



Conselho Regional de Enfermagem - COREN PB

**PROTOCOLO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO ESTADO DA PARAÍBA**

2ª EDIÇÃO

João Pessoa
2015



COREN - PB

SEDE:

Avenida Maximiano de Figueiredo, 36 - Empresarial Bonfim
Centro - João Pessoa-PB - CEP: 58013-470
Fone/Fax: 83-3221-8758/83-3222-8599
Site: www.corenpb.gov.br
E-mail: corenpb@uol.com.br

SUBSEÇÃO

Rua João Tavares, 619
Centro - Campina Grande-PB - CEP: 58400-248
Fone/Fax: 83-3321-0685
E-mail: corenbcg@uol.com.br

IMPRESSÃO

Gráfica COREN-PB

C755p

Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba
Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da
Família do estado da Paraíba. 2. ed. - COREN-PB - João Pessoa-
PB: COREN-PB, 2015.

319 p.

1. Enfermagem - Protocolo de procedimentos. I.
Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba.

CDU: 616-083

MEMBROS DO PLENÁRIO DA GESTÃO 2015-2017

CONSELHEIROS EFETIVOS

DIRETORIA

Presidente: Dr. Ronaldo Miguel Beserra-ENF

Secretária: Dr^a Betânia Maria Pereira dos Santos-ENF

Tesouraria: Dr. Edson Maria Gomes-AUX

Pablo Leonid Carneiro Lucena-ENF

José Melquiades Ramalho Neto-ENF

Mariluce Ribeiro de Sá-TEC

Bruno Claudino de Sousa-TEC

CONSELHEIROS SUPLENTE

Alan Dionizio Carneiro-ENF

Renata Ramalho da Cunha Carneiro-ENF

Samira Emanuele de Azevedo-ENF

Onelha Vieira Andrade-ENF

Ana Cristina Ferreira da Silva-TEC

Adriana Mendes dos Santos-TEC

Maria Fabiana Lucindo da Silva-TEC

AUTORES

Dra. Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira

Enfermeira ESF João Pessoa-PB; Especialista em Saúde da Família pela UFPB; Diretora DS IV.

Dra. Jéssica Thayse Valeriano de Sousa Ferreira

Enfermeira apoio técnico DS V., Licenciada em Enfermagem e Especialista em Gestão em Saúde (UFPB).

Dra. Samilla Gonçalves de Moura

Mestre em Políticas de Enfermagem e Saúde pela UFPB; Especialista em Saúde da Família e Auditoria em Serviços de Saúde; Docente do UNIPÉ (Centro Universitário de João Pessoa-PB).

Dra. Yára Lúcia de Paula Cavalcanti

Enfermeira ESF João Pessoa-PB; Especialista em Saúde Pública (em curso); Especialista em Enfermagem Gerencial, 1º Conselho Fiscal do Sindicato dos Enfermeiros no Estado da Paraíba (SINDEP); 2º Secretária da Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE).

COLABORADORES

Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert

Enfermeira Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente - Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

Dra. Anleide Pires Alves

Enfermeira apoio Técnico DS I

Dr. Edson Moraes Lira

Enfermeiro apoio Técnico

Dra. Eveline Vilar

Enfermeira TB - SMS/João Pessoa - PB

Dra. Lilian Rose Oliveira Paiva

Enfermeira apoio técnico DS IV

Dra. Luciana Araújo de Queiroz Leal

Enfermeira apoio técnico DS I

Dra. Maria Francisca Claudino

Enfermeira Saúde da Mulher - DAS - SMS/João Pessoa - PB

Dra. Micheline Mendes

Enfermeira HANS - SMS/João Pessoa - PB e Hospital Clementino Fraga

Dr. Pablo Leonid

Enfermeiro da Comissão de pele do Hospital Clementino Fraga; Conselheiro COREN-PB (2015-2017).

Dra. Renata Nóbrega

Enfermeira da Vigilância em Saúde - SMS/João Pessoa - PB até 2012.

Dra. Silmery Brito

Enfermeira HAS/DIA - SMS/João Pessoa - PB

REVISÃO GERAL

Dr. Ronaldo Miguel Beserra

Presidente do COREN-PB

Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos

Secretária

Dra. Yára Lúcia de Paula Cavalcanti

Enfermeira ESF João Pessoa-PB - Autora

Dra. Renata Ramalho da Cunha Dantas

Enfermeira. Conselheira do COREN-PB

Dr. Bruno Claudino de Souza

Enfermeiro. Conselheiro do COREN-PB

Adjone de Oliveira Gomes

Agente Administrativo do COREN PB

PREFÁCIO

A estratégia de Saúde da Família (SF) indiscutivelmente foi o grande marco na História da Enfermagem trazendo para o profissional enfermeiro mais autonomia, certa satisfação profissional, e melhores condições salariais através do desenvolvimento de novas práticas neste novo campo de trabalho. Para tanto, cumprir com este papel assistencial requer do enfermeiro uma maior atenção aos princípios legais da profissão Lei 7.498/ 86 e Decreto 94.406/87, as Resoluções COFEN, as Decisões COREN, aos Manuais Ministeriais e Normas Técnicas. Além disso, obediência ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e aos requisitos da Responsabilidade Técnica.

Em virtude disso e das alterações curriculares para a formação ao longo dos anos, se faz necessário o permanente empoderamento deste profissional, essencial para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde na SF, pelas atribuições desempenhadas e novos Programas de Saúde Pública que se inovam e não se esgotam, exigindo sempre do enfermeiro mudanças na sua prática de trabalho.

Insta lembrar que, ocupar o espaço conquistado por força de tantas lutas como é histórico para a Enfermagem, fez com que outras categorias disputassem poder também neste nível de atenção a saúde, especialmente a categoria médica, que nos fez enfrentar o contexto jurídico em razão da prescrição de medicamentos e solicitação de exames legalizados na nossa profissão. Tal fato pode ter decorrido em função do entendimento errôneo de muitos, em insistir somente no pedido de listas e não pelo embasamento de Manuais e Protocolos estabelecidos, como também da realidade cultural do contexto evolutivo das profissões e da população. Fato este que trouxe demandas aos órgãos de classe, bem como foram reivindicadas pelos profissionais preocupados com o tema.

Este motivo fez com que o Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba - COREN - PB tomasse a iniciativa de respaldar e proteger o enfermeiro ofertando-o um guia norteador de suas atividades com a construção deste Protocolo. Ainda, oportunizando e garantindo a equipe de elaboração da qual me orgulha a participação, o atendimento deste pleito, que espero engrandecer a categoria e oriente cada colega da ESF para aperfeiçoar seu trabalho garantindo uma melhor e maior assistência

ao usuário cidadão paraibano, exercendo a profissão com confiança, responsabilidade e embasamento técnico científico, além do cuidado e amor inerentes ao enfermeiro. Espero que vocês adotem este guia e assumam sua responsabilidade com maior segurança.

Cabe ressaltar que este material não se finda nesta elaboração podendo ser reeditado conforme inovações e advindas de novos manuais, como também não exclui o estabelecido nos atuais materiais de consultas ministeriais, que inclusive foram referências utilizadas nesta construção. Entretanto, soma-se a bibliografia recomendada e complementa o que dita a Legislação vigente da profissão de Enfermagem... mais que uma conquista, uma vitória, uma realização.

Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira
Conselheira - Coren - PB
(2012 - 2014)

APRESENTAÇÃO

No contexto da assistência integral à saúde a assistência deve ser organizada para atender às reais necessidades da população através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis. Considerando a necessidade de instrumentalizar os profissionais enfermeiros que atuam nas equipes de Saúde da Família do Estado da Paraíba para que essa assistência corra conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde e exigências legais da profissão se fez necessária a elaboração deste documento com o objetivo de nortear condutas, respaldando e subsidiando a prática assistencial do profissional enfermeiro no âmbito da Atenção Básica bem como responder a demanda institucional. A elaboração deste material é fruto do trabalho dos autores e da equipe técnica promovida pelo COREN-PB desde abril de 2011 e com a ajuda dos colaboradores de áreas temáticas afins, inclusive apreciado e homologado pelo COFEN.

De acordo com o artigo 11, inciso II, alínea “g” da Lei Federal nº 7.498/86 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências, compete ao enfermeiro prestar assistência de enfermagem e como integrante da equipe de saúde prescrever medicamentos estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Somando a isso, o COFEN no uso das suas funções legais e regimentais publicou a Resolução COFEN nº 159/93 e Resolução COREN 358/09 que obriga os enfermeiros a realizar consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde e a Resolução COFEN nº 195/97 que dispõe sobre a solicitação de exames complementares.

Portanto, diante das exigências legais e científicas, o presente protocolo de atendimento elaborou um guia prático para nortear os enfermeiros cabendo a estes profissionais adequar às recomendações apresentadas para o cenário de atuação na assistência na Estratégia Saúde da Família - Atenção Básica da Paraíba não independente dos Manuais e Normas Técnicas já estabelecidas e não excluindo os advindos posteriores a esta elaboração.

Ronaldo Miguel Beserra
Presidente COREN - PB

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por ter nos permitido participar da Construção do Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família no Estado da Paraíba, bem como aos colegas enfermeiros colaboradores que muito nos ajudaram neste trabalho diante das próprias experiências laborais.

Nosso agradecimento em especial segue a Doutor Ronaldo Miguel Beserra, Presidente do COREN-PB, o qual nos apoiou totalmente para que este trabalho pudesse acontecer, garantindo através de portaria a nossa permanência neste Grupo Técnico de Trabalho aonde viemos a conseguir a aprovação por unanimidade deste protocolo no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

A categoria dos Enfermeiros necessitava de um instrumento que os norteasse perante as ações desenvolvidas nos Programas preconizados pelo Ministério da Saúde na área de Atenção Básica. Trata-se de um trabalho inovador no Estado da Paraíba, onde os Enfermeiros poderão, a partir da sua publicação, padronizar seu processo de trabalho sem receio de desenvolver as atividades inerentes a sua profissão, buscando através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) fortalecer a implementação dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, bem como a Prescrição de medicamentos na consulta do Enfermeiro, baseado nos Cadernos da Atenção Básica.

Por fim nossos agradecimentos se estendem a todos os profissionais que ora fazem o COREN-PB diante da colaboração que dispensaram ao Grupo Técnico de Trabalho do Protocolo durante toda a sua construção.

Jéssica Thayse Valeriano de Sousa Ferreira
Samilla Gonçalves de Moura
Yára Lúcia de Paula Cavalcanti
Equipe Técnica

SUMÁRIO

PARECER JURÍDICO Nº007/2011	15
CAPÍTULO 01 - SAÚDE DA MULHER	25
Pré-natal	25
Puerpério	46
Citopatológico	50
Prevenção de Doenças da Mama	55
Climatério/Menopausa	59
CAPÍTULO 02 - PLANEJAMENTO FAMILIAR	67
Consulta de Enfermagem	67
Principais queixas Clínicas:	69
CAPÍTULO 03 - DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)	73
CAPÍTULO 04 - SAÚDE DA CRIANÇA	77
Consulta da Enfermagem	77
Crescimento Infantil	78
Desenvolvimento Infantil	78
Principais Queixas Clínicas na Infância	81
Hanseníase na Criança	86
Esquemas Terapêuticos	86
Tuberculose na Criança	88
Tuberculose Pulmonar na Criança	88
Esquema de Vacinação da Criança	89
Outras Vacinas	90
Imunobiológicos Especiais - CRIE	91
Classificação Segundo AIDPI	94
CAPÍTULO 05 - HIPERTENSÃO ARTERIAL	103
Rastreamento da HAS	104
Abordagem Inicial para Controle da Pressão Arterial	104
Atendimento e Consulta de Enfermagem	105
Diagnóstico de Enfermagem	107
Intervenções de Enfermagem	110

CAPÍTULO 06 - DIABETES MELLITUS	133
Exames laboratoriais para o Diagnóstico de Diabetes	135
Consulta e atendimento de enfermagem	136
Pé Diabético	139
CAPÍTULO 07 - TUBERCULOSE	145
Consulta de Enfermagem	147
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	149
Encerramento de Casos	150
Controle dos Contatos	150
Esquemas para Tratamento da Tuberculose	151
Diagnósticos	156
CAPÍTULO 08 - HANSENÍASE	159
Anamnese e História Epidemiológica	159
Critérios para Classificação Operacional	161
Teste Simples de Sensibilidade	162
Avaliação e Prevenção de Incapacidades Físicas	165
CAPÍTULO 09 - SAÚDE DO ADOLESCENTE	175
Introdução	175
Esquema de Vacinação do Adolescente	178
CAPÍTULO 10 - SAÚDE DO HOMEM	183
Introdução	183
Esquema de Vacinação do Adulto	186
CAPÍTULO 11 - SAÚDE DO IDOSO	189
Introdução	191
Esquema de Vacinação do Idoso	197
CAPÍTULO 12 - SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	201
Anemia Falciforme	201
Genótipos e interpretações dos resultados das hemoglobinopatias	208
CAPÍTULO 13 - SAÚDE DO TRABALHADOR	211
Atribuições do Enfermeiro (a)	212
Acidentes de Trabalho	214
Doenças Relacionadas ao Trabalho	214
CAPÍTULO 14 - SAÚDE MENTAL	219

CAPÍTULO 15 - SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA.....	227
Calendário de Vacinação da População Indígena.....	228
Esquema Preconizado para Indígenas de Zero a Seis anos.....	229
Esquema Preconizado para Indígenas a partir de 7 anos.....	233
CAPÍTULO 16 - DENGUE.....	237
Modo de Transmissão.....	237
Notificação.....	239
Diagnósticos.....	239
Alerta.....	242
Prova do Laço (PL).....	242
Suspeita de Dengue.....	244
CAPÍTULO 17 - ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO.....	247
Atribuições de enfermagem.....	250
Desinfecção das Máscaras de Nebulização.....	252
CAPÍTULO - 18 BIOSSEGURANÇA.....	255
Cuidados com Biossegurança.....	255
Equipamentos de Proteção Individual.....	257
CAPÍTULO - 19 FERIDAS.....	261
Papel do Enfermeiro.....	262
Indicações e Tipos de Curativos.....	269
REFERÊNCIAS.....	275
ANEXOS.....	279
Anexo 01 - Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT.....	281
Anexo 02 - Diagnósticos de Enfermagem - NANDA.....	282
Anexo 03 - SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação.....	286
Anexo 04 - Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de casos de Hanseníase em Menores de 15 anos - PCID < 15.....	288
Anexo 05 - formulário para abalizaçã do grau de Incapacidade.....	290
Anexo 06 - Ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura.....	291
Anexo 07 - Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada.....	292
Anexo 08 - Sistema de Informação de Agravos em Notificação.....	294
Roteiro para Consulta de Enfermagem.....	295

Roteiro Para consulta de Enfermagem ao Cliente Portador de Tuberculose.....	296
Puericultura.....	299
Parecer jurídico nº 020/2012 COREN-PB.....	303
Decisão nº 027/2012.....	306
Ofício nº 0862/2013.....	308
Decisão COFEN Nº 0093/2013.....	309
RELAÇÃO DAS SIGLAS UTILIZADAS.....	313



**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA
PROCURADORIA REGIONAL DO COREN-PB**

Embasamento legal

PARECER JURÍDICO Nº007/2011

João Pessoa, 15 de fevereiro de 2011.

Ilmo. Sr. Presidente do COREN-PB

Trata-se de pedido feito pelo Presidente do COREN-PB, acerca da permissão legal para a prescrição de medicamentos e solicitação de exames laboratoriais e complementares previstos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde por profissionais enfermeiros.

É o relatório. Passo a opinar.

Pois bem, para deslinde do tema aqui exposto, insta observar que a possibilidade de realização, pelo enfermeiro, de consulta de enfermagem e ainda prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde são competências previstas na Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício da enfermagem, estando em pleno vigor, *s.m.j.*, senão vejamos:

“**Art.11** - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

(...)

§ 9º Consulta de Enfermagem;

§ 10º Prescrição da assistência de Enfermagem;

(...)

11 - como integrante da equipe de saúde;

(...)

§ 3º Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde:

(...)

Insta destacar que entendimentos contrários demonstram profundo desconhecimento sobre as atribuições legais dos enfermeiros, na intenção de estabelecer uma fictícia superioridade hierárquica em relação as demais categorias para com o enfermeiro, inexistente em qualquer lei.

Ademais, o COFEN, no uso de suas atribuições previstas no artigo 8º, incisos IX e XIII da Lei nº5,905, de 12 de julho de 1973, e considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo, aprova a Resolução COFEN nº 195/97 que permite a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Entendemos ser cultural o pensamento de que somente outra categoria profissional seria aquele competente e único com habilitação técnica para a prescrição de medicamentos, bem como solicitação de exame. Ora, essa concepção não há como prevalecer, haja vista a existência de permissivo legal próprio para os enfermeiros, considerando, ainda, que o aperfeiçoamento profissional do enfermeiro tem sido ao passar dos anos, cada vez maior, ampliando e diversificando, assim, a área do saber em enfermagem, ensejando ainda constantes transformações no trabalho e querendo atividades cada vez mais diversificadas.

Além disso, a Resolução CNE/CER nº3, de 7 de novembro de

2001, que Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem reconhece a capacidade e competência da formação do profissional enfermeiro, assim como exige que este seja capaz de diagnosticar, intervir no processo de saúde-doença e solucionar problemas de saúde, entre outras, senão vejamos:

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

(...)

VII - atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII - ser capaz de **diagnosticar e solucionar problemas de saúde**, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

(...)

XIII - assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde;

(...)

XVIII - **intervir no processo de saúde-doença**, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

(...)

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Portanto, o estudante de enfermagem, quando ainda acadêmico de graduação, por Instituição de Ensino Superior, cursa em sua formação

a Disciplina de Farmacologia com a carga horária, conteúdo programático e professores idênticos aos dos acadêmicos de outros cursos da área de saúde. A Farmacologia é uma disciplina inclusa no currículo mínimo do Curso de Graduação em Enfermagem, conforme estabelecido pela Portaria nº 1721 de 15 de dezembro de 1994 do Ministério da Educação e do Desporto, que torna obrigatório, além da Farmacologia, disciplinas como a Anatomia, a Fisiologia, a Parasitologia, a Semiologia, a Microbiologia, a Bioquímica, a Biofísica, dentre outras, inclusive, obviamente, as específicas de Enfermagem. É de se destacar que estão sendo formados novos enfermeiros cada vez mais voltados e de acordo com as exigências e reformulações mais recentes do serviço de saúde no Brasil.

A Carta Magna, por sua vez, afirma em seu artigo 5º inciso XIII que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer. Nesse compasso, a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro é taxativa ao declarar em seu artigo 11º, que o Enfermeiro incumbe I - Privativamente o exercício de certas atividades; e II como integrante da equipe de saúde, outras tantas, entre elas, a de prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovadas pela Instituição de Saúde.

Assim sendo, o enfermeiro, como profissional integrante da equipe de saúde, possui respaldo ético-legal para prescrever determinados medicamentos, porém dentro dos limites que a própria Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7,498/1986) impõe, bem como as normatizações do Ministério da Saúde e as resoluções do COFEN, que orientam em relação a essa atividade.

É oportuno observar que o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica define como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Observa-se, ainda neste contexto, a prática do enfermeiro como categoria

profissional voltada para promover a saúde e o bem-estar do ser humano em todo seu ciclo vital demonstrando, assim, a sua extrema relevância e a confiança que é dada ao profissional enfermeiro, nas ações de saúde da atenção básica.

Por isso, vários programas de saúde pública e da atenção básica contemplam a possibilidade do enfermeiro prescrever medicamento e solicitar exames, tais quais: Programa de DST/AIDS/COAS, Viva Mulher, Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, Controle de Doenças Transmissíveis. Além desses, vários manuais de normas técnicas publicadas de Ministério da Saúde permitem prescrição de medicamentos e solicitação de exame, também, a exemplo, Pré-natal de baixo risco, Controle da Hanseníase e Tuberculose, entre outros. A negativa e impedimento da realização de tais procedimentos, quando necessários, conduz o enfermeiro para um agir omissivo, negligente e imprudente que pode colocar em risco a vida do paciente.

Insta destacar, ainda, que através da Portaria nº1. 625, de 10 de julho de 2007 se firmou a possibilidade dos enfermeiros prescreverem medicamentos e solicitarem exames complementares, conforme rotinas aprovadas pelas instituições, como já previsto na a Portaria 648/GM de 28/03/2006.

Art. 1º Alterar o Anexo I da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Seção I, página 71, no que se refere em seu item 2, às atribuições específicas do enfermeiro das Equipes da Saúde da Família , que passa a vigorar com a seguinte redação:

“Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ ou nos demais espaços comunitários;

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas

pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.” (NR)

Vale salientar, por sua vez, que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº311/2007 responsabiliza o profissional, assegurado à pessoa, a família e coletividade a prestação da assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Desta forma, fica fácil concluir que sendo a prescrição de medicamentos, que é uma atividade inerente ao exercício da enfermagem, a sua omissão, poderá configurar negligência. Já o erro, imperícia, não podendo extrapolar os limites legais. Por isso, a resolução supracitada traz proibições aos profissionais de enfermagem quanto à matéria, em seu artigo 31º, cujo texto segue transcrito abaixo:

“ PROIBIÇÕES

Art.”31- Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos”

Interessante ainda citar a **Resolução da ANVISA nº44, de 26 de outubro de 2010**, que dispõe sobre o controle de medicamento à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências, a qual deixa cristalino que não retirou de nenhum profissional habilitado a permissão para a prescrição de medicamento de antimicrobianos, ou seja, fica mais uma vez evidente que o enfermeiro possui permissão legal para a prescrição de medicamentos, haja vista que tal atividade está prevista em Lei Federal..

Art.3º As prescrições somente poderão ser dispensadas quando apresentadas de forma legível e sem rasuras, por **profissionais devidamente habilitados** e contando as seguintes informações:

O que se espera, sinceramente, é que principalmente os Conselhos profissionais da área da saúde permaneçam na verdade, reconheçam e obedeçam as competências legais atribuídas à honrosa classe de enfermagem, cujos profissionais são indispensáveis à saúde da população nacional.

