 –Recomendações de exames laboratoriais para seguimento da PEP

Exames laboratoriais	Primeiro atendimento	2ª semana após início da PEP	4ª semana após início da PEP	12ª semana após início da PEP	6 meses
Creatinina*		X			
TGO e TGP**		X			
Hemograma* (se em uso de zidovudina)**		X			
HIV e sífilis	X		X	X	
Hepatite C	X			X	X
Hepatite B	X				X

* Se taxa de filtração glomerular menor que 50ml/min, encaminhar para avaliação médica
** Se ≥ 3 vezes o limite superior da normalidade, encaminhar para avaliação médica
*** Se hemoglobina < 7g/dl ou neutrófilos < 750 céls/mm^3, encaminhar para avaliação médica

7.1.1 Condutas adicionais no atendimento da PEP Sexual

Devido à exposição potencial à uma IST, as condutas adotadas em todos os demais casos também devem ser seguidas nesse, como o oferecimento/realização de testagem sorológica, vacinação contra a hepatite Be controle de gravidez indesejada.

Para o controle da gravidez, deve-se realizar teste rápido de gravidez no intuito de verificar se a mulher já não estava grávida. Excluindo gravidez prévia, pode-se optar pela colocação do DIU de cobre ou pelo uso de levonorgestrel oral. No caso deste último, ainda que a dose habitual seja 1,5 mg dose única (dois comprimidos de 0,75mg), ao utilizar este medicamento concomitantemente à PEP, a recomendação é que se faça uso do dobro da dose, ou seja, 3 mg (quatro comprimidos de 0,75 mg).

Para casos de violência sexual, referenciar ao guia do Ministério da Saúde para medidas adicionais, incluindo encaminhamento ao serviço de referência.

PARTE 2 - OUTRAS INFECÇÕES TRANSMISSÍVEIS DE INTERESSE EM SAÚDE COLETIVA

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

8 -DENGUE

Doença de transmissão vetorial causada pelo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, atualmente representando um dos maiores desafios a saúde pública nacional no que diz respeito ao enfrentamento e controle deste agravo.

Outro agravante nesta situação é a questão que estas duas espécies de mosquitos são transmissoras de duas novas patologias: *febre do zika e chikungunya,* as quais embora não apresentem uma taxa de letalidade elevada como a dengue, apresentam alto grau de relevância, considerando o aspecto da microcefalia de recém-nascidos, no caso do *Zika* vírus, e a possibilidade de cronificação das artralgias provocadas pelo vírus *Chikungunya*.

Sendo assim, o presente capítulo foi elaborado procurando objetivar a atuação da equipe de enfermagem e médica no tratamento e identificação oportuna dos sinais de gravidade desta doença, utilizando para isso tabelas e fluxogramas de apoio.

8.1 -Definição de caso

A dengue caracteriza-se por uma série de sintomas inespecíficos os quais em muitas vezes são confundidos com outros quadros virais comuns, devendo o(a) profissional enfermeiro(a) estar atento aos critérios clínicos-epidemiológico de inserção e descarte desta patologia.

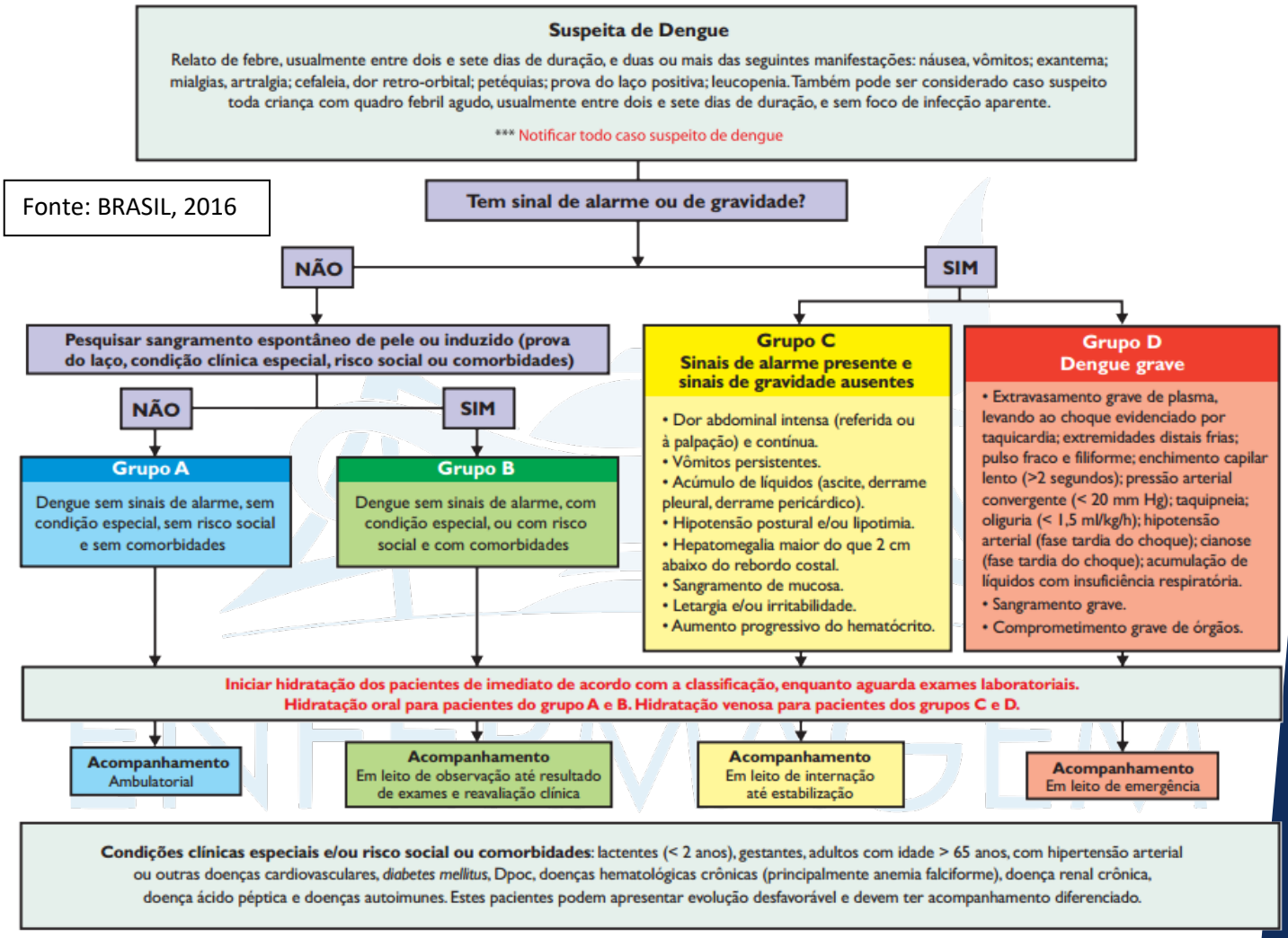
Conforme definição da Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, um caso para ser suspeito de dengue deve apresentar as seguintes características:

Pessoa que tenha transitado nos últimos 15 dias por área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou circule por áreas com presença de *A.aegypti* e que apresente febre ≥38ºC (entre 2-7 dias) e duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, prostração, mialgias, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Lembrando serem estes sintomas comuns a uma série de doenças, as quais vão desde uma simples síndrome gripal leve até mesmo quadros agudos graves de meningite ou septicemia, as quais a avaliação médica deve ser imediata.

