

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E
AMBULATÓRIOS**



*Prefeitura Municipal de Teresina-Pi
Fundação Municipal de Saúde*

TERESINA - PI, 2016

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

***PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E
AMBULATÓRIOS***



*Prefeitura Municipal de Teresina-Pi
Fundação Municipal de Saúde*

2º EDIÇÃO - 2016

**2016 - Fundação
Municipal de Saúde -
FMS**

Todos os direitos
reservados a FMS.
Normas e Manuais
Técnicos.

**Elaboração e
Distribuição**

Fundação Municipal de
Saúde
End. Rua 1º de Maio, nº
1530, Bairro Aeroporto.
Telefone:
086.3215.7732 / 7719

Distribuição: CD –
Virtual

**Coordenação Geral:
GEAB/FMS**

Ayla Maria Calixto de
Carvalho

Email: geab.teresina@gmail.com

Gestão Municipal:

Firmino da Silveira Soares Filho
Prefeito Municipal de Teresina

Francisco das Chagas de Sá e
Pádua

**Presidente da Fundação
Municipal de Saúde – FMS**

Smithanny Barros da Silva
**Diretoria de Articulação das
Ações Assistenciais**

**Diretorias Regionais de Saúde -
DRS**

Adriana Maria de Carvalho
Valadares
DRS Centro Norte

José de Ribamar Santos Filho
DRS Leste Sudeste

Maria de Fátima de Sousa
DRS Sul

Autores e Revisores do Protocolo:

- Identificados nos Capítulos do Protocolo

PIAUÍ (Teresina), Fundação Municipal de Saúde. Diretoria de Articulação das Ações Assistenciais. Gerência de Atenção Básica. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica e Ambulatórios do Município de Teresina.** Teresina: 2016.

451p. (Série A - Normas e Manuais Técnicos).

1.Saúde da Família 2. Ambulatórios 3.Protocolo de Enfermagem.

I. Título.

Aproveitem este protocolo, leiam, estudem e façam dele um dos seus instrumentos de trabalho, mas nunca o seu único objeto de trabalho. A enfermagem é muito mais do que isso... A enfermagem que queremos perpassa por justiça, reconhecimento, trabalho com qualidade, conhecimento, ciência, técnica, amor, paixão, saber ouvir e estar junto dos nossos clientes, da pessoa, família e comunidade. Este protocolo é uma conquista de todas (os) enfermeiras (os) teresinenses e é com muita satisfação que a Fundação Municipal de Saúde o entrega a todas as enfermeiras e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Teresina.

*Gerente de Atenção Básica
Maria Eliane Martins Oliveira da Rocha
(1ª edição: 2012)*

“Podemos ser instruídos com o conhecimento de outro, mas não podemos ser sábios com a sabedoria de outro”.

Michel De Montaigne.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
CAPÍTULO I	
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	17
CAPÍTULO II	
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE	74
CAPÍTULO III	
PROTOSCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	88
- PREVENÇÃO DE CÂNCER COLO ÚTERO	114
- PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA	130
- CLIMATÉRIO	140
- PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	149
CAPÍTULO IV	
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO - HIPERTENSÃO ARTERIAL	164
CAPÍTULO V	
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO DIABETES MELLITUS	191
CAPÍTULO VI	
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À PESSOA IDOSA	214
CAPÍTULO VII	
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO USUÁRIO EM SAÚDE MENTAL	239
CAPÍTULO VIII	
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DENGUE, TUBERCULOSE, HANSENIASE E OUTROS AGRAVOS	259

CAPÍTULO IX	
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, AIDS E HEPATITES VIRAIS	330
CAPÍTULO X	
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	363
CAPÍTULO XI	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	375
ANEXO: PORTARIA Nº 1.294	448

APRESENTAÇÃO

O presente instrumento de trabalho foi elaborado com o objetivo de orientar os profissionais enfermeiros a desenvolver suas atividades de forma a qualificar a assistência, garantir a segurança e os direitos dos usuários e dos profissionais de enfermagem e apoiar os profissionais frente às mudanças do modelo de atenção a saúde propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É também um protocolo facilitador e orientador do processo de trabalho para os enfermeiros que lidam com a pessoa/indivíduo em todo o seu ciclo de vida, com a família e comunidade, durante a Consulta de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos ambulatórios, no domicílio, no atendimento a grupos educativos e / ou em espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola (a saúde do escolar: sua higiene corporal e oral, a saúde mental, triagem auditiva, oftalmológica, antropométrica e alimentação, dentre outros).

Para elaboração deste protocolo, tem-se como referência a Portaria da Atenção Básica GM 2488/11, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem Nº 7.498/86, os Manuais e portarias do Ministério da Saúde (MS). E para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem com base científica tem-se como referência a Sistematização da Assistência de Enfermagem (Resolução COFEN nº 358/09) e quanto a Teoria de Enfermagem sugere-se o uso da Teoria de Wanda Aguiar Horta – Necessidades Humanas Básicas. A teoria de Horta (1979) tem como base as leis do equilíbrio, da adaptação e holística. A enfermagem neste contexto é definida como uma ciência aplicada e é uma profissão que integra a equipe

de saúde buscando o cuidado e a prestação de serviços ao ser humano, no contexto individual, familiar, na comunidade e sociedade em que se insere.

Este documento também é o resultado do trabalho de um grupo de profissionais visionários que almejam desenvolver com qualidade a assistência prestada ao usuário, com base sólida e fundamentada na legislação e Constituição Brasileira, e nas mudanças imprescindíveis para atenção à saúde no modelo da Clínica Ampliada e das Redes de Atenção à Saúde. E também da gama de ações necessárias ao desenvolvimento de uma Atenção Básica de Saúde/SUS com atenção integral, com equidade, de qualidade e humanizada.

O Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde e Ambulatórios foi instituído através da **Portaria/FMS nº 1.294 de 2 de outubro de 2012** e poderá passar por revisões a cada dois anos para que se proceda adequações as leis, portarias e manuais do Ministério da Saúde / SUS e da Enfermagem.

1. O PAPEL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Realizar atendimento tendo como ponto de partida o acolhimento: promovendo a escuta qualificada, recebendo bem, ouvindo a demanda, buscando formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela, promovendo uma escuta qualificada que deve ser realizado por toda a equipe de saúde e em toda relação entre profissional de saúde – pessoa em cuidado.

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica estão determinadas na PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), dentre outros. Assim, devem seguir as referidas disposições legais e as que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

1.1 ATRIBUIÇÕES DO (A) ENFERMEIRO (A)

As atribuições específicas do enfermeiro são as determinadas na Portaria Nº 2.488/2011 e as especificadas:

- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no âmbito ambulatorial, com atendimento feito através da Consulta de Enfermagem.

- Realizar diagnóstico de enfermagem e prescrições das ações e intervenções de enfermagem de acordo com problemas de saúde detectados.
- Solicitar exames complementares que são necessários para avaliação clínica de enfermagem da situação de saúde do paciente/cliente.
- Prescrever medicamentos conforme padronização deste protocolo, normativas do Ministério da Saúde e/ou portaria municipal.
- Divulgar para os usuários quanto à importância das consultas de enfermagem com vistas à prevenção e promoção da saúde, recuperação e reabilitação, em todo o ciclo da vida.
- Estimular a adesão ao agendamento das consultas em conformidade com padrões determinados em manuais do Ministério da Saúde e estipuladas pela equipe.
- Realizar a escuta qualificada e avaliação minuciosa, detectando riscos.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidades da pessoa, família e comunidade.
- Identificar dúvidas e dificuldades procurando esclarecê-las.
- Avaliar a pessoa em todo seu ciclo vital buscando solucionar problemas através da escuta qualificada e de encaminhamentos aos demais profissionais da equipe de saúde e serviços de referências.
- Identificar os faltosos dos programas e solicitar a busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

- Verificar estado vacinal dos usuários do Sistema único de Saúde (SUS).
- Encaminhar e/ou administrar as vacinas conforme o calendário do Programa Nacional de imunização (PNI).
- Encaminhar usuários para o serviço de odontologia da unidade, se necessário.
- Realizar encaminhamentos para médico da ESF e especialidades médicas, se necessário.
- Supervisionar o trabalho dos Auxiliares e Técnicos de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS.
- Corrigir problemas detectados, bem como planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, preferencialmente em conjunto com os outros membros da equipe/ESF.

1.2 ATRIBUIÇÕES DO (A) AUXILIAR OU TÉCNICO DE ENFERMAGEM

As atribuições do Auxiliar ou Técnico de enfermagem são as determinadas na Portaria Nº 2.488/2011 e as especificadas:

- Realizar acolhimento do usuário com escuta qualificada;
- Orientar aos usuários quanto às consultas de enfermagem, médicas e odontológicas e adesão ao agendamento das consultas estipuladas pela equipe.
- Administrar as vacinas conforme calendários de vacinação e orientações do enfermeiro e médico da equipe.

- Verificar sinais vitais, peso, estatura, perímetro cefálico e perímetro torácico de acordo com cada caso e necessidade.
- Preencher todos os formulários e fichas de atendimento necessário ao bom andamento das consultas de enfermagem e médica.
- Orientar aos usuários sobre os serviços existentes na UBS (sala de reuniões, SAME, farmácia, vacinas, ferro, vitaminas, marcação de consultas).
- Executar atividades prescritas pelo enfermeiro com vistas a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

2. A CONSULTA DE ENFERMAGEM

A Consulta de Enfermagem consiste em uma oportunidade de atenção à saúde da criança e adolescente, do adulto e do idoso. É um momento de acolhimento, interação e avaliação das condições de saúde e vulnerabilidades na vida do ser humano em todo o ciclo da vida.

No caso específico da avaliação das condições de saúde da criança e da mãe, se destacam a consulta de enfermagem no aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para a puérpera e criança, agendamento da consulta puerperal e de planejamento familiar para a mãe, e de acompanhamento para a criança sadia – consulta de puericultura (BRASIL, 2005).

Na consulta permite-se realizar avaliação de acordo com idade, verificando o crescimento e desenvolvimento

adequado para cada idade, fazer o registro nos instrumentos da SAE e UBS, encaminhamentos para o médico da ESF e/ou especialidades médicas, ou para psicólogos e nutricionistas, dentre outros, de acordo com alterações detectadas. Outro momento da consulta de enfermagem se dá também no domicílio.

Para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem e ações de enfermagem com base científica tem-se como referência a Resolução COFEN nº 358/09, que determina as etapas do Processo de Enfermagem:

1. Coleta de Dados de Enfermagem (Histórico de Enfermagem),
2. Diagnóstico de Enfermagem,
3. Planejamento de Enfermagem,
4. Implementação e
5. Avaliação de Enfermagem.

2.1 COLETA DE DADOS / HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

O enfermeiro deve utilizar os instrumentos que permitam a realização de uma anamnese e exame físico adequado a cada pessoa consultada e teoria escolhida.

Neste momento, identificam-se os problemas de saúde e necessidades humanas básicas afetadas e de acordo com avaliação clínica de enfermagem são realizados os diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Horta (1979) considera que a enfermagem visa o reconhecimento do ser humano, que tem necessidades

humanas básicas, as quais são classificadas em psico-biológicas, psicossociais e psico-espirituais. Estas necessidades são consideradas os entes da enfermagem, e são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes de desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais.

Os desequilíbrios no ser humano exigem do enfermeiro uma assistência profissional, e são denominados “**necessidades afetadas**” que devem ser identificadas e trabalhadas pelo enfermeiro na Consulta de Enfermagem.

1. Necessidades psico-biológicas: oxigenação, hidratação, nutrição, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, mortalidade, cuidado corporal, integridade cutâneo - mucosa, integridade física, regulação fisiológica, locomoção, percepção, ambiente e terapêutica.

2.Necessidades psicossociais: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação espaço - temporal, aceitação, auto realização, autoestima, participação, autoimagem e atenção.

3.Necessidades psico-espirituais: religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida.

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Feito a partir dos problemas detectados ou necessidade afetada, que culmina na tomada de decisão sobre conceitos

diagnósticos de enfermagem, e constituem a base para seleção das ações ou intervenções de enfermagem. Deve-se ter como referência a CIPE ou CIPESC, NANDA.

2.3 PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem se dá a partir da avaliação dos estados de desequilíbrio do ser humano e tem como objetivo satisfazer as necessidades básicas afetadas buscando o estado de saúde da pessoa/indivíduo. Aqui, se determina as prescrições das ações e intervenções de Enfermagem e os resultados a serem alcançados.

2.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE

Deve-se realizar:

- ✓ AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM – avaliar os cuidados de enfermagem prescritos e os resultados obtidos conjuntamente com o cliente e família;
- ✓ Realizar o exame físico e o levantamento de dados ou novas queixas do cliente;
- ✓ Identificar problemas → fazer novos Diagnósticos de Enfermagem e adequar, se necessário, os cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO I
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Autores

Maria de Jesus Lima Almeida

Maria Eliane Martins Oliveira da Rocha

Luís Pires de Sousa

Rogers Pires Lima

Revisão – abril 2016

Maria Eliane Martins Oliveira da Rocha

Ozirina Maria da Costa

Rogers Pires Lima

1 INTRODUÇÃO

A atenção a criança traz mudanças que dizem respeito à ampliação do cuidado com benefício de uma atenção integral, que possa compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo através da promoção do nascimento saudável, do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes.

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil devido às ações relacionadas ao contexto social, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Porém, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, além de persistirem elevadas taxas de morbimortalidade infantil, principalmente as mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida) e que representam 68,6%, sendo a maioria no primeiro dia de vida (BRASIL, 2012).

Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária de nosso país. Com o objetivo de nortear uma assistência de enfermagem qualificada e de reduzir a morbimortalidade infantil este protocolo tem como referência a Portaria MS Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. A mesma tem por finalidade promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com

condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Nesta nova ótica de atendimento as ações de saúde serão planejadas segundo as necessidades da criança, família e comunidade e/ou as queixas apresentadas pelo indivíduo. (BRASIL, 2015)

Portanto, a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

1.1 DIRETRIZES

População Alvo

✓ Crianças de 0 a 9 anos residentes na zona urbana e rural da cidade de Teresina.

População de Risco / Situações de Vulnerabilidade

- ✓ Criança residente em área de risco;
- ✓ Baixo peso ao nascer (menor que 2.500g);
- ✓ Prematuros (idade gestacional menor que 37 semanas);
- ✓ Asfixia grave ou Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida;
- ✓ Crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido;
- ✓ Idade materna menor que 18 anos;

✓ RN de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo);

✓ História familiar de morte de crianças com menos de 5 anos de idade;

O ciclo da criança compreende um período da vida do ser humano onde incidem diferentes riscos de adoecer e morrer, conforme o momento do crescimento e desenvolvimento e a inserção social da criança. De um modo geral, a vulnerabilidade da criança ao agravamento de saúde é maior nos dois primeiros anos de vida, especialmente no primeiro ano de vida, em função da imaturidade de alguns sistemas e órgãos (sistema imunológico, sistema neurológico, motor e outros), que vão passar por intenso processo de crescimento.

Outras situações reconhecidas de vulnerabilidade: aleitamento materno ausente ou não exclusivo, gestação gemelar, malformação congênita, mais do que três filhos morando juntos, ausência de pré-natal, problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança, problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde, não realização de vacinas, identificação de atraso no desenvolvimento (PORTO ALEGRE, 2004 apud BRASIL, 2015) e suspeita ou evidência de violência.

Planejar o atendimento sob o enfoque de risco significa um olhar diferenciado para a criança que está exposta a determinadas condições, sejam biológicas, ambientais ou sociais- as chamadas situações de riscos- que a predispõem a

uma maior probabilidade de apresentar problemas de saúde ou mesmo de morrer.

1.2 METAS

- Garantir a Consulta do recém-nascido na primeira semana de vida - através de visita domiciliar a 100% das crianças;
- Identificar os recém-nascidos com fatores de risco para morbimortalidade infantil;
- Acompanhar prioritariamente 100% dos recém-nascidos de risco da área;
- Monitorar o cumprimento do calendário mínimo de atendimento, para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;
- Estimular a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida em 100% das crianças, tendo como referência a estratégia da “Rede Amamenta Alimenta Brasil”- EAAB.
- Manter atualizado o esquema vacinal de 100% das crianças da área de abrangência da unidade;
- Orientar a família quanto a medidas para prevenir acidentes comuns na infância;
- Trabalhar a prevenção de doenças infectocontagiosas e doenças carências através de orientações básicas de saúde para as famílias;

- Atuar na prevenção de situação de violência e maus-tratos à criança referenciando à rede de cuidados e acompanhar as famílias vítimas deste agravo.

Nesta ótica de atendimento as ações de saúde deverão ser planejadas segundo as necessidades da criança, família e comunidade e/ou as queixas apresentadas pelo indivíduo.

1.3 PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO NA SAÚDE DA CRIANÇA

1.3.1 LINHAS DE CUIDADO

O Ministério da Saúde (MS) propõe por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Humanizar configura-se no ato de ofertar atendimento de qualidade, envolvendo e articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento e melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais da saúde (BRASIL, 2009). Espera-se que todos os profissionais da Atenção Básica de Teresina agreguem o acolhimento no cotidiano de suas atividades, assim como exerçam suas atribuições específicas à saúde da criança, elencadas nas linhas de cuidado à criança.

1.3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA - PNAISC

Para fins da PNAISC, considera-se:

I - **criança:** pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e

II - **primeira infância:** pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses.

Parágrafo único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.

A PNAISC se estrutura em 7 eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e a saúde proporcionando a efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa. Bem como a redução das vulnerabilidades e risco para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

EIXO I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na

melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;

EIXO II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis;

EIXO III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares;

EIXO IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos

diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;

EIXO V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território;

EIXO VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e

EIXO VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

1.4 AÇÕES ESTRATÉGICAS DA PNAISC

O Art 7º diz - São **ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido:**

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis;

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais;

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, com a utilização do "Método Canguru";

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa);

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um

conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade;

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e

VII - as triagens neonatais universais.

Art. 8º São **ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável:**

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);

II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA);

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL);

VI - a mobilização social em aleitamento materno.

Art. 9º São **ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:**

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo;

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde;

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância.

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas:

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI);

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e

III - o fomento da atenção e internação domiciliar.

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz:

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual;

II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência";

III - a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade:

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas;

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

1.5 COMPROMISSO DA UBS.

- ✓ Identificação e priorização do atendimento da criança de alto risco.
- ✓ Incentivo ao aleitamento materno.
- ✓ Verificação dos testes de triagem neonatal.
- ✓ Aplicação e orientação sobre as vacinas do esquema básico.
- ✓ Orientação sobre amamentação e alimentação saudável.
- ✓ Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.
- ✓ Atendimento aos agravos de saúde.

2. REFERÊNCIA PARA O PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte integrante de seu protocolo para Saúde da Criança os seguintes documentos:

- ✓ Estatuto da Criança e do Adolescente Lei Nº 8.069/90.
- ✓ Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil MS/2005.
- ✓ Caderno de Atenção Básica da Criança Nº 23, 24 e 33;

- ✓ Manual - Linhas de cuidado: Saúde da Criança;
- ✓ Manuais - AIDPI (Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância), PNI (Programa Nacional de Imunização), Programa do Ferro e Vitamina A.

Em relação às atribuições do profissional enfermeiro (a) das equipes e os fluxos de atenção classificação e estratificação de risco, a FMS resolve:

- ✓ Adotar os Critérios Diagnósticos, Classificação e Estratificação de Risco e Manter as atribuições e competências da equipe de saúde conforme estabelecidos nos Cadernos de Atenção Básica e normativas do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Básica (SAS) e Programas: AIDPI, PNI, Ferro e Vitamina A.

- ✓ Adotar diretrizes e orientações da PNAISC.

3 CONSULTAS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA (0 a 9 anos)

A adolescência é, portanto, fase de importantes transformações biológicas e mentais, articuladas ao redimensionamento de papéis sociais, como mudanças na relação com a família e escolha de projeto de vida. Percebe-se o quanto essa fase deve ser valorizada, constituindo-se em período de muita vulnerabilidade e exposição a fatores de risco.

A Consulta de Enfermagem a Criança consiste na avaliação sistemática do crescimento, estado nutricional,

situação vacinal, verificação da acuidade visual, auditiva, medidas antropométricas, higiene bucal e corporal, desenvolvimento psicomotor, social e psíquico do recém-nascido e criança com vistas a identificação de problemas/Diagnostico de Enfermagem e a prescrição de cuidados de enfermagem, terapêutica e encaminhamentos adequados e resolução dos problemas, se necessário. Deve ser realizada com base na Resolução COFEN 358/09 seguindo todas as etapas do processo de enfermagem.

3.1. OPERACIONALIZAÇÃO

- ✓ O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança de 0 a 9 anos deverá ser realizado através das consultas de enfermagem e médica ou em função da presença de equipe multidisciplinar na Unidade Básica de Saúde.
- ✓ **A Consulta de Enfermagem/puericultura** seguirá calendário mínimo de consulta preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), ou seja, 7 (sete) consultas no primeiro ano de vida: 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no segundo ano de vida (no 18º e no 24º mês), e a partir do 2º ano de vida consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (BRASIL, 2012, p. 61).
- ✓ O acompanhamento da criança no 1º mês deverá ser realizado em consulta de enfermagem e/ou consulta médica para garantir a realização e/ou avaliação da triagem neonatal (teste do pezinho, teste do olhinho, teste do coraçãozinho, do ouvidinho e da linguinha), acompanhamento da criança com vista ao

aleitamento materno exclusivo, vacinas, presença de icterícia neonatal e detectar alterações e corrigi-las. Aproveitar este momento para perguntar sobre a saúde da mãe e agendar as consultas de revisão do parto e 1º mês para o RN.

- Teste do Pezinho – deve ser realizado a partir do 3º dia de vida, quando já ocorreu uma ingestão adequada de proteína e é possível analisar com mais segurança o metabolismo da fenilalanina, evitando-se resultados falsos negativos para fenilcetonúria. Ideal realizar entre o 3º e 7º dia de vida (ddv), porém a coleta pode se feita até 30 dias de nascido.

- Teste do Reflexo Vermelho (TRV) – o enfermeiro na sua consulta poderá realizar a triagem do olhinho, que deve ser realizado ao nascer ou na primeira consulta de enfermagem e/ou médica na atenção básica/ESF (caso não tenha sido feita ao nascer), aos 6 meses e 12 meses e repetido na consulta de 2 anos. A partir dos 3 anos está indicada a triagem da acuidade visual anual, com uso de tabelas de letras ou figuras, adequando-se a idade da criança. Casos de alterações no teste do olhinho (TRV) ou na acuidade visual deve-se encaminhar a criança ao médico oftalmologista (recomendações CAD nº 33, 2012, p. 65).

- ✓ Os registros do peso, da estatura e do comprimento, bem como do perímetro cefálico da criança, aferidos nos gráficos de crescimento, são recomendáveis para todas as consultas, para

crianças de risco ou não, até os 2 anos de idade (PANPANICH; GARNER, 2008).

- ✓ E se algumas crianças necessitarem de maior atenção - deve ser vistas com maior frequência e/ou serem referenciadas ao atendimento médico especializado.
- ✓ Nas **consultas de enfermagem entre os 2 e os 10 anos de idade**, deve-se aferir o peso e a altura e plotá-los no gráfico nas consultas realizadas. A altura para a idade é o melhor indicador de crescimento da criança e, no Brasil, representa o déficit antropométrico mais importante. Recomenda-se a plotagem de peso, estatura/comprimento nas curvas de IMC por idade e gênero desde o nascimento (LYNCH; WANG; WILCKEN, 2000). O índice de massa corporal (IMC) teve seu uso validado em crianças como bom marcador de adiposidade e sobrepeso, além do fato de que seu valor na infância pode ser preditivo do IMC da vida adulta (TANAKA et al., 2001 apud BRASIL 2012, p.63).
- ✓ Importante na Consulta de Enfermagem á criança realizar avaliação de acordo com idade verificando o crescimento e desenvolvimento adequado para cada idade, registrando dados no cartão ou caderneta da criança e fazendo encaminhamentos de acordo alterações detectadas.
- ✓ Visitas domiciliares devem ser realizadas para crianças que apresentaram alterações no estado de saúde e/ou em caso de faltosos às consultas de rotina.

4. SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares são como o próprio nome diz, complementares à consulta, visando ao estabelecimento de diagnósticos que a anamnese e o exame físico não são capazes de estabelecer isoladamente. Durante o acompanhamento de puericultura, podem surgir intercorrências que demandem a solicitação de exames complementares. Poderão ser solicitados durante a realização da Consulta de Enfermagem os exames especificados no quadro 1.

Quadro 1- Exames Complementares mínimos para a avaliação inicial da Criança

EXAMES	Valor de Referência
Exame de Urina Rotina 1 (ou EAS)	Ausência de Proteinúria, hematúria
Hemograma	Depende do tipo de amostra, da idade e sexo do paciente
Exame parasitológico de fezes	Normal
Perfil lipídico	Avaliação conforme sexo, idade e percentil

Hemograma:

Solicitar em caso de dúvidas em relação à situação clínica da criança; avaliar o grau da palidez palmar e mucosa. Em casos de crianças com história anterior de anemia.

Parasitológico de Fezes (PPF).

Solicitar nas diarreias frequentes; suspeita de infestações por parasitas ou infecções intestinais recorrentes; fezes com presença de muco ou sangue.

A reavaliação laboratorial complementar mínima é de caráter anual, mas depende também da avaliação clínica de enfermagem à criança e sua idade.

5. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A Prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no atendimento a criança pode ser realizada de acordo com avaliação clínica de enfermagem a ser realizada nas consultas de enfermagem e conforme quadro a seguir.

Quadro 2 – Tratamento medicamentoso

MEDICAMENTOS	INDICAÇÕES	DOSES	ADMINISTRAÇÃO
Acetaminofem/ Paracetamol gotas (200 mg/ml) / Comprimido (500mg)	Antitérmico e analgésico	1 gota por Kg de peso (máximo de 40 gotas por dose)	Via oral, até 4 vezes/dia (gotas ou comprimido).
Dipirona gotas (500mg/ml) / solução oral / Comprimidos (500mg) *	Antitérmico e analgésico	1 gota /2kg/ dose	Via oral, até 4 vezes ao dia; Gotas - dose máxima por dia: 60 gotas até 6 anos, 120 gotas de 6 a 12 anos e 160 gotas para maiores de 12 anos.
Ibuprofeno (50mg/ml – suspensão oral) / Comprimido (200, 300 ou 600mg)	Febre e dores leves e moderadas, associadas a gripes e resfriados, dor de garganta, cabeça, dente, nas costas, cólicas menstruais, dores musculares e outras.	Uso oral, adulto e pediátrico	Via oral

MEDICAMENTOS	INDICAÇÕES	DOSES	ADMINISTRAÇÃO
Permetrina - Loção 1% (10 mg/g) / 5% (50 mg/g) **	Escabiose Pediculose	Aplicar loção	Aplicação local à noite; Lavar após 8 -12 h; Pode ser usada a partir de 2 meses
		Aplicar loção	Aplicar loção por 10 a 15 minutos por 3 dias seguidos; Repetir após 7 dias
Permanganato de potássio 100mg – Tópico	Anti-séptico. Limpeza e desodorização de feridas e úlceras. Evitar infecção bacteriana secundária das lesões;	Adultos e Crianças: dissolver um comprimido de 100 mg em 1 litro de água morna. Banho – diluir 1 comprimido de 100mg de permanganato de potássio para 4 litros de água morna.	Tópico – Banho, higiene local ou compressas úmidas

MEDICAMENTOS	INDICAÇÕES	DOSES	ADMINISTRAÇÃO
Nistatina 100.000 UI/ml – suspensão oral	Monilíase oral	½ conta-gotas em cada canto da boca	Via oral 4 x dia durante 7 dias
Nistatina Creme Cetoconazol 2% - Creme	Monilíase e Dermatite perineal	Aplicar na região perineal	Uso tópico - após a troca de fraldas e higiene prévia
Neomicina / Bacitracina Pomada	Infecções locais	Aplicação local	Uso tópico
Dexametaxona pomada/creme 1mg/g (0,1%)	Anti-inflamatório e antipruriginoso tópico utilizado no tratamento de muitas formas de dermatoses.	Uso adulto e pediátrico – aplicação local	Uso tópico - o acetato de dexametasona atua no alívio da coceira e dos sintomas de inflamação.
Sais de reidratação oral (27,9g)	Doença diarreica	Pó para solução oral – Uso conforme norma	Via oral
Solução fisiológica nasal (cloreto de sódio 0,9% - 9mg/ml)	Obstrução nasal	Solução nasal – Uso de ½ conta-gotas em cada narina antes das mamadas	Local

MEDICAMENTOS	INDICAÇÕES	DOSES	ADMINISTRAÇÃO
Sulfato ferroso xarope (5mg/ml); Solução oral (25mg/ml); gotas (1 mg = 1 gota)	Profilático; Palidez palmar leve e/ou Hb: 10 a 11 g/dl	1 mg/kg/dia a partir do 4º/6º mês, após início do desmame até 2 anos de idade.	Via oral; Verificar orientações na Figura 1 em anexo no final deste capítulo.
Vitaminas A	Profilático Criança de 6 -11 meses (100.000 UI); Criança de 12 a 59 meses (200.000 UI)	Cápsulas de 100.000 UI; Cápsulas de 200.000 UI: 1 Dose de 6 / 6 meses	Via oral
Albendazol (40 mg/ml e 400mg) Mebendazol suspensão oral (20mg/ml e 100 mg) **** Metronidazol suspensão oral (40mg/ml), Comprimidos (250 e 400 mg)	Amebíase, Enterobíase, Oxiuríase, Giardíase e Ascaridíase	Suspensão e comprimidos	Via oral

Fonte de referência: RENAME, 2014; REMUME, 2015.

* Crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5 kg não devem ser tratadas com **dipirona sódica**. Doses maiores, somente a critério médico.

** Usar com cautela em menores de 2 anos.

*** Prescrição dos medicamentos do quadro 2 pelo enfermeiro devem ser aceitos em toda a rede do município e em farmácias populares que recebem prescrições do SUS.

**** Não use mebendazol em crianças com menos de 1 ano de idade.

6. ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

O Enfermeiro durante a consulta e avaliação clínica de enfermagem à criança deverá identificar a necessidade de encaminhamentos para consultas de acordo com problemas detectados: cirurgião dentista e médico da equipe (na própria UBS) e especialistas: pediatra, oftalmologista e otorrinolaringologista; e também para psicólogo e nutricionista.

7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM / TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

No manejo dos problemas mais comuns na criança (0 - 9 anos), compete a(o) enfermeira(o) atuar na

sensibilização do cliente orientando quanto aos fatores de riscos e preventivos associados, prescrição de intervenções e cuidados de enfermagem.

1. Cólica - Comum aparecer durante ou após as mamadas até o 4º mês de vida para crianças em AMEX.

Cuidados de Enfermagem: manter o bebê em posição ventral, fazer massagem e aplicação de calor no abdome; verificar e orientar alimentação materna.

2. Conjuntivite - Presença de secreção nos olhos devido ao uso do nitrato de prata no nascimento ou infecções outras.

Cuidados de Enfermagem: limpeza com água fervida ou soro fisiológico a 0,9% 3 vezes ao dia ou sempre que houver secreção.

Caso não melhore e surgir vermelhidão ou secreção purulenta, encaminhar para consulta com o pediatra. Seguir manual AIDPI Neonatal.

3. Obstrução nasal - Conhecido como nariz entupido, é frequente até o 4º mês de vida.

Cuidados de Enfermagem: Lavar as narinas com 1ml de soro fisiológico 0,9% em cada narina, antes de cada mamada.

4. Monilíase oral - Conhecido como sapinho, é a infecção causada por *Cândida albicans*.

Cuidados de Enfermagem: Higiene oral com água bicarbonada (1 colher de chá de bicarbonato de sódio para 100 ml de água fervida e fria) 4 vezes ao dia → Fazer a limpeza da região oral

com dedo indicador envolvendo-o em fralda limpa e umedecida com a solução de água bicarbonada durante 7 – 10 dias; Limpeza dos seios com água filtrada ou fervida antes e após cada mamada; Em caso de alimentação artificial, ferver mamadeiras e bicos diariamente.

Avaliação de Enfermagem: retorno após 3 dias. Dar continuidade tratamento.

Para tratamento medicamentoso seguir quadro com medicamentos estabelecido neste protocolo. Ver também manual AIDPI Neonatal.

5. Dermatite Amoniacal perineal - Conhecida como assaduras, dermatite de fraldas ou amoniacal. A criança apresenta eritema brilhante nas superfícies das coxas das faces mediais e na raiz. Em geral corre também infecção secundária por *Candida albicans*. Nesse caso a suspeita surge quando não há melhora do quadro com tratamentos habituais, eritema é mais intenso e aparecem pequenas lesões pápulo-vesiculares.

Fatores de risco/relacionados: falta de higiene pós-diurese, higiene precária e contaminação por *Candida albicans*.

Cuidados de Enfermagem:

Orientar higiene com água e sabonete neutro a cada troca de fralda, manter pele seca, banho de sol (10-15 minutos) e uso do amido de milho;

Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como produtos industrializados (oleosos, lavanda, soluções de limpeza);

Suspender fraldas descartáveis; Lavar as fraldas com sabão neutro;

Usar nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias;

Usar cremes a base de óxido de zinco.

Avaliação de Enfermagem: retorno após 5 dias. Melhora do quadro: Alta

OBS.: Avaliar outras dermatites e se o eritema for muito intenso encaminhar para avaliação médica. Ver também manual AIDPI Neonatal.

6. Miliária (Brotoeja) – Erupção cutânea causada pela retenção de suor na pele com conseqüente formação de vesículas. Localizam-se, frequentemente, em áreas de flexão da pele (pescoço, axilas e virilhas), região frontal e dorso.

Os RNs podem apresentar miliária nos dias mais quentes, durante processos febris ou situações que favoreçam sudorese intensa.

Cuidados de Enfermagem: manter o bebê em local ventilado, usar roupas leves, evitar banhos muito quentes ou sabonetes em excesso, dar preferência a sabonetes neutros.

Avaliação de Enfermagem: retorno após 7 dias. Não melhora do quadro – consulta médica.

7. Nódulo mamário - Ocorre em ambos os sexos devido a presença de excesso de hormônio feminino.

Cuidados de Enfermagem: não existem medidas terapêuticas, desaconselha-se expressão da mama, se houver sinais de inflamação encaminhar para pediatra.

8. Dermatite seborreica - Descamação oleosa do couro cabeludo e eritema difuso constituindo a crosta láctea.

Cuidados de Enfermagem: remover as escamas com óleo de amêndoas, vaselina líquida, utilizando pente fino e, se necessário consultar pediatra.

9. Granuloma Umbilical - Cicatrização incompleta do coto umbilical.

Cuidados de Enfermagem: higiene com álcool 70%, 4 vezes ao dia;

Tratamento médico - cauterização do coto com nitrato de prata em bastão.

10. Constipação fisiológica - Característico em recém-nascidos com aleitamento materno exclusivo.

Cuidados de Enfermagem: Orientação à mãe: Amamentar ao seio; Respeitar o horário de amamentação, buscando sempre uma periodicidade (2/2 horas ou 3/3 horas.); A mãe que amamenta deve beber boa quantidade de líquidos diariamente (cerca de 4 litros).

11. Constipação por uso de leite artificial - É a eliminação de fezes de consistência endurecida, em pequenos volumes, ocasionando grande esforço por parte da criança e dor, independente do intervalo entre as evacuações.

- O Uso do leite artificial, quando necessário, fora das concentrações recomendadas pelo pediatra ou fabricante e a adição de "engrossantes" ao leite artificial podem causar a constipação.

Cuidados de Enfermagem: hidratação oral com água filtrada e fervida nos intervalos das mamadas, em pequenos volumes.

12. Diarreia - Pode ser definida como um aumento no número de evacuações ou uma diminuição na consistência das fezes. A severidade da diarreia pode variar muito, sendo o aumento da frequência das evacuações o seu maior indicador. Os sintomas de diarreia e vômito são comuns nas crianças e podem causar a desidratação, sendo necessário oferecer água em pequena quantidade, várias vezes ao dia. Para combater a desidratação, deve-se fazer uso de sais de reidratação oral.

Cuidados de Enfermagem: Os bebês devem continuar sendo amamentados ou tomar mamadeira. Nas crianças maiores, boas opções de alimentos são as papinhas de arroz, arroz cozido, frango ou peixe cozido, banana, maçã e sopas.

- Seguir Manuais AIDPI / Plano A e B.

13. Tosse ou dificuldade para respirar

- Orientar cuidados. Seguir Manuais do AIDPI.

14. Escabiose (em crianças maiores de 1 ano) - Doença altamente infecciosa causada pelo parasita *Sarcoptes scabiei*, transmissível pelo contato íntimo entre pessoas ou mesmo através das roupas. Esse parasita se alimenta da queratina, ou seja, proteína que constitui a camada superficial da pele. Depois do acasalamento, a fêmea põe os ovos (seis em média por fêmea) que eclodem após duas semanas. As lesões mais comuns ocorrem entre os dedos das mãos e é, especialmente, a mão que serve de veículo para levar a escabiose a outros

pontos do corpo, principalmente coxas, nádegas, axilas, cotovelo.

Cuidados de Enfermagem:

- Orientar que a transmissão se dá por contato pessoal, por uso de roupas e objetos de uso pessoal; higiene pessoal.
- Tratamento simultâneo dos comunicantes do núcleo familiar e se possível da escola.

Para tratamento medicamentoso seguir quadro com medicamentos estabelecido neste protocolo e portaria municipal.

Avaliação de Enfermagem: retorno após 3 a 5 dias.

15. Pediculose (em crianças maiores de 1 ano) - A pediculose da cabeça é uma doença parasitária, causada pelo *Pediculus humanus var. capitis*, vulgarmente chamado de piolho da cabeça. Atinge todas as classes sociais, afetando principalmente crianças em idade escolar e mulheres. É transmitida pelo contato direto interpessoal ou pelo uso de objetos como bonés, gorros, escovas de cabelo ou pentes de pessoas contaminadas. A doença tem como característica principal a coceira intensa no couro cabeludo, com a coçadura das lesões pode ocorrer a infecção secundária por bactérias, levando, inclusive, ao surgimento de glânglios no pescoço.

Cuidados de Enfermagem:

- Orientar hábitos adequados de higiene;
- Lavar cabelos pela manhã, secar bem, aplicar solução de vinagre morno diluído em partes iguais (1:1); deixar agir por

20 a 30 minutos e pentear os cabelos com pente fino com objetivo de remover as lêndeas; Orientar cuidados com os olhos.

- Lavar roupas de uso pessoal e de cama com água quente ou lavar e depois passar ferro, além de higienizar chapéis e bonés de uso pessoal.

Para tratamento medicamentoso seguir quadro com medicamentos estabelecido neste protocolo.

Avaliação de Enfermagem: retorno até 5 dias. Não melhora do quadro – Repetir tratamento.

16. Parasitoses intestinais - Constituem grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento. Associando-se a quadros de diarreia crônica e desnutrição são um dos principais fatores debilitantes na criança. A incidência de parasitas intestinais tem relação direta com condições ambientais, higiênicas e sanitárias às quais uma população está submetida. Principais parasitoses intestinais: Amebíase, Enterobiase ou oxiuríase, Giardíase e Ascaridíase.

Cuidados de Enfermagem:

- Orientar hábitos adequados de higiene pessoal e saneamento básico.

Para tratamento medicamentoso seguir anexo com medicamentos estabelecido neste protocolo.

17. Hipertermia - A temperatura corporal normal também conhecida como normotermia ou eutermia, é um conceito que depende do local do corpo no qual a temperatura é medida,

hora do dia, e nível de atividade do corpo. A hipertermia resulta de sobrecarga dos mecanismos termorreguladores do corpo. É uma condição aguda que ocorre quando o corpo produz ou absorve mais calor do que pode dissipar. Isso geralmente é causado por exposição prolongada a altas temperaturas. A temperatura de 37,0 °C é comumente aceita como média da medição retal, enquanto 36,8 °C ± 0,7 °C é o considerado normal para medições na boca ou axilas.

Cuidados de Enfermagem:

- Avaliar a condição clínica da criança e doenças associadas. Seguir Manuais do AIDPI.
- Prescrever antitérmico quando hipertermia (Temp. $\geq 38,5$), situações como pós-vacina, dengue e conforme determinações em manuais do MS e risco para paciente.
- O tratamento da hipertermia envolve resfriar e hidratar o corpo. Isso pode ser feito removendo a pessoa da luz direta do sol para um local mais fresco, beber água, remover a roupa, ou sentar em frente a um ventilador.
- Banhar em água fria ou tépida, ou até lavar a face ou outras áreas expostas do corpo.
- Encaminhar para avaliação medica em casos de doenças associadas.

18. Regurgitação / Refluxo Gastroesofágico (RGE) é um distúrbio do sistema digestivo, onde ocorre retorno do alimento do estômago para o esôfago. O RGE pode aparecer nos primeiros dias de vida do recém nascido (RN), ou nos

primeiros meses de vida (ou mesmo na fase adulta), com vômitos, ausência de ganho de peso, irritação antes de ser amamentado e após amamentação, criança fica irritada ao ser deitada, hiperextensão (quando a criança joga-se para trás), choro (devido a azia) entre outros sintomas.

Cuidados de Enfermagem:

- Auxiliar os pais no posicionamento adequado para dormir (elevar cabeceira do berço em 30 graus, com travesseiro ou outro objeto abaixo do colchão);
- Manter o bebê apoiado no colo após as mamadas em posição vertical (para arrotar).
- Evitar trocas de fraldas e manuseios bruscos após as mamadas. Ao colocá-lo no berço, mantê-lo em decúbito lateral ou dorsal com cabeceira elevada.
- Não deixe a criança no bebê-conforto por muito tempo, pois essa posição favorece a regurgitação.

19. Dor no ouvido -

Cuidados de Enfermagem:

- Se secreção secar o pavilhão auditivo 3 vezes ao dia com algodão ou gaze;
- Tratar a dor com analgésico; Seguir Manuais do AIDPI.
- Verificar doenças associadas e encaminhar para consulta médica.

Avaliação de Enfermagem: retorno em 2 dias.

20. Higiene corporal e bucal

Cuidados de Enfermagem: A higiene da criança deve ser realizada a cada evacuação e diurese, sendo também importante o banho diário e orientação de higiene da menina e menino. Toda a equipe de saúde deve estar apta a dar informações adequadas aos pais e aos cuidadores sobre higiene corporal e bucal das crianças. A higiene bucal deve se iniciar na mais tenra infância: 1. Para bebês sem dentes: a limpeza da cavidade bucal deve ser iniciada a partir dos primeiros dias de vida, com a finalidade de remover o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação da boca. A limpeza pode ser realizada com uma gaze ou fralda limpa – embebida em água potável ou solução com uma colher de água oxigenada (vol. 10) em ½ copo de água potável (fria), que deve ser passada delicadamente na gengiva e em toda a mucosa oral do bebê pelo menos uma vez ao dia; 2. Para bebês em fase de erupção dos incisivos (de 6 a 18 meses): gaze ou fralda umedecida em água potável, duas vezes ao dia; 3. Para bebês em fase de erupção de molares (de 18 a 36 meses): com a erupção dos molares decíduos (ao redor dos 18 meses), deve-se iniciar o uso da escova dental macia, duas vezes ao dia (BRASIL, 2012). Além disso, pode-se encaminhar a criança para avaliação e acompanhamento odontológico.

8. CONDOTA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES ESPECIAIS PARA CRIANÇA

8.1 Alimentação Saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil

A avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte de todo o atendimento da criança, no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e nas intercorrências. A abordagem da criança pela equipe de saúde deve destacar a importância dos hábitos alimentares, como um meio eficiente de promoção da saúde, controle dos desvios alimentares e nutricionais e prevenção de várias doenças, na infância e na futura vida adulta, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

Os hábitos alimentares são formados por meio de complexa rede de influências genéticas e ambientais. O comportamento dos pais em relação à alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras no comportamento alimentar de seus filhos até a vida adulta. A alimentação saudável deve contemplar os seguintes pontos básicos:

- **Acessibilidade física e financeira:** alimentos *in natura* e produzidos regionalmente. A alimentação das crianças deve ser composta por alimentos básicos e devem ser evitados alimentos processados nos primeiros anos de vida.
- **Sabor:** o sabor é um atributo fundamental para a promoção da alimentação saudável. Os alimentos precisam ser saborosos para que a criança o aceite.

- **Variedade:** o consumo de vários tipos de alimentos fornece os diferentes nutrientes necessários, evitando a monotonia alimentar. Às vezes, a criança deve ter diversas exposições ao mesmo alimento para a sua aceitação.
- **Cor:** quanto mais colorida é a alimentação, mais rica é em termos de vitaminas e minerais. Essa variedade de coloração torna a refeição atrativa, o que agrada aos sentidos e estimula o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras, grãos e tubérculos em geral.
- **Harmonia:** essa característica da alimentação se refere especificamente à garantia do equilíbrio em quantidade e em qualidade dos alimentos consumidos para o alcance de uma nutrição adequada.
- **Segurança sanitária:** os alimentos devem ser seguros para o consumo, ou seja, não devem apresentar contaminantes de natureza biológica, física ou química ou outros perigos que comprometam a saúde do indivíduo ou da população.

8.2 Introdução da Alimentação Infantil – Dez passos para uma Alimentação Saudável

- Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
- Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

- Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
- Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
- Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
- Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
- Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

As crianças menores de seis meses que recebem com exclusividade o leite materno já muito cedo começam a desenvolver a capacidade de autocontrole da ingestão, aprendendo a distinguir as sensações de fome, durante o jejum, e de saciedade, após a alimentação.

8.3 Orientações Alimentares (0-2 anos)

0 - 6º mês – em aleitamento materno exclusivo (AMEX):

O leite materno contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas muito quentes.

A oferta de água, chás ou qualquer outro alimento sólido ou líquido, aumenta a chance do bebê adoecer, além de substituir o volume de leite materno a ser ingerido, que é mais nutritivo.

Orientações importantes:

1. O leite materno contém tudo o que o bebê necessita até o 6º mês de vida, inclusive água. Assim, a oferta de chás, sucos e água é desnecessária e pode prejudicar a sucção do bebê, fazendo com que ele mame menos leite materno, pois o volume desses líquidos irá substituí-lo.
2. Água, chá e suco representam um meio de contaminação que pode aumentar o risco de doenças. A oferta desses líquidos em chuquinhas ou mamadeiras faz com que o bebê engula mais ar (aerofagia) propiciando desconforto abdominal pela formação de gases, e conseqüentemente,

cólicas no bebê. Além disso, pode-se instalar a confusão de bicos, dificultando a pega correta da mama e aumentar os riscos de problemas ortodônticos e fonoaudiológicos.

3. A pega errada vai prejudicar o esvaziamento total da mama, impedindo que o bebê mame o leite posterior (leite do final da mamada) que é rico em gordura, interferindo na saciedade e encurtando os intervalos entre as mamadas. Assim, a mãe pode pensar que seu leite é insuficiente e fraco.

4. Se as mamas não são esvaziadas de modo adequado ficam ingurgitadas, o que pode diminuir a produção de leite. Isso ocorre devido ao aumento da concentração de substâncias inibidoras da produção de leite.

5. Em média a produção de leite é de um litro por dia, assim é necessário que a mãe reponha em seu organismo a água utilizada no processo de lactação. É importante que a mãe tome mais água (filtrada e fervida) e evite a ingestão de líquidos com calorias como refrigerantes e refrescos.

6. As mulheres que precisam se ausentar por determinados períodos, por exemplo, para o trabalho ou lazer, devem ser incentivadas a realizar a ordenha do leite materno e armazená-lo em frasco de vidro, com tampa plástica de rosca, lavado e fervido.

7. O leite materno na geladeira, pode ser estocado por 12 horas e no congelador ou freezer por no máximo 15 dias. O leite materno deve ser descongelado e aquecido em banho maria e pode ser oferecido ao bebê em copo ou xícara,

pequenos. O leite materno não pode ser descongelado em microondas e não deve ser fervido.

6º mês – 12 meses para crianças amamentadas:

A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos.

Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os 2 anos ou mais. O leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças. Com a introdução dos alimentos complementares é importante que a criança receba água nos intervalos.

- **A partir dos 6 meses**, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas só com o leite materno, embora este ainda continue sendo uma fonte importante de calorias e nutrientes.
- A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos.
- Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os 2 anos ou mais. O leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.
- A partir dos 6 meses o reflexo de protrusão da língua diminui progressivamente, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos; as enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes para essa nova fase; e a criança

desenvolve habilidade para sentar-se, facilitando a alimentação oferecida por colher.

- Com a introdução dos alimentos complementares é importante que a criança receba água nos intervalos.
- **A partir dos 8 meses de idade** a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família, desde que sem temperos picantes, sem alimentos industrializados, com pouco sal e oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pequenos pedaços.
- Os alimentos complementares, especialmente preparados para a criança, são chamados de alimentos de transição.
- A introdução dos alimentos complementares deve respeitar a identidade cultural e alimentar das diversas regiões, resgatando e valorizando os alimentos regionais, ou seja, as frutas, legumes e verduras produzidas localmente.
- A água oferecida deve ser a mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida).

Quadro 1 – Alimentação para crianças 0 – 12 meses

Idade	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite Materno, papa de fruta*, papa salgada*
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada*
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para a alimentação da família

Ao completar 12 meses	Comida da família
-----------------------	-------------------

Fonte: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasil 2013, p.16.

*Papa de fruta: A expressão “papa de fruta” tem como objetivo salientar a consistência com que deve ser oferecido esse alimento, ou seja, amassado ou raspado.

*Papa Salgada: Embora a expressão “papa salgada” seja utilizada diversas vezes ao longo do texto, por ser conhecida e de fácil tradução para os pais na orientação da composição da dieta da criança e para diferenciá-la das papas de frutas, é importante salientar que o objetivo do uso do termo “salgada” não é adjetivar a expressão, induzindo ao entendimento de que a papa tenha muito sal ou que seja uma preparação com utilização de leite acrescido de temperos/sal. Expressões como “papa de vegetais com carne” ou outra que dê ideia de consistência (de purê) e variedade também podem ser empregadas como outras estratégias para uma boa comunicação em saúde.

Recomendações importantes:

- 1.** As refeições, quanto mais espessas e consistentes, apresentam maior densidade energética (caloria/grama de alimento), comparadas com as dietas diluídas, do tipo sucos e sopas ralas.
- 2.** Como a criança tem capacidade gástrica pequena e consome poucas colheradas no início da introdução dos alimentos

complementares, é necessário garantir o aporte calórico com papas de alta densidade energética.

3. Aos 6 meses, a trituração complementar dos alimentos é realizada com as gengivas que já se encontram suficientemente endurecidas (devido a aproximação dos dentes da superfície da gengiva). A introdução da alimentação complementar espessa vai estimular a criança nas funções de lateralização da língua, jogando os alimentos para os dentes trituradores e no reflexo de mastigação.

4. Com 8 meses, a criança que for estimulada a receber papas com consistência espessa, vai desenvolver melhor a musculatura facial e a capacidade de mastigação. Assim, ela aceitará, gradativamente, com mais facilidade a comida da família a partir dessa idade.

Quadro 2 – Grupo de alimentos que podem ser oferecidos as crianças de 6 -12 meses

Cereais, tubérculos	Exemplos: arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa e inhame.
Leguminosas	Exemplos: feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico
Legumes, verduras e frutas	Exemplos: folhas verdes, laranja, abóbora/jerimum, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga.

Carnes ou ovo	Exemplos: frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras.
----------------------	---

Fonte: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasil 2013, p.19.

Quadro 3 – Tipos de alimentos que podem ser oferecidos as crianças de 6 -12 meses

Ao completar 6 meses até 12 meses	Frutas (ex.: banana, manga, abacate, caju, maçã, caqui, mamão, priorizar alimentos regionais)
Ao completar 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas (ex.: banana, manga, abacate, caju, maçã, caqui, mamão, priorizar alimentos regionais) • Cereal ou tubérculo

Fonte: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasil 2013, p.19.

12 – 24 meses para crianças amamentadas

Ao completar 12 meses recomenda-se que a criança tenha três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches (frutas ou cereais ou tubérculos).

Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Quadro 4 – Esquema alimentar para crianças amamentadas

Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou
Leite Materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasil 2013, p. 16.

Crianças não amamentadas / Aleitamento artificial -

Orientações para crianças não amamentadas no primeiro ano de vida.

Sabe-se que há condições em que as crianças não tem condições de ser amamentadas ou não estão mais sendo

amamentadas ao peito e não há a possibilidade de reverter essa situação. Assim, as orientações a seguir permitirão aos profissionais de saúde atuar de maneira mais adequada frente a tais casos e de forma individualizada. Essas devem ser adotadas apenas excepcionalmente, quando esgotadas todas as possibilidades de relactação da mãe e analisados caso a caso.

Recomendações importantes:

1. É importante reforçar que o leite de vaca integral fluido ou em pó não é recomendado para criança menor de um ano. Diante da impossibilidade de impedir a utilização desse alimento para o lactente o profissional de saúde deve orientar a mãe quanto aos procedimentos a seguir, que incluem a diluição adequada para a idade, a correção da deficiência de ácido linoléico com óleo nos primeiros quatro meses e a suplementação com vitamina C e ferro.

2. A amamentação deve ser protegida. Por isso, a orientação sobre preparo de leites artificiais nunca deve ser coletiva. Nos casos em que há necessidade de orientar sobre o preparo de leites artificiais (por exemplo, mães HIV positivo) esta orientação deve ser feita de maneira individualizada e por profissional qualificado.

3. Para crianças menores de 4 meses:

- Perguntar à mãe ou responsável como ela prepara o leite que oferece à criança e corrigir, se for o caso, a diluição (que pode estar muito diluída ou concentrada), o volume de cada refeição e o número de refeições que estão sendo

oferecidos (as tabelas a seguir mostram as diluições e volumes aproximados por faixa etária).

- Identificar as práticas de higiene usadas na manipulação e no preparo dos alimentos complementares, orientando adequadamente as mães e cuidadores, quando necessário.

- Orientar a mãe para preparar cada refeição láctea próxima à hora de oferecê-la à criança, sobretudo se não possui refrigerador. E nunca oferecer à criança sobras de leite da refeição anterior.

4. Caso a criança não amamentadas, oferecer quatro refeições diárias, além de duas refeições lácteas, a partir dos 4 meses de vida: duas refeições básicas (almoço e jantar) e duas frutas, além do leite sem adição de açúcar. A composição das papas, forma de introdução e consistência deve seguir as orientações contidas nos passos para crianças a partir de 6 meses.

5. A partir dos 4 meses, a orientação básica é iniciar logo a alimentação (não esperar que a criança entre no sexto mês) e ir substituindo a refeição láctea pura pela alimentação, de modo gradativo. Todas as demais orientações dadas para as crianças menores de 4 meses também se aplicam a esse grupo de idade.