Diante destas considerações, **relativo à prescrição de medicamentos e solicitação de exames laboratoriais e complementares por enfermeiro**, a se extinguirem às controvérsias, podemos **afirmar**:

1. Permanece em vigor vasta fundamentação científica, ética e legal para as ações do enfermeiro no que tange à prescrição de medicamentos e solicitação de exames;
2. A Lei 7,498/86, que regulamenta o exercício da enfermagem, prevê a possibilidade de realização, pelo enfermeiro, de consulta de enfermagem e ainda prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
3. A Portaria nº 1625, de 10 de julho de 2007 firmou a possibilidade dos enfermeiros prescreverem medicamentos e solicitarem exames complementares, conforme rotinas aprovadas pelas instituições, como já previsto na Portaria 648/GM de 28/03/2006.
4. A Resolução COFEN nº 195/97 permite a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro;
5. Vários Programas de saúde pública e da atenção básica contemplam a possibilidade do enfermeiro prescrever medicamentos e solicitar exames;
6. A Carta Magna, por sua vez, afirma em seu artigo 5º inciso XIII que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer (Princípio da liberdade da profissão)
7. Sendo a prescrição de medicamentos uma atividade inerente ao exercício da enfermagem, prevista em Lei Federal, a sua omissão poderá configurar tanto conduta anti-ética, como negligência e assim sendo, o princípio da defesa do direito à saúde (art.5º caput, CF) evita a restrição de direito fundamental ao usuário dos serviços de saúde;
8. A Resolução da ANVISA nº44, de 26 de outubro de 20120 não retirou de nenhum profissional habilitado à permissão para a prescrição de medicamentos de antimicrobianos;

9. A negativa e impedimento da realização de tais procedimentos, quando necessários conduz o enfermeiro para um agir omissivo, negligente e imprudente que pode colocar em risco a vida do paciente.

Assim sendo, **opinamos** no sentido de esclarecer aos profissionais graduados em Enfermagem e população em geral, que as informações veiculadas sobre a proibição de os enfermeiros em realizar consultas de enfermagem e prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública são inverídicas.

Salvo melhor juízo, é o parecer, o qual submetemos ao Presidente do COREN-PB, para análise, consideração e encaminhamento a quem de direito.

CAPÍTULO 01



SAÚDE DA MULHER

CAPÍTULO 01

SAÚDE DA MULHER

Introdução

O Ministério da Saúde com a finalidade de organizar a rede assistencial normatizou as práticas de saúde através da criação de vários programas, entre eles o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM em 1983, que introduz a perspectiva da atenção à mulher em todas as fases de sua vida (desde a adolescência até a terceira idade), objetivando a assistência integral a saúde da mulher, considerando sua individualidade, necessidades e direitos.

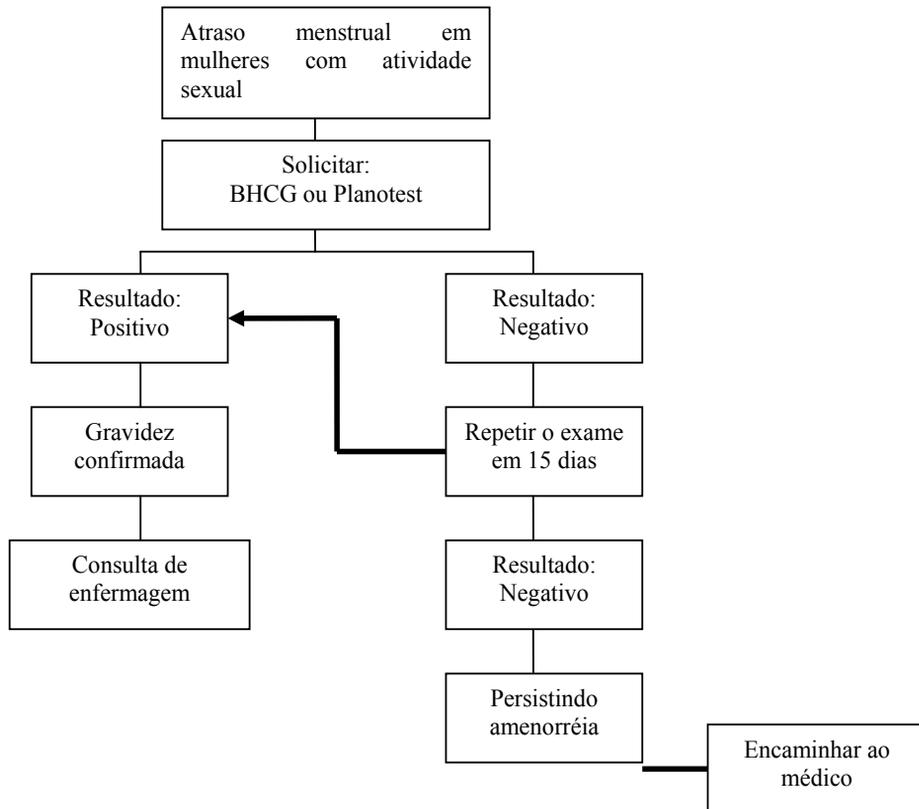
Esse programa consiste em um conjunto de ações básicas que propõe ao setor da saúde assumir a promoção de educação em saúde à mulher, como objetivo de reduzir a morbimortalidade. As suas práticas assistenciais e educativas envolvem os programas nacionais de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mamas, assistência ao parto, puerpério e ao climatério, proporcionado uma melhor qualidade no atendimento ao público feminino.

PRÉ-NATAL

O Ministério da Saúde através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento elenca o mínimo de ações preconizadas no SISPRENATAL WEB, visando garantir o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção de atitudes e condutas favoráveis ao desenvolvimento adequado da gravidez, parto e puerpério, em um contexto de humanização da atenção. (BRASIL, 2005).

Ademais, a Resolução COFEN 223/1999 dispõe sobre a atuação do Enfermeiro na Assistência da Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal, respaldando suas ações.

Fluxograma



Fonte: BRASIL, 2005.

Consulta de Enfermagem - Cuidados no pré-natal

- Coleta de dados de enfermagem

- Identificação da paciente: nome, endereço, número do SISPRENATAL WEB, idade, cor, naturalidade.
- Dados sócio-econômicos e culturais; grau de instrução; profissão/ocupação; situação conjugal; motivos da consulta; antecedentes familiares; antecedentes pessoais; antecedentes ginecológicos; antecedentes obstétricos e gestação atual; significado da gravidez para a mulher, para o parceiro e para a família.
- Data da última menstruação (DUM);

- Idade gestacional (IG) /data provável do parto (DPP);
- Cadastrar no SISPRENATAL WEB e Programa de Suplementação de Ferro e Ácido Fólico e preencher cartão da gestante e prontuário.

- Exame físico geral:

- Medir e monitorar peso para avaliar o estado nutricional da gestante;
- Medir estatura;
- Calcular Índice de Massa Corporal - IMC mensalmente;
- Monitorar pressão arterial;
- Monitorar frequência cardíaca, se necessário;
- Medir temperatura axilar, se necessário;
- Inspeccionar pele e mucosas;
- Palpar tireóide;
- Realizar ausculta cardiopulmonar;
- Palpar gânglios axilares e inguinais;
- Monitorar presença de edemas (face, tronco, membros);
- Verificar a imunização antitetânica e Hepatite B da gestante;
- Realizar educação em saúde para a gestante e familiares: orientar quanto as alterações fisiológicas que acometem a gestante, sintomas frequentes e condutas; os cuidados com a alimentação e com a pele; importância de exercícios físicos; Avaliar o grau de risco reprodutivo e encaminhar para unidades de referência quando necessário (mantendo a assistência na ESF);

- Exame físico específico:

Gineco-obstétrico

- Examinar mamas e incentivar aleitamento materno;
- Medir a altura do fundo uterino e comparar com a IG;
- Auscultar e monitorar batimentos cardíacos fetais;
- Realizar palpação obstétrica;
- Inspeccionar os genitais externos;
- Realizar exame especular, quando necessário;

- Realizar coleta de material para exame colpocitológico;
- Realizar educação individual e em grupo respondendo às dúvidas e inquietações da gestante, orientando o preparo das mamas para o aleitamento materno; esclarecer dúvidas; esclarecer os sinais de alerta e o que fazer nestas situações; orientar sobre os cuidados após o parto e os direitos da gestante; orientar a prevenção de DST/HIV; informação sobre métodos anticoncepcionais e intervalos das gestações.
- Estimular parto normal.

- Solicitação de Exames

- Beta HCG ou planoteste;
- Hemograma completo (1ª consulta e 30ª semana);
- Tipagem sanguínea e Fator RH;
- Glicemia de jejum (1ª consulta e 30ª semana);
- VDRL (1ª consulta e 30ª semana);
- Anti-HIV (1ª consulta);
- Sumário de urina (EAS) (1ª consulta e 30ª semana);
- Sorologia para Rubéola; (1º consulta e/ou 30ª semana);
- Sorologia para Toxoplasmose (1ª consulta);
- Sorologia para Citomegalovírus (1ª consulta);
- Teste de Coombs Indireto quando RH mãe negativo (1ª consulta e 30ª semana);
- HBsAg (30ª semana) e HCV;
- Citologia oncótica;
- Ultra-sonografia, transvaginal e/ou obstétrica;
- Urocultura com antibiograma;
- Parasitológico de fezes;
- Bacterioscopia da secreção vaginal (30ª semana);
- Enzimas renais: Uréia e Creatinina;
- Ácido úrico;
- FTA-ABs ou MHATP (exame quantitativo e confirmatório da sífilis);
- Hemoglobina glicada;
- Colesterol total e frações;

- Triglicérides;
- Eletrocardiograma com laudo;
- Potássio;
- Clearance de creatinina;
- Proteinúria de 24h;
- Microalbuminúria;
- TOTG;
- Hormônios da tireoide (T3, T4, TSH);
- Enzimas hepáticas: TGO e TGP;
- Baciloscopia da linfa;
- Baciloscopia - exame de escarro - BAAR;
- Eletroforese Hb com Hb fetal;
- Fenotipagem eritrocitária;
- Eletroforese de hemoglobina do parceiro.

Obs.: O SISPRENATAL WEB, ainda permanece, mesmo diante da implantação do E-SUS. Nos municípios que não tem E-SUS, não houve modificação no sistema de informação.

Achados e Diagnósticos de Enfermagem

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
BETA HCG OU PLANOTEST +	Gravidez confirmada	Iniciar pré-natal, cadastro sisprenatal web, ficha de gestante, cartão, solicitação de exames, orientações gerais, ofertar preservativo, realizando toda a 1ª consulta.	Ácido Fólico 5mg 1x dia até o final da gravidez; Sulfato Ferroso 40mg 1x dia a partir de 20 semanas até 3 meses após o parto, excluída anemia falciforme;

-Avaliação do estado nutricional através da medida inicial de peso/altura

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Ponto situado entre as curvas que se iniciam no percentil 25 e no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional	Bom estado nutricional	Seguir calendário habitual de consultas; Explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional; Investigar hábitos alimentares e dar orientação conforme suas condições sócio-econômicas.	
Ponto situado abaixo da curva que se inicia no percentil 25 do peso padrão para a idade gestacional	Risco para nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	Investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias, doenças debilitantes, entre outras; Remarcar consulta com intervalo menor que o calendário habitual; Encaminhar se necessário, para nutricionista e/ ou médico.	Polivitamínico 10 ml ou 1 cp. 1x ao dia; Vitamina C 500mg 1cp ao dia;
Ponto situado acima da curva que se inicia no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional	Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	Afastar possíveis causas: obesidade, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla; Encaminhar se necessário, para nutricionista e/ ou médico; Remarcar consulta com intervalo menor que o calendário habitual; Orientar que o peso ganho durante toda a gestação não deve ultrapassar a faixa de 16 kg (p90) ou 500grs por semana; Orientar quanto à importância de exercício físico, se possível.	

- Controle da Pressão Arterial (PA)

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: manutenção dos mesmos níveis de PA; Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: valores da pressão inferiores a 140/90 mmHg;	Níveis tensionais normais	Manter calendário habitual de consultas; Orientar quanto ao cuidado com a alimentação, prática de atividade física, diminuição na ingestão de sal e aumento da ingestão hídrica.	
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: aumento da PA em nível menor do que 140/90 mmHg (sinal de alerta).	Níveis tensionais alterados	Gestante com suspeita de pré-eclâmpsia leve: repetir medida após período de repouso (preferencialmente após quatro horas).	
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: valores da PA \geq 140/90 mmHg e \leq 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500 g/ semanal	Hipertensão Arterial	Remarcar consulta em 7 ou 15 dias; Orientar para presença de sintomas como: cefaléia, epigastralgia, escotomas, edema, redução no volume ou presença de “espuma” na urina, redução de movimentos fetais (Mobilograma - 30 minutos após a refeição contar de seis a dez movimentos em 20 minutos); Orientar repouso, principalmente pós prandial e mobilograma; Verificar presença de proteína em exame de urina tipo 1. Se possível, solicitar proteinúria por meio de fita urinária (positivo: + ou mais) e/ou dosagem em urina de 24 horas (positivo: a partir de 300 mg/24h)	Prescrever medicação anti-hipertensiva Metildopa 250 mg ou 500 mg nas consultas subsequentes
Níveis de PA superiores a 140/90 mmHg, proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaléia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA superiores a 160/110 mmHg.	Hipertensão específica da gravidez	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave: referir imediatamente ao pré-natal de alto risco e/ou unidade de referência hospitalar	Metildopa 250mg ou 500 mg (subsequente).

- Edemas

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Edema ausente (-)	Edema ausente	Acompanhar a gestante, seguindo o calendário de rotina.	Manter ácido fólico 5mg e sulfato ferroso 40mg
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso (+)	Edema leve	Verificar se o edema está relacionado à postura, atividades diárias, temperatura ou tipo de calçado; Aconselhar conforme o caso; Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo; Elevar membros inferiores.	
Edema limitado aos membros inferiores, com hipertensão ou aumento de peso (++)	Edema moderado	Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo; Elevar membros inferiores; Verificar sinais/sintomas de pré-eclâmpsia (solicitar proteinúria, repetir a medida da PA após repouso (4 horas) e indagar sobre os movimentos fetais; Retornar de 7 a 15 dias; Deve ser avaliada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de consultas e caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco e continuar acompanhamento na equipe.	
Edema generalizado (face, tronco e membros), ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso (+++)	Edema grave	Constatar se a gestante tem pré-eclâmpsia ou outras situações patológicas; Referir ao pré-natal de risco, se necessário.	

- Interpretações de exames laboratoriais

GLICOSIMETRIA CAPILAR

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Glicemia de jejum < 85mg/dL	Níveis glicêmicos normais	Repetir glicemia de jejum entre a 24ª e 28ª semana de gestação.	
Glicemia de jejum ≥ 85mg/dL	Níveis glicêmicos alterados	Rastreamento positivo Realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG).	
TOTG = 75g: Jejum 8-14 horas: 95mg/dL 1h: 180 mg/dL 2h: 155mg/dL	Resultado de teste de tolerância à glicose alterada	Um único valor alterado indica a repetição do TOTG 75g 2h na 34ª semana de gestação; Os achados de dois valores alterados confirmam o diagnóstico; Encaminhar para o pré-natal de alto risco.	
Duas glicemias alteradas ou dois TOTG	Resultados laboratoriais confirmatórios para Diabetes.	Orientar e encaminhar para alto risco	Realizar prescrição subsequente de Insulina

SOROLOGIA PARA LUES

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
VDRL positivo Teste confirmatório	Resultado positivo para sífilis	Realizar teste confirmatório (FTA-Abs); Tratar; Solicitar exame do parceiro; Ofertar preservativo.	<i>Sífilis</i> primária - tratar com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega em dose única). <i>Sífilis</i> recente (até 1ano) - tratar com Penicilina Benzatina, 2.400.000 UI(1.200.000 UI cada nádega), repetir em uma semana, dose total 4.800.000. <i>Sífilis tardia</i> (1 ou mais anos de evolução ou de duração desconhecida) tratar com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em três aplicações com intervalo de uma semana, dose total 7.200.000 UI, tratar o parceiro sempre.
VDRL negativo	Risco para infecção	Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto, e em caso de abortamento; Orientar sobre o uso de preservativos.	



SUMÁRIO DE URINA

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Proteinúria	Eliminação urinária prejudicada	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Traços”: repetir em 15 dias; 2. “Traço” positivo, hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco; 3. “Maciça”: referir ao pré-natal de alto risco; 4. Aumentar a ingestão de líquidos. 	
Bacteriúria	Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário	Aumentar a ingestão de líquidos.	Ampicilina 500mg 6/6h por 10 dias ou Cefalexina 500mg 6/6h por 7 dias ou Nitrofurantoína 1 cp 100 mg 8/8h por 10 dias ou Sulfatrimetropim 800/160 1 cp 2x dia por 3 dias ou Amoxicilina 500mg 3x dia por 3 dias.
Piúria	Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário	Solicitar urocultura com antibiograma; Aumentar a ingestão de líquidos; Referir à consulta médica, se necessário.	Tratar com medicação de acordo com antibiograma, dentro do preconizado no programa.
Hematúria	Eliminação urinária prejudicada	Se piúria associada, solicitar urocultura e orientar para aumento da ingesta hídrica; Se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada.	
Cilindrúria	Eliminação urinária prejudicada	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Acompanhar caso na equipe de saúde da família.	
Outros elementos		Não necessitam condutas especiais.	

TIPAGEM SANGUÍNEA

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Rh negativo e parceiro Rh positivo ou desconhecido	Resultado de tipagem sanguínea negativa	Solicitar o teste de Coombs indireto; se negativo, repetir a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana. Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.	

DOSAGEM DE HEMOGLOBINA

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Hemoglobina ≥ 11 g/dl: ausência de anemia:	Teste laboratorial compatível para anemia fisiológica na gravidez	Recomenda-se ingerir sulfato ferroso 30 minutos antes das refeições com sucos ricos em vitamina C.	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia 60 mg; Se necessário, prescrever 500mg de vitamina C 1 cp. ao dia.
Hemoglobina < 11 g/dl > 8 g/dl: anemia leve a moderada:	Teste laboratorial positivo para anemia leve a moderada	Solicitar exame parasitológico de fezes; Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: Se os níveis estiverem subindo: manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação e repetir a dosagem no 3º trimestre; Se a hemoglobina permanecer em níveis estacionários ou se “cair”, referir a gestante ao pré-natal de alto risco; Acompanhar também na equipe de saúde da família.	Tratar parasitoses, se presentes (seguir o Manual de Doenças Infecciosas e Parasitárias); Tratar a anemia com 3 drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia.
Hemoglobina < 8 g/dl: anemia grave	Teste laboratorial positivo para anemia grave	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Orientar necessidade de hemotransfusão; Acompanhar também na equipe de saúde da família.	

SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
IgG (-) e IgM (-)	Resultado Negativo	Manter pré-natal baixo risco.	
IgG (+) e IgM (-)	Infecção passada	Manter pré-natal baixo risco.	
IgG (+) e IgM (+)	Infecção em estado agudo	Encaminhar para avaliação médica.	Tratar conforme Manual de Doenças Infecciosas e Parasitárias.
IgG (-) e IgM (+)	Infecção em estado crônico	Encaminhar para avaliação médica.	Tratar conforme Manual de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

SOROLOGIA PARA RUBÉOLA

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
IgG (-) e IgM (-)	Resultado Negativo	Orientar para não ter contato com pessoas que apresentem doenças exantemáticas; Realizar imunização no puerpério, caso não tenha registro de vacina contra rubéola.	
IgG (+) e IgM (-)	Infecção passada ou imunidade	Seguir calendário habitual; Em caso de gestante imune, não são necessários outros exames.	
IgG (-) e IgM (+)	Infecção em estado agudo	Acompanhar, criteriosamente, a gestante e a criança; Fazer bloqueio vacinal.	Não tem tratamento específico;
IgG (+) e IgM (+)	Infecção em estado crônico	Acompanhar, criteriosamente, a gestante e a criança; Fazer bloqueio vacinal.	Não tem tratamento específico;

SOROLOGIA PARA HEPATITE B e C

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
HbsAg e HCV (-)	Resultado negativo	Seguir calendário habitual; Vacinar a gestante contra Hepatite B.	Vacina Hepatite B
HbsAg e HCV (+)	Resultado positivo para Hepatite B e C	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Acompanhar na equipe da ESF; Profilaxia para o recém-nascido com imunoglobulina e vacina; Ofertar preservativo e orientar para as DST's.	Imunoglobulina e vacina para o Rn

SOROLOGIA PARA ANTI-HIV

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Duas sorologias reagentes	Resultados positivos para HIV	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Acompanhar na equipe de saúde da família; Ofertar preservativo e orientar para as DST's.	Prescrever imunobiológicos e encaminhar para o CRIE (menos os contraindicados para imunodeprimidos que são os constituídos de vírus e bactérias vivas);

ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
1º TRIMESTRE: 10 - 14 SEMANAS		Determinar idade gestacional; Avaliar translucência nucal e osso nasal; Determinar número de fetos; Excluir gravidez ectópica; Identificar neoplasia trofoblástica gestacional e avaliar vitalidade ovular; Diagnosticar malformações; Doppler do ducto venoso e artéria umbilical.	
2º TRIMESTRE: 24 - 28 SEMANAS		Avaliar morfologia fetal; Localização placentária; Avaliar crescimento fetal; Avaliar volume do líquido amniótico.	
3º TRIMESTRE: 34 - 36 SEMANAS		Avaliar crescimento fetal e volume de líquido amniótico; Doppler (se houver fator de risco, p. ex: CIUR, DHEG, Diabetes, etc.); Estudo da placenta e sua implantação; Confirmar a apresentação fetal; Diagnóstico de circulares de cordão; Biometria fetal e cálculo do peso estimado.	

HANSENÍASE

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Mancha(s) ou área(s) com alteração de sensibilidade e/ou baciloscopia de linfa positiva	Resultado laboratorial positivo para Hanseníase	Orientar sobre a doença, a transmissão, o tratamento, cura e exame de conviventes domiciliares; Orientar para o uso correto da Poliquimioterapia (PQT) e possíveis efeitos adversos; Vacinar conviventes domiciliares com BCG, se necessário; Orientar para autocuidado; Notificar caso.	Tratar, tendo em vista que a gravidez e a lactação não contraindicam o tratamento PQT. Ver protocolo de HANSENÍASE
Acometimento de nervo periférico associado a alterações sensitivo/motor-autônoma	Sistema neuromotor prejudicado em função da hanseníase	Realizar exame neurológico/motor; Encaminhar para consulta médica, se necessário.	