Abaixo segue o fluxograma do Ministério da Saúde para diagnóstico, controle e tratamento da dengue:

Fluxograma 8.1 -Classificação de risco e manejo da pessoa com suspeita de dengue



Fonte: BRASIL, 2016

Sinais de alarme para dengue
• Dor abdominal intensa e contínua, ou dor a palpação do abdome; • Vômitos persistentes; • Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico); • Sangramento fácil da mucosa (gengiva, nariz, vagina), sangue em fezes/fezes/hematêmese; • Sonolência, confusão ou agitação/irritabilidade; • Hipotensão (PA <90/60), hipotensão postural e/ou lipotimia; • Hepatomegalia maior do que 2 cm; • Aumento progressivo do hematócrito (detalhes no item 7.3 deste mesmo capítulo).

Sinais de gravidade para dengue
• Choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a 3 segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤20 mmHg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória. • Sangramento grave, segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central). • Comprometimento grave de órgãos, tais como: dano hepático importante (AST/ALT>1.000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.

Quadro 8.1 - Hidratação oral de adultos com Dengue

Calcular o volume de líquidos de 60mL/Kg/dia, sendo 1/3 do total com solução salina, ingerindo uma maior parte desta solução no início. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, etc.). Ingerir 1/3 do total da solução (principalmente SRO) nas primeiras 4 a 6 horas. Evite líquidos vermelhos/marrons para não mascarar sangue na urina.

Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar:

60 mL/kg/dia = 4,2 litros

- Primeiras 4 a 6 horas: 1,0 L de SRO e 0,4 L de líquidos caseiros
- Restante do período de 24 horas: 0,4 L de SRO e 2,4 L de líquidos caseiros

A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação da pessoa.

Quadro 8.2– Hidratação oral de crianças (< 13 anos) com Dengue

Orientar hidratação no domicílio, de forma precoce e abundante, com soro de reidratação oral (um terço das necessidades basais), oferecido com frequência sistemática, independente da vontade da criança; completar a hidratação oral com líquidos caseiros, tais como água, sucos de frutas naturais, chás e água de coco, evitando uso de refrigerantes. Evite líquidos vermelhos/marrons para não mascarar sangue na urina.

- Crianças até 10 Kg: 130 mL/Kg/dia
- Crianças de 10 a 20 Kg: 100 mL/Kg/dia
- Crianças acima de 20 kg: 80 mL/Kg/dia

Ofertar 1/3 do volume total nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento, especificando o volume total na receita ou outro documento que fique com a pessoa. Continuar com alimentação de acordo com aceitação da pessoa, incluindo aleitamento materno.

Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24 a 48 horas após a diminuição da febre.

Quadro 8.3 – Hidratação parenteral de pessoas com Dengue (prescrição médica)

Nos casos em que a pessoa se enquadrar nos grupos C ou D (Fluxograma 8.1) ou em qualquer outro caso em que a pessoa não tolere reidratação oral, utilizar hidratação endovenosa (EV) com cloreto de sódio 0,9% (soro fisiológico) a 10mL/Kg/hora na primeira hora e encaminhe para serviço de urgência.

Quadro 8.4 -Diferenças principais de sintomatologia entre dengue, Chikungunya e Zika

	Dengue	Chikungunya	Zika
Febre alta	++	+++	+/ausente
Exantema	+ (D5-D7)	++ (D1-D4)	++++ (D2-D3)
Mialgia	++	+	+
Artralgia	+/-	+++	++
Dor retroorbital	+++	+	++
Conjuntivites	+/-	-	+++
Sangramentos	++	+/-	-
Choque	+/-	+/-	-
Plaquetopenia	+++	+	-
Leucopenia	+++	++	-
Trombocitopenia	+++	-	-
Linfopenia	++	+++	-
Neutropenia	+++	+	-
Evolução após fase aguda	Fadiga	Artralgia crônica	-

Sinais/sintomas presentes em: +++ = 70-100% das pessoas; ++ = 40-69%; + = 10-39%; +/- = <10%; - = 0%
Adaptado de BRASIL (2016).

8.2 - Prova do Laço

A prova do laço consiste num método diagnóstico de fácil realização e de baixo custo para determinar complicações e agravamento do quadro clínico da dengue. É um exame que subsidia o(a) enfermeiro(a) na classificação de cada caso e consequente condução do mesmo.

Abaixo segue as orientações para realização deste procedimento:

1) Verificar a Pressão Arterial (sentado ou deitado);
2) Calcular a Pressão Arterial média (PAM): (PAS + PAD) /2;
3) Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por 5 minutos (adultos) e 3 minutos (crianças até 10 anos);
4) Desenhar um quadrado de 2,5 cm por 2,5 cm (6,25 cm^2) na região com maior concentração de petéquias no antebraço;
5) Contar o número de petéquias no quadrado.

Prova positiva

Adultos: 20 ou mais petéquias a cada 6,25 cm^2 (área delimitada)
Crianças: 10 ou mais petéquias a cada 6,25 cm^2(área delimitada)

Passos 1 e 2 – Verificar a Pressão Arterial e calcular a média (desinsuflar o manguito após a verificação da PA).



Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Passos 3a – Insuflar o manguito até o valor da Pressão Arterial Média.



Passo 3b – Manter o manguito insuflado pelo tempo adequado (5 minutos para pessoas com 10 anos ou mais, e 3 minutos para menores de 10 anos).



Passo 4 – Desenhar um quadrado de 2,5 cm por 2,5 cm (6,25 cm^2) na região do antebraço com maior concentração de petéquias.



Passo 5 – Contar o número de petéquias na região delimitada.



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

8.3 -Exames laboratoriais

Conforme fluxograma 8.1 e considerando a classificação clínica de cada caso em grupo A, B, C e D, o manejo na unidade de saúde será prioritariamente para casos classificados no grupo A, os quais o uso de sintomáticos (analgésicos) e hidratação via oral por si só já é eficaz.

Os casos Grupo B, C e D necessitam avaliação em outros níveis do sistema e apresentam condutas específicas colocadas no fluxograma de manejo, não cabendo a discussão neste momento.

O acompanhamento e as reavaliações posteriores são uma das atribuições da equipe (médico(a) e enfermeiro(a)), devendo o acompanhamento do hemograma ser através das alterações plaquetárias e do hematócrito serem algo a ser sempre observado.

Deve ser **solicitado hemograma** para todas as pessoas com suspeita de dengue **no dia do atendimento e no5º dia após início dos sintomas ou no primeiro dia após cessar a febre**. Tem como finalidade principal avaliar o hematócrito para identificação de hemoconcentração.

É considerado alterado o hematócrito da pessoa aumentado em mais de 10% acima do valor basal (valor habitual para a pessoa) ou, na ausência deste, com as seguintes faixas de valores, sendo considerado critério para encaminhamento ao serviço de referência:

- **Crianças: > 38%**
- **Mulheres: > 44%**
- **Homens: > 50%**

A contagem de plaquetas deve ser sempre observada. **Usuários(as) com valores inferiores a 100.000 por mm³ devem ser prontamente avaliados pelo médico, bem como a queda abrupta dos valores basais verificados em exames anteriores.**

Agendar retorno no 5º dia dos sintomas ou retornar no primeiro dia sem febre. Este é o período em que diminuem os sinais e sintomas clínicos (febre, mialgia, etc.), mas também é o momento crítico para o desenvolvimento de sinais/sintomas de alerta, devendo o hemograma ser solicitado em uma dessas ocasiões e a prova do laço realizada nas duas oportunidades.