6. Preparo do leite de vaca integral em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e em seguida adicionar a água restante necessária. Ver Quadro de volume por refeição.

Quadro 5 – Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com idade

Idade	Volume/Refeição	Número de refeições/dia
Do nascimento a 30 dias	60 – 120 ml	6 a 8
30 a 60 dias	120 – 150 ml	6 a 8
2 a 3 meses	150 – 180 ml	5 a 6
3 a 4 meses	180 – 200 ml	4 a 5
> 4 meses	180 - 200 ml	2 a 3

Fonte: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasil 2013, p. 36.

Quadro 5 – Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com idade

Menores de 4 meses	De 4 a 8 meses	Após completar 8 meses	Após completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de Fruta	Fruta	Fruta
	Papa Salgada	Papa Salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
	Papa de Fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou cereal ou tubérculo
	Papa Salgada	Papa Salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasil 2013, p. 37.

Importante:- Se a criança estiver recebendo fórmula infantil, não há necessidade de suplementação com ferro e vitaminas, porque já são enriquecidas. Fórmulas infantis são os leites industrializados próprios para o lactente.

- Se a criança estiver recebendo preparação com leite de vaca integral em pó ou fluido, seguir o seguinte esquema: com 2 meses – suplementação com vitamina C (30mg/dia) - suco de fruta ou suplemento medicamentoso na idade de 2 a 3 meses – suplementação com ferro (1 a 2mg por kg de peso/dia) até que a alimentação complementar seja introduzida e supra as necessidades desses minerais

8.4 Combate à desnutrição e anemias carências

Programa do Ferro – Prescrição de medicamento conforme Manual do Ministério da Saúde.

8.5 Imunização

O calendário básico de vacinação da criança adotado corresponde ao proposto pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Este calendário pode sofrer alterações que dependem da situação epidemiológica de cada doença ou da inclusão de novos imunobiológicos. Assim, o enfermeiro na sua consulta deve avaliar e fazer as indicações de acordo com calendário de vacinação e idade da criança.

8.6 Doenças Prevalentes na Infância - Infecções Respiratórias Agudas/ Diarreia/ Desidratação/ Infecção local.

Seguir Manuais - Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI.

8.7 Prevenção de acidentes, maus tratos/violência e trabalho infantil - Legislação vigente.

8.8 Atenção à criança portadora de deficiência – Legislação vigente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI Neonatal.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. 3 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica nº 33).

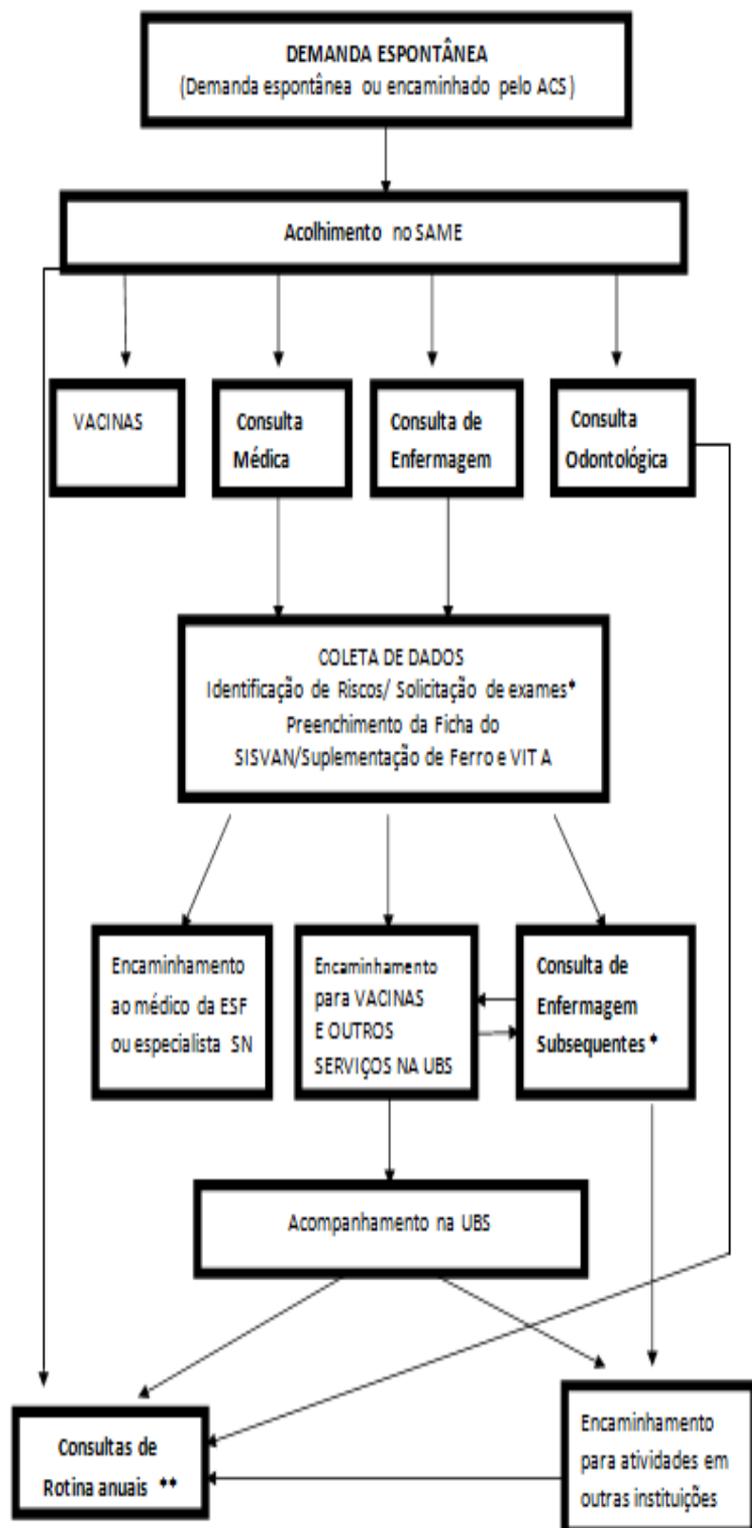
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora MS, 2009.

_____. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília - DF, 2005.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA (1 – 10anos) NA UBS



Quadro 1 – Classificação de crianças conforme idade e necessidade de suplementação de ferro

Classificação	Conduitas
Grupo 1 (com menos de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno exclusivo	A. Crianças em aleitamento materno exclusivo
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de	B. Crianças em uso de fórmulas com leite de
C. Prematuros saudios e bebês pequenos para a	C. Prematuros saudios e bebês pequenos para a
D. Prematuros com história de hemorragia	D. Prematuros com história de hemorragia
Grupo 2 (de risco para maiores de 24 meses)	
<ul style="list-style-type: none"> - Dieta pobre em ferro: vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente) e baixa ingesta de frutas e verduras. - Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos). 	Solicite hemograma e aja conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Trate a anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhe os pais sobre dieta rica em ferro.

Fonte: Caderno de Atenção Básica, Nº 33, Brasil 2012, p. 81.

Quadro 2 – Frequência respiratória normal segundo Organização Mundial de Saúde

De 0 a 2 meses	Até 60mrm*
De 2 a 11 meses	Até 50mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40mrm
De 6 a 8 anos	Até 30mrm
Acima de 8 anos	Até 20mrm

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007, p. 31-50. In: Caderno de Atenção Básica Nº 33, Brasil 2012, p. 65.

(*) mrm=movimentos respiratórios por minuto.

Quadro 3 – Frequência cardíaca normal

Idade	Variação	Média normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 anos	De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

Fonte: DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000, p. 43-45. In: Caderno de Atenção Básica Nº 33, Brasil 2012, p. 65.

Quadro 4 – Classificação da pressão arterial em menores de 18 anos

Média das 2 últimas de 3 aferições da pressão arterial na consulta	Definição
PA sistólica e diastólica < percentil 90	Normal
PA sistólica média e/ou diastólica média entre o percentil 90 e 95	Normal alta
PA sistólica média e/ou diastólica média > percentil 95	Alta ou hipertensão

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006. In: Caderno de Atenção Básica Nº 33, Brasil 2012, p. 69.

Quadro 5 – Distribuição dos valores normais de lipídios em indivíduos de 5 a 19 anos, conforme idade e sexo

	Homens				Mulheres		
	Idade (anos)				Idade (anos)		
	5 a 9	10 a 14	15 a 19		5 a 9	10 a 14	15 a 19
	Colesterol total (mg/dl)				Colesterol total (mg/dl)		
*P 50	153	161	152	P 50	164	159	157
P 75	168	173	168	P 75	177	171	176
P 90	183	191	183	P 90	189	191	198
P 95	186	201	191	P 95	197	205	208
	Triglicerídeos (mg/dl)				Triglicerídeos (mg/dl)		
P 50	48	58	68	P 50	57	68	64
P 75	58	74	88	P 75	74	85	85
P 90	70	94	125	P 90	103	104	112
P 95	85	111	143	P 95	120	120	126
	LDL (mg/dl)				LDL (mg/dl)		
P 50	90	94	93	P 50	98	94	93
P 75	103	109	109	P 75	115	110	110
P 90	117	123	123	P 90	125	126	129
P 95	129	133	130	P 95	140	136	137
	HDL (mg/dl)				HDL (mg/dl)		
P 5	38	37	30	P 5	36	37	35
P 10	43	40	34	P 10	38	40	38
P 25	49	46	39	P 25	48	45	43
P 50	55	55	46	P 50	52	52	51

Fonte: DANIELS; GREER, 2008, p. 198-208 (com adaptações). In: Caderno de Atenção Básica Nº 33, Brasil 2012, p. 83.

(*) P = percentil

CAPÍTULO II

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

Autores
Amália de Oliveira Carvalho
Conceição de Maria Costa
Jairo José de Moura Feitosa
Marilene Araújo Barradas Brito
Ozirina Maria da Costa

Revisão – Abril 2016
Maria Eliane Martins Oliveira da Rocha
Rogers Pires Lima

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2005). A Organização Mundial de Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude estende dos 15 aos 24 anos.

No atendimento à saúde de adolescente, alguns pontos devem ser considerados durante a abordagem clínica, destacando-se o estabelecimento do vínculo de confiança entre Estratégia Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde, os adolescentes, suas famílias e os estabelecimentos escolares.

Uma atitude acolhedora e compreensiva também possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, ainda, como juventude o período que se estende dos 15 aos 24 anos, identificando adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). A lei brasileira, através do Estatuto da Criança e do Adolescente, considera adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos (FRANGOSO; MAURO, 2006). Para efeitos deste protocolo levaremos em consideração o preconizado pela OMS.

A vulnerabilidade desta faixa etária é outra questão importante e deve ser considerada como fator importante para o desenvolvimento de ações junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, suas características psicológicas peculiares da idade, contexto social em que está inserido, condições que muitas vezes o tornam mais suscetíveis às mais diferentes situações de risco, como gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DST), acidentes, violência, maus tratos, uso de drogas, evasão escolar, dentre outros fatores.

2. DIRETRIZES

População Alvo

- ✓ Adolescente de 10 a 19 anos de idade residentes na zona urbana e rural da cidade de Teresina.

Rede de Atenção à Saúde

- ✓ Participar e desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde da criança e do adolescente;
- ✓ Realizar avaliação clínica, nutricional, oftalmológica e auditiva;
- ✓ Avaliação da saúde e higiene bucal;
- ✓ Avaliação psicossocial;
- ✓ Monitorar e acompanhar o calendário vacinal;
- ✓ Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- ✓ Prevenção e redução do consumo do álcool e de drogas;
- ✓ Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- ✓ Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- ✓ Educação permanente em saúde;
- ✓ Estimulo a atividade física e saúde;
- ✓ Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;
- ✓ Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas;
- ✓ Uso da Caderneta de Saúde do Adolescente.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve buscar trabalhar às necessidades específicas dos adolescentes, a partir dos recursos humanos e materiais disponíveis para atendimento aos adolescentes, respeitando suas características pessoais, socioeconômicas e culturais, além do perfil

epidemiológico da população local e estimular a participação ativa dos jovens nas ações de prevenção e promoção à saúde.

3 PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO NA SAÚDE DO ADOLESCENTE: facilitadores da relação entre a equipe de saúde e o adolescente

1. O adolescente precisa perceber que o profissional de saúde inspira confiança, que adota atitude de respeito e imparcialidade. Não emite juízo de valor sobre as questões emocionais e existenciais escutadas. Nesse terreno o profissional de saúde não deve ser normativo;
2. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações na qual o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Essas situações estão relacionadas a riscos de vida do adolescente e de outras pessoas;
3. É importante estar preparado não só para ouvir com atenção e interesse o que o adolescente tem a dizer, mas também ter sensibilidade suficiente para apreender outros aspectos que são difíceis de ser expressados verbalmente por eles;
4. Geralmente, o atendimento de adolescente necessita de tempo e, na maioria das vezes, demanda mais de um retorno;
5. O modelo clássico de anamnese clínica mostra-se inadequado ao atendimento do adolescente na UBS, pois não são considerados os aspectos da vida social, de trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional, de situações de

vulnerabilidade ou de riscos para violências, acidentes, uso abusivo de álcool e drogas, entre outros;

6. Na maioria das vezes, o adolescente não procura o médico, ou outro profissional de saúde, espontaneamente; é levado pelos pais, familiares ou cuidadores e, com certa frequência, contra a sua vontade. Assim, é comum defrontar-se com um jovem ansioso, inseguro, com medo, assumindo uma atitude do mais absoluto silêncio ou, pelo contrário, de enfrentamento;

7. Quando o adolescente procurar a UBS sem o acompanhamento dos pais ele tem o direito de ser atendido sozinho. No entanto a equipe poderá negociar com ele a presença dos pais ou responsáveis, se for o caso;

8. A entrevista inicial poderá ser feita só com o adolescente ou junto com a família. De qualquer forma, é importante haver momento a sós com o adolescente, que será mais de escuta, propiciando uma expressão livre, sem muitas interrogações, evitando-se as observações precipitadas;

Cabe à equipe de saúde criar estratégias específicas de atendimento ao adolescente, por exemplo, estabelecer espaços reservados de atendimento, individual ou em grupo.

Ao Enfermeiro cabe realizar Consulta de Enfermagem ao adolescente, para detectar as necessidades humanas básicas afetadas e definir junto à equipe de saúde o projeto terapêutico individual ou coletivo.

4 REFERÊNCIA PARA PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte integrante de seu protocolo para adolescentes os seguintes documentos:

- Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.
- Programa Saúde na Escola - Cadernos de Atenção Básica Nº 24.
- Caderno de Atenção Básica Nº 18, 23, 26 e 33.
- Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas escolas e Unidades Básicas de Saúde. 2010.
- CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE – MENINO;
- CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE – MENINA.

Em relação às atribuições do profissional Enfermeiro (a) das equipes e os fluxos de atenção classificação e estratificação de risco, a FMS resolve:

- Manter as atribuições e competências da equipe de saúde estabelecidas nos Cadernos de Atenção Básica e portarias ministeriais.

5 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE

Na Consulta de enfermagem ao adolescente, o enfermeiro deve atentar para questões essenciais que envolvem esta faixa etária, tais como a busca da identidade, da independência, projeto de vida, sexualidade e educação, além do acompanhamento do crescimento, estado nutricional, situação vacinal, verificação da acuidade visual (uso da Escala de Snellen), auditiva, medidas antropométricas, desenvolvimento psicomotor, social e psíquico com vistas à identificação de problemas/Diagnóstico de Enfermagem e a prescrição de cuidados de enfermagem, terapêutica e encaminhamentos adequados e resolução dos problemas, se necessário. Deve ser realizada com base na Resolução COFEN 358/09 seguindo todas as etapas do processo de enfermagem.

Importante na consulta criar um vínculo de confiança, realizar o exame físico em acomodações que permitam privacidade e ambiente em que o adolescente se sinta mais à vontade.

Durante o exame físico, poderá haver outro profissional presente, como medida de segurança e resguardo para o profissional e para o adolescente, em relação a possíveis interpretações, por parte do adolescente, parentes ou responsáveis, que possam colocar em dúvida a integridade ética e deontológica de conduta e procedimentos seguidos no atendimento. É importante esclarecer ao adolescente, antes do

exame, tudo o que vai ser realizado. O uso adequado de lençóis e camisolas torna o exame mais fácil.

Em situações de violência sexual, o enfermeiro deve enfatizar a prevenção das DST/AIDS, da anticoncepção de emergência (observado prazo máximo recomendado de até 72 horas), da hepatite B, outras doenças e complicações decorrentes da violência, incluindo as consequências psicológicas.

Importante o trabalho da equipe multiprofissional e envolvimento, se necessário, da ESF com NASF e PSE, além de encaminhamentos para os serviços de referência.

Seguir o Fluxograma da Consulta de Enfermagem ao adolescente anexo a este capítulo.

6 SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Devem ser solicitados, na consulta de enfermagem anual do adolescente os seguintes exames: **Hemograma completo, Sumário de Urina, Parasitológico de fezes (com evidências clínicas, tratar de imediato), Lipidograma e Glicemia de jejum.**

Para os adolescentes de ambos os sexos, sexualmente ativos e com história de vários parceiros, além dos exames de rotina já indicados, é recomendado solicitar, na consulta **sorologia para sífilis e HIV** (com aconselhamento prévio do adolescente).

Para adolescentes do sexo feminino, que já iniciaram atividade sexual, deve ser solicitado ou realizado o exame de **Papanicolau**. Outros exames poderão ser solicitados de acordo com a necessidade de cada caso e previsíveis neste protocolo.

7 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A prescrição medicamentosa deve seguir as condutas deste protocolo municipal e Manuais do Ministério da Saúde:

- Saúde da Mulher (Pré-natal, Prevenção de Câncer de Mama e Colo de Uterino);
- DSTs/AIDS;
- Planejamento reprodutivo e familiar;
- Também poderão ser prescritos pelo enfermeiro os medicamentos citados no Quadro 2 do Capítulo I - Saúde da Criança, acrescidos dos itens do quadro a seguir.

Quadro 2 – Tratamento medicamentoso

MEDICAMENTOS	INDICAÇÕES	DOSES	ADMINISTRAÇÃO
Peróxido de benzoíla – Gel 2,5% (25 mg/g) /5% (50 mg/g)	Anti-inflamatório, tratamento da acne vulgar.	Fazer uma ou duas aplicações tópicas diárias nas áreas acneicas	Tópico após higiene local. Antes de cada aplicação, lavar o local com água e sabonete neutro.
Cetoconazol 2% Creme	Micoses de pele, frieira e pano branco.	O creme deve ser aplicado nas áreas infectadas uma vez ao dia *	Tópico após higiene local.

Fonte: RENAME, 2014; REMUME, 2015.

* O tratamento deve ser mantido por mais alguns dias após o desaparecimento dos sintomas e das lesões. Resultados favoráveis após 4 semanas de tratamento, dependendo, obviamente, do tipo de micose, extensão e intensidade das lesões. Devem ser praticadas medidas gerais de higiene para auxiliar no controle de fatores de contaminação ou reinfecção.

6 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

Médico e cirurgião dentista da ESF (na própria UBS); Psicólogo, Nutricionista e especialidades médicas: Ginecologista, endocrinologistas, oftalmologista e ortopedista.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS, M. R. Org. **Cipescando em Curitiba**: Construção e Implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde Curitiba – PR. Curitiba: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.: il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente** / Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica – CAD n. 24).

FRANGOSO, L. A. & MAURO, A. M. M. F. (org.). Manual de Atenção à Saúde do adolescente. São Paulo: Secretaria da Saúde/Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, 2006.

HORTA, V. A *Processo de enfermagem*. E. P. Castellanos. São Paulo: EPU, 1979.

ANEXOS

FLUXOGRAMA 1- CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE

ACOLHIMENTO

I - COLETA DE DADOS /HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Exame físico*



Preenchimento da Caderneta de Saúde do Adolescente

Solicitação de exames: Hemograma – Sumário de urina; Glicemia de jejum; Lipidograma;
Vida sexual ativa: VDRL; HIV (com consentimento);
Citologia/Papanicolau

II - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM



III - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM → ENCAMINHAMENTOS:

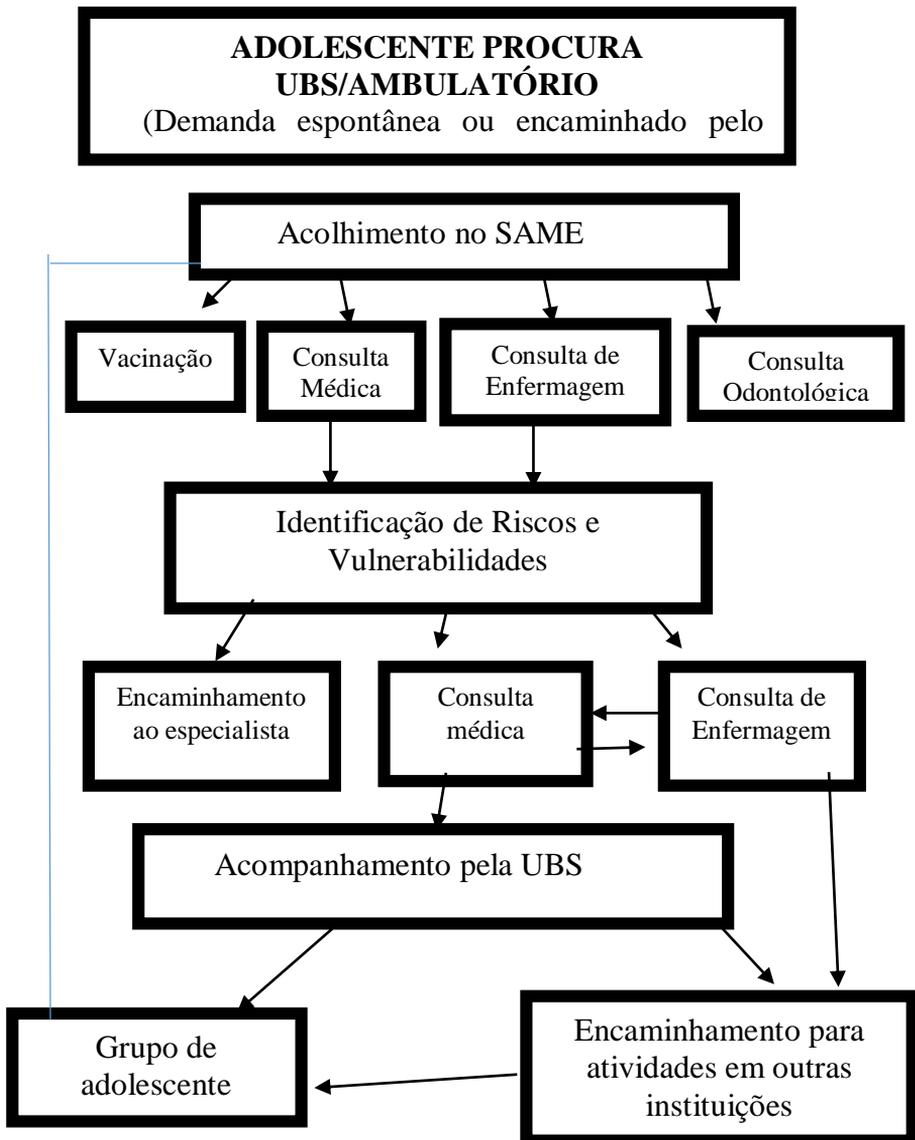
Médico ESF Dentista ESF Especialista Grupos educativos Outras instituições
--

IV - AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: Consulta subsequente

***EXAME FÍSICO:**

1. Aspecto geral (aparência física, humor, pele hidratada, eunéico, normocorado, etc.);
2. Avaliar aspectos emocionais, de estresse, ansiedade, tristeza, euforia, (des) orientação mental, física e /ou espacial e uso de medicação psicotrópica;
3. Avaliação de peso, altura, IMC/idade e Altura/idade – usar curvas e critérios da OMS (2007);
4. Verificação da pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano usando as curvas de pressão arterial para idade);
5. Avaliação dos sistemas: respiratório, cardiovascular; gastrointestinal, etc;
6. Avaliação do Estágio Puberal – usar critérios de Tanner (masculino e feminino);
7. Avaliação da acuidade visual (escala de Snelle) e auditiva;
8. Avaliação de aspectos cognitivos e comportamentais;
9. Avaliação de possíveis sintomas ou sinais (físicos, psíquicos e sociais) sugestivos ou indicativos de violência doméstica, sexual, maus tratos, dentre outros.

FLUXOGRAMA 2 - ATENDIMENTO DO USUÁRIO ADOLESCENTE



CAPÍTULO III
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À
SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL DE BAIXO
RISCO E PUERPÉRIO

Autores

Ivanilda Sepúlveda Gomes
Raimundo Nonato Pereira de Sousa
Rosilane dos Santos Oliveira
Susanne Emanuelle G. dos Santos
Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos

Revisão – abril 2016

Milleni Sousa Vieira
Raimundo Nonato Pereira de Sousa
Renara Maria Carvalho de Oliveira
Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal constitui-se em uma das ações mais elementares da atenção básica, impactando de maneira positiva os indicadores materno-infantis. Assim, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem

todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

Por tanto, é necessário no mínimo seis consultas com profissionais de nível superior (consultas alternadas e complementares entre o médico e o enfermeiro) que devem ser oferecidas mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; semanalmente da 36ª a 41ª semana. Quando o parto não ocorrer até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice de líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2013).

O enfermeiro solicita os exames complementares indicados, exames para diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama, imunização. Faz uma avaliação clínica em cada consulta, que, no mínimo, envolve classificação de risco, avaliação nutricional, mensuração da pressão arterial e da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal.

Realiza atividades educativas mensais, abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério. Busca promover ou ampliar a participação do companheiro no pré-natal, parto e puerpério, pois essa participação repercute positivamente na melhoria do estado geral de saúde da gestante. Mantém o acompanhamento por meio de visitas domiciliares e de grupo de educação em saúde das gestantes que optaram por realizar o pré-natal em outros serviços (BRASIL, 2013).

2 REFERÊNCIAS PARA PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte integrante de seu protocolo para acompanhamento no pré-natal, os seguintes documentos:

- Caderno de Atenção Básica 32 Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2013.

Em relação às atribuições do enfermeiro(a) no acompanhamento pré-natal, a FMS resolve:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Caderneta da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das ISTs, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes;

- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

3.1 Diagnóstico de gravidez

O diagnóstico da gravidez pode ser feito pelo enfermeiro (seguir Fluxograma I, ANEXO), observando:

O atraso ou irregularidade menstrual, náuseas, aumento do volume abdominal e exames laboratoriais ou de imagem (ultrassonografia) que poderão ser solicitados pelo enfermeiro. Sinais e sintomas relevantes relacionados à gravidez:

Presuntivos

- Amenorreia;
- Náuseas e vômitos;
- Alterações mamárias;
- Alterações cutâneas: linha nigra, cloasma, estrias;
- Fadiga, mal estar, desconforto geral e letargia sem qualquer causa aparente;

Prováveis

- Sinal de Piskacek ou sinal de Braunvon Fernwald: congestão e amolecimento do fundo do útero;
- Sinal de Hegar: amolecimento do istmo uterino.
- Sinal de Gooldelle: amolecimento da cérvix.
- Sinal de Chadwick: coloração azulada visível nas mucosas da cérvix.
- Crescimento do abdome;
- Contrações de Braxton Hicks: contrações uterinas indolores que começam no início da gravidez e tornam-se mais frequentes após a 28ª semana.
- Contorno fetal: a partir da 24ª semana;
- Testes positivos para gravidez: aumento do HCG no exame sérico ou de urina.

Positivo

- Ausculta dos BCF: a partir de desenvolvimento de feto, pode-se auscultar a partir de 12ª semanas com sonar Doppler, e após 24ª semana com Pinard.
- Percepção do movimento fetal pela palpação do examinador: pode ser percebido como ondulação na parede abdominal;
- Sinal de Puzos: Rechaço: movimento passivo do feto.

Após confirmação da gravidez em consulta de enfermagem, dá-se o início ao acompanhamento da gestante.

3.2 A consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco

As consultas de pré-natal deverão ser intercaladas consultas de enfermagem com consultas médicas. O enfermeiro deverá realizar um trabalho em conjunto com o médico com objetivo único de assistir integralmente a gestante e seu filho, durante toda a gravidez, parto e puerpério. Sendo que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

As consultas deverão ser agendadas e ter seu atendimento programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal, também visando melhorar o acesso da gestante. Importante que o atendimento seja precoce (1º trimestre), regular, completo, garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas, preenchendo-se a caderneta, ficha da gestante e seu cadastro e o acompanhamento no SISPRENATAL e ser extensivo a todas as gestantes.

3.2.1 Classificação de risco gestacional

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento

e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento.

Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica (BRASIL, 2013).

3.2.2 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de Atenção Básica

- Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais

desfavoráveis; • Altura menor do que 1,45m; • IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

- Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; • Macrossomia fetal; • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; • Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; • Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); • Cirurgia uterina anterior; • Três ou mais cesarianas.

- Fatores relacionados à gravidez atual:

• Ganho ponderal inadequado; • Infecção urinária; • Anemia.

3.2.3 Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco

- Fatores relacionados às condições prévias:

• Cardiopatias; • Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica); • Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados); • Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia); • Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG); • Doenças neurológicas (como epilepsia); • Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses,

depressão grave etc.); • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses); • Alterações genéticas maternas; • Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; • Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); • Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma); • Hanseníase; • Tuberculose; • Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; • Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

- Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

• Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida; • História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI); • Abortamento habitual; • Esterilidade/infertilidade.

- Fatores relacionados à gravidez atual:

• Restrição do crescimento intrauterino; • Polidrâmnio ou oligidrâmnio; • Gemelaridade; • Malformações fetais; ou arritmia fetal; • Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); • Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para

avaliação); • Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; • Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); • Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual; • Evidência laboratorial de proteinúria; • Diabetes mellitus gestacional; • Desnutrição materna severa; • Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional); • NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); • Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); • Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

3.2.4 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica

- ✓ Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- ✓ Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;

- ✓ Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação C).
- ✓ Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- ✓ Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- ✓ Crise hipertensiva (PA > 160/110); • Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- ✓ Isoimunização Rh;
- ✓ Anemia grave (hemoglobina < 8);
- ✓ Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas); • IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- ✓ Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- ✓ Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- ✓ Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- ✓ Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- ✓ Investigação de prurido gestacional/icterícia;

- ✓ Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- ✓ Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- ✓ Restrição de crescimento intrauterino;
- ✓ Oligoidrâmnio; Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

3.3 PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

Realizar consulta conforme roteiro e orientação do Caderno de Atenção Básica nº 32:

Realizar História Clínica (Coleta de dados)

Utilizar Caderneta da Gestante;

Realizar Cadastro no SISPRENATALWEB e registros no e-SUS;

Solicitar exames complementares;

Aconselhamento pré-teste e pós-teste para HIV/AIDS;

Encaminhar para vacinas se necessário;

Realizar ações educativas e marcar consulta subsequente;

Prescrever medicamentos, conforme o preconizado para o pré-natal.

3.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE

Revisão da ficha pré-natal;

Anamnese atual sucinta;

Verificação do calendário de vacinação.

Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC), anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- Medida da pressão arterial;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina. Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
- Pesquisa de edema;
- Verificação dos resultados dos testes para sífilis (VDRL e confirmatório, sempre que possível) e, no caso de resultado positivo, o esquema terapêutico utilizado (na gestante e em seu parceiro), além do resultado dos exames (VDRL) realizados mensalmente para o controle de cura;
- Avaliação dos outros resultados de exames laboratoriais.

Controles fetais:

- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

Condutas:

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;

- Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (400mcg/dia) que deverá ser iniciado na primeira consulta e permanecer até o final do pré-natal e demais medicamentos em caso de verminoses (conforme quadro abaixo) e infecções ginecológicas conforme demais protocolos (IST/AIDS)
- Orientação alimentar;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados (a mulher referenciada ao serviço especializado deverá continuar sendo acompanhada pela equipe da atenção básica);
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos (os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse do grupo);
- Agendamento de consultas subsequentes.

3.5 CONSULTA PUERPERAL

O puerpério é considerado o período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo materno retorna suas condições pré-gravídicas e é caracterizado pelas regressões das modificações locais e sistêmicas que foram provocadas pela gravidez.

3.5.1 Atividades:

1. Preencher FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATALWEB (conclusão da assistência pré-natal).
2. Completar o preenchimento da FICHA PERINATAL com os dados relativos ao parto, constantes na Caderneta da gestante, bem como preencher os dados no e-SUS.
3. Proceder ao exame ginecológico completo e registrar as eventuais queixas para tratamento e/ou encaminhamento adequado.
4. Solicitar os exames complementares, se necessário.
5. Referenciar a gestante para completar as doses de vacina, se necessário.
6. Prescrever e orientar o uso de Sulfato Ferroso (1 comprimido ao dia) por 3 meses pós-parto ou pós-aborto.
7. Orientar alimentação.
8. Averiguar se a amamentação se processa normalmente, corrigindo as distorções identificadas.
9. Discutir a importância da observação de adequado intervalo gestacional e ministrar subsídios técnicos na abordagem do planejamento familiar.
10. Assinalar a importância do acompanhamento ginecológico de rotina (prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama) e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

3.5.2 Avaliação materna no domicílio

- Sinais vitais

- Exame das mamas
- Verificar involução uterina
- Investigar possíveis alterações na gestação, parto e puerpério.
- Verificar as condições de cicatrização da ferida cirúrgica
- Avaliar a loquiação.
- Incentivar aleitamento materno exclusivo
- Oferecer vitamina A, se necessário.
- Avaliar esquema vacinal.
- Agendar consulta puerperal na UBS.
- Orientar a procurar o serviço de saúde em caso dúvidas e intercorrências.

3.5.3 Avaliação materna na unidade de saúde

- Realizar consulta puerperal até 42 semanas após o parto.
- Solicitar exames laboratoriais, se necessário.
- Realizar exame citopatológico, se houver necessidade.
- Orientar contracepção e prescrever conforme protocolo de Planejamento Reprodutivo.
- Cadastrar no programa de planejamento reprodutivo da unidade de saúde.

4 EXAMES COMPLEMENTARES E CONDUTAS

Quadro 1 – Exames complementares de rotina do pré-natal

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n° 32, p.109.

Quadro 2 - Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	Trate a gestante e seu parceiro. Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega). Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI. Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.

Exames de rotina	Resultados	Conduta
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	Realize exame mensal para controle de cura
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	<p>“Traços”: repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Traços” e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Maciça”: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
	Piúria/bacteriúria/leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	<p>Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma. Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento.</p> <p>Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.</p>
	Hematúria	<p>Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior.</p> <p>Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é</p>

Exame de rotina	Resultados	Condutas
Urina tipo I e urocultura	Hematúria	necessário referir a gestante para consulta especializada.
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco
	Outros elementos.	Não necessitam de condutas especiais.
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: - Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; - Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina		de alto risco
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo.
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional
Proteinúria (teste rápido)		
Teste rápido diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.
Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Sorologia para hepatite B	Teste Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n° 32, p.111

5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

- Uso de ácido fólico (400mcg/dia) a partir da suspeita de gravidez até o final da gestação;
 - Uso de sulfato ferroso (40mg/dia) a partir da 20ª semana até 3 meses após o parto;
- Tratar verminoses e infecções ginecológicas conforme demais protocolos (IST/AIDS e Saúde da mulher

Quadro 3 - Condutas medicamentosa na presença de helmintíases e protozooses

Medicamentos indicados na terapêutica das helmintíases e protozooses intestinais durante a gestação		
Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Ascaridíase Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	Contraindicados: tratar no puerpério
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos.
Himenolepíase	Praziquantel Niclosamida	Contraindicados: tratar no puerpério
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos.
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias.
Giardíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante sete dias seguidos.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n° 32, p.233

OBSERVAÇÃO:

O diagnóstico e o tratamento de pacientes com essas condições deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Pacientes com parasitos intestinais só devem ser tratados na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças.

Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas (como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo) devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

6 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

Médico obstetra; psicólogo e nutricionista, de acordo com a necessidade identificada e não solucionada na Unidade Básica de Saúde.

7 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Compete a(o) enfermeira(o) atuar na sensibilização da cliente orientando quanto a concepção e contracepção por meio de:

Práticas Educativas

Promover Orientações Individuais ou em Grupo quanto:

Importância do pré-natal;

Aconselhamento quanto aos exames;

Alimentação e ganho de peso;

Sono e repouso;

Gestação e parto;

Cuidado com as mamas e amamentação;

Possíveis intercorrências: contrações uterinas, sangramento, perda de líquido, febre;

Movimentação fetal;

Atividade física e sexual.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

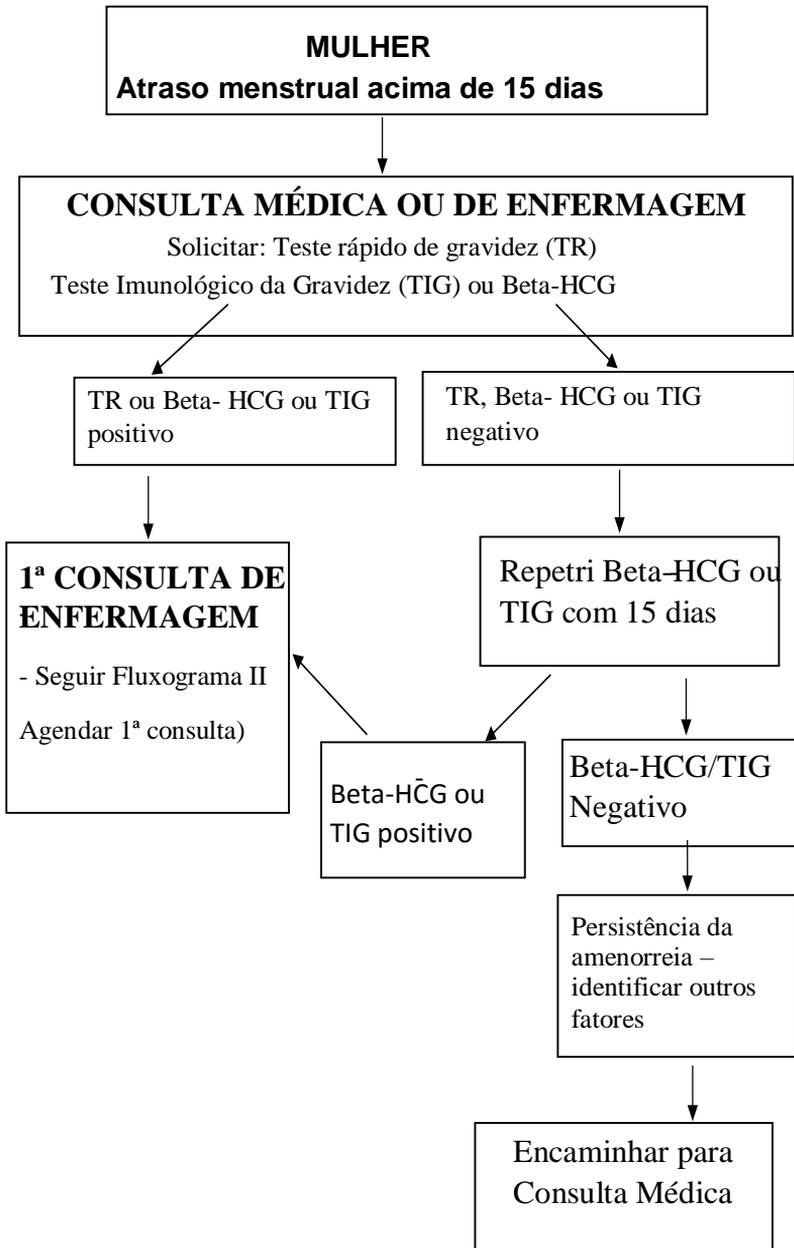
BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 4. ed. Brasília, 2004. 2 volumes.

BRASIL Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

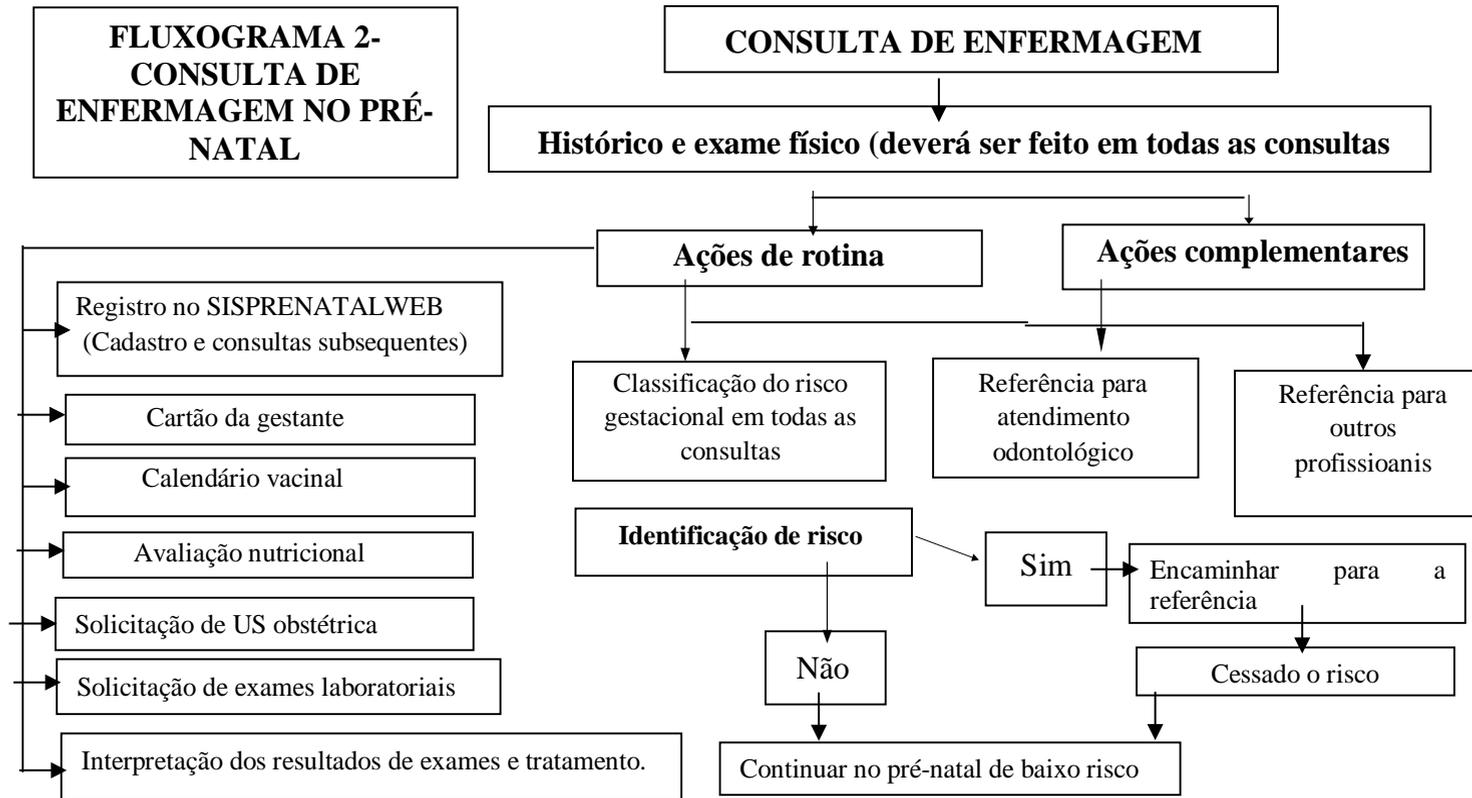
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

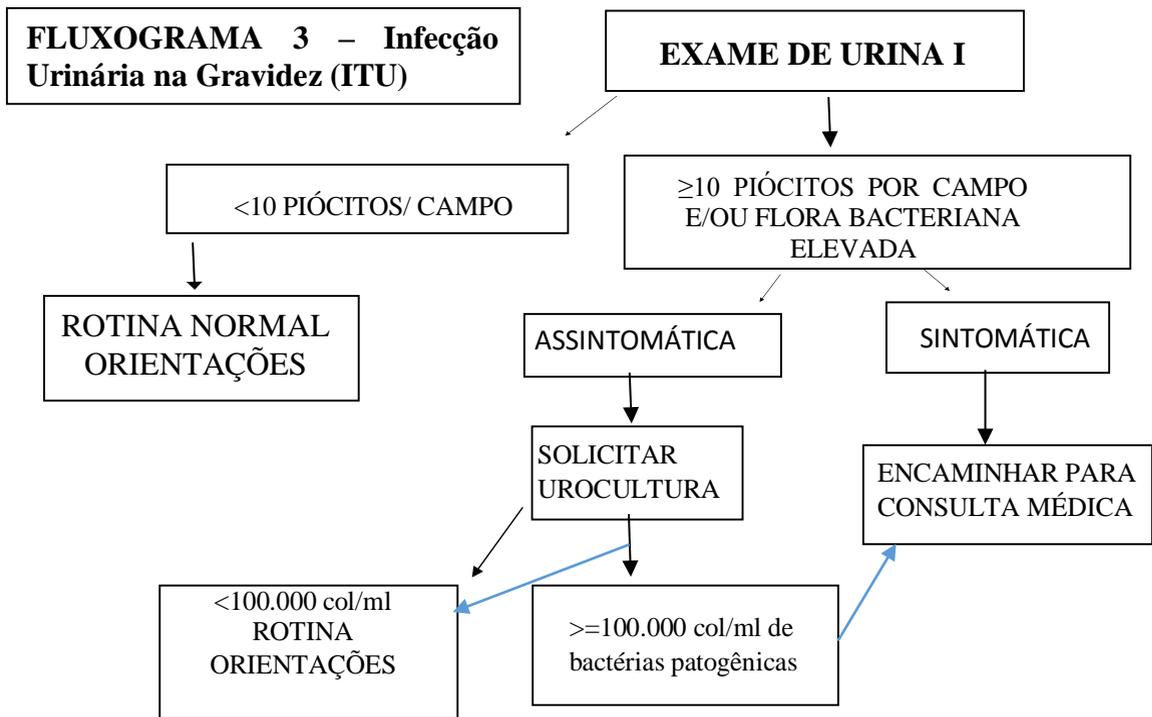
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS (COREN-GO). **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás**. COREN: Goiás, 2010.

FLUXOGRAMA 1 – SUSPEITA DE GRAVIDEZ



**FLUXOGRAMA 2-
CONSULTA DE
ENFERMAGEM NO PRÉ-
NATAL**





PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

Autores

**Ozirina Maria da Costa
Svetlana Coelho Martins
Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos**

Revisão – abril 2016

**Milleni Sousa Vieira
Raimundo Nonato Pereira de Sousa
Renara Maria Carvalho de Oliveira
Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos**

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade por câncer de colo de útero é totalmente evitável, uma vez que existem ações para seu controle e tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras que permitem a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial.

Em 1998, foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998. A coordenação do Programa foi transferida para o Instituto Nacional do Câncer (INCA) por meio da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Foi também nesse ano que se instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente

estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999).

Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção primária, bem como a ampliação de centros de referência possibilitaram a realização de uma segunda fase de intensificação, priorizando mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos.

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005). A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional.

Depois de todas essas iniciativas, ainda que o SISCOLO tenha registrado cerca de 11 milhões de exames citopatológicos no Brasil no ano de 2009 e, apesar dos avanços em nível da atenção primária e de todo SUS, reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido.

Segundo dados do INCA o câncer de colo de útero é a segunda causa de óbitos por câncer em mulheres, precedido do

câncer de mama e seguido por câncer de colo e reto, pulmão e estômago. A faixa etária mais acometida compreende dos 25 a 69 anos.

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer do colo do útero são:

- Infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV - sendo esse o principal fator de risco;
- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados;
- Baixa condição sócio-econômica;
- Imunossupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;
- Higiene íntima inadequada

O exame citopatológico ou Papanicolau se tornou uma técnica de alta eficácia e baixo custo na detecção precoce das lesões iniciais provocadas pelo agente do câncer de colo de útero e tem sido amplamente adotado em diversos países, dentre eles o Brasil, por meio do Ministério da Saúde como método de prevenção desse tipo de câncer.

A enfermeira da Atenção Básica deverá ter conhecimentos técnicos para realizar o procedimento de coleta de exame de prevenção de câncer de colo uterino (PCCU/citologia oncótica Resolução COFEN nº 381/2011), bem como habilidades para sensibilizar todas as mulheres de

sua área de abrangência, na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde, a realizá-lo. É também o membro da equipe com capacidade de promover a educação em saúde e ser um facilitador dos seguimentos dos casos alterados na rede de referência e contrarreferência da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

Objetivos do Cuidado de Enfermagem à mulher na Prevenção do Câncer do Colo Uterino:

- Realizar atividades educativas e informativas sobre a prevenção do câncer de colo do útero;
- Orientar quanto à importância da vacina contra o HPV para prevenção primária e realizar a captação em tempo oportuno das adolescentes (9 a 13 anos);
- Realizar consulta de enfermagem: histórico, exame físico geral e ginecológico com coleta para citologia oncológica;
- Solicitar e/ou encaminhar para exames complementares
- Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas,
- Realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer do colo do útero.
- Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e de mama.
- Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como DSTs, na oportunidade do rastreamento, de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor local.

- Fazer acompanhamento das pacientes com exames alterados;
- Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde.

2 REFERÊNCIA PARA PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte integrante de seu protocolo de saúde da mulher-prevenção do câncer de colo de útero os seguintes documentos:

- Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação

Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

- Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Assim considerando tais documentos apontamos as recomendações abaixo para a periodicidade e o público alvo para a realização da citologia oncótica

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA COLETA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

3.1. Público Alvo

O início da coleta, com objetivo de detectar o câncer (CA) de colo uterino, deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já iniciaram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

3.2 Periodicidade para realização do Papanicolau

O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames anuais negativos para células neoplásicas. As mulheres que se enquadrarem no grupo de risco deverão realizar o exame com a frequência a critério do especialista conforme o seguimento.

3.2.1 Recomendações especiais

Mulher grávida: não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento. Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. Não está contraindicada a realização do exame em mulheres grávidas, a coleta deve ser feita com a espátula de Ayre e evitando usar escova de coleta endocervical.

Mulheres sem história de atividade sexual: a coleta em mulheres que não iniciaram a atividade sexual não deve ser realizada na rotina. A ocorrência de condilomatose genitália externa, principalmente vulvar e anal, é um indicativo da necessidade de realização do exame do colo, devendo-se encaminhar para médico e/ou especialista.

Mulheres histerectomizadas: sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

Imunossuprimidas: o exame citopatológico deve ser realizado neste grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

É necessário ressaltar que a presença de colpites, corrimentos ou colpocervicites comprometerá interpretação da citopatologia. Nesses casos, a mulher deve ser tratada (conforme exposto na abordagem sobre as IST) e retornar após um mês do tratamento para coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero.

3.3 Operacionalização

Antes do exame é necessário o preenchimento correto da requisição do exame citopatológico, pois a falta ou os dados incompletos poderá comprometer por completo coleta do material, o acompanhamento, o tratamento e outras ações de controle do câncer do colo do útero.

A lâmina e o frasco que serão utilizados para colocar o material a ser examinado devem ser preparados e identificados previamente. Observar para Fluxograma da Consulta de Enfermagem.

3.4 Coleta para citologia oncológica

O exame citopatológico (Papanicolaou) é o exame preventivo do câncer do colo do útero. Consiste na análise de células oriundas da ectocérvice e da endocérvice que são extraídas por raspagem do colo do útero.

A coleta do exame é realizada durante uma consulta ginecológica de rotina. Introduce-se o espéculo bivalve na vagina em sentido longitudinal-obliquo (para desviar da uretra), afastando os pequenos lábios e imprimindo delicadamente um trajeto direcionado para trás, ao mesmo tempo em que se gira o instrumento para o sentido transversal. Sempre se deve avisar a paciente de que está introduzindo o espéculo, preveni-la quanto ao desconforto e tranquilizá-la com relação à dor. Não se devem utilizar lubrificantes, pois confundem a avaliação das secreções (utilizar soro fisiológico se for o caso).

Depois de introduzido o espéculo, e aberto, procurar individualizar o colo uterino e avaliar o pregueamento e o trofismo da mucosa vaginal, as secreções, as lesões da mucosa, os condilomas, os pólipos, os cistos de retenção e a ectopia. Se necessário, proceder a limpeza das secreções vaginais em excesso com gaze seca.

Com a espátula de Ayre colhe-se o esfregaço da ectocérvice fazendo uma rotação de 360° para obter células de toda a mucosa cervical com cuidado para não traumatizá-la e espalha o esfregaço na metade superior da lamina próximo à

parte fosca no sentido transversal. Com a escova endocervical, fazer a coleta citológica do canal cervical fazendo uma rotação de 360° e espalhar na metade inferior da lâmina no sentido longitudinal.

O material deve ser fixado, com fixador celular ou imerso em solução alcoólica a 96%, rapidamente para evitar dessecação. Uma vez coletado o material, ele deve ser adequadamente rotulado para identificação da paciente e acompanhado pela requisição contendo todas as informações necessárias, e assinada pelo profissional que coletou. Os exames devem ser enviados ao laboratório, o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente.

A visualização de um colo com aspecto tumoral é uma indicação de encaminhamento direto a colposcopia, mesmo na vigência de um resultado citológico negativo para malignidade (a coleta pode ter sido efetuada em áreas necróticas, onde o resultado poderá ser falso-negativo).

3.5 CONSULTAS SUBSEQUENTES

Os resultados das citologias oncóticas dentro dos limites de normalidades deverão ser acompanhados pelo médico e/ou enfermeiro da equipe, enfocando o tratamento adequado das infecções genitais conforme a microbiologia e seguimento.

Os resultados das citologias oncóticas alteradas deverão ser acompanhados pelo médico da equipe e deverão ter seguimento de acordo com as novas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (Portaria nº 2.508/2011).

4. CONDUTA DIANTE DO RESULTADO DO CITOPATOLÓGICO

Quadro 1 - Exames citopatológicos normais e condutas recomendadas

RESULTADO	O QUE FAZER
Dentro dos limites da normalidade no material examinado	Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)	- Seguir a rotina de rastreamento citológico; - Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo o Fluxograma do capítulo DST/AIDS, sobre corrimentos vaginais.
Achados microbiológicos: - Lactobacillus sp. - Cocos; - Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus); Candida sp.	
Atrofia com inflamação	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a rotina de rastreamento citológico; • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal. Encaminhar para o profissional médico.
Indicando radiação	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a rotina de rastreamento citológico; • O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.

RESULTADO	O QUE FAZER
<p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chlamydia sp. • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes • Trichomonas vaginalis • Actinomyces sp 	<p>A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes micro-organismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados.</p>
<p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chlamydia sp. • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes • Trichomonas vaginalis • Actinomyces sp. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chlamydia, Gonococo e Trichomonas: mesmo que sintomatologia ausente, seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme Quadro-síntese sobre corrimentos do capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres; • Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU; • Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital, conforme orientações do capítulo sobre IST/AIDS.
<p>Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a rotina de rastreamento citológico; • Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal.

Fonte: BRASIL, 2015

Quadro 2 - Exames citopatológicos anormais e conduta recomendada

RESULTADOS			GRAU DE SUSPEIÇÃO	CONDUTA
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em 06 meses (> 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não pode afastar lesão alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau		Menor	Repetição da citologia em seis meses
	Lesão intraepitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermoide invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: BRASIL, 2011.