TUBERCULOSE

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Tosse por mais de três semanas e/ou baciloscopia positiva e/ou exame clínico sugestivo	Tosse; Resultados positivos para Tuberculose;	Ver protocolo de Tuberculose	Tratar, tendo em vista que a gravidez e a lactação não contra indicam o tratamento do esquema básico: 2RHZE + 4RH

Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. É recomendável, entretanto, que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança.

Gestantes e lactantes devem utilizar os esquemas preconizados, mas, especiais atenções devem receber no monitoramento de efeitos adversos. O esquema básico pode ser usado pelas gestantes em qualquer período da gestação, em dose plena (BRASIL, 2010).

- Principais queixas clínicas na gravidez

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Cãimbras	Dor nos membros inferiores; Perfusão elevada dos membros inferiores.	Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local; Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1; Evitar excesso de exercícios.	Complexo B via oral 1 cp ao dia ou polivitamínico 1 cp ao dia.
Cloasma gravídico	Pele da face hipercorada	Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer em tempo variável, após o parto; Recomendar a não exposição do rosto diretamente ao sol;	Aplicar o filtro solar tópico 45 min antes da exposição ao sol e reaplicar a cada 2h, se houver excessiva transpiração.
Cólicas	Dor pélvica	Avaliar a cólica quanto à localização, frequência e duração; Encaminhar para a maternidade.	Hioscina ou butilescopolamina 1 cp 10 mg até de 6/6h
Constipação ou Defecação prejudicada	Obstipação	Orientar dieta rica em fibra, aumentar o consumo de fruta laxativa, verdura crua e cereal integrais; Aumentar a ingestão líquida; Evitar alimentos fermentativos. Realizar caminhadas.	Supositório de glicerina 1x ao dia.
Desconforto intestinal; Distensão abdominal.	Flatulências	Orientar dieta rica em fibra, aumentar o consumo de fruta laxativa, verdura crua e cereal integrais; Aumentar ingestão líquida; Evitar alimentos fermentativos; Orientar caminhada; Orientar o aumento de tempo de mastigação.	Dimeticona ou Simeticona 1 via oral cp após o almoço.
Dor de cabeça	Cefaléia	Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se idade gestacional maior que 24 semanas); Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; Referir à consulta médica, se persistir o sintoma.	Eventualmente, prescrever analgésico (Paracetamol 500 mg).

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Dor nas mamas	Dor nas mamas	Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas; Não perder a oportunidade de orientar para o preparo das mamas para a amamentação.	Paracetamol 500 mg via oral, 1 cp de 6/6 horas ou Dipirona 500 mg via oral, 1 cp de 6/6 horas.
Estrias	Integridade da pele prejudicada	Orientar que o surgimento das estrias ocorre devido à distensão dos tecidos, não existindo método eficaz de prevenção. No início podem se apresentar com a cor arroxeada e tendem, com o tempo, a ficar de cor semelhante à da pele; Massagens locais com substâncias oleosas; Orientar a gestante a não coçar a região e usar roupas leves.	Óleo de amêndoas ou de uva para massagens locais leves.
Fadiga e desmaios	Fadiga e desmaios	Observar PA; Evitar mudança brusca de posição; Alimentação fracionada; Deitar em decúbito lateral esquerdo (DLE), orientar quanto à respiração.	Polivitaminas via oral 1 cp; Vitamina C, via oral 1 cp.
Falta de ar e dificuldade para respirar	Padrão respiratório ineficaz.	Repouso em DLE; Realizar ausculta cardiopulmonar.	
Hemorroidas	Integridade da pele prejudicada	Orientar dieta adequada; Usar compressa morna ou vapor; Indicar higiene perianal com água e sabão neutro após defecação; Agendar consulta médica com especialista, se dor ou sangramento.	Supositório de glicerina, se necessário.
Lombalgia	Dor na região lombar	Repouso; Correção de postura ao sentar-se e ao andar; Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis; Aplicação de calor local; Recomendar DLE ao dormir; Evitar pegar peso; Evitar salto alto;	Paracetamol 500mg 1 cp até de 6/6h ou Dipirona 500mg 1 cp até de 6/6h, se necessário;

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Náuseas	Náusea relacionada com a irrigação do trato gastrointestinal	Dieta fracionada; Ingestão de alimentos secos e sólidos na 1ª refeição, antes da higienização bucal; Evitar líquidos durante as refeições; Apoio psicoterápico.	Metoclopramida 10mg 4/4h ou Dimenidrinato 1drg ao dia.
Parasitoses intestinais	Resultado positivo para doenças infecciosas e parasitárias	Orientações sobre higiene pessoal, doméstica, de alimentos e consumo de água tratada.	Ver manual de doenças infecciosas e parasitárias
Pirose	Dispepsia	Dieta fracionada; Evitar o decúbito logo após as refeições. Evitar álcool e fumo; café, chás preto, mates, doces, alimentos gordurosos, condimentados, picantes e irritantes da mucosa gástrica.	Hidróxido de alumínio e magnésio 10 ml após as refeições.
Sangramento nas gengivas	Inflamação gengival	Referir para atendimento odontológico.	
Secreção abundante grumosa	Candidíase vaginal	Orientar sobre a higiene da roupa íntima e engomar a peça; Utilizar papel higiênico e absorvente neutro; Evitar absorventes diários; Preferir roupa íntima de algodão a lycra; Evitar uso de jeans ou roupas apertadas; Oferecer preservativo; Orientar sobre as DST's; Tratar parceiro; Realizar citológico; Evitar o uso de sabonete íntimo.	Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, 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, dose única para o parceiro; Embocar com violeta de genciana se prurido intenso.
Sialorréia	Salivação aumentada	Orientar dieta; Orientar deglutir saliva e aumentar a ingestão líquida.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Vacina em atraso	Imunidade prejudicada	Avaliar estado vacinal.	Vacinar dt, Hepatite B se sorologia não reagente, Influenza, se disponível; e dTpa.
Vaginose e tricomoníase	Secreção leitosa com odor.	Oferecer preservativo; Orientar quanto à higiene genital; Realizar citológico; Orientar a gestante a evitar a utilização de absorventes diários; Utilizar papel higiênico neutro e sabonete íntimo.	Metronidazol 250 mg via oral, de 8/8 horas ao dia durante 7 dias ou Metronidazol 400 mg 12/12hs via oral 7 dias ou Metronidazol creme vaginal por 10 dias (após o primeiro trimestre) ou Clindamicina 300 mg, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias (se intolerância a metronidazol).
Varizes	Perfusão neurovascular comprometida	Não permanecer muito tempo em pé ou sentada; Não pegar peso; Repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas; Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica apropriada para gestante. Aferir PA periodicamente; Orientar a prática de caminhadas.	
Vômitos	Vômitos	Orientar dieta fracionada; Orientar não ingerir líquidos durante as refeições; Orientar mastigação lenta; Evitar alimentos condimentados.	Metoclopramida 10mg 4/4h ou Dimenidrinato 1drg ao dia.

Colpocitologia na gestação

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 Ayres e não usar escova de coleta endocervical. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento.

O risco de progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor, durante o período gestacional, é mínimo e a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta, 69%. Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a conduta recomendada para as mulheres não grávidas, na Unidade Básica de Saúde.

Na Unidade de Referência, o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora. Confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada a referência. A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto. Após o parto, as reavaliações colposcópicas e citopatológicas deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, na Unidade de Referência.

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período.

Assistência à gestante com diabetes gestacional

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil, a prevalência do diabetes em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no SUS, é de 7,6%, onde 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída a glicose e 6% hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez.

Diabetes gestacional consiste na intolerância a glicose de graus variados com início ou primeiro diagnóstico durante o segundo ou terceiro trimestre da gestação, podendo ou não persistir após o parto.

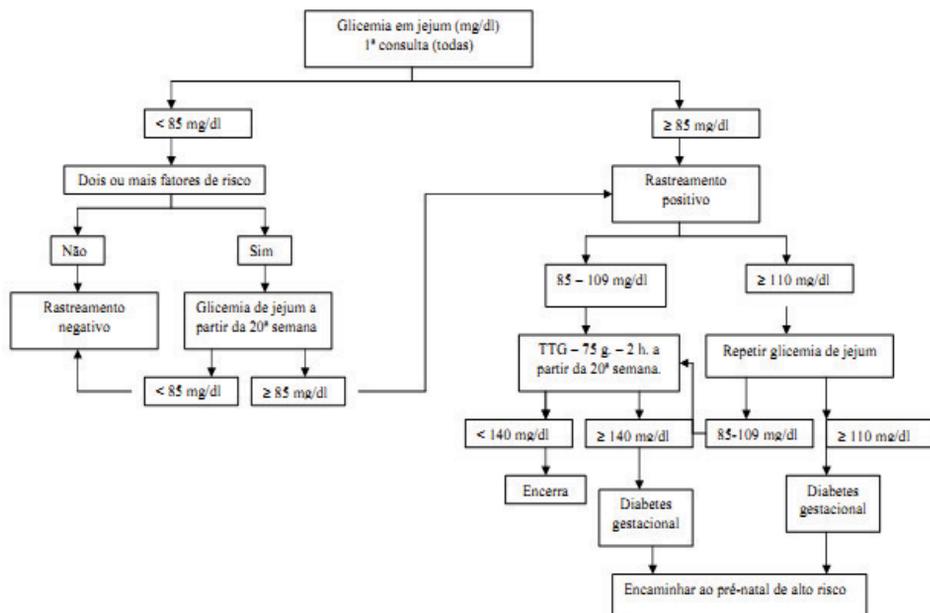
Os fatores de risco são:

- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Baixa estatura (<1, 50 cm);
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional.

Conduta:

- Orientações dietéticas próprias para diabéticos considerando o IMC;
- Estímulo à atividade física de baixo impacto como caminhadas regulares;
- Controle glicêmico semanal com glicemia capilar de jejum e pós-prandial;
- O tratamento com insulina deve ser indicado se após duas semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados, jejum ≥ 105 mg/dl e 2 horas pós-prandiais ≥ 120 mg/dl. Se não for possível encaminhar à unidade de referência, iniciar com dose de insulina (após primeira prescrição médica) em torno de 0,3 a 0,5 U/Kg, preferencialmente em mais de uma dose diária. As necessidades insulínicas tendem a aumentar progressivamente durante a gravidez;
- O emprego de antidiabéticos orais na gravidez encontra-se ainda em fase de estudo e não aprovado para prescrição.

ESQUEMA RECOMENDADO PARA DETECÇÃO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL



Fonte: BRASIL, 2005.

ESQUEMA DE VACINAÇÃO DA GESTANTE

VACINA	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
Hepatite B	3 doses, (da 1ª para 2ª - 30 dias); (da 1ª para 3ª dose- 6 meses).	0,5 ml até 19 anos, 11 meses e 29 dias; >20 anos 1 ml	Intramuscular	Músculo deltoide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 25x0,6 ou 25x0,7	15 dias
Dt - Dupla adulto	3 doses com intervalo de 2 meses + reforço a cada 5 anos, se nova gestação	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide esquerdo	Seringa 3 ml c/ agulha 25x0,6 ou 25x0,7	15 dias
Influenza	1 dose, em campanha	0,5ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x0,6 ou 25x0,7	7 dias
Pneumocócica 23, se doença falciforme.	1 dose de reforço após 5 anos da 1ª dose. Se apresentar duas doses não necessita vacinação.	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x0,6 ou 25x0,7	Imediato
Meningocócica C, se doença falciforme.	Dose única	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x0,6 ou 25x0,7	Imediato
dTpa	Dose única, de 27 a 36 semanas	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x0,6 ou 25x0,7	Imediato

Puerpério

CONSULTA PUERPERAL

Segundo o Ministério da Saúde, no Manual de Enfermagem, o conceito de Puerpério é um período do ciclo pós-gestacional em que o organismo materno retorna as suas condições pré-gravídicas e é caracterizado pelas regressões das modificações locais e sistêmicas que foram provocadas pela gravidez. Logo após a expulsão total da placenta e das membranas, a mulher inicia este ciclo (puerpério imediato), e tem duração de cerca de seis semanas (puerpério mediato e tardio). (BRASIL, 2001)

Na primeira semana após o parto ‘Primeira Semana de Saúde Integral’, é fundamental para a saúde materna e neonatal uma visita domiciliar dos profissionais da atenção básica, em especial o enfermeiro. O retorno da mulher e do RN ao serviço de saúde deve ser agendado para 15 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde durante visita domiciliar, bem como a orientação do início do programa de planejamento familiar. (Manual técnico de Pré-natal e puerpério)

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Avaliar o retorno às condições pré-gravídicas, inclusive involução uterina;
- Avaliar lóquios e período pós-parto;
- Orientar e apoiar a mulher e família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de riscos ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar sobre amenorreia no período da lactação exclusiva;
- Orientar que a lactação serve como método contraceptivo quando exclusiva;
- Complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal

(imunização, citológico, etc).

- Indagar sobre a administração da dose de Vitamina A 200.000UI (dose única) no período pós-parto;
- Continuar com a administração do sulfato ferroso 60mg/dia até 3º mês pós-parto;
- Agendar consulta de planejamento familiar até 42 dias do parto e convidar o parceiro para participar da consulta, ofertando preservativo e anticoncepcional oral específico para período de lactação exclusiva.

Exames:

- Hemograma completo;
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Glicemia de jejum;
- Sumário de urina (EAS);
- Colpocitologia;
- Colposcopia;
- Ultrassonografia de mamas.

AVALIAÇÃO MATERNA

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Amamentação eficaz	Amamentação eficaz	Elogiar o desempenho da puérpera; Orientar sobre alimentação; Orientar o aumento da ingestão de líquidos; Orientar ambiente calmo e tranquilo para amamentação.	
Amamentação Exclusiva Prejudicada	Amamentação Exclusiva Prejudicada	Orientar ordenha das mamas; Orientar sobre o armazenamento do leite; Orientar quanto ao uso de protetor de mamas; Monitorar a introdução de alimentos novos.	
Candidíase	Candidíase	Orientar higiene das mamas e secá-las após as mamadas; Expor mamas a luz solar por 15 minutos por dia.	Nistatina ou Clotrimazol ou Miconazol ou Cetoconazol tópico por 2 semanas; Cetoconazol 200 mg, via oral por dia de 10 a 20 dias.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Desânimo e choro fácil;	Vínculo mãe-filho prejudicado	<p>Investigar junto a paciente a história psicossocial pregressa e atual;</p> <p>Observar extremos de humor, como euforia e depressão;</p> <p>Observar choro repetido, desânimo, sentimentos de culpa e incapacidade e inadequação dos cuidados com o RN;</p> <p>Promover a recuperação, ajudando a paciente a adaptar-se ao papel de mãe;</p> <p>Mobilizar o sistema de apoio psicológico para a paciente;</p> <p>Aconselhar a paciente a dormir quando o RN estiver dormindo;</p> <p>Solicitar ajuda dos familiares para incentivar o cuidado da mãe com o RN;</p> <p>Elogiar a mãe quando uma tarefa em relação ao cuidado com o RN for realizada a contento.</p> <p>Ajudar a paciente a expressar suas mágoas, anseios, medo e outros sentimentos em relação à maternidade.</p>	
Dor branda a moderada no baixo ventre e sangramento inespecífico	Dor pélvica moderada; Perda sanguínea moderada.	<p>Avaliar a intensidade da dor referida pela paciente;</p> <p>Monitorar e registrar a pressão arterial, frequência do pulso e a resposta uterina;</p> <p>Avaliar as características e a quantidade dos lóquios e a condição do fundo do útero;</p> <p>Verificar sinais de infecção;</p> <p>Massagear suavemente o útero para estimular as contrações;</p> <p>Aplicar uma bolsa de gelo sobre o fundo do útero.</p>	Ibuprofeno 600 mg, via oral a cada quatro a seis horas; Sulfato Ferroso 60 mg/dia, via oral até 3 meses após o parto.
Dor nos mamilos e fissura	Fissura mamária	<p>Orientar exposição de mamas ao ar livre;</p> <p>Evitar uso de sabonetes e protetores;</p> <p>Iniciar a mamada pela mama menos afetada;</p> <p>Tratar fissuras com leite materno, dar banho de sol e correção da posição;</p> <p>Orientar lavagem das mãos antes de manipular as mamas.</p>	Paracetamol ou Dipirona 500 mg, via oral de 6/6h.
Dor perineal	Dor perineal	<p>Examinar a região da episiotomia;</p> <p>Se necessário encaminhar para o médico ou enfermeiro obstetra;</p> <p>Observar sinais flogísticos.</p>	Dipirona Sódica 500 mg, via oral de 6/6 hs ou paracetamol 500 mg, via oral de 6/6 hs, s/n.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Edema de membros inferiores sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	Edema	Verificar se o edema está relacionado à postura, ou se aparece no fim do dia, se tem aumento de temperatura com o edema, e se o tipo de calçado favorece o edema.	
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.	Edema	Suspeitar de processos trombóticos (tromboflebites, TVP); Encaminhar para avaliação médica.	
Ingurgitamento mamário	Ingurgitamento mamário	Orientar quanto à ordenha manual ou bomba de sucção, armazenamento e doação do leite excedente; Orientar e ensinar quanto à boa pega da aréola e posicionamento do bebê; Estimular a mãe quanto à continuidade da amamentação em livre demanda, exposição dos seios ao sol matinal; Massagens delicadas e compressas frias; Orientar uso de sutiã adequado.	Ibuprofeno 600 mg via oral a cada 8/8h, Paracetamol ou Dipirona de 500 mg, via oral de 6/6h;
Mastite	Inflamação ou infecção nas mamas.	Estimular para o esvaziamento adequado da mama pelo bebê; Dar suporte emocional; Iniciar mamada pela mama não afetada; Usar sutiã firme; Repouso da mãe; Orientar higiene das mamas e secá-las depois de mamada; Orientar exposição das mamas à luz solar por 15 minutos por dia; Retornar a amamentação, logo que melhorar do quadro.	Ibuprofeno; Cefalexina 500 mg, via oral de 6/6h ou Amoxicilina 500 mg, via oral de 8/8h ou Eritromicina 500 mg, via oral de 6/6h por 10 dias.

ESQUEMA DE VACINAÇÃO PARA A MULHER

VACINA	IDADE	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
HEPATITE B	20 anos	3 doses (0,1,6 meses)	1 ml	Intramuscular	Músculo deltoide direito	Até o final do frasco Seringa 3 ml com agulha 25x6 ou 25x7	15 dias
dT - DUPLA ADULTO	20 anos	3 doses com intervalo de 2 meses + Reforço a cada 10 anos	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide esquerdo	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	15 dias

VACINA	IDADE	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
TRÍPLICE VIRAL	11 a 49 anos	Dose única	0,5 ml	Subcutânea	Lateral do deltoide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 13x4,5	6 horas (SANOFI) e 8 horas (BUTANTAN e FIOCRUZ)
FEBRE AMARELA (FUNASA viajantes para áreas endêmicas)	20 anos	Reforço a cada 10 anos	0,5 ml	Subcutânea	Lateral do deltoide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 13x4,5	4 horas
INFLUENZA H1N1 (em campanhas)	População alvo da campanha	1 dose	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	7 dias

ATENÇÃO: Todas as mulheres portadoras do vírus HIV tem direito de receber a vacina contra o HPV, referenciando a mesma para o CRIE.

OUTRAS VACINAS

VACINA	IDADE	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
VARICELA (rede privada)		1 reforço aos 4 anos	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 13x4,5	Imediato
HEPATITE A (rede privada)		2 doses com intervalo de 6 meses	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	Imediato
INFLUENZA (rede privada)		1 dose + 1 reforço anual	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	7 dias
VACINA HPV (rede privada)	9 a 26 anos	3 doses (0, 2, 6 meses)	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	Imediato

Exame Citopatológico de Papanicolau

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/

rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos, cervico-vaginal e microflora, buscando o diagnóstico e tratamento precoce de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), que predispõe ao câncer de colo uterino e orientação para prevenção de DST's (BRASIL, 2006).

O exame citopatológico deve ser realizado em todas as mulheres, especialmente de 25 a 64 anos de idade (SISCOLO), uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Situações Especiais

- Mulheres virgens: a coleta em virgens não devem ser realizadas na rotina, exceto em caso de queixas;
- Usuárias com transtorno mental e menor de idade: solicitar presença de um membro da família;
- Mulheres submetidas à histerectomia:
 - Histerectomia total recomenda-se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal.
 - Histerectomia subtotal: rotina normal;
- Mulheres com DST: devem ser submetidas à citopatologia mais frequentemente pelo seu maior risco de serem portadoras do câncer do colo do útero ou de seus percussores. Já as mulheres com condilomas em genitália externa não necessitam de coletas mais frequentes do que as demais, salvo em mulheres imunossuprimidas.

Técnica para realização da coleta do material para o Exame Preventivo do Colo do Útero

É uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero sendo coletada uma amostra da parte externa, a ectocérvice, e outra da parte interna, a endocérvice. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal descartável e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira ou espátula de Ayres e de uma escovinha endocervical.

Uma adequada coleta de material é de suma importância para o

êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realizá-lo e de que tem o material necessário para isso. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação.

Recomendações prévias a mulher para realização da coleta do exame preventivo do colo do útero.

Para realização do exame preventivo do colo do útero e a fim de garantir a qualidade dos resultados, recomenda-se:

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia transvaginal, durante 48 horas antes da coleta;
- Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- Anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame.
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguardar o 5º dia após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada.

Por vezes, em decorrência do déficit estrogênico, a visibilização da junção escamo-colunar e da endocérvice pode encontrar-se prejudicada, assim como pode haver dificuldades no diagnóstico citopatológico devido à atrofia do epitélio. Uma opção seria o uso de cremes de estrogênio intravaginal, de preferência o estriol, devido à baixa ocorrência de efeitos colaterais, por 07 dias antes do exame, aguardando um período de 3 a 7 dias entre a suspensão do creme e a realização do preventivo. Na impossibilidade do uso do creme, a estrogenização pode ser por meio da administração oral de estrogênios conjugados por 07 a 14 dias - 0,3 mg /dia -, a depender da idade, inexistência de contra-indicações e grau de atrofia da mucosa.