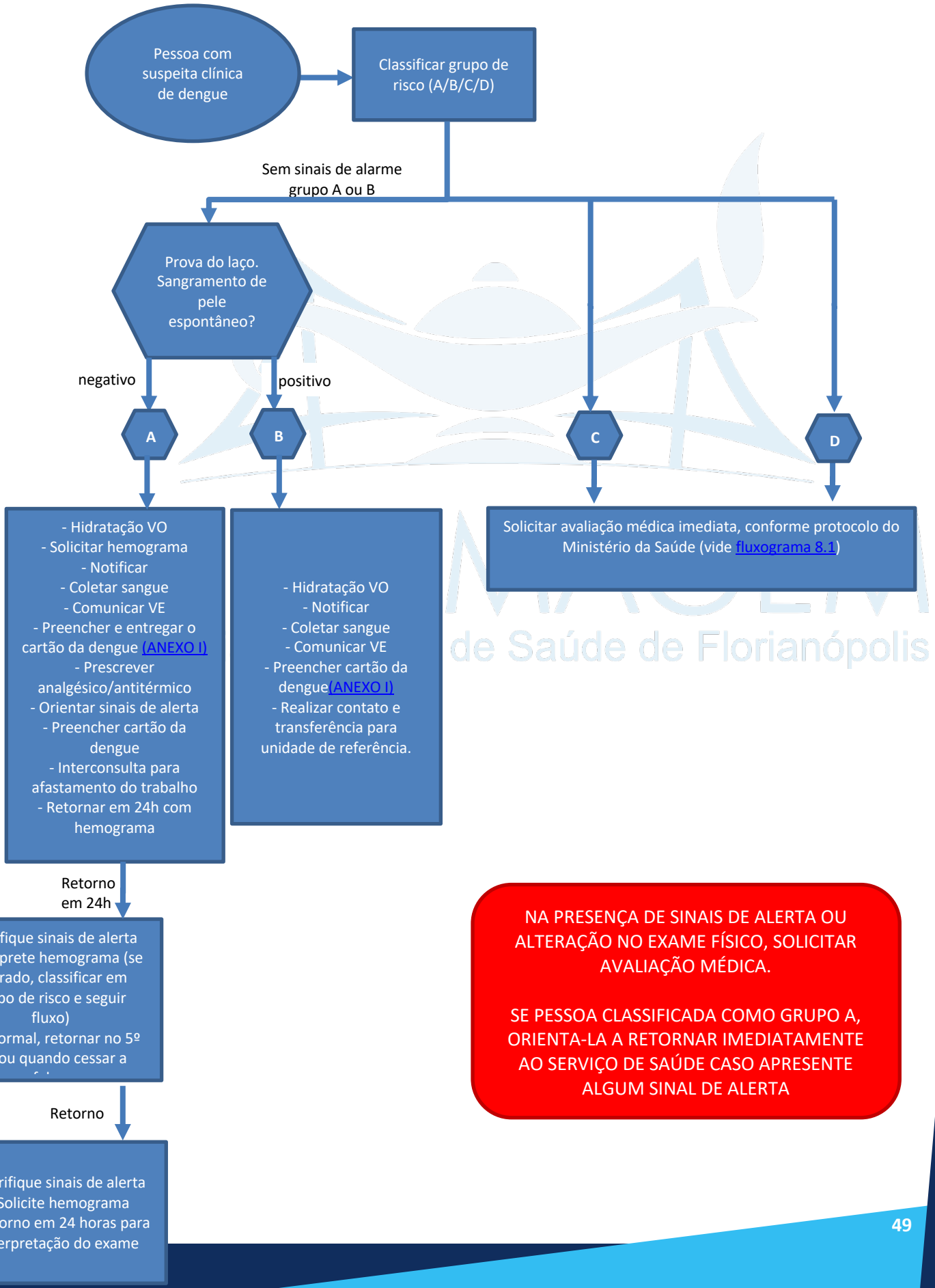
Fonte: Dengue diagnóstico e manejo clínico (BRASIL, 2016)

8.4 - Outras condutas de Enfermagem

- Notificar para dengue;
- Seguir orientação da Vigilância Epidemiológica quanto à coleta e encaminhamento da amostra de sangue;
- Prescrever paracetamol[3] 500-1000mg ou dipirona[3] 500-1000mg de 6/6 horas, se dor febre;
- Indicar uso de repelente para pessoa com suspeita de dengue;
- Preencher e entregar cartão de acompanhamento da pessoa com dengue (ANEXO I);

[3] Se alergia prévia, não prescreva.

Fluxograma 8.2 – Resumo de atendimento à pessoa com suspeita de dengue



9 - TUBERCULOSE PULMONAR

9.1 - Suspeita clínica

Suspeita clínica é definida com a presença de tosse por no mínimo 3 semanas e/ou qualquer um dos seguintes sintomas: febre persistente (normalmente vespertina) por pelo menos 2 semana, perda de peso ou dispneia (normalmente com dor), sudorese noturna ou hemoptise (tosse com sangue). Observar diagnóstico diferencial para pessoas com diagnóstico de asma, DPOC e broncopneumonia.

Atenção especial deve ser dada nos seguintes casos: comunidades fechadas; etilistas; usuários(as) de drogas; imunodeprimidos (câncer, doença autoimune, HIV/AIDS e DM mal controlados, doença renal e hepática), trabalhadores em contato com TB, pessoas que já abandonaram tratamento anterior; moradores de rua; privados de liberdade; indígenas; e pessoas institucionalizados. Nestes casos, investigar TB com tosse persistente a partir de uma semana.

Na suspeita clínica o(a) enfermeiro(a) deverá solicitar 2 amostras de escarro (para baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade) e raio-X de tórax. As amostras de escarro devem ser uma na consulta e outra a ser coletada na manhã (ao acordar) do dia seguinte**. Se o diagnóstico for evidenciado pela baciloscopia e/ou cultura, iniciar tratamento. Em caso negativo, encaminhar para interpretação de raio-X de tórax pelo médico.**

9.2 - Exames de rastreio, diagnóstico e acompanhamento

Os exames para rastreio, diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose poderão ser solicitados nos seguintes casos:

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Quadro 9.1 – Exames para tuberculose e respectivas atribuições profissionais

Exame	Condições para solicitação	Quem pode solicitar
Baciloscopia diagnóstica	Pessoas com clínica para tuberculose; pessoas com alterações radiológicas pulmonares; contatos de pessoas com tuberculose.	Enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e médico
Baciloscopia de controle	Solicitação mensal (frequência habitual) a partir de diagnóstico positivo, sendo indispensáveis no segundo, quarto e sexto mês no esquema básico de tratamento.	Enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e médico
Cultura e teste de sensibilidade (TS)	Solicitado conjuntamente à baciloscopia de diagnóstico e controle.	Enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e médico

Prova Tuberculínica (PT)	Para identificação de ILTB (Infecção Latente Tuberculose) – contatos (domiciliares e trabalho/escola) TB que precisem de quimioprofilaxia, e para portadores de HIV. Caso não seja possível realizar PT, encaminhar para atendimento médico com vistas a alternativas.	Enfermeiro(a) e médico(a)
Raio-X de tórax	Para suspeita clínica de TB (conjuntamente à baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade) e para rastreamento dos contatos de TB (diagnóstico a cargo do médico).	Enfermeiro(a) e médico(a)
Teste anti-HIV	Para todas as pessoas com suspeita/diagnóstico de tuberculose. Poderá ser teste rápido se estiver dentro dos critérios estabelecidos em Normativa Municipal. Deverá ser realizado aconselhamento pré e pós-teste.	Enfermeiro(a) e médico(a)

9.3 - Confirmação de caso de tuberculose

Considera-se confirmação de caso de Tuberculose pulmonar com, pelo menos:

1. Uma ou ambas amostras de baciloscopias diretas positivas; ou
2. Uma cultura positiva, indiferentemente dos resultados das baciloscopias; ou
3. Imagem radiológica sugestiva de tuberculose

Nos casos contemplados pelos itens 1 e 2 o(a) enfermeiro(a) poderá realizar a confirmação diagnóstica de tuberculose.