5 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

Médico da equipe (na própria UBS) e/ou ginecologista.

REFERÊNCIAS

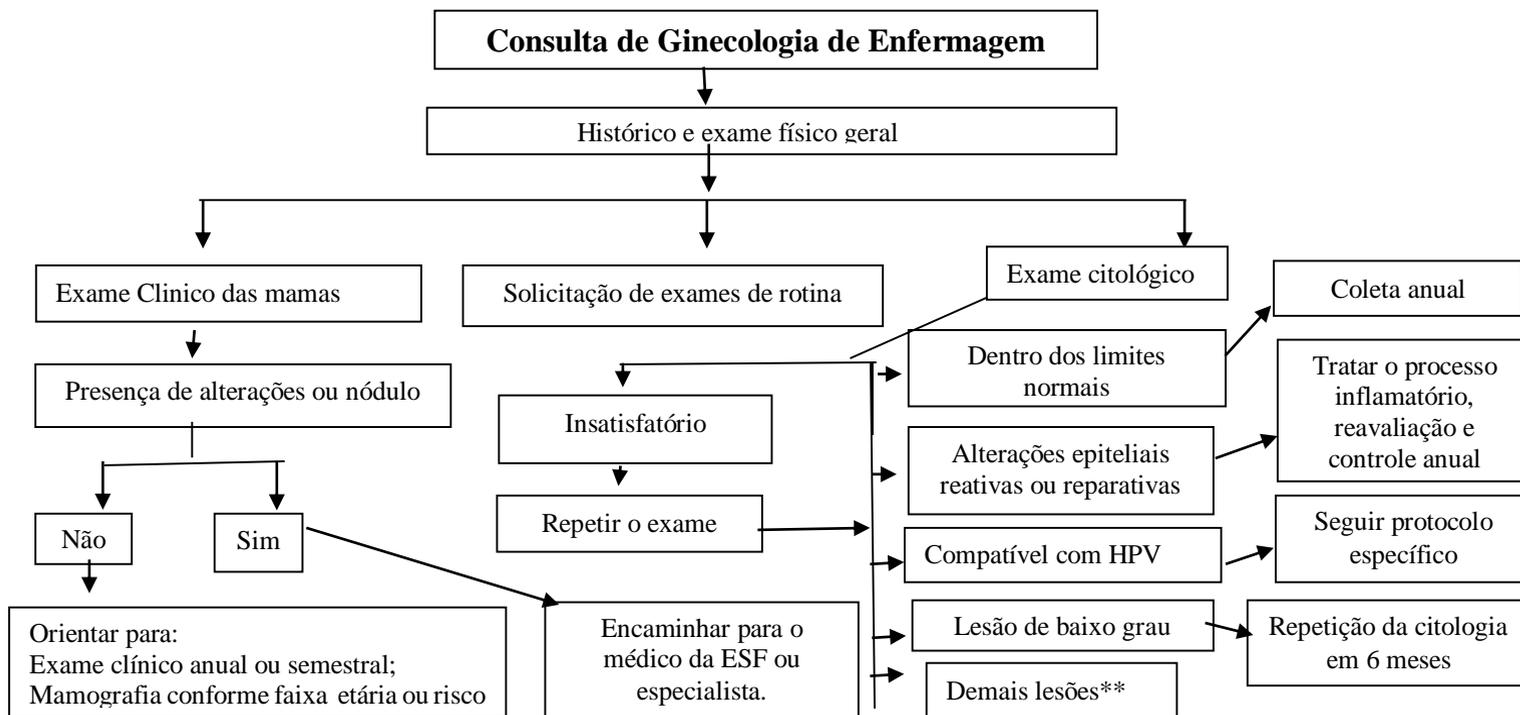
BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____, Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.508, de 27 de outubro de 2011. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FLUXOGRAMA 1 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO



***Realizar o Exame físico geral e específico:** Órgãos genitais externos: Observar presença de: Lesões cutâneas; Distribuição dos pelos; Abscessos da glândula de Bartolin; Aspecto do clitóris; Aspecto do meato uretral. Ao esforço, verificar se ocorre prolapso das paredes vaginais anterior e posterior ou perda de urina. A) Exame especular - Inspeccionar o colo uterino, anotando: Cor; Tamanho; Lacerações; Máculas; Neoformações. Inspeccionar o orifício do colo, anotando: Tamanho; Forma; Cor; Presença de secreções e/ou pólipos. Inspeccionar as paredes vaginais, anotando: Presença de lacerações; Lesões verrucosas; Ulcerações. Colo sem lesões: aguardar resultado da citologia oncótica e orientar quanto à higiene e cuidados prevenção de DSTs/AIDS e câncer de colo uterino. Colo com lesões: encaminhar para consulta médica com ginecologista.

**** Demais lesões:** lesão de alto grau; carcinoma in situ; carcinoma escamoso; adenocarcinoma - encaminhar para colposcopia.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER CÂNCER DE MAMA

Autores

Maria do Carmo B. Marinho

Svetlana Coelho Martins

Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos

Revisão – abril 2016

Milleni Sousa Vieira

Raimundo Nonato Pereira de Sousa

Renara Maria Carvalho de Oliveira

Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2008).

A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,28 óbitos por 100 mil mulheres em 2009 (INCA, 2012).

Apesar de ser considerado um câncer com bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas

no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados.

Sendo o profissional enfermeiro um educador em saúde por excelência, torna-se de suma importância que este profissional esteja preparado para atuar na dimensão do cuidar, prevenindo e detectando o câncer de mama, contribuindo para redução da morbimortalidade por esta patologia.

2 REFERÊNCIA PARA PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte integrante de seu protocolo para Prevenção do Câncer de mama, os seguintes documentos:

- Cadernos de Atenção Básica nº 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Recomendação para redução da mortalidade por câncer de mama (INCA, 2011).
- Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Seguem às atribuições do profissional enfermeiro(a):

- Realizar atividades educativas e informativas sobre a prevenção do câncer de mama;
- Realizar consulta de enfermagem: histórico, exame físico geral e ginecológico com exame clínico das mamas;
- Solicitar mamografia de rastreamento de acordo com as normas estabelecida no protocolo do Ministério da Saúde para detecção precoce do câncer de mama;
- Avaliar resultados dos exames solicitados e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas;
- Realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer de mama;
- Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados ao câncer de mama;
- Fazer acompanhamento das pacientes com exames alterados;
- Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe;
- Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação em Saúde na Atenção Básica

– SISAB-e-SUS, SISCAN e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle do câncer de mama.

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA EXAME DA MAMA

Seguir Fluxograma da Consulta de Enfermagem em anexo ao final deste capítulo.

4 EXAMES COMPLEMENTARES

A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros). É realizada em um aparelho de raio X apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável.

Mamografia: para mulheres assintomáticas com idade entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames. É considerada pelo INCA/MS, nesta faixa etária, como rastreio e poderá ser solicitada pelo enfermeiro.

Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres assintomáticas a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Padronização dos laudos mamográficos - BI-RADS

O objetivo do BI-RADS consiste na padronização dos laudos mamográficos levando em consideração a evolução diagnóstica e a recomendação da conduta, não devendo se esquecer da história clínica e do exame físico da mulher.

Quadro 1 – Categorias BI-RADS no exame mamográfico, interpretação e recomendação de conduta

Categoria BI-RADS	Interpretação	Recomendação de conduta
0	Inconclusivo	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	<ul style="list-style-type: none"> • Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. • A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.
4	Exame com achado suspeito	Deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica. Confirmado o diagnóstico, deverá ser encaminhada à unidade de referência terciária para tratamento.
5	Exame com achado altamente suspeito	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

Fonte: BRASIL, 2013; BRASIL, 2015.

4 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

Médico da equipe (na própria UBS) e mastologista.

5 TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

Compete a(o) enfermeira(o) atuar na sensibilização a usuária orientando quanto aos fatores de riscos e preventivos associados ao Câncer de Mama.

É recomendável que alguns fatores de risco, especialmente a obesidade e o tabagismo, sejam alvo de ações visando à promoção à saúde e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em geral. Portanto, a orientação é para a prática de atividade física regularmente e alimentação saudável.

6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

6.1 Orientações para o Exame Clínico das Mamas (ECM)

O exame deve ser feito com a mulher sentada e depois, repetido com ela deitada. O examinador deve se posicionar à frente da mulher e proceder da seguinte maneira:

A) Inspeção Estática: Com os membros superiores ao longo do corpo, observar se as mamas são simétricas, se existem abaulamentos, retrações ou alterações de pele (hiperemia, edema ou ulceração) ou das papilas (descamação ou erosão) e saída espontânea de secreção.

B) Inspeção Dinâmica: Solicitar que a mulher eleve os braços ao longo do segmento cefálico e que ela coloque as mãos atrás da nuca, fazendo movimentos de abrir e fechar os braços, observar presença de abaulamento, retrações ou exacerbação de assimetrias. **C) Palpação:** Dos linfonodos: colocar a mulher sentada, apoiar o braço do lado a ser examinado, sobre o braço do examinador. Palpar os linfonodos cervicais, supraclaviculares, infraclaviculares e axilares; Das mamas: colocar a mulher em decúbito dorsal, sem travesseiro e com as mãos atrás da nuca. Palpar todos os quadrantes, iniciando a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila, até o prolongamento axilar, pesquisando a presença de nódulos.

D) Expressão da Aréola e Papila Mamária: É realizado após a palpação da mama, com a mulher deitada. Fazer a expressão suave na região da aréola.

6.2 Recomendações para Detecção Precoce

- Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual. Esse procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.
- Mamografia: para mulheres com idade entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.

- Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

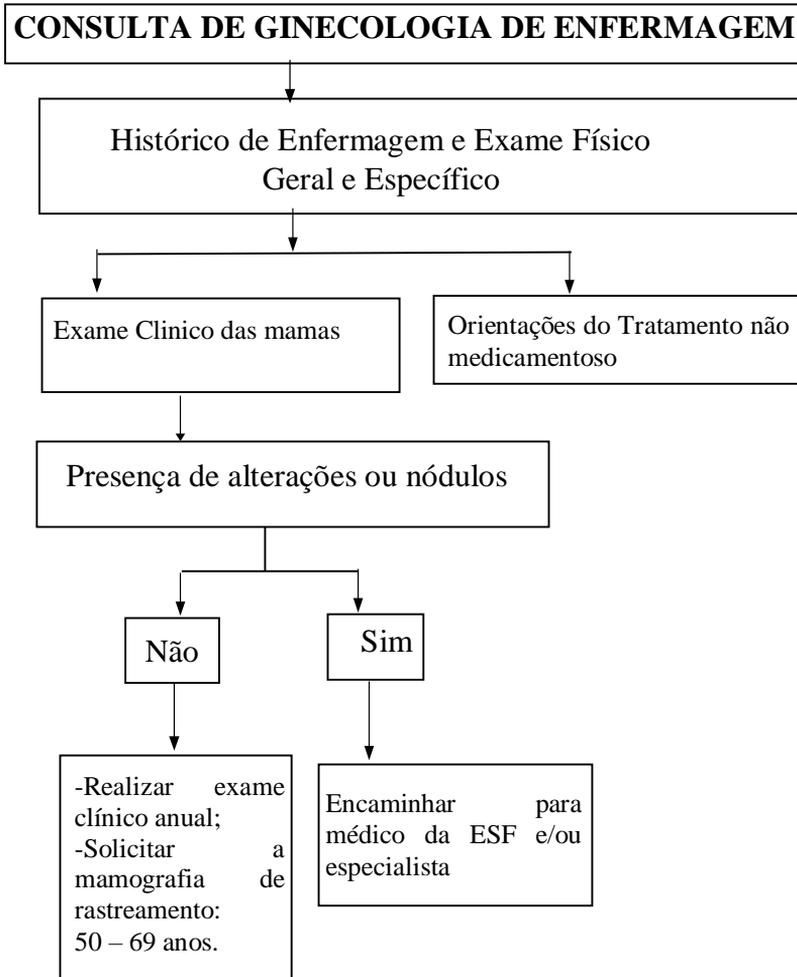
REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Recomendações para a redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

**FLUXOGRAMA 1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM
A USUÁRIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE
MAMA**



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER CLIMATÉRIO

Autores

Maria do Carmo B. Marinho

Svetlana Coêlho Martins

Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos

Revisão – abril 2016

Milleni Sousa Vieira

Raimundo Nonato Pereira de Sousa

Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos

1 INTRODUÇÃO

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008).

O climatério é um período da vida feminina caracterizado pelo esgotamento dos folículos ovarianos e tendo como resultado a queda dos níveis de estrogênio e progesterona. Resultam disto alterações sobre a pele, as mucosas, o esqueleto, o metabolismo lipoprotéico e a função emocional. A menopausa é um episódio dentro do climatério e representa a última menstruação da vida da mulher.

Esse período é definido quando a mulher encontra-se dentro da faixa etária esperada e apresenta: a) Queixas sugestivas (manifestações transitórias conforme referência do Protocolo da Atenção Básica de 2015; e/ou b) 12 meses consecutivos de amenorreia.

Nos casos em que há amenorreia e outras irregularidades menstruais, realizar abordagem ampliada considerando outros diagnósticos diferenciais. A confirmação do climatério e menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério).

As ações de enfermagem, para este período de vida da mulher estão baseadas nas seguintes vertentes:

- acompanhamento clínico, que deve ser realizado através do oferecimento de consultas de enfermagem intercaladas com consultas médicas.
- encaminhamentos
- atividades educativas: grupos terapêuticos e educação em saúde

2 REFERÊNCIA PARA PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM A MULHER NO CLIMATÉRIO

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte

integrante de seu protocolo para usuárias no climatério os seguintes documentos:

- Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (BRASIL, 2008).
- Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. (BRASIL, 2013).
- Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2015).

Em relação às atribuições do profissional enfermeiro (a) das equipes e os fluxos de atenção à mulher climatérica, a FMS resolve:

- Realizar atividade educativa;
- Realizar a Consulta de Enfermagem;
- Solicitar exames para avaliação do climatério;
- Referenciar para consulta especializada;
- Avaliar e Atualizar o Calendário Vacinal;

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM

3.1 Primeira consulta

A avaliação clínica da mulher no climatério deve ser voltada ao seu estado de saúde atual e também progresso e envolve uma equipe multidisciplinar. A atenção precisa abranger além da promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos sintomas clínicos e possíveis dificuldades. Bem como focar a abordagem integral, a sexualidade no

climatério, os aspectos emocionais. Podem ocorrer, concomitantemente, patologias sistêmicas, repercutindo em queixas como as dores articulares ou musculares, o ganho de peso gradativo, a depressão ou mesmo sintomas de um hipotireoidismo ainda não diagnosticado, simulado por uma coincidência na transição hormonal ovariana.

Observar Fluxograma anexo.

3.2 Consulta subsequente

- Avaliar dos cuidados de enfermagem prescritos e dos resultados obtidos conjuntamente com a cliente;
- Realizar o exame físico e o levantamento de dados ou novas queixas da cliente;
- Identificar problemas → Diagnósticos de Enfermagem e adequar se necessário as Intervenções de enfermagem;
- Encaminhar para consulta médica, se necessário.

4 EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares essenciais para o acompanhamento do climatério estão abaixo relacionados, cuja indicação e periodicidade de realização deverão seguir as orientações definidas de acordo com os protocolos clínicos adotados pelo Ministério da Saúde seguindo cada especificidade.

- Avaliação laboratorial (Hemograma Completo, TSH, TGO, TGP, Glicemia em Jejum, Colesterol Total e Frações,

Triglicérides, Sumário de Urina, Urocultura, Creatinina Sérica, Teste de tolerância à glicose).

- ECG repouso
- Mamografia (de acordo com as diretrizes de rastreamento para o câncer de mama).
- Exame Preventivo do câncer do colo do útero (de acordo com as diretrizes de rastreamento para o câncer de colo do útero).
- Ultrassonografia Transvaginal.

Mamografia

Deve ser solicitada de rotina para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames, conforme protocolo de CA de mama.

Preventivo ginecológico

A coleta do material para citopatologia deve abranger a ectocérvice e endocérvice, e nas mulheres hysterectomizadas, o fundo de saco vaginal. A ocorrência de hipo ou atrofia da mucosa pode comprometer a qualidade do material citológico, podendo ocorrer sangramentos por traumatismos e processo inflamatório que são comuns nesta fase. A JEC (Junção Escamo Colunar) migra para o interior do canal endocervical, causando entropia e dificuldade de obtenção das células glandulares na amostra. O pH vaginal também sofre alterações, com tendência a alcalinização e mudança da flora, predispondo muitas vezes ao crescimento bacteriano com

ocorrência de vaginite ou vaginose. As lesões suspeitas identificadas devem ser biopsiadas e tratadas. A presença de atrofia que comprometa a qualidade do exame ou traga desconforto importante a mulher, indica a utilização previa de estrogênio vaginal. A paciente deverá ser encaminhada para o médico para prescrição de estrogênização local.

5 TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

A atuação do enfermeiro na assistência ao climatério envolve necessariamente atividades educativas e assistenciais, objetivando acompanhamento adequado, com esclarecimentos sobre modificações biológicas inerentes ao climatério, com adequada vigilância epidemiológica as situações de risco associadas.

Abordagens:

- Modificações biológicas no climatério
- Influência das mudanças sexuais, afetivas e sociais
- Hábitos de vida saudáveis – alimentação adequada à fase, com aquisição de hábitos saudáveis (uso de alimentos ricos em cálcio e fibras).
- Atividades físicas, culturais e práticas integrativas e complementares: caminhadas, danças, natação, yoga, uso de fitoterápicos, participação de reuniões festivas e formação de grupos de convivência e outros.

Nas atividades de educação em saúde o enfermeiro aborda as alterações presentes nesta fase da vida e esclarece dúvidas.

6 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

Neste protocolo ficam definidos estes profissionais e especialidades médicas, os quais são listados a seguir: Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente social, Psicólogo, Cardiologista, Mastologista e Ginecologista

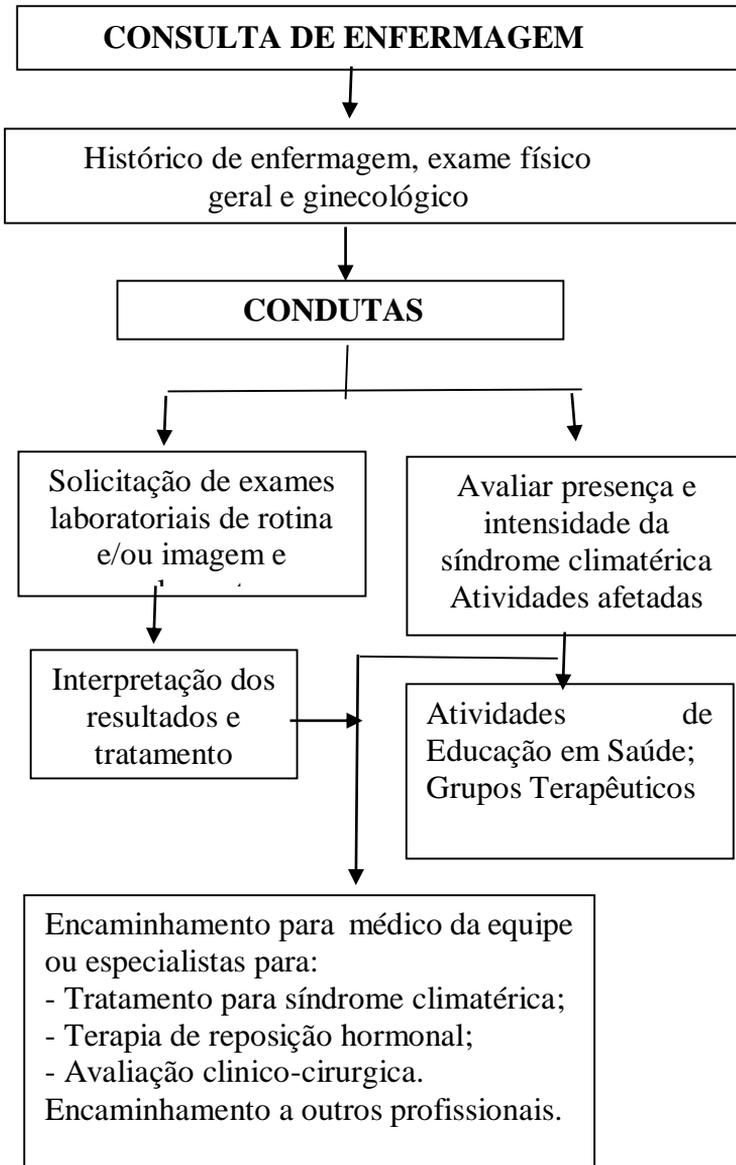
REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FLUXOGRAMA 1 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIMATÉRIO



* **Histórico de enfermagem:** Motivo da consulta e queixas da paciente (sinais e sintomas - início e tempo de duração). Antecedentes gineco-obstétricos: ciclos menstruais, data da última menstruação (DUM - duração, intervalos, regularidade), dismenorréia, idade da primeira relação sexual, número de gestações, número de partos, números de abortos, número de filhos vivos, vida sexual, frequência urinária e fecal e citopatológico cervical, mamografia e cirurgias anteriores; Antecedentes patológicos: doenças crônicas, doenças endêmicas, alergias, antecedentes familiares; Situação vacinal; Anticoncepção (método, tempo de uso, adequação do método); Reposição hormonal.

Exame Físico Geral: Iniciar exame físico geral; Verificar e anotar peso, estatura, IMC, SSVV, circunferência abdominal; ($IMC = \frac{PESO(kg)}{ALTURA^2(m^2)}$); Avaliação risco cardiovascular; Inspeção e palpação de cabeça e pescoço; Ausculta pulmonar; Ausculta cardíaca; Manobra de Giordano (investigar infecção do trato urinário); Inspeção, palpação, percussão e ausculta abdominal; Inspeção e palpação de membros inferiores.

Exame clínico-ginecológico: exame clínico da mama (ECM) e orientação sobre autoexame e exame de genitália externa e interna (coleta do citopatológico cervical, se necessário).

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Autores

**Ivanilda Sepúlveda Gomes
Raimundo Nonato Pereira de Sousa
Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos**

Revisão – abril 2016

**Raimundo Nonato Pereira de Sousa
Renara Maria Carvalho de Oliveira
Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos**

1 INTRODUÇÃO

A atuação do enfermeiro no Planejamento Reprodutivo deve estar baseada no Art.226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil, no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais e na paternidade responsável. E, tem como objetivo possibilitar o acesso preferencialmente do casal, aos métodos anticoncepcionais, buscando diminuir as gestações não planejadas e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A lei nº 9.263/96 no capítulo I, Art. 4, defini que o Planejamento Reprodutivo orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia do acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade.

O Planejamento Reprodutivo envolve a assistência na concepção e contracepção por meio de atividades educativas, oferecendo ao usuário conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis na Atenção Primária, aconselhamento para a participação ativa do casal e avaliação clínica para averiguar a adequação ao método, bem como prevenir, identificar e tratar as possíveis intercorrências.

2 REFERÊNCIA PARA PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte integrante de seu protocolo para o Planejamento Reprodutivo os seguintes documentos:

Cadernos de Atenção Básica nº 26 - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (2010).

Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2015).

Em relação às atribuições do profissional enfermeiro(a) na assistência ao Planejamento Reprodutivo, a FMS resolve utilizar os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2015) do Ministério da Saúde. Acrescentando as atribuições a seguir:

- Captação da clientela;
- Orientação e informações sobre saúde sexual e reprodutiva e métodos contraceptivos;

- Prescrição de anticoncepcionais hormonais (orais e injetáveis)
- Prescrição do anticoncepcional de emergência;
- Avaliação para utilização do DIU;
- Orientações e indicações para laqueadura ou vasectomia (seguir o Fluxograma I);
- Orientações e/ou indicação do preservativo masculino e feminino;
- Aconselhamento e prescrição do diafragma;
- Aconselhamento e prescrição dos métodos naturais e comportamentais;
- Consulta de rotina;
- Consulta subsequente e acompanhamento da paciente em uso de contraceptivos
- Dispensação e orientação sobre efetividade e segurança dos métodos hormonais.

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Na Entrevista:

- Registrar os antecedentes pessoais obstétricos e patológicos (com atenção especial às IST e às doenças cardiovasculares e metabólicas), conforme as categorias de elegibilidade da OMS.
- Abordar, sempre que pertinente, as questões referentes às parcerias, à identidade de gênero, à orientação sexual e à satisfação sexual pessoal ou do casal.

- Questionar se há medicações em uso.
- Investigar presença de dispareunia e de sangramentos vaginais pós-coito ou anormais, principalmente se há intenção de uso do DIU.
- Questionar sobre o desejo de concepção ou anticoncepção por parte da mulher ou do casal.
- Indagar sobre o conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais.

Exame físico geral e específico:

- Realizar se necessário, conforme o método de escolha e os critérios de elegibilidade;
- **Solicitar exames de rotina e/ou exames complementares:** hemograma, Teste rápido para sífilis/VDRL, Teste rápido para HIV/Sorologia para HIV, beta-HCG, sumário de urina, HBsAg.

Educação em saúde:

- Orientar individual ou coletivamente pessoas em idade fértil (10-49 anos), considerando os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer, além dos aspectos culturais e transgeracionais relacionados à sexualidade e à reprodução.
- Orientar acerca de temas importantes como direitos sexuais e direitos reprodutivos, sexo seguro, métodos anticoncepcionais, papéis sociais e projeto de vida, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento, riscos implicados em certas práticas sexuais.

- Orientar sobre os métodos anticoncepcionais existentes e disponíveis na Atenção Básica.
- Informar a eficácia de cada método, sua forma de uso e possíveis efeitos adversos.
- Orientar sobre suas contraindicações diante de certos antecedentes clínicos e/ou ginecológicos.
- Reforçar a importância do retorno para acompanhamento clínico conforme método em uso e disponibilidade da usuária.
- Recomendar métodos de acordo com adequação e escolha informada da usuária, considerando fatores individuais e contexto de vida dos usuários(as) no momento da escolha do método.

Observar Fluxograma II e III.

3.1 Primeira consulta

- Realizar avaliação e indicação do método contraceptivo;
- Pesquisar o uso de método contraceptivo em toda a mulher em idade fértil;
- Aplicar os critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Realizar ações de educação e Saúde;
- Inscrever a cliente no programa fornecendo-lhe Cartão de Planejamento Familiar
- Para um atendimento no qual haja garantia do uso adequado de métodos contraceptivos hormonais a usuária

deverá ser acompanhada pelo profissional de saúde (médico e/ou enfermeiro) devendo ter sua consulta subsequente garantida.

- Aprazar retorno da cliente;
- Encaminhar para consulta médica, se necessário;
- Registrar os dados pertinentes no prontuário/e-SUS e livro de acompanhamento das usuárias.

3.2 Consulta de acompanhamento de usuárias em planejamento reprodutivo:

- Avaliar sobre adequação do método em uso e reorientar;
- Observar a adequabilidade do método e possíveis efeitos indesejáveis;
- Verificar grau de aceitação do método (principalmente para usuárias de anticoncepcionais hormonais);
- Solicitar exames de rotina e/ou exames complementares: hemograma, Teste rápido para sífilis/VDRL, Teste rápido para HIV/Sorologia para HIV, beta-HCG, sumário de urina, HBsAg.
- Oferecer método contraceptivo de acordo com a rotina do serviço;
- Aprazar retorno da cliente;
- Encaminhar para consulta médica, se necessário;
- Registrar os dados pertinentes no prontuário/e-SUS e livro de acompanhamento das usuárias.

3.3 Consulta de enfermagem na avaliação pré-concepcional

A Avaliação pré-concepcional é a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui um instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materno e infantil, garantindo uma gestação mais saudável em um período reprodutivo adequado e diminuindo riscos de gravidezes não desejadas e de abortos (BRASIL, 2013).

As atividades a serem desenvolvidas na consulta para aconselhamento pré-concepcional devem incluir:

- Realizar o Histórico de enfermagem e Exame físico e ginecológico completo, conforme descrito na consulta de Planejamento Reprodutivo;
- Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;
- Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realização da substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;

- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênicas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos. Em relação à prevenção e às ações que devem ser tomadas quanto às infecções e a outras doenças crônicas, são consideradas eficazes as investigações para:
 - Solicitar os exames laboratoriais – VDRL, HBsAg, Sorologia para rubéola, teste anti-HIV; Tipagem Sanguínea da mulher e/ou do homem (se necessário).
 - Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, deve-se providenciar a imunização previamente à gestação;
 - Toxoplasmose: deve-se oferecer o teste no pré-natal;
 - HIV/Aids: deve-se oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, deve-se orientar a paciente para os cuidados preventivos. Já em casos positivos, deve-se prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. Em seguida, deve-se encaminhar a paciente para o serviço de referência especializado;

- Sífilis: nos casos positivos, devem-se tratar as mulheres e seus parceiros para evitar a evolução da doença, fazer o acompanhamento de cura e orientá-los sobre os cuidados preventivos para sífilis congênita. Para as demais DST, nos casos positivos, deve-se instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar a paciente para a sua prevenção. Deve-se também sugerir a realização de exame de eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra e tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar histórico de anemia crônica.

A partir de todo este levantamento procedem-se as orientações ao casal como anotar a DUM e definir o período fértil. A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz também quando existem doenças crônicas como: Diabetes mellitus, Epilepsia, Hipertensão arterial, além de outras situações como anemias, carcinomas de colo uterino e mama, etc. No caso de identificação de fatores de risco conceptivo para uma futura gravidez encaminhar ao médico da ESF ou ao nível secundário para o ginecologista e/ou obstetra.

4 TRATAMENTO / CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Compete a(o) enfermeira(o) atuar na sensibilização da cliente orientando quanto a concepção e contracepção e uso adequado dos métodos contraceptivos, seus efeitos, vantagens e desvantagens.

5 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

Ginecologista, Urologista e Psicólogo.

REFERÊNCIAS

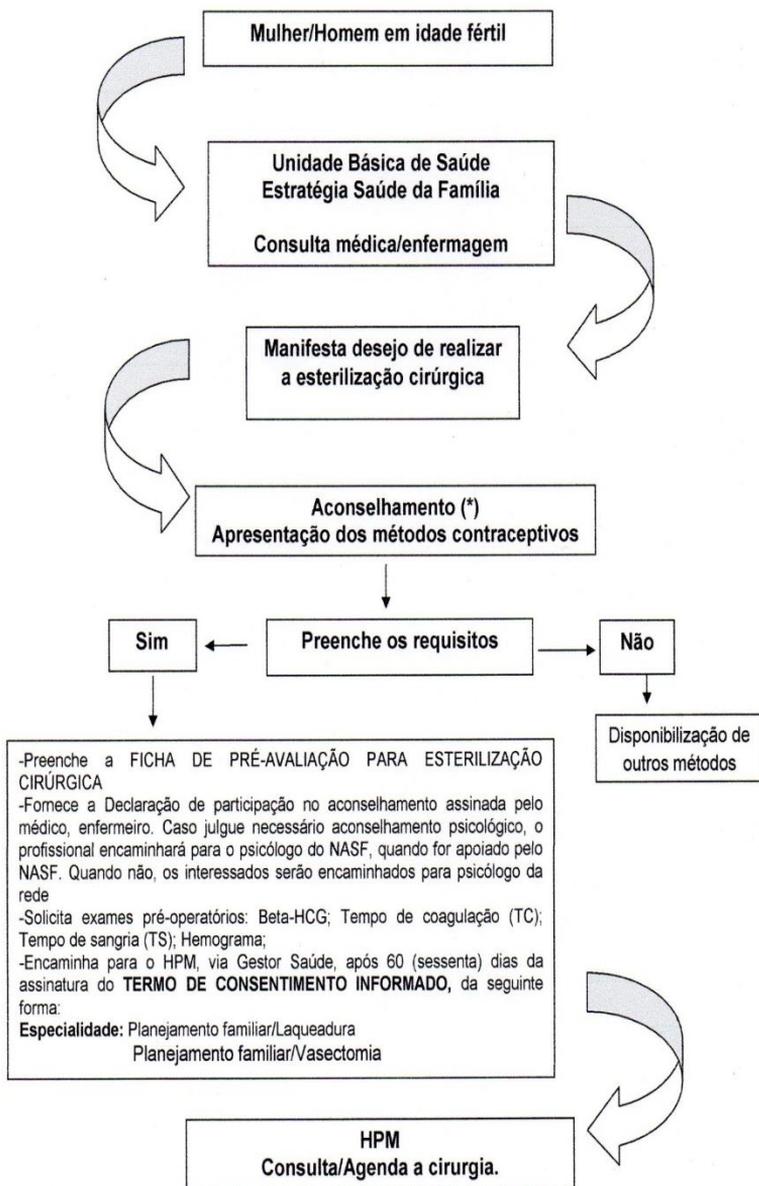
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Caderno 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lei Nº 9.263, de 12/01/1996 – Planejamento Família**

FLUXOGRAMA 1 – ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA



REQUISITOS

A esterilização cirúrgica por meio da laqueadura tubária e da vasectomia será indicada nos casos em que se caracterizar como a melhor opção, conforme critérios definidos pela Lei Federal Nº 9263 de 12 de janeiro de 1996:

- Mulheres e homens com capacidade civil plena;
- Maiores de vinte e cinco anos de idade;
- Com pelo menos, dois filhos vivos;
- Observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
- Apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- Em caso de convivência conjugal a realização da laqueadura/vasectomia depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges em documento escrito e firmado.

ATENÇÃO:

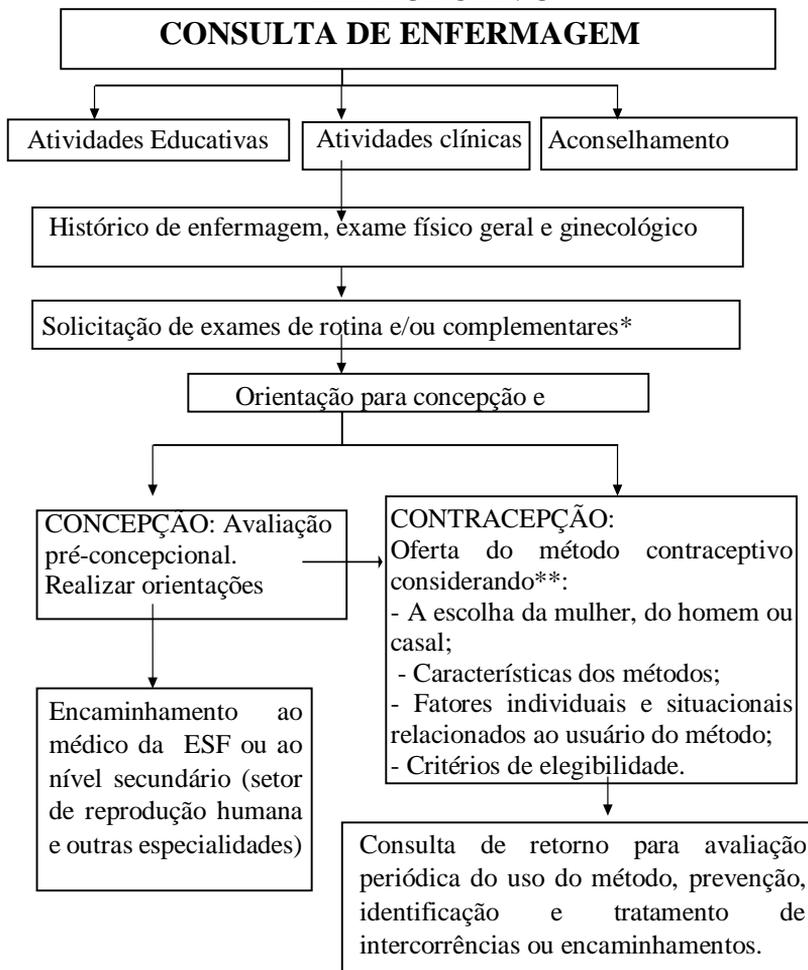
É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores ou na caracterização de risco de vida. A indicação da laqueadura tubária será médica, sempre nos casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito.

Consideram-se risco reprodutivo, com indicação à esterilização cirúrgica na mulher (laqueadura tubária), obedecidos critérios acima citados, as seguintes patologias:

- a) Hipertensão Arterial Sistêmica;
- b) Diabetes *mellitus*;
- c) Doença Renal Crônica;
- d) Cardiopatias;
- e) Outras patologias, justificadas e com indicação médica.

Quando se evidenciar clinicamente risco, à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, que recomende a esterilização, o procedimento deverá ser testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

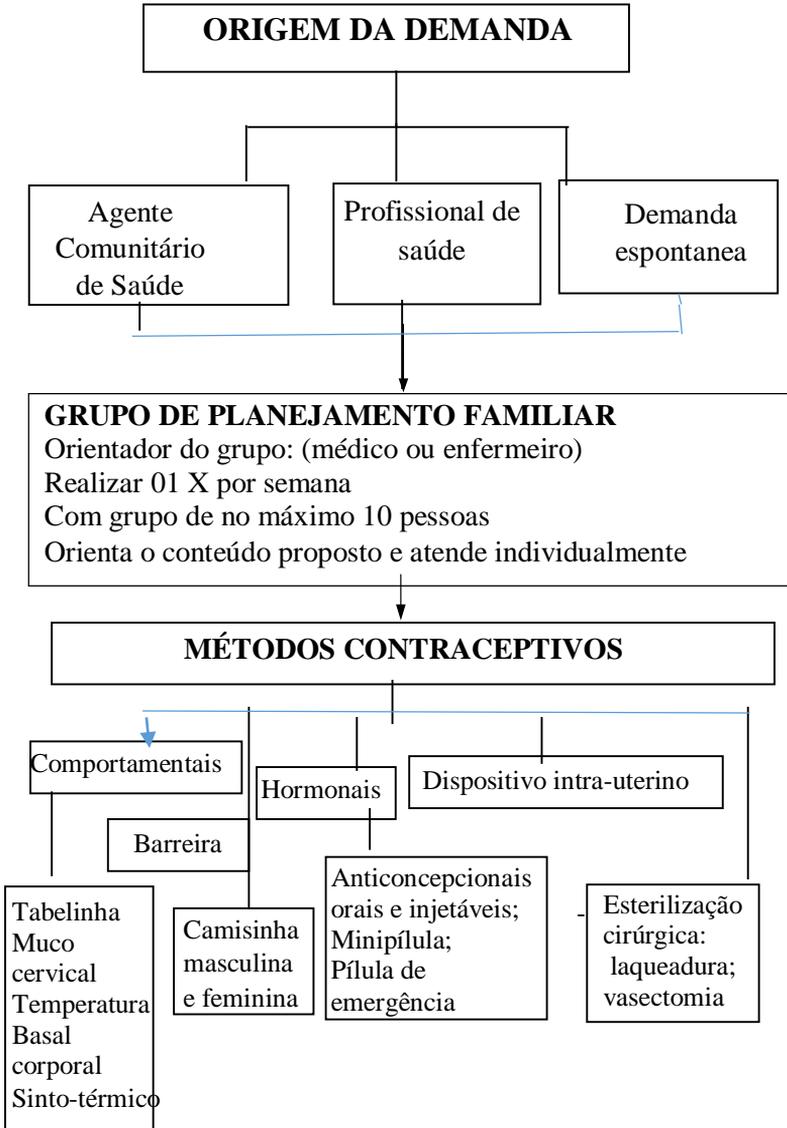
FLUXOGRAMA 2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



*Incluindo a Citologia Oncótica.

** No caso do método hormonal o enfermeiro poderá prescrever o anticoncepcional oral e transcrever o injetável no acompanhamento da mulher.

FLUXOGRAMA 3- ASSISTÊNCIA NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



CAPÍTULO IV

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Autores

Danieli Maria Matias Coêlho
Dária Maria Bernardes Nogueira
Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Maria Eliane Martins Oliveira da Rocha
Mariângela Gomes Barbosa
Vera Lúcia Evangelista de Sousa Luz

Revisão – abril 2016

Danieli Maria Matias Coêlho
Maria Eliane Martins Oliveira da Rocha
Mariângela Gomes Barbosa
Vera Lúcia Evangelista de Sousa Luz

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Corresponde a uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. A multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS consiste em aumento dos níveis de pressão arterial a valores acima dos considerados normais em pessoas que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva e traz como consequência lesões em órgãos alvo como cérebro, coração e rins. Deve-se ressaltar que a HAS normalmente evolui sem qualquer sintomatologia e a sua identificação se faz através da aferição casual¹, onde se encontra um valor sustentado maior ou igual a 140 mmHg e/ou 90 mmHg da pressão arterial (PA) sistólica e/ou diastólica, respectivamente

¹ A aferição causal da pressão arterial é a aferição comumente realizada no consultório, através de método indireto com utilização de estetoscópio e esfigmomanômetro (BRASIL, 2012).

(BRASIL, 2012). A partir de 115 mmHg de pressão sistólica (PS) e de 75 mmHg de pressão diastólica (PD), o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante, dobrando a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo caso (LEWINGTON et al., 2002; CHOBANIAN et al., 2003).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009; BRASIL, 2013).

A classificação da PA de acordo com a Tabela 1, será realizada após dois atendimentos, utilizando-se o maior valor médio obtido na PA sistólica ou diastólica.

Quadra 1 - Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos*

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

As manifestações clínicas da HAS geralmente estão relacionadas com suas complicações, pois pessoas com HAS podem estar assintomáticas e permanecer assim durante muitos anos, contudo, podem ocorrer alterações na retina, como hemorragias, exsudados (acúmulo de líquido), estreitamento arterial e manchas algodoadas, na hipertensão grave, assim como pode ser observado o papiledema (edema do disco óptico). No entanto, quando os sinais e sintomas específicos aparecem, eles geralmente indicam uma lesão vascular com manifestações específicas relacionadas com os órgãos servidos afetados (SMELTZER; BARE, 2008).

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, ao procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada. A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada a cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg; a cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV); em mais dois momentos com intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para DCV (BRASIL, 2006; CHOBANIAN et al., 2003).

O diagnóstico da pressão arterial é baseado na história de saúde, anamnese, no exame físico completo e consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. Os exames laboratoriais rotineiros incluem exame de urina, potássio, creatinina, glicemia de jejum, hematócrito, colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicérides, além do Eletrocardiograma (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

. O controle da HAS se faz por meio de tratamento medicamentoso e não medicamentoso, este último através de mudanças no estilo de vida, com hábitos alimentares saudáveis, baixo consumo de sal, gorduras e álcool, prática regular de atividade física, dentre outros, exigindo de seus portadores controle durante toda a vida, o que pode estar relacionado à dificuldade na adesão ao tratamento. Já o tratamento medicamentoso, objetiva a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares reduzindo não só a pressão arterial como os eventos cardiovasculares fatais e não fatais (CARVALHO et al., 2011; GASPERIN; FENSTERSEIFER, 2006).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e

da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

A assistência de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial deve estar voltada para a prevenção de complicações cardiovasculares, manutenção de níveis pressóricos normais, avaliando e controlando os fatores de risco. O serviço de saúde deve oferecer agendamento prévio para os atendimentos individuais ou em grupo, para monitoramento das condições de saúde, segundo projeto terapêutico individual e coletivo elaborado pela sua equipe de referência.

Na perspectiva de uniformizar as ações de enfermagem a nível municipal surgiu a necessidade de criação, implantação

e implementação de protocolos de atendimento para indivíduos com suspeita de HAS, bem como para o controle e acompanhamento dos pacientes de acordo com os fluxos estabelecidos e discutidos abaixo.

2 REFERÊNCIAS PARA PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM AO ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da AB|, adota como parte integrante de seu protocolo para HAS os seguintes documentos:

- Cadernos de Atenção Básica – nº 14 / Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica.
- Cadernos de Atenção Básica – nº 35 - Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica;
- Cadernos de Atenção Básica – nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Manual - Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes;

Em relação às atribuições do profissional enfermeiro (a) das equipes e os fluxos de atenção classificação e estratificação de risco, a FMS resolve;

- ✓ Manter as atribuições e competências da equipe de saúde estabelecidas nos Cadernos de Atenção Básica.

- ✓ Adotar os Critérios Diagnósticos, Classificação e Estratificação de Risco adotados nos referidos Cadernos de Atenção Básica.

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM - PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Deve ser realizada com base na Resolução COFEN 358/09 seguindo todas as etapas do Processo de Enfermagem.

3.1 COLETA DE DADOS

Exame físico geral e específico:

Avaliar:

- Peso, altura, cintura abdominal, estabelecer Índice de Massa Corpórea (IMC), pressão arterial e frequência respiratória;
- Faces que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireóide, supra-renal e hipófise);
- Pescoço para pesquisa de sopro em carótidas;
- Ausculta cardíaca com possível presença de arritmias, sopros e frequência cardíaca;
- Ausculta pulmonar: estertores, roncosp e sibilos;
- Examinar no abdômen massas palpáveis e ruídos hidroaéreos;
- Avaliação de eventual edema;
- Estado neurológico e fundo de olho.

Verificação da PA nas consultas:

- Em cada consulta deverão ser realizadas no mínimo duas aferições, com intervalo de 1 a 2 minutos entre si;
- Caso as pressões diastólicas obtidas apresentem diferenças superiores a 5 mmHg, sugere-se que sejam realizadas novas aferições, até que seja obtida aferição com diferença inferior a esse valor.
- De acordo com a situação clínica presente, recomenda-se que as aferições sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas.
- As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores.
- As posições recomendadas na rotina para a aferição de pressão arterial são: sentada e/ou deitada.
- Realizar Classificação de risco cardiovascular.

3.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE

- Exame físico;
- Avaliar os cuidados prescritos e resultados obtidos conjuntamente com o cliente;
- Identificar problemas/Diagnósticos de Enfermagem e adequar, se necessário, os cuidados de enfermagem.
- Revisar classificação de risco cardiovascular.

4 SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares são como o próprio nome diz complementares à consulta, visando ao estabelecimento de diagnósticos que a anamnese e o exame físico não são capazes de estabelecer isoladamente. Assim, o Enfermeiro deve solicitar anualmente:

- Exame de urina, potássio, creatinina, glicemia de jejum, hematócrito, colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicérides;

Outros exames complementares, tais como ECG, fundo de olho e Raio-X de tórax PA/P, podem ser solicitados de acordo com a rotina da instituição.

Na avaliação laboratorial complementar mínima da pessoa com HAS deve constar os seguintes exames descritos a seguir no Quadro 1 e que poderão ser solicitados pelo enfermeiro na 1ª consulta de enfermagem e nas subsequentes caso sejam necessários.

Quadro 2 - Exames Complementares mínimos para a avaliação inicial de Hipertensão Arterial Sistêmica

Exame	Valor de Referência
Exame de Urina Rotina 1 (ou EAS)	Ausência de Proteinúria, hematúria
Potássio plasmático (ou potássio sérico)	3,5 a 5,1 mmol/L
Creatinina plasmática (ou creatinina sérica) ²	Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dL Homens: 0,6 a 1,5 mg/dL
Hemograma completo	Depende do tipo de amostra, da idade e sexo do paciente
Glicemia de jejum	60 a 99 mg/Dl
Hemoglobina glicada	Para as pessoas saudias: entre 4,5% e 5,7% Para pacientes com diabetes: abaixo de 7%. -Valore entre 5,7% e 6,4% é considerado anormal próximo do limite. -Maior ou igual a 6,5% é considerado consistente para diabetes. A Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda o uso da dosagem de hemoglobina glicada também como critério de diagnóstico de diabetes mellitus nas seguintes condições: HbA1c maior de 6,5% confirmada em outra ocasião (dois testes alterados) ou uma dosagem de HbA1c associada a glicemia de jejum maior que 200 mg/dl na presença de sintomas de diabetes.

² A partir da Cretinina plasmática faz-se o cálculo da estimativa de filtração glomerular (TFGE) = $(140 - \text{idade}) \times \text{peso (kg)} \div \text{creatinina plasmática (mg/dl)} \times 72 \times 1$ para homens ou $\times 0.85$ para mulheres;

Exame	Valor de Referência
Colesterol total (CT), HDL-colesterol (HDL) e Triglicérides (TGL) plasmáticos ³	CT: Entre 2 a 19 anos: <170mg/dL Adulto: Ótimo <199mg/dL Limítrofes 200 a 239mg/dL Alto ≥240mg/dL HDL >40mg/dL TGL: Ótimo <150mg/dL Limítrofe 150 a 199mg/dL Alto 200 a 499mg/dL Muito alto ≥500mg/Dl
Ácido úrico	Mulheres: 2,6 a 6,5mg/dL Homens: 3,5 a 7,7mg/dL
Eletrocardiograma de repouso (ECG)	Normal
Fundoscopia	Normal
Raio-X de tórax PA/Perfil	Normal

³ As demais frações do Colesterol podem ser calculadas pela fórmula: $LDL = CT - (HDL + TGL \div 5)$; e $VLDL = TGL \div 5$

Ao avaliar os exames de rotina, o profissional deve observar alguns aspectos:

- O eletrocardiograma é razoavelmente sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga de ventrículo esquerdo.

- A presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é, geralmente, secundária à repercussão de hipertensão sobre os rins. Proteinúria mais acentuada, leucocitúria e hematúria (excluídas outras causas), especialmente se acompanhadas dos cilindros correspondentes, indicam hipertensão grave ou hipertensão secundária à nefropatia.

- O potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essa causa, o paciente deve realizar, via encaminhamento, investigação de hiperaldosteronismo primário.

- A dosagem do colesterol e da glicemia visa detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular da hipertensão.

A reavaliação laboratorial complementar mínima é de caráter anual em pacientes com níveis pressóricos limítrofes, assintomáticos e sem intercorrências. A fundoscopia será solicitada apenas na avaliação inicial do paciente hipertenso (BRASIL, 2012)

5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A indicação do anti-hipertensivo deverá ser a critério médico, sendo de competência da (o) enfermeira (o) a transcrição do medicamento durante a consulta de enfermagem nos casos de clientes com a pressão arterial controlada.

Quadro 3 – Tratamento medicamentoso

Grupos e representantes	Dose diária (mg)	Intervalo de dose (h)	Risco de emprego mais importantes	Indicações Favoráveis
DiuréticoTiazídicos: Hidroclorotiazida De alça: Furosemida	12,5 – 50 20 - 320	24/24 12 - 24	hipocalemia, hiperuricemia hipovolemia, hipocalemia	
Antagonista adrenérgico betabloqueadores: Atenolol Carvedilol Metoprolol Propranolol	25 - 100 3,125-50 25-200 40 - 320	12 - 24 12 12-24 6 - 12	Em predispostos: broncoespasmo, doença arterial periférica, bradiarritmias C.I* em pacientes com asma brônquica, DPOC* e BAV* de segundo e terceiro grau	

Grupos e representantes	Dose diária (mg)	Intervalo de dose (h)	Risco de emprego mais importante	Indicações favoráveis
Antagonistas do SRA Inibidores da ECA: Captopril Enalapril Antagonistas do receptor da angiotensina: Losartana	12,5 - 150 5 - 40 25-300	6 - 12 12 - 24 12-24	Tosse, hipercalemia C.I. na gestação Hipercalemia, elevação de escórias nitrogenadas, C.I na gestação	
Antagonista de cálcio: Anlodipina	2,5 - 10	24/24	Cefaleia, tontura, rubor facial, edema de extremidade (maleolar)	Idosos(>65 anos), angina de peito, HAS sistólica
Inibidores adrenérgicos -Ação central: alfametildopa	250-1000	6-12	Galactorreia, anemia hemolítica e lesão hepática C.I. em insuficiência hepática	

Fonte de referência: RENAME, 2014; REMUME, 2015.

(*) CI = Contraindicação; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; BAV = Bloqueio Atrioventricular

6 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

- Médico e cirurgião dentista da equipe (na própria UBS); Nutricionistas; Médicos especialistas: cardiologista e oftalmologista.

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- ✓ Oferecer ao cliente informações em relação à doença e à prevenção das complicações;
- ✓ Envolver o cliente no cuidado de forma a torná-lo ativo e co-responsável por sua saúde;
- ✓ Estimular a adesão ao tratamento:
 - Estabelecendo objetivos junto com o cliente;
 - Através do vínculo com o paciente e familiares;
 - Considerando e adequando crenças, hábitos e cultura do paciente;
 - Realizando visita domiciliar para sensibilizar os familiares na adesão ao tratamento;
 - Através de busca de faltosos;
 - Incentivando a participação do cliente e familiares em grupos educativos.
 -

8 TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

Orientar quanto aos fatores de riscos e preventivos associados à hipertensão como:

- ✓ Manter o peso corporal na faixa normal (IMC entre 18,5 a 24,9 Kg/m);

- ✓ Consumir dieta rica em frutas e vegetais, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais;
- ✓ Substituir bolos, biscoitos doces, sobremesas doces por frutas in natura;
- ✓ Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes, e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana;
- ✓ Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- ✓ Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2g (5 g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3g +2 g de sal dos próprios alimentos e retirar o saleiro da mesa;
- ✓ Preferir temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- ✓ Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, “fastfood”;
- ✓ Limitar o consumo dia 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres;
- ✓ Abandono do tabagismo;
- ✓ Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica.

9 CONDOTA DE ENFERMAGEM EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA⁴

Nos casos em que ocorrer a presença de valores de pressão arterial maiores que 160mmHg para a pressão arterial sistólica e/ou 110mmHg para pressão arterial diastólica, o enfermeiro deverá encaminhar o paciente para a avaliação por médico de forma imediata e assim ser realizada a tomada de uma decisão terapêutica adequada.

Nos casos em que o paciente conhecidamente hipertenso encontra-se sintomático, com os valores de pressão arterial acima de 160 e/ou 110mmHg, para PAS e PAD respectivamente, e já faz ou fez uso de medicamentos da classe de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA) como captopril ou enalapril, por exemplo, e não apresenta histórico conhecido de angioedema ou hipersensibilidade à droga, é possível o enfermeiro prescrever e administrar uma dose complementar de 25mg de captopril mastigado por via oral enquanto aguarda atendimento pelo médico, como uma forma de reduzir a exposição do risco imediato do paciente.

Em casos específicos de maior complexidade, a equipe deverá estar preparada para encaminhar o paciente para o

⁴Pode-se definir emergência hipertensiva como toda situação clínica em que a elevação crítica da pressão arterial é acompanhada de grave quadro clínico, progressiva e rápida lesão de órgão-alvo e risco de morte, exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes por via parenteral. Já o termo urgência hipertensiva refere-se à substancial elevação da pressão arterial, porém, sem lesão de órgão-alvo, exigindo a redução da pressão arterial em até 24 horas.

atendimento em local apropriado (pronto-atendimento hospitalar ou emergência).

REFERÊNCIAS

_____, Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Brasília, 2013

_____, Ministério da saúde. Subsecretaria de Atenção primária em saúde. **Protocolo de enfermagem – hipertensão arterial**. Brasília, 2010.