Quadro com as Alterações Pré-Malignas ou Malignas no Exame Citopatológico e os diagnósticos de Enfermagem

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Adenocarcinoma in situ/invasor	Resultado evidenciado em prevenção do câncer de colo uterino	Solicitar a colposcopia imediata e encaminhar para o serviço de referência.	
Alterações Celulares Benignas e Ativas ou reparativas.	Inflamação sem identificação de Agente	Havendo queixa clínica de secreção anormal, a mulher deverá ser encaminhada para exame ginecológico. Os achados comuns são ectopias, vaginites, vaginoses e cervicites.	O tratamento deve seguir recomendação específica. Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico.
Atrofia com inflamação	Resposta inflamatória compatível com faixa etária	Seguir a rotina de rastreamento citológico.	Estrógenos Conjugados Creme.
Corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso; Prurido e/ou irritação vulvar; dor pélvica, ocasionalmente; Sintomas urinários - disúria e/ou polaciúria; hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas; - colpíte difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa.	Resultado citológico positivo para tricomoníase.	Oferecer preservativo; Tratar parceiro.	Metronidazol 2g, via oral, dose única ou Metronidazol 400-500mg, via oral de 12/12hs por 7 dias, Secnidazol 2g, via oral, dose única ou Tinidazol 2g via oral, dose única.
Corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual.	Resultado citológico positivo para Gardnerella vaginalis/ mobiluncus; Secreção aumentada com odor fétido.	Oferecer preservativo; Tratar parceiro sintomático ou em recidivas; Orientar uso de roupas íntimas de algodão; Orientar evitar o uso de papel higiênico e/ou absorvente perfumado; Orientar a troca de calcinha com mais frequência; Solicitar VDRL e Anti HIV.	Metronidazol 400 a 500mg, via oral de 12/12hs por 7 dias; Metronidazol 2 g, via oral dose única ou Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou Clindamicina 300 mg, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias; ou Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias.
Dentro dos Limites da Normalidade.	Resultado Normal	Seguir a rotina de rastreamento citológico.	
Lactobacillus sp, cocos e outros bacilos	Resultado normal	A mulher com sintomatologia deve ser encaminhada para avaliação ginecológica. Seguir a rotina de rastreamento citológico.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Lactobacilos em excesso.	Resultado citológico positivo para citólise moderada ou grave; Muco abundante sem agente específico.	Oferecer preservativo; Tratar parceiro sintomático ou em recidivas; Orientar uso de roupas íntimas de algodão; Orientar evitar o uso de papel higiênico e/ou absorvente perfumado; Orientar a troca de calcinha com mais frequência; Solicitar VDRL e Anti HIV.	Anfotericina B + Tetraciclina, uso tópico por 10 dias.
Lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor.	Resultado evidenciado em prevenção do câncer de colo uterino.	Solicitar a colposcopia imediata e encaminhar ao serviço de referência.	
Metaplasia Escamosa Imatura	Resultado normal	Seguir a rotina de rastreamento citológico.	
Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável); Ardor ou dor à micção; Corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”); Hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva; Dispareunia; vagina e colo recobertos por placas brancas ou brancas acinzentadas, aderidas à mucosa.	Candidíase	Oferecer preservativo; Tratar parceiro sintomático ou em recidivas.	Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias. Fluconazol- 150 mg, via oral em dose única ou Itraconazol 200mg, via oral de 12/12 hs em 1 dia ou Cetoconazol 400mg, via oral por 5 dias.
Secura vaginal.	Substancia vaginal diminuída.	Ofertar lubrificante.	Estrógenos conjugados creme, uso tópico por 7 dias e suspender de 3 a 7 dias antes da coleta.

Exames:

- Colposcopia;
- Ultra-sonografia transvaginal.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS DA MAMA

O câncer de mama é uma das lesões malignas mais temidas pelas mulheres pela série de implicações que envolvem esta doença, como efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem corporal. Ela é relativamente rara antes dos 35 anos, mas, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. É importante que em um esforço conjunto, consigamos detectar o mais precocemente possível os novos casos para que possamos contar com a melhoria dos índices de sobrevivência.

O câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras, apresentando curva ascendente, mas com tendência a estabilização nos últimos anos, com a incidência de 50.7 por 100 mil habitantes no Brasil e 28.7 por 100 mil na região nordeste (INCA, 2009).

EXAME DAS MAMAS**Consulta do Enfermeiro**

O exame físico das mamas realizado por enfermeiros é uma técnica eficiente, permitindo o diagnóstico precoce de tumores com um ou mais centímetros de diâmetro. Toda mulher deve ser submetida ao exame físico das mamas por profissional habilitado, anualmente, após os 30 anos de idade.

- Solicitar à mulher que sentada, tronco desnudo, voltada para você e a fonte de luz, mantenha os braços soltos ao longo do corpo para serem observadas as mamas e mamilos quanto a: alterações na cor da pele, contorno e ou retrações da mesma, fissuras, descamamento ou úlceras no mamilo e secreção mamilar;
- Solicitar à mulher que eleve os braços e depois coloque as mãos na cintura com braços erguidos ao máximo, realizando contração dos músculos peitorais, para tornar nítida alguma

- pequena retração, elevação e alteração na cor da pele, descamamento ou úlceras no mamilo e secreção mamilar;
- Solicitar à mulher que sentada apoie o antebraço no examinador, mantendo o braço bem relaxado;
 - Examinar a região supra e infraclavicular (investigar linfonodos) e axilar bilateral, assim como toda a mama e em volta da aréola com a face palmar dos dedos da mão dominante;
 - Repetir o exame com braços elevados e fletidos e com as mãos sob a nuca e com a mulher deitada em decúbito dorsal.

INSPEÇÃO ESTÁTICO-DINÂMICA E PALPAÇÃO

O autoexame das mamas, realizado pela própria usuária, mensalmente após a menstruação, identifica nódulos a partir de dois e três centímetros de diâmetro, e deve ser também ensinado e praticado, principalmente para estimular a consciência corporal e o autoconhecimento.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Abaulamento e/ou retração mamária.	Mama em risco.	Encaminhar a consulta médica.	
Presença de massa palpável.	Mama em risco.	Encaminhar para consulta médica; Solicitar USG ou mamografia.	
Saída de secreção pela papila (leitosa, exceto no período gravídico e puerperal), sanguinolenta, serosanguinolenta, transparente.	Secreção mamária.	Realizar citologia da secreção mamária e encaminhar a consulta médica.	

*Exceto no período gravídico e puerperal

Exames:

- Citologia da secreção mamária;
- Ultrassonografia de mamas < 40 anos;
- Hormônios: T3, T4, TSH, prolactina, estradiol.

MAMOGRAFIA**Mulheres com menos de 40 anos:**

Encaminhar para o médico da unidade. Pedidos deverão ser feitos por mastologistas e ginecologistas, com indicação precisa (por ex.: assimetrias, screening precoce em pacientes com forte história familiar). As pacientes com forte história familiar de câncer de mama devem ser sempre encaminhadas ao mastologista (mãe ou irmã com câncer de mama).

Para o rastreamento, solicitar mamografia a partir de 35 anos, estando às mulheres em risco para câncer de mama conforme INCA (história familiar de câncer) de primeiro grau abaixo dos 50 anos de idade (mãe e irmã), com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovários em qualquer faixa etária, com história de câncer familiar masculino, com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

Mulheres com idade entre 40 e 50 anos:

Segundo o Ministério da Saúde, este procedimento é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentes da faixa etária. É recomendado exame físico anual e na presença de alterações ao exame físico, solicitar mamografia.

Atribuições do Enfermeiro (a) da Unidade Saúde da Família

- Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;

- Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- Solicitar suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste Protocolo;
- Supervisionar a realização de busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando o exame físico das mamas.
- Planejar e programar as ações de controle do câncer da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- Realizar ações de controle do câncer da mama, de acordo com este Protocolo: promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico;
- Analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde;
- Acolher as usuárias de forma humanizada;
- Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);
- Identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e corresponsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;
- Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher;
- Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas.

SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

Introdução

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Considerando a saúde numa visão ampliada, diversos aspectos da vida estão a ela relacionados, como a alimentação, o lazer, as condições de trabalho, a moradia, a educação/informação e renda, as relações sociais e familiares, a autoimagem e a autoestima e o meio ambiente.

Em 1999, a área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde incorporou no seu planejamento de Atenção à Saúde da Mulher acima de 50 anos. No entanto, nenhuma ação específica foi implementada naquela oportunidade. Um balanço institucional realizado em 2002 apontou, entre outras, esta lacuna, considerando necessário superá-la.

Em 2003, essa área técnica assumiu a decisão política de iniciar ações de saúde, voltadas para as mulheres no climatério e incluiu um capítulo específico sobre esse tema no documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. No Plano de Ação dessa política nacional com relação ao climatério, o objetivo é implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério, em nível nacional, que é detalhado na estratégia de ampliar o acesso e qualificar a atenção com ações e indicadores definidos.

Climatério: Mais uma fase na vida da Mulher

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 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.

A discriminação geracional é mais intensa e evidente nas mulheres. O mito da eterna juventude, a supervalorização da beleza física padronizada e a relação entre o sucesso e a juventude são fatores de tensionamento que interferem na autoestima e repercutem na saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais.

Consulta de Enfermagem

Inicia-se pela anamnese clínica, valorizando a escuta, incluindo a aferição de peso, estatura, PA, circunferência abdominal, exame das mamas, seguido de solicitação de exames laboratoriais de rotina.

Exames Laboratoriais:

- Hemograma completo;
- Glicemia de jejum;
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Colesterol total e frações;
- Triglicérides;
- Uréia;
- Creatinina;
- Ácido úrico;
- Sumário de urina (EAS);
- Parasitológico de fezes;
- Hormônios: T3, T4, TSH, prolactina e estradiol.

Mamografia

Mulheres entre 51 a 69 anos de idade:

Solicitar mamografia com intervalo máximo de 02 anos, dentre os exames:

- Exame colpocitológico periódico;
- Ultra-sonografia transvaginal;
- Dosagem do FSH;
- Coagulograma;
- Tipagem sanguínea e fator RH.

Mulheres usuárias de Terapia Hormonal:

Mamografia deverá ser anual.

Orientações por parte dos enfermeiros (a)s devem incluir diversas ações, tais como:

- Estimular o autocuidado, que influencia positivamente na melhora da autoestima e da insegurança que pode acompanhar esta fase;
- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas ou por meio de outros recursos de mídia qualificada - programas direcionados sobre o assunto) que estiverem disponíveis;
- Oferecer tratamento para as queixas relacionadas ao climatério;
- Encaminhar para os serviços de referência para avaliação, nos casos de indicação cirúrgica, doenças endócrinas, pulmonares, psiquiátricas (depressão), em busca de resolução do fator primário correlacionado, ou ajuste do tratamento, de modo a abordar a mulher de forma integral, respeitando sempre seu protagonismo;
- Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações, valorizando a experiência e o autoconhecimento adquiridos durante a vida;
- Estimular a prática do sexo seguro em todas as relações sexuais. O número de mulheres portadoras do HIV nesta faixa etária é relevante por diversos motivos já mencionados;
- Esclarecer às mulheres que utiliza a masturbação como forma de satisfação sexual, que essa é uma prática normal e saudável, independente da faixa etária;
- Estimular o “reaquecimento” da relação ou a reativação da libido por diversas formas, segundo o desejo e os valores das mulheres;
- Motivar a alimentação saudável;
- Motivar a atividade física regular.

Anticoncepção:

Neste período ocorre a diminuição da fertilidade, sendo observada a irregularidade menstrual, ocasionando em ciclos

anovulatórios, daí os métodos anticoncepcionais serem mais eficazes nesta faixa etária. Nesta fase, uma gravidez pode aumentar risco de mortalidade materna, anomalias cromossômicas fetais e abortamentos espontâneos.

Caso ocorra sintomas de hipoestrogenismo e/ou níveis elevados de FSH, associados à amenorreia de um ano, interrompe-se a anticoncepção.

Métodos Hormonais

Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral (AHCO)

São comprimidos que contêm dois hormônios sintéticos (estrogênio e progestógeno) parecidos com os produzidos pelos ovários da mulher. No climatério, além de oferecer segurança contraceptiva com eficácia maior que 99% apresentam algumas vantagens, como o controle do ciclo menstrual, diminuição da duração, da quantidade do fluxo, da dismenorréia e da síndrome de tensão pré-menstrual, que geralmente se intensificam nesta fase.

O tabagismo, a hipertensão arterial, as patologias mamárias ou endometriais, o diabetes, a obesidade, o alcoolismo, a hiperlipidemia, o comprometimento da função hepática e história de acidentes tromboembólicos contra indicam o uso dos anticoncepcionais orais.

A utilização deste método pode prosseguir até a menopausa, caso a mulher não apresente complicações ou contra indicações à medicação.

Método de barreira

Uso de condon masculino e feminino com gel lubrificante a base de água.

Anticoncepção cirúrgica

Orientar a realização da laqueadura tubária.

Situações Especiais:

Mulheres pós-Menopausa

A conduta a ser adotada na Unidade Básica de Saúde, não se altera para as mulheres em pós-menopausa, exceto nas atipias celulares de significado indeterminado e neoplasia epitelial de baixo grau, quando associada à atrofia genital constatada pelo exame clínico e/ou citológico, já que nesses casos há uma incidência maior de citologia falso positivo. Nessa situação, a estrogenização, caso não haja contraindicação, e repetição citológica se impõe, na Unidade Básica de Saúde.

As mulheres que apresentarem anormalidade citológica, após estrogenização, deverão ser encaminhadas à unidade de referência para colposcopia imediata e conduta. Enquanto que, naquelas que apresentarem resultado negativo, uma nova citologia deverá ser realizada em 6 meses, na Unidade Básica de Saúde. Depois de duas citologias consecutivas negativas a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento.

Considera-se mulher imunodeprimida aquela portadora do HIV, usuária de corticóides, transplantada, entre outras. As mulheres imuno deprimidas com resultado citológico alterado têm risco aumentado de apresentarem lesão patológica mais grave ou progressão da lesão, incluindo a evolução para o câncer do colo do útero. Recomenda-se, portanto, encaminhar à unidade de referência para colposcopia imediata.

Nas mulheres com HIV, as lesões precursoras apresentam envolvimento cervical mais extenso e com mais frequência envolvem outros órgãos do trato genital inferior, tais como, a vagina, a vulva e a região perianal. A investigação da mulher com citologia sugestiva de lesões de baixo e alto grau e o respectivo tratamento deve ser acompanhada de introdução de terapia antirretroviral eficaz. Isso evita progressão de lesões existentes, reduz o risco de recorrências e persistência pós-tratamento.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Alterações ósseas predispondo as fraturas e osteoporose.	Hipocalcemia	Orientar exercícios físicos leves regularmente: as caminhadas, a natação e a dança ajudam a fortalecer músculos e ossos; Orientar uma dieta rica em cálcio, ingerindo laticínios e vegetais verdes.	Cálcio 1cp ou 10 ml, via oral ao dia.
Ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido;	Ansiedade; Depressão; Fadiga; Insônia.	Referenciar para o médico.	Polivitaminico 1 cp. ao dia, via oral; Vitamina C 1cp 500mg, via oral por 2 vezes ao dia.
As alterações hormonais e, diminuição da capacidade reprodutiva;	Fluxo menstrual compatível com idade	Solicitar exames laboratoriais (funções hormonais)	
Distúrbios vasomotores, cefaléia;	Perfusão Neurovascular comprometida; Cefaleia.	Orientar compressa fria	Complexo B 1cp ao dia, via oral; Paracetamol ou Dipirona 500mg, via oral de 6/6h.
Sensação de calor	Fogacho	Orientar o aumento da ingestão de líquidos frios, banhos frios, ventilação externa.	



PLANEJAMENTO FAMILIAR

CAPÍTULO 02

PLANEJAMENTO FAMILIAR

A sexualidade é um componente transversal na vida de qualquer sujeito, com determinações e implicações individuais sociais, institucionais e programáticas.

O Planejamento familiar é regulamentado através da Lei nº 9.263/1996 e pela Portaria nº 144/1997 do Ministério da Saúde, como sendo parte integrante de um conjunto de ações de Atenção a Saúde da Mulher, do Homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Esse conjunto de ações inclui: assistência à concepção e contracepção; atendimento ao pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis e controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Embora tratando de planejamento familiar, a lei é ampla e abrangente, caracterizando a anticoncepção como elemento integrante da Saúde Reprodutiva.

Consulta de Enfermagem

Coleta de dados de Enfermagem: Identificação do (a) usuário (a), idade, dados socioeconômicos e culturais, motivos da consulta, antecedentes familiares, antecedentes pessoais.

Condutas/Intervenções de Enfermagem:

- Geral:

- Monitorar peso e avaliar estado nutricional;
- Monitorar frequência cardíaca;
- Monitorar pressão arterial;
- Realizar ausculta cardiopulmonar, se necessário;
- Agendar exame citológico e de mamas e realizá-los anualmente;
- Orientar quanto à imunização;
- Apresentar e explicar à mulher ou casal a técnica de uso do seu método. Reforçar o aconselhamento e oferecer preservativo para uso associado, com vista à dupla proteção do indivíduo

- ou casal;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até 06 meses no caso das lactantes;
- Realizar consultas subsequentes conforme o calendário;
 - Específico:
- Apresentar todos os métodos contraceptivos de barreira, naturais, hormonais e definitivos, respeitando o direito da mulher ou casal quando da possibilidade da prescrição do método diante de condições clínicas favoráveis.
- Realizar primeira prescrição apenas de preservativo masculino ou feminino.
- Realizar prescrição subsequente:
 - Pílula monofásica: Microvlar ou Ciclo 21 ou similar disponível;
 - Pílula trifásica: Triquilar ou similar disponível;
 - Injetável combinado mensal: Mesigyna, Noregyna, Perlutan, Unociclo, Ciclofemina ou similar disponível;
 - Injetável trimestral: Tricelon ou similar disponível;
 - Anticoncepção de emergência: Pilem ou similar disponível;
 - Minipílula: Norestin ou Minipil ou similar disponível, se estiver amamentando;
- Encaminhar para laqueadura e vasectomia (mais de 25 anos com dois filhos vivos) e solicitar exames pré-operatórios.
 - Solicitar exames de rotina:
 - Hemograma completo;
 - Tipagem sanguínea e Fator RH;
 - Sumário de urina (EAS);
 - Parasitológico de fezes;
 - Urocultura com antibiograma;
 - Uréia;
 - Glicemia de jejum;
 - VDRL;
 - Anti-HIV;
 - Creatinina;
 - Ácido úrico;
 - Hemoglobina glicada;
 - Colesterol total e frações;

- Triglicérides;
- Potássio;
- Clearance de creatinina;
- TOTG (teste de tolerância á glicose);
- Hormônios da tireóide;
- Baciloscopia da linfa;
- PPD;
- Raio-X de tórax;
- USG transvaginal;
- USG de mamas ≤ 40 anos;
- Espermograma;
- USG seriada;
- Dosagem de progesterona;
- Eletroforese de hemoglobina.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Duas sorologias positivas para HIV	Soropositivo para HIV/AIDS	Ofertar preservativo; Convidar parceiro; Solicitar exames; Referenciar para tratamento específico e Imunobiológicos especiais; Notificar e tratar a patologia associada (Tuberculose) etc.	
Reação forte ao PPD; Achados radiográficos sugestivos para tuberculose; Baciloscopia de escarro POSITIVA.	Resultado positivo para Tuberculose	Em mulheres em idade reprodutiva, deve-se atentar ao fato de que a Rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação; Acrescentar ao método oral outro método de barreira; Solicitar baciloscopia de acompanhamento e busca ativa dos contactantes.	Tratar; Ver capítulo de TB.

Principais queixas clínicas:

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Cólicas	Cólica	Orientar compressa morna e massagens locais; Orientar alimentação rica em fibras e frutas laxativas, evitando frituras, refrigerantes, café e gorduras; Aumentar ingesta hídrica	Hioscina e Butilescopolamina, via oral, 10 mg de 6/6h.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
DST- AIDS	Resultado positivo para DST/AIDS.	Ofertar preservativos; Convidar parceiro para orientação; Solicitar exames; Encaminhar para a referência (HIV).	Ver protocolo DST/AIDS
Flatulências	Flatulência	Orientar dieta rica em fibra e consumo de fruta laxativa, verduras cruas e cereais integrais; Aumentar ingestão líquida; Evitar alimentos fermentativos.	Dimeticona ou Simeticona 1 cp., via oral, após o almoço
Náuseas e Vômitos	Náusea relacionada com a irrigação do trato gastrointestinal	Orientar dieta fracionada; Ingestão de alimentos secos e sólidos na 1ª refeição, antes da higienização bucal; Evitar líquidos durante as refeições; Apoio psicoterápico.	Metoclopramida 10mg, via oral, se necessário.
Pirose	Desconforto gástrico.	Orientar dieta fracionada; Evitar o decúbito logo após as refeições. Evitar doces, alimentos gordurosos, picantes e irritantes da mucosa gástrica.	Hidróxido de alumínio e magnésio via oral, 05 ml após as refeições;
Tontura	Tontura	Verificar PA; solicitar exames se necessário e orientação alimentar.	Polivitamínico ou Vitamina C, 1cp, via oral, uma vez ao dia.



DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

CAPÍTULO 03

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente considerado o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas DST quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito. Nos últimos anos, principalmente após o início da epidemia de AIDS, as DST's readquiriram importância como problema de saúde pública.