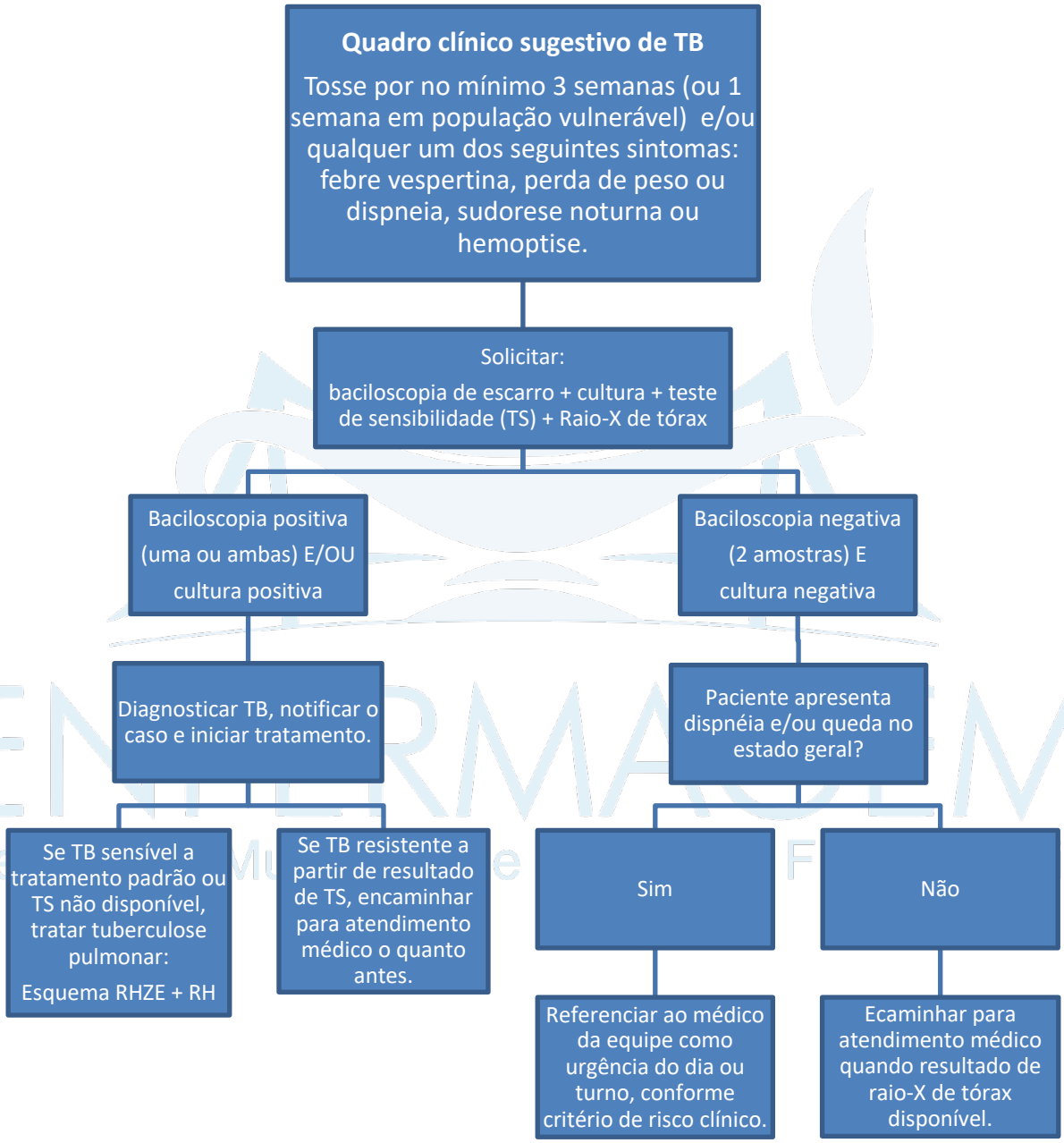
Para todas as pessoas com TB confirmada deve-se ofertar teste rápido HIV (ou teste laboratorial, na impossibilidade de realização do teste rápido).

O afastamento das atividades laborais ou estudantis se faz necessário de imediato. Dessa forma, solicitar interconsulta com médico para emissão de atestado.

Se a pessoa não se enquadrar nos três casos descritos acima, mas persistir com clínica sugestiva de TB, o médico poderá fechar diagnóstico para TB, independentemente dos resultados de exames laboratoriais/imagem.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 9.1 – Diagnóstico de tuberculose



*População vulnerável: comunidades fechadas; etilistas; usuários(as) de drogas; imunodeprimidos (câncer, doença autoimune, HIV/AIDS e DM mal controlados, doença renal e hepática), trabalhadores em contato com TB, pessoas que já abandonaram tratamento anterior; moradores de rua; privados de liberdade; indígenas; e pessoas institucionalizados.

9.4- Tratamento

9.4.1 - Condições gerais para prescrição/renovação pelo(a) enfermeiro(a)

O(a) enfermeiro(a) poderá prescrever somente o esquema básico de tratamento para tuberculose pulmonar, incluindo a fase intensiva e fase de manutenção. A prescrição do tratamento (início ou renovação) só poderá ser realizada nas seguintes situações:

- Nos casos novos - pessoa que nunca usou medicamento anti-TB ou usou por menos de 30 dias.
- No 1º retratamento após cura - indivíduo com tuberculose pulmonar em atividade que já se tratou anteriormente com esquema básico e recebeu alta por cura. Neste caso o(a) enfermeiro(a) poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- No retratamento após abandono – doente que após iniciado o tratamento básico de tuberculose pulmonar, deixou de realizar o tratamento por mais de 30 dias consecutivos após data de início do mesmo. Neste caso o(a) enfermeiro(a)deverá notificar e reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- O(a) enfermeiro(a) poderá iniciar tratamento básico para tuberculose pulmonar em dependentes químicos nos casos novos, 1º retratamento ou retratamento após abandono de tratamento básico, porém deverá agendar consulta médica subsequente para reavaliação. O acompanhamento destes casos deverá ser compartilhado com o médico.

O(A) enfermeiro(a) **não poderá iniciar o tratamento para tuberculose pulmonar** nas seguintes situações: menores de 18 anos; gestantes; pessoas com história de doença hepática prévia; pessoas com história de nefropatias; pessoas com idade avançada (60 anos ou mais); pessoas com desnutrição severa; coinfecção por HIV; e TB multirresistente. Nestes casos, o(a) enfermeiro(a) poderá realizar acompanhamento compartilhado com o médico e solicitar exames de controle/acompanhamento (baciloscopias e cultura).

9.4.2 - Medicações

As medicações utilizadas no esquema padronizado são: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E). O esquema básico para adultos tem duração de seis meses, dividido em duas fases: a intensiva, composta por dois meses de uso de RHZE; e a de manutenção, com uso de RH por quatro meses. Esse esquema está indicado para todos os casos novos de tuberculose pulmonar e para os casos de retratamento. As doses das medicações prescritas são baseadas no peso da pessoa (BRASIL, 2010).

Quadro9.2 – Esquema básico de tratamento para tuberculose

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Tempo de tratamento
2 RHZE **Fase intensiva**	RHZE 150/75/400/275 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses
		36 a 50 Kg	3 comprimidos	
		51 A 70 Kg	4 comprimidos	
		Acima de 70kg	5 comprimidos	
4 RH **Fase de manutenção**	RH 150/75 mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 Kg	2 comprimidos	4 meses
		36 a 50 Kg	3 comprimidos	
		51 a 70 Kg	4 comprimidos	
		Acima de 70 Kg	5 comprimidos	

Fonte: BRASIL, 2019

9.4.3 - Reações adversas

As reações adversas ao tratamento da tuberculose são divididas em dois grupos: reações adversas menores e reações adversas maiores.