CARVALHO, A. K. M *et al.* Consulta de enfermagem na percepção dos portadores de Hipertensão Arterial na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 341-7, 2011.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GASPERIN, D; FERSTERSEIFER, L. M. **As modificações no estilo de vida para hipertensos**. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 372-8, 2006.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979

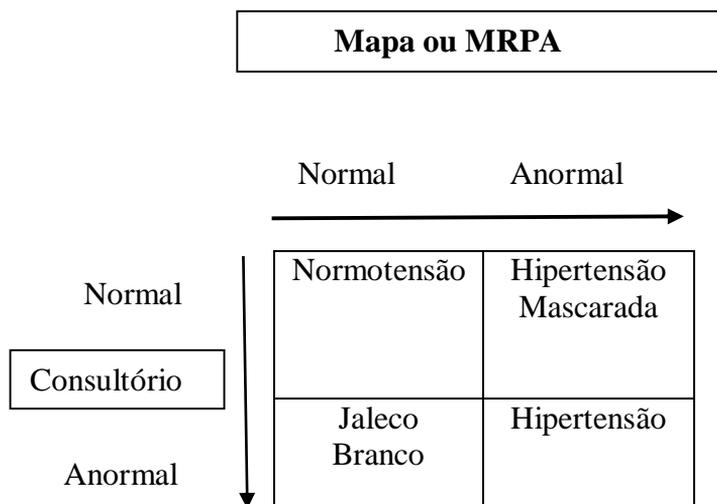
OPAS, **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Organização Pan- Americana de saúde. Brasília, 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51

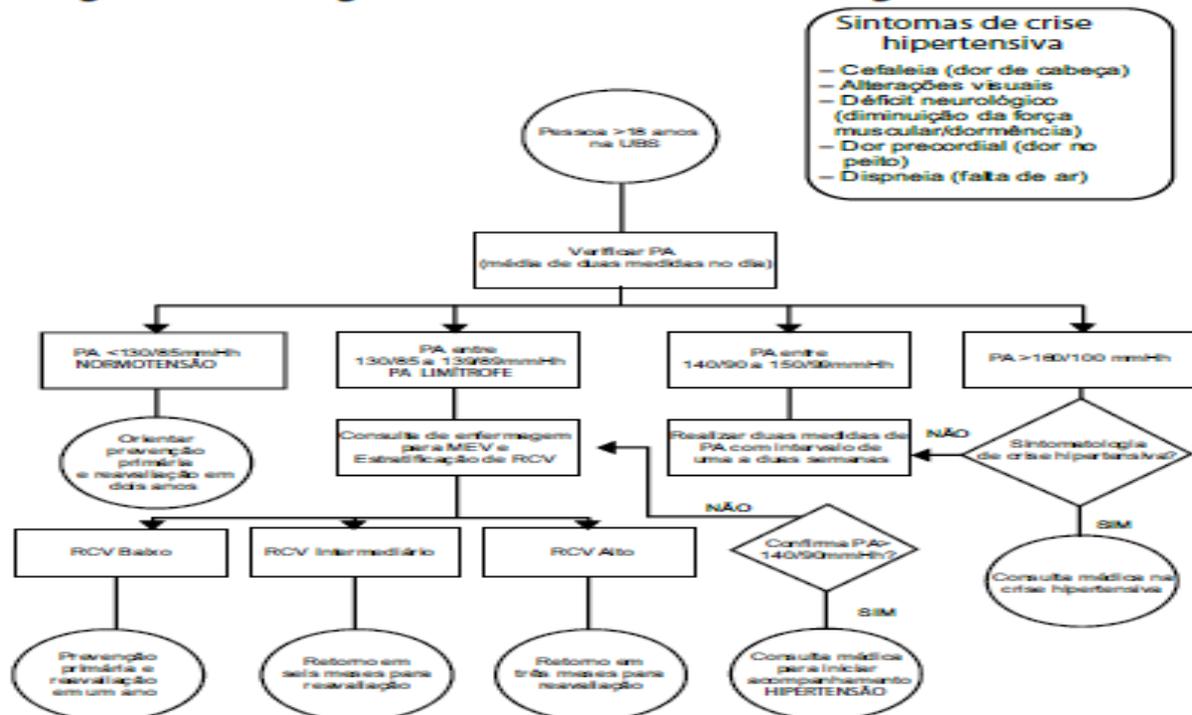
ANEXOS

Figura 1 – Condições classificatórias da pressão arterial considerando a aferição em consultório e fora de consultório



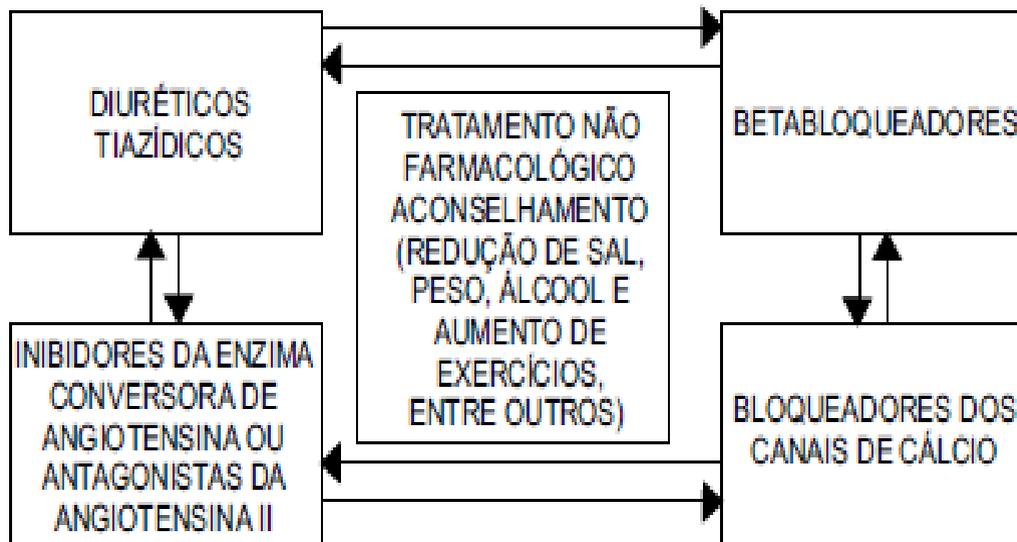
Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº 37, 2013.

Figura 2 – Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS



Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº 37, p. 36.

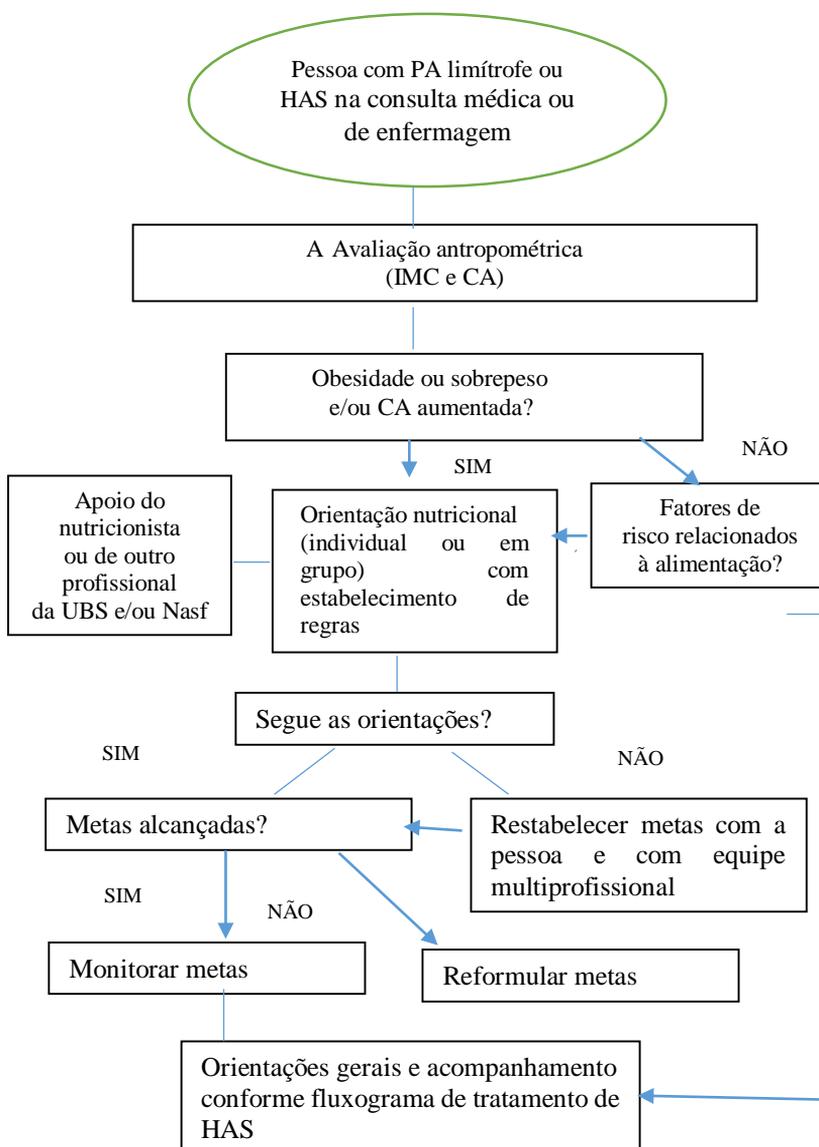
Figura 3 - Quadro de Birmingham para a associação de drogas no manejo da HAS



Fonte: (LIP; BEEVERS; BEEVERS, 1998).

Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº 37, p.62

Figura 4 – Fluxograma da abordagem nutricional com pessoas com PA limítrofe ou HAS em consulta médica e de enfermagem na Atenção Básica



Anexo A – Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham

HOMENS					
Idade			Pontos		
20 34			-7		
35 39			-3		
40 44			0		
45 49			3		
50 54			6		
55 59			8		
60 64			10		
65 69			12		
70 74			14		
75 79			16		
Colesterol Total	Idade				
	20 – 39	40 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	1
200 – 239	8	6	4	2	1
240 – 279	11	8	5	3	2
> 280	13	10	7	4	2
Condição	Idade				
	20 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
<40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	1		3		
130 – 139	2		4		
140 – 159	3		5		
> 160	4		6		

Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº 37, p.124.

MULHERES					
Idade			Pontos		
20 - 34			-7		
35 - 39			-3		
40 - 44			0		
45 - 49			3		
50 - 54			6		
55 - 59			8		
60 - 64			10		
65 - 69			12		
70 - 74			14		
75 - 79			16		
Colesterol	Idade	Idade	Idade	Idade	Idade
Total	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79
< 160	0	0	0	0	0
160 - 199	4	3	2	1	1
200 - 239	8	6	4	2	1
240 - 279	11	8	5	3	2
> 280	13	10	7	4	2
	Idade	Idade	Idade	Idade	Idade
	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 - 59			0		
40 - 49			1		
<40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 - 129	1		3		
130 - 139	2		4		
140 - 159	3		5		
≥ 160	4		6		

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

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

Ajustar o escore aos seguintes fatores:

- multiplicar pelo fator de correção 1.5 se existir um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- multiplicar pelo fator de correção 2 se existir mais de um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- multiplicar pelo fator de correção 1.4 se a pessoa tiver ascendência sul-asiática;
- multiplicar pelo fator de correção 1.3 para pessoas com IMC ≥ 30 kg/m².

CAPÍTULO V - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO ADULTO COM DIABETES

Autores

Francisca Costa de Abreu

Gilda dos Santos Costa

Iolete Soares da Cunha

Joana Rodrigues de Lima

Marcelo de Moura Carvalho

Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista

Sandra Maria G. de Sousa

Revisão - abri 2016

Ana Clara Lucena Silva

Ana Maria Chaves Ferreira

Joana Rodrigues de Lima

Sayonara dos Santos Mendes Damasceno

1. INTRODUÇÃO

O termo “diabetes mellitus” refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogênicas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

O diabetes mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica e frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas aos sintomas de diabetes, mas também aos seus fatores de risco (hábitos

alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária) (BRASIL, 2013).

2 REFERÊNCIAS PARA PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM AO ADULTO COM DIABETES

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte integrante de seu protocolo para Diabetes os documentos identificados nos Cadernos de Atenção Básica – nº 16 / Diabetes Mellitus e o Caderno de Atenção Básica – nº 36 /Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.

3 RASTREAMENTO

Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de Saúde seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos.

Quadro 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c $\geq 5,7\%$, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, *acanthosis nigricans*;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

OU

Idade ≥ 45 anos;

OU

Risco cardiovascular moderado (Ver *Cadernos de Atenção Básica, nº 37* – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica).

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013.

4 CRITÉRIOS LABORATORIAIS PARA O DIAGNÓSTICO DE DIABETES

Os critérios de diagnóstico apresentados na tabela abaixo deverão ser realizados pelo médico e registrados em prontuário. A partir dessa informação, o enfermeiro deve utilizá-la para definir com o médico da equipe (conforme roteiro de classificação de risco definida pela FMS), a periodicidade das consultas de enfermagem no acompanhamento aos pacientes.

Quadro 2 – Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum *	TTG: duas horas após 75 g de glicose	Glicemia casual **	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia Alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à Glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	≥126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos* **)	>6,5%

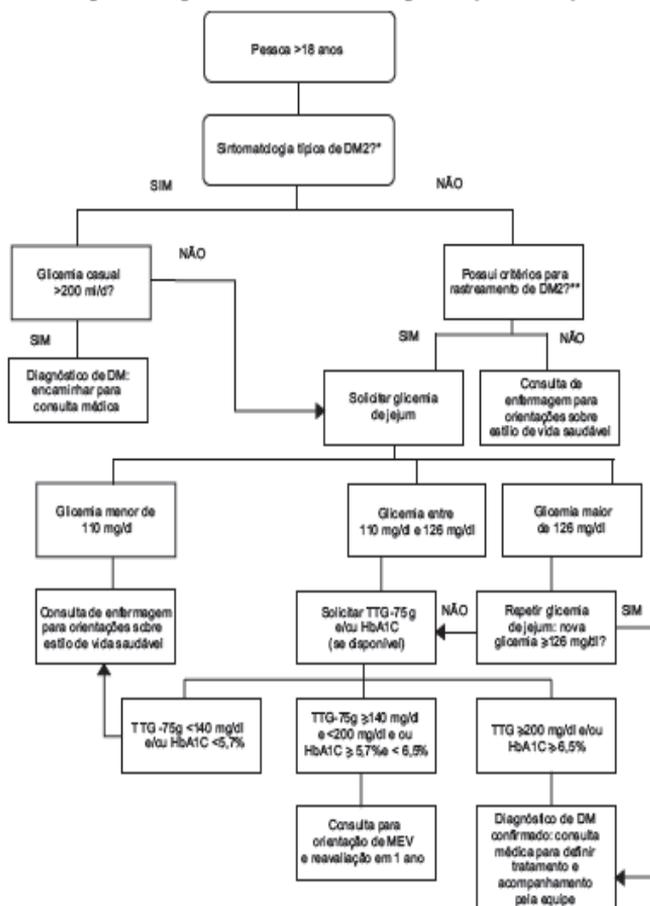
Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; World Health Organization (2006).

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia.

Figura 1 – Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2



Fonte: DAB/SASIMS.

* Ver Tabela 2 – Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM.

** Ver Tabela 1 – Critérios para o rastreamento de DM para adultos assintomáticos.

MEV = Mudanças de estilo de vida.

5 CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em saúde para o autocuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos.

5.1 Histórico

5.2 Exame físico específico:

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Alterações de visão.
- Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.
- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.
- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas.
- Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações

(capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de *candida albicans*.

Quadra 3 – Exames complementares e periodicidade de realização

Exame	Periodicidade
Glicemia de jejum	A cada seis meses ou conforme a necessidade
Glicemia pós-prandial	
Hemoglobina Glicada (HbA1c)	A cada seis meses
Colesterol Total	Anual ou conforme necessidade
Triglicerídeos	
HDL- colesterol	
LDL- colesterol	
Creatinina sérica	
Proteína e creatinina em amostra de urina	
Urina tipo I	
TSH	

5.3 DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DO CUIDADO

É fundamental, para seguir o processo de planejamento e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), estar atento para as seguintes situações:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;

- Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
- Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
- Medos: da perda da independência; de hipoglicemia, do ganho de peso, das aplicações de insulina;
- Automonitorização: Consegue realizar a verificação da glicemia capilar? Apresenta dificuldades no manuseio do aparelho?

5.4 PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com DM.

Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar sobre:
 - Sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações;
 - Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);
 - Percepção de presença de complicações;
 - A doença e o processo de envelhecimento;
 - Uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença;

- Uso da insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízio dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia.
 - Solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local.
 - Quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais.

5.5 IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta. As pessoas com DM com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte até que consigam ampliar as condições de se cuidar. O apoio ao autocuidado poderá ser da equipe de Saúde ou de outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para esse fim.

5.6 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADO

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento.

Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta.

Avaliar a necessidade de mudança ou adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades.

Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento.

6 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

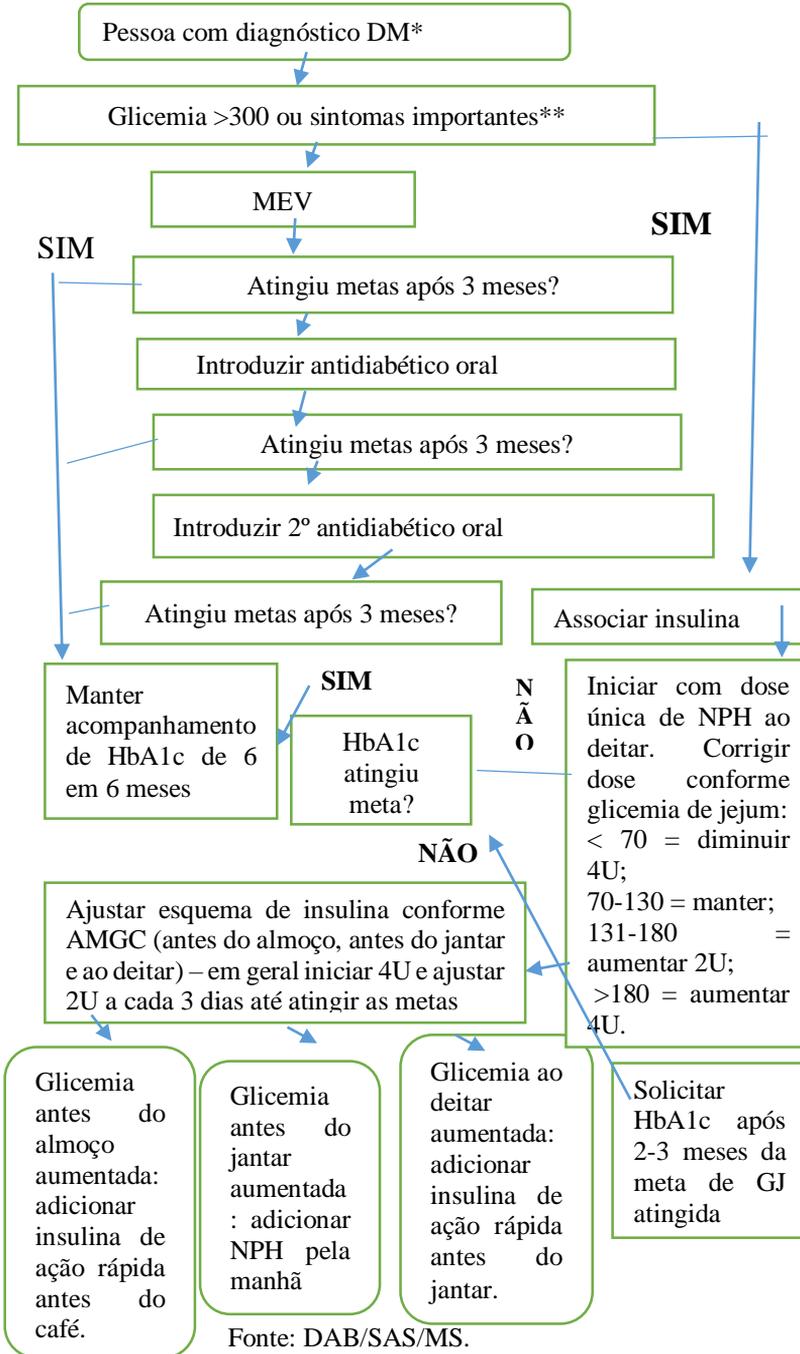
Compete a(o) enfermeira(o) a transcrição dos medicamentos (relação abaixo) durante a realização da consulta de enfermagem.

Quadro 4 - Tratamento medicamentoso para pacientes diabéticos e hipertensos

Classe farmacológica	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima (dose inicial)	Dose máxima (dia)	Tomadas ao dia
Biguanidas	Cloridrato de Metformina	500 mg	Comprimido	500 mg	2.550 mg	3
	Cloridrato de Metformina	850 mg	Comprimido	500 mg	2.550 mg	3
Derivados da ureia, sulfonamidas	Glibenclamida	5 mg	Comprimido	2,5 mg	20 mg	2 - 3
	Gliclazida	30 mg	Comprimido de liberação controlada	30 mg	-	1
	Gliclazida	60mg	Comprimido de liberação controlada	30mg	-	1
	Gliclazida	80 mg	Comprimido	80 mg	320 mg	1 - 2

Fonte: Relação Nacional de Medicamento (Rename) de 2012

Figura 2 – Fluxograma de Tratamento do DM tipo 2



*Introduzir metformina ao diagnóstico para pessoas com sobrepeso e obesas.

**Quando há o diagnóstico, nessa situação, a insulinoaterapia deve ser plena e pode ser temporária.

AMGC – automonitorização de glicemia capilar.

6.1 METAS DO TRATAMENTO

Quadro 5 – Metas do tratamento da diabetes

GLICOSE PLÁSMÁTICA (mg/dl)	Ideal
Jejum	Entre 70 - 130 mg/dl
Pós pandrial	Abaixo de 180 mg/dl
Glicohemoglobina (%)	< 7%
Colesterol (mg/dl)	
Total	< 200
HDL	> 45
LDL	< 100
Triglicêrides (mg/dl)	< 150
Pressão Arterial (mmHg)	
Sistólica	<130
Diastólica	<80
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	20 – 25

6.2 TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

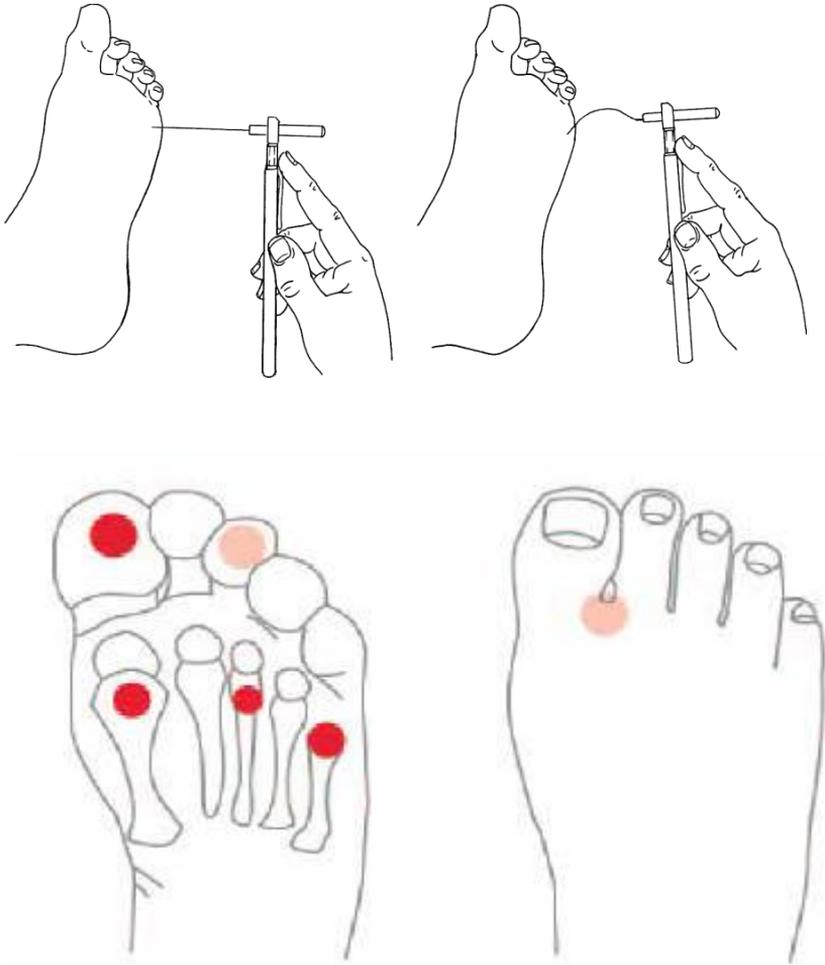
O tratamento do DM inclui a sensibilização do cliente para modificações do estilo de vida, educação, reorganização dos hábitos alimentares e aumento da atividade física.

- Educação
- Modificações dos hábitos de vida
- Suspender fumo
- Atividade Física
- Plano alimentar adequado
- Adequação de peso
- Farmacoterapia

6.3 AVALIAÇÃO DO PÉ EM RISCO PELO ENFERMEIRO

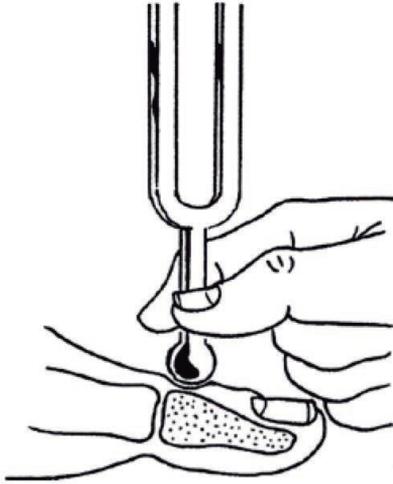
O enfermeiro deve ser capaz de detectar, classificar e se necessário encaminhar a lesão dos pés de acordo com a classificação de risco.

Técnica de aplicação e locais para avaliação do teste com monofilamento de Semmes-Weinsem:



Fonte: Apelqvist et al., 2008. Boulton et al., 2008.

**Método de avaliação da sensibilidade vibratória
utilizando o diapasão de 128 Hz**



Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético,
2001.

Técnica palpatória para identificação de artérias:



A – Palpação do pulso pedios dorsal B – Palpação do pulso tibial posterior

Fonte: Makadisse, 2004.

Quadro 6: Classificação de risco do Pé Diabético

Categoria de risco	Situação Clínica
Grau 0	Neuropatia ausente.
Grau 1	Neuropatia presente com ou sem deformidades (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot).
Grau 2	Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente.
Grau 3	História de úlcera e/ou amputação.

Fonte: Boulton et al., 2008; Brasil, 2013.

Quadro 7: Cuidados recomendados para o Pé Diabético, segundo a Classificação de Risco:

Categoria de risco	Definição	Recomendação	Periodicidade de acompanhamento recomendada
0	Sem PSP* Sem DAP*	Orientações sobre calçados apropriados. Estímulo ao autocuidado.	Anual, preferencialmente com médico ou enfermeiro da AB.
1	PSP com ou sem deformidades	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica, caso não haja adaptação.	A cada 3 a 6 meses, com médico ou enfermeiro da AB.
2	DAP com ou sem PSP	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 2 a 3 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB. Avaliar necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção.
3	História de úlcera ou amputação	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica, caso não haja adaptação. Se houver DAP, avaliar a necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 1 a 2 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB, ou equipe especializada.

Fonte: Boulton et al., 2008; Brasil, 2013.

(*) PSP = Perda de Sensibilidade Protetora dos pés;
DAP = Doença Arterial Periférica.

Quadro 8 - Classificação fisiopatológica do Pé Diabético, segundo sinais e sintomas

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital; sem anel querotásico; dolorosas

Fonte: Dealey, 2006; International Diabetes Federation, 2006.

Orientações para o autocuidado no Pé Diabético – prevenindo as feridas:

- Realize a inspeção diária dos pés (seja por você mesmo ou com a ajuda de um familiar ou um cuidador orientado), incluindo as áreas entre os dedos.
- Realize a higiene regular dos pés, seguida da secagem cuidadosa deles, principalmente entre os dedos.
- Cuidado com a temperatura da água! Ela deve estar sempre inferior a 37°C, para evitar o risco de queimadura.
- Evite andar descalço, seja em ambientes fechados ou ao ar livre.
- Sempre use meias claras ao utilizar calçados fechados.
- Use, sempre que possível, meias com costura de dentro para fora ou, de preferência, sem costura.
- Procure trocar de meias diariamente.
- Nunca use meias apertadas e evite usar meias altas acima do joelho.
- Inspecione e palpe diariamente a parte interna dos calçados, à procura de objetos que possam machucar seus pés.
- Use calçados confortáveis e de tamanho apropriado, evitando o uso de sapatos apertados ou com reentrâncias e costuras irregulares.
- Use cremes ou óleos hidratantes para pele seca, porém, evite usá-los entre os dedos.
- Corte as unhas em linha reta.
- Não utilize agentes químicos ou emplastos para remover calos.
- Calos e calosidades devem ser avaliados e tratados pela sua equipe de saúde.
- Faça a reavaliação dos seus pés com a sua equipe de saúde uma vez ao ano (ou mais vezes, se for solicitado).
- Procure imediatamente sua Unidade de Saúde se uma bolha, corte, arranhão ou ferida aparecer.
- Em caso de dúvidas, procure sempre a sua equipe de saúde!

As alterações cutâneas mais frequentes e condutas:

- **Xerodermia (pele seca):** orientar quanto ao uso de hidratante comum após o banho, sempre cuidando para poupar os espaços interdigitais, a fim de evitar o aparecimento de micoses.
- **Calosidades:** avaliar adequação de calçado, a necessidade de órteses para mudança de pontos de pressão e a redução do nível de atividade para os pés. Em caso de falha terapêutica com as medidas conservadoras, avaliar a necessidade de debridamento.
- **Alterações ungueais:** as unhas devem ser cortadas sempre retas e o profissional de saúde deve orientar o indivíduo ou seu cuidador quanto à técnica correta. Diante de um quadro de unha encravada, deve-se encaminhar o indivíduo para consulta com o médico da equipe, para avaliação da necessidade de cantoplastia.

Infecções mais frequentes e condutas:

Infecções fúngicas:

- *Tinea pedis* (“micose dos pés”) ou Onicomomicose (“micose das unhas”): manter dedos secos, manter local ventilado; usar meias de algodão, secar os pés após o banho; cuidados locais: se tratamento tópico coadjuvante (lixar unhas para melhor absorção).

Infecções bacterianas:

O tratamento recomendado para infecções bacterianas no Pé Diabético depende gravidade da infecção. Condutas:

tratamento medicamentoso; avaliação médica e controle glicêmico.

6.4 Recomendações para o armazenamento, transporte, preparo e aplicação da insulina.

Armazenamento:

- as insulinas lacradas precisam ser mantidas refrigeradas entre 2°C a 8°C;
- após aberto, o frasco pode ser mantido em temperatura ambiente para minimizar dor no local da injeção, entre 15°C e 30°C, ou também em refrigeração, entre 2°C a 8°C;
- não congelar a insulina;
- após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira. Por isso, é importante orientar que a pessoa anote a data de abertura no frasco;
- orientar sobre o aspecto normal das insulinas (Tabela 4) e sua observação antes da aplicação, descartando o frasco em caso de anormalidades.

Transporte e viagens:

- colocar o frasco em bolsa térmica ou caixa de isopor, sem gelo comum ou gelo seco;
- na ausência de bolsa térmica ou caixa de isopor, o transporte pode ser realizado em bolsa comum, desde que a insulina não seja exposta à luz solar ou calor excessivo;

- em viagens de avião, não despachar o frasco com a bagagem, visto que a baixa temperatura no compartimento de cargas pode congelar a insulina.

Preparação e aplicação:

- lavar as mãos com água e sabão antes da preparação da insulina;
- o frasco de insulina deve ser rolado gentilmente entre as mãos para misturá-la, antes de aspirar seu conteúdo;
- em caso de combinação de dois tipos de insulina, aspirar antes a insulina de ação curta (regular) para que o frasco não se contamine com a insulina de ação intermediária (NPH);
- não é necessário limpar o local de aplicação com álcool;
- o local deve ser pinçado levemente entre dois dedos e a agulha deve ser introduzida completamente, em ângulo de 90 graus;
- em crianças ou indivíduos muito magros esta técnica pode resultar em aplicação intramuscular, com absorção mais rápida da insulina. Nestes casos podem-se utilizar agulhas mais curtas ou ângulo de 45 graus;
- não é necessário puxar o êmbolo para verificar a presença de sangue;
- esperar cinco segundos após a aplicação antes de se retirar a agulha do subcutâneo, para garantir injeção de toda a dose de insulina;

- é importante mudar sistematicamente o local de aplicação de insulina de modo a manter uma distância mínima de 1,5 cm entre cada injeção. Orientar a pessoa a organizar um esquema de administração que previna reaplicação no mesmo local em menos de 15 a 20 dias, para prevenção da ocorrência de lipodistrofia.

Locais para aplicação da insulina:

Braços: parte externa e posterior.

Coxas: parte anterior e lateral

Região Abdominal

Região glútea.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAPÍTULO VI

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A PESSOA IDOSA

Autores
Francisca Cecília Viana Rocha
Ravena Napoleão da Rocha

Revisão – abril 2016
Claudia Maria Sousa de Carvalho
Kátia Regina de Sousa Batista Tôrres
Mary Ane Leão Lima

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo que faz parte da humanidade. De acordo com as estatísticas mundiais, estima-se que até o ano 2050 existam cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos e mais em todo o mundo e grande parte destas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2010). Em relação ao Brasil, este será a sexta maior população de idosos do mundo. Essa mudança no perfil epidemiológico se deve em parte à diminuição nos indicadores de mortalidade e de fecundidade no país (BORGES; COIMBRA, 2008).

Em resposta às mudanças no perfil epidemiológico descritas acima, a expectativa de vida do cidadão brasileiro aumentou. Este fenômeno pode estar associado às melhorias nas condições sociais, no saneamento, nos avanços

tecnológicos da medicina, no uso de antibióticos e vacinas, entre outros; como a prática de atividade física e a alimentação saudável, também, tem influenciado o aumento da longevidade (NARSI, 2008).

Em contrapartida, a transição epidemiológica, ou seja, a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que demandam acompanhamento contínuo, passou a despertar a preocupação de gestores e profissionais da saúde, considerando que tais patologias podem afetar a saúde do idoso podendo levá-los a incapacidades, gerando dificuldades no desempenho de suas atividades de vida diária e afetando, assim, a qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2010). Além disso, o aumento do número de doenças crônicas produz uma sobrecarga no sistema de saúde e de proteção social, pois o idoso tende a fazer uso de maior número de medicamentos, a realizar exames com maior frequência e a utilizar cada vez mais os serviços de saúde.

O conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência como principal marcador de saúde. Portanto a capacidade funcional surge como novo paradigma de saúde (NARSI, 2008).

O processo de envelhecimento é único para cada pessoa, resulta da interação dos fatores genéticos e ambientais. Cabe ressaltar que a idade cronológica (medida em anos) e a biológica (capacidade funcional) quase sempre não coincidem.

É importante diferenciar senescência ou envelhecimento fisiológico de senilidade ou envelhecimento patológico. A senescência é universal e progressiva, influenciada por múltiplos fatores como educação, estilo de vida, estresse, alimentação e exercícios físicos; enquanto a senilidade constitui um processo que acarreta danos à saúde associados ao tempo, em consequências de doenças ou maus hábitos de vida (SILVA, 2009).

Desta forma, a avaliação multidimensional do idoso deve ser global e sistematizada, permitindo a identificação de problemas de natureza biopsicossocial levando em conta o contexto familiar e comunitário no qual o idoso está inserido, possibilitando a elaboração de um projeto terapêutico produtor de cuidado integral ao idoso e à sua família.

A Atenção Básica, definida pelo Ministério da Saúde, como o contato preferencial do usuário ao sistema de saúde, deve estar preparada e organizada de forma articulada para atender integralmente ao conjunto de necessidades da pessoa idosa. Para tanto, é necessário que a equipe da Estratégia Saúde da Família tenha conhecimento da estrutura e dinâmica da rede de assistência à saúde voltada à pessoa idosa (BORGES; COIMBRA, 2008).

Além disso, a assistência de enfermagem ao idoso deve estar pautada em conhecimentos e habilidades que permitam o desenvolvimento do processo de enfermagem envolvendo uma abordagem holística do indivíduo e, assim, garantindo um

cuidado integral. As alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais devem ser consideradas em todas as fases do processo de enfermagem.

Para isso, as equipes da Estratégia Saúde da Família têm entre suas atribuições o desenvolvimento de um conjunto de ações de âmbito individual e coletivo, executando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação de doenças, além de manter a saúde da comunidade (BRASIL, 2011).

A aplicação do processo de enfermagem na saúde do idoso tem como referência a Resolução COFEN nº 358/2009 e a Lei do Exercício Profissional. E para embasar cientificamente as etapas do processo será utilizada a Teoria de Enfermagem da Wanda Horta (1979), pois esta tem como base as leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo.

Nesse contexto, faz-se necessário a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, com vistas a melhorar a qualidade da assistência através de um atendimento individualizado dando outro olhar de forma mais humana e efetiva ao idoso.

2 REFERÊNCIA PARA PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA IDOSA

Este protocolo está fundamentado nas diretrizes dos seguintes documentos:

- Caderno de Atenção Básica – nº 19 /Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa.
- Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003.
- Caderneta do Idoso – 3ª edição
- Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM

O trabalho no âmbito da Atenção Básica por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família é organizado segundo a lógica do trabalho em equipe interdisciplinar; contudo, o Ministério da Saúde define atribuições comuns a todos os profissionais da equipe e atribuições específicas para cada categoria profissional integrante da equipe multiprofissional. Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, quanto às atribuições do enfermeiro, estas consistem em:

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- c) Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem.
- e) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- f) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

Fonte: BRASIL, 2010, p. 28

3.1 O ACOLHIMENTO DA PESSOA IDOSA

O acolhimento da pessoa idosa na unidade básica deve respeitar as diretrizes que asseguram os direitos e o acesso às ações e serviços de saúde em conformidade com sua necessidade; bem como, os aspectos da singularidade e

especificidades do sujeito. Para isso, no acolhimento, o Enfermeiro deve estar atento para:

- Promover relação de ajuda, dedicando tratamento respeitoso e cordial à pessoa idosa;
- Tratar o idoso pelo nome e estabelecer diálogo buscando resguardar a privacidade, conforto e segurança da pessoa idosa;
- Dirigir-se ao idoso com perguntas e/ou orientações claras e objetivas. Caso o idoso esteja acompanhado, fazer esclarecimentos ao acompanhante após dirigir-se ao idoso;
- Dedicar tempo ao idoso a fim de realizar escuta ampliada das necessidades e identificar problemas;
- Se necessário, discutir o caso com outros membros da equipe;
- Dar seguimento adequado ao caso:
- ✓ Encaminhar ou agendar para consulta médica, odontológica, de enfermagem ou especializada;
- ✓ Inserir o idoso nas ações ofertadas da unidade básica;
- ✓ Inserir na rede social de apoio, conforme a necessidade.

3.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM A PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA:

A avaliação do idoso deve ser global com ênfase no funcionamento do sistema orgânico, psicológico e na funcionalidade de vida. Para isso, neste protocolo, dividimos a consulta de Enfermagem em duas condições: **o idoso sem**

complicações clínicas e/ou psíquicas e o idoso com complicações clínicas e/ou psíquicas.

☛ **Lembrar que todas as informações levantadas na consulta de enfermagem devem ser registradas no prontuário e na caderneta do idoso.**

A – IDOSO SEM COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E/OU PSICOLÓGICAS:

- a) Levantar histórico do idoso: antecedentes pessoais e familiares, doenças e tratamentos anteriores, investigação de queixas e percepção de problemas.
- b) Realizar exame físico e avaliação de funcionamento dos sistemas circulatório, respiratório, digestivo, endócrino, urinário, reprodutor, locomotor, neurológico e das funções cognitivas e psíquicas.
- c) Investigar mudanças no estado funcional no último ano: alterações no peso, fadiga, mal estar, ocorrência de quedas, alterações no sono, problemas cardiovasculares, urinários e digestivos, humor, dor e problemas sexuais;
- d) No exame físico, observar presença de manchas, edemas e feridas. Além, das condições de simetria de membros, resposta dos reflexos, limitações de movimentos e força muscular.
- e) Avaliar antropometria e padrão nutricional do idoso. Avaliar tipo e intervalo entre refeições. Utilizar a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Índice de Massa Corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Pontos de corte do IMC estabelecidos para idosos:

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo peso
> 22 e < 27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: LBPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care, 21 (8): 55-67, 1994.

Lembre-se:

- 1 - o declínio da altura é observado com o avançar da idade, em decorrência da compressão vertebral, mudanças nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais;
- 2 - o peso pode diminuir com a idade, porém, com variações segundo o sexo. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino;
- 3 - alterações ósseas em decorrência da osteoporose;
- 4 - mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo.
- 5 - redução da massa muscular devida à sua transformação em gordura intramuscular, o que leva à alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos (BRASIL, 2010, p.33).

- É importante investigar:
- ✓ Prejuízos na autonomia para comprar e preparar alimentos;
- ✓ Dificuldades para alimenta-se;
- ✓ Alterações no apetite, na ingestão de líquidos (água) e na percepção da temperatura dos alimentos;

- ✓ Alterações visuais⁵ e olfativas que interfiram na alimentação;
 - ✓ Necessidade de restrição alimentar por algum problema de saúde ou intolerância alimentar;
 - ✓ Observar e investigar prejuízos na mastigação em decorrência de ausência de elementos dentários, presença de cáries ou lesões na cavidade bucal, condições de prótese dentária.
 - ✓ Avaliar condição dos elementos dentários/próteses. Caso necessário, encaminhar para avaliação odontológica.
 - ✓ Decidir sobre a necessidade de orientações e/ou encaminhamentos diante de problemas identificados.
- f) Avaliar a função auditiva do idoso. Se necessário, utilizar o “teste do sussurro” (Anexo B).
- g) Investigar atividade sexual do idoso. É importante esclarecer que a atividade sexual pode fazer parte do cotidiano do idoso. Para isso, esclarecer quanto às mudanças fisiológicas que ocorrem nesta fase. Nesta oportunidade, investigar ocorrências de infecções sexualmente transmissíveis / AIDS.
- h) Investigar e orientar necessidade de realizar exame de prevenção (citologia oncótica) e mamografia de rastreamento na mulher e o exame de toque retal no homem (ver protocolos de saúde da mulher e saúde do homem).
- i) Fazer a avaliação da situação vacinal do idoso (ver protocolo de imunização do idoso).

⁵ Caso seja identificada alguma alteração, aproveite para investigar também dificuldade ao ler, escrever, assistir TV, dirigir ou realizar outras tarefas. Se necessário, fazer a avaliação usando o Cartão de Jaeger (Anexo A).

j) Investigar estado mental do idoso. Perguntar sobre interação social e familiar; queixas de esquecimento frequente (condições da memória); episódios depressivos, isolamento, perda do interesse por atividades tidas como prazerosas, padrão de consumo de álcool, fumo ou outras drogas. Realizar avaliação cognitiva do idoso (Anexo C) e avaliação de depressão (Anexo D).

l) Avaliar capacidade de mobilidade e investigar risco de quedas.

m) Avaliar desempenho funcional: investigar autonomia para autocuidados (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, controle das necessidades fisiológicas) e atividades da vida diária (utilizar meios de transporte, realizar compras, realizar tarefas domésticas, utilizar telefone, preparar refeições e cuidar das finanças).

n) Investigar suporte familiar e social: relacionamento intrafamiliar e social, riscos e vulnerabilidades a violências.

B – IDOSO COM COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E/OU PSICOLÓGICAS:

a) A consulta de enfermagem para o idoso com complicações clínicas e/ou psicológicas deve seguir o mesmo protocolo da consulta ao idoso sem complicações clínicas e/ou psicológicas. Contudo, o enfermeiro deve estar atento para

queixas, fragilidades e disfunções identificadas durante a avaliação do idoso.

- b) Diante do idoso com complicações o enfermeiro deve:
- ✓ Investigar queixas e ocorrências relacionadas.
 - ✓ Avaliar riscos e complicações.
 - ✓ Investigar adesão e continuidade do tratamento.
 - ✓ Orientar necessidade de uso regular da medicação prescrita e realização de exames de controle.
 - ✓ Solicitar avaliação do médico da equipe ou encaminhar para avaliação com especialista, caso necessário.
- c) Participar da elaboração e gestão do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁶. (Ver Caderno de Atenção Básica n. 19. Páginas 127 a 131)
- d) Idoso em situação de urgência e emergência deve ser encaminhado pelo Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU).

4 EXAMES DE MONITORAMENTO E CONTROLE

Os exames⁷ a serem solicitados na Consulta de Enfermagem:

⁶ “Projeto terapêutico é um plano de ação que considera todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, formulando uma estratégia de intervenção, pactuada com o usuário, que vai além do medicamento, e da solicitação de exames, mas que considera o ambiente, a família, o trabalho, os recursos da comunidade e outros aspectos que podem ser relevantes” (BRASIL, 2010, p 127).

⁷ A avaliação dos exames laboratoriais obedecerá aos parâmetros de referência descritos nos protocolos de atenção à pessoa com hipertensão arterial e diabetes.

- Hemograma
- EAS
- Lipidograma
- ECG
- Glicemia de Jejum
- Parasitológico de Fezes
- Citologia Oncótica (*)
- Mamografia de rastreamento (*)

(*) Ver protocolo de saúde da mulher.

5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A prescrição e/ou transcrição de medicamentos será definida em consonância com a condição ou estado de saúde da pessoa idosa. Desta forma, a indicação dos fármacos respeitará as recomendações para atenção à Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Vigilância em Saúde, Hipertensão, Diabetes e IST/AIDS, descritas neste protocolo.

- ✪ A indicação de fármacos para o controle da Hipertensão Arterial e Diabetes é responsabilidade do médico, após definição de diagnóstico, sendo de competência da(o) Enfermeira(o) a prescrição do medicamento de uso contínuo do idoso durante a consulta de enfermagem nos casos de clientes sem alterações clínicas relacionadas às referidas doenças crônicas.

6 TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

Compete a(o) Enfermeira(o) atuar na sensibilização do cliente orientando quanto aos fatores de riscos e medidas preventivas associados as doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, doenças osteoarticulares, entre outras. Entre estes cuidados incluem:

- ✓ Estímulo à adoção de estilo de vida saudável.
- ✓ Orientações quanto à alimentação saudável (rica em frutas e legumes; pobre gordura e sal).
- ✓ Adoção de medidas para o controle do peso.
- ✓ Ingestão adequada de Líquidos (água e sucos).
- ✓ Desenvolvimento de atividade física – com orientação de um educador físico e após avaliação médica (Academia da Saúde).
- ✓ Orientação quanto aos danos causados pelo consumo de álcool e ao tabagismo.
- ✓ Orientações sobre a necessidade de proteção à exposição ao sol e outros agentes nocivos.
- ✓ Incentivo à inclusão social e aos grupos comunitários.

7 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

Constitui atribuição do Enfermeiro(a) da Estratégia Saúde da Família o encaminhamento da pessoa idosa para os seguintes profissionais e especialidades médicas:

- ✓ Cirurgião dentista e médico da equipe (na própria UBS);

- ✓ Cardiologia
- ✓ Oftalmologia
- ✓ Dermatologia (nos casos de acompanhamento de Hanseníase)
- ✓ Gerontologia
- ✓ Psiquiatra
- ✓ Urologia
- ✓ Ginecologia
- ✓ Endocrinologia
- ✓ Fisioterapia
- ✓ Nutricionista
- ✓ Enfermeiro Estomoterapêuta
- ✓ Especialista em Terapias Alternativas
- ✓ Assistente Social
- ✓ Psicólogo

8 VISITA/ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À PESSOA IDOSA

A Equipe Saúde da Família deve estar organizada para atender as necessidades de saúde da pessoa idosa que necessitem de atendimento no domicílio. Nesse sentido, o Enfermeiro(a) tem como atribuição:

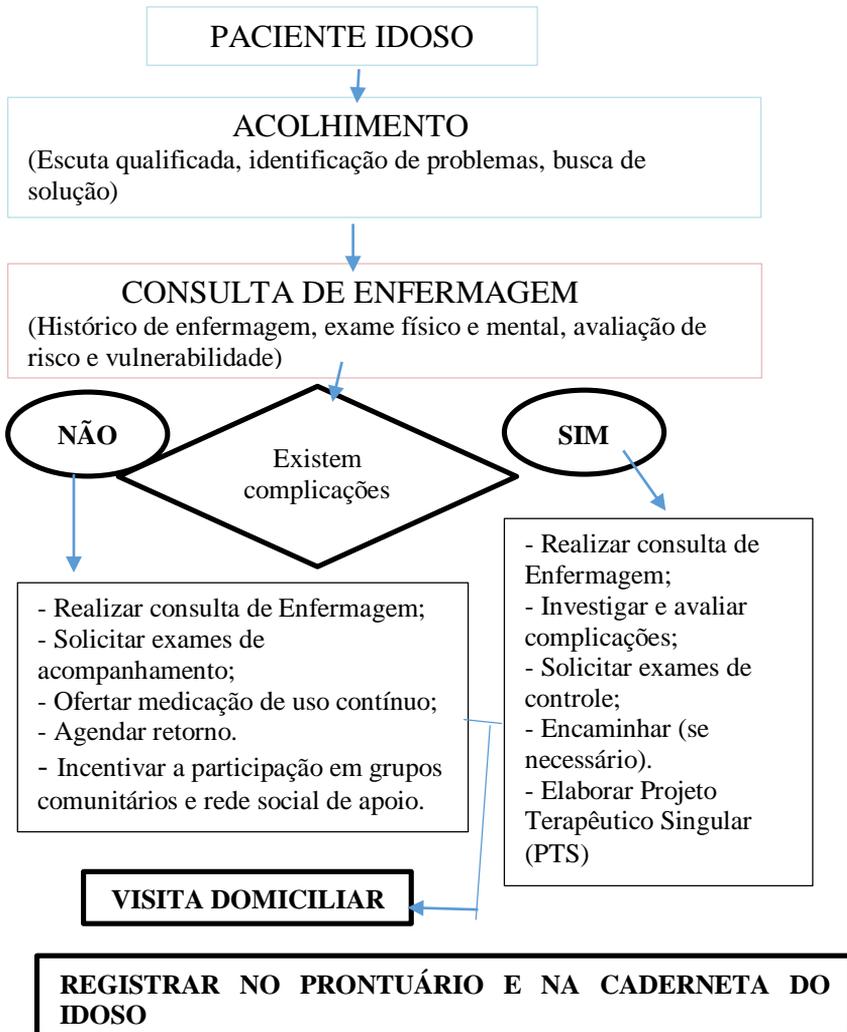
- ✓ Realizar visita domiciliar a pessoa idosa nas seguintes condições: acamado, egresso de internação hospitalar, faltosos, por indicação ou solicitação de outros serviços de

saúde, em condições de abandono/violência, por solicitação do próprio usuário e em caso de interesse epidemiológico.

- ✓ Desenvolver visita domiciliar para realização de procedimentos de competência do Enfermeiro (curativos complexos, administração de medicamentos especiais, sondagens e outros).
- ✓ Articular visita com equipe interdisciplinar em casos específicos (CAPS, CRAS, Serviço Social, Melhor em Casa e outras).
- ✓ Realizar visita domiciliar para investigação de denúncias.
- ✓ Monitorar cuidados domiciliares ao idoso.

✪ Lembrando que é atribuição da equipe e do Enfermeiro a notificação compulsória dos casos de violência.
--

9 FLUXOGRAMA: CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO



REFERÊNCIAS

BORGES, A.P.A.; COIMBRA A.M.C. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa. **Caderno de Atenção Básica nº19**. Brasília. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF. 2011.

NARSI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 6 (Supl1)2008.

SILVA, J.V. **Saúde do idoso e a Enfermagem**: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos. 1ª Ed. São Paulo: látria, 2009.

Anexo A – Avaliação da visão

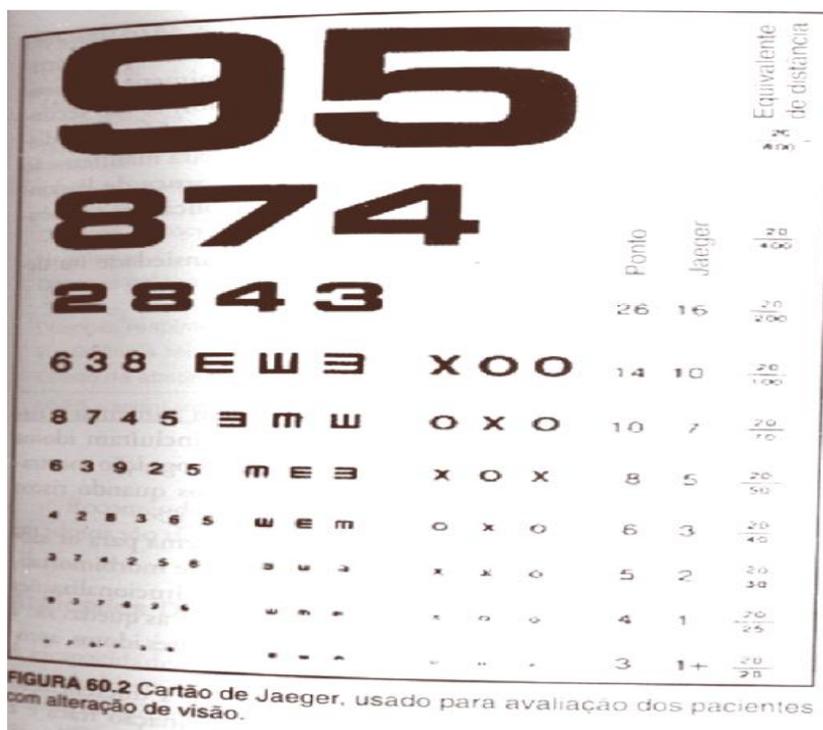
CARTÃO JAEGER

O cartão é colocado a uma distância de 35 cm da pessoa idosa que se possuir óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha.

Objetivo: Identificar possível disfunção visual.

Avaliações dos resultados: as pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção.

Providências com os achados/resultados: em caso de alterações, encaminhar para avaliação no oftalmologista.



Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 19/MS

Anexo B – Avaliação da audição

A audição pode ser avaliada por meio do uso de algumas questões simples listadas a seguir ou ainda pela utilização do Teste do Sussurro (*whisper*) já validade em relação à audiometria.

Questões:

- Compreende a fala em situações sociais?
- Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?
- Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?
- Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?
- Fala alto demais?
- Evita conversar? Prefere ficar só?

TESTE DO SUSSURRO: O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33cm e “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “qual o seu nome?”
--

Objetivo: avaliação da acuidade auditiva.
--

Avaliações dos resultados: se a pessoa idosa não responder, deve-se examinar seu conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume ser a causa da diminuição da acuidade auditiva.

Providências com os achados/resultados: não sendo identificados obstáculo nos condutos auditivos externos, deve-se solicitar audiometria em ambulatório especializado.