A dimensão dos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde, portanto, é muito mais ampla oportuna e urgente. Supõe o compromisso maior com os princípios do Sistema Único de Saúde, cuja implementação é o objetivo e a preocupação de todos os profissionais cientes da sua missão social.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Corrimento uretral, prurido, polaciúria, odor fétido, dor à micção.	Sinais de Infecção por Clamídia/ Gonorreia	Orientar quanto ao uso de preservativo; Tratar parceiro; Abstenção sexual; Rastreamento DST e sumário de urina (se necessário); Notificar	Ciprofloxacina 500 mg via oral, dose única ou Azitromicina 1g, via oral, dose única ou Eritromicina (estearato) 500 mg, via oral, 6/6h por 7 dias ou Amoxicilina 500mg via oral, 8/8h por 7 dias ou Metronidazol Gel 0,75% , via vaginal, 5g, duas vezes ao dia por 5 dias.
Corrimento vaginal amarelo-esverdeado com prurido, odor fétido, dispareunia, dor a micção.	Sinais de Infecção por Tricomonas	Orientar quanto ao uso de preservativo; Tratar parceiro; Abstenção sexual; Rastreamento DST e sumário de urina (se necessário); Notificar.	Metronidazol 500 mg, via oral de 12/12 horas por 7 dias ou Metronidazol 2g, via oral, dose única ou Tinidazol 2g via oral, dose única ou Secnidazol 2g via oral, dose única.
Corrimento vaginal branco com placas, prurido intenso, hiperemia vulvar.	Candidíase	Orientar quanto ao uso de preservativo; Tratar parceiro; Abstenção sexual; Rastreamento DST e sumário de urina (se necessário).	Nistatina 100.000 UI creme, via vaginal à noite por 14 dias ou Miconazol creme a 2 %, via vaginal por 7 dias ou Fluconazol 150 mg via oral, dose única (e parceiro) ou Cetoconazol 400mg, via oral por 5 dias.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Desconforto ou dor pélvica; dispareunia, temperatura > 38°C, corrimento cervical.	Sinais de Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	Orientar quanto ao uso de preservativo; Tratar parceiro; Abstenção sexual; Rastreamento DST e sumário de urina (se necessário); Notificar.	Metronidazol 500 mg , via oral de 12/12 horas por 14 dias.
Lesão ulcerada com pouca secreção serosa, eritemas em mãos e pés.	Sinais de Infecção por Sífilis	Orientar quanto ao uso de preservativo; Tratar parceiro; Abstenção sexual; Rastreamento DST e sumário de urina (se necessário); Notificar.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega) ou Eritomicina (estearato) 500 mg, via oral de 6/6 h por 15 dias (alergia a penicilina) e Azitromicina 1g via oral, dose única ou Ciprofloxacina 500 mg via oral, 12/12 h por 3 dias ou Sulfametoxazol/trimetropim 800 mg/160 mg via oral , de 12/12 mg, por 10 dias ou Tetraciclina 500 mg, via oral por 6/6 h por dias 15 dias.
Úlcera genital e linfonodos inguinais aumentados.	Sinais de Infecção por Herpes	Orientar quanto ao uso de preservativo; Tratar parceiro; Abstenção sexual; Rastreamento DST e sumário de urina (se necessário); Notificar.	Aciclovir 400 mg, via oral de 8/8h por 7 dias; Aciclovir pomada;

Prevenção a Infecção pelo Papilomavirus Humano (HPV):

Orientações:

- Vacinação;
- Uso de preservativos masculinos ou femininos nas relações sexuais;
- Realizar exame colpocitológico semestral e/ou anual.

Prevenção a AIDS e Hepatites B:

Orientações:

- Vacinação para hepatite B;
- Uso de preservativos nas relações sexuais.



CAPÍTULO 04

SAÚDE DA CRIANÇA

CAPÍTULO 04

SAÚDE DA CRIANÇA

A Política Nacional de Atenção Básica, o pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e o Pacto pela Saúde vieram para contribuir como instrumentos para o fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do SUS numa linha de cuidado integral a Saúde da Criança (BRASIL, 2009).

A estratégia da Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) também habilita o enfermeiro para a Consulta de Enfermagem à criança.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) veio garantir a todas as crianças o tratamento com atenção, proteção e cuidados especiais para se desenvolverem e se tornarem adultos conscientes e participativos do processo inclusivo. Para tanto, na primeira fase do ciclo de vida dos indivíduos a atuação da Enfermagem se faz imprescindível no cuidado à saúde da criança, sobretudo promovendo o aleitamento materno, vigilância do crescimento e desenvolvimento, cobertura vacinal, cuidados na infância, redução das doenças respiratórias e diarreicas, identificando problemas da população infantil assistida.

Consulta de Enfermagem - Cuidados com a criança

Coleta de dados de enfermagem

- Identificação do paciente, idade, escolaridade, motivos da consulta, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, peso ao nascer, apgar 5' e 10', Perímetro Cefálico (PC), Perímetro Torácico (PT), estatura, tipo de parto, alojamento conjunto, tipo de aleitamento, tipagem sanguínea, condições pré-natais e puerperais relacionada a criança, hospitalizações, patologias, situação vacinal.

Geral:

- Monitorar peso e avaliar estado nutricional da criança;
- Realizar demais medidas antropométricas;
- Monitorar frequência cardíaca;

- Medir temperatura axilar;
- Monitorar pressão arterial a partir de 3 anos, se necessário;
- Inspeccionar pele e mucosas;
- Realizar ausculta cardiopulmonar;
- Examinar abdome;
- Palpar gânglios;
- Examinar genitália;
- Examinar coto umbilical;
- Encaminhar para vacinação ou vacinar;
- Preencher corretamente a caderneta da criança;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até 06 meses;
- Monitorar doenças diarréicas e infecção respiratória aguda;
- Realizar consultas conforme o calendário mínimo do Ministério da Saúde, ou caso haja necessidade.

CRESCIMENTO INFANTIL

Avaliação do estado nutricional através da medida inicial de peso/altura.

- Ver condutas recomendadas para algumas situações de crescimento com até 06 anos de idade. (BRASIL, 2006).

Regra de peso esperado para a idade em números absolutos:

$$\text{Idade} \times 2 + 8$$

Regra estatura esperado para a idade em números absolutos:

$$\text{Idade} \times 5 + 80$$

DESENVOLVIMENTO INFANTIL - CLASSIFICAÇÃO AIDPI

MENOR DE 1 MÊS: observar reflexos: de Moro, cocleopalpebral, de sucção, braços e pernas flexionados e mãos fechadas;

1 MÊS A MENOR DE 2 MESES: vocaliza, esperneia alternadamente, abre as mãos e sorriso social.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Ausência de um ou mais reflexos/habilidades para sua faixa etária ou Perímetro cefálico <p10 ou >p90 ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas.	Provável atraso no desenvolvimento	Referir para avaliação neuropsicomotora	
Reflexos/ habilidades presentes para sua faixa etária; Perímetro cefálico entre p10 e p90; Ausência ou presença de menos de 3 alterações fenotípicas; Existe um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco	Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho (a); Marcar consulta de retorno em 15 dias; Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar em 15 dias.	
Reflexos /habilidades presentes para sua faixa etária; Perímetro cefálico entre p10 e p90; Ausência ou presença de alterações fenotípicas; Não existem fatores de risco.	Desenvolvimento normal	Elogiar a mãe; Orientar a mãe para que continue estimulando o seu filho (a); Retornar para o acompanhamento conforme calendário; Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes.	

2 MESES A MENOR DE 2 ANOS

Observar:

2 MESES: Fixa o olhar o rosto do examinador ou da mãe; segue objeto na linha média; reage ao som e eleva a cabeça;

4 MESES: Responde ao examinador, segura objetos, emite sons e sustenta a cabeça;

6 MESES: Alcança um brinquedo, leva objetos a boca, localiza o som e rola;

9 MESES: Brinca de esconde-achou, transfere objetos de uma mão para outra, duplica sílabas e senta sem apoio;

12 MESES: Imita gestos, segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça, produz jargão e anda com apoio;

15 MESES: Executa gestos a pedido, coloca cubos na caneca, produz uma palavra e anda sem apoio;

18 MESES: Identifica dois objetos, rabisca espontaneamente, produz 3 palavras e anda para trás;

24 MESES: Tira a roupa, constrói torre com 3 cubos, aponta 2 figuras e chuta a bola.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior ou Perímetro cefálico <p10 ou >p90 ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas	Provável atraso no desenvolvimento	Referir para avaliação neuropsicomotora	
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária.	Possível atraso no desenvolvimento	Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho (a); Marcar consulta de retorno em 30 dias; Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.	
Todo o marco para sua faixa etária está presente, mas existem um ou mais fatores de risco.	Possível atraso no desenvolvimento.	Orientar a mãe sobre a estimulação de seu filho (a); Marcar consulta de retorno em 30 dias; Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.	
Todo o marco para sua faixa etária está presente.	Desenvolvimento normal	Elogiar a mãe; Orientar a mãe para que continue estimulando o seu filho (a); Retornar para o acompanhamento conforme calendário; Informar a mãe sobre os sinais de alerta para retornar antes.	

Exames:

- Hemograma completo;
- Tipagem sanguínea e Fator RH;
- Sumário de urina (EAS);
- Parasitológico de fezes;
- Glicemia de jejum;
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Bilirrubina;
- Urocultura com antibiograma;
- Uréia;

- Creatinina;
- Ácido úrico;
- Hemoglobina glicada;
- Colesterol total e frações;
- Triglicérides;
- Eletrocardiograma;
- Cálcio;
- Potássio;
- Clearance de creatinina;
- TOTG;
- Hormônios da tireóide;
- Baciloscopia da linfa;
- Raio X de tórax;
- Eletroforese de hemoglobina.

Principais queixas clínicas na infância:

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Acometimento de nervo periférico associado a alterações sensitivo/motor-autonômica	Sistema neuromotor prejudicado em função da hanseníase	Realizar exame neurológico/motor; Encaminhar para consulta médica.	Tratar conforme esquemas terapêuticos. Ver capítulo de Hanseníase.
Alergia dermatológica com prurido e inflamação de pele	Alergia a picada de inseto	Orientar para não coçar; Controle da alergia; Orientar quanto ao uso de mosquiteiro e repelente.	Dexametasona creme, 2 vezes ao dia, no local da picada; Permanganato de potássio para banho, se prurido.
Apetite	Apetite prejudicado	Orientar o cuidador para auxiliar a criança durante a alimentação; Orientar o cuidador no preparo de um prato colorido (alimentos); Orientar o cuidador a preparar um ambiente agradável.	Polivitamínico via oral, 1 vez ao dia; Ver tratamento no quadro AIDPI.
Assaduras	Dermatite de Fraldas	Orientar o cuidador quanto à higiene e banhos, a troca frequente de fraldas e o uso de fraldas de tecidos; Secar bem a região após o banho; Evitar fraldas descartáveis e calças plásticas; Orientar quanto ao uso de sabão neutro em substituição ao uso de amaciantes e sabão em pó.	Óxido de zinco + vitamina AD pomada, a cada troca de fraldas. Ver Manual de Dermatologia Básica nº 9.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Calendário vacinal incompleto	Calendário vacinal incompleto	Controlar calendário vacinal; Observar reações adversas. Encaminhar para o CRIE, se necessário.	Prescrever imunobiológicos;
Cólica	Cólica	Orientar o uso de compressas mornas e massagens locais; Pesquisar alimentação da mãe se aleitamento exclusivo; Orientar a mãe, a não ingestão de frituras, refrigerantes, café, gordura.	Dimeticona ou Simeicona, 1 gota por kg/peso, via oral 1 vez ao dia.
Constipação ou Defecação prejudicada	Obstipação	Orientar dieta rica em fibra, fruta laxativa, verdura crua e cereal integral; Orientar o cuidador sobre o aumento da ingesta hídrica da criança e evitar o consumo de alimentos fermentativos; Estimular a deambulação e a prática de atividades físicas, dentro dos limites de tolerância; Orientar o cuidador a avaliar o acesso da criança ao banheiro, bem como sua privacidade.	Supositório de glicerina 1x ao dia; Óleo mineral, 5 ml, via oral, dividido em até duas doses.
Convulsão	Convulsão	Orientar o cuidador a afastar objetos próximos à criança, no momento da crise; Aferir a temperatura; Colocar a criança em decúbito lateral; Higienizar a criança se ocorrer liberação de esfíncter; Proteger a cabeça da criança, colocando travesseiro.	Encaminhar para neurologista; Prescrever paracetamol ou dipirona (profilaxia), se convulsão febril.
Coriza	Secreção nasal Congestão nasal	Orientar o cuidador quanto a higienizar as narinas com lenços descartáveis ou papel higiênico.	Solução nasal de soro fisiológico, 3 a 4 vezes ao dia.
Coto umbilical	Padrão de Higiene do coto umbilical comprometida	Orientar a genitora sobre a higiene; Avaliar sinais de infecção; Examinar e palpar periferia do coto; Encaminhar para avaliação médica se presença de hérnia; Supervisionar queda do coto.	Álcool a 70% no local a cada troca de fraldas. Ver tratamento no quadro AIDPI.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Dentição decidua	Ingestão de líquidos e alimentos diminuída;	Criança < 6 meses: Orientar o cuidador sobre o aleitamento materno exclusivo até seis meses. Criança 6 meses a < 2 anos: Orientar o cuidador sobre a ingestão de alimentação pastosa;	
	Dentição decidua	Orientar o cuidador a massagear a gengiva com gaze umedecida com soro fisiológico; Orientar uso de mordedor frio; Encaminhar a criança para atendimento odontológico.	Soro fisiológico.
Dois exames anti-HIV alterados	Soropositivo para HIV/AIDS	Encaminhar para o CRIE;	Polivitaminas, vitamina C, 1 gt./kg, via oral; Imunização.
Dosagem de Hemoglobina inferior à referência;	Teste laboratorial positivo para Anemia	Recomenda-se ingerir sulfato ferroso, 30 minutos antes das refeições, com sucos ricos em vitamina C; Solicitar exame parasitológico de fezes; Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias; se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação e repetir a dosagem-se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se “cair”, referir ao especialista	Suplementação de ferro xarope, a partir de 6 meses até 2 anos de idade, 5ml 1 vezes por semana, excluída anemia falciforme; Vitamina C, 1gt/kg, 1 vezes ao dia se necessário; Tratar parasitoses, se presentes (seguir o manual de Doenças infecciosas e parasitárias); Tratar a anemia com sulfato ferroso, via oral/dia (ver quadro AIDPI).
Duas glicemias alteradas	Resultados laboratoriais confirmatórios para Diabetes.	Encaminhar para referência; Orientar a aplicação adequada da insulina, fazendo rodízio nos locais; Orientar o descarte correto das seringas e agulhas utilizadas; Convidar os pais para realizar exames.	Prescrever insulina nas consultas subsequentes.
Escabiose	Prurido intenso	Avaliar os fatores contribuintes para o prurido; Orientar o cuidador quanto à higiene corporal, manter unhas cortadas, limpas e evitar fricção na pele; Orientar o cuidador quanto à troca de roupas limpas e passar a ferro quente.	Solução de permetrina a 2%, diluído em água, após o banho, durante 3 dias; ou Solução de benzoato de benzila a 25%, diluído em água, após o banho, durante 7 noites.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Febre	Febre	Orientar o cuidador para uso de compressas mornas a frias na região axilar e inguinal; Orientar o cuidador para monitorar quanto o aumento da ingestão de líquidos; Orientar o cuidador a verificar temperatura corporal de seis em seis horas ou quando necessário.	Dipirona 500mg ou Paracetamol 200mg, via oral; Ver quadro AIDPI.
Ferida da pele	Integridade da pele prejudicada	Orientar para não coçar; Uso de mosquiteiros e repelente.	Neomicina pomada, 3 vezes ao dia.
Flatulência	Flatulência	Posicionar criança para eructação após a amamentação. Motivar a mãe o aleitamento materno exclusivo até os seis meses; Orientar alimentação rica em fibra, fruta laxativa, verdura crua e cereal integral; Orientar a cuidadora quanto à ingestão hídrica da criança; Suprimir alimentos fermentativos; Orientar a cuidadora ao monitoramento de outros alimentos; Avaliar alergias;	Dimeticona ou Simeticona, 1 gota por kg/peso, via oral 1 vez ao dia.
Ginecomastia	Mamas aumentadas.	Monitorar involução das mamas; Encaminhar para avaliação médica, caso necessário.	
Higiene oral prejudicada	Higiene oral prejudicada	Orientar limpeza da cavidade oral da criança com gaze úmida com água, principalmente após a amamentação;	
Larva Migrans	Integridade da pele prejudicada	Orientar ao cuidador quanto à higiene e uso da medicação prescrita.	Tiabendazol pomada; Tiabendazol solução oral 25 mg/kg/peso, duas vezes ao dia, durante 5 dias.
Mancha(s) ou área(s) com alteração de sensibilidade e/ou baciloscopia de linfa positiva.	Resultado laboratorial positivo para Hanseníase	Orientar sobre a doença, a transmissão, o tratamento, cura e exame de conviventes domiciliares; Orientar para o uso correto da Poliquimioterapia (PQT) e possíveis efeitos adversos; Vacinar conviventes domiciliares com BCG, se necessário; Orientar para Autocuidado; Notificar caso.	Tratar conforme esquemas terapêuticos. Ver capítulo de Hanseníase.
Molusco contagioso	Integridade da pele prejudicada	Orientar a assepsia da lesão; Orientar a remoção do conteúdo da pápula com agulha estéril.	
Mucosa oral alterada	Candidíase oral	Orientar limpeza da cavidade oral da criança com gaze úmida com água, principalmente após a amamentação;	Nistatina oral, 2 a 5 gotas, 3 vezes ao dia, por 7 dias; Ver tratamento no quadro AIDPI.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Náusea	Náusea	Orientar o cuidador para evitar alimentos quentes ou gelados; Orientar o cuidador quanto à diminuição de ingestão de líquido durante as refeições; Orientar o cuidador na observância dos fatores que contribuem para o aparecimento da náusea; Orientar o cuidador a evitar deitar a criança logo após as refeições.	
PA elevada	Hipertensão Arterial	Controle da Pressão Arterial; Orientar dieta hipossódica e hipocalórica; Encaminhar para nutricionista e cardiologista; Monitorar peso e estimular exercícios físicos regulares.	Prescrever medicação anti-hipertensiva nas consultas subsequentes; Ver capítulo de HA.
Pediculose do couro cabeludo (piolho)	Padrão de Higiene do couro cabeludo prejudicada	Orientar a higiene dos cabelos; Orientar a remoção de lêndeas com auxílio de pente fino; Orientar a lavagem com água morna e vinagre.	Benzoato de benzila 25 %, diluído em água, após o banho e lavar 6 horas depois, repetir em uma semana; ou Solução de permetrina a 2%, diluído em água, após o banho, durante 3 dias.
Sorologia reagente para Toxoplasmose.	Resultado laboratorial positivo para Toxoplasmose congênita	Risco para infecção;	Tratar conforme manual de Doenças Infecciosas e Parasitárias.
Tosse produtiva	Tosse com expectoração	Estimular a ingestão de líquidos; Auscultar e avaliar os sons respiratórios; Realizar tapotagem.	Nebulização com 5 ml soro fisiológico, 3 a 4 vezes ao dia; Lambdor expectorante, via oral por 2 vezes ao dia.
Tungíase (bicho de pé)	Integridade da pele prejudicada	Retirar o conteúdo da vesícula com material estéril, após assepsia; Orientar a utilização de calçados.	
VDRL positivo	Resultado de teste positivo para Sífilis Congênita	Realizar teste confirmatório (FTA-Abs); Solicitar exame mensal para acompanhamento.	
Verminoses	Resultado do PF positivo para protozoários	Orientar utilização de água filtrada ou fervida; Lavagem das mãos após uso de banheiro e a lavagem dos alimentos adequadamente.	Albendazol, via oral, dose única; Metronidazol, via oral por 3 vezes ao dia, durante 5 dias; Ver tratamento no quadro AIDPI de doenças infecciosas e parasitárias.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Vômito	Vômito	Orientar dieta fracionada e ingestão de alimentos secos e sólidos na 1ª refeição, antes da higienização bucal; Avaliar o estado de hidratação da criança; Orientar o cuidador quanto à frequência dos vômitos e quantidade; Investigar os fatores contribuintes do vômito.	Metoclopramida 10mg, via oral 1 gt/kg/peso a cada episódio hemético; Soro de reidratação oral; Ver tratamento no quadro AIDPI.

Hanseníase na criança

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Recomenda-se aplicar o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos - PCID < 15, do Ministério da Saúde (2009), o qual consta anexo.

Esquemas terapêuticos

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional.

Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES: 6 cartelas.

Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
Duração: 6 doses.	
Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.	
Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	

Esquema terapêutico para casos MULTIBACILARES: 12 cartelas.

Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.
Duração: 12 doses.	
Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.	
Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	
Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.	

O encerramento da Poliquimioterapia (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta.

Em crianças ou adulto com peso inferior a 30 kg, ajustar a dose de acordo com o peso conforme o quadro a seguir:

Medicamentos	Dose mensal	Dose diária
Rifampicina (RFM)	10 a 20 mg/kg	-
Dapsona (DDS)	1,5 mg/kg	1,5 mg/kg
Clofazimina (CFZ)	5 mg/kg	1 mg/kg

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Febre vespertina por mais de 15 dias, irritabilidade, tosse, linfadenopatia cervical ou axilar, reação forte ao PPD; achados radiográficos sugestivos.	Febre; Tosse; Resultados positivos para Tuberculose;	Notificar caso; Encaminhar para referência tratar; Acompanhar mensalmente; Verificar peso, PA; Vacinar conviventes, se necessário.	Polivitaminas, via oral 1 x dia; Vitamina C, via oral 1 x dia.

Tuberculose na criança

A TB na criança (menores de 10 anos) apresenta especificidades que devem ser consideradas durante sua investigação diagnóstica. A forma pulmonar difere do adulto, pois costuma ser bacilífera, isto é, negativa ao exame bacteriológico, pelo reduzido número de bacilos nas lesões. Além disso, crianças, em geral, não são capazes de expectorar.

Tuberculose pulmonar na criança

As manifestações clínicas podem ser variadas. O achado clínico que chama atenção na maioria dos casos é a febre, habitualmente moderada, persistente por 15 dias ou mais e freqüentemente vespertina. São comuns irritabilidade, tosse, perda de peso, sudorese noturna, às vezes profusa; a hemoptise é rara. Muitas vezes, a suspeita de tuberculose é feita em crianças com diagnóstico de pneumonia sem melhora com o uso de antimicrobianos para germes comuns.

Há predomínio da localização pulmonar sobre as demais formas de tuberculose, isto é, as formas extras pulmonares. Os achados radiográficos mais sugestivos da tuberculose pulmonar em crianças são: adenomegalias hilares e/ou paratraqueais (gânglios mediastínicos aumentados de volume); pneumonias com qualquer aspecto radiológico, de evolução lenta, às vezes associada à adenomegalias mediastínicas, ou que cavitam durante a evolução; infiltrado nodular difuso- padrão miliar (Brasil, 2008).

O diagnóstico de tuberculose pulmonar segundo o sistema de escore validado, que é um sistema de pontuação, encontra-se resumido em um quadro no Manual de Controle da Tuberculose.

Tendo em vista que crianças com TB em geral desenvolvem a doença após transmissão por um contato adulto bacilífero, preconiza-se a investigação de todos os seus contatos, independentemente da forma clínica da criança, a fim de se identificar principalmente o caso índice, interrompendo assim a cadeia de transmissão (BRASIL, 2010).