O(A) enfermeiro(a) poderá realizar intervenções somente nas reações adversas menores, que normalmente não é necessário suspender o medicamento anti-TB, conforme quadro abaixo:

Quadro 9.3 – Efeitos adversos mais comuns no tratamento da tuberculose

Efeitos adversos	Prováveis fármacos responsáveis	Conduta
Intolerância digestiva (Náusea, vômito), epigastralgia	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol	Reformular horário de administração da medicação: junto com desjejum ou à noite. Prescrever metoclopramida 10 mg a cada 8 horas por até 5 dias. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas.
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Tranquilizar a pessoa e descartar sintomas urinários não relacionados a medicação. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas.

Prurido ou exantema leve	Isoniazida e Rifampicina	Avaliar em conjunto com médico da Equipe manejo e uso de medicação sintomática (anti-histamínico).
Dor articular	Pirazinamida, Isoniazida	Avaliar em conjunto com médico da equipe uso de medicação sintomática. Prescrever ibuprofeno* 300mg a cada 8 horas por 5 dias. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas.
Neuropatia periférica	Isoniazida	Avaliar em conjunto com médico da Equipe conduta e evolução do sintoma.
Hiperurecemia com artralgia	Pirazinamida, Etambutol	Orientar dieta hipopurínica.
Ansiedade, euforia, insônia	Isoniazida	Orientar, observar evolução e realizar avaliação conjunta se persistência.
Febre	Rifampicina Isoniazida	Realizar avaliação conjunta com o médico

*Tomar com/após alimentação. Evite se úlcera péptica, reação alérgica severa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação ≥ 30 semanas. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. Nestes casos, solicitar avaliação médica para alternativa terapêutica.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

- A pessoa deve ser orientada da ocorrência dos principais efeitos adversos e da necessidade de retornar ao serviço de saúde na presença de algum sintoma que identifique como possivelmente associado ao uso dos medicamentos. A persistência destes sintomas, após intervenção do(a) enfermeiro(a), deverá ser avaliada em consulta médica.

- **As reações adversas maiores são**: exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave; psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma; neurite óptica; perda de visão; hepatoxicidade; hipoacusia, vertigem, nistagmo; trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite; nefrite intersticial; rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal. Estes casos **são de acompanhamento médico imediato**.

Pessoas com maior risco de desenvolvimento de efeitos adversos são aqueles com idade avançada, alcoolismo, estado nutricional comprometido, doença hepática ou renal, infecção pelo HIV.

A substituição ou suspensão de qualquer medicamento do tratamento da tuberculose frente ao efeito adverso é de competência médica.

9.5 - Acompanhamento e alta

Durante o tratamento básico de 6 meses da tuberculose pulmonar, a pessoa deverá realizar uma reavaliação clínica em até 2 semanas após o início do tratamento. Posteriormente a avaliação clínica deve ser realizada com frequência mínima mensal, podendo ser quinzenal ou até semanal, considerando–se a adaptação e adesão ao tratamento ou gravidade/mudança do quadro clínico.

O acompanhamento inclui consultas médicas e de enfermagem, visando a identificação de queixas e sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução dos medicamentos, e detecção de manifestações adversas com seu uso, além da solicitação dos exames de acompanhamento.

A alta do tratamento poderá ser realizada pelo(a) enfermeiro(a) nos casos em que o diagnóstico e alta foram realizados/evidenciados através de baciloscopia direta e cultura. Para isso, a pessoa deverá ter, ao **final dos seis meses de tratamento, o resultado da última coleta de baciloscopia (duas amostras) e cultura negativas. A alta do tratamento deverá ser realizada pelo médico nos casos em que o diagnóstico foi realizado por outras evidências que não a baciloscopia direta e cultura**, e também nos casos em que o tratamento foi iniciado pelo médico (ou seja, nos casos em que o(a) enfermeiro(a) não pode iniciar o tratamento, conforme critérios estabelecidos neste protocolo).

Toda alta (independentemente do motivo) deverá ser registrada no prontuário, com devida notificação aos setores de vigilância em acompanhamento do caso. Todos os documentos obrigatórios de registro de acompanhamento do caso são de responsabilidade tanto do(a) enfermeiro(a) quanto do(a) médico(a) da equipe.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

9.6 - Controle dos contatos

- É atribuição da Atenção Básica o Controle dos Contatos da Tuberculose.
- O(a) enfermeiro(a), quando diagnosticar um caso de tuberculose pulmonar, deverá identificar as pessoas consideradas contatos visando prevenir o adoecimento destes e/ou diagnosticar precocemente casos de doença ativa.
    - São considerados contatos: toda pessoa que convive no mesmo ambiente (casa, trabalho, escola, instituição, entre outros) com o caso índice, no momento do diagnóstico da tuberculose. A avaliação deverá ser individualizada, considerando a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição.
- Crianças com diagnóstico de tuberculose devem ter todos os seus contatos investigados, na tentativa de identificar o caso índice, visto que crianças com TB geralmente desenvolvem a doença após transmissão por contato adulto bacilífero.
- Se contato já tratou TB ou ILTB, não deve ser solicitado PPD nem iniciado profilaxia para ILTB. Discuta/encaminhe para avaliação médica.
- Testar todos os contatos para HIV. Se contato assintomático e HIV, discutir/encaminhar para avaliação médica.