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 19/MS

Anexo C – Avaliação cognitiva

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho) o faz de maneira superficial. Não serve para diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser melhor investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

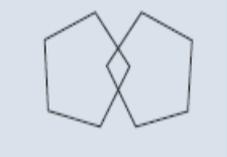
Objetivo: é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.

Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19.1 a 3 anos de escolaridade = 23.4 a 7 anos de escolaridade = 24.> 7 anos de escolaridade = 28.

Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	1
		Não (vá para 4b)	1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	1
		Caneta	1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita	1
		Dobre-o ao meio	1
		Ponha-o no chão	1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1

10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 19/MS

Anexo D – Avaliação de Depressão

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADAGERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) (versão de 15 questões)

Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa some 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.

Objetivo: verificar a presença de quadro depressivo.
Avaliações dos resultados: Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.
Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

1. Está satisfeito(a) com sua vida? Sim () Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim () Não ()
3. Acha sua vida vazia? Sim () Não ()
4. Aborrece-se com frequência? Sim () Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim () Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim () Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim () Não ()
8. Sente-se desamparado com frequência? Sim () Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim () Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? Sim () Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? Sim () Não ()
12. Sente-se inútil? Sim () Não ()
13. Sente-se cheio/a de energia? Sim () Não ()
14. Sente-se sem esperança? Sim () Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você? Sim () Não ()

CAPÍTULO VII

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO USUÁRIO EM SAÚDE MENTAL

Autora
Claudia Maria Sousa de Carvalho

Revisão abril 2016
Claudia Maria Sousa de Carvalho
Kátia Regina de Sousa Batista Tôres

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente protocolo de assistência em Saúde Mental dirige-se aos profissionais Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o propósito de apoiar e direcionar as ações de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no próprio território e, quando necessário, articulado com outros dispositivos assistenciais existentes na rede de atenção psicossocial do município.

Deste modo, este instrumento consiste na possibilidade de ampliação dos espaços de cuidados para o acolhimento, tratamento e acompanhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com algum grau de sofrimento psíquico ou com transtorno mental, incluindo os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, garantido por meio da legislação brasileira, que trata dos direitos e da proteção aos

portadores de transtornos mentais, citados na Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2004).

Assim, de acordo com o delineamento da Política de Saúde Mental, a rede de cuidados em saúde mental deve estruturar-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de rede, de base territorial e comunitária, buscando o estabelecimento de vínculo e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2011a).

Sendo assim, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é parte integrante desta rede de cuidados e constitui a porta de entrada preferencial no sistema de saúde. Além disso, deve ter livre interlocução com os demais dispositivos da rede como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais para garantir a integralidade do cuidado e, assim, a efetivação das diretrizes do SUS (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, o sistema de saúde do município busca consolidar um modelo de atenção com acesso aos diversos equipamentos assistenciais que vão desde cuidados básicos nos domicílios e atendimento nas UBS, através da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), até os serviços especializados ambulatoriais e hospitalares.

Deste modo, as ações de cuidado devem ser ofertadas de acordo com as diferentes necessidades manifestadas pelo sujeito, considerando não somente a condição clínica do

paciente, mas, também, desenvolvendo ações que promovam a autonomia, reinserção social e familiar desse sujeito.

Para isso, o Município de Teresina está buscando organizar a rede de cuidados por meio da ampliação dos serviços extra-hospitalares e dos pontos de cuidados em saúde mental. Tal condição tem favorecido ao processo de mudança no modelo de cuidados às pessoas com transtorno mental, modificando o fluxo dos usuários do sistema de saúde, antes direcionado para o modelo de serviço do tipo manicomial e, atualmente, voltado para os CAPS e outros dispositivos substitutivos do hospital psiquiátrico tradicional.

Atualmente, a rede de cuidados em saúde mental do município de Teresina, considerando os serviços de gestão estadual e municipal, é composta por: CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CPAS i; leitos de atenção integral no hospital geral (Hospital da Primavera), leitos no Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Drogas (Hospital do Mocambinho), Serviços Residenciais Terapêuticos, Equipe do Consultório na Rua, Unidade de Acolhimento (infanto-juvenil). Além das 263 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Convivência da Terceira Idade (CCTI), Serviços de Urgência e Emergência (SAMU e UPAS) e Ambulatórios Especializados de Saúde Mental em funcionamento no município. Vale destacar, que o Hospital Psiquiátrico Areolino

de Abreu, ainda constitui elemento da rede devido à insuficiência de recursos substitutivos no município.

Diante do exposto, para atender a estas diretrizes de cuidado à pessoa com transtorno mental ou com algum grau de sofrimento psíquico, a Fundação Municipal de Saúde disponibiliza mais uma ferramenta de trabalho aos profissionais Enfermeiros da Atenção Básica que se traduz no protocolo aqui apresentado.

2 REFERÊNCIAS PARA ELABORAÇÃO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Este protocolo está fundamentado nas diretrizes dos seguintes documentos:

- Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001;
- Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.
- Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.
- Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011;
- Caderno de Atenção Básica nº 34, 2013.
- PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: MANUAL DIRIGIDO
PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA,
2009.

3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

As Equipes de Saúde da Família têm, entre suas atribuições, o papel de garantir o acesso e o atendimento da população adscrita. O usuário com sofrimento psíquico ou transtorno mental, que procura a Unidade Básica de Saúde, deve ser visto como sujeito que necessita de cuidados e com direito a ter suas necessidades atendidas.

De acordo com o Ministério da Saúde, alguns quadros psiquiátricos podem ser resolvidos e/ou acompanhado no nível da atenção básica: são os transtornos mentais leves como, por exemplo, os estados depressivos relacionados ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, os quadros de ansiedade, além de outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Considerando as potencialidades próprias da organização e da gestão do cuidado inerentes ao processo de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família, não há dúvidas que os profissionais podem e devem desenvolver algum tipo de intervenção dirigida aos pacientes em sofrimento psíquico.

Assim, ações como o acolhimento, a escuta, a inserção do usuário em grupos comunitários, a identificação e busca de solução para problemas de saúde ou outros agravos na vida do usuário até o encaminhamento da pessoa em sofrimento psíquico para os serviços especializados em saúde mental

constituem medidas fundamentais para o sucesso terapêutico do paciente (CHIAVERINE, *et al*, 2011).

Nessa perspectiva, a Unidade Básica de Saúde, como componente da Rede de Atenção Psicossocial, deve desenvolver em parceria com outros pontos de atendimento existentes no território, ações de promoção de saúde mental, tratamento e reabilitação das pessoas com transtorno mental incluindo ações de redução de danos e cuidados às pessoas com complicações decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Assim, para o planejamento e desenvolvimento de intervenções voltadas para as questões relacionadas à saúde mental é importante que o Enfermeiro possa construir uma conexão entre as queixas somáticas e o sofrimento psíquico, buscando identificar a causa de conflitos que muitas vezes não apresentam explicações de origem física.

Para isso, apresentamos, a seguir, o fluxograma da rede de atenção em saúde mental (em anexo) e as principais intervenções para o cuidado de enfermagem em saúde mental no âmbito da atenção básica, de acordo com a condição manifestada pelo paciente / família.

3.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO / CRISE PSQUIÁTRICA.

A crise psiquiátrica é definida como um estado de desequilíbrio emocional manifestado diante de um evento crítico e que se evidencia pela inabilidade do sujeito em resolver o problema, levando a certo grau de desorganização no comportamento da pessoa (ARANTES, FUKUDA, STEFANELLI, 2008).

Sendo assim, o estado de crise psiquiátrica constitui um quadro que necessita de atendimento imediato em razão do risco que tal condição pode representar tanto para o paciente como para outras pessoas presentes na unidade.

Diante disso, a Equipe de Saúde da Família deve estar preparada para o desenvolvimento de medidas que possam contribuir com o restabelecimento do quadro do paciente. Para isso, elencamos algumas intervenções que podem ser desenvolvidas no âmbito da atenção básica:

- Realizar o acolhimento do usuário e dos acompanhantes, priorizando medidas de segurança para o usuário e demais pessoa presentes no ambiente, em caso de agitação, auto / hetero-agressividade ou manifestações psicóticas (delírios e alucinações);
- Caso o usuário apresente comportamento agressivo, afastar objetos que possam ser utilizado como instrumento de agressão;

- Manter atitude positiva de aceitação e não julgamento em relação ao cliente e aos familiares, transmitindo-lhes segurança e confiança.
- Tentar controlar o quadro de agitação do usuário por meio do diálogo e com postura que favoreça ao bom relacionamento terapêutico entre enfermeiro e cliente.
- Se possível, levantar o histórico de enfermagem do cliente através de entrevista, exame físico e exame do estado mental do usuário;
- Providenciar ou solicitar que outra pessoa providencie o encaminhamento do usuário para serviço de urgência psiquiátrica (conforme fluxograma). Se necessário, acionar a equipe do SAMU.
- Caso o usuário apresente comportamento suicida, afastar objetos / instrumentos que possam ser utilizados pelo mesmo. Além disso, mantenha o usuário na companhia de um familiar ou responsável, enquanto providencia ajuda de equipe especializada;
- Comunicar ao usuário e aos familiares a necessidade de encaminhamento para outro serviço. Nesse caso, explicar aos familiares ou acompanhantes o modelo de funcionamento do serviço para o qual está sendo encaminhado a fim de estimular a aceitação do tratamento;
- Registrar no prontuário a ocorrência;

- Realizar Visita Domiciliar após o retorno do usuário para a comunidade a fim de garantir a continuidade do cuidado.

3.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM TRATAMENTO COM EQUIPE ESPECIALIZADA.

- Realizar o acolhimento do usuário e dos acompanhantes (se estiverem presentes), adotando os seguintes procedimentos:
 - ✓ Atender cordialmente o usuário e seus familiares, tratando-os pelo nome;
 - ✓ Investigar motivo da procura à UBS;
 - ✓ Estabelecer diálogo com o usuário e familiares;
 - ✓ Proporcionar escuta qualificada do usuário e familiares, identificando necessidades;
 - ✓ Promover relação de vínculo terapêutico com o usuário, demonstrando empatia na relação;
 - ✓ Buscar solução para as demandas do usuário;
 - ✓ Fazer registro no prontuário.
- Realizar consulta de enfermagem: exame físico completo, exame do estado mental e exame neurológico - aplicar o Processo de Enfermagem;
- Agendar acompanhamento mensal para observar:
 - ✓ Evolução do tratamento;
 - ✓ Adesão ao tratamento farmacológico;
 - ✓ Efeitos colaterais pelo uso da medicação;
 - ✓ Continuidade do tratamento no CAPS de referência;

- ✓ Disponibilização e orientações quanto a medicação de uso contínuo;
- ✓ Garantir a medicação controlada do usuário desde que este esteja apresentando boa resposta ao uso da medicação. Neste caso encaminhar o paciente para o Médico (a) da equipe.
- ✓ Investigar complicações clínicas associadas, inclusive complicações clínicas que cursam com manifestações psiquiátricas;
- ✓ Comunicar e discutir com o médico da equipe a necessidade de exames diagnósticos e tratamento de complicações clínicas, caso existam;
- ✓ Avaliar queixas odontológicas e encaminhar para exame periódico com o dentista da equipe;
- ✓ Manter esquema vacinal atualizado;
- ✓ Estimular a realização de exames preventivos regulares (papanicolau, exames laboratoriais de rotina) conforme a necessidade do usuário;
- ✓ Monitorar o Projeto Terapêutico Singular elaborado pelo CAPS de referência;
- ✓ Estimular e/ou promover a inserção do usuário em grupos comunitários existentes no território.
- Realizar visita domiciliar para verificar condições de autocuidado, relacionamento familiar e com a comunidade, uso correto da medicação, situações de violência, maus tratos ou outros riscos.

- Estabelecer com o usuário projeto terapêutico singular, compartilhado com o projeto terapêutico elaborado no CAPS, incluindo participação em atividades existentes na rede de apoio social disponível no território.
- Se necessário, encaminhar ou discutir com a equipe do CAPS alterações no comportamento do usuário (insônia, agitação, alucinações, delírios, recusa da medicação, tentativa de suicídio e outros).
- Articular com outros setores, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), escolas ou outros segmentos para a solução de demandas sociais do usuário e de familiares.

3.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DEPENDÊNCIA AO CRACK, ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS.

- Realizar acolhimento do usuário e de seus familiares (caso estejam presentes);
- ✓ Tratar cordialmente o usuário e seus familiares, tratando-os pelo nome;
- ✓ Realizar escuta qualificada, demonstrando interesse e disponibilidade para escutá-lo;
- ✓ Evitar atitudes preconceituosas, punitivas ou de repreensão, mas não seja conivente com as condutas adotadas pelo usuário em relação ao consumo de drogas;
- ✓ Procure tranquilizar o usuário e os familiares.
- Abrir prontuário do usuário na Estratégia Saúde da Família.

- Realizar consulta de enfermagem: exame físico completo, exame do estado mental e exame neurológico (aplicar o Processo de Enfermagem);
- Em relação ao consumo do álcool, avaliar grau de consumo:
 - ✪ **Consumidor moderado:** aquele que utiliza bebida alcoólica sem dependência e sem problemas decorrentes do seu uso;
 - ✪ **Consumidor problema:** aquele que apresenta na sua história qualquer problema de ordem física, psíquica e/ ou social em decorrência do consumo do álcool;
 - ✪ **Dependente de álcool:** aquele que apresenta estado físico ou psíquico caracterizado por reações que incluem ingestão excessiva de álcool de modo contínuo ou periódico, para experimentar seus efeitos psíquicos e/ou evitar o desconforto de sua falta.
- ✓ Adotar medidas de redução de danos:
- ✓ Investigar comorbidades;
- ✓ Realizar limpeza de área com lesões, se existir;
- ✓ Esclarecer /reforçar a importância do uso de preservativos nas relações sexuais (ofertar preservativos).
- ✓ Avaliar esquema vacinal: atualizar ou iniciar esquema vacinal (contra Tétano, Febre Amarela e hepatite B);
- ✓ Orientar quanto à prevenção de acidentes e lesões;
- ✓ Orientar quanto aos benefícios do consumo satisfatório de água;
- ✓ Esclarecer /reforçar a importância da manutenção de alimentação saudável;

- ✓ Esclarecer quanto às modalidades de tratamento (CAPS AD, SHRAD, Leitos de Atenção Integral no Hospital Geral);
- ✓ Encaminhar e discutir com o médico da equipe a necessidade de realização de exames laboratoriais, RaioX e outros, inclusive indicação de tratamento farmacológico (Tiamina, ácido fólico, etc);
- ✓ Ofertar exames preventivos regulares (papanicolau, exames laboratoriais de rotina) conforme a necessidade do usuário;
- ✓ Avaliar queixas odontológicas e encaminhar para exame periódico com o dentista da equipe;
- ✓ Estimular a participação em grupo de ajuda;
- Estabelecer com o usuário plano de tratamento (projeto terapêutico singular);
- Agendar retorno do usuário, mas deixá-lo ciente que o mesmo poderá procurar a UBS sempre que precisar;
- Abrir espaço para a escuta e apoio à família.
- Realizar Visita Domiciliar para fortalecer o vínculo com o usuário, acompanhar tratamento ou fazer busca ativa, caso o usuário não retorne à UBS.
- Articular com outros setores, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), escolas ou outros segmentos para a solução de demandas sociais do usuário e de familiares.

3.4 AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL E DE PREVENÇÃO DO USO PREJUDICIAL DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

Considerando o modelo de organização da Estratégia Saúde da Família, em consonância com os princípios e diretrizes das políticas de saúde do SUS, a atenção básica constitui o nível da assistência privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental.

O fato das equipes da atenção básica conhecerem o modo de viver das famílias cadastradas, os problemas existentes no território, bem como os recursos disponíveis para enfrentamento das condições de vulnerabilidades favorecem à identificação dos problemas existentes na comunidade e possibilita a implementação de medidas que visem a promoção da saúde.

Nesse sentido, vale destacar que as ações de promoção de saúde, desenvolvidas pela ESF, dirigidas às diferentes necessidades das famílias que constituem a população adscrita da equipe, também implicam em ações de promoção de saúde mental e de prevenção dos problemas relacionados aos transtornos mentais incluindo os problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Dito isso, seguem algumas ações que podem ser desenvolvidas no âmbito da atenção básica e que tem como resultado a promoção da saúde mental. **Vale lembrar que tais ações podem ser realizadas com o apoio matricial das equipes de saúde mental do município (equipes dos CAPS):**

- Realizar o diagnóstico do território, identificando as situações de risco e os casos de transtorno mental existentes na área;

- Identificar situações de vulnerabilidade para o uso abusivo de drogas;
- Fazer o reconhecimento no território dos equipamentos de apoio às atividades de promoção de saúde desenvolvidas pela ESF;
- Cadastrar as pessoas com problemas relacionados à saúde mental (utilizar a ficha de cadastro dos problemas de saúde mental)
- Desenvolver grupos de educação em saúde, abrindo espaço para diálogo com os participantes;
- Realizar ações de educação em saúde abordando temas variados, entre eles o tema das drogas e seus prejuízos físicos, mentais e sociais;
- Desenvolver a formação de grupos de familiares para a discussão de temas que ajudem na solução de problemas;
- Estimular a inserção de criança e adolescentes em atividades de grupos desenvolvidas pela escola e assistência social;
- Realizar atendimento individual das demandas do paciente ampliando a escuta dos problemas e desenvolvendo vínculo com o paciente e responsabilização pela solução de seus problemas;
- Realizar visitas domiciliares às famílias dirigindo o foco para as questões de vulnerabilidades ao transtorno mental e outras situações de risco;

- Buscar parcerias com as escolas, CRAS, grupos comunitários e outras organizações sócias para o trabalho de prevenção dos agravos, incluindo o transtorno mental e o uso de drogas;
- Monitorar o tratamento das pessoas com transtorno mental;
- Desenvolver reuniões de equipe, inclusive com as equipes do CAPS, para a discussão do projeto terapêutico de pacientes cadastrados na ESF.
- Durante as consultas de enfermagem para os grupos específicos (gestantes, hipertensos, adolescentes e outros) investigar situações de risco para a saúde mental;
- Fazer encaminhamentos para os serviços de atenção à saúde mental para os casos que necessitam de intervenção especializada.

3.5 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

O suicídio e a tentativa de suicídio constituem práticas que tem se tornado uma preocupação para profissionais de saúde, educadores e para a sociedade em geral. De acordo com análise de estudos feita pela Organização Mundial de Saúde (2009), 90% dos casos de suicídio estão associados a um diagnóstico de transtorno mental (depressão, transtorno afetivo bipolar, dependência de substâncias psicoativas), sendo que em algum momento este paciente é acompanhado pela equipe de saúde da unidade básica.

As equipes da atenção básica por estarem em contato mais próximo com a comunidade, estão em posição privilegiada para:

- ✓ detectar precoce dos transtornos mentais;
- ✓ avaliação da “rede de proteção social” de pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede;
- ✓ identificar das condições ambientais, clínicas, familiares, financeiras, psicológicas e de trabalho dos indivíduos nos quais é detectado risco de suicídio.
- ✓ prover tratamento quando indicado.
- ✓ encaminhar casos selecionados a um serviço de saúde mental.

Contudo, é importante que a equipe da atenção básica esteja atenta para situação de sofrimento manifestado pelo usuário, que pode levar a comportamento suicida, toda vez que realizar o atendimento do usuário. Nesse sentido, os profissionais da atenção básica devem observar:

- ✓ comportamentos de ambivalência (querer morrer e viver), impulsividade e rigidez (a pessoa não percebe outra saída para o problema);
- ✓ frases de alerta como: “Eu preferia estar morto”; “Eu já sei o que vou fazer”; “Eu não aguento mais”. Por trás delas estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio.
- ✓ sentimentos de depressão, desesperança, desamparo e desespero.

➤ Medidas que podem ser adotadas pela equipe da atenção básica:

- ✓ Providenciar lugar adequado e tempo para realizar a escuta da pessoa em sofrimento.
- ✓ Promover um diálogo aberto, permitindo à pessoa falar de seus sentimentos.
- ✓ Procure desenvolver a confiança e o vínculo com a pessoa.
- ✓ Proporcione apoio emocional.
- ✓ Estimule a pessoa a identificar alternativas positivas na solução do problema que está causando sofrimento.
- ✓ Investigar histórico de tentativa de suicídio
- ✓ Investigar sobre plano suicida
- ✓ Em caso de risco evidente de suicídio, a equipe deve buscar recursos de apoio (encaminhar para especialista, entrar em contato com equipe do CAPS, NASF, Assistência Social, família, rede social de apoio, etc)
- ✓ Estabelecer contrato com a pessoa (tente fazer um contrato com a pessoa de que ela não fará nada até encontrarmos uma solução. A intenção é ganhar tempo para as intervenções adequadas).
- ✓ Manter o acompanhamento da pessoa por meio de consultas, visitas domiciliares, acompanhamento por outras equipes.
- ✓ Orientar ao agente comunitário a realizar o acompanhamento do caso intensificando as visitas domiciliares.

REFERÊNCIAS

ARANTES, E. C.; FUKUDA, I. M. K.; STEFANELLI, M. C. **O Enfermeiro em Emergência Psiquiátrica: Intervenções em Crise.** In: ARANTES, E. C.; FUKUDA, I. M. K.; STEFANELLI, M. C. (Organizadoras). Enfermagem

psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri, SP. Manole, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ª edição Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a.

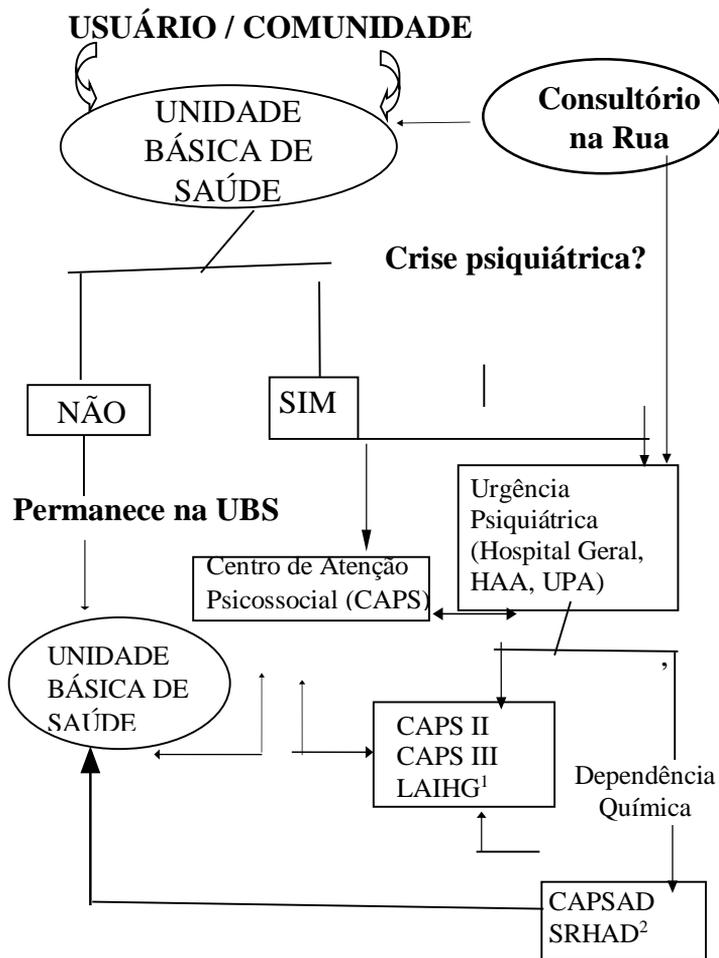
_____. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF. 2011b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: MANUAL DIRIGIDO PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**. Ministério da Saúde, 2009.

CHIAVERINE, D. H. *et al.* (Organizadora). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 20

FLUXOGRAMA 1 - DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO EM SAÚDE MENTAL



¹ LAIHG - Leitos de Atenção Integral no Hospital Geral (Hospital da Primavera),

² SRHAD - Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas (Hospital do Mocambinho)

CAPÍTULO VIII
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA
EM SAÚDE: DENGUE; ZIKA, CHICUNGUNYA,
DST/HIV; HANSENIASE; TUBERCULOSE.

Autores

Fabrícia Alves Soares
Luciana Gonçalves da Silva Miranda
Neile Socorro Alves Bezerra

Revisão – abril 2016

Adriana Sávia de Souza Araújo
Alaide Alves de Amorim
Luciana Gonçalves da Silva Miranda
Mary Ane Leão Lima
Maria dos Remédios Brasileiro do Nascimento
Neile Socorro Alves Bezerra
Raimundo Nonato Pereira de Sousa

1 INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente de saúde da população e a organização de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. As ações de vigilância devem estar inseridas cotidianamente na prática das equipes de saúde de Atenção Básica.

A operacionalização da Vigilância Epidemiológica nas unidades básicas de saúde consiste na coleta e processamento de dados, análise e interpretação dos dados processados, investigação de casos e surtos e decisão das medidas de controle conforme os protocolos do Ministério de Saúde.

2. PROTOCOLO DE DENGUE/CHIKUNGUNYA/ZIKA

Revisão – abril 2016

Luciana Gonçalves da Silva Miranda

Adriana Sávia de Souza Araújo

Mary Ane Leão Lima

Raimundo Nonato Pereira de Sousa

Maria dos Remédios Brasileiro do Nascimento

A Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI, no âmbito da Atenção Básica, adota como parte integrante de seu protocolo para Dengue, Chikungunya e Zika os seguintes documentos:

- ✓ Cadernos de Atenção Básica, n. 21: Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose;
- ✓ Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed./2009;
- ✓ Portaria N° 204, 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional;
- ✓ Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança. 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. (Série A. Normas e Manuais Técnicos);

- ✓ Febre de Chikungunya: manejo clínico: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança – Brasília : Ministério da Saúde, 2015;
- ✓ Nota Informativa: Procedimentos a serem adotados para Vigilância da Febre do vírus Zika no Brasil – 2016.

Em relação às atribuições do profissional enfermeiro (a) das equipes a FMS resolve:

Manter as atribuições e competências da equipe de saúde estabelecidas nos Manuais e demais normativas da vigilância publicadas pelo Ministério da Saúde, acrescidas de ações definidas pelo município.

A partir de 2014 o Brasil passou a utilizar a nova classificação de dengue. Esta abordagem enfatiza que a dengue é uma doença única, dinâmica e sistêmica. Isso significa que a doença pode evoluir para remissão dos sintomas, ou pode agravar-se exigindo constante reavaliação e observação, para que as intervenções sejam oportunas e que os óbitos não ocorram (BRASIL, 2015).

A febre de chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. A transmissão ocorre pela picada de fêmeas dos mosquitos *Ae. Aegypti* e *Ae. albopictus* infectadas pelo CHIKV. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que, exclusivamente, durante o período de intraparto em gestantes virêmicas e, muitas vezes,

provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara se os protocolos forem observados (BRASIL, 2015).

A infecção pelo vírus Zika afeta todos os grupos etários e ambos os sexos e, à luz do conhecimento atual, é uma doença febril aguda, autolimitada na maioria dos casos, que leva a uma baixa necessidade de hospitalização e que, via de regra, não vinha sendo associada a complicações. Quando sintomática, a infecção pelo vírus Zika pode cursar com febre baixa (ou, eventualmente, sem febre), exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais, principalmente vômitos. Formas graves e atípicas são raras, mas, quando ocorrem, podem excepcionalmente evoluir para óbito (BRASIL, 2015).

2.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM - PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (RESOLUÇÃO CONFEN n° 358/2009).

- a) Data do início dos sintomas.
- b) Verificar pressão arterial, pulso, enchimento capilar, frequência respiratória, temperatura.

- c) Realizar medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal (IMC)).
- d) Pesquisar sinais de alarme.
- e) Pesquisar fatores de risco para doença grave (comorbidades): história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, doenças reumatológicas, consumo abusivo de álcool, anemia falciforme, talassemia e hipertensão arterial sistêmica. Atualmente a incidência de casos de infecção pelo vírus Zika impõe a intensificação do cuidado da gestante durante o acompanhamento pré-natal, devido a uma possível associação com os casos atuais de microcefalia em recém-nascidos por isso, uma atenção especial as gestantes com suspeita de zika.
- f) Realizar prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas.
- g) Segmento da pele: pesquisar pele fria ou quente, sinais de desidratação, exantema, petéquias, hematomas, sufusões e outros como: prurido, dermatite esfoliativa, hiperpigmentação, lesões por fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso, úlceras orais, bolhas e vesículas.
- h) Segmento cabeça: observar sensibilidade a luz, edema subcutâneo palpebral, hemorragia conjuntival, petéquias de palato, epistaxe e gengivorragia. Investigar queixas oculares: dor ocular, diminuição da acuidade visual, turvação visual, moscas volantes e olho vermelho.

- i) Segmento torácico: pesquisar sinais de desconforto respiratório, de derrame pleural e pericárdico.
- j) Segmento abdominal: pesquisar dor, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez e outros.
- k) Segmento neurológico: pesquisar cefaleia, convulsão, sonolência, delírio, insônia, Inquietação, irritabilidade e depressão, parestesia, parestesia, tontura, rebaixamento do nível de consciência.
- l) Sistema musculoesquelético: pesquisar mialgias, artralgias e edemas, caracterizar o envolvimento articular determinando a duração, intensidade, localização das articulações primariamente envolvidas, progressão para outras articulações, natureza aguda ou insidiosa, assim como a periodicidade das dores (principalmente na chikungunya).
- m) Investigar dor lombar: procurar indícios para diferenciá-la de outras causas (por exemplo, comprometimento discal ou lombalgia mecânica comum).
- n) Questionar uso de medicamentos: aspirina e anti-inflamatórios.
- o) Realizar a notificação e investigação do caso.

EXAME FÍSICO

- Sinais vitais: pressão arterial em duas posições, frequência cardíaca e respiratória e temperatura axilar.
- Examinar a pele em busca de lesões maculares, papulares, vesiculares ou bolhosas.

- Exame neurológico e oftalmológico, quando queixas na anamnese estiverem presentes.
- Exame articular: levando em consideração que frequentemente não se percebem sinais de calor e rubor nas articulações afetadas, devem-se examinar, criteriosamente, as articulações, em busca de sinais de comprometimento articular.
- Exame físico dos membros superiores e inferiores: deve-se iniciar com a inspeção e palpação das mãos, observando formas e dimensões, edema, paralisia, atrofia e contraturas musculares. As outras articulações devem ser examinadas quanto ao aspecto da pele, à mobilidade ativa e passiva (abdução, adução, flexão, extensão, rotação, movimentos do ombro em suas três articulações), ao aumento do volume, à crepitação, à limitação dos movimentos, às atrofia musculares e aos nódulos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Feito a partir dos problemas detectados ou necessidade afetadas, que culmina na tomada de decisão sobre conceitos diagnósticos, e constituem a base para seleção das ações ou intervenções de enfermagem (possíveis diagnósticos descritos no Anexo D).

PLANEJAMENTO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem se dá a partir da avaliação dos estados de desequilíbrio do ser humano e tem como objetivo satisfazer as necessidades humanas básicas afetadas buscando o estado de saúde da pessoa/indivíduo. Aqui se determina as prescrições das ações e intervenções de Enfermagem e os resultados a serem alcançados (possíveis intervenções descritas no Anexo D).

Orientações aos pacientes e familiares

- a) Todos os pacientes (adultos e crianças) devem retornar imediatamente em caso de aparecimento de **sinais de alarme** (descrito no Anexo A).
- b) Na Dengue o desaparecimento da febre (entre o segundo e o sexto dia de doença) marca o início da fase crítica razão pela qual o paciente deverá retornar para nova avaliação no primeiro dia desse período.
- c) Orientar o paciente sobre o uso e importância do “**Cartão de Identificação do Paciente com Dengue**” para acompanhamento e consulta de seguimento (apresentado no Anexo C).
- d) Na febre do Chikungunya recomenda-se a utilização de compressas frias como medida analgésica nas articulações acometidas de 4 em 4 horas por 20 minutos. Existem evidências que o repouso é fator protetor para evitar evolução

para fase subaguda, sendo de extrema importância. Deve-se evitar atividades que sobrecarreguem as articulações e orientar sobre o posicionamento adequado dos membros favorecendo a proteção articular e o retorno venoso.

e) É importante que aquelas mulheres ou casais que desejam engravidar recebam as orientações necessárias sobre a prevenção da infecção pelo vírus Zika e sobre os cuidados necessários para evitar essa infecção durante a gravidez, principalmente no primeiro trimestre.

2.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE

O manejo adequado do paciente com dengue/chikungunya/zika depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo monitoramento, reestadiamento dos casos e da pronta reposição hídrica. Com isso, torna-se necessário a revisão da história clínica, acompanhado do exame físico completo a cada reavaliação do paciente, com o devido registro em instrumentos pertinentes (prontuários, ficha de atendimento, cartão de acompanhamento).

Retorno de imediato na presença de sinais de alarme. O desaparecimento da febre na dengue (entre o terceiro e sexto dia de doença) marca o início da fase crítica. Portanto, reavaliar o paciente sempre que possível nesse período.

Na febre do chigunkunya orientar a retornar à unidade de saúde no caso de persistência da febre por 5 dias ou no aparecimento de fatores de gravidade.

2.3 AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Diagnóstico sorológico – a sorologia e utilizada para a detecção de anticorpos antidengue e deve ser solicitada a partir do sexto dia do início dos sintomas.

O diagnóstico laboratorial para chigunkunya é realizado por meio de e testes sorológicos (titulação IgM), sendo necessário considerar o tempo de evolução da doença. A partir do oitavo dia de início de sintomas, devem-se encaminhar as amostras para testes sorológicos.

O diagnóstico laboratorial para Zika é feito através do PCR para vírus Zika e somente em casos suspeitos sintomáticos em : gestantes ,óbitos e pacientes com manifestações neurológicas graves(meningite, encefalite, mielite transversa e síndrome de Guillain-Barré) ,para coleta de soro (se sintomas iniciados há até cinco dias) e ou urina (se sintomas iniciados há até oito dias).

A confirmação laboratorial e orientada de acordo com a situação epidemiológica:

- em períodos não epidêmicos, solicitar o exame de todos os casos suspeitos;

- em períodos epidêmicos, solicitar o exame em todo paciente grave ou quando houver dúvidas no diagnóstico, seguindo as orientações da Vigilância Epidemiológica do município.

2.4 EXAMES COMPLEMENTARES

Exame inespecífico: **Hemograma completo:**

- A coleta deve ser feita no momento do atendimento, com liberação do resultado em tempo hábil para avaliação e manejo adequado e precoce. Os valores de referência constam na tabela 01.

- Na dengue, o leucograma é variável (a leucopenia pode indicar outra infecção viral e a leucocitose não afasta a doença).

- Nos pacientes do Grupo A não há hemoconcentração nem queda abrupta de plaquetas.

- A plaquetopenia não constitui necessariamente fator de risco para sangramento

em pacientes com suspeita de dengue, mas a queda progressiva de plaquetas indica necessidade de um acompanhamento mais atento, pois indica que o doente pode se complicar, sendo considerado um sinal de alarme. A elevação das plaquetas, quando associadas a melhora clínica do paciente, apontam para a recuperação favorável.

. As alterações laboratoriais de chikungunya, durante a fase aguda, são inespecíficas. Leucopenia com linfopenia menor que 1.000 cels/mm³ é a observação mais frequente. A trombocitopenia inferior a 100.000 cels/mm³ é rara. A velocidade de hemossedimentação e a Proteína C-Reativa encontram-se geralmente elevadas, podendo permanecer elevadas por algumas semanas. Outras alterações podem ser detectadas como elevação discreta das enzimas hepáticas, da creatinina e da creatinofosfoquinase (CPK).

ATENÇÃO!

O hemograma na dengue tem como finalidade principal avaliar o hematócrito, para identificação de hemoconcentração. Hemoconcentração indica provável alteração de permeabilidade capilar (extravasamento plasmático), associado à gravidade, além de definir a necessidade de hidratação e resposta a terapia de reposição instituída. Queda de hematócrito pode sugerir hemorragias.

Quadro 1. Eritrograma: valores de referência (média ± 2 desvios padrões); eritrócitos: M/ μ L; hemoglobina: g/dL; hematócrito: % VCM*:

Idade	Sangue do cordão	1º dia	3º dia	15 dias
Eritrócitos	5,1 ± 1,0	5,6 ± 1,0	5,5 ± 1,0	5,2 ± 0,8
Hemoglobina	16,8 ± 3,5	18,8 ± 3,5	17,5 ± 3,5	17,0 ± 3,0
Hematócrito	54 ± 10	58 ± 10	56 ± 10	52 ± 8
VCM	106 ± 5	103 ± 6	102 ± 6	98 ± 6
Idade	≈ 3 meses	≈ 6 meses	≈ 1-2 anos	≈ 5 anos
Eritrócitos	4,5 ± 0,5	4,6 ± 0,5	4,6 ± 0,5	4,6 ± 0,5
Hemoglobina	11,5 ± 1,5	11,3 ± 1,5	11,8 ± 1,2	12,3 ± 1,2
Hematócrito	37 ± 4	35 ± 4	36 ± 4	37 ± 4
VCM	82 ± 6	76 ± 6	78 ± 6	80 ± 6
Idade	≈ 10 anos	Adultos** ♂	Adultos** ♀	>70anos** ♂ e ♀
Eritrócitos	4,6 ± 0,5	5,3 ± 0,8	4,7 ± 0,7	4,6 ± 0,7
Hemoglobina	13,2 ± 1,5	15,3 ± 2,5	13,6 ± 2,0	13,5 ± 2,5
Hematócrito	40 ± 4	46 ± 7	42 ± 6	41 ± 6
VCM	87 ± 7	89 ± 9	89 ± 9	89 ± 9

*VCM: entre um e 15 anos, pode ser estimado pela fórmula $76 + (0,8 \times \text{idade})$

**Adultos caucasóides; 5% abaixo em negros

Fonte: Fallace, Renato. *Hemograma: manual de interpretação*. 4ª ed. Porto Alegre, 2003.

2.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Orientar o cliente quanto aos fatores de riscos da Dengue, Chikungunya e Zika;
- Orientar retorno para reavaliação após cessar a febre;
- Orientar repouso, hidratação e retorno imediato na presença de sinais de gravidade.
- Orientar na febre do Chikungunya utilização de compressas frias como medida analgésica nas articulações acometidas de 4 em 4 horas por 20 minutos. Existem evidências que o

repouso é fator protetor para evitar evolução para fase subaguda, sendo de extrema importância. Deve-se evitar atividades que sobrecarreguem as articulações e orientar sobre o posicionamento adequado dos membros favorecendo a proteção articular e o retorno venoso.

- Gestantes com infecção pelo vírus Zika ou com microcefalia fetal detectadas intrauterinas deverão ser acompanhadas e caso seja necessário avaliação com especialista, referenciar ao serviço de pré-natal das maternidades municipais (Satélite, CIAMCA, Promorar e Buenos Aires).

2.6 TRATAMENTO

Hidratação oral:

Adultos

Calcular o volume de líquidos de 80 ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente. Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar:

- 80 ml/kg/dia 6,0 l:

- » período da manhã: 1 l de SRO e 2 l de líquidos caseiros.

- » período da tarde: 0,5 l de SRO e 1,5 l de líquidos caseiros.

- » período da noite: 0,5 l de SRO e 0,5 l de líquidos caseiros.

» a alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação do paciente.

Crianças

Orientar hidratação no domicílio, de forma precoce e abundante, com soro de reidratação oral (um terço das necessidades basais), oferecido com frequência sistemática, independentemente da vontade da criança; completar a hidratação oral com líquidos caseiros, tais como água, sucos de frutas naturais, chás e água de coco; evitar uso de refrigerantes e alimentos como beterraba e açaí; para crianças <2 anos, oferecer 50-100 ml (¼ a ½ copo) de cada vez; para crianças >2 anos, 100-200 ml (½ a 1 copo) de cada vez.

2.7 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Sintomáticos

Os usos destas drogas sintomáticas são recomendados para pacientes com febre elevada.

Analgésicos:

• Dipirona sódica

» Adultos: 20 gotas ou 1 comprimido (500mg) até de 6/6 horas.

» Crianças: 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade);

■ Gotas: 500 mg/ml (1 ml = 20 gotas);

■ Solução oral: 50 mg/ml;

- Comprimidos: 500 mg por unidade;

- **Paracetamol**

- » Adultos: 40-55 gotas ou 1 comprimido (500 a 750mg) até de 6/6 horas.

- » Crianças: 10 mg/kg/dose até de seis em seis horas (respeitar dose máxima para peso e idade):

- Gotas: 200 mg/ml (1 ml = 20 gotas);
- Comprimidos: 500 e 750 mg por unidade;

ATENÇÃO!

Os salicilatos, como o AAS, são contraindicados e **não** devem ser administrados, pois podem causar ou agravar sangramentos.

Os antiinflamatórios não-hormonais (Cetoprofeno, Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulidae outros) e as drogas com potencial hemorrágico **não** devem ser utilizados.

2.8 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

O Enfermeiro durante a consulta e avaliação clínica de enfermagem deverá identificar a necessidade de encaminhamento do paciente com dengue, chigunkunya e zika para consultas médica (na própria UBS) ou em serviço de referência de acordo com a classificação de risco.

2.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Febre

Objetivo

- a) Reduzir a temperatura.
- b) Avaliar a evolução clínica.
- c) Prevenir a convulsão por febre.
- d) Proporcionar conforto para o paciente.

Conduta

- a) Controle rigoroso de temperatura.
- b) Aplicar compressas mornas (nunca fria devido ao risco de vasoconstricção súbita).
- c) Orientar, auxiliar e supervisionar a ingestão de líquidos (oferta de soro oral).
- d) Orientar banho com água morna.
- e) Atentar para o risco de crise convulsiva (crianças menores de 5 anos, principalmente lactentes).
- f) Orientar observação da diurese (quantidade, aspecto e cor).
- g) Prescrever antitérmico.
- h) Registrar no prontuário as condutas de enfermagem prestadas.

Cefaléia, dor retroorbitária, mialgias e artralgias

Objetivo

- a) Controlar e reduzir a dor.

- b) Prevenir complicações.
- c) Avaliar a evolução clínica.
- d) Proporcionar conforto para o paciente.

Conduta

- a) Verificar sinais vitais.
- b) Orientar ambiente com pouca luminosidade e ruídos, se possível.
- c) Orientar repouso relativo.
- d) Estimular a mudança de decúbito.
- e) Registrar no prontuário as condutas de enfermagem prestadas.

Prurido

Objetivo

- a) Avaliar a evolução clínica.
- b) Restabelecer e manter a integridade da pele.
- c) Proporcionar conforto para o paciente.

Conduta

- a) Auxiliar, orientar e dar banhos com água em temperatura ambiente ou aplicar compressas umedecidas em água na pele do paciente, sem fricção.
- b) Manter as unhas aparadas e lixadas.
- c) Orientar para a utilização de sabonete neutro.
- d) Registrar no prontuário as condutas de enfermagem prestadas.

Dor abdominal

Objetivo

- a) Avaliar a evolução clínica.
- b) Observar evolução para formas graves.
- c) Proporcionar alívio a dor.
- d) Controlar complicações.
- e) Proporcionar conforto ao paciente.

Conduta

- a) Realizar exame físico dirigido: localização da dor, distensão abdominal, som maciço a percussão, edema, presença de defesa abdominal.
- b) Orientar o paciente para adotar posição confortável, preferencialmente com a cabeceira elevada (semi-Fowler).
- c) Verificar e avaliar os sinais vitais.
- d) Orientar controle da ingestão de líquidos e da eliminação.
- e) Registrar no prontuário as condutas de enfermagem prestadas.

ATENÇÃO!!!

A dor abdominal é um achado importante que pode anteceder o choque, constituindo um dos principais sinais de alarme.

Plaquetopenia

Objetivo

- a) Avaliar a evolução clínica.
- b) Controle e avaliação de exames de laboratório.
- c) Prevenir complicações.

Conduta

- a) Realizar exame físico dirigido: verificar edema, petéquias, equimose, hematoma, sangramentos (epistaxe, gengivorragia, metrorragia e outros).
- b) Encaminhar ao médico sempre que o resultado da plaqueta for menor ou igual a 100.000 e o hematócrito maior do que 10% em relação ao valor basal ou anterior (crianças: $\geq 38\%$ e $\leq 42\%$; mulheres: $\geq 40\%$ e $\leq 44\%$; homens: $\geq 45\%$ e $\leq 50\%$ e/ou plaquetopenia entre 50 e 100.000 cels/mm³ e/ou leucopenia <1.000 cels/mm³).
- c) Verificar sinais vitais.
 - i) Observar sinais de irritação, agitação, sonolência e convulsão.
 - j) Registrar no prontuário as condutas de enfermagem prestadas

Anorexia, náuseas e vômitos

Objetivo

- a) Acompanhar evolução clínica.
- b) Estabelecer e manter o equilíbrio hídrico e hidroeletrolítico.
- c) Prevenir complicações.

Conduta

- a) Realizar exame físico.
- b) Orientar a aceitação da dieta.

- c) Estimular a ingestão de soro de reidratação oral (livre demanda em crianças e em adultos 1/3 do peso corporal, conforme aceitação).
- d) Incentivar a ingestão de alimentos/frutas ricas em potássio (laranja, banana, tomate, etc.).
- e) Adequar a ingestão de líquidos conforme os hábitos do paciente (água de coco, etc.).
- f) Pesar o paciente a cada retorno.
- g) Observar e avaliar os sinais e sintomas de desidratação (turgor e elasticidade da pele reduzidos, diminuição da reserva salivar, pulso filiforme, oligúria ou anúria, fontanela deprimida e taquicardia).
- h) Verificar e avaliar as alterações dos sinais vitais.
- i) Orientar para que seja anotado característica, data, hora do vômito, frequência e estimativa do volume.
- j) Manter o ambiente livre de odores desagradáveis.
- k) Registrar no prontuário as condutas de enfermagem prestadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

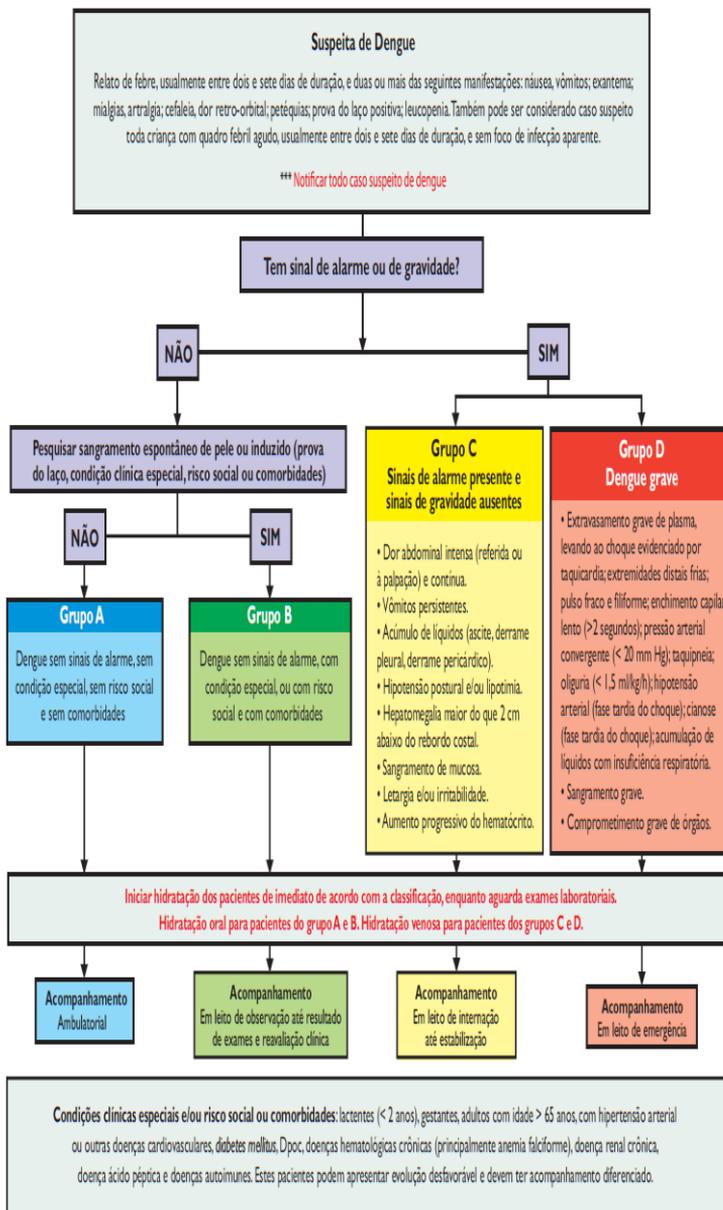
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 204**, 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Diário Oficial da União; Poder executivo, Brasília, DF, 18 fev. 2016, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue**: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança. 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Febre de Chikungunya: manejo clínico: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa: Procedimentos a serem adotados para Vigilância da Febre do vírus Zika no Brasil – SVS/MS- Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

ANEXO A - FLUXOGRAMA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE DENGUE



Fonte: Autoria própria.

ANEXO B - CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE 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
- Diminuição do volume da urina
- Dor muito forte e contínua na barriga
- Tontura quando muda de posição (deita / senta / levanta)
- Vômitos frequentes
- Dificuldade de respirar
- Sangramento de nariz e boca
- Agitação ou muita sonolência
- Hemorragias importantes
- Suor frio

Recomendações:

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá 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



CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome (completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Comorbidade ou risco social ou condição clínica especial?
() sim () não

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 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 °C							

Informações complementares

ANEXO C - PROVA DO LAÇO

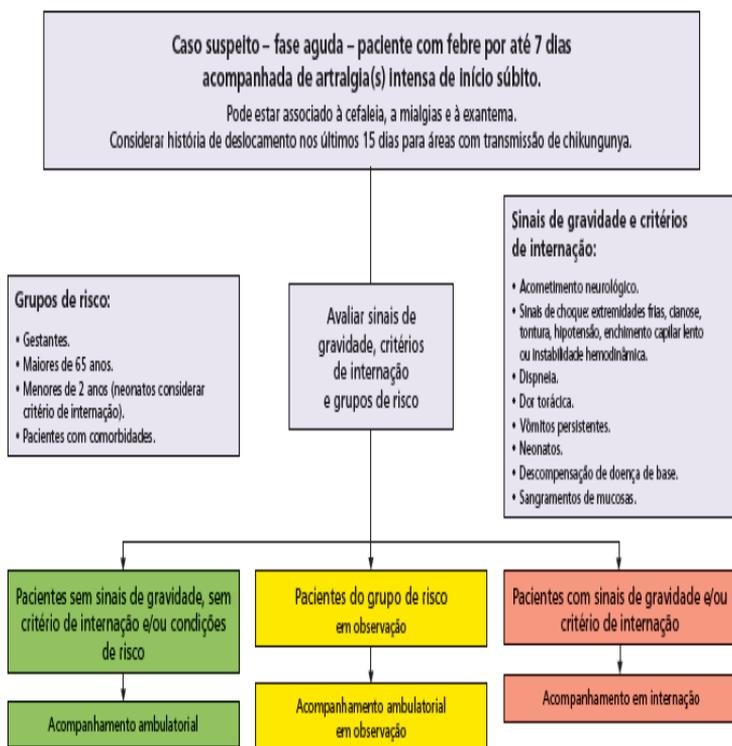
A Prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo.

A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

Passos:

- Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD)/2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100+60=160$, $160/2=80$; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg.
- Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças.
- Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e dez ou mais em crianças; atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
- Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, a mesma pode ser interrompida.
- A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.

ANEXO D - FLUXOGRAMA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE CHIKUNGUNYA



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

ANEXO E - FLUXOGRAMA PARA CONDUTA CLÍNICA DE PACIENTES COM SUSPEITA DE CHIKUNGUNYA



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

ANEXO F – ORIENTÇÕES PARA O DOMICÍLIO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE CHIKUNGUNYA

Conduta no domicílio:

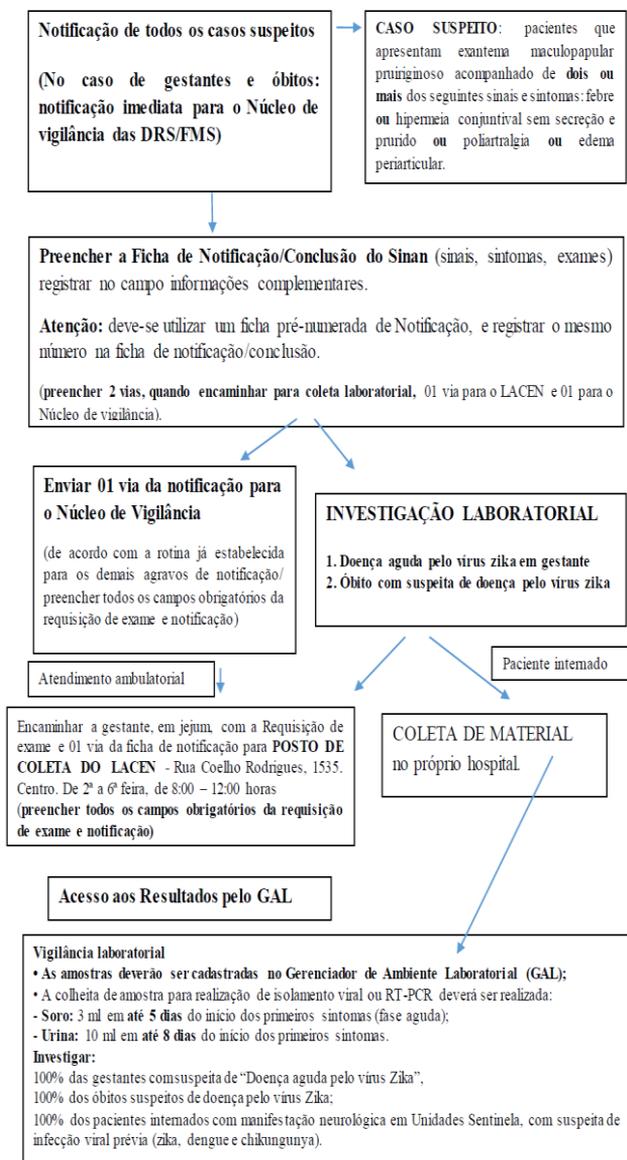
- 1 - Seguir as orientações médicas.
 - 2 - Evitar automedicação.
 - 3 - Repouso – evitar esforço.
 - 4 - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares.
- Não utilizar calor nas articulações.
- 5 - Seguir orientação de exercícios leves recomendados pela equipe de saúde.
 - 6 - Retornar à unidade de saúde no caso de persistência da febre por 5 dias ou no aparecimento de fatores de gravidade.

Conduta no domicílio:

- 1 - Seguir as orientações médicas.
 - 2 - Evitar automedicação.
 - 3 - Repouso – evitar esforço.
 - 4 - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares.
- Não utilizar calor nas articulações.
- 5 - Seguir orientação de exercícios leves recomendados pela equipe de saúde.
 - 6 - Retornar diariamente à unidade até o desaparecimento da febre.

Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

ANEXO G - FLUXOGRAMA PARA CONDUTA CLÍNICA DE PACIENTES COM SUSPEITA DE ZIKA



ANEXO H - DIFERENÇAS ENTRE AS DOENÇAS DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA:

	Dengue	Chikungunya	Zika
Sintomas	<p>Febre alta que começa subitamente</p> <p>Dores nos músculos, nas articulações, na cabeça e atrás dos olhos</p> <p>Podem aparecer manchas vermelhas, às vezes com coceira</p>	<p>Febre alta que começa subitamente</p> <p>Inchaço nas articulações e dores intensas, atrapalhando atividades simples como escovar os dentes</p> <p>Podem aparecer manchas vermelhas com coceira intensa</p>	<p>Febre leve ou ausente</p> <p>Dores menos intensas nas articulações, às vezes com inchaço.</p> <p>Olhos vermelhos e aversão à luz</p> <p>Podem aparecer manchas vermelhas com coceira intensa</p>
Quando a doença é mais preocupante	<p>Presença de: náuseas, vômitos e diarreia; dor abdominal intensa; acúmulo de líquidos; tonturas; aumento do fígado; sangramento da mucosa; irritação; aumento dos glóbulos vermelhos</p>	<p>Paciente com: idade acima de 45 anos; lesões prévias nas articulações; doenças crônicas ou autoimunes</p>	<p>Presença de: dormência nas extremidades; dificuldade para caminhar; alterações neurológicas; paralisia facial</p>
Complicações	<p>Comprometimento de órgãos como pulmões, coração, fígado, rins e do sistema nervoso central</p>	<p>Persistência da dor por meses ou até anos</p>	<p>Comprometimento neurológico. Possibilidade de reação autoimune (Síndrome de Guillain-Barré), que pode levar à paralisia cerebral</p>

Fonte: Fiocruz MS e UFMS



3. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – TUBERCULOSE

Revisão – abril 2016
Alaide Alves de Amorim
Neile Socorro Alves Bezerra

O diagnóstico de tuberculose na atenção básica de saúde está implícito nas atribuições do enfermeiro, segundo Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: “Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços” (BRASIL, 2012).

A captação de sintomáticos respiratórios (SR) é de grande importância para identificar precocemente os casos bacilíferos, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença. Considera-se SR pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (BRASIL, 2011b).

3.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM

3.1.1 Primeira consulta de enfermagem

a) investigar data do início dos sintomas;

- b) pesquisar tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna, inapetência e emagrecimento (BRASIL, 2011a);
- c) investigar outras comorbidades, situação de moradia, uso/abuso de álcool e drogas, abandono de tratamento, dentre outros;
- d) solicitar o Teste Rápido Molecular para tuberculose (TRM-TB), baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA), de acordo com o anexo A – Fluxograma de investigação diagnóstica;
- e) preencher ficha GAL – TUBERCULOSE;
- f) orientar a coleta de escarro;
- g) fornecer pote de coleta de escarro, identificado com nome completo do paciente e data da coleta. A identificação do escarro deve constar no corpo do pote e não na tampa;
- i) registrar corretamente os dados do paciente no “**Livro de Registro de Sintomático Respiratório**”;
- j) agendar consulta subsequente.

3.1.2 Consulta de enfermagem subsequente

Classificação de usuário para o acompanhamento com o enfermeiro:

- a) casos de Sintomáticos Respiratórios com TRM-TB com resultado *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) detectado e resistência a rifampicina não detectada, o enfermeiro pode iniciar o tratamento com esquema básico e agendar a consulta para o médico, se necessário (Anexo A);

- b) casos de Sintomáticos Respiratórios com TRM-TB com resultado *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) detectado e resistência a rifampicina detectada, encaminhar para referência terciária para avaliação e conduta;
- c) casos de tuberculose na forma pulmonar negativa e extrapulmonar, quando o diagnóstico for confirmado após investigação em uma Unidade de Referência.

Consulta

- a) Preencher as fichas de notificação e investigação dos casos confirmados;
- b) registrar no “**Livro de registro e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose**”;
- c) informar sobre a doença, sua transmissão, a questão do estigma, o preconceito, a duração do tratamento, o acompanhamento, a tomada regular supervisionada da medicação, a adesão e a cura;
- d) observar sentimentos de revolta, ansiedade, apreensão e irritabilidade que podem interferir no tratamento medicamentoso instituído;
- e) aconselhar e realizar o teste rápido para HIV, conforme autorização do paciente em ficha específica;
- f) realizar tratamento diretamente observado (TDO) para todos os pacientes de tuberculose;
- g) agendar consulta de retorno;
- h) realizar monitoramento do peso do paciente com eventual ajuste de dose dos medicamentos prescritos;

- i) identificar e avaliar todos os contatos do paciente e registrar na “**Ficha de acompanhamento de Tuberculose**”;
- j) solicitar baciloscopia mensal (uma amostra) para o controle dos casos de tuberculose pulmonar positiva;
- k) encaminhar os pacientes para Referência em Tuberculose: quando houver antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda (hepatite) ou crônica (cirrose e hepatopatia alcoólica); qualquer intercorrência clínica não controlada na unidade de saúde; falência de esquema por resistência bacteriana; pacientes com coinfeção Tuberculose/HIV/AIDS; quando houver antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias (insuficiência renal crônica, pacientes em regime de diálise); pacientes com baciloscopia negativa para confirmar diagnóstico; pacientes com efeitos adversos maiores ao uso da medicação; casos que apresentem baciloscopia positiva ao final do 2º mês de tratamento; casos de difícil diagnóstico;
- o) encaminhar ao médico da equipe os pacientes com reações adversas aos medicamentos antituberculose. Caso a equipe esteja sem médico, encaminhar para a unidade de referência.

3.2 EXAMES

- a) o enfermeiro deve solicitar TRM-TB de SR de possíveis casos novos (nunca antes tratados para tuberculose), conforme anexo A;

b) solicitar baciloscopia de escarro (2 amostras), TRM-TB, cultura e TSA para os SR de casos de retratamentos (recidiva ou retorno após abandono), conforme anexo C;

c) solicitar TRM-TB, cultura e TSA para os SR de casos novos de populações mais vulneráveis: profissional de saúde, pessoas que vivem com o HIV/aids, pessoa privada de liberdade, pessoas em situação de rua, indígenas e contatos de TBDR, conforme BRASIL, 2014a (anexo B).

3.3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Para os casos com TRM-TB detectável, com resistência a rifampicina não detectada, o enfermeiro deve prescrever/transcrever as drogas do esquema básico para adultos e adolescentes recomendados pelo MS, conforme quadro abaixo (BRASIL, 2011a):

Quadro 1 - Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/27 5 Comprimidos em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido de 150/75	20 a 35 kg	2 comprimidos de 150/75	4
		36 a 50 kg	3 comprimidos de 150/75	
		> 50 kg	4 comprimidos de 150/75	

Fonte: BRASIL, 2011a.

Indicação:

1. Casos novos adultos e adolescentes (> 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não por HIV;
2. Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (> 10 anos) (exceto a forma meningoencefálica).

Obs.: 1. Esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e está recomendado o uso de Piridoxina (50mg/dia) durante a gestação pela toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido;

3.4 TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE (TDO)

- a) pactuar o local e o horário para a tomada da medicação. O doente pode ir ao serviço para receber a medicação, ou o profissional do serviço pode ir ao domicílio;

- b) quando não for possível escolher nenhuma das modalidades acima, a unidade poderá propor ao doente que a observação seja realizada por uma pessoa da família ou da comunidade treinada, mas não será considerado TDO para fins operacionais (registro no Sinan);
- c) conversar com o doente sobre a doença, transmissão, duração do tratamento, regularidade na tomada do medicamento, abandono do tratamento, medicamentos a serem utilizados e possíveis efeitos adversos; estimulá-lo para o controle de seus contatos;
- d) a tomada observada deve ser diária, de segunda à sexta-feira. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for à única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado;
- e) em caso de falta do paciente, proceder a contato telefônico e/ou visita domiciliar, preferencialmente no mesmo dia;
- f) solicitar cesta básica para pacientes com tuberculose pulmonar positiva, quando necessário, conforme os critérios;
- g) ao final do tratamento, para a definição se o tratamento foi observado, convencionou-se que este doente deverá ter tido no mínimo 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas observadas na fase de manutenção;
- o) registrar as doses supervisionadas na **“Ficha de acompanhamento de Tuberculose”**.

3.5 CONTROLE DOS CONTATOS

Contato de caso de tuberculose é toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice, no momento do diagnóstico da TB, seja em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola, devendo-se avaliar individualmente o grau de exposição do contato (BRASIL, 2011a).

- a) listar todos os contatos e suas respectivas idades, o tipo de convívio (casa, ambiente de trabalho, escola etc.) e formas de localização (endereço e/ou telefone);
- b) realizar criteriosa anamnese e exame físico e prosseguir conforme “fluxograma para investigação de contatos” (Anexo D, E);
- c) Na indisponibilidade do PPD, proceder com a investigação de todos os contatos com avaliação clínica e radiológica, com vistas a identificar casos de tuberculose ativa (BRASIL, 2014b).
- c) identificar os SR, solicitar TRM-TB e registrar no “**Livro de sintomático respiratório**”;
- d) encaminhar os contatos com indicação de tratamento da Infecção Latente (ILT) ou quimioprofilaxia secundária para consulta médica na unidade de saúde;
- e) registrar em formulário de tratamento da ILT os casos com indicação de tratamento para quimioprofilaxia e iniciar esquema terapêutico conforme prescrição médica (Anexo);

- f) após serem avaliados, não sendo constatada TB ou não existindo indicação de tratamento da ILTB, deverão ser orientados a retornar a unidade de saúde, em caso de aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de tuberculose, particularmente sintomas respiratórios;
- g) os contatos de pacientes portadores de bacilos resistentes devem ser encaminhados para a unidade de referência terciária;
- h) contatos em menores de 5 anos, pessoas vivendo com HIV/aids e portadores de condições de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento de ILTB.

3.6 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

O Enfermeiro durante a consulta e avaliação clínica de enfermagem deverá identificar as necessidades e encaminhar para as seguintes especialidades: pneumologia, psicologia, fisioterapia e nutricionista. As questões de vulnerabilidade social, se necessário, podem ser encaminhadas via processo para as DRS - Assistente Social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 284 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

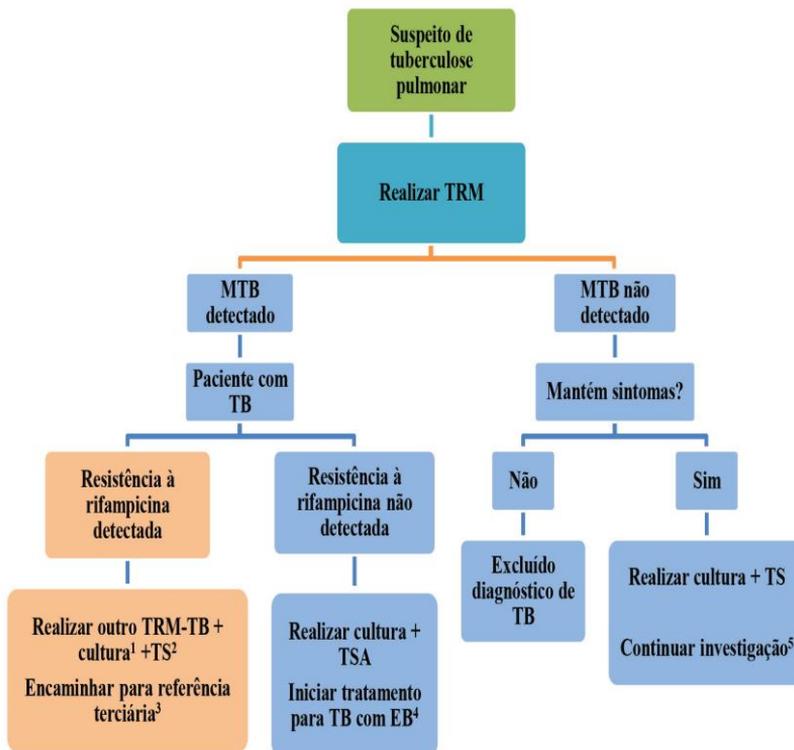
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília, Ministério da Saúde, 2011b. 168 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Trata das recomendações sobre o diagnóstico da tuberculose por meio do teste rápido molecular para tuberculose*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014a. (Nota Informativa n. 09).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Trata das recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014a. (Nota Informativa n. 08).

ANEXO A - Fluxograma para investigação de tuberculose em possíveis casos novos (nunca antes tratados para TB).



Fonte: BRASIL, 2014a.

1Resistência à rifampicina detectada – Nos casos com resistência à rifampicina realizar **cultura de escarro** preferencialmente pelo método automatizado.

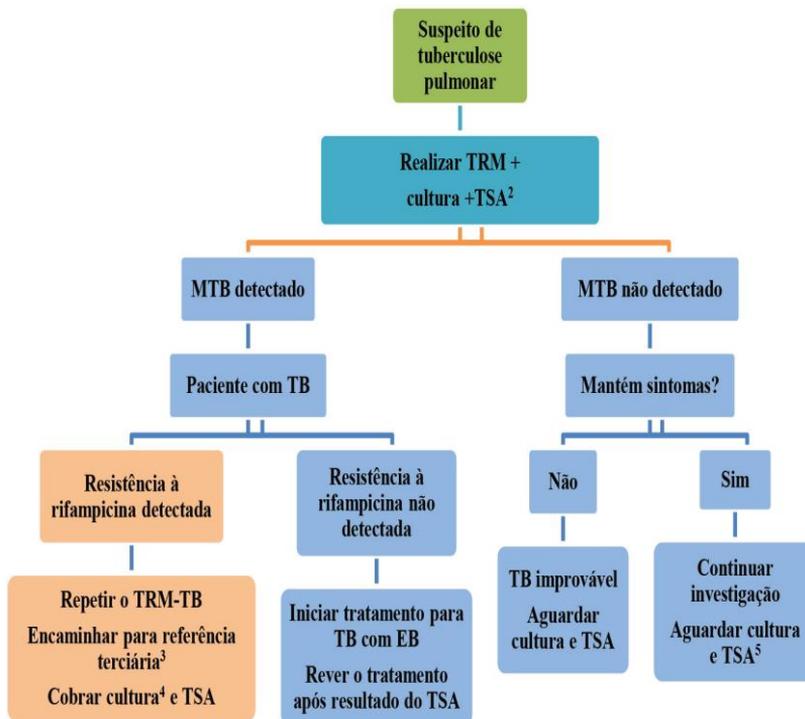
2TSA – teste de sensibilidade antimicrobiana.

3Referência terciária – ambulatório especializado em tratamento de tuberculose drogarresistente. O paciente deve chegar à **referência terciária imediatamente**. Nesse serviço a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TSA deverá ser encaminhado à referência terciária.

4Reavaliar o tratamento após resultado da cultura com TSA.

5Investigar micobacteriose não tuberculosa (MNT).

ANEXO B - Fluxograma para investigação de tuberculose em populações vulneráveis nunca tratados para TB (possíveis casos novos).



Fonte: BRASIL, 2014a.

1Populações consideradas mais vulneráveis: profissional de saúde, pessoa que vive com HIV/Aids, população privada de liberdade, população em situação de rua, povos indígenas, contatos de tuberculose drogarresistente.

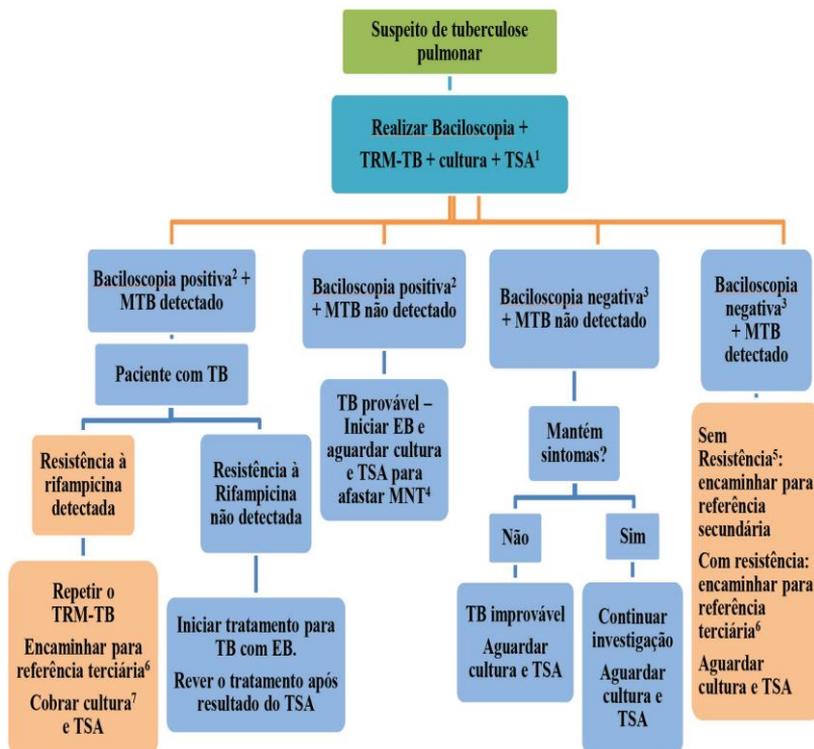
2TSA – teste de sensibilidade antimicrobiana

3Referência terciária – ambulatório especializado em tratamento de tuberculose drogarresistente. O paciente deve chegar à **referência terciária imediatamente**. Nesse serviço a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TSA deverá ser encaminhado à referência terciária.

4Resistência à rifampicina detectada – Nos casos com resistência à rifampicina realizar **cultura** preferencialmente pelo método automatizado.

5Investigar micobacteriose não tuberculosa (MNT).

ANEXO C - Fluxograma para investigação de tuberculose em retratamento (recidiva ou retorno após abandono).



Fonte: BRASIL, 2014a.

1TSA – teste de sensibilidade antimicrobiana.

2 **Baciloscopia positiva** – pelo menos uma positiva das duas baciloscopias.

3 **Baciloscopia negativa** – duas baciloscopias negativas.

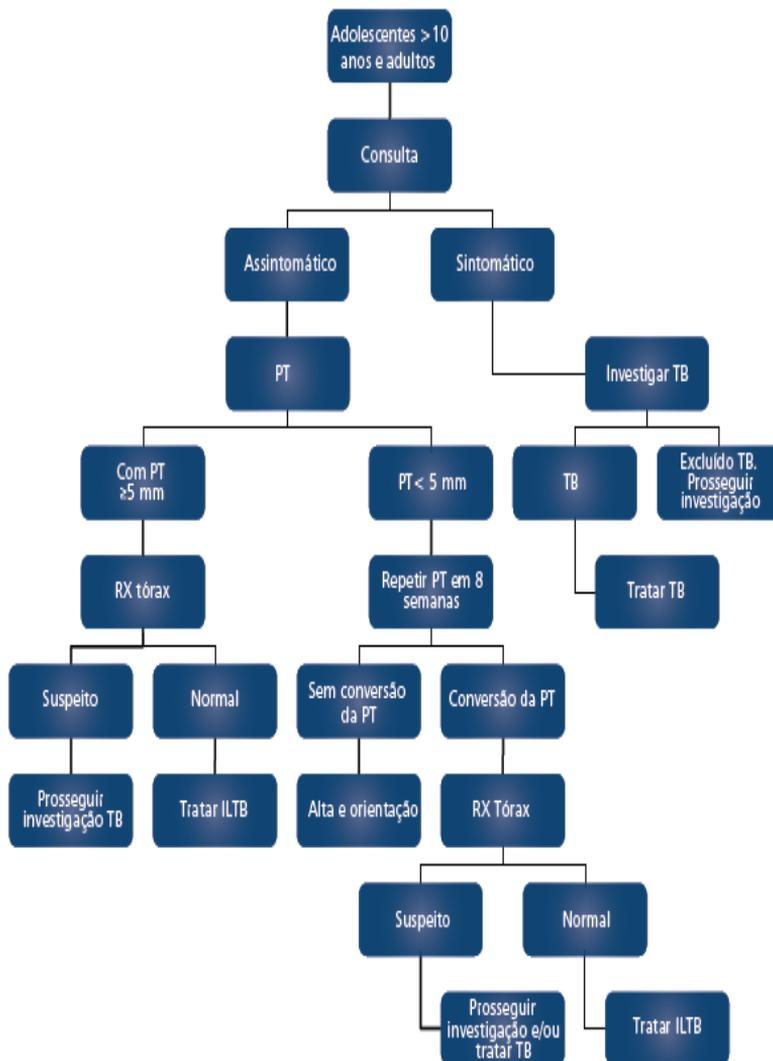
4 MNT – micobateriose não-tuberculosa

5 **Referência secundária** – ambulatório com especialista em tuberculose para casos especiais. O paciente deve chegar à **referência imediatamente**. Nesse serviço a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TSA deverá ser encaminhado ao serviço de referência.

6 **Referência terciária** – ambulatório especializado em tratamento de tuberculose drogarresistente. O paciente deve chegar à **referência terciária imediatamente**. Nesse serviço a avaliação médica e a conduta adequada deverão ser tomadas em até sete dias. O resultado da cultura com TSA deverá ser encaminhado ao serviço de referência.

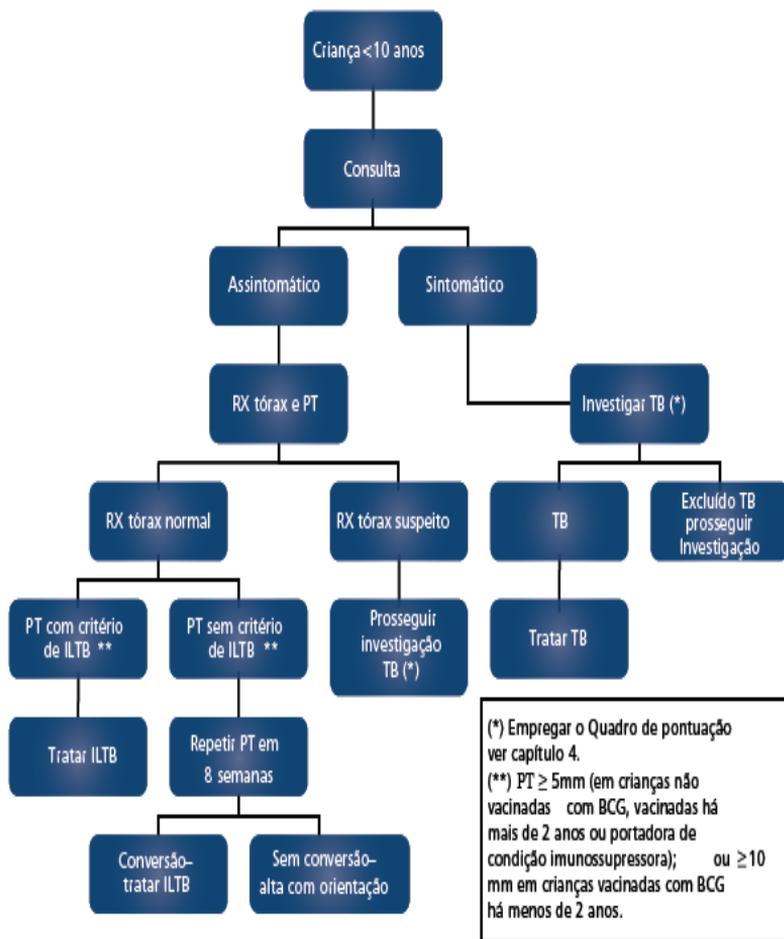
7**Resistência à rifampicina detectada** – nos casos com resistência à rifampicina realizar **cultura** preferencialmente pelo método automatizado.

ANEXO D - Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (> 10 anos).



Fonte: BRASIL, 2011a.

ANEXO E - Fluxograma para avaliação de contatos crianças (< 10 anos).



Fonte: BRASIL, 2011a.

ANEXO F - Indicações de tratamento ILTB de acordo com a idade, resultado da PT e risco de adoecimento.

Risco	PT \geq 5mm	PT \geq 10mm	Conversão*
Maior (indicado tratamento em qualquer idade)	HIV/aids**	Silicose	Contatos de TB bacilífera
	Contatos adultos*** e contatos menores de dez anos não vacinados com BCG ou vacinados há mais de dois anos****	Contato com menos de 10 anos vacinados com BCG há menos de dois anos	Profissional de saúde
	Uso de inibidores do TNF- α	Neoplasia de cabeça e pescoço	Profissional de laboratório de micobactéria
	Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB	Insuficiência renal em diálise	Trabalhador de sistema prisional
	Transplantados em terapia imunossupressora		Trabalhadores de instituições de longa permanência
Moderado (indicado tratamento em < 65 anos)	Uso de corticosteróides (> 15mg de prednisona por >1 mês)*	Diabetes <i>mellitus</i>	
MENOR***** (indicado tratamento em < 50 anos)		Baixo peso (< 85% do peso ideal)	
		Tabagistas (\geq 1 maço/dia)	
		Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia	

Fonte: BRASIL, 2011a.

**FICHAS UTILIZADAS NO ACOMPANHAMENTO E
VIGILÂNCIA DE PACIENTES COM TUBERCULOSE**

Ficha de notificação/investigação de Tuberculose

Ficha de acompanhamento de tuberculose

Ficha de controle dos contatos

Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose

Registro de sintomático respiratório no serviço de saúde

Boletim de acompanhamento de tuberculose (Relatório Sinan)

Ficha de requisição GAL – TUBERCULOSE

Ficha de Referência e contra referência Tuberculose

Ficha de Encaminhamento para Avaliação especializada

Ficha de notificação de tuberculose latente (ILTB)

Classificação de risco quanto à necessidade de internação ao paciente suspeito ou diagnosticado por tuberculose

4. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – HANSENÍASE

Revisão – abril 2016
Alaide Alves de Amorim
Neile Socorro Alves Bezerra

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, que acomete principalmente pele e nervos periféricos, causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo capaz de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), mas que poucos adoeçam (baixa patogenicidade). A transmissão se dá principalmente pelas vias aéreas superiores de pessoas com as formas clínicas multibacilares (MB) não tratadas (BRASIL, 2014).

O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da anamnese, exame geral e dermatoneurológico. É considerado um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, devendo ser instituído o tratamento com poliquimioterapia-PQT (BRASIL, 2016):

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou
- b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou
- c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

Na atenção básica, a classificação operacional do caso se dá pelo número de lesões cutâneas, sendo até cinco lesões

classificado como paucibacilar (PB) e acima de cinco lesões multibacilar (MB). A classificação pela forma clínica leva em consideração os aspectos da lesão, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Classificação operacional da hanseníase

CARACTERÍSTICAS			
Clínicas	Baciloscópicas	Formas clínicas	Classificação operacional
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemo-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos	Negativa	Indeterminada (HI)	Paucibacilar (até cinco lesões)
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervo	Negativa	Tuberculóide (HT)	
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa	Dimorfa (HD)	Multibacilar (mais de cinco lesões)
Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	

Fonte: BRASIL, 2014

4.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Primeira consulta de enfermagem

- a) avaliar a história clínica e epidemiológica do paciente;
- b) realizar inspeção de toda superfície corporal;
- c) identificar lesões de pele com alteração de sensibilidade;
- d) iniciar a avaliação com o paciente de olhos vendados, comparando sempre lesão e periferia da lesão e/ou área contralateral;
- e) pesquisar sensibilidade térmica utilizando dois tubos de ensaio de *vidro*, um com água fria e outro com água morna (45° C), aplicar sobre a lesão suspeita, alternando o frio e o quente (BRASIL, 2008);
- f) pesquisar sensibilidade dolorosa utilizando uma agulha descartável (montada tipo martelinho), alternar ponta (dolorosa) e cabo (tátil);
- g) pesquisar sensibilidade tátil utilizando uma mecha fina de algodão, tocando a área suspeita;
- h) realizar palpação dos principais troncos nervosos acometidos na hanseníase (nervo radial, ulnar, mediano, fibular e tibial) buscando alterações como dor e/ou espessamento;
- i) realizar avaliação sensitiva das áreas palmar e plantar, conforme pontos estabelecidos na ficha de avaliação neurológica simplificada;

- j) avaliar o grau de incapacidade física, utilizando o formulário de avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta de PQT;
- k) registrar em prontuário todo o exame dermatoneurológico;
- l) orientar sobre a doença, crenças e pré-conceitos, forma de contágio, cura e importância do envolvimento da família em um possível tratamento, incluindo o exame de contatos;
- m) orientar o paciente e a família para a realização de autocuidado;
- n) orientar e/ou realizar técnicas simples de prevenção de incapacidades físicas;
- o) o enfermeiro deve iniciar o esquema terapêutico padronizado de acordo com a classificação operacional;
- p) observar a tomada da dose supervisionada mensal, entregar a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio e orientar sobre os efeitos adversos dos medicamentos;
- q) agendar retorno a cada 28 dias;
- r) esclarecer ao paciente a importância da avaliação de todos os contatos e agendar consulta para exame dermatoneurológico e vacinação. No caso de não comparecimento dos contatos, realizar busca ativa;
- s) realizar a notificação e investigação do caso;
- t) registrar as informações nas fichas específicas;
- u) orientar anticoncepcional para mulheres em tratamento com PQT e garantir a realização de citologia oncológica;

v) encaminhar para consulta odontológica todos os casos diagnosticados;

w) solicitar exames de laboratório (TGO, TGP, ureia, creatinina e hemograma)

x) encaminhar para referência casos com lesão única e extensa, casos cuja classificação seja definida pelo número de nervos acometidos, suspeitos de recidiva e menores de quinze anos.

Consulta de enfermagem subsequente

a) identificar estados reacionais, efeitos adversos aos medicamentos em uso e surgimento de dano neural;

b) observar a tomada da dose supervisionada e entregar a cartela com os medicamentos das doses autoadministradas, caso o retorno para dose supervisionada coincida com final de semana ou feriado, agendar a dose para o primeiro dia útil posterior;

c) orientar o paciente a não tomar a dose autoadministrada no dia da dose supervisionada;

d) encaminhar ao médico da equipe ou da unidade de referência os pacientes com reações adversas a PQT e/ou reação hansênica;

e) orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite;

f) orientar o paciente e a família para a realização de autocuidado;

g) orientar e/ou realizar técnicas simples de prevenção de incapacidades físicas;

- h) agendar consulta médica para avaliação de alta após término do tratamento;
- i) realizar visita domiciliar aos pacientes que não comparecerem à dose supervisionada, no máximo em até 30 dias, buscando-se continuar o tratamento e evitar o abandono;
- j) registrar em prontuário.

4.2 EXAMES COMPLEMENTARES

O enfermeiro deve solicitar baciloscopia de pele (esfregaço dérmico), quando disponível, como exame complementar para a classificação dos casos. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

4.3 TRATAMENTO COM POLIQUIMIOTERAPIA (PQT)

Quadro 2 – Tratamento dos casos classificados como paucibacilar (PB)

FAIXA	DOSE	PAUCIBACILARES (6 cartelas)
Adulto	Supervisionada	Rifampicina (RFM): 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg
	Auto administrada	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg
Criança	Supervisionada	Rifampicina (RFM): 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg)
		Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg
	Auto administrada	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg

Fonte: BRASIL, 2016.

OBS: a) a gravidez e o aleitamento não contraindicam o tratamento PQT padrão.

b) para mulheres em idade reprodutiva atentar ao fato de que a rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.

Quadro 3 – Tratamento dos casos classificados como multibacilar (MB)

FAIXA	DOSE	MULTIBACILARES (12 cartelas)
Adulto	Supervisionada	Rifampicina (RFM): 600 mg (2 cápsulas de 300 mg)
		Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg
		Clofazimina (CFZ): 300 mg (3 cápsulas de 100 mg)
	Auto administrada	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg
		Clofazimina (CFZ): cápsula de 50 mg
Criança	Supervisionada	Rifampicina (RFM): 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg)
		Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg
		Clofazimina (CFZ): 150 mg (3 cápsulas de 50 mg)
	Auto administrada	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg
		Clofazimina (CFZ): cápsula de 50 mg em dias alternados

Fonte: BRASIL, 2016.

OBS: a) a gravidez e o aleitamento não contraindicam o tratamento PQT padrão.

b) para mulheres em idade reprodutiva atentar ao fato de que a rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.

O tratamento de crianças segue a recomendação do peso corporal como fator mais importante do que a idade, sendo o mesmo tratamento de adultos para crianças com peso superior a 50 kg, para crianças com peso entre 30 e 50 kg utilizar as cartelas infantis (azul/marrom), para crianças com peso menor que 30 kg devem-se fazer os ajustes de dose conforme peso (BRASIL, 2016).

4.4 CRITÉRIOS PARA ALTA

O critério de alta será o cumprimento de 6 cartelas no período máximo de 9 meses para os casos paucibacilares e, 12 cartelas em até 18 meses, para os casos multibacilares. A tomada da dose mensal supervisionada *deve ser assistida pelo profissional de saúde*, e, no momento da última dose supervisionada, o paciente deverá ser submetido ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física. Os pacientes que não apresentarem melhora clínica ao final do tratamento devem ser encaminhados para avaliação em um serviço de referência (BRASIL, 2016).

Todo paciente que não conseguiu completar o tratamento dentro do prazo máximo permitido será considerado um caso de abandono, ou seja, paciente PB que perdeu mais de três meses de tratamento e MB que perdeu mais de seis meses de tratamento. Para evitar o abandono, o doente que não comparecer à dose supervisionada, deve receber visita

domiciliar da equipe no máximo em até 30 dias (BRASIL, 2016)

OBS: casos que retornam ao serviço de saúde após abandono do tratamento devem ser notificados como *outros reingressos*.

4.5 ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIZADOS

O Enfermeiro poderá encaminhar para as seguintes especialidades: dermatologista, psicólogo, cirurgião-dentista, enfermeiro estomoterapeuta, serviço social e nutricionista.

4.6 DIAGNÓSTICO DAS REAÇÕES HANSÊNICAS

Os estados reacionais ou reações hansênicas (tipos 1 e 2) são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas que podem ocorrer mais frequentemente nos casos MB. Elas podem ocorrer antes, durante ou depois do tratamento PQT (BRASIL, 2016).

A Reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR) caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

A Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH) caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite,

iridociclites, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

Frente a suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- a) confirmar o diagnóstico de hanseníase e sua classificação operacional;
- b) diferenciar o tipo de reação hansênica;
- c) investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros);
- d) avaliar função neural.

As reações hansênicas deverão ser consideradas como situações de emergência e encaminhadas às unidades de saúde de nível secundário e terciário, para tratamento nas primeiras 24 horas (BRASIL, 2016).

4.7 INVESTIGAÇÃO DOS CONTATOS

A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase diagnosticado (caso índice). Além disso, visa também descobrir suas possíveis fontes de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente de qual seja a classificação operacional do doente (BRASIL, 2016).

Considera-se contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase. Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha

convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais, que incluem vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado. Atenção especial deve ser dada aos contatos familiares do paciente (BRASIL, 2016).

A investigação epidemiológica dos contatos consiste em:

- a) realizar anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase;
- b) realizar exame dermatoneurológico em todos os contatos de casos novos, independente da classificação operacional;
- c) indicar a vacina Bacilo de Calmette Guérin intradérmica – BCG-ID para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB. A vacinação deve ser realizada de forma seletiva, a partir da avaliação da cicatriz vacinal, devendo ser adotadas as seguintes recomendações:
 - 1) contatos de hanseníase com menos de 1 ano, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG;

2) contatos de hanseníase com mais de 1 ano, adotar o seguinte esquema:

CICATRIZ VACINAL	CONDUTA
Ausência cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever

Fonte: BRASIL, 2016.

d) registrar no prontuário e “Livro de registro e acompanhamento de tratamento dos casos de hanseníase”.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Capítulo 5 (Hanseníase). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Disponível em www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 6 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico-operacional [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.: il. Disponível em www.saude.gov.br/svs. Acesso em: 6 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

FICHAS QUE DEVERÃO SER UTILIZADAS NO ACOMPANHAMENTO E VIGILANCIA DE PACIENTES E FAMILIARES, ALÉM DAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

FORMULÁRIOS DE HANSENÍASE

- I - Ficha individual de notificação/investigação do SINAN;
- II- Ficha de avaliação neurológica simplificada;
- III- Formulário para avaliação do grau de incapacidade;
- IV- Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID < 15;
- V- Ficha de investigação de suspeita de recidiva;
- VI- Formulário de vigilância de contatos de hanseníase;
- VII- Formulários de referência e contra referência;
- VIII- Formulário de transferência
- IX – Registro de casos de hanseníase.

5. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – DOENÇAS EXANTEMÁTICA E DEMAIS AGRAVOS DE RELEVÂNCIA PARA O MUNICÍPIO

Os agravos constantes nesse capítulo deverão ser investigados na Consulta de Enfermagem, por serem doenças de interesse da vigilância do município, seja pela ocorrência ou por estarem entre os agravos em que foram implantadas medidas efetivas de controle e eliminação.

5.1 DOENÇA EXANTEMÁTICA

5.1.1 Sarampo

✓ **Definição de caso:**

Todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculo papular, acompanhado de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e ou coriza e ou conjuntivite; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou do contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.

5.1.2 Rubéola

✓ **Definição de caso:** Todo paciente que apresente febre e exantema maculo papular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independentemente da idade e situação vacinal ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.

5.1.3 Síndrome da Rubéola Congênita

✓ **Definição de caso:** A síndrome da rubéola congênita (SRC) é uma importante complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre, podendo comprometer o desenvolvimento do feto e causar aborto, morte fetal e anomalias congênitas. As manifestações clínicas da SRC podem ser transitórias (púrpura, trombocitopenia, hepatoesplenomegalia, icterícia, meningoencefalite, osteopatia radioluscente), permanentes (deficiência auditiva, malformações cardíacas, catarata, glaucoma, retinopatia pigmentar), ou tardias (retardo do desenvolvimento, diabetes mellitus). As crianças com SRC frequentemente apresentam mais de um sinal ou sintoma, mas podem ter apenas uma malformação, das quais a deficiência auditiva é a mais comum.

Vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas:

1. Notificar casos suspeitos, preencher ficha de notificação e investigação no momento do atendimento;
2. Encaminhar para consulta médica;
3. Comunicar imediatamente por telefone ou fax à DRS e FMS todos os casos suspeitos;
4. Encaminhar as fichas à DRS;
5. Investigar em até 48 horas
6. Identificar novos casos suspeitos
7. Identificar ocorrência de surtos;
8. Identificar área de transmissão;

9. Avaliar cobertura vacinal da área;

10. Realizar vacinação de bloqueio limitada aos contatos- deve ser administrada, de preferência, dentro de 72hs após a exposição, mesmo considerando que nem sempre é possível estabelecer com precisão quando ocorreu a exposição, como forma de implementar a cobertura vacinal da área, ainda que esse prazo tenha sido ultrapassado. A vacinação de bloqueio deve abranger as pessoas do mesmo domicílio do caso suspeito, vizinhos próximos, creches, ou, quando for o caso, as pessoas da mesma sala de aula, do mesmo quarto de alojamento ou da sala de trabalho, etc.

Na vacinação de bloqueio, utilizar a vacina tríplice viral para a faixa etária de 6 meses a 39 anos de idade, de forma seletiva. A dose de vacina tríplice viral, aplicada em crianças menores de 1 ano, não será considerada como dose válida. Aos 12 meses, a criança deverá ser vacinada com a tríplice viral (dose válida) e receber a segunda dose entre 4 e 6 anos de idade. Para outras faixas, acima dos 40 anos de idade, a vacina só é indicada com base na análise da situação epidemiológica.

11- Realizar operação limpeza frente a um caso confirmado ou surto- a conduta indicada é a realização da operação limpeza, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão do vírus da rubéola, numa área geográfica determinada.

A operação limpeza implica na busca exaustiva de todos os suscetíveis mediante a vacinação casa a casa, incluindo os domicílios e os estabelecimentos coletivos, como, por exemplo, escolas, creches, orfanatos, canteiros de obras, etc.

A operação limpeza deve abranger:

- os locais frequentados pelo caso confirmado;;
- todo o quarteirão, área residencial ou bairro, se necessário;
- a escola, creche, cursinhos, faculdade, alojamento, local de trabalho e outros estabelecimentos coletivos frequentados pelo caso;
- todo o município, quando indicado.

A faixa etária a ser vacinada deve ser aquela exposta no parágrafo anterior. Essa vacinação é utilizada de forma seletiva.

A realização do monitoramento rápido de cobertura vacinal auxiliará na análise da cobertura local, após a operação limpeza.

Encerrar os casos notificados, no prazo de até 30 dias, no boletim de notificação semanal (BNS).

Realizar atividades educativas de forma integrada com a área de educação. Na escola, deverá ser trabalhada a doença e meios de prevenção. No momento da investigação, deve-se orientar as pessoas sobre a importância da prevenção do sarampo e o dever de cada cidadão de informar, ao serviço de saúde mais próximo de sua casa, a existência de um caso suspeito.

5.2 POLIOMIELITE

✓ **Definição de caso:**

A poliomielite ou “paralisia infantil” é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito. O déficit motor instala-se subitamente e a evolução dessa manifestação, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principal característica a flacidez muscular, com sensibilidade conservada e arreflexia no segmento atingido.

Investigação epidemiológica

Todo caso de paralisia flácida aguda deve ser investigado, nas primeiras 48 horas após o conhecimento, e coletada uma amostra de fezes para pesquisa de poliovírus.

Roteiro da investigação epidemiológica

- ✓ Caracterizar clinicamente o caso, para determinar sua inclusão no sistema de vigilância e iniciar a investigação.
- ✓ Solicitar a coletar uma amostra de fezes do caso, preferencialmente até o 14º dia do início da deficiência motora, para pesquisa de poliovírus.
- ✓ Obter informações detalhadas e uniformes para todos os casos, através do preenchimento de todos os campos da ficha do Sinan para investigação epidemiológica de PFA, de modo a permitir a comparabilidade e análise dos dados.

- ✓ • Visitar imediatamente o domicílio para complementar dados da ficha de investigação (história vacinal, fonte de infecção, etc.) e buscar outros casos, quando necessário.
- ✓ Orientar medidas de controle pertinentes.
- ✓ Realizar a revisita do caso para avaliação de seqüela, aos 60 dias após o início da deficiência motora.
- ✓ Retroalimentar a fonte notificadora.

5.3 LEISHMANIOSE VISCERAL (Calazar)

✓ **Definição de caso**

Caso humano suspeito

Todo individuo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia ou todo individuo de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartados os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região

Caso humano confirmado

Critério clínico-laboratorial –a confirmação dos casos clinicamente suspeitos devera preencher no mínimo um dos seguintes critérios:

- ✓ encontro do parasito no exame parasitológico direto ou cultura;;
- ✓ • imunofluorescencia reativa com titulo de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos diferenciais.

Investigações epidemiológica

A LV humana é uma doença de notificação compulsória, portanto, todo caso suspeito deve ser notificado e investigado pelos serviços de saúde, através da ficha de investigação padronizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

5.4 MENINGITE

✓ Definição de caso:

A meningite é uma síndrome na qual, em geral, o quadro clínico é grave e caracteriza-se por febre, cefaleia intensa, náusea, vômito, rigidez de nuca, prostração e confusão mental, sinais de irritação meníngea, acompanhados de alterações do líquido cefalorraquidiano (LCR)

Investigação epidemiológica

O instrumento de coleta de dados e a ficha de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que contem as informações essenciais a serem coletadas em uma investigação de rotina. Todos os campos dessa ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo que a informação seja negativa.

NOTA: Todos os casos suspeitos dos agravos relacionados acima devem ser notificados, investigados e referenciados.

5.5 DOENÇAS DIARREICAS

✓ **Definição de caso**

A doença diarreica aguda (DDA) é uma síndrome causada por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. Podem ser acompanhadas de náusea, vômito, febre e dor abdominal. No geral, é autolimitada, com duração de 2 a 14 dias.

Instrumentos de coleta e registro de dados

Impresso I - Planilha de Casos de Diarreia – MDDA

Os casos de diarreia atendidos na unidade de saúde participante da MDDA deverão ser registrados diariamente no Impresso I - Planilha de Casos de Diarreia ;

Impresso II - Distribuição dos casos de diarreia por faixa etária, plano de tratamento e procedência.

Ao final da semana epidemiológica os casos registrados nos Impressos I deverão ser condensados no Impresso II - Distribuição dos casos de diarreia por faixa etária, plano de tratamento e procedência.

OBS: Os impressos I e II estão disponibilizados nas UBSs e DRSs.

5.6 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

✓ Definição de caso

Considera-se como violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Tipos de violências a serem notificadas

Física, Psicológica/moral, Sexual, Negligência/abandono, Maus tratos, Tráfico de seres humanos, Trabalho infantil, Patrimonial/financeira.

Outras violências interpessoais e/ou autoprovocadas (suicídio e tentativas).

A notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Entre eles destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei n° 10778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; e a Lei n° 10741/2003 que instituiu o Estatuto do Idoso.

5.7 MONITORAMENTOS DE ÓBITOS EM MENORES DE ANO, MULHERES EM IDADE FÉRTIL E GESTANTES

- Realizar o monitoramento dos óbitos em menores de ano, através de ficha específica e encaminhar à DRS.
- Realizar o monitoramento de mulheres em idade fértil e gestantes, através de ficha específica e encaminhar à DRS

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Monitorização das Doenças Diarreicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAPÍTULO IX
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM –INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST), AIDS E
HEPATITES VIRAIS

Autor
Kledson Augusto Morais Batista

Revisão – abril 2016
Milleni Sousa Vieira
Raimundo Nonato Pereira de Sousa
Renara Maria Carvalho de Oliveira
Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos

1 INTRODUÇÃO

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada neste Protocolo, em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pela sociedade científica e por alguns países. Nesse contexto, alerta-se a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sintomas, o que aponta para estratégias de atenção integral, eficaz e resolutiva.

Segundo estimativas da OMS (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. A cada ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis (gonorréia, clamídia, sífilis e tricomoníase). Da

mesma forma, estima-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV.

As Infecções sexualmente transmissíveis (IST), AIDS e as Hepatites Virais estão dentro de um único Departamento no âmbito do Ministério da Saúde e da Fundação Municipal de Saúde, portanto, o protocolo de enfermagem e o fluxograma de atendimento vão seguir as mesmas diretrizes.

1.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis são doenças de grande interesse em saúde pública, devendo ser encarada como prioridade pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle. Assim, oportunizar o atendimento e tratamento imediato quebra a cadeia de transmissão, diminuindo a morbimortalidade das IST.

1.2 HIV/AIDS

A epidemia de AIDS no Brasil vem estabilizando em número de casos novos e de mortalidade, em consequência as ações do Programa Nacional de combate a AIDS, que financia ações de promoção em saúde, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento antirretroviral, além de garantir tratamento contra doenças oportunistas e efeitos adversos e de reabilitação em casos de pacientes que apresentam lipoatrofia facial.

No entanto, essa estabilização de casos não está acontecendo em todo Brasil uniformemente. Em algumas regiões, como o nordeste, a epidemia de AIDS ainda não estabilizou, apresentado números crescentes de casos novos a cada ano. Outras mudanças no perfil da epidemia são: a feminização; interiorização; pauperização; e, heterossexualização.

1.3 Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória, possuindo cinco tipos de vírus transmissor: A, B, C, D e E. Esses vírus tem predileção por hepatócitos, causando uma inflamação aguda e, às vezes, crônica no fígado. A Hepatite A e E tem sua transmissão de forma fecal-oral, a via de transmissão da Hepatite B e D são sexual e parenteral, enquanto que a transmissão da hepatite C, principalmente parenteral (podendo ocorrer transmissão sexual).

2 REFERÊNCIA PARA O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE IST

A Atenção Básica, por meio das ações informativas /educativas desenvolvidas na comunidade e nas UBS, promoverá maior conscientização da população com relação às IST. Conseqüentemente, haverá uma busca mais precoce dos serviços de saúde pelos indivíduos com suspeita de IST e seus parceiros, tornando as UBS porta de entrada para esses

pacientes, reduzindo assim a automedicação e a procura da resolução do problema em farmácias.

A abordagem sindrômica das IST instrumentalizará os enfermeiros, permitindo realizar durante a primeira consulta do indivíduo nesse nível de atenção, aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequado para cerca de 90-92% das IST. Os casos persistentes (8-10%) deverão ser encaminhados para consulta médica.

A prescrição de medicamentos, a solicitação de exames e encaminhamento para especialista pelos enfermeiros deverá seguir o fluxograma estabelecido nesse protocolo. Vale ressaltar que as ações do enfermeiro deverão estar embasadas em conhecimento específico prévio sobre as patologias, medicações e efeitos colaterais ou interações medicamentosas e interpretação de exames.

Quadra 1 - Estratégia de Atenção Integral às Pessoas com IST

Prevenção Combinada		
Prevenção Individual e Coletiva	Oferta de Diagnóstico e Tratamento para IST assintomáticas	Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxogramas com e sem laboratório
<ul style="list-style-type: none"> • Informação/Educação em saúde • Preservativo masculino e feminino • Gel lubrificante • Busca adequada e acesso a serviços de saúde • Prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis • Vacinação para HBV e HPV • Profilaxia pós-exposição ao HIV, quando indicado • Redução de danos 	<ul style="list-style-type: none"> • Rastreamento de Clamídia para gestantes de 15 a 24 anos, quando disponível • Rastreamento de sífilis, gonorreia, clamídia, HIV para pessoas com IST e para populações-chave (gays, HSH, profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas), quando disponíveis • Testagem de rotina para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal e parto, quando disponíveis e recomendados, conforme o PCDT de transmissão vertical • Tratamento das infecções identificadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Condutas baseadas em fluxogramas: ✓ Queixa de síndrome específica ✓ Anamnese e exame físico ✓ Diagnóstico com e sem laboratório ✓ Tratamento etiológico ou baseado na clínica (para os principais agentes causadores da síndrome)
<ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na adesão ao tratamento • Comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticos) • Notificação das IST, conforme estabelecido. 		

Fonte: DDAHV/SVS/MS

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV1 e 2 , VDRL, hepatite B (HBsAg) e C (Anti-HCV);
- Vacinar contra hepatite B independente da idade e HPV conforme faixa etária recomendada;
- Enfatizar a adesão ao tratamento;

- Prescrever medicamentos, conforme fluxogramas descritos neste protocolo;
- Encaminhar para infectologista, urologista ou ginecologista, quando necessário;
- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecidos;
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- Oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso;
- Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros (as) sexuais do último mês mesmo que assintomáticos (as) para que possam ser atendidos e tratados.
- Notificar o caso no formulário apropriado do SINAN.
- Registrar em prontuário a Consulta de Enfermagem;
- Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias.
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.
- Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, caso não exista o desejo de engravidar, ou adotar outras formas de sexo mais seguro.

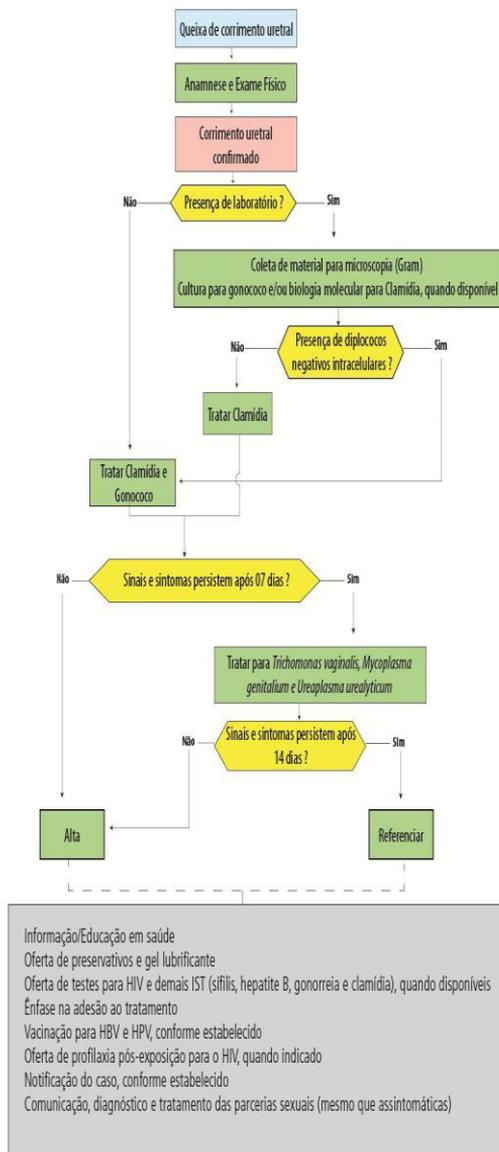
Quadra 2 - Sinais e sintomas das principais síndromes de IST e suas etiologias

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologia mais comuns
Corrimento vaginal	Prurido; Disúria; Dispareunia; Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva; Corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite; Tricomoníase; Vaginose bacteriana; Candidíase; Cervicite: gonorreia; Infecção clamídia; por
Corrimento uretral	Prurido; Polaciúria; Odor fétido; Estrangúria;	Corrimento uretral muco ou purulento;	Gonorréia; Infecção clamídia; por Tricomoníase; Mycoplasma; Ureaplasma;
Úlcera genital	Úlcera genital; Ferida; lesão	Úlcera genital; Aumento de linfonodos inguinais; vesículas	Sífilis Cancro mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou Dor Pélvica	Desconforto ou Dor Pélvica Dor durante relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor à mobilização do colo Temperatura > 38°C Gonorréia	Infecção por Clamídia Infecção por germes Anaeróbios

4 ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS IST

O objetivo da abordagem sindrômica é facilitar a identificação das síndromes para então maneja-las de forma adequada. Cada fluxograma conduz as decisões e ações que precisam ser tomadas, levando à condição ou condições que devam ser tratadas. Esses fluxogramas poderão ser utilizados pelos enfermeiros, tornando possível a assistência aos portadores de IST em qualquer serviço de saúde, onde ele então terá acesso à orientação, educação, aconselhamento, prescrição de medicamentos, solicitação de exames complementares e encaminhamento para especialistas, oferecimento de testes para sífilis (VDRL), Hepatite B (HBsAg) e C (Anti-HCV) e para o HIV (Anti-HIV 1 e 2) e o tratamento desde a sua primeira consulta. A prescrição dos medicamentos contidos nesse protocolo deverá ocorrer dentro do processo de enfermagem, a partir de uma consulta de enfermagem.

FLUXOGRAMA 1 - MANEJO DO CORRIMENTO URETRAL



Fonte: DDAHV/SVS/MS

Quadra 3 - Tratamento para corrimento uretral

	Primeira opção	Segunda opção
Uretrite gonocócica e por Clamídia não complicada (uretrite e proctite)	Ciprofloxacina® 500mg, 1 comprimido, VO, dose única MAIS Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona®* 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única Em menores de 18 anos e gestantes: Ciprofloxacina é contraindicada, e a droga de escolha é ceftriaxona	Ceftriaxona 500 mg IM, dose única MAIS Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única OU Cefotaxima 500 mg, IM, dose única
Uretrite por Clamídia	Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única Em menores de 18 anos e gestantes Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única OU Amoxicilina 500 mg, VO, 3x dia, por 7 dias#	Amoxicilina 500mg, VO, 8/8h, por 7 dias#
Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única	

Fonte: DDAHV/SVS/MS

ATENÇÃO:

No retorno, em caso de persistência do corrimento ou recidiva, encaminhar para consulta com urologista.