ESQUEMA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

VACINA	IDADE	DOSES	VO- LU- ME	VIA DE ADMI- NISTRA- ÇÃO	REGIÃO DE APLI- CAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMEN- DADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABER- TO FRASCO
BCG	Ao nascer	1 dose	0,1 ml	Intradér- mica	Inserção inferior do deltóide direito	Seringa de 3 ml com agulha de 13 x 3,8	8 horas
HEPATI- TE B	1 dose ao nascer preferen- cialmente até 12h de vida	1 dose	0,5 ml	Intramus- cular	Vasto lateral da coxa direita	Seringa de 3 ml com agulha de 20 x 5,5 até 1 ano ou com agulha 25 x 0,6	15 dias
POLIO/ VIP	2 meses 4 meses	2 doses	0,5 ml	Intramus- cular	Vasto lateral da coxa nas 2 primeiras doses.	Seringa de 3 ml com agulha de 20 x 5,5 até 1 ano ou com agulha 25 x 0,6	6 horas
PÓLIO/ VOP	6 meses; 1 ano e 3 meses	1 dose e reforço	2 gotas	Via oral	Boca na 3ª dose e reforço.	-	5 dias
PENTA- VALEN- TE	2 meses 4 meses 6 meses	3 doses	0,5 ml	Intramus- cular	Vasto lateral da coxa esquerda	Seringa de 3 ml com agulha de 20 x 5,5 até 1 ano ou com agulha 25 x 0,6	Imediato
ROTAIVI- RUS	2 meses 4 meses ou 3 meses 5 meses	2 doses , sendo a 1ª de 1 mês e 15 dias até 3 meses e 15 dias e a 2ª de 3 meses e 8 dias até 7 meses e 29 dias	2,5 ml	Via oral	Boca	Já preparada	Imediato
PNEU- MOCÓ- CICA 10	2 meses 4 meses 6 meses e 1 ano	3 doses + 1 reforço	0,5 ml	Intramus- cular	Vasto lateral da coxa direita	Seringa de 3 ml com agulha de 20 x 5,5 até 1 ano ou com agulha 25 x 0,6	Imediato
MENIN- GOCÓ- CICA	3 meses 5 meses e 1 ano e 3 meses	2 doses + 1 reforço	0,5 ml	Intramus- cular	Vasto lateral da coxa direita	Seringa de 3 ml com agulha de 20 x 5,5 até 1 ano ou com agulha 25 x 0,6	Imediato

VACINA	IDADE	DOSES	VO- LU- ME	VIA DE ADM- NISTRA- ÇÃO	REGIÃO DE APLI- CAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMEN- DADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABER- TO FRASCO
HEPATI- TE A	1 ano	1 dose	0,5 ml	Intramus- cular	Vasto lateral da coxa esquerda	Seringa de 3 ml com 25x0,6	Imediato (monodose)
TRI- PLICE VIRAL	1 ano e 1 ano e 3 meses	1 dose + 1 reforço	0,5 ml	Subcutânea	Inserção lateral do deltóide	Seringa de 3 ml com agulha de 13 x 4,5	6 horas (SANOFI) e 8 horas (BUTANTAN e FIOCRUZ)
TETRA- VIRAL	1 ano e 3 meses (para crianças que tomaram a 1ª dose de Tríplice Viral)	1 dose	0,5 ml	Subcutânea	Inserção lateral do deltóide	Seringa de 3 ml com agulha de 13 x 4,5	Imediato
DTP	1 ano e 3 meses e 4 a 6 anos	1 dose + 1 reforço	0,5 ml	Intramus- cular	Vasto lateral da coxa direita ou deltóide no reforço	Seringa de 3 ml com agulha de 25 x 0,6	15 dias

OUTRAS VACINAS

VACINA	IDADE	DOSES	VO- LU- ME	VIA DE ADMINIS- TRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMEN- DADAS	TEMPO DE VALIDA- DE APÓS ABERTO FRASCO
VARICE- LA (rede privada)	1 ano	1 refor- ço aos 4 anos	0,5ml	Intramuscular	Músculo vasto lateral da coxa esquerda (< 2 anos) e Múscu- lo deltóide (a partir 2 anos)	Seringa de 3 ml com agulha 25x0,6 ou 25x0,7	Imediato
IN- FLUEN- ZA	6 e 7 meses	2 doses	1 re- forço anual	Intramuscular	Músculo vasto lateral coxa (< 2 anos) e Múscu- lo deltóide (a partir 2 anos)	Seringa de 3 ml com agulha 25x0,6 ou 25x0,7	7 dias

IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS - CRIE

Imunobiológico	Grupos	Idade
Vacina de vírus inativados contra poliomielite	Crianças imunocomprometidas suscetíveis; Crianças que estejam em contato domiciliar com pessoas imunodeficientes e suscetíveis; Transplantados de medula óssea, suscetível.	Criança com < 5 anos e com < 5 doses de vacina contra a poliomielite e os transplantados de medula óssea.
DTP acelular, ou componente Monovalente de pertussis acelular, se disponível.	Eventos adversos graves após aplicação da DTP nos casos de EHH e convulsão afebril e febril, exceto encefalopatia e anafilaxia sistêmica grave. Em caso de encefalopatia, completar esquema co DT (Vacina Dupla Infantil)	
Vacina DTP combinada à Hib e outras vacinas combinadas	Síndromes hemorrágicas. Para diminuir o número de injeções.	
Imunoglobulina Humana Antitetânica	Pessoas que tiveram teste de sensibilidade ao SAT positivo; Pessoas que já tenham tido relação de hipersensibilidade após haverem recebido qualquer soro heterólogo.	
Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B + Iniciar ou completar vacinação contra hepatite B	Pessoa não vacinada: Vítima de abuso sexual; Comunicantes sexuais de caso agudo de hepatite B; Exposição sanguínea quando o caso índice for HbsAg+ ou de alto risco; Considera-se imunizada a pessoa que recebeu > 3 doses de vacina.	Recém-nascido de mãe HIV positivo e também HbsAg+; Recém-nascido com peso < 2000g e de mães HIV positivo;
Vacina contra hepatite B nas primeiras 12 horas após nascimento	Estudos recentes mostram que a vacina contra hepatite B isoladamente confere resultados comparáveis à aplicação de vacina + imunoglobulina humana anti-hepatite B.	Recém-nascidos de mães HbsAg+
Vacina contra Haemophilus influenzae tipo b	Transplantados de medula óssea com qualquer idade; Com doença pulmonar ou cardiovascular crônicas, graves; Asplenia anatômica ou Funcional, esplenectomia eletiva e hemoglobinopatias, imunodeficiência congênita ou adquirida (HIV/AIDS).	A partir dos 12 meses; Crianças >12 meses e <5 anos; >12 meses e <18 anos;
Vacina contra Pneumococo 23 valente, pneumococo 7 valente.	Crianças com doença pulmonar ou cardiovascular crônicas, graves, insuficiência renal crônica, diabetes melitus insulino dependente, cirrose hepática; Imunodeficiência congênita ou adquirida, inclusive infectadas pelo HIV/AIDS, fistula liquórica; Asplenia anatômica ou funcional, esplenectomia eletiva, hemoglobinopatias; Transplante de medula óssea.	A partir dos 2 anos de idade. Aplicar >2 semanas antes da esplenectomia.
Vacina contra hepatite A	Crianças com doença pulmonar ou cardiovascular crônicas, graves, insuficiência renal crônica, diabetes melitus insulino dependente, cirrose hepática; Imunodeficiência congênita ou adquirida, inclusive infectadas pelo HIV/AIDS, fistula liquórica; Asplenia anatômica ou funcional, esplenectomia eletiva, hemoglobinopatias; Transplante de medula óssea.	A partir dos 2 anos de idade; Aplicar >2 semanas antes da esplenectomia.

Imunobiológico	Grupos	Idade
<p>Vacina contra varicela</p>	<p>Imunocomprometidos, nas indicações da literatura: leucemia linfócita aguda e tumores sólidos em remissão (pelo menos 12 meses), desde que apresentem ≥ 1200 leucócitos/mm³, sem radioterapia; caso estejam em quimioterapia suspendê-la sete dias antes e sete dias depois da vacinação; Profissionais de saúde, pessoas e familiares suscetíveis à doença e imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com imunocomprometidos; Pessoas suscetíveis à doença que serão submetidas a transplante de órgãos sólidos, pelo menos três semanas antes do ato cirúrgico; Pessoas suscetíveis à doença e imunocompetentes no momento da internação em enfermaria onde haja caso de varicela; Vacinação antes da quimioterapia, em protocolos de pesquisa; HIV positivo assintomático ou oligossintomático; Imunocomprometidos não devem vacinar-se contra varicela, a não ser os casos que atendam aos critérios especiais de indicação.</p>	
<p>Imunoglobulina Humana antivariçela Zoster</p>	<p>-Comunicantes de varicela suscetíveis pertencentes aos seguintes grupos: Crianças e adultos imunocomprometidos; Gestantes; Considera-se suscetível a pessoa não vacinada contra varicela e sem história da doença e os transplantados de medula óssea. São considerados contatos de risco: contato domiciliar contínuo, permanência com o doente por mais de uma hora em ambiente fechado, pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenha mantido contato direto ou prolongado.</p>	<p>RNs de mães nas quais a varicela surgiu nos últimos 5 dias de gestação ou nos primeiros 2 dias após o parto; RNs prematuros com ≥ 28 semanas de gestação cuja mãe não teve varicela; RNs com <28 semanas de gestação, (ou com menos de 1000g ao nascimento) independente da história materna de varicela.</p>
<p>Vacina contra influenza</p>	<p>Adultos e crianças com doença pulmonar ou cardiovascular crônicas, graves, insuficiência renal crônica, síndrome nefrótica, diabetes melito-dependente, cirrose hepática e hemoglobinopatias; Imunodeficiência congênita ou adquirida, inclusive pessoas infectadas pelo HIV (assintomáticas ou com AIDS); Profissionais de saúde e familiares que estejam em contato com os pacientes mencionados anteriormente; Transplantados de medula óssea a partir de 6 meses de idade.</p>	

Imunobiológico	Grupos	Idade
Vacina antirrábica de cultivo celular	Pessoas que apresentem parestesias e/ou deficiência motora durante aplicação da vacina Fuenzalida- Palacios (FP); Pacientes imunocomprometidos para os quais haja indicação de vacinação anti-rábica; Reação de hipersensibilidade durante a aplicação da FP; Profissionais com atividade de risco que receberam o esquema pré-exposição com a vacina FP e mesmo após doses de reforço, não alcançaram título de anticorpos necessário para a proteção.	
Imunoglobulina humana anti-rábica	Pessoas cujo teste de sensibilidade ao soro anti-rábico seja positivo; Pessoas que já tenham tido reação de hipersensibilidade após terem recebido qualquer soro heterólogo.	

CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO AIDPI

INFECÇÃO:

DETERMINAR SE HÁ POSSIBILIDADE DE INFECÇÃO BACTERIANA		
<p>PERGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A criança teve convulsões? • A criança não consegue alimentar-se? • A criança vomita tudo que ingere? 	<p>OBSERVAR, ESCUTAR, PALPAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar a frequência respiratória em um minuto. Repetir se a contagem for elevada. • Observar se há tiragem subcostal grave. • Observar se há batimento das asas do nariz. • Verificar e escutar se há gemido. • Verificar e palpar se a fontanela está abaulada. • Observar se há secreção purulenta no ouvido. • Examinar o umbigo. Apresenta-se eritematoso ou com secreção purulenta? • O eritema estende-se à pele? • Medir a temperatura axilar. • Observar se há pústulas na pele. • As pústulas são muitas ou extensas? • Observar se a criança está letárgica ou inconsciente. • Observar os movimentos da criança. Movimenta-se menos do que o normal? • Apresenta dor à manipulação? 	 <p>A criança deve estar tranqüila</p>

SINAIS	CLASSIFICAR COMO	TRATAMENTO (Os tratamentos urgentes antes do referir acham-se em negrito)
<ul style="list-style-type: none"> • Convulsões ou • A criança não consegue alimentar-se ou • Vomita tudo que ingere ou • Respiração rápida (60 ou mais por minuto) ou • Tiragem subcostal grave ou • Batimento das asas do nariz ou • Gemido ou • Fontanela abaulada ou • Secreção purulenta no ouvido ou • Eritema umbilical estende-se à pele ou • Febre (37,5°C ou mais) ou temperatura corpórea baixa (menos de 35,5°C) ou • Pústulas na pele: muitas ou extensas • Letárgica ou inconsciente ou • Movimenta-se menos que o normal ou • Dor à manipulação 	<p>POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. ➤ Prevenir a tratar a hipoglicemia. ➤ Recomendar à mãe a manter a criança agasalhada. ➤ Referir URGENTEMENTE ao hospital. ➤ Recomendar à mãe a continuar a amamentar.
<ul style="list-style-type: none"> • Umbigo eritematoso ou com secreção purulenta ou • Pústulas na pele 	<p>INFECÇÃO BACTERIANA LOCAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar os antibióticos recomendados. ➤ Ensinar à mãe a cuidar das infecções locais em casa. ➤ Orientar a mãe como tratar a criança em casa. ➤ Marcar retorno em dois dias.

<ul style="list-style-type: none"> • Não consegue alimentar-se ou • Nenhuma pega ou • Não está sugando nada. 	<p>NÃO CONSEGUE ALIMENTAR-SE: POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar a primeira dose de antibiótico recomendado. ➢ Prevenir e tratar hipoglicemia ➢ Orientar a mãe sobre como manter a criança agasalhada durante o trajeto ao hospital. ➢ Referir URGENTEMENTE ao hospital
<ul style="list-style-type: none"> • A pega não é boa ou • Não está sugando bem ou • Menos de oito amamentações em 24 horas ou • Recebe outros alimentos ou líquidos ou • Peso baixo para a idade ou • Monilíase oral (ulcerações ou placas brancas na boca). 	<p>PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO OU PESO BAIXO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Recomendar à mãe a amamentar ao peito tantas vezes e por tanto tempo quanto a criança quiser, de dia e de noite. ➢ Se a criança não estiver bem posicionada ou se não estiver sugando bem, ensinar a posição e a pega corretas. ➢ Se está recebendo outros alimentos ou líquidos, recomendar à mãe a amamentar mais vezes, reduzindo outros alimentos ou líquidos, e a utilizar uma xícara ou colher. ➢ Se não estiver amamentando: <ul style="list-style-type: none"> - referir para aconselhamento sobre amamentação e possibilidade de retornar à amamentação; - recomendar como preparar corretamente leite de vaca ou outro leite industrializado e como usar uma xícara/copinho. ➢ Se houver monilíase oral, ensinar à mãe a tratá-la em casa. ➢ Aconselhar a mãe como cuidar da criança em casa. ➢ Marcar o retorno referente a qualquer problema de alimentação ou de monilíase oral em dois dias. ➢ Fazer o acompanhamento do baixo peso para a idade em 14 dias.
<ul style="list-style-type: none"> • O peso não é baixo para a idade e não existe nenhum sinal de alimentação inadequada. 	<p>NENHUM PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Recomendar à mãe como cuidar da criança em casa. ➢ Elogiar a mãe por alimentar bem a criança.

➢ **Ensinar à mãe ou ao acompanhante a tratar as infecções locais**

- Explicar como dar o tratamento.
- Observá-la dando o primeiro tratamento no serviço de saúde.
- Orientar quantas vezes por dia o tratamento deve ser administrado.
- Dar o tratamento durante sete dias.
- Orientar para retornar ao serviço de saúde se a infecção piorar.

Para tratar pústulas da pele* ou umbilical

A mãe deve (duas a três vezes ao dia):

- Lavar as mãos
- Retirar o pus e crostas lavando suavemente com água e sabão
- Banho de Permanganato de Potássio (solução 100 mg de Permanganato para 4 litros de água), passando especialmente nas pústulas ou sobre o umbigo, após cada limpeza
- Secar a região
- Passa pomada tópica de Neomicina
- Lavar as mãos

Para tratar a infecção umbilical:

- Lavar as mãos
- Fazer a limpeza do coto umbilical com álcool a 70%

Para tratar monilíase oral (ulcerações ou placas brancas na boca)**

A mãe deve (quatro vezes ao dia):

- Lavar as mãos
- Lavar a boca da criança usando um pano macio enrolado no dedo e umedecido com água e sal
- Dar Nistatina oral, 1 a 2 ml (1 a 2 conta gotas) de 6 em 6 horas, espalhando-a bem na boca da criança
- Lavar as mãos

** Dose de Nistatina: 25.000 a 50.000 UI por Kg/dose de 6/6 horas, durante 7 dias.

* No caso da criança apresentar pequenas pústulas na pele e em número reduzido (menor de cinco), a mãe deverá ser orientada para fazer a limpeza das lesões com solução de Permanganato e usar pomada tópica de antibiótico (Neomicina), três vezes ao dia. A criança deverá ser acampanhada diariamente até a regressão das lesões. Caso as lesões continuem



➤ **Dar um Antibiótico Oral Recomendado**

➤ **PARA PNEUMONIA E INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO***

ANTIBIÓTICO DE PRIMEIRA LINHA: **AMOXICILINA**

ANTIBIÓTICO DE SEGUNDA LINHA: **ERITROMICINA OU TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL**

	AMOXICILINA 50 mg/kg/dia Dar de 8 em 8 horas durante 7 dias*		TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL 40 mg/kg/dia de sulfametoxazol Dar de 12 em 12 horas durante 7 dias*		ERITROMICINA * 40 mg/kg/dia Dar de 6/6 horas durante 7 dias
IDADE OU PESO	Comprimido 250 mg	Suspensão 250 mg por 5,0 ml	Comprimido 80mg trimetoprim + 400mg sulfametoxazol	Suspensão 40mg trimetoprim + 200mg sulfametoxazol por 5,0 ml	SUSPENSÃO 250 mg por 5,0 ml
2 a 11 meses (4 -<10kg)	1/2	2,5 ml	1/2	5,0ml	2,5 ml
1 a 4 anos (10 - 19 kg)	1	5,0 ml	1	7,5ml	5,0 ml

*Para infecção do ouvido, usar 10 dias.

Observação: nos casos de PNEUMONIA, em que não há indicação de hospitalização e a criança não aceitar o antibiótico oral ou não apresentar melhora do quadro, pode ser usada Penicilina Procaína, na dose de 50.000 UI/kg/dia (Ver Quadro de antibióticos IM).

Nota: nos casos de Pneumonia Grave ou Doença Muito Grave, Doença Febril Muito Grave ou Mastoidite e quando não for possível referir, administrar tratamento por via intramuscular.

➤ **PARA DISENTERIA**

➤ **DAR UM ANTIBIÓTICO RECOMENDADO EM SUA REGIÃO CONTRA SHIGELLA DURANTE 5 DIAS.**

ANTIBIÓTICO DE PRIMEIRA LINHA CONTRA SHIGELLA: **ÁCIDO NALIDÍXICO**

ANTIBIÓTICO DE SEGUNDA LINHA CONTRA SHIGELLA: **TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL**

	ÁCIDO NALIDÍXICO 40 mg/kg/dia : Dar de 6 em 6 horas durante 5 dias		TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL 40 mg/kg/dia de sulfametoxazol Dar de 12 em 12 horas durante 5 dias *	
IDADE OU PESO	COMPRI-MIDO 250 mg	SUSPENSÃO 250 mg por 5,0 ml	Comprimido 80mg trimetoprim + 400mg sulfametoxazol	Suspensão 40mg trimetoprim + 200mg sulfametoxazol por 5,0 ml
2 a 4 meses (4 -< 6 kg)	1/2	1,25 ml	1/2	5,0 ml
5 a 11 meses (6 -< 10kg)	1/2	2,5 ml		
1 a 4 anos (10 - 19 kg)	1	5,0 ml	1	7,5 ml

➤ **PARA CÔLERA:**

➤ **Dar um antibiótico recomendado em sua região contra o Cólera, durante 3 dias, se a criança tem 2 anos ou mais.**

ANTIBIÓTICO DE PRIMEIRA LINHA CONTRA A CÔLERA:

TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL

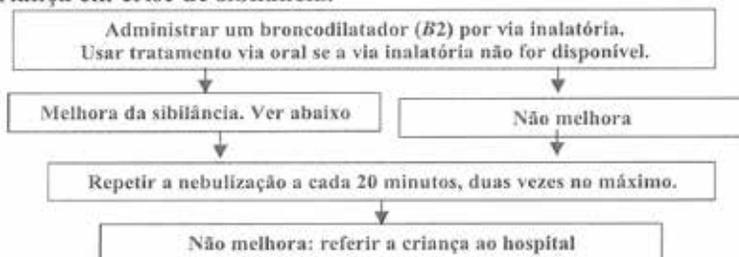
ANTIBIÓTICO DE SEGUNDA LINHA CONTRA A CÔLERA:

ERITROMICINA OU FURAZOLIDONA

	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL Dar de 12/12 horas durante 3 dias	ERITROMICINA 40 mg/kg/dia Dar de 6/6 horas durante 3 dias	FURAZOLIDONA 7 mg/kg/dia Dar de 6/6 horas durante 3 dias
IDADE OU PESO	Ver doses acima	SUSPENSÃO 250 mg por 5,0 ml	Cápsula 100 mg
2 a 4 anos (12 - 19 kg)		5,0 ml	1/4

TRATAR A SIBILÂNCIA

➤ Criança em crise de sibilância.



Uso de Broncodilatadores

Broncodilatador de Ação Rápida (B2)*: Via Inalatória

Nebulização	Tempo	Dose	Dose máxima recomendada
Fenoterol: 5 mg/ml	5 a 10 minutos	1 gota para cada 3 kg/dose diluída em 3 ml de soro fisiológico	10 gotas

Broncodilatador Oral (Salbutamol): três vezes ao dia, durante cinco dias

Idade ou peso (0,1 mg/kg/dose)	Comprimido de 2 mg	Comprimido de 4 mg	Suspensão 2 mg em 5 ml
2 a 11 meses (< 10 kg)	1/2	1/4	2,5 ml
De 1 a 4 anos (10 a 19 kg)	1	1/2	5,0 ml

* Quando você não dispuser de broncodilatador (B2) por via inalatória, usar adrenalina subcutânea, solução 1:1000, em dose única de 0,01 ml/kg.

➤ Se a criança melhorar da sibilância:

Para aquelas crianças cujos problemas sejam classificados como PNEUMONIA ou NÃO PNEUMONIA, manter o tratamento com broncodilatador por cinco dias, três vezes ao dia; usar a via oral se a via inalatória não for disponível.

➤ Se a criança não melhorar da sibilância:

Referir a criança ao hospital.