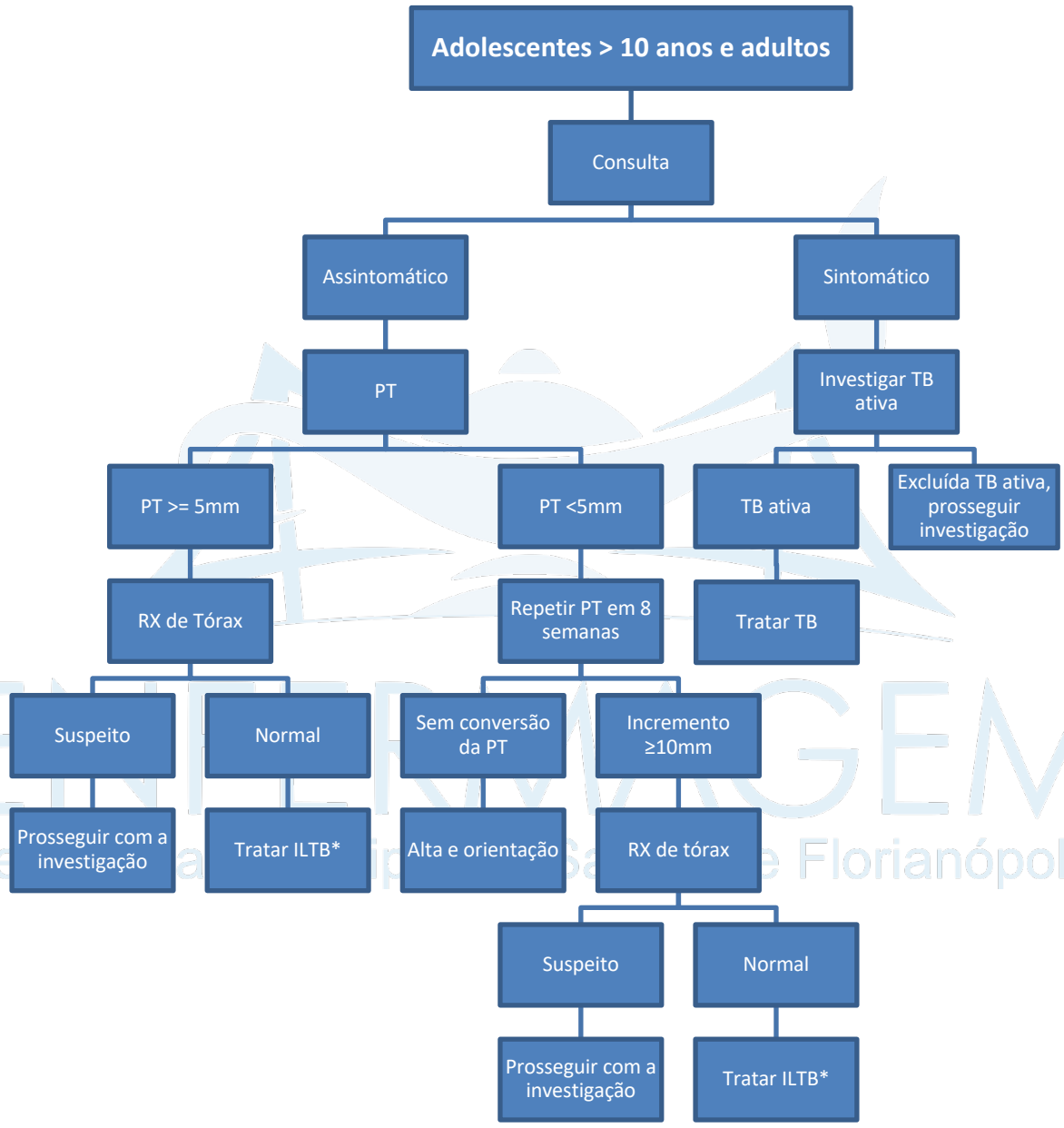
9.6.1 - Rastreamento dos contatos

Assintomáticos – solicitar raio X de tórax e PT e encaminhar para consulta médica subsequente para avaliação. Caso não seja possível solicitar a PT, o(a) enfermeiro(a) deverá solicitar somente o raio-X de tórax e encaminhar para consulta médica subsequente.

Sintomático – investigar TB ativa – o(a) enfermeiro(a) deverá solicitar 2 amostras de escarro para baciloscopia, Cultura, TS e raio-X de tórax.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

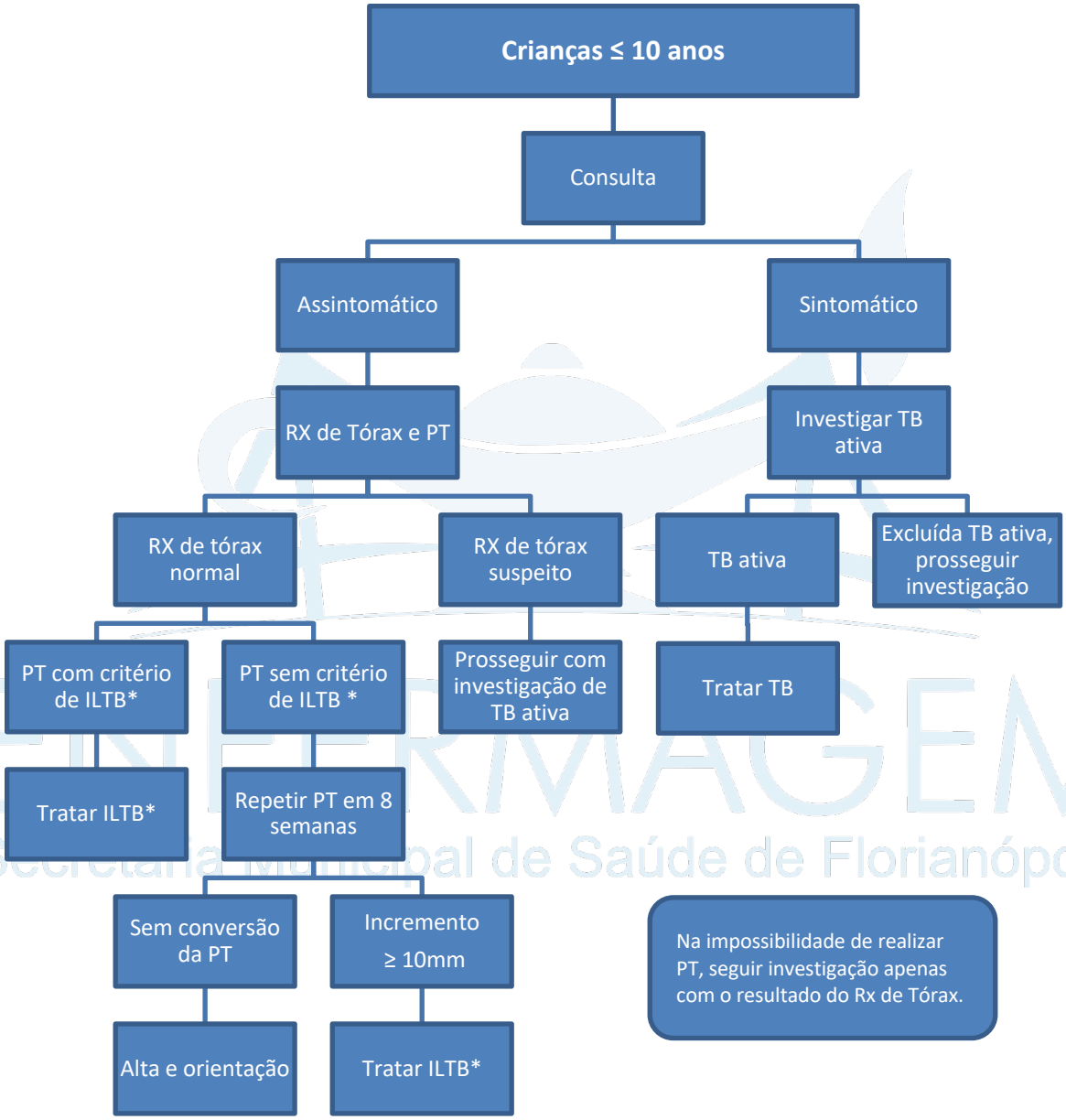
Fluxograma 9.2 – Avaliação de contatos de tuberculose maiores de 10 anos



***Avaliação e tratamento da Infecção Latente de Tuberculose (ILTB) a cargo do(a) médico(a) da equipe.**

Na impossibilidade de realizar PT, seguir investigação apenas com o resultado do RX de Tórax.

Fluxograma 9.3 – Avaliação de contatos de tuberculose com 10 anos ou menos



***Avaliação e tratamento da Infecção Latente de Tuberculose (ILTB) a cargo do(a) médico(a) da equipe.**

A prova tuberculínica (PT) será considerada positiva nos seguintes casos:

- ≥5mm em crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas com BCG no primeiro ano de vida ou não vacinadas, maiores de 2 anos, e crianças indígenas independente da BCG;
- ≥10mm em crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas para BCG no primeiro ano de vida, menores de 2 anos;
- ≥10mm em crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas para o BCG após o primeiro ano de vida, vacinadas há menos de 2 anos.

9.6.2 - Tratamento de contatos

- A avaliação de tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTB) para contatos e em outros casos deverá ser realizada pelo médico da equipe (incluindo renovação de prescrição).
- Se iniciado o tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTB), a pessoa deverá ser acompanhada mensalmente, podendo ser quinzenal ou até semanalmente, podendo ser pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a), onde será estimulada a adesão ao mesmo, e será feito o monitoramento clínico de efeitos adversos.
- A alta do tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTB) deverá ser realizada pelo médico e registrada em prontuário.

Mesmo após o término do tratamento, as pessoas devem ser orientadas a procurar a unidade de saúde em caso de sintomas sugestivos de TB.

9.7 - BCG

9.7.1 - Indicações

A vacina BCG é prioritariamente indicada para crianças de 0 a 4 anos de idade, conforme as recomendações a seguir:

- Recém-nascidos com peso maior ou igual a 2kg devem ser vacinados ao nascer, o mais precocemente possível, ainda na maternidade ou na primeira visita ao serviço de saúde.
- Crianças vacinadas na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal após 6 meses da administração da vacina não devem ser revacinadas (Nota informativa nº 10/2019-CGPNI/DEVIT/SVS/MS/MS).