Observações:

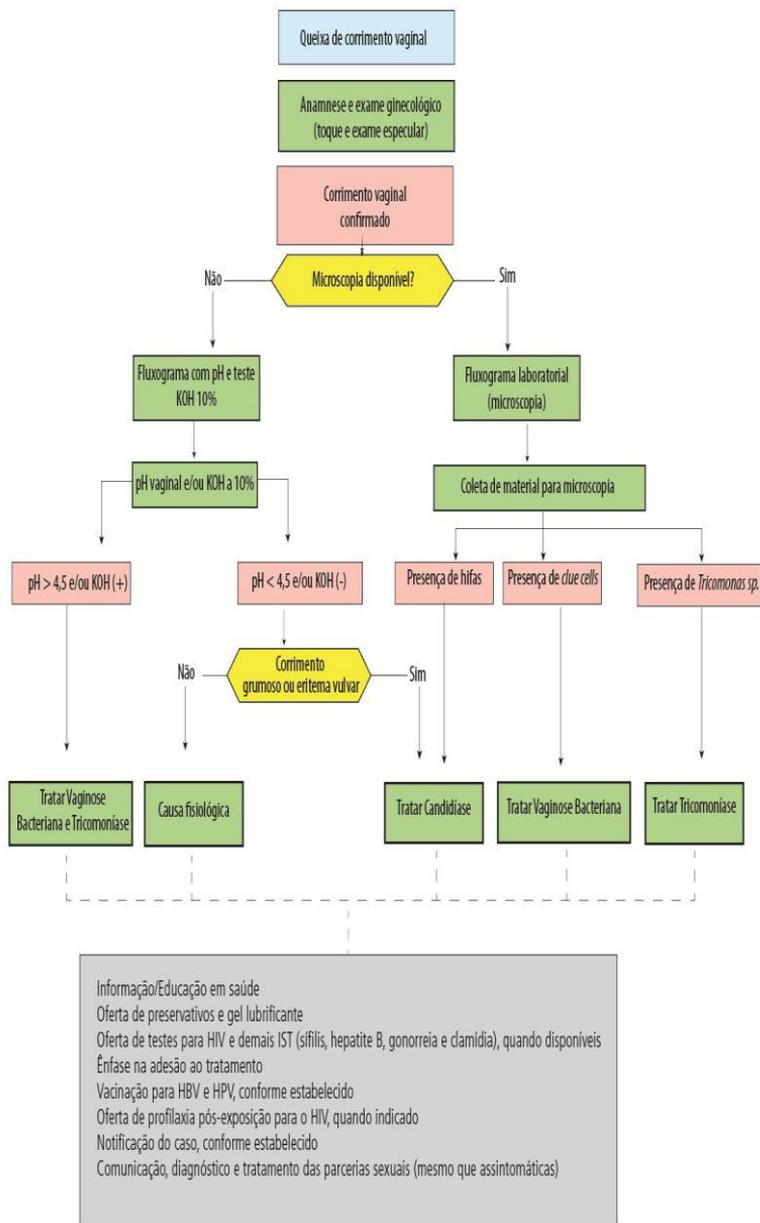
Deve-se considerar a existência de infecções associadas por *C. trachomatis* ou *T. vaginalis*. Caso um destes ocorra, será necessário tratamento específico em conjunto. Os pacientes devem se abster de relações sexuais e evitar contaminação dos

olhos, além de bebidas alcoólicas (irritante de mucosa), bem como a expressão da glândula para evidenciar de possível secreção uretral.

Os pacientes devem ser aconselhados e estimulados a encaminhar todas as parceiras (ou parceiros) sexuais para atendimento médico, pois é elevado o risco de transmissão (90 a 97%). É fundamental que todas as parceiras (ou parceiros), com sintomas ou não, de homens com infecções gonocócicas recebam prontamente o tratamento.

Pacientes infectados pelo HIV devem ser encaminhados para o SAE CIS Lineu Araújo (sem necessidade de encaminhamento CGSUS, portando somente documentos e resultado de HIV)

FLUXOGRAMA 2 – CORRIMENTOS VAGINAIS



Fonte: DDAHV/SVS/MS

- ✓ **Na ausência do teste pH vaginal KOH 10%:** tratar vaginose bacteriana quando paciente apresentar: corrimento acinzentado ou esbranquiçado em pequena quantidade, com aspecto bolhoso, e mau cheiro semelhante ao de peixe podre e por vezes, coceira na vulva e na vagina; Tratar tricomoníase quando apresentar corrimento amarelo-esverdeado com mau cheiro, que por vezes pode apresentar-se espumoso. Pode ocorrer ainda dor durante a relação sexual e ao urinar. Casos raros apresentam dor no baixo ventre.

O exame ginecológico é parte essencial do fluxograma de conduta e deve ser realizado segundo os passos abaixo:

- Examinar a genitália externa e região anal;
- Separar os lábios vaginais para visualizar o intróito vaginal integralmente. Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.
- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo).
- Colher material para realização da bacterioscopia quando disponível e para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, considerando o resultado positivo se o cheiro for de peixe podre).

- Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical (colher swabendocervical com cotonete e observar se muco purulento contrapondo em papel branco).
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos, pesquisa de clamídia. Se houver mucopusendocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento como cervicite (gonorréia e clamídia).
- A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas. Assim, apenas os parceiros de mulheres com tricomoníase, devem ser tratados com o mesmo medicamento em dose única, porque esta é considerada uma IST.

Mulheres vivendo com HIV/AIDS: devem ser encaminhadas para o SAE do CIS Lineu Araújo.

Durante o tratamento para tricomoníase, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas, “gosto metálico na boca”).

- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 3 meses, para avaliar se as alterações persistem. Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais.
- Manter o tratamento se a paciente menstruar.

Na vaginose bacteriana – os parceiros não precisam ser tratados.

O tratamento sistêmico, os casos de difícil controle ou recorrentes (4 ou mais episódios/ano) de candidíase deverão ser feitos por médico. Pois, nesses casos, o médico deverá investigar causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticoides e outros). **Observações:**

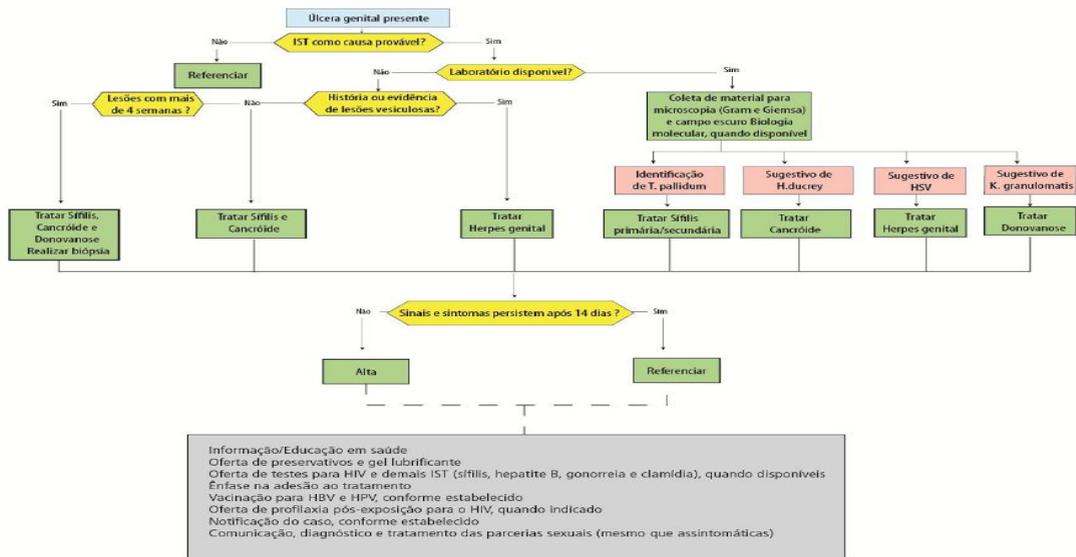
- ✓ O simples achado de cândida na citologia oncológica em uma paciente assintomática não permite o diagnóstico de infecção clínica, e, portanto, não justifica o tratamento.
- ✓ O enfermeiro poderá encaminhar pacientes com corrimento vaginal ou cervicite para ginecologista.

Quadro 4 - Tratamento para corrimento vaginal

	Primeira opção	Segunda opção	Tratamento em Gestantes	Casos recorrentes	Comentários
Candidíase Vulvovaginal	Miconazol® creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias	Fluconazol 150 mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 1 dia	Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação.	Mesmas opções do tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias OU Fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x /semana, por 6 meses	As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. É comum durante a gestação, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.
Vaginose Bacteriana	Metronidazol # 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias&	Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias&	Primeiro trimestre: Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias& Após primeiro trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido VO, 3x dia, por 7 dias	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.
Tricomoníase	Metronidazol# 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g)&, VO, dose única OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 7 dias		Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) OU Metronidazol 400mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 7 dias OU Metronidazol 250 mg, 1 comprimido, VO, 3x dia, por 7 dias		As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.
<p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PVHA devem ser tratadas com os mesmos esquemas terapêuticos recomendados acima • Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool, pelo "efeito antabuse", caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca • Cremes vaginais com metronidazol não são recomendados pela baixa eficácia • Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais • Manter o tratamento se a paciente menstruar <p>@ Outros derivados imidazólicos creme ou óvulos (ex: clotrimazol creme vaginal 1% ou óvulos 100mg, tioconazol creme vaginal 6,5% ou óvulos 300mg) têm eficácia semelhante ao miconazol creme vaginal a 2%, que é a opção terapêutica disponível na Rename (2013). # Outros derivados imidazólicos via oral (ex: tinidazol, que é contraindicado na gestação e lactação) têm eficácia semelhante quando comparados ao metronidazol comprimido, opção terapêutica disponível na Rename (2013). &A clindamicina creme vaginal, alternativa ao metronidazol gel vaginal, não se encontra disponível na RENAME (2013)</p>					

Fonte: DDAHV/SVS/MS

FLUXOGRAMA 3 – ÚLCERA GENITAL



Fonte: DDAHV/SVS/MS

Quadro 5 - Tratamento para herpes genital

	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir@ 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x dia, por 7 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por sete dias	Iniciar o tratamento o mais precoce possível
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, VO, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 5 dias)	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital)
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por até seis meses, podendo ser prolongado por até dois anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo, pacientes com surtos repetidos de herpes genital (mais de seis surtos ao ano) Indicado avaliação de função renal e hepática periódica
Herpes Genital em Individuos imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/ Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em casos de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHA), pode-se optar pelo tratamento endovenoso
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio	
<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O tratamento com antivirais são eficazes para redução na intensidade e duração do episódio, quando usado precocemente. • O tratamento local pode ser realizado com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões • O uso de pomadas de antibiótico pode estar indicado nos casos de infecção secundária. • Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário. • É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões • A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados • É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer <p>@ As apresentações orais de valaciclovir e famciclovir têm eficácia semelhante ao aciclovir comprimido, porém o aciclovir é a opção terapêutica disponível na Rename (2013).</p>		

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Tratar herpes genital:

O Enfermeiro deverá tratar apenas o 1º episódio de herpes genital e iniciar o tratamento o mais precocemente possível de acordo com Quadro 6. Na recorrência de herpes genital, casos de recidiva e herpes durante a gestação, o enfermeiro encaminhará para consulta médica;

- Em pacientes com HIV/AIDS, encaminhar para o SAE CIS Lineu Araújo;

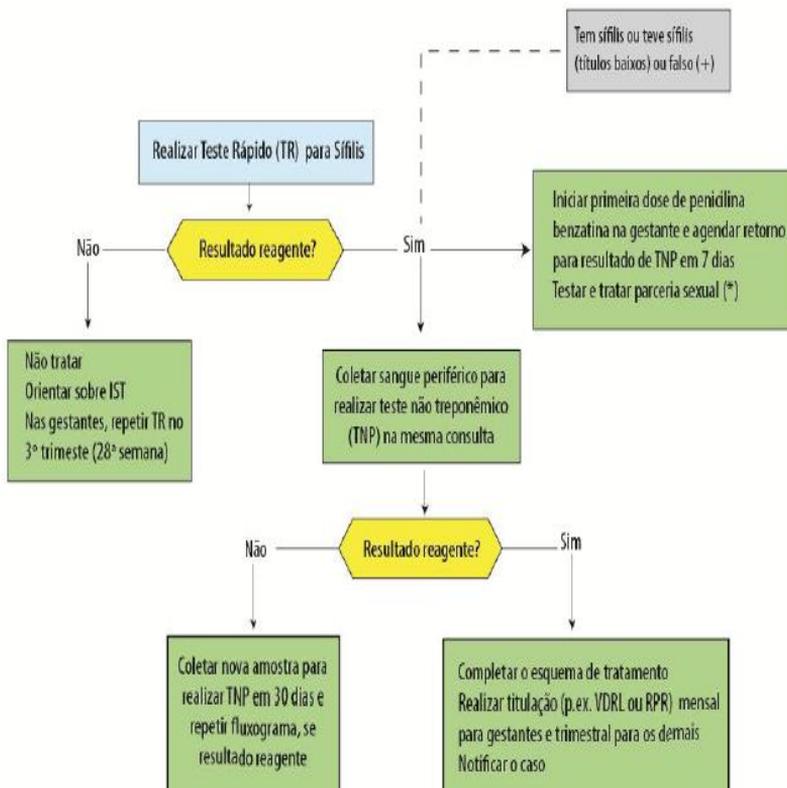
Quadro 6 - Tratamento para úlceras genitais

	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir® 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x dia, por 7 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por sete dias	Iniciar o tratamento o mais precoce possível
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, VO, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 5 dias)	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital)
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por até seis meses, podendo ser prolongado por até dois anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo, pacientes com surtos repetidos de herpes genital (mais de seis surtos ao ano) Indicado avaliação de função renal e hepática periódica
Herpes Genital em Individuos imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/ Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em casos de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHA), pode-se optar pelo tratamento endovenoso
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio	
Nota: <ul style="list-style-type: none"> • O tratamento com antivirais são eficazes para redução na intensidade e duração do episódio, quando usado precocemente. • O tratamento local pode ser realizado com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões • O uso de pomadas de antibiótico pode estar indicado nos casos de infecção secundária. • Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário. • É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões • A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados • É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer <p>@ As apresentações orais de valaciclovir e famciclovir têm eficácia semelhante ao aciclovir comprimido, porém o aciclovir é a opção terapêutica disponível na Rename (2013).</p>		

Fonte: DDAHV/SVS/MS

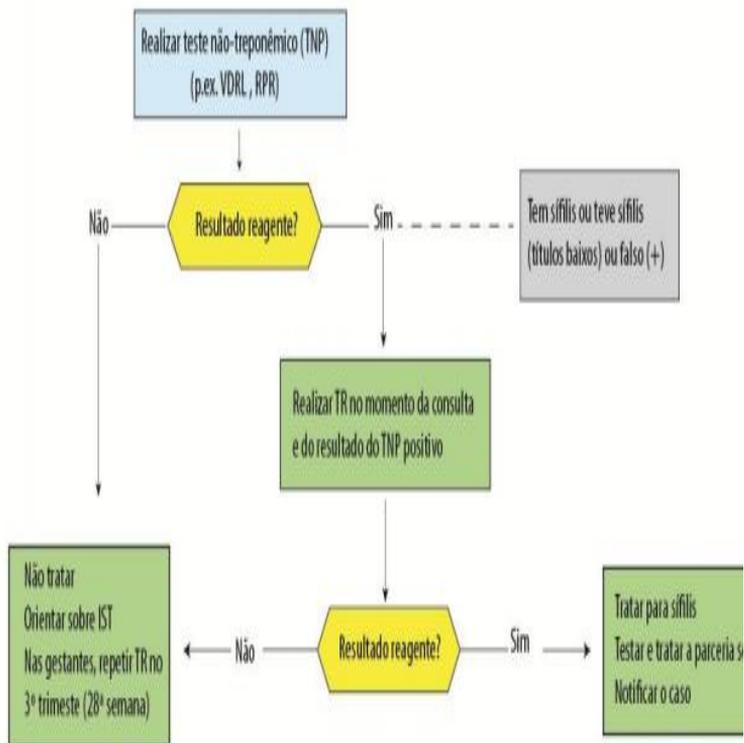
- ✓ Lembrar que lesões ulceradas com mais de 04 semanas, pode ser donovanose ou neoplasia. (Esses casos deverão ser encaminhados para consulta médica especializada).

FLUXOGRAMA 4 - MANEJO DA SÍFILIS UTILIZANDO TESTE RÁPIDO NÃO TREPONÊMICO CONFIRMATÓRIO



Fonte: DDAHV/SVS/MS

FLUXOGRAMA 5 - MANEJO DA SÍFILIS UTILIZANDO TESTE NÃO TREPONÊMICO COM TESTE RÁPIDO CONFIRMATÓRIO



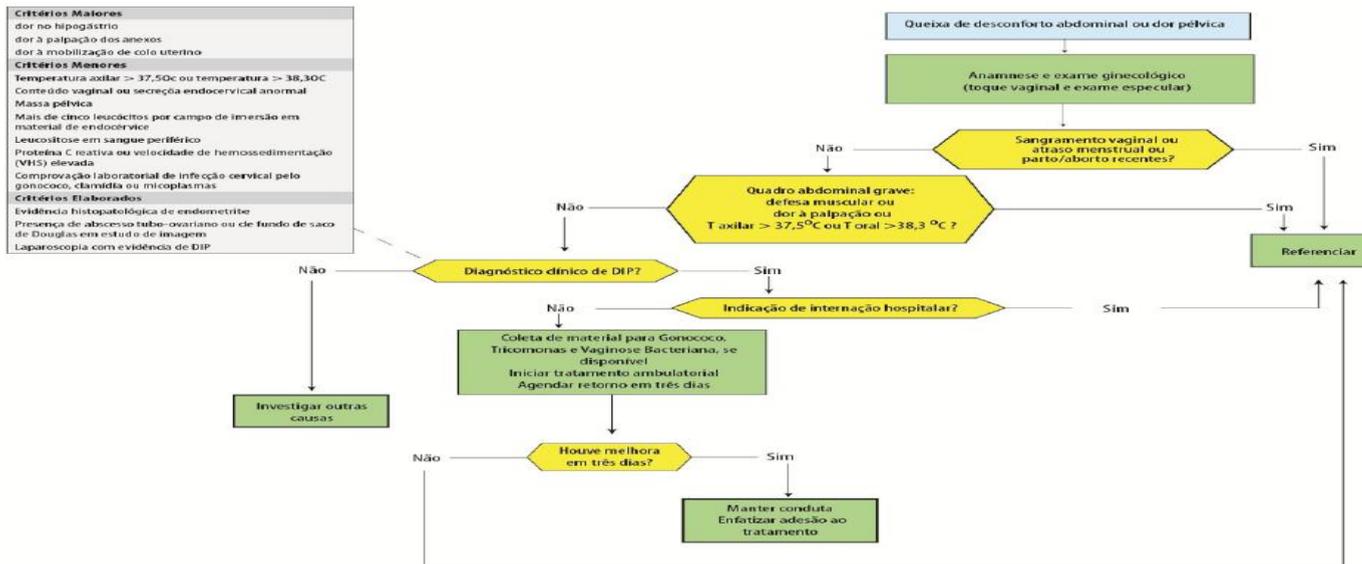
Fonte: DDAHV/SVS/MS

Quadro 7 - Esquema terapêutico para sífilis

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa* (exceto para gestantes)	Seguimento (teste não treponêmico)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h (VO), por 15 dias#	Teste não treponêmico trimestral
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h (VO), por 30 dias#	Teste não treponêmico trimestral
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina 18-24 milhões UI por dia, por via endovenosa, administradas em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Doxiciclina 100mg, 12/12h (VO), por 28 dias.	Exame de líquido de 6/6 meses até normalização

Fonte: DDAHV/SVS/MS

FLUXOGRAMA 6 - MANEJO DA DIP



Fonte: DDAHV/SVS/MS

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA- DIP

É uma síndrome clínica atribuída à ascensão de micro-organismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo endométrio (endometrite), tuba uterina, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).

É uma das mais importantes complicações das IST e um sério problema de saúde pública, sendo comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida. Está associada a sequelas importantes em longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem infertilidade por fator tubário, gravidez ectópica e dor pélvica crônica (em 18% dos casos). Mulheres que já tiveram um episódio de DIP têm chance de 12% a 15% de ter gravidez ectópica no futuro. A taxa de infertilidade é de 12% a 50%, aumentando com o número de episódios. Estima-se um caso de DIP para cada 8 a 10 casos de pacientes com cervicite por algum desses patógenos.

QUADRO CLÍNICO DA DIP

O diagnóstico clínico de DIP é feito a partir de critérios maiores, critérios menores e critérios elaborados.

Para a confirmação clínica de DIP, é necessária a presença de:

- três critérios maiores **MAIS** um critério menor
OU
- um critério elaborado

Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade do diagnóstico clínico de DIP.

CUIDADOS E ABORDAGEM DAS PACIENTES COM DIP

A melhora clínica das pacientes com DIP deverá acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano. Se houver piora do quadro, considerar outros exames de imagem, como ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada axial, para diagnósticos diferenciais ou complicações de DIP. A paciente deverá retornar ao ambulatório para seguimento na primeira semana após a alta hospitalar e deverá seguir abstinência sexual até a cura clínica.

As pacientes que usam DIU não precisam remover o dispositivo. Caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Nesses casos, as pacientes devem ser orientadas sobre métodos alternativos de barreira, como diafragma, preservativo masculino e feminino. As duchas vaginais não estão recomendadas.

As parcerias sexuais dos últimos dois meses, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

TRATAMENTO PARA DIP

Deve-se iniciar imediatamente o tratamento antimicrobiano nas mulheres jovens, sexualmente ativas, com queixa de desconforto

ou dor pélvica, e que preencham os critérios clínicos para DIP. A decisão de tratar a paciente, ou referi-la para unidade de maior complexidade baseia-se na gravidade do quadro clínico e das condições locais de trabalho para assistência e cuidados, considerando que o retardo no tratamento pode acarretar danos irreversíveis no sistema reprodutor feminino.

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelvipерitonite. A laparotomia está indicada nos casos de massas anexiais não responsivas ao tratamento ou ruptura das mesmas.

Quadro 8 - Esquema terapêutico para DIP

Tratamento	Primeira opção	Segunda opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias E Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias	Cefotaxima 500mg, IM, dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias E Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias

Fonte: DDAHV/SVS/MS

NA INFECÇÃO PELO VÍRUS T-LINFOTRÓPICO HUMANO (HTLV) E INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

A conduta do enfermeiro frente ao HTLV e HPV, em consulta de enfermagem, é encaminhar para o médico ou especialista (urologista, ginecologista ou infectologista, via CGSUS). O Enfermeiro não prescreverá medicamentos para esses agravos.

6 CONDUTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS IST NA VIOLÊNCIA SEXUAL

O enfermeiro que atender uma pessoa vítima de violência sexual deverá proceder da seguinte forma: vítima do sexo feminino, encaminhá-la para o Serviço de Atendimento a Mulher Vítima de Violência Sexual (SAMVVIS), localizado na Maternidade D. Evangelina Rosa e Delegacia da Mulher; vítima do sexo masculino, encaminhá-lo para o Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela e a Delegacia de Polícia mais próxima do local do crime.

✓ Lembrar de notificar na Ficha do SINAN de Violência, e em casos de vítimas menores de 18, comunicar ao conselho tutelar.

7 CONDUTA DE ENFERMAGEM NA NOTIFICAÇÃO DAS IST

O enfermeiro deverá notificar na ficha de notificação compulsória do SINAN conforme tabela abaixo:

Quadro 9–IST de notificação compulsória

IST
SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCLUIDO HERPES GENITAL)
SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL
SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL (SINTOMATICO)
SIFILIS EM ADULTOS (EXCLUIDA A FORMA PRIMARIA)
HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISODIO)
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)
SIFILIS NA GESTANTE
HEPATITES VIRAIS
HIV E AIDS

Observação: Para garantir o tratamento utilizando a abordagem sindrômica, a medicação estará presente na UBS. Para reposição desse medicamento, o enfermeiro deverá preencher a ficha de notificação da IST, anexar a receita e enviar para a DRS. A Coordenação Municipal de DST/AIDS será a responsável para abastecer os medicamentos das DRS.

8. O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE HIV/AIDS NO SUS

As atividades informativo-educativas, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) nas comunidades e pelos

profissionais das UBS, deverão despertar os indivíduos para a realização do teste anti-HIV. Pessoas com sintomas sugestivos de infecção pelo HIV chegarão as UBS para esclarecimento de seu quadro clínico. Portanto, as UBS devem se estruturar para responder a essa demanda, proporcionando oportunidade de diagnóstico ao primeiro contato, e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS.

Os serviços especializados para atenção às pessoas vivendo com HIV/aids em Teresina é o Serviço de Assistência Especializado (SAE) , que está localizado no CIS Lineu Araújo, com atendimento direto (sem necessidade de encaminhamento via CGSUS, apenas documento de identidade e resultado de exame laboratorial de HIV), no turno manhã e tarde.

✓ O enfermeiro, dentro da consulta de enfermagem, poderá solicitar exame anti HIV 1 e 2 para qualquer paciente e em qualquer vulnerabilidade para doença, devendo encaminhar os soropositivos para o serviço de referência. No entanto, as pessoas vivendo com HIV/AIDS que necessitem de outras demandas de saúde, terão suas necessidades supridas na atenção básica, como qualquer outro paciente da rede SUS.

✓ O enfermeiro estará autorizado a laudar resultado de teste rápido para HIV, Sífilis, hepatite B e C, como triagem ou diagnóstico, desde que tenha recebido treinamento e possua certificado emitido pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde ou Fundação Municipal de Saúde.

- ✓ O esquema vacinal da pessoa vivendo com HIV/AIDS deve ser completado dentro do SAE CIS Lineu Araújo, com prescrição do médico infectologista.

9 QUIMIOPROFILAXIA APÓS A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO

O profissional de saúde exposto deverá ser encaminhado para o Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela nas primeiras horas (idealmente dentro de 1 a 2 horas) após o acidente, quando houver indicação para a quimioprofilaxia. Estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é eficaz quando iniciada de 24 a 36 horas após o acidente e início da medicação após largos intervalos de tempo (1 a 2 semanas) pode ser considerado somente para exposição com elevado risco de transmissão do HIV.

- ✓ Lembrar que o início da quimioprofilaxia fica a critério do médico infectologista, que será baseado no tipo de exposição (percutânea, mucosa, cutânea ou mordedura), no tipo de material (sangue, outros materiais contendo sangue, sêmen e secreções vaginais, etc) e se o paciente fonte é soropositivo ou não;

10 O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes e importantes particularidades.

As hepatites virais têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. No Brasil, há grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos; devem existir cerca de dois milhões de portadores crônicos de hepatite B e três milhões de portadores da hepatite C. A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B (HBV) ou do vírus da hepatite C (HCV), que perpetua as duas infecções.

Hepatite B e C

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro poderá solicitar HBsAg e Anti-HBc para triar Hepatite B e solicitar Anti-HCV para Hepatite C para todos os pacientes, em qualquer faixa etária ou grupo vulnerável, devido ao grande número de portadores assintomáticos dessa patologia.

Outras ações do enfermeiro no manejo da Hepatite B e C:

- ✓ Orientar e ofertar o preservativo para prevenir a Hepatite B;
- ✓ Orientar quanto ao não compartilhamento de seringas, barbeadores, esmalte de unha, tesourinha para cortar unhas, lixa de unha, escova de dentes;
- ✓ Orientar sobre o risco de fazer uma tatuagem ou colocar piercing em local que não utilize material descartável;

- ✓ Notificar e encaminhar para o SAE CIS Lineu Araújo todos os casos de HBsAG e Anti-HCV reagente;
- ✓ Ofertar vacina contra Hepatite B para pessoas até 29 anos e populações vulneráveis (profissionais de saúde, prostitutas, população LGBT, presidiários, policiais, bombeiros, agentes penitenciários, manicures, pedicures, doadores de sangue, entre outros)
- ✓ Realizar teste rápido para Hepatite B e C, triagem ou diagnóstico, quando treinado e possuir certificado expedido pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde ou Fundação Municipal de Saúde.

Hepatite D

Agravo que se apresenta apenas em pacientes com hepatite B, devendo ao serviço de referência solicitar exames sorológicos e subsequentes.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72 p. il. – (Série Manuais 24)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 108p. Série Manuais n. 24 2.ed.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e Hepatites B e C**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (disponível em www.aids.gov.br).

CAPÍTULO X

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO HOMEM

Autores

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Kledson Augusto Morais Batista
Marcelo de Moura Carvalho
Maria Eliane Martins Oliveira da Rocha
Paula Cynara de Lima Ramos
Rogers Pires Lima

Colaboração

Afonso Ribeiro Alves Filho (cirurgião dentista)
Carlos Henrique Ferreira (médico)

Revisão – abril 2016

Ayla Maria Calixto de Carvalho

1. INTRODUÇÃO

A Política de Saúde do Homem visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso. São cinco os eixos temáticos: Acesso e Acolhimento, Saúde Sexual e Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violências e Acidentes. Tem como um dos pontos mais importantes modificar o comportamento masculino,

de modo a estimular sua participação em campanhas de prevenção e promoção de sua saúde.

É nesse contexto que acontece o atendimento de enfermagem destinado aos homens, independente de identidade de gênero e com idade de 20 a 59 anos, de modo a garantir a consulta de enfermagem contemplando os problemas que mais atingem a população masculina, a referência e contra referência para consultas especializadas, e a garantia de acesso a procedimentos como vasectomia e outros inerentes ao homem.

2. REFERÊNCIA PARA PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO HOMEM

- A Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem/PNAISH, que foi instituída pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009.

- O Programa Municipal de Atenção integral à Saúde do Homem (PMAISH), portaria municipal nº 577, de 09 de julho de 2012.

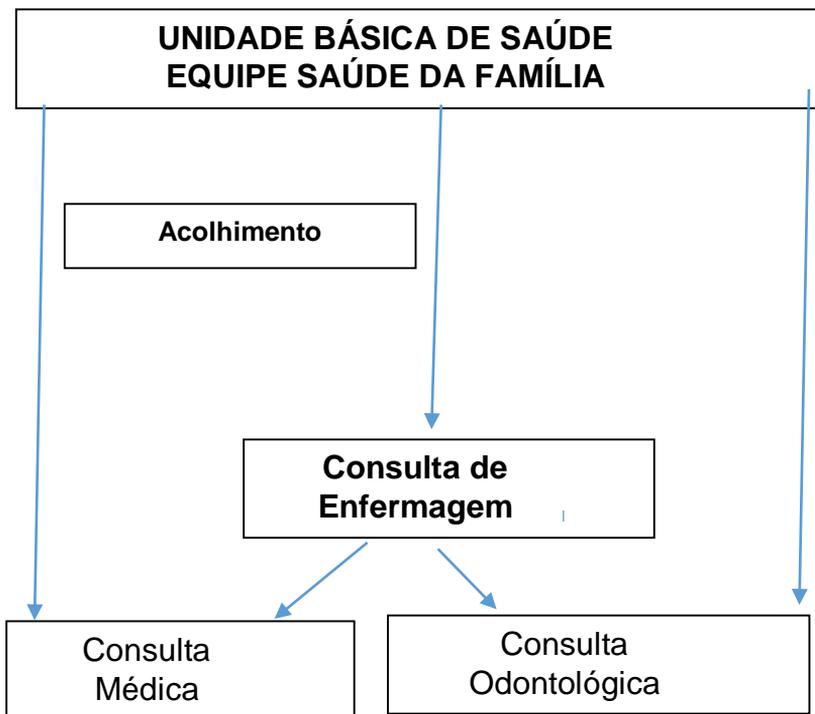
3. ATENDIMENTO DO HOMEM NA UBS

Implementar o acolhimento com a sensibilização de todos os profissionais de saúde para atender ao homem e melhorar sua procura pelos serviços. Assim, deve-se trabalhar desde o setor de recepção das UBS aos profissionais que realizam as consultas para

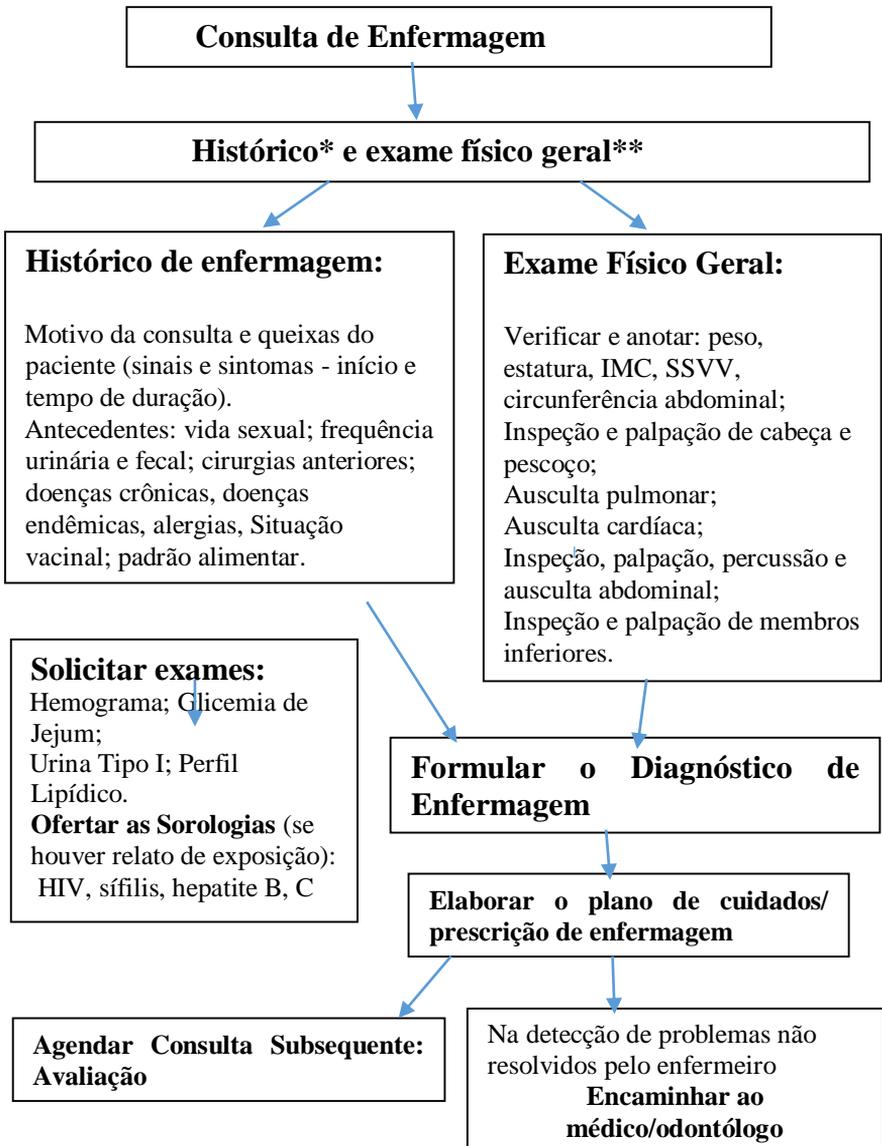
se ter a garantia do bom atendimento e acolhimento ao homem, estimulando sua participação contínua e a procura pelos serviços, e seu envolvimento em ações de prevenção, promoção e tratamento de agravos.

A organização do atendimento se dará conforme especificado nos fluxogramas 1 a 7, que tem como objetivo padronizar o atendimento e garantir a continuidade do cuidado com o homem. Deve-se estimular o homem a prevenção dos problemas que acometem a sua saúde através de avaliação periódica para controle dos fatores de riscos como sobrepeso, obesidade, diabetes, colesterol, hipertensão arterial, sedentarismo e cuidados com saúde pessoal e bucal, entre outros. Assim deve-se garantir a assistência ao homem como demonstra-se nos fluxogramas a seguir.

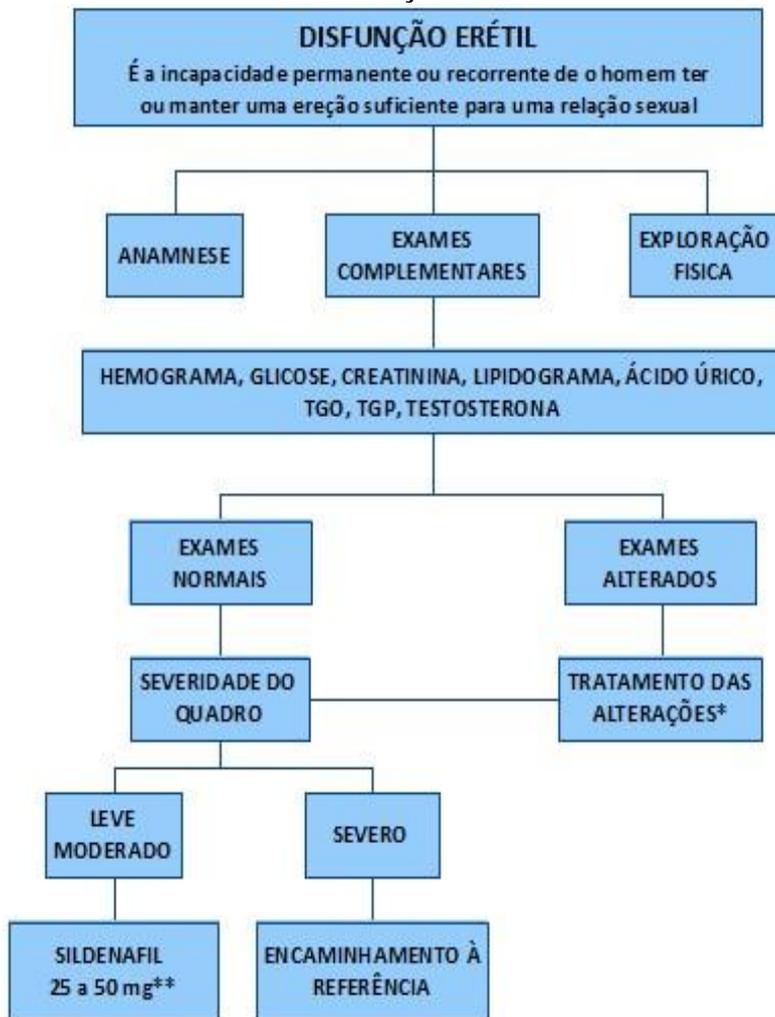
**FLUXOGRAMA 1 - ATENDIMENTO DO HOMEM NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**



FLUXOGRAMA 2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O HOMEM



FLUXOGRAMA 3 – DISFUNÇÃO ERÉTIL



CLASSIFICAÇÃO:

LEVE: < 25% DE FRACASSO

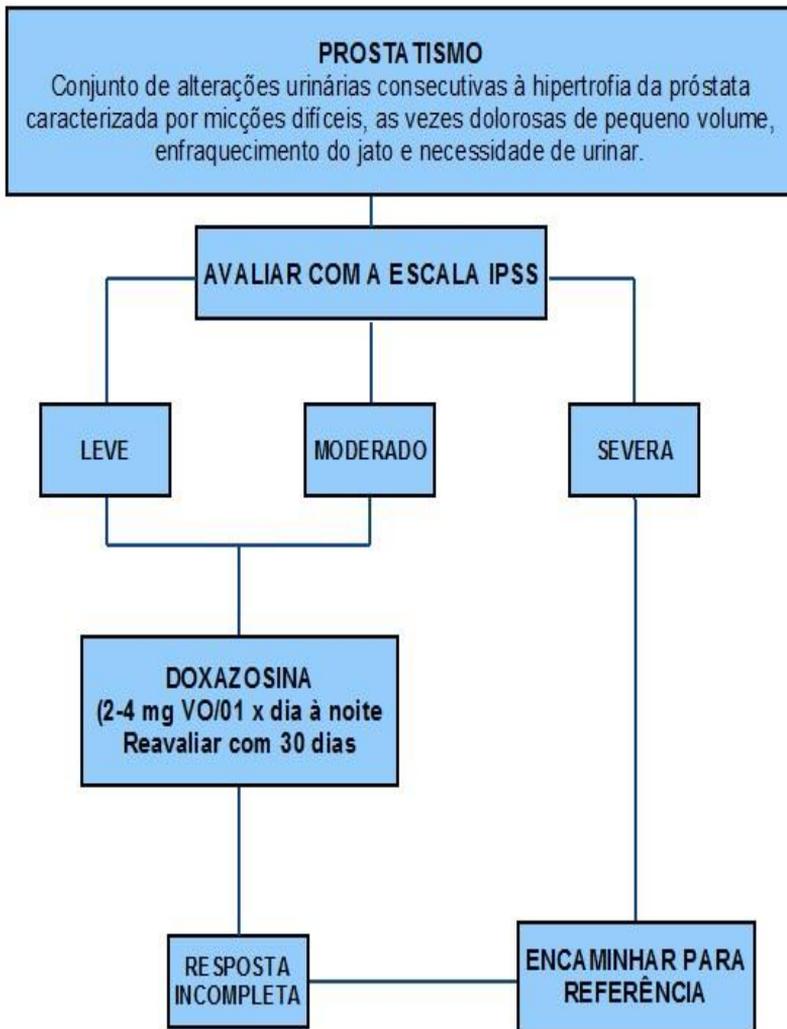
MODERADA: 25 a 75% DE FRACASSO

SEVERO: > 75% FRACASSO

* Tratamento pelo médico e/ou enfermeiro da ESF

** Tratamento pelo médico da ESF

FLUXOGRAMA 4 – PROSTATISMO



* Fazer avaliação através da ESCALA INTERNACIONAL

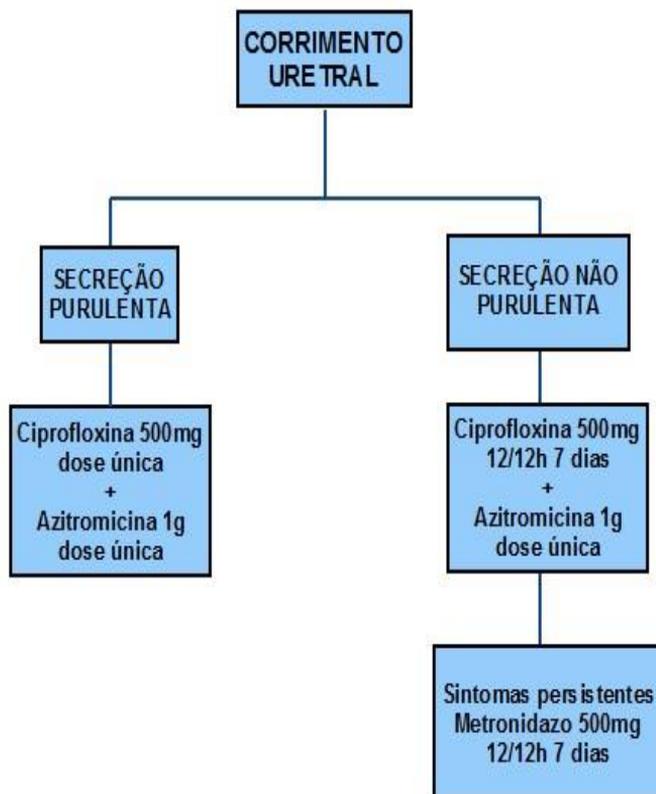
** Tratamento pelo médico da ESF

Escala Internacional de Avaliação dos Sintomas Prostáticos (IPSS)

No último mês, quantas vezes:	Nenhuma vez	Menos de 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade Das vezes	Quase sempre
1. Ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após urinar?	0	1	2	3	4	5
2. Teve que urinar novamente antes de 2 horas depois de urinar?	0	1	2	3	4	5
3. Teve o jato urinário interrompido várias vezes enquanto urinava?	0	1	2	3	4	5
4. Teve dificuldade em controlar e evitar o desejo de urinar?	0	1	2	3	4	5
5. Você teve que fazer força para iniciar o ato de urinar?	0	1	2	3	4	5
6. No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
7. Na média, teve que levantar da cama para urinar a noite?	0	1	2	3	4	5
Score total						

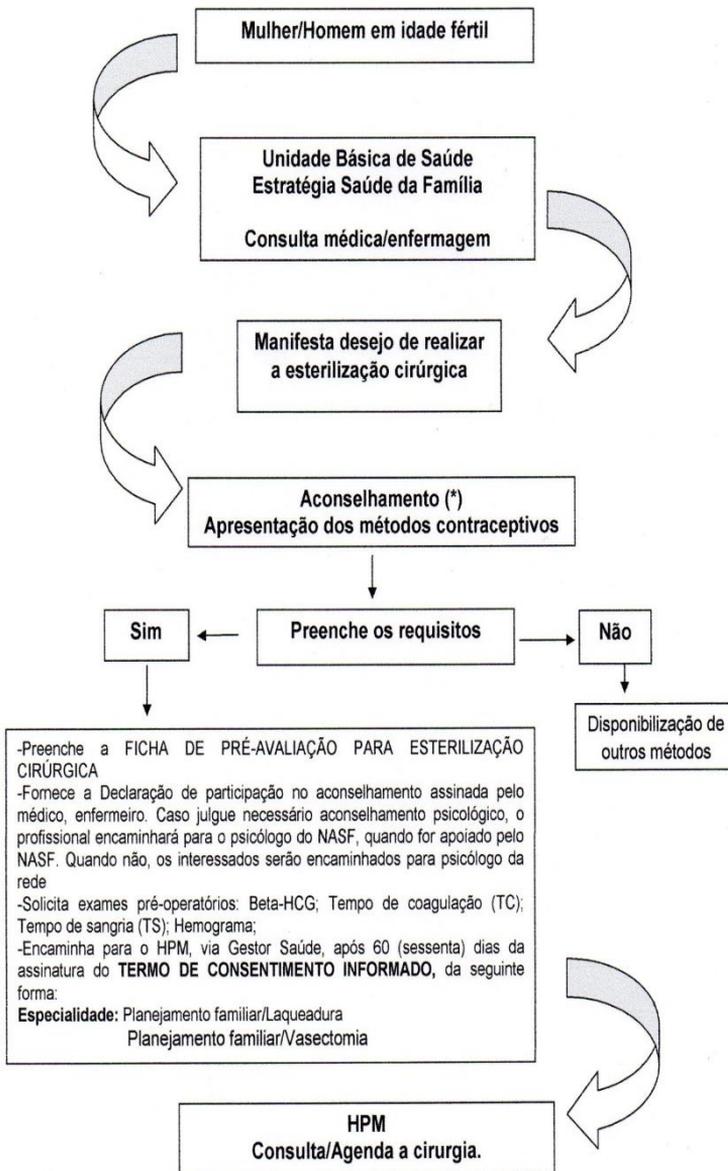
Pontuação final: Leves: até 7 pontos. Moderados: 8 a 19 pontos. Severos: 20 a 35 pontos

• **FLUXOGRAMA 5 – CORRIMENTO URETRAL**



Ofertar Exames: Anti-HIV, VDRL, Sorologia para Hepatite
Notificar e convocar Parceira(o)
Agendar retorno com 01 semana
Conduta e Tratamento a ser realizado pelo médico e/ou enfermeiro da ESF

FLUXOGRAMA 6 – ATENDIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA: VASECTOMIA



REQUISITOS:

A esterilização cirúrgica por meio da vasectomia será indicada nos casos em que se caracterizar como a melhor opção, conforme critérios definidos pela Lei Federal Nº 9263 de 12 de janeiro de 1996: Mulheres e homens com capacidade civil plena; - Maiores de vinte e cinco anos de idade; Com pelo menos, dois filhos vivos; - Observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; Em caso de convivência conjugal a realização da laqueadura/vasectomia depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges em documento escrito e firmado.

4. EXAMES COMPLEMENTARES

Todos os previstos nos fluxogramas apresentados no item 3.

5. ENCAMINHAMENTOS

Médico e odontólogo (na própria UBS)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

TERESINA (PIAUÍ). Fundação Municipal de Saúde. Portaria nº 577, de 09 de julho de 2012. **Institui Programa Municipal de Atenção Integral Saúde do Homem no âmbito do Município de Teresina**. Teresina, 2012.

TERESINA (PIAUÍ). Fundação Municipal de Saúde. Informe da Atenção Básica nº 03/2014. **Institui rotina de exames no Pré-Natal masculino**. Teresina, 2014.

CAPÍTULO XI

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO
ORIENTAÇÕES PARA VISITA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
PROPOSTA DE ESCALA MENSAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
POP SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
POP VISITA DOMICILIAR
SUPERVISÃO/ACOMPANHAMENTO
POP Coleta de Sangue Capilar (glicemia)
POP Coleta de Papanicolaou
POP Administração de Medicamentos
POP Terapia de Reidratação Oral
POP Aerosolterapia
POP Higienização das mãos
POP Sondagem Vesical
POP Aferição da Pressão Arterial
POP Curativos
POP da Organização e Funcionamento da Sala de Vacinação
POP de Registro das Atividades e Arquivos da Sala de Vacinação
POP de Limpeza na Sala de Vacinação
POP para o Setor de Medicação
POP para Sala de Expurgo
POP para o Preparo do Material ou Instrumental
POP para Sala de Esterilização
POP para Limpeza e Desinfecção de Superfícies
POP para Recebimento de Material Contaminante, Infectante e Perfurocortante de uso domiciliar
POP para o Setor de Coleta de Exames Laboratoriais
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

POP DE ENFERMAGEM

Autores

**Ayla Maria Calixto de Carvalho
Adriana Sávia de Souza Araújo
Smithanny Barros da Silva**

Colaboradores

**Maria de Fátima Santana Moreira
Soraia Martins da Fonseca**

1 INTRODUÇÃO

Considerando a necessidade de uniformizar as condutas, facilitar e tornar mais eficiente e eficaz a assistência prestada ao usuário, enfermeiros representantes das três Diretorias Regionais de Saúde elaboraram o Procedimento Operacional Padrão (POP) de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde.

Os POP foram criados com o objetivo de minimizar a ocorrência de erros na execução de procedimentos fundamentais da prática diária, e dessa forma melhorar a qualidade da assistência, e servir como um instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Eles foram desenvolvidos para descrever cada passo, de modo a garantir o resultado esperado de um mesmo cuidado realizado por pessoas diferentes. Os padrões de enfermagem definem seu campo de prática e proporcionam orientação para seu desempenho, projetam as competências desejadas e as exigências educacionais do enfermeiro.

2 ORIENTAÇÕES PARA VISITA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

- 1) O departamento de fiscalização do COREN-PI deve anunciar-se a Coordenação da UBS, ou seu respectivo substituto e buscar ser acompanhado pelo mesmo;
- 2) A visita fiscalizatória deverá ser acompanhada pelo enfermeiro Responsável Técnico (RT) ou alguém que o represente;
- 3) O Enfermeiro RT da Unidade deverá encaminhar as notificações do COREN-PI para as Gerências Executivas de Saúde das Diretorias Regionais de Saúde, que analisarão e responderão conjuntamente, enviando cópia da resposta aos Diretores das DRS.

3 POP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Objetivo:

Identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Para tanto, a consulta de enfermagem na Atenção Básica deve garantir atenção individual no ciclo vital e aos grupos prioritários (crianças menores de 2 anos e desnutridos, gestantes, idosos, diabéticos, hipertensos, portadores de tuberculose e hanseníase).

Responsável: Enfermeiro.

Descrição do procedimento:

1. Receber o usuário e explicar o procedimento;
2. Desenvolver a consulta conforme as etapas previstas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), seguindo o roteiro e fluxo de seguimento contido nos Protocolos de Enfermagem de FMS;
3. Fazer anotação no prontuário e boletim de produção;
4. Manter a organização da sala/consultório.

4 POP - VISITA DOMICILIAR

Definição:

É o ato de visitar o domicílio com finalidade de intervir no processo saúde / doença de indivíduos, famílias e o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade.

Objetivo:

- Conhecer a realidade do indivíduo (condições de moradia, hábitos familiares, levantamento de dados, cadastro das famílias e outros) a fim de obter subsídios para intervenção no processo saúde/doença.
- Realizar procedimentos (medicações, orientações, curativos e outros).
- Realizar busca ativa para determinadas patologias.

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

Material:

Conforme as ações planejadas.

Descrição da Técnica de VD:

1. Planejamento;
2. Execução;
3. Registro de dados;
4. Avaliação do processo.

Descrição do procedimento:

1. Identificar a necessidade da visita domiciliar;
2. Planejar de acordo com a necessidade identificada;

3. Realizar a visita domiciliar possibilitando a participação do maior número possível, de membros da família;
4. Na chegada ao domicílio, o profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita;
5. Ser cordial no relacionamento, evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os usuários;
6. Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família;
7. Caso a VD demande procedimento de enfermagem:
 - Contactar antecipadamente o usuário;
 - Preparar o material necessário;
 - Realizar o procedimento conforme técnica ou protocolo
8. Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção.

5 POP - SUPERVISÃO E ACOMPANHAMENTO

Definição:

É o planejamento e o acompanhamento do serviço de enfermagem pelo enfermeiro.

Objetivo:

Assegurar a assistência de Enfermagem com qualidade, proporcionando a educação em serviço

Responsável:

Enfermeiro Responsável Técnico

Execução do procedimento:

Enfermeiro

Descrição do procedimento:

O enfermeiro deve supervisionar diariamente os diversos setores e as ações desenvolvidas pelo auxiliar de enfermagem, proporcionando a educação em serviço:

1. Inalação:

- Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- Fluxo e acomodação da clientela;
- Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- Checagem das condições dos equipamentos;
- Checagem da Rotina de desinfecção dos materiais;
- Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
- Técnica utilizada nos procedimentos;

- Postura do profissional no setor;
 - Avaliação do conteúdo das ações educativas;
- Avaliação da qualidade da assistência;
- Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal.

2. Medicação / Observação

- Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- Fluxo e acomodação do usuário;
- Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- Rotina de desinfecção dos materiais;
- Registro dos procedimentos realizados;
- Técnica utilizada nos procedimentos;
- Checagem dos materiais e medicamentos de emergência;
- Postura do profissional no setor;
- Avaliação do conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- Avaliação da qualidade da assistência;
- Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- Procedimentos de biossegurança
- Condição do descarte do material perfuro cortante;
- Manutenção da privacidade do usuário.

3. Vacina

- Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- Fluxo e acomodação do usuário;
- Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- Checagem das condições dos equipamentos;
- Registro dos procedimentos realizados;

- Técnica utilizada nos procedimentos;
- Postura do profissional no setor;
- Avaliação do conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- Avaliação da qualidade da assistência;
- Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- Descarte do material perfuro cortante;
- Manutenção da privacidade do usuário;
- Registro das temperaturas dos equipamentos;
- Registro das doses aplicadas no mapa de produção diária;
- Disposição adequada dos equipamentos na sala;
- Acondicionamento das vacinas em geladeira de estoque;
- Identificação de data e horário da abertura dos frascos; – Técnica de limpeza da geladeira.