FEBRE OU DOR DE OUVIDO

➤ Dar Analgésico/Antitérmico contra a Febre Alta ($>38,5^{\circ}\text{C}$) ou Dor de Ouvido

➤ Dar paracetamol ou dipirona de 6 em 6 horas até passar a febre alta ou dor de ouvido.

IDADE OU PESO	PARACETAMOL OU DAPIRONA 10 mg/kg/dose	
	Paracetamol gotas: 200 mg/ml 1 gota/kg/dose	Dipirona gotas: 500 mg/ml - 1gota/2kg/dose
2 a 11 meses (6 - 9 kg)	6 a 9	3 a 5
1 a 2 anos (10 - 14 kg)	10 a 14	5 a 7
3 a 4 anos (15 - 19 kg)	15 a 19	8 a 10



HIPOVITAMINOSE OU MALNUTRIÇÃO

> Dar Polivitaminas e Sais Minerais

> Usar durante a convalescência da diarreia persistente duas Ingestões Diárias Recomendadas (IDR) de polivitaminas e sais minerais durante duas semanas.

Ingestão Diária Recomendada (IDR) para Crianças

Nutrientes	Unidade	Crianças – Idade (em anos)				
		0 – 0,5	0,5 – 1	1 – 3	4 – 6	7 – 10
Vitamina A	mcg	375	375	400	500	700
Ácido Fólico	mcg	25	35	50	75	100
Zinco	mcg	5	5	10	10	10
Cobre	mcg	0,4 – 0,6	0,6 – 0,7	0,7 – 1,0	1,0 – 1,5	1,0 – 2,0
Magnésio	mcg	40	60	80	120	170

> Dar Ferro

- > Dar uma dose por dia, durante 14 dias, no intervalo das refeições, acompanhada de suco de frutas cítricas, se houver disponibilidade.
- > Informar à mãe que as fezes irão ficar escuras.

IDADE OU PESO	SULFATO FERROSO 1 ml = 25 mg de ferro elementar
2 a 3 meses (4 - < 6kg)	2 mg/kg/dia ou 10 gotas ou 0,5 ml/dia
4 a 11 meses (6 - < 10kg)	2 mg/kg/dia ou 20 gotas ou 1 ml/dia
1 a 2 anos (10 - < 14kg)	3 mg/kg/dia ou 30 gotas ou 1,5 ml/dia
3 a 4 anos (14 - 19kg)	3 mg/kg/dia ou 40 gotas ou 2,0 ml/dia

Observação: no caso de baixa aderência ao tratamento por desconforto gástrico ou intestinal, reduzir a dose à metade e dar apenas três vezes por semana.

> Dar Vitamina A

- > Dar uma dose única.
- Dar a primeira dose no Serviço de Saúde.

IDADE	VITAMINA A		
	SOLUÇÃO ORAL 50.000 UI / ampola	DRÁGEAS 50.000 UI/ drágeas	CÁPSULAS
Até 6 meses*	1	1	--
6 a 11 meses	2	2	100.000 UI
1 a 4 anos	4	4	200.000 UI

* Apenas para crianças que não recebam leite materno e sejam residentes em áreas onde a hipovitaminose A seja endêmica.

A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO OU DE PESO BAIXO

PERGUNTAR:

- Há alguma dificuldade para alimentar?
- A criança está sendo amamentada ao peito?
Se a resposta for sim, quantas vezes em cada 24 horas?
- Habitualmente a criança recebe quaisquer outros alimentos ou líquidos?
Se a resposta for sim, que tipo e com que frequência?
- O que usa para alimentar a criança?

OBSERVAR:

- Determinar o peso para a idade.

A SEGUIR, PERGUNTAR:

A criança de 1 semana a menos de 2 meses de idade está com diarreia?

SE A RESPOSTA FOR SIM, PERGUNTAR:

- Há quanto tempo?
- Há sangue nas fezes?

OBSERVAR E PALPAR:

- Examinar a condição geral da criança.
A criança encontra-se:
Letárgica ou inconsciente?
Inquieta, irritada?
- Observar se os olhos estão fundos.
- Sinal da prega: a pele volta ao estado anterior

Muito lentamente (mais de 2 segundos)?
Lentamente?

VERMINOSES

➤ Dar Mebendazol

- Dar 100 mg ou 5 ml de mebendazol duas vezes ao dia, durante três dias, se:
 - Ancilóstomos ou Tricocéfalos forem um problema entre as crianças de sua região;
 - A criança tiver 1 ano de idade ou mais e
 - A criança não tiver recebido nenhuma dose nos últimos 6 meses.

Uma alternativa eficaz é:

- Dar 500 mg de mebendazol no serviço de saúde como dose única.



➤ **Plano B: Tratamento contra a Desidratação com SRO**

As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa. Durante um período de 4 horas, administrar, no serviço de saúde, a quantidade recomendada de SRO.

- DETERMINAR A QUANTIDADE DE SRO A SER ADMINISTRADA DURANTE AS PRIMEIRAS 4 HORAS.

IDADE*	Até 4 meses	4 meses a 11 meses	12 meses a 2 anos	2 anos a 5 anos
PESO	< 6kg	6 - <10kg	10 - <12kg	12 - 19kg
SRO (ml)	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

* Somente utilizar a idade da criança quando você desconhecer o peso dela. A quantidade aproximada de SRO necessária (em ml) também pode ser calculada multiplicando o peso da criança (em kg) por 75.

- Se a criança quiser mais SRO do que a quantidade citada, oferecer mais.

➤ **DEMONSTRAR PARA A MÃE COMO ADMINISTRAR A SOLUÇÃO DE SRO:**

- Dar com frequência pequenos goles de líquidos usando copo ou colher;
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente; e
- Continuar a amamentar no peito sempre que a criança o desejar.

➤ **APÓS 4 HORAS:**

- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação;
- Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento; e
- Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde.

➤ **SE, EM SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS, A MÃE PRECISAR IR PARA CASA ANTES DE TERMINAR O TRATAMENTO:**

- Orientar como preparar a solução de SRO em casa;
- Orientar sobre a quantidade de SRO a ser administrada até completar o tratamento em casa;
- Entregar uma quantidade de pacotes de SRO suficiente para completar a reidratação. Entregar, também, um pacote adicional, tal como recomendado no Plano A; e
- Explicar as três Regras do Tratamento Domiciliar.

1. DAR LÍQUIDOS ADICIONAIS
2. CONTINUAR A ALIMENTAR
3. QUANDO RETORNAR



Consultar o Plano A quanto aos líquidos recomendados e consultar o quadro ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE

*A exceção é uma criança com classificação grave, DIARRÉIA PERSISTENTE GRAVE. Esta criança tem que ser reidratada e a seguir referida a um hospital.



CAPÍTULO 05

HIPERTENSÃO ARTERIAL

CAPÍTULO 05

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica (DRC).

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante (BRASIL, 2006). Dessa forma, a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual.

Tabela 01 - Classificação da Hipertensão Arterial em adultos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 12	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: BRASIL, 2006.

Considera-se como uma das atribuições do enfermeiro para assistência à Hipertensão Arterial, realizar consulta de enfermagem,

abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário (BRASIL, 2006). Além disso, a Resolução COFEN nº 159/93 obriga os enfermeiros a realizar consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde.

Portanto, diante das exigências legais e científicas, o presente protocolo de atendimento elaborou um roteiro prático para nortear a prática dos enfermeiros que atuam na assistência ao usuário hipertenso.

Rastreamento da HAS

No rastreamento, além dos níveis pressóricos, deve ser investigada a presença de fatores de risco para HA. Os fatores de risco são classificados em modificáveis e não modificáveis.

- Não modificáveis: a **idade**, já que a pressão sanguínea tende a se elevar com aumento da faixa etária; **sexo**, estudos apontam para uma maior frequência em mulheres com idade acima de 40 anos e homens com idade abaixo de 40 anos; **etnia**, a raça negra apresenta maior prevalência para desenvolver a doença em relação às outras raças; **antecedentes familiares**, pois filhos de pais hipertensos possuem maior probabilidade de serem também hipertensos.
- Modificáveis: o **consumo excessivo de sal, gordura, álcool, tabagismo, assim como alguns estressores ambientais, temperamento, e desvantagem social ou econômica.**

ABORDAGEM INICIAL PARA CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

ACHADOS CLÍNICOS	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
PA < 120 e < 80 sem fator de risco.	Incentivar para hábitos de vida saudável; Reavaliar em 1 ano.
PA < 130 e < 85 com fator de risco	Avaliação e solicitação de exames e encaminhar para a consulta médica com resultado de exames para o diagnóstico; Incentivar mudanças no estilo de vida.
PA ≥ 140-159 e 90-99	Encaminhar para a consulta médica.
PA ≥ 160 e ≥ 100	Encaminhar para consulta médica e acompanhamento de enfermagem semanal até normalização da PA.

ATENDIMENTO E CONSULTA DE ENFERMAGEM

O atendimento de Enfermagem engloba:

- Aferição da PA, peso e altura, cintura e calcular IMC;
- Investigação sobre queixas, dificuldades no tratamento, uso de medicamentos prescritos;
- Investigação da situação vacinal;
- Orientações sobre fatores de risco cardiovascular, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos;
- Incentivo a participação de atividades educativas.

Consulta de Enfermagem:

Durante o desenvolvimento da consulta de enfermagem, seguem-se as fases preconizadas na Resolução COFEN nº 358/2009, que consistem em: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

O Histórico de Enfermagem compreende:

- História familiar;
- Identificação;
- Situação cultural, socioeconômica;
- Estilo de vida: (hábitos alimentares, eliminações, hábitos de higiene, sexualidade, práticas de atividades físicas, estresse, lazer, tabagismo, etilismo, dependência química, etc.);
- Doenças prévias; comorbidades; sinais/sintomas;
- Tratamento medicamentoso (utilização, posologia, adesão e reações adversas);
- Condições para o autocuidado;
- Registro no prontuário, cartão e ficha de acompanhamento.

Os possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem que podem ser utilizados na consulta de Enfermagem na Atenção Básica para usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes foram identificados tendo como base na CIPE.

Na consulta também deve ser realizado o exame físico, solicitação de exames de rotina, bem como encaminhamento do usuário ao médico, quando necessário, inscrição dos hipertensos recém-diagnosticados no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes e encaminhamento para as atividades educativas e físicas.

Solicitar exames:

- Hemograma;
- Sumário de Urina;
- Creatinina sérica;
- Potássio sérico;
- Glicemia de jejum;
- Colesterol total, LDL, VLDL, HDL;
- Triglicérides;
- Uréia;
- Sódio;
- ECG com laudo.

A periodicidade das consultas de enfermagem varia de acordo com a estratificação de risco cardiovascular global (tabela 02) e atendimento de enfermagem:

Para os usuários que estão com o quadro estabilizado, ou seja, quando os níveis pressóricos alcançam a meta estabelecida, onde a PAS < 140 e/ou PAD < 90 mmHg para grande parte dos usuários e PAS < 130 e/ou PAD < 80 mmHg para os diabéticos e/ou com lesões em órgãos-alvo e/ou condições clínicas associadas, segue-se a periodicidade de consultas:

Periodicidade de Consultas e Atendimento de Enfermagem

Riscos	Consulta de Enfermagem	Atendimento de Enfermagem
Baixo	Anual	Mensal
Moderado	Semestral	
Alto e muito alto	Trimestral	

Tabela 02- Risco cardiovascular global

Normotenso				Hipertensão		
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS \geq 180 PAD \geq 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1-2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
\geq 3 fatores de risco, *LOA ou SM - DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

Fonte: BRASIL, 2006.

* LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes melitos

Princípios gerais no tratamento da hipertensão arterial

O tratamento da HA inclui as seguintes estratégias: educação em saúde, modificações dos hábitos de vida, envolvimento do indivíduo no processo terapêutico e os medicamentos deverão ser prescritos pelo enfermeiro nas consultas subsequentes.

- Diagnósticos de Enfermagem identificados para usuários Hipertensos tendo como base na CIPE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

1. Adaptação comprometida;
2. Aderência ao regime de exercício;
3. Aderência ao regime dietético;
4. Aderência ao regime medicamentoso;
5. Aderência ao regime terapêutico;
6. Atitude conflitante sobre o regime terapêutico;
7. Auto-alimentação comprometida;
8. Auto-eficácia baixa;

9. Caminhar comprometido;
10. Comportamento de busca de saúde;
11. Comunicação comprometida;
12. Comunicação Verbal Efetiva;
13. Conflito de decisão;
14. Conhecimento adequado;
15. Conhecimento da medicação;
16. Conhecimento das medidas de segurança;
17. Conhecimento do processo de mudança de comportamento;
18. Conhecimento do processo patológico;
19. Conhecimento do regime de tratamento;
20. Conhecimento do regime dietético;
21. Conhecimento do regime medicamentoso;
22. Conhecimento do serviço comunitário;
23. Controle dos Sintomas;
24. Déficit de abastecimento de medicamentos;
25. Déficit de conhecimento do processo de mudança de comportamento;
26. Déficit de conhecimento sobre o exercício;
27. Efeitos adversos à medicação;
28. Excesso na ingestão de alimentos;
29. Fadiga;
30. Falta de abastecimento de alimentos;
31. Falta de apoio familiar;
32. Falta de apoio social;
33. Falta de conhecimento da doença;
34. Falta de conhecimento da medicação;
35. Falta de conhecimento do regime dietético;
36. Falta de conhecimento do regime medicamentoso;
37. Falta de conhecimento do serviço comunitário;
38. Falta de resposta ao tratamento;
39. Habilidade para comunicar efetiva;
40. Habilidade para desempenhar a manutenção da saúde;
41. Habilidade para desempenhar a prestação do cuidado;
42. Habilidade para desempenhar atividade de lazer;
43. Habilidade para gerenciar o regime medicamentoso;
44. Habilidade para gerenciar o regime;

45. Habilidade positiva para desempenhar autocuidado;
 46. Ingestão nutricional comprometida;
 47. Intolerância à atividade;
 48. Isolamento social;
 49. Não aderência à medicação;
 50. Não aderência ao exercício;
 51. Não aderência ao regime dietético;
 52. Orientação melhorada;
 53. Peso comprometido;
 54. Peso efetivo;
 55. Pressão sanguínea alterada;
 56. Pressão sanguínea efetiva;
 57. Processo de Sistema Circulatório Efetivo;
 58. Prontidão para autocuidado efetiva;
 59. Prontidão para comunicação efetiva;
 60. Prontidão para conhecimento;
 61. Prontidão para habilidade para gerenciar regime;
 62. Prontidão para processo familiar efetivo;
 63. Prontidão para Status nutricional positivo;
 64. Prontidão para tomada de decisão efetiva;
 65. Resposta à medicação;
 66. Risco para resposta à medicação;
 67. Sobrepeso;
 68. Socialização comprometida;
 69. Socialização efetiva;
 70. Sono adequado;
 71. Tolerância a atividade efetiva;
 72. Tomada de decisão efetiva;
 73. Uso de álcool;
 74. Uso de tabaco.
- Intervenções de Enfermagem utilizadas na Consulta de Enfermagem para Hipertensos

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Acompanhar evolução de dados do paciente: peso, pressão arterial;
2. Acompanhar hipertensos;
3. Aconselhar sobre angústia espiritual;
4. Aconselhar sobre esperança;
5. Aconselhar sobre medos;
6. Administrar droga;
7. Aferir aceitação do status de saúde;
8. Aferir aderência;
9. Aferir ambiente;
10. Aferir atitude sobre a doença;
11. Aferir atitude sobre gerenciamento de droga;
12. Aferir atitude sobre o regime de tratamento;
13. Aferir atitude sobre Status Nutricional;
14. Aferir autocuidado;
15. Aferir auto-eficácia;
16. Aferir autoestima;
17. Aferir auto-imagem;
18. Aferir barreiras para aderência;
19. Aferir bem-estar espiritual;
20. Aferir bem-estar físico;
21. Aferir bem-estar psicológico;
22. Aferir capacidades;
23. Aferir cognição;
24. Aferir comportamento de comer e beber;
25. Aferir controle de sintomas;
26. Aferir crença cultural;
27. Aferir crença espiritual;
28. Aferir crenças espirituais da família;
29. Aferir depressão;
30. Aferir expectativas;
31. Aferir fadiga;
32. Aferir medo da morte;
33. Aferir medo de ser um peso para os outros;
34. Aferir negação;

35. Aferir padrão de exercício;
36. Aferir prontidão para aprender;
37. Aferir resposta ao ensinamento;
38. Aferir risco para queda;
39. Aferir stress do cuidador;
40. Aferir suporte social;
41. Aferir suprimento de medicamento;
42. Aferir terapias tradicionais;
43. Agendar atendimento de paciente hipertenso;
44. Agendar retorno de hipertensos;
45. Agendar retornos para controle do estado de saúde de hipertensos;
46. Ajudar na administração de medicação;
47. Aliviar tensão do paciente;
48. Analisar resultados de exames laboratoriais;
49. Anotar atendimento em fichas de registro;
50. Anotar atendimento no prontuário;
51. Anotar resultado de exame laboratorial feito pelo enfermeiro;
52. Anotar sinais vitais em caderneta de quem faz controle de pressão arterial;
53. Aplicar técnicas de relaxamento com grupo de clientes hipertensos, após palestra;
54. Apoiar crenças;
55. Apoiar cuidadores;
56. Apoiar família na resolução de problemas;
57. Apoiar o paciente em suas necessidades;
58. Apoiar o paciente na resolução de suas dúvidas em relação ao atendimento recebido;
59. Apoiar processo de tomada de decisão familiar;
60. Apoiar processo de tomada de decisão;
61. Apoiar rituais espirituais;
62. Apoiar status psicológico;
63. Apoiar;
64. Assegurar respeito aos direitos do paciente;
65. Atender clientes em situação de emergência;
66. Atender clientes hipertensos;
67. Atender comunidade;

68. Atender demanda espontânea;
69. Atender e orientar hipertensos;
70. Atender grupos de hipertensos;
71. Atender, imediatamente e fora da fila, cliente com queixa aguda;
72. Avaliar a moradia antes do cuidado domiciliar;
73. Avaliar hipertensão (sinais e sintomas);
74. Avaliar hipertensão: uso de medicação atual ou pregressa ou não;
75. Avaliar necessidade de encaminhamento de clientes hipertensos à urgência;
76. Avaliar pressão de pacientes hipertensos;
77. Avaliar resposta psicossocial para instrução sobre exercício;
78. Avaliar resposta psicossocial para instrução sobre medicamento;
79. Avaliar resposta psicossocial para instrução sobre nutrição;
80. Avaliar resposta psicossocial para instrução sobre plano de cuidado;
81. Buscar alternativa para aumentar a qualidade de vida no paciente;
82. Centrar atendimento nas necessidades do paciente, nas suas queixas, no motivo da consulta;
83. Colaborar no regime dietético;
84. Colher informações do paciente sobre uso de medicamentos ou sobre o tratamento;
85. Colher informações do paciente: sinais e sintomas; uso de medicamentos;
86. Colocar paciente hipertenso, com pressão alta, sentado por 20 minutos;
87. Colocar pacientes hipertensos sentados por 15 minutos quando chegam no posto;
88. Comunicar alterações do estado de saúde dos pacientes (pressão arterial);
89. Consultar provedor de cuidado;
90. Controlar a evolução de paciente hipertenso;
91. Controlar estado de saúde de hipertensos;
92. Controlar programas de hipertensão arterial;

93. Coordenar grupos de hipertensos;
94. Cuidar de paciente em crise hipertensiva;
95. Dar atenção ao paciente;
96. Demonstrar administração de medicamento;
97. Demonstrar prevenção de queda;
98. Demonstrar técnica de injeção subcutânea;
99. Demonstrar técnica de relaxamento;
100. Desempenhar fenômeno usando aparelho;
101. Elevar membros inferiores de paciente com hipertensão;
102. Encaminhar casos de urgência ao hospital;
103. Encaminhar gestante com pressão alta;
104. Encaminhar paciente hipertenso para o nutricionista;
105. Encaminhar pacientes com crise hipertensiva para a urgência;
106. Encaminhar para terapia de família;
107. Encaminhar para terapia de grupo de apoio;
108. Encaminhar para terapia ocupacional;
109. Encorajar afirmações positivas;
110. Ensinar a família sobre o regime de tratamento;
111. Ensinar a família sobre o regime dietético;
112. Ensinar a família sobre prevenção de quedas;
113. Ensinar como aumentar tolerância à atividade;
114. Ensinar família sobre a doença;
115. Ensinar prevenção de quedas;
116. Ensinar sobre a doença;
117. Ensinar sobre abuso de substância;
118. Ensinar sobre exercício;
119. Ensinar sobre medicamento;
120. Ensinar sobre necessidade dietética;
121. Ensinar sobre nutrição;
122. Ensinar sobre o regime de tratamento;
123. Ensinar técnicas de adaptação;
124. Envolver família no atendimento ao paciente;
125. Envolver no processo de tomada de decisão;
126. Estabelecer calendário de visita domiciliar para pacientes hipertensos;

127. Estabelecer clima de empatia e confiança com a clientela;
128. Estabelecer confiança;
129. Estabelecer prioridades com agentes comunitários de saúde na sua área de abrangência, identificando hipertensão arterial, diabetes e deficientes físicos como consequência de violência;
130. Estabelecer processo de empatia com pacientes;
131. Estimular adesão do paciente ao tratamento;
132. Estimular a confiança do paciente no atendimento prestado;
133. Estimular participação comunitária em atividades de educação em saúde;
134. Explicar a indicação de medicação prescrita ao paciente;
135. Explicar direitos do paciente;
136. Explicar evento ou episódio;
137. Explicar importância do repouso a hipertensos e diabéticos;
138. Explicar o trabalho da equipe multiprofissional ao cliente (diabético/hipertenso);
139. Facilitar acesso ao tratamento;
140. Facilitar habilidade para comunicar sentimentos;
141. Facilitar habilidade para desempenhar papel;
142. Fazer anamnese de pacientes hipertensos;
143. Fazer consulta de enfermagem a hipertensos;
144. Fazer consulta de enfermagem no domicílio a hipertensos, S/N;
145. Fazer exame físico durante consulta de enfermagem;
146. Fazer ginástica com grupo de hipertensos;
147. Fazer levantamento de hipertensos na comunidade;
148. Fazer medicação em paciente em crise hipertensiva;
149. Fazer palestra para clientes hipertensos ou em risco para pressão alta;
150. Fazer palestras para grupos de hipertensos mensalmente;
151. Fazer prescrição de enfermagem e de medicamentos
152. Fazer reunião com hipertensos e médicos do Programa de Saúde da Família;
153. Fazer trabalho educativo (conversar, orientar, explicar);
154. Fazer triagem de pacientes da demanda espontânea;