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Para indivíduos expostos ao HIV, devem ser consideradas as seguintes condições:

- Crianças filhas de mãe HIV positiva podem receber a vacina o mais precocemente possível até os 18 meses de idade, se assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência;
- Crianças com idade entre 18 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias, não vacinadas, somente podem receber a vacina BCG após sorologia negativa para HIV; para estes indivíduos, a revacinação é contraindicada;
- A partir dos 5 anos de idade, indivíduos portadores de HIV não devem ser vacinados, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência.

9.7.2 - Contraindicações

- Indivíduos a partir dos 5 anos de idade, portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência;
- Indivíduos acometidos por neoplasias malignas;

- Pessoas em tratamento com corticosteroides em dose elevada (equivalente à dose de prednisona de 2mg/kg/dia, para crianças até 10 kg ou de 20mg/dia ou mais, para indivíduos acima de 10kg) por período superior a duas semanas;
- Pessoas em uso de outras terapias imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, dentre outros);
- Gestantes.

9.8 - Escarro Induzido

- A prescrição de escarro induzido poderá ser realizada pelo(a) enfermeiro(a) quando o(a)usuário(a) não apresentar expectoração para amostra de escarro.
- A prescrição consiste em nebulização com solução salina hipertônica (0,5 ml de cloreto de sódio 20% + 5 ml de cloreto de sódio a 0,9%) por 15 minutos.

9.9 - Atribuições do(a) enfermeiro(a) no enfrentamento da Tuberculose

- Identificar Sintomáticos Respiratórios
- Solicitação de baciloscopia para todo indivíduo com tosse a mais de 3 semanas, independente do motivo da consulta – no mínimo 2 amostras - uma em cada dia.
- Orientar o indivíduo para coleta
- Preencher livro de registro de Sintomático Respiratório
- Coordenar a busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame.
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto a coleta de escarro;
- Administrar vacina BCG – com capacitação
- Realizar prova tuberculínica – com capacitação
- Realizar consulta de enfermagem
- Solicitar exames: rastreamento e acompanhamento e contatos.
- Iniciar tratamento e prescrever medicações (esquema básico) conforme normativa.
- Avaliar e prescrever necessidade de escarro induzido
- Convocar/convidar contatos para investigação
- Orientar pessoas e familiares quanto ao uso de medicações
- Convocar/identificar doente faltoso
- Realizar assistência domiciliar quando necessário
- Notificar e investigar casos confirmados
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares.
- Orientação ACS, técnicos e auxiliares quanto ao acompanhamento TDO.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto a prevenção, manejo do tratamento, às ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças.
- Acompanhar Tratamento Diretamente Observado (T.D.O.)

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

- Encaminhar ao Setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.

9.10 -Atribuições do(a) técnico(a) de enfermagem no enfrentamento da Tuberculose

- Identificar Sintomáticos Respiratórios
- Solicitar baciloscopia para todo indivíduo com tosse a mais de 3 semanas, no mínimo 2 amostras - uma em cada dia.
- Orientar o indivíduo para coleta
- Preencher livro de registro de Sintomático Respiratório
- Solicitar busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame.
- Auxiliar a equipe na assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto a coleta de escarro;
- Administrar vacina BCG – com capacitação
- Realizar prova tuberculínica – com capacitação
- Convocar/convidar contatos para investigação
- Orientar pessoas e familiares quanto ao uso de medicações
- Convocar/identificar doente faltoso
- Realizar assistência domiciliar quando necessário
- Notificar e investigar casos confirmados

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **DST no Brasil** (site). Disponível em <http://www.aids.gov.br> acesso em 7 out 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> acesso em 7 nov 2015.

World Health Organizatin (WHO). **Global Incidence and Prevalence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections** – 2008. Genebra: World Health Organization, 2012. Disponívelem<http://www.who.int>acessoem 7 out 2014.

World Health Organizatin (WHO). **Training Modules for the Syndromic Management of Sexually Transmitted Infection**. 2nd ed. Genebra: World Health Organization, 2007. Disponível em <http://www.who.int> acesso em 7 out 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde. **Fluxograma de Classificação de Risco e Manejo do Paciente com Suspeita de Dengue (folder)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/classificacao_risco_manejo_paciente_dengue.pdf> acesso em 10 dez 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 2ª edição. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual para Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Resposta Técnica COREN/SC nº 065/CT/2019. Dispõe sobre o uso de penicilina associada à Lidocaina. Disponível em: http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/RT-065-2019-Uso-de-Penicilina-associada-%C3%A0-Lidoca%C3%ADna.pdf

DIVE-SC – Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina. **Nota técnica nº 7 DIVE/SUV/SES/2015** – Procedimentos a serem adotados e, Santa Catarina frente a caso suspeito de Febre do Zika Vírus (ZIKAV). Disponível em <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses/notas-tecnicas/nota-tecnica-7-vigilancia-zika-virus.pdf> acesso em 10 dez 2015.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

British Medical Journal (BMJ), Best Practice. **Tópicos: Doença Inflamatória Pélvica; Cervicite; Corrimento Vaginal; Corrimento Uretral**. Disponível em <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>. Acesso restrito, realizado de 7 jul 2014 a 30 out 2015.

DYNAMED PLUS. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. **Tópicos: *Tricomoniasis; Bacterialvaginosis; Uretral Discharge; Gonorrhea.*** Disponível em <http://www.www.dynamed.com>. Acesso restrito, realizado de 20 abr 2015 a 12 dez 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_01_2016_web_pdf_99415.pdf> acesso em 19 jan 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Dengue: Diagnóstico e manejo clínico** – adulto e criança. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Dengue: Diagnóstico e manejo clínico** – adulto e criança. 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica** – Protocolo de enfermagem. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf> acesso em 25 jan 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf> acesso em 25 jan 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf> acesso em 25 jan 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Acesso em 1 ago 2018. Disponível em

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

<http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/59183/pcdt_pep_2018_web_28_05_2018.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1>.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação.** Disponível em <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-__Uso_Medicam_durante_Amament.pdf> acesso em 28 set 2018.

Prati-Donaduzzi. **Bula do medicamento Metronidazol comprimido revestido de 250 mg**. Disponível em < http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2987192014&pIdAnexo=2025603> acesso em 28 set 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.**Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.**Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em 30 out 2018. Disponível em <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/57801/pcdt_tv_20_08_18.pdf?file=1&type=node&id=57801&force=1>.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa nº 10/2019-CGPNI/DEVIT/SVS/MS/MS. Atualização da recomendação sobre revacinação com BCG em crianças vacinadas que não desenvolveram cicatriz vacinal.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

ANEXO A – CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM SUSPEITA DE DENGUE

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes SINAIS DE ALARME:

- Diminuição repentina da febre;
- Dor muito forte e contínua na barriga;
- Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias;
- Tontura quando muda de posição (deita/senta/levanta);
- Diminuição do volume da urina;
- Vômitos frequentes ou com sangue;
- Dificuldade de respirar;
- Agitação ou muita sonolência;
- Suor frio;
- Pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele.