4. Coleta de Exames, Papanicolaou

- Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- Fluxo e acomodação do usuário;
- Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- Rotina de desinfecção dos materiais;
- Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
- Técnica utilizada nos procedimentos;
- Postura do profissional no setor;
- Conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- Qualidade da assistência;
- Cumprimento da escala de limpeza terminal;

Condições do descarte do material perfuro cortante;

Manutenção da privacidade do usuário;

Acondicionamento correto das amostras dentro da caixa de transporte;

- Verificação do encaminhamento da solicitação de exames conforme amostras;
- Retirada do material conforme horário estipulado;
- Identificação correta dos frascos de exames, lâminas; – Encaminhamento das amostras para o destino correto;

5. Curativo:

- Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- Fluxo e acomodação do usuário;
- Avaliação do estoque e qualidade do material de consumo;
- Registro dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional);
- Técnica utilizada nos procedimentos;
- Postura do profissional no setor;
- Avaliação do conteúdo e desenvolvimento das ações educativas;
- Avaliação da qualidade da assistência;
- Cumprimento da escala de limpeza terminal.
- Conhecimento técnico quanto à evolução das feridas;
- Rotina de arquivamento e preenchimento das fichas de curativo.

6. Esterilização de material:

- Limpeza e organização da sala e mobiliários;

- Checagem da existência e a aplicação da instrução de manuseio dos aparelhos;
- Checagem da entrada e saída dos materiais da sala;
- Checagem da utilização correta do teste de eficácia e registros afins;
- Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- Procedimento de biossegurança;
- Técnica de lavagem e desinfecção do material conforme o tipo;
- Identificação do material;
- Acondicionamento do material a ser esterilizado;
- Validade do material esterilizado;
- Monitoramento e controle da esterilização do material;
- Conforme o equipamento, acomodação do material, tempo de esterilização e temperatura.

7. Expurgo:

Limpeza e organização da sala e mobiliários;

Checagem das condições dos equipamentos;

Educação em serviço;

- Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- Acondicionamento e descarte dos resíduos;
- Procedimentos de biossegurança;
- Técnica de lavagem e desinfecção do material conforme o tipo.

Observação: em relação ao preparo do material:

- Limpeza e organização da sala e mobiliários;
- Checagem do cumprimento da escala de limpeza terminal;
- Acondicionamento e descarte dos resíduos;

- Procedimentos de biossegurança;
- Controle do encaminhamento dos materiais para esterilização em outra unidade.

Registro: A supervisão deverá ser registrada em livro ATA de intercorrências de enfermagem da Unidade.

6 POP - COLETA DE SANGUE CAPILAR (GLICEMIA)

Definição:

Amostra de sangue capilar a fim de detectar o nível de glicose no sangue.

Objetivos:

Detectar alterações no nível de glicose sanguínea.

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro

Materiais:

1. Glicosímetro
2. Fita teste
3. Lanceta ou agulha descartável
4. Algodão
5. Álcool a 70%

Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos com água e sabão;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
3. Deixar o braço pendente ao longo do corpo por 30 segundos;
4. Pressionar o dedo da base para a ponta;
5. Solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão, se não for possível, fazer assepsia com algodão e álcool na face lateral da ponta do dedo, esperando secar;

6. Puncionar a face lateral da ponta do dedo com lanceta ou agulha esterilizadas;
7. Com o dedo puncionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita;
8. Ler o resultado, anotar em prontuário e no boletim de produção diária;
9. Orientar o usuário quanto ao resultado e seguir o fluxo de acompanhamento do Protocolo – FMS.

7 POP - COLETA DE PAPANICOLAOU

Definição:

Coleta de material cérvico vaginal para realização de exame diagnóstico.

Objetivos:

Detectar a presença de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas e alguns processos de outra natureza (parasitas, processos inflamatórios, etc).

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro

Materiais e equipamentos:

1. Mesa ginecológica	15. Gazes esterilizadas
2. Mesa auxiliar	16. Lençol
3. Biombo	17. Avental
4. Escada de dois degraus	18. Recipiente para acondicionamento de lâminas usadas
5. Foco de luz com cabo flexível	19. Balde com solução desincrostante em caso de instrumentos não descartáveis
6. Cesto de lixo com pedal	20. Formulário de requisição e de remessa de exames;
7. Espéculo P, M e G	21. Livro de registro
8. Fixador citológico	22. Lápis preto nº 2
9. Escova endocervical	23. Apontador
10. Espátula de Ayres	24. Borracha
11. Lâmina com uma extremidade fosca	25. Canetas
12. Luvas de procedimento	26. Régua
13. Pinça Cheron	27. Fita adesiva de papel para identificação dos recipientes de lâmina
14. Soro fisiológico 0,9%	

Descrição do procedimento

1. Lavar as mãos
2. Preparar e separar o material
3. Criar um ambiente acolhedor;
4. Respeitar a privacidade;
5. Saber ouvir e esclarecer para a mulher possíveis dúvidas ou angústias;
6. Descrever para a mulher como será realizada a coleta de exame, possibilitando a sua familiarização com os materiais (kit educativo prático: espécuro, escova, espátula e lâmina);
7. Realizar a entrevista da usuária com o preenchimento da ficha padronizada para coleta pelo serviço, identificando situações específicas (gestação, virgindade);
8. Anotar no prontuário: idade, data da coleta, DUM, se possível, anotar resultado do papa anterior, descrever a acuidade, avaliação e orientação de enfermagem e retorno;
9. Fazer a identificação da lâmina na extremidade fosca, com lápis preto nº 2, contemplando: – Abreviatura do nome da UBS; - Data da coleta; – O número de registro da mulher na Unidade; – As iniciais do nome da mulher.
10. Solicitar que a usuária esvazie a bexiga;
11. Em seguida solicitar que ela retire as partes inferiores da roupa, dando-lhe um lençol para que se cubra;
12. Ajudar a usuária a posicionar-se na mesa;
13. Iniciar o exame através da inspeção da vulva e vagina;

14. Introduzir o espécúlo sem lubrificá-lo com óleo ou vaselina, recomenda-se em caso de pessoas idosas ou de vagina ressecada o uso de espécúlo umedecido com soro fisiológico;
15. Introduza-o em posição vertical e ligeiramente inclinado (inclinação de 15°);
16. Iniciada a introdução faça uma rotação de 90 graus deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda de abertura do espécúlo fique na posição horizontal. Uma vez introduzido totalmente na vagina abra-o lentamente com delicadeza e, se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar para não perder a qualidade do material a ser colhido;
17. Para a coleta no ectocérvice utilize a espátula de madeira tipo Ayres, do lado que apresenta a reentrância.
18. Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo (**figura 1**), apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360 graus, em torno de todo orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.
19. Estenda o material de maneira uniforme, dispondo-o no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e nº do registro. Vale lembrar que o esfregaço deve ser feito no lado da lâmina onde se encontra a região fosca.(**figura 1**).

20. Realizar a coleta da endocérvice utilizando a escova de coleta.

Recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando a 360°

(figura 2). Em gestante não colher material endocervical.

21. Colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal. Distender todo o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. **(figura 2).**

22. Fazer a fixação da lâmina imediatamente após a coleta. Borrifa-se a lâmina, imediatamente após a coleta, com Spray fixador, a uma distância de 20 cm. Armazenando as lâminas separadamente em recipiente adequado.

23. Fechar o espécuro, retirar delicadamente, inspecionando a vulva e períneo.

24. Retirar as luvas, auxiliar o paciente a descer da mesa e solicitar que ela troque de roupas.

25. Avisar a paciente que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta.

26. Orientar a paciente para que venha receber o resultado do exame conforme a rotina da sua Unidade de Saúde.

27. Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições.

28. As lâminas deverão ser acondicionadas em caixas específicas para transportá-las.

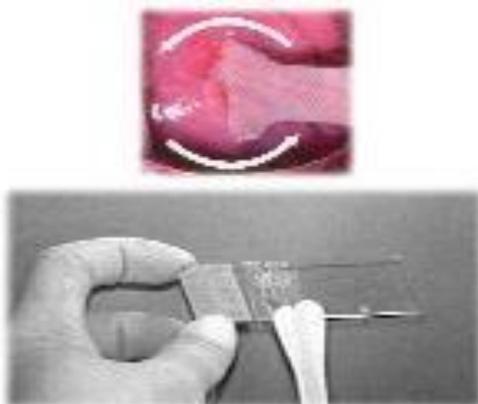


Figura 1 – Coleta na ectocérvice

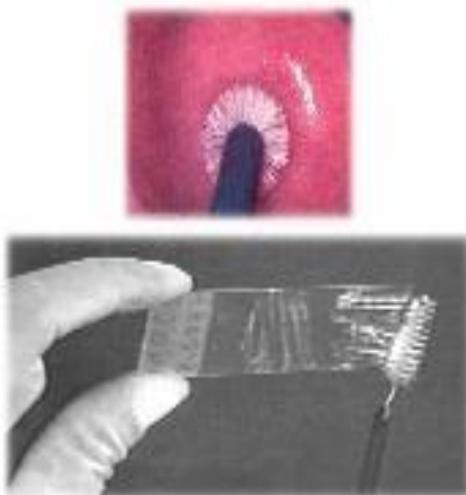


Figura 2 – Coleta na endocérvice

8 POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Definição:

Administração do medicamento com a técnica adequada e de acordo com a prescrição do profissional responsável.

Objetivos:

Proporcionar com segurança o tratamento medicamentoso prescrito

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Materiais:

1. Álcool 70°	6. Medicamento prescrito
2. Algodão	7. Garrote
3. Seringas (3 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml)	8. Equipo de soro
4. Agulhas (30x07, 30x08, 25x07, etc)	9. Esparadrapo
5. Scalps (23, 25, 27)	10. Bandeja ou cuba rim

Descrição do procedimento	
1. Ter em mãos o prontuário e /ou prescrição;	7. Orientar quanto à medicação a ser administrada;
2. Recepcionar o usuário com cortesia chamando-o pelo nome proporcionando conforto e privacidade ao mesmo;	8. Administrar a medicação com segurança;
3. Seguir normas de biossegurança;	9. Checar no prontuário e/ou receituário os procedimentos realizados, constando data, horário, carimbo e assinatura;
4. Não conversar durante o preparo;	10. Anotar dados na produção diária;
5. Verificar a identificação e a validade dos medicamentos;	11. Desprezar o material utilizado em local apropriado.
6. Iniciar o preparo da medicação conforme prescrição, observando a técnica, respeitando os “cinco certos” (nome do usuário, nome da medicação, via de administração, dose, horário e validade)	

9 POP - TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Definição:

Reposição de líquidos e eletrólitos

Objetivos:

Prevenção da desidratação e dos agravos

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Material:

1. Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO;	5. Colher de plástico cabo longo;
2. Água filtrada ou fervida (fria);	6. Colher de sopa ou de chá;
3. Jarra de 1 litro (plástico com tampa);	7. Balança adulto e infantil;
4. Copo descartável;	

Procedimentos:	
–Pesar a criança no início da TRO e a cada hora;	– Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);
– Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;	– Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (enfermeiro);
–Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme protocolo de Atenção a Saúde da Criança;	– Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (enfermeiro).
–Ofertar o SRO, com uma colher, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar;	Observação: a criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por kilograma de peso, por um período máximo de 4 a 6h. Não apresentando melhora, solicitar a avaliação médica (enfermeiro).
– Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente.	Registro: Anotar o procedimento e a evolução no prontuário do paciente e no mapa de produção da Unidade.

10 POP - AEROSOLTERAPIA

Definição:

É a introdução de soro fisiológico e/ou medicamento em forma de aerosol ou vapor no trato respiratório.

Objetivos:

Umidificar as vias aéreas, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, facilitando a sua expectoração.

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Materiais:

1. Inalador limpo e desinfetado
2. Recipientes com tampa para acondicionar inaladores e tubos contaminados, limpos e desinfetados
3. Solução desinfetante (hipoclorito de sódio 0,5%)
4. Tubo extensor
5. Fluxômetro
6. Fonte de ar comprimido
7. Seringa descartável de 10 ml
8. Agulha 40x12
9. Ampola ou frasco de SF 0,9% ou água destilada
10. Medicamento prescrito (se houver)
11. Lenços de papel ou papel higiênico

12. Sabão líquido

Descrição do procedimento

1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material;
3. Preparar a solução inalatória conforme prescrição médica ou do enfermeiro;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento;
5. Conectar o copo do inalador ao tubo extensor e ligar no fluxômetro;
6. Abrir o fluxômetro e regular a quantidade de ar comprimido de acordo com a prescrição;
7. Orientar o paciente ou responsável quanto à posição para segurar o inalador;
8. Desligar o fluxômetro e retirar o inalador após o término da solução;
9. Lavar com água e sabão líquido, secar o inalador e colocá-lo em solução desinfetante (hipoclorito de sódio 0,5% por 30 minutos);
10. Retirar os inaladores da solução desinfetante e deixar secar através da aeração sobre superfície limpa (papel lençol ou toalha);
11. Lavar externamente e diariamente a extensão do inalador com água e sabão líquido. Após a lavagem, fazer a desinfecção injetando na parte interna da extensão o hipoclorito de sódio a 0,5% por 60 minutos de contato direto, mantendo a outra extremidade ocluída.

Considerações Gerais:

- O uso de inalação pode ser feito com oxigênio ou ar comprimido, sendo este último mais indicado para pacientes portadores de DPOC que fazem retenção de CO₂;

- Deve-se fazer à inalação com o paciente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração;
- Os inaladores devem ser lavados e desinfetados imediatamente após cada uso, mesmo que tenha um para cada paciente, uma vez que o material de aerossolterapia propicia um meio ideal para o desenvolvimento de bactérias patogênicas e contaminação cruzada;
- Caso não seja possível fazer a desinfecção imediata, mantê-los em recipiente exclusivo, fechado e identificado como **“Contaminado”**;;
- A extensão deverá ficar um período para aeração até secagem e armazenados em recipiente plástico, tampado e identificado como **“Desinfetado”**.
- A circulação desnecessária de acompanhantes na sala deve ser evitada.

11 POP - HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

Definição:

Limpeza das mãos para a remoção das células mortas, sujidades e microrganismos.

Objetivos:

Prevenir infecção cruzada. Deve ser realizado antes do início e após todo e qualquer procedimento.

Responsável:

Enfermeiro (supervisão dos auxiliares de enfermagem)

Execução do procedimento:

Todos os profissionais de assistência direta ou indireta ao usuário

Materiais:

1. Água corrente
2. Sabão líquido
3. Papel toalha

Descrição do procedimento:

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.
2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.
3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.

7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.
10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
11. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.
12. Feche a torneira utilizando o papel toalha descartável.
13. Desprezar o papel-toalha na lixeira.

Observação

- Use luvas somente quando indicado.
- Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes.
- Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente.
- Troque também durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo.
- Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.
- **Lembre-se: o uso de luvas não substitui a higienização das mãos.**

Lembrete

Momentos em que o procedimento deve ser realizado, não sendo indicada a substituição pela fricção antisséptica das mãos:

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes e após ir ao banheiro;
- Antes e após as refeições;
- Antes de manipulação e preparo de medicamentos e alimentos.

12 POP - SONDAGEM VESICAL

Definição:

É a introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga.

Objetivos

- Esvaziar a bexiga dos pacientes com retenção urinária;
- Controlar o volume urinário;
- Promover drenagem urinária dos pacientes com incontinência urinária; - Auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário.

Responsável: Enfermeiro.

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Material:

- Pacote de cateterismo vesical esterilizado contendo cuba rim, cuba redonda, gaze, pinça Pean ou similar;
- Sonda vesical número 10, 14 ou 16 (Polivinil ou demora, dependendo do caso);
- Seringa de 10 ml (sondagem de demora);
- Água destilada (sondagem de demora);
- Agulha 30x8 (sondagem de demora);
- Bolsa coletora sistema fechado (sondagem de demora);
- Luvas estéreis;
- Biombo;
- Frasco de PVPI Tópico e Soro Fisiológico;

- Seringa de 20ml para assepsia;
- Geleia anestésica;
- Frasco coletor de urina (se necessário);
- Saco plástico de lixo; – Lençol.

Descrição do procedimento:

1 - Feminino:

- Preparar o material;
- Explicar o procedimento e sua finalidade a paciente;
- Encaminhar a paciente para higiene íntima ou fazê-la se necessário;
- Preservar a privacidade da paciente com o biombo;
- Colocar a paciente em posição ginecológica, protegendo-a com o lençol;
- Lavar as mãos;
- Abrir com técnica asséptica o pacote de cateterismo entre as pernas da paciente;
- Colocar na cuba redonda o antisséptico;
- Colocar o lubrificante na gaze;
- Abrir o invólucro da sonda vesical, colocando-a na cuba rim;
- Calçar a luva com técnica asséptica;
- Lubrificar a sonda e aproximar a cuba rim;
- Afastar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão esquerda e com a mão direita fazer a antisepsia no períneo usando as gazes embebidas na solução antisséptica e a pinça Pean (sentido púbis/anus na sequência: grandes lábios, pequenos lábios e vestíbulo).

- Usar a bola de algodão uma vez e desprezá-la;
- Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios descritos acima;
 - Afastar com a mão direita a cuba redonda e a pinça;
 - Continuar a manter exposto o vestíbulo com a mão esquerda e, com a mão direita, introduzir a sonda lubrificada (mais ou menos 10 cm), colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada.

a) Na sondagem de alívio:

- Retirar a sonda (terminada a drenagem) e o campo fenestrado e controlar o volume urinário e colher uma amostra se necessário.

b) Na sondagem de demora:

- Insuflar o balão com água destilada e puxar a sonda até sentir a ancoragem do balão no trigono vesical;
- Conectar a sonda na extensão do sistema coletor e retirar as luvas (sistema fechado conectado).
- Medir o volume drenado, se necessário.

2. Masculino, repetir a técnica do cateterismo feminino com as seguintes diferenças:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal e com as pernas afastadas;;
- Após enluvar as mãos, colocar 8 ml de geleia anestésica na seringa com o auxílio de outra pessoa;
- Segurar o pênis com uma gaze (com a mão esquerda) mantendo-o perpendicular ao abdome;

- Fazer a antissepsia afastando o prepúcio com o polegar e o indicador da mão esquerda e, com a pinça montada fazer a antissepsia do meato uretral para a periferia (trocar as luvas se usar material descartável);
- Injetar a geleia anestésica na uretra com a seringa e pressionar a glândula por 2 ou 3 minutos a fim de evitar o refluxo da geleia;
- Introduzir a sonda até a sua extremidade (18 a 20 cm), com movimentos circulares, com o pênis elevado perpendicularmente e baixar o pênis lentamente para facilitar a passagem na uretra bulbar;
- Recobrir a glândula com o prepúcio, a fim de evitar edema de glândula;

Observação: deixar a unidade e o material em ordem e proceder à limpeza concorrente caso haja contaminação de superfícies

Registro:

Fazer o registro no prontuário do paciente e no mapa de produção.

13 POP: AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Definição:

Verificação dos níveis pressóricos.

Objetivos:

Detectar, acompanhar e controlar os níveis pressóricos para prevenção das doenças cardiovasculares.

Responsável:

Enfermeiro (supervisão do auxiliar de enfermagem)

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Materiais:

1. Esfigmomanômetro
2. Estetoscópio
3. Material para anotação

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientar que evite falar e deixar que descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento para atenuar o efeito do avental branco;
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60- 90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas;

3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.;
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente estendido;
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide;
6. Palpar o pulso radial e insuflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinsuflar rapidamente e aguardar um minuto antes de insuflar novamente;
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa cubital, evitando compressão excessiva;
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu

desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/zero;

10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas;
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial;
13. Seguir o fluxo de acompanhamento do Protocolo FMS.

14 POP - CURATIVOS

Definição:

É o procedimento que se baseia na limpeza mecânica diária da lesão, diminuindo a concentração de bactérias no local.

Objetivo:

Proporcionar o processo de cicatrização da lesão

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

– **Enfermeiro:** Avaliação e tratamento da ferida e preenchimento da ficha - Consulta de Enfermagem.

– **Auxiliares e Técnicos de Enfermagem:** Execução da prescrição **Materiais:**

- Bandeja contendo:
- 1 pacote de curativo estéril
- Luvas de procedimento
- Gazes estéreis
- Esparadrapo ou micropore
- Soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%) de 125 ou 250 ml
- Agulha 40x12
- Curativos padronizados pela FMS
- **Acrescentar, se necessário:**
- 1 lâmina de bisturi nº 23 com cabo, estéril
- 1 bacia ou cuba estéril

- Ataduras de crepe
- Compressa estéril
- Luvas estéreis

Descrição:

1. Lavar as mãos com água e sabão;
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente;
3. Explicar ao paciente o que será feito;
4. Garantir a privacidade do paciente;
5. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
7. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
8. Abrir a embalagem do SF a 0,9% (morno) e colocá-la sobre o campo estéril;
9. Umedecer o micropore com SF a 0,9% para facilitar a retirada;
10. Calçar as luvas;
11. Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12;
12. Remover o curativo antigo;
13. Desprezar essas luvas;
14. Calçar novas luvas;
15. Realizar a limpeza da ferida;
16. Cobrir a ferida com gaze embebida em SF a 0,9% cobrindo todo o leito da ferida (cobertura primária) em quantidade suficiente para

manter o leito da ferida úmida ou utilizar uma cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão;

17. Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;
18. Retirar as luvas;
19. Lavar as mãos;
20. Anotar na ficha de enfermagem (Evolução Diária) e/ou prontuário e Boletim de Produção Diária.

Observações:

1. Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida;
2. Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária;
3. A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada;
4. Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%;
5. Após cada curativo, proceder a lavagem e preparo do material usado para a esterilização; 6. A lixeira deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujeira de forma que você não necessite manipulá-la durante o mesmo;

15 POP - ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SALA DE VACINAÇÃO

Revisão – abril 2016
Danilo Soares Lima Silva

Definição:

Determina a organização e o funcionamento da sala de vacinação

Objetivo:

Garantir a adequada administração de imunobiológicos, com a máxima segurança, prevenindo infecções na clientela atendida e a equipe de vacinação.

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Materiais:

– Permanentes:

- Bancada ou mesa para preparo dos imunobiológicos;
- Refrigerador exclusivo para conservação dos imunobiológicos;
- Fichário ou arquivo;
- Mesa tipo escrivaninha com gavetas;
- Cadeiras (três no mínimo);
- Suporte para papel toalha;
- Porta sabonete;
- Lixeira com tampa e pedal;

- Armário com porta para guarda de material;
- Bandeja de aço inoxidável (grande, média e pequena);
- Tesoura reta com ponta romba;
- Bandeja de aço inoxidável (grande, média, pequena)
- Maca.
- Notebook ou computador para as salas informatizadas.
- Bobinas reutilizáveis para a conservação dos imunobiológicos em caixas térmicas.

Observações:

O refrigerador, de compartimento único, deve ter capacidade mínima para 280 litros, aproximadamente.

– De Consumo:

- Termômetro de máxima e mínima;;
- Termômetro de cabo extensor;;
- Termômetro clínico;;
- Bandeja plástica perfurada;;
- Gelo reciclável;;
- Garrafa plástica com água e corante;
- Caixa térmica para a conservação dos imunobiológicos

nas seguintes situações:

- no dia-a-dia da sala de vacinação;
- no caso de falhas na corrente elétrica;
- para a vacinação extramuros (intensificação, campanha e bloqueio); e – para o transporte de vacinas.
- Álcool a 70%
- Algodão hidrófilo;;

- Recipiente com tampa para algodão;;
- Seringas descartáveis (1ml, 3ml, 5ml e 10 ml);;
- Agulhas descartáveis para uso intradérmico, subcutâneo, intra-muscular e para diluição;
- Imunobiológicos;
- Campo plástico para vacinação extramuros;
- Caixa especial para coleta de material perfuro-cortante;
- Papel toalha;;
- Depósito para lixo comum, com tampa;;
- Saco plástico para lixo, descartável;;
- Material para o registro das atividades: lápis, caneta, borracha, carimbo, almofada e outros;
- Sabão líquido.

Observação:

O saco plástico é de cor branca para o lixo hospitalar e de outra cor para outros tipos de lixo.

Impressos e Manuais:

- Formulários para registro da vacina administrada: cartão ou caderneta da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, da gestante.
- Livro de Registro;
- Mapa Diário de Vacinação (registro imediato);
- Boletim Mensal de Vacinação;
- Boletim de Campanha de Doses Aplicadas de Vacina;

- Mapa para Controle Diário da Temperatura do Refrigerador;
- Ficha de Investigação dos Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Ficha de Fluxo Imediato de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Outros impressos, como o formulário para inutilização de imunobiológicos;
- Manual técnico operacional de Vacinação do Ministério da Saúde;
- Quadro com o esquema básico de vacinação;
- Instruções simplificadas quanto às condutas imediatas frente à alteração de temperatura do(s) refrigerador (es) a ser fixado em local visível;
- Outros impressos: pareceres técnicos, notas técnicas, informes técnicos e legislações atualizadas referentes ao PNI.

Descrições:

– Equipe e Funções Básicas:

A equipe é composta, preferencialmente, por um técnico ou auxiliar de enfermagem, para cada turno de trabalho.

A supervisão e o treinamento em serviço são realizados pelo enfermeiro. A equipe pode ser ampliada, dependendo da demanda do serviço de saúde.

São funções da equipe que trabalha na sala de vacinação:

- manter a ordem e a limpeza da sala;

- prover, periodicamente, as necessidades de material e de imunobiológicos;
- manter as condições ideais de conservação dos imunobiológicos;
- manter os equipamentos em boas condições de funcionamento;
- encaminhar e dar destino adequado aos imunobiológicos inutilizados e ao lixo da sala de vacinação;
- orientar e prestar assistência à clientela, com segurança, responsabilidade e respeito;
- registrar a assistência prestada nos impressos adequados;
- avaliar, sistematicamente, as atividades desenvolvidas.

Início do Trabalho Diário

Antes de dar início às atividades diárias, a equipe executa os seguintes procedimentos:

- Verificar se a sala está limpa e em ordem;
- Verificar e anotar a temperatura do refrigerador ou refrigeradores, no mapa de controle diário de temperatura;
- Verificar ou ligar o sistema de ar-condicionado;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a limpeza concorrente das superfícies, diariamente, com água e sabão e em seguida com álcool 70°;

- Verificar o prazo de validade dos imunobiológicos, usando com prioridade aqueles que estiverem com prazo mais próximo do vencimento;
- Retirar do refrigerador de estoque a quantidade de vacinas e diluentes necessária ao consumo na jornada de trabalho;
- Colocar as vacinas e os diluentes da jornada de trabalho na caixa térmica (com gelo reciclável e com o termômetro) quando a temperatura já estiver adequada;
- Suprir o serviço com os materiais necessários no dia/período.

Triagem

A triagem engloba as seguintes condutas:

- Se o usuário está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez, abra os documentos padronizados do registro pessoal de vacinação (cartão ou caderneta de vacinação) ou cadastre o usuário no SI-PNI.
- No caso de retorno, verificar que vacinas devem ser administradas, consultando o documento de registro da vacinação (CARTÃO OU CARDENETA) e a ficha de registro ou o Cartão de Controle;
 - Obter informações sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, a fim de observar as indicações e possíveis contraindicações à administração dos imunobiológicos, evitando as falsas contraindicações;
 - Orientar sobre a importância da vacinação e conclusão do esquema básico de vacinação;

- Fazer o registro da vacina a ser administrada, no espaço reservado dos documentos de registro:
 - o Cartão da Criança, do Adulto, gestante, adolescente ou idoso carimbando, datando e assinando;
 - a Livro de Controle (datando);
 - o Mapa Diário de Vacinação (registro imediato);
- Fazer o apazamento, ou seja, verificar a data de retorno do cliente para receber nova dose de vacina;
- Administrar o imunobiológico indicado.

Observação:

Nos casos em que for indicada a administração de imunobiológicos especiais, encaminhar a pessoa para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Administração de Imunobiológicos

Na administração dos imunobiológicos adotar os seguintes procedimentos:

- Verificar qual o imunobiológico a ser administrado, conforme indicado no Cartão ou caderneta;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Examinar o frasco da vacina, observando a aparência da solução, o estado da embalagem, o prazo de validade, inclusive pela abertura do frasco, a via de administração, o número do lote e a dosagem;

- Preparar e administrar o imunobiológico segundo a técnica específica;;
- Observar reações imediatas;
- Reforçar as orientações, especialmente a data aprazada para o retorno;
- Desprezar o material descartável em caixa de perfurocortante;
- Lavar as mãos.

Observações:

As orientações, além de considerar as especificidades de cada um dos imunobiológicos, incluem:

- A indicação dos imunobiológicos e, quando for o caso, a necessidade do retorno na data agendada para receber as demais doses, ou para receber outros imunobiológicos;
- Os cuidados a serem observados após a administração do imunobiológico;
- A possível ocorrência de eventos adversos associados à vacinação e medidas necessárias;
- Os cuidados com a guarda do Cartão da Criança ou de outro documento, bem como a sua importância como registro do imunobiológico recebido.

Encerramento do trabalho diário

Ao final das atividades do dia, adotar os seguintes procedimentos:

- desprezar os frascos com sobras de vacinas que ultrapassaram o prazo estabelecido após abertura do frasco e os frascos de vacina que estejam com o rótulo danificado, na caixa de perfuro-cortante ou no recipiente para autoclavagem (se indicado);

- Retirar da caixa térmica as demais vacinas que podem ser utilizadas no dia seguinte, recolocando-as no refrigerador de estoque;
- Proceda à limpeza da caixa térmica, deixando-a seca.
- Verificar e anotar a temperatura do refrigerador no respectivo Mapa de Controle Diário de Temperatura;
- Guardar todo material, em local limpo e seco, de preferência em armário fechado;
- Fechar somatórias do boletim diário de vacinação.

Encerramento do trabalho mensal

Ao final das atividades do mês, a equipe de vacinação deve adotar os seguintes procedimentos:

- Controlar o estoque de insumos e imunobiológicos.

Compete ao técnico de enfermagem:

- Somar as doses administradas, registradas no Mapa Diário de Vacinação, transferindo para o consolidado do Boletim Mensal de Doses Aplicadas;

Compete ao enfermeiro:

- Avaliar e calcular o percentual de utilização e perda de imunobiológicos;
- Avaliar a cobertura vacinal da área de abrangência do serviço de saúde, junto à equipe;
- Fazer solicitação de insumos e imunobiológicos para o mês subsequente.

16 POP - REGISTRO DAS ATIVIDADES E ARQUIVOS DA SALA DE VACINAÇÃO

Definição:

Descrição das atividades e arquivamento da sala de vacinação.

Objetivos:

Acompanhar e analisar as doses de vacinas administradas e a cobertura vacinal.

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar de Enfermagem, técnico de enfermagem e Enfermeiro

Materiais:

- Cartão ou caderneta da Criança e do adolescente
- Livro registro
- Cartão do Adulto e do idoso
- Cartão da Gestante
- Boletim Diário de Vacinação
- Boletim Mensal de Doses Aplicadas
- Formulário para Avaliação de imunobiológicos sob suspeita
- Boletim de movimento Mensal de Imunobiológicos e Insumos
- Mapa para Controle Diário de Temperatura
- Ficha de Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação

Descrição:

– **Preenchimento do Cartão de Registro da Vacinação**

Os dados de identificação registrados no Cartão da Criança e no livro de registro são copiados da Certidão de Nascimento. O responsável pelo registro deve copiar da Certidão os seguintes dados: o nome da criança, a data do nascimento e nome dos pais, registrando-os a caneta, assim como dados referentes ao parto, peso e apgar que deve ser copiado do documento hospitalar.

Observações:

- No caso dos dados serem obtidos por meio de informação verbal, anotar os dados a lápis e aguardar a apresentação de documento para confirmação e registro a caneta.
- O endereço é anotado a lápis para permitir mudanças posteriores. No Livro de Registro também é anotado o número da matrícula na UBS, a localização do domicílio, telefone para facilitar por ocasião da busca de faltosos, principalmente em áreas não urbanizadas como favelas, invasões, periferias e na área rural e outras referências.
- Os imunobiológicos administrados são registrados a caneta, incluindo a data (dia, mês e ano), o lote da vacina, a assinatura, além do carimbo de identificação do serviço de saúde.
- A data do aprazamento (dia, mês e ano) é registrada a lápis, orientando o usuário ou responsável quanto ao retorno.

Salas Informatizadas: alimentar o sistema de informação, atualizando os registros anteriores e a vacina administrada.

Arquivo da Sala de Vacinação: O arquivo da sala de vacinação é o local destinado à guarda e à classificação dos impressos utilizados para o registro das atividades, com o objetivo de:

- Centralizar todos os dados registrados;
- Controlar o comparecimento da clientela à vacinação;
- Identificar e possibilitar a convocação dos faltosos à vacinação;
- Disponibilizar informações para o monitoramento e avaliação das atividades.

São também arquivados na sala de vacinação, em pastas com identificação:

1. Os formulários utilizados para o registro das informações sobre os imunobiológicos estocados, recebidos (notas), distribuídos, remanejados ou devolvidos;
2. O controle diário da temperatura;
3. O registro diário de vacinação;
4. O registro mensal.

Busca de Faltosos

A busca de faltosos deverá ser feita mensalmente, através da Equipe Saúde da Família ou de acordo com as possibilidades da equipe de saúde. Para fazer a busca deve-se adotar, entre outros, os seguintes mecanismos ou estratégias:

- Ir à casa do faltoso (visita domiciliar);
- Fazer ligação ao telefone de contato do responsável;
- Alertar por meio de alto-falantes volantes ou fixos (em feiras, por exemplo), em programas de rádio, nas igrejas, escolas, ou por meio dos grupos e organizações da comunidade, a necessidade de manter a vacinação em dia.
- Colocar listagens de faltosos na porta do serviço de saúde ou em locais de movimento na comunidade.

17 POP - LIMPEZA NA SALA DE VACINAÇÃO

Definição

Descrição da técnica e periodicidade de limpeza na sala de vacinação

Objetivos

- prevenir infecções cruzadas;
- proporcionar conforto e segurança à clientela e à equipe de trabalho;
- manter um ambiente limpo e agradável.

Responsável:

Administrador e enfermeiro

Execução do procedimento: Auxiliar de serviços

Materiais

- Balde (2 a 10 litros);
- Calçado fechado;
- Desinfetante (hipoclorito de sódio a 1%, água sanitária), se necessário;
- Escova de mão;
- Esponja;
- Luva para limpeza;
- Pano de chão (limpos);
- Pano de limpeza;
- Pá para lixo;
- Rodo;
- Sabão líquido;

- Saco descartável para lixo;

Descrição:

A limpeza da sala de vacinação é feita diariamente, no final do turno de trabalho, e sempre que necessário.

Uma vez por semana o chão é lavado com água e sabão.

A limpeza terminal deve ser feita quinzenalmente, quando, então, são limpos o teto, as paredes, as janelas, as luminárias, as lâmpadas e as portas. Para executar a limpeza da sala de vacinação, o funcionário deve:

- Estar uniformizado e com os equipamentos de proteção individual necessário (luvas e calçados);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas para iniciar a limpeza;
- Organizar os materiais necessários;
- Recolher o lixo do cesto, fechando o saco corretamente, e a caixa de perfuro-cortante (já fechada adequadamente por um profissional da enfermagem).

Observação:

- O saco de lixo é descartável e nunca deve ser reutilizado;
- Todo resíduo infectante a ser transportado é acondicionado em saco plástico branco e impermeável;
- Para garantir a segurança não misturar os vários tipos de lixo;

- Fechar e vedar completamente os sacos plásticos antes de encaminhá-los para o transporte.
- Limpar os cestos de lixo com pano úmido;
- Iniciar a limpeza pelo teto;
- Limpar as luminárias lavá-las com sabão, secando-as em seguida;
- Limpar janelas, vitrôs e esquadrias internas e externas com pano úmido e finalizar com pano seco;
- Limpar as paredes e os interruptores de luz com pano úmido;
- Lavar as pias e torneiras com esponja, água e sabão, enxaguar e secar;
- Limpar o chão com pano úmido e, em seguida, passar pano seco.
- Não varrer o chão para evitar a dispersão do pó no ambiente.
- Fazer a limpeza do fundo para a saída, tantas vezes quantas forem necessárias, até que o ambiente fique limpo (três vezes no mínimo).

18 POP - SETOR DE MEDICAÇÃO

Definição:

É a organização do setor de medicação visando à realização dos procedimentos com qualidade e segurança.

Objetivos:

Organizar o setor de forma a garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prescrito.

Responsável:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Materiais:

1. Medicamentos
2. Seringas
3. Agulhas
4. Escalpes
5. Algodão
6. Álcool a 70%
7. Garrote (tubo de látex)
8. Cuba rim
9. Equipo (macro e micro gotas)
10. Suporte de soro
11. Braçadeira
12. Sabão líquido

13. Esparadrapo/micropore
14. Caixa para descarte de material perfuro cortante
15. Divã
16. Escada 02 degraus
17. Torpedo de oxigênio para transporte
18. Caixa de emergência
19. Aspirador
20. Tábua
21. Esfigmomanômetro
22. Estetoscópio
23. Equipamentos / materiais de emergência

Descrição:

1. Fazer limpeza concorrente do setor de medicação diariamente com água, sabão e álcool a 70% nas superfícies;
2. Realizar a limpeza dos armários e gabinetes semanalmente com solução alcoólica a 70%, mantendo o local limpo e organizado;
3. Verificar a existência e a quantidade de materiais e medicamentos e fazer a reposição, se necessário, conforme padrão estabelecido;
4. Checar conforme lista de padronização, que deve estar afixada no local, os medicamentos e materiais da assistência em emergência, semanalmente;
5. Testar diariamente os equipamentos de emergência;
6. Realizar semanalmente a lavagem das almotolias com água e sabão. Realizar a secagem e fazer a desinfecção na solução de hipoclorito

de sódio a 0,5% por 30 minutos. Acondicionar as almotolias em recipiente tampado, após a secagem;

7. Preencher as almotolias com volume mínimo de solução e sua reposição deverá ser semanal;
8. Levantar semanalmente a validade das medicações, utilizando primeiramente aqueles com menor prazo de validade;
9. Manter-se atento as especificações do fabricante quanto à utilização da caixa para perfuro cortante, para não haver sobrecarga desta capacidade;
10. Atentar para as normas de biossegurança, não realizar o reencape das agulhas.

Observação: A solução de hipoclorito de sódio para desinfecção das almotolias deverá ser trocada a cada 6 horas, devido a sua instabilidade.

19 POP - SALA DE EXPURGO

Definição:

É a descrição sistematizada das atividades de higienização e organização da sala de expurgo.

Objetivo:

Manter o ambiente limpo e organizado para execução das etapas de recepção, higienização, descontaminação ou esterilização de artigos contaminados visando à prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Responsável pela supervisão:

Enfermeiro

Responsável pela execução do procedimento:

Auxiliar e técnico de enfermagem

Materiais:

1. Sabão líquido ou solução desincrostante (**detergente enzimático**)
2. Álcool a 70%
3. EPI (avental impermeável, luva de borracha cano longo, sapatos fechados impermeáveis e óculos protetor)
4. Esponjas
5. Escovas
6. Papel toalha
7. Pia ou tanque
8. Mesa auxiliar ou bancada
9. Recipiente plástico com tampa

10. Saco plástico de lixo azul e branco (até 20 litros)

Descrição:

1. Fazer limpeza concorrente diariamente da sala de expurgo com água e sabão. Na presença de sangue, excreção ou secreção deverá ser feita a desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, deixando agir por 10 minutos e se necessário fazer fricção mecânica com esponja, escova ou vassoura;
2. Manter a sala limpa e organizada;
3. Recolher ao término de cada turno todos os artigos utilizados na rotina de serviço da unidade para processo de lavagem, desinfecção e esterilização dos artigos críticos inclusive instrumental odontológico;
4. Os resíduos (lixo) devem ser segregados e acondicionados corretamente, sendo transportados em recipiente adequado, nunca ultrapassando 2/3 da sua capacidade, o saco plástico deve ser fechado com nó e levado imediatamente à sala de resíduos ou lixeira;
5. Remover os resíduos observando a periodicidade e horários de acordo com a necessidade do serviço;
6. Limpar e desinfetar imediatamente a área no caso de rompimento do saco de lixo;
7. Observar as normas de separação de materiais;
8. Higienizar as mãos ainda enluvasadas removendo o excesso de contaminação para posterior higienização das luvas;
9. Retirar os EPI's na sala, higienizá-los e mantê-los em local apropriado para secagem;

10. Higienizar as mãos.

OBSERVAÇÃO:

1. Nas unidades onde não exista sala específica para lavagem do material contaminado, adequar a rotina às condições locais.
2. O expurgo deve ser separado da sala de esterilização.

20 POP - PREPARO DO MATERIAL OU INSTRUMENTAL

Definição:

É a sistematização do preparo do instrumental ou material em embalagem adequada para proceder a esterilização.

Objetivos:

Prevenir e ou controlar as Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS)

Responsável para Supervisão:

Enfermeiro

Responsável pelo procedimento:

Auxiliar e técnico de enfermagem

Materiais:

1. Papel grau cirúrgico
2. Tesoura
3. Fita teste
4. Seladora, em caso de papel cirúrgico
5. Detergente enzimático
6. Compressa
7. Escova e esponja

Descrição do Procedimento:

- Imergir em solução desincrostante (limpador enzimático) por 02 a 05 minutos;
- Fazer fricção mecânica;
- Enxaguar abundantemente em água corrente;

- Enxugar com Compressa;
- Embalar e identificar adequadamente o material (data, tipo de material, rubrica do responsável pelo preparo)
- Transportar o material para a sala de esterilização

Observações:

- Substituir o instrumental danificado
- Observar a compatibilidade do processo a ser utilizado e o artigo
- Utilizar o processo de esterilização para os artigos críticos e semicríticos (maior risco de infecção).

• **21 POP - SALA DE ESTERILIZAÇÃO**

Definição:

É a sistematização das etapas que irão viabilizar a esterilização utilizando agentes físicos ou químicos.

Objetivos:

Garantir o atendimento ao cliente com segurança e qualidade.

Responsável pela Supervisão:

Enfermeiro

Responsável pelo procedimento:

Auxiliar e técnico de enfermagem

Materiais:

1. Autoclave;
2. Integradores químicos e biológicos;
3. Estufa;
4. Armário para armazenamento e estocagem;
5. Mesa auxiliar;
6. Incubadoras.

Descrição da Rotina:

1. Fazer diariamente a limpeza concorrente da sala de esterilização com água e sabão, em seguida passar álcool a 70% nas superfícies.
2. Manter a sala limpa e organizada;
3. Checar o funcionamento da autoclave;

4. Proceder diariamente a limpeza interna e externa da autoclave com água e sabão neutro e em seguida pano úmido;
5. Proceder semanalmente a rotina de monitoramento da autoclave teste biológico (ATTEST) e diariamente com os indicadores químicos;
6. A unidade deverá manter datados, assinados e arquivados, os indicadores químicos utilizados;
7. Se os indicadores não apresentarem resultados positivos para o processo de esterilização, não considerar os artigos estéreis e providenciar a revisão do processo e manutenção da autoclave;
8. Checar a validade do agente químico padronizado;
9. Proceder a limpeza terminal da autoclave conforme especificações do fabricante.

Descrição do procedimento:

1. Colocar na autoclave artigo embalado e identificado adequadamente;
2. Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a drenagem do ar e a penetração do vapor;
3. Colocar pacotes mais leves sobre os mais pesados;
4. Evitar encostar os pacotes nas paredes da câmara;
5. Utilizar até 2/3 de capacidade do aparelho evitando sobrecarga;
6. Colocar bacias e cubas em posição horizontal;
7. Realizar os testes com indicadores biológicos e químicos conforme especificações;

8. Ligar o aparelho conforme instruções do fabricante, fixadas em local de fácil acesso; Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas;
9. Terminado o ciclo e após o manômetro ter indicado ausência total de pressão, entreabrir a porta por 10 minutos ou conforme orientação do fabricante.
10. Realizar a higienização das mãos para retirar os artigos estéreis da câmara;
11. Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles,
12. Verificar a integridade dos pacotes;
13. Datar e assinar os pacotes após processo de esterilização;
14. Estocar os materiais esterilizados em local fechado e sem presença de umidade;
15. Armazenar o material sendo que os artigos com vencimento mais breve deverão ser colocado na frente daqueles cujo prazo de validade for maior (prazo máximo de validade 07 dias);
16. Armazenar somente materiais que tenham sido identificados corretamente;
17. Manter os pacotes íntegros e secos e não misturar com artigos não estéreis.

22 POP - LIMPEZA E DESINFECCÃO DE SUPERFÍCIES

Definição:

É a padronização das etapas para a realização dos procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies Relacionadas à Assistência à Saúde.

Objetivos:

Definir a execução e a periodicidade do procedimento para garantir o atendimento seguro ao cliente e ao profissional.

Responsável pela Supervisão:

Enfermeiro

Responsável pelo procedimento:

Auxiliar e técnico de enfermagem

Materiais:

1. Água
2. 03 Panos limpos
3. Luva de borracha
4. Álcool a 70%
5. (Hipoclorito de sódio 1%) para utensílios com secreção)
6. Sabão líquido
7. Balde
8. Papel toalha

Descrição da limpeza da superfície sem secreção:

1. Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc);
2. Calçar as luvas de borracha;

3. Umedecer um pano limpo em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
4. Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima;
5. Realizar a secagem com um pano limpo e seco;
6. Higienizar as mãos;

Descrição da desinfecção:

1. Preparar o material para a desinfecção após a limpeza de acordo com o procedimento:
 - Superfície sem secreção - Álcool a 70% e pano limpo;
 - Superfície com secreção – Hipoclorito de sódio a 1%, papel toalha e pano limpo.
2. Calçar as luvas;
3. Para superfície com secreção proceder a retirada da mesma com papel toalha;
4. Colocar o hipoclorito de sódio 1% no local onde estava a secreção. Aguardar 10 minutos e proceder á limpeza conforme descrito acima,
5. Proceder a limpeza com água e sabão - conforme as orientações acima;
6. Realizar a desinfecção das superfícies antes de iniciar o turno de trabalho;
7. Recolher os panos de limpeza e fazer a higienização ou encaminhar para lavanderia;
8. Higienizar as mãos.

23 POP - RECEBIMENTO DE MATERIAL CONTAMINANTE, INFECTANTE E PERFUROCORTANTE DE USO DOMICILIAR

Definição:

Estabelecer nas Unidades de Saúde, o fluxo de recebimento do material dejetado residencial (contaminantes, infectantes e perfurocortantes) dos pacientes portadores de diabetes e insulino-dependentes.

Objetivos:

Oferecer destino adequado para o material contaminado e segundo Normas de Biossegurança.

Responsáveis:

Todos os profissionais de saúde e usuários.

Execução do procedimento:

Todos os usuários que necessitarem deste serviço

Materiais:

1. Frascos de parede rígida com tampa

Descrição do procedimento:

–A UBS deverá:

1. Orientar o usuário quanto à devolução dos resíduos domiciliares infectantes, perfurocortantes de uso do portador de diabetes (seringas, agulhas, algodão e fitas de glicemia) quando da sua ida à Unidade Básica de Saúde de sua área de abrangência;
2. Orientar o usuário a entregar o material infectante em recipiente de plástico rígido, com tampa rosqueada e preenchido apenas 2/3 de sua capacidade;
3. Receber os frascos dos pacientes e acondicionar em local apropriado (saco plástico branco de lixo e lixeira hospitalar).

24 POP - SETOR DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

Definição:

È a organização do fluxo dos exames de laboratório na Unidade de Saúde.

Objetivos:

Definir a organização do setor necessária à adaptação das características locais da UBS, equação de funcionários, dinâmica de rotinas, supervisão sistematizada na manutenção da qualidade e integridade do material biológico.

Responsáveis:

Enfermeiro

Execução do procedimento:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

Materiais:

1. Tubos para coleta de exames
2. Agulhas para a coleta a vácuo
3. Scalpes
4. Garrote
5. Seringas
6. Algodão
7. Álcool 70%
8. Adaptador para coleta à vácuo
9. Caixa de isopor
10. Gelox

11. Braçadeira
12. Caixa de descarte para material perfuro-cortante
13. Fita adesiva
14. Etiquetas para identificação
154. Luvas de procedimento
16. Impressos/caderno para registro
17. Grade para suporte dos tubos
18. Coletor Universal
19. Esparadrapo
20. Papel Lençol
21. Sacos de lixo branco
22. Papel toalha
23. Sabão líquido

Descrição do procedimento:

1. Preparar a sala que será usada, no dia anterior ao da coleta, organizando e abastecendo de materiais necessários; o que deverá ser feito pelo auxiliar de enfermagem;
2. Receber o usuário, checando o preparo adequado para o exame; levantando o rol de exames a serem realizados e orientando para os procedimentos;
3. Registrar os exames em impressos ou cadernos destinados para tal;
4. Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando nas caixas do laboratório;

5. Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames/tubos;
6. Receber o usuário no setor de coleta de sangue, orientar o procedimento a ser realizado, checando se os tubos estão corretamente identificados;
7. Colher o material segundo técnica específica;
8. Realizar as coletas domiciliares de acordo com a rotina estabelecida na Unidade de Saúde;
9. Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte ao laboratório e conferi-los;
10. Realizar o descarte de material perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança;
11. Afixar em local de fácil acesso aos funcionários as normatizações de encaminhamento às Unidades de Referência, em caso de acidente biológico;
12. Checar o retorno dos resultados dos exames em caderno próprio de registro; não esquecendo de anotar exames não realizados, realizados de forma indevida, etc;

Observações:

- Macas, cadeiras e braçadeiras devem ser mantidas limpas, e deve-se providenciar sua imediata descontaminação caso ocorra contaminação com material biológico (desinfecção com água sanitária ou hipoclorito a 1%);
- Os resíduos gerados no posto de coleta deverão ser segregados de acordo com as normas de biossegurança;

- O acondicionamento bem feito e o preparo correto da amostra permite a qualidade da análise;
- As amostras devem ser protegidas da exposição da luz solar, quando a técnica assim exigir, por exemplo, na determinação de bilirrubinas.
-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 7498, 25 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem.**

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº. 7498, de 25 de junho de 1986, que **dispõe sobre o exercício de enfermagem, e dá outras providências.**

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 358 de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Brasília-DF, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde.** Brasília: ANVISA. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo de Útero e de Mama.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Caderno de Atenção Básica n. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Caderno de Atenção Básica n. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Cadernos de Atenção Primária, n. 29.

Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção à demanda espontânea na APS.** Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Cadernos de Atenção Primária, n. 28.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Manual Técnico: **normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.** São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2006.

ANEXO A – PORTARIA Nº 1.294
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº 1.294, DE 02 DE OUTUBRO 2012.

Institui o Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde e Ambulatórios do Município de Teresina - Fundação Municipal de Saúde e dá outras providências.

Considerando o disposto no art, 11, inciso II, alínea “c”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Considerando o disposto no art, 8º, inciso II, alínea “c”, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/86.

Considerando o disposto na Resolução COFEN nº 358/2009, que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem/Processo de Enfermagem.

Considerando o disposto na Portaria Ministerial nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dentre outros.

Considerando o disposto no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Considerando os “Cadernos de Atenção Básica” instituídos pelo Ministério da Saúde (MS), e os manuais e portarias normativas do Ministério que tratam da Atenção Básica de Saúde (ABS).

Considerando que o enfermeiro é preparado e tem lei de exercício profissional que o respalda, garantindo ao usuário ser assistido com segurança e qualidade, evitando uso indevido de medicamento e consequências nocivas a sua saúde.

Considerando a necessidade de organizar a Atenção Básica de Saúde de Teresina com garantia de um cuidado integral, da clínica ampliada e da integração da equipe de Saúde da Família.

Considerando a importância e resolutividade do trabalho do profissional enfermeiro no âmbito do SUS, e como membro da equipe de saúde, faz-se necessário normatizar as atividades dos enfermeiros nos programas de saúde pública e ambulatorios da rede municipal de saúde, e já previsto em Lei.

Considerando a necessidade de apoiar ações e atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e recuperação da saúde, e de facilitar e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde pública.

RESOLVE:

Art. 1º - Normatizar, no âmbito da Fundação Municipal de Saúde / Sistema Único de

Saúde, o **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde e Ambulatórios** do Município de Teresina.

Art. 2º - Ficam os profissionais enfermeiros por ocasião da Consulta de Enfermagem autorizados a prescrever e transcrever medicamentos, solicitar exames laboratoriais e radiológicos complementares padronizados nos Programas de Saúde Pública fixados pelo Ministério da Saúde, pelos Programas Municipais e/ou neste Protocolo de Enfermagem instituído.

Art.3º- Ficam os profissionais enfermeiros autorizados também, a prescrever outros medicamentos de uso nas Unidades Básicas de Saúde e serviços da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina, e que são estabelecidos no Protocolo de Enfermagem Municipal.

Parágrafo único - Os itens que tratam este artigo referem-se à prescrição de antipiréticos e analgésicos, visto que o uso indevido traz risco à população e podem ser adquiridos em qualquer drogaria e farmácias sem nenhum controle ou prescrição médica.

Art.4º - Os medicamentos referidos no Protocolo de Enfermagem Municipal são de uso no SUS/MS e estão listados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME) e caso haja mudanças, a referência será sempre o RENAME vigente e a ANVISA, visto atualização do protocolo.

Art.5º - Para atender ao Protocolo de Enfermagem Municipal, quanto a questão da marcação de encaminhamentos e exames solicitados pelo enfermeiro na Consulta de Enfermagem, a Coordenação de Gestão do Serviço Único de Saúde (CGSUS)/FMS promoverá adequação da rede SUS de Teresina e Central de Marcação de Consultas básicas e especializadas(médicas), de modo

a garantir o encaminhamento do usuário para especialidades médicas e para outros profissionais de saúde, no âmbito do SUS e Prefeitura Municipal de Teresina/FMS.

Parágrafo único - A Central de Regulação de Consultas do Município de Teresina deverá se organizar para atender a demanda de encaminhamentos para especialidades médicas e outras, feita pelo enfermeiro, sejam elas nas unidades municipais, estaduais, federais e/ou privadas conveniadas com SUS de Teresina.

Art.6º - Fica autorizado o recebimento de medicamentos, prescritos e/ou transcritos pelo enfermeiro e padronizados nos Programas de Saúde Pública/MS, pela rede de farmácias conveniadas com SUS de Teresina.

Art.7º - Fica parcialmente revogada a Portaria/PRES/FMS nº 284/92, 28 de dezembro de 1992, apenas nos itens que tratam da atuação do enfermeiro (Consulta de Enfermagem) na atenção básica e a nível ambulatorial.

Art.8º - Revogadas as disposições em contrário, a presente portaria entrará em vigor nesta data.

Publique-se e cumpra-se.

Teresina, 02 de outubro de 2012.

JOÃO RODRIGUES FILHO

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

TIAGO DE SOUSA MACEDO

**SUPERINTENDENTE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE
SAÚDE**