Recomendações:

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chás e água de coco
- Permanecer em repouso
- As mulheres com dengue devem continuar a amamentação

Soro caseiro

Sal de cozinha	_____	1 colher de café
Açúcar	_____	2 colheres de sopa
Água potável	_____	1 litro

Unidade de Referência

SUS DIVE SUV GOVERNO DE SANTA CATARINA

CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome(completo): _____

_____

Nome da mãe: _____

_____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Unidade de Saúde

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Data do início dos sintomas ____/____/____

Notificação ☐ Sim ☐ Não

☐ Prova do laço em ____/____ resultado: _____

1.ª Coleta de Exames

☐ Hematócrito em ____/____	Resultado: _____	%
☐ Plaquetas em ____/____	Resultado: _____	.000 mm³
☐ Leucócitos em ____/____	Resultado: _____	.000 mm³
☐ Sorologia em ____/____	Resultado: _____	

2.ª Coleta de Exames

☐ Hematócrito em ____/____	Resultado: _____	%
☐ Plaquetas em ____/____	Resultado: _____	.000 mm³
☐ Leucócitos em ____/____	Resultado: _____	.000 mm³
☐ Sorologia em ____/____	Resultado: _____	

3.ª Coleta de Exames

☐ Hematócrito em ____/____	Resultado: _____	%
☐ Plaquetas em ____/____	Resultado: _____	.000 mm³
☐ Leucócitos em ____/____	Resultado: _____	.000 mm³
☐ Sorologia em ____/____	Resultado: _____	

Controle de Sinais Vitais

	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia
PA mmHg (em pé)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Axilar ºC							

Informações complementares

CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Versão	Capítulo	Página	Alteração	Data da alteração
1.1	-	-	Inclusão do quadro de "Controle de Alterações"	23/05/2016
1.1	9	41	Alteração no item 3 da seção 9.3: de "Uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose" para "Imagem radiológica sugestiva de tuberculose".	23/05/2016
1.1	9	45	Alteração na redação, de "após 2 semanas do início do tratamento" para "em até 2 semanas após o início do tratamento".	23/05/2016
1.1	9	46	Melhoria da redação no critério para alta pelo(a)enfermeiro(a) com a inclusão da seguinte redação: "Para isso, o usuário deverá ter, ao final dos seis meses de tratamento, o resultado da última coleta de baciloscopia (duas amostras) e cultura negativas."	
1.2	5	26 e 27	Mudança no fluxograma e quadro de prescrição para DIP. A prescrição passa a ser de atribuição exclusiva do médico.	06/09/2016
1.3	3	18	Mudança no fluxograma. Tratamento de parceiro a partir de diagnóstico de herpes apenas se sintomas.	01/11/2016
1.4	4	23	Inclusão de Miconazol creme como alternativa ao Clotrimazol creme pela mudança na disponibilidade deste último.	14/09/2017
1.4	7	31	Inclusão do capítulo 7 e renumeração dos posteriores	14/09/2017
1.5	7	33	Inclusão do subcapítulo sobre PEP.	22/07/2018
1.5	7	31	Mudança no quadro 7.1 com inclusão de exames e periodicidade.	22/07/2018

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

1.5	3	16	Mudanças no acompanhamento do VDRL no tratamento de sífilis.	22/07/2018
1.5	3	19	Inclusão de observações para herpes no quadro 3.1.	22/07/2018
1.5	Tudo	Tudo	Mudança no formato de numeração dos quadros e fluxogramas de acordo com os protocolos 3 e 4.	22/07/2018
1.5	2	14	Mudança de esquema terapêutico para tratamento da síndrome do corrimento uretral e inclusão da prescrição de Ceftriaxona pelo(a) enfermeiro (a).	22/07/2018
1.5	2	14	Retirada do ciprofloxacino como segunda opção para tratamento da gonorreia.	22/07/2018
1.5	3	15-21	Mudança na estrutura do capítulo.	03/10/2018
1.5	3	17	Adequação na nomenclatura dos estágios da sífilis de acordo com o novo PCDT, para sífilis recente e sífilis tardia.	03/10/2018
1.5	3	18-19	Modificação no acompanhamento da sífilis e critérios de cura, com mudança na estrutura do texto. Inclusão de observação para VDRL de 3 meses.	03/10/2018
1.5	4	23	Retirada de Clotrimazol como opção por não constar mais na REMUME.	03/10/2018
1.5	4	23	Separação do tratamento de vaginose bacteriana e tricomoníase.	
1.5	4	24	Mudança no quadro de tratamento para síndrome do corrimento vaginal.	03/10/2018
1.5	4	25	Mudança na redação dos tópicos de diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, e no tratamento de parceiros.	03/10/2018
1.5	6	30	Mudança do tempo máximo de tratamento para condiloma de 8 para até 10 semanas	03/10/2018
1.5	6	31	Retirada a alteração na rotina de rastreamento para câncer cérvico-uterino em decorrência de HPV.	03/10/2018

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

1.5	6	32	Inclusão do item sobre escabiose no prurido genital.	03/10/2018
1.5	7	33	Inclusão de orientação de conduta imediata a partir do resultado positivo para HIV.	03/10/2018
1.5	8	42	Mudança na quantidade de SF para hidratação no quadro 8.3.	03/10/2018
1.5	8	48	Mudança na redação do retorno da pessoa, no item 8.3.	03/10/2018
1.5	9	45	Retirada da realização de glicemia do quadro 9.1.	03/10/2018
1.5	9	52	Inclusão de redação sobre a necessidade de notificar os casos diagnosticados de tuberculose.	03/10/2018
1.5	7	36-37	Definição de PEP como atribuição do médico e exames como do(a) médico(a) e enfermeiro(a).	06/11/2018
1.5	7	37	Inclusão do subitem 7.1.1 sobre condutas adicionais ao uso da PEP sexual.	30/10/2018
1.5	Tudo	Tudo	Correções gramaticais diversas.	30/10/2018
1.6	1	10	Inclusão do termo mais de 1 parceria por ano para comportamento de risco	02/01/2020
1.6	1	10	Inclusão da convocação de parcerias sexuais conforme o tempo	02/01/2020
1.6	2, 3, 4 e 5	14, 16, 24 e 29	Inclusão do termo RPR nos fluxogramas	02/01/2020
1.6	3	17	Inclusão da necessidade de tratar parcerias sexuais dos últimos 3 meses como sífilis recente	02/01/2020
1.6	3	17	Prescrição de lidocaína 2% sem vasoconstritor junto à penicilina para tratamento de sífilis em pessoas não gestantes	02/01/2020
1.6	3	16, 17, 18 e 19	Melhoria da redação, exemplos de diluição de testes não treponêmicos e interpretação dos resultados	02/01/2020
1.6	4	25	Inserido tratamento para candidíase severa	02/01/2020
1.6	6	31	Inclusão da observação sobre cauterização de verrugas em glande e frênulo	02/01/2020

1.6	7	35	Inclusão de PPD e preventivo do câncer de colo uterino como exames para a pessoa vivendo com HIV/AIDS	02/01/2020
1.6	7	36	Link para imunizações recomendadas à pessoa vivendo com HIV/AIDS	02/01/2020
1.6	7	39	Atualização dos exames para PEP	02/01/2020
1.6	7	39	Inclusão de teste rápido de gravidez e dose dobrada de levonorgestrel pra prevenção de gravidez	02/01/2020
1.6	8	41	Inclusão da definição de febre	02/01/2020
1.6	8	48	Alteração nos dias para solicitar hemograma	02/01/2020
1.6	8	48	Inclusão de prescrição de paracetamol ou dipirona por enfermeiro no manejo a dengue	02/01/2020
1.6	8	48	Inclusão de outras condutas de Enfermagem para a pessoa com suspeita de dengue	02/01/2020
1.6	8	49	Inclusão de fluxo sobre atendimento à pessoa com suspeita de dengue	02/01/2020
1.6	9	54	Inclusão da faixa de peso >70kg ao tratamento da pessoa com tuberculose	02/01/2020
1.6	9	56	Encaminhar para avaliação médica, caso contato de TB já tratou TB ou ILTB anteriormente	02/01/2020
1.6	9	56	Inserido rastreamento de HIV para todos os contatos de TB	02/01/2020
1.6	9	58 e 59	Atualização do valor alterado da prova tuberculínica após repetição em 8 semanas	02/01/2020
1.6	9	60	Retirada indicação de revacinação com BCG em crianças que não apresentam cicatriz vacinal	02/01/2020
1.6	ANEXO	66	Inclusão do cartão de acompanhamento da pessoa com suspeita de dengue	02/01/2020
1.6	TODOS	TODAS	Inclusão de hiperlinks para fluxogramas, quadros e anexos	02/01/2020