155. Fazer visita domiciliar a acamados;
156. Fornecer ao paciente ficha de encaminhamento para outros serviços;
157. Fornecer apoio emocional;
158. Fornecer apoio espiritual;
159. Fornecer apoio social;
160. Fornecer material instrucional;
161. Fornecer orientação da realidade;
162. Fornecer privacidade para comportamento espiritual;
163. Fornecer privacidade;
164. Identificar atitude sobre o cuidado;
165. Identificar casos de pressão arterial alta;
166. Identificar hipertensos faltosos;
167. Identificar o estilo de vida do hipertenso;
168. Inscrever gestantes hipertensas em grupo;
169. Instruir paciente;
170. Manter confidencialidade;
171. Manter dignidade e privacidade;
172. Manter saúde;
173. Medir pressão arterial de hipertenso;
174. Observar percepção alterada;
175. Organizar e acompanhar grupos de pacientes hipertensos e diabéticos;
176. Organizar grupos de hipertensão;
177. Orientar alimentação de paciente hipertenso;
178. Orientar cuidados gerais de saúde ao hipertenso;
179. Orientar dieta de pacientes hipertensos;
180. Orientar dieta e exercício para hipertenso;
181. Orientar gestante quanto à alteração de pressão arterial;
182. Orientar hipertensos para autocuidado: alimentação e exercícios físicos;
183. Orientar hipertensos sobre como tomar medicamentos;
184. Orientar hipertensos sobre uso de medicamentos;
185. Orientar importância da continuidade de tratamento da hipertensão;
186. Orientar paciente hipertenso quanto a dietas;

187. Orientar paciente hipertenso quanto à necessidade de fazer caminhadas;
188. Orientar paciente hipertenso quanto ao controle da pressão arterial;
189. Orientar paciente hipertenso quanto ao uso da medicação;
190. Orientar paciente sobre exames laboratoriais;
191. Orientar pacientes hipertensos sobre autocuidado;
192. Orientar pacientes sobre o controle da hipertensão;
193. Orientar pessoa obesa a prevenir hipertensão por meio de dieta, exercícios, etc.;
194. Orientar sobre prevenção de hipertensão por meio de deita, exercícios, etc.;
195. Ouvir paciente em crise hipertensiva;
196. Participar de estudo de caso em equipe multidisciplinar;
197. Participar de grupos de hipertensos;
198. Participar de reunião semanal de avaliação;
199. Participar na elaboração de projeto para planejamento das ações de enfermagem;
200. Perguntar ao paciente qual a sua pressão arterial usual;
201. Pesar hipertenso;
202. Prescrever medicamentos de rotina, nas consultas subsequentes;
203. Priorizar atendimento a pacientes com problemas - febre, pressão alta;
204. Promover apoio social;
205. Promover atividades de lazer para idosos e hipertensos;
206. Promover auto-cuidado;
207. Promover autoestima;
208. Promover bem-estar social;
209. Promover esperança;
210. Promover estabelecimento de limite;
211. Realizar atividades educativas, por meio de teatro, com hipertensos;
212. Realizar caminhada anual com hipertensos durante comemorações da semana dos hipertensos;
213. Realizar educação continuada para pessoal de enfermagem;

214. Realizar educação em saúde para gestantes hipertensos;
215. Realizar exame físico (verificação de PA e frequência cardíaca) na consulta de enfermagem;
216. Realizar grupos operativos de hipertensos, mensalmente;
217. Realizar interconsultas com outros profissionais da equipe;
218. Realizar palestras educativas para grupos de hipertensos;
219. Reduzir morbidade de grupos específicos;
220. Referenciar paciente hipertenso para atendimento médico, em caso de emergência;
221. Reforçar aderência;
222. Reforçar capacidades;
223. Reforçar estabelecimento de limites;
224. Reforçar realizações;
225. Registrar condutas estabelecidas na consulta de enfermagem no prontuário;
226. Registrar dados de identificação do cliente e valor da pressão arterial;
227. Registrar dados sobre as atividades diárias;
228. Registrar informações colhidas por agentes comunitários de saúde;
229. Registrar pressão arterial dos pacientes;
230. Solicitar dos ACS fazer busca ativa de usuários faltosos de medicação específica;
231. Solicitar exames complementares de rotina/padronizados (glicemia e hemoglobina glicosilada), trimestralmente para diabéticos e anualmente (glicemia e lipídios) para hipertensos na consulta de enfermagem;
232. Solicitar exames laboratoriais de rotina para hipertensos;
233. Treinar equipe de enfermagem e ACS sobre hipertensão;
234. Verificar necessidade de atendimento de emergência para paciente hipertenso;
235. Verificar pressão arterial de clientes hipertensos;
236. Verificar pressão arterial de gestante em pré-natal;
237. Verificar pressão arterial de paciente com AVC no domicílio;
238. Verificar pressão arterial de pacientes em crise hipertensiva;
239. Verificar pressão arterial de pacientes para identificar

- hipertensos;
 240. Verificar pressão arterial na consulta ao hipertenso;
 241. Vigilância contínua;
 242. Visitar hipertensos.

Necessidades psicobiológica - Nutrição			
ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Ingesta de alimentos excessiva	Risco de Ingestão de Alimentos Excessiva	<p>Informar usuário sobre os fatores de risco associados à ingestão excessiva; Desencorajar a ingestão de alimentos ricos em gorduras, doces, refrigerantes e guloseimas; Orientar exercícios físicos; Orientar hipertenso quanto ao fracionamento da alimentação; Orientar a participação de grupo sobre alimentação saudável na ESF.</p>	
Ingestão de alimentação saudável	Capacidade para preparar alimentos saudáveis	<p>Reforçar a lavagem das mãos para a preparação dos alimentos; Reforçar a preparadora para retirar a gordura aparente de carnes antes do preparo; Reduzir sódio na preparação dos alimentos; Reforçar a não utilização de temperos prontos na preparação dos alimentos; Reforçar a higienização das verduras e legumes antes do preparo dos alimentos; Orientar o aproveitamento total dos alimentos.</p>	
Ingesta de alimentos salgados, gordurosos e temperados	Capacidade prejudicada para preparar alimentos saudáveis	<p>Orientar a lavagem das mãos na preparação dos alimentos; Perguntar e registrar sobre a preparação de alimentos durante a consulta de enfermagem; Orientar a retirada da gordura aparente de carnes, antes de cozinhar; Reduzir sódio na preparação dos alimentos; Orientar a não utilização de temperos prontos na preparação dos alimentos; Higienizar verduras e legumes antes do preparo dos alimentos; Orientar o aproveitamento total dos alimentos; Incentivar a participação da preparadora de alimentos a participar de atividades de apoio social sobre culinária; Fornecer material educativo sobre o preparo de alimentos para hipertensos, se disponível.</p>	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Ingestão de Alimentos Deficitária	Ingestão de Alimentos Deficitária	<p>Pesquisar sobre os alimentos que existem em casa;</p> <p>Estimular a ingestão de carboidratos, proteínas e minerais;</p> <p>Encorajar a ingestão de legumes e verduras;</p> <p>Incluir de 3 a 5 porções de frutas e legumes / verduras em abundância ;</p> <p>Solicitar exames complementares, se necessário;</p> <p>Encaminhar para avaliação bucal, se necessário.</p>	Polivitamínico, via oral, 1 vez ao dia.
Ingestão de alimentos excessiva	Ingestão de Alimentos Excessiva	<p>Pesquisar sobre a ingestão nutricional do hipertenso;</p> <p>Orientar hipertenso sobre as complicações da alimentação em excesso;</p> <p>Recomendar a diminuição de nutrientes (gorduras, proteínas e carboidratos);</p> <p>Acompanhar peso;</p> <p>Orientar a redução de açúcar, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral.</p> <p>Ampliar a ingestão de vitaminas e minerais;</p> <p>Orientar sobre os riscos da ingestão de frituras para as doenças cardiovasculares;</p> <p>Orientar hipertenso para fracionamento da alimentação;</p> <p>Solicitar exames complementares, se necessário;</p> <p>Encaminhar para nutricionista, se necessário.</p>	
Alimentação não balanceada	Risco para ingestão nutricional elevado	<p>Orientar sobre alimentação saudável;</p> <p>Orientar sobre as complicações de alimentação não balanceada;</p> <p>Estimular a ingestão de legumes e verduras;</p> <p>Orientar a redução de açúcar, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral.</p>	
Faz dieta	Adesão ao regime dietético	<p>Monitorar o regime dietético durante a consulta de enfermagem;</p> <p>Orientar os benefícios da mudança no estilo de vida;</p> <p>Elogiar o hipertenso no cumprimento do regime dietético;</p> <p>Incentivar o hipertenso e familiar a participação nas atividades de educação em saúde.</p>	
Não faz dieta alimentar	Não adesão ao regime dietético	<p>Orientar hipertenso quanto a dietas;</p> <p>Informar hipertenso sobre alimentação saudável;</p> <p>Pesquisar sobre alimentos que o hipertenso tem em casa;</p> <p>Encaminhar hipertenso para nutricionista;</p> <p>Orientar modificação no estilo alimentar;</p> <p>Encorajar hipertenso a adoção do regime dietético</p>	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
IMC normal	Peso corporal adequado	Orientar e acompanhar as medidas de peso e altura; Calcular IMC nas consultas dos hipertensos; Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe para avaliação; Encorajar hipertenso a manutenção do peso.	
IMC diminuído ou perda de peso	Peso corporal diminuído	Avaliar e registrar o IMC na ficha de acompanhamento e prontuário nas consultas; Orientar hipertenso sobre alimentos saudáveis; Encaminhar o hipertenso ao nutricionista; Agendar retorno a ESF.	Polivitamínico, via oral, 1 x dia.
IMC alterado ou ganho de peso	Excesso de Peso	Acompanhar evolução de dados do hipertenso: peso e altura em todas as consultas; Calcular IMC nas consultas dos hipertensos; Medir a cintura; Orientar as medidas de redução do peso; Incentivar a perda de 5 a 10% do peso inicial em até seis meses; Orientar uma dieta com déficit de 500 a 1000 Kcal/dia para o hipertenso obeso ou pré-obeso; Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe os hipertensos que apresentam excesso de peso; Encaminhar para nutricionista.	
IMC alterado e peso acima do normal	Sobrepeso	Acompanhar evolução de dados do hipertenso: peso e altura em todas as consultas; Calcular IMC nas consultas dos hipertensos; Incentivar a perda de 5 a 10% do peso inicial em até seis meses; Orientar uma dieta com déficit de 500 a 1000 Kcal/dia para o hipertenso obeso ou pré-obeso; Orientar pessoa obesa a prevenir hipertensão por meio de dieta, exercícios; Orientar as medidas de redução do peso; Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os hipertensos que apresentam sobrepeso.	
IMC alterado e peso muito acima do normal	Obesidade	Acompanhar evolução de dados do paciente: peso, altura, pressão arterial, circunferência abdominal em todas as consultas; Calcular IMC; Solicitar exames complementares; Incentivar a perda de 5 a 10% do peso inicial em até seis meses; Orientar sobre a dieta; Orientar Hipertenso sobre a prática de exercício físico; Encaminhar para consulta com o médico, de acordo com a necessidade; Encaminhar para nutricionista, de acordo com a necessidade.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Perda de peso	Emagrecimento	Investigar a causa do emagrecimento; Solicitar exames complementares; Orientar hipertenso quanto a alimentação saudável; Atentar sobre comorbidades; Encaminhar hipertenso para nutricionista; Agendar retorno.	Polivitamínico, via oral, 1 x dia.
Perda de peso programada	Emagrecimento saudável	Acompanhar evolução de dados do paciente: peso, altura, pressão arterial, circunferência abdominal em todas as consultas; Calcular IMC; Incentivar a continuidade do projeto terapêutico; Incentivar a participação nas atividades de grupo da ESF; Registrar os dados no prontuário, cartão do hipertenso.	
Glicemia aumentada	Hiperglicemia	Solicitar exames laboratoriais para avaliação, repetir glicemia; Verificar se o hipertenso é diabético; Encaminhar para consulta médica; Pesquisar sobre a alimentação dele nas últimas 24 horas; Orientar sobre as complicações da Hiperglicemia; Agendar retorno para acompanhamento do hipertenso e diabético.	
Glicemia diminuída	Hipoglicemia	Avaliar medicação; Solicitar exames laboratoriais para avaliação; Avaliar os exames de glicemia; Pesquisar sobre a alimentação dele nas últimas 24 horas; Orientar sobre as complicações da Hipoglicemia; Oferecer pequena quantidade de doce, se disponível; Agendar retorno.	
Necessidades psicobiológica - Percepção dos órgãos dos sentidos: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa			
Dor	Controle da dor efetivo	Identificar características da dor progressa e atual, se existir. Pesquisar sobre localização progressa da dor; Verificar e registrar Sinais Vitais; Orientar quanto às complicações das dores na HÁ; Recomendar a procurar um hospital em casos de dor moderada e intensa; Agendar retorno para consulta.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Dor	Controle da dor ineficaz	Identificar características da dor progressa e atual, se existir. Identificar local da dor; Pesquisar e orientar sobre o uso de medicamento; Verificar sinais vitais Prescrever analgésico, se necessário. Orientar técnicas de relaxamento. Registrar as informações da consulta no prontuário e/ou ficha de acompanhamento do hipertenso. Agendar retorno do hipertenso a ESF.	Dipirona ou Paracetamol 500 mg, via oral, se necessário.
Controle dos sintomas	Controle de sintomas da HA efetivo	Verificar e registrar pressão arterial; Pesquisar sobre sintomatologia progressa; Avaliar o tratamento utilizado no controle dos sintomas; Pesquisar e orientar sobre o uso de medicamento para controle dos sintomas; Orientar sobre complicações da HA; Agendar retorno do hipertenso a ESF; Recomendar que em casos de sintomas moderados e intensos, procurar um serviço de saúde.	
Controle ineficaz dos sintomas	Controle de Sintomas da HA ineficaz	Verificar e registrar a pressão arterial; Pedir o hipertenso que descreva os sintomas progressos e atuais; Reavaliar e esclarecer a conduta de enfermagem utilizada; Solicitar exames (uréia, creatinina, colesterol total); Encaminhar hipertenso para avaliação médica; Agendar retorno para controle do estado de saúde do hipertenso.	
Necessidades psicobiológica - Oxigenação			
Respiração normal	Padrão Respiratório Adequado	Verificar e registrar Sinais Vitais; Ensinar técnica de respiração lenta (10 respirações por minuto por 15 min diários); Manter os hábitos de respiração; Orientar como respirar durante as atividades; Ensinar exercícios de respiração profunda.	
Dificuldade para respirar	Padrão Respiratório prejudicado	Realizar exame físico do aparelho respiratório no hipertenso; Verificar e registrar sinais vitais no hipertenso; Investigar sobre doença doenças respiratórias; Pesquisar sobre alterações na respiração durante a consulta de Enfermagem; Ensinar exercícios respiração profunda; Orientar o hipertenso as complicações do tabaco para o aparelho respiratório; Incentivar o hipertenso a parar de fumar; Encaminhar para consulta médica, se exame físico alterado; Agendar retorno para ESF.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Atividade física (Mecânica corporal, Motilidade e Locomoção)			
Prática atividade física	Adesão ao Regime de Exercício	Elogiar a execução do regime de exercício; Incentivar a prática de exercícios regulares; Estimular hipertenso à participação coletiva de exercícios; Avaliar e registrar o tratamento não medicamentoso do hipertenso no prontuário e ficha de acompanhamento.	
Não prática atividade física	Não adesão ao exercício	Orientar hipertenso quanto à necessidade de fazer caminhadas; Avaliar e registrar a adesão do hipertenso ao exercício a cada consulta de enfermagem; Explicar sobre os fatores de risco da HA; Explicar sobre os efeitos do exercício físico na HA; Informar o hipertenso sobre os aparelhos sociais de práticas saudáveis de vida; Convidar hipertenso para participar de atividades de práticas saudáveis desenvolvidas na ESF.	
Descumprimento da atividade física	Falta de capacidade para gerir o regime de exercício	Acompanhar evolução de dados do paciente: peso, altura, pressão arterial, circunferência abdominal em todas as consultas; Aferir padrão de exercício; Orientar hipertenso sobre os locais de equipamentos sociais de atividade física; Incentivar hipertenso a prática de atividade física sob orientação.	
Risco de queda	Processo de sistema musculoesquelético comprometido	Orientar hipertenso sobre adaptações no ambiente domiciliar; Participar de atividades educativas junto ao familiar; Incluir hipertenso em programas de reabilitação; Incentivar hipertenso a seguir tratamento terapêutico.	
Risco para trauma	Processo de sistema musculoesquelético comprometido	Orientar hipertenso sobre riscos de trauma na hipertensão arterial; Incentivar o uso de recursos que facilitam a locomoção; Orientar hipertenso sobre medidas preventivas de traumas e adaptações no ambiente domiciliar.	
Necessidades psicobiológica - Terapêutica			
Adesão ao regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico	Orientar hipertenso sobre o regime terapêutico; Verificar e registrar a pressão arterial durante a consulta de enfermagem mensalmente; Orientar o usuário como é realizado o diagnóstico da HA; Solicitar exames complementares para monitoramento; Avaliar e registrar os resultados de exames do hipertenso no prontuário e ficha de acompanhamento.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Uso de anti-hipertensivo	Adesão ao regime medicamentoso	Orientar sobre os benefícios do tratamento; Estimar adesão do hipertenso ao tratamento; Reforçar aderência ao tratamento medicamentoso; Elogiar hipertenso a adesão ao regime medicamentoso; Prescrever os medicamentos do hipertenso subsequente.	Captopril 25 mg/ Hidroclorotiazida 25 mg, Propranolol 40 mg, Furosemida 40 mg, AAS 100mg.
Não toma medicamentos corretamente	Não adesão ao tratamento medicamentoso	Orientar hipertensos sobre o uso e os horários dos medicamentos; Orientar hipertensos sobre acondicionamento dos medicamentos; Orientar hipertensos sobre efeitos adversos; Orientar hipertenso a retornar a ESF em caso de efeito adverso; Explicar a ação do medicamento ao hipertenso; Orientar quanto aos direitos do hipertenso de acesso a medicação; Informar quais medicamentos de hipertensão são disponíveis nos serviços; Orientar o hipertenso sobre a periodicidade do acompanhamento; Facilitar acesso ao tratamento; Encorajar hipertenso a adesão do tratamento medicamentoso.	
Resistência ao tratamento	Não adesão ao regime terapêutico	Encorajar a adesão do regime terapêutico; Orientar sobre os benefícios do regime terapêutico para a qualidade de vida do hipertenso; Informar o hipertenso sobre os serviços oferecidos na ESF; Estimar nas consultas subsequentes a adesão ao regime terapêutico; Orientar hipertenso sobre as complicações da HÁ quando não segue o regime terapêutico.	
Necessidades Psicológica - Regulação hormonal			
Uso de contraceptivos	Risco de complicações com o uso de contraceptivos	Orientar a hipertensa a verificação da pressão arterial durante a consulta de enfermagem mensalente; Orientar o uso do contraceptivo no mesmo horário; Orientar a hipertensa sobre outros métodos contraceptivos; Registrar no prontuário e/ou ficha de acompanhamento às informações do atendimento.	Suspender o uso de contraceptivo, se necessário.
Necessidades Psicológica - Sono e repouso			
Sono preservado	Sono adequado	Orientar hipertenso sobre o ambiente livre de ruídos; Ensinar técnicas de relaxamento; Encorajar hipertenso ao relaxamento; Informar sobre a importância do sono; Informar o hipertenso sobre os serviços de terapia.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Insônia	Sono prejudicado	Orientar quanto a prática da atividade física; Orientar sobre relaxamento muscular; Discutir com hipertenso e familiar sobre medidas de conforto; Estimular atividade que promova um estado de alerta adequado durante o dia.	
Necessidades Psicobiológica - Regulação neurológica			
Ansiedade	Ansiedade (Especificar nível: severa, moderada e leve)	Escutar o hipertenso durante a consulta de Enfermagem; Orientar hipertenso sobre técnicas de relaxamento; Orientar sobre a identificação de agentes estressores; Orientar hipertenso a participação nas atividades de grupo;	
Tristeza acentuada	Risco para depressão	Escutar o hipertenso sobre suas necessidades e angústias; Estimular o hipertenso a comunicação de angústia com o tratamento específico; Avaliar e recomendar as alterações do estilo de vida; Incentivar o hipertenso a participação nas atividades; Orientar o Hipertenso da participação das atividades sociais da comunidade e grupo na ESF; Orientar familiares sobre os cuidados e o acompanhamento do hipertenso.	
Depressão	Depressão (especificar nível: Severa, Moderada e Leve)	Escutar hipertenso para compreender suas angústias; Orientar sobre o uso de medicamento, se necessário; Encorajar hipertenso a comunicação; Encorajar as ações de autocuidado; Orientar sobre as atividades de lazer disponíveis na comunidade; Encaminhar hipertenso para serviço de referência.	
Necessidades Psicobiológica - Regulação vascular			
Retenção hídrica	Risco de Edema Periférico	Informar sobre os riscos do edema para o HA; Orientar sobre prevenção de edema periférico; Avaliar e registrar na consulta de Enfermagem a presença de edema periférico.	
Edema em mãos e/ou pés	Edema Periférico	Orientar o hipertenso sobre repouso; Encorajar hipertenso para elevação dos membros inferiores; Pesquisar sobre alimentação do hipertenso. Orientar sobre a indicação da dieta hipossódica; Solicitar exames complementares para avaliação (uréia, creatinina, ácido úrico).	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Edema melhorado	Edema Periférico melhorado	<p>Pesquisar e registrar no prontuário os relatos da melhora do edema periférico; Reforçar as orientações de risco do edema periférico; Encorajar hipertenso a manutenção de uma alimentação saudável; Orientar sobre os benefícios da atividade física.</p>	
Taquicardia	Frequência cardíaca alterada	<p>Avaliar e registrar histórico da frequência cardíaca no prontuário do paciente; Medir a frequência cardíaca; Orientar hipertenso sobre os sinais e sintomas da frequência cardíaca alterada; Pesquisar sobre o uso de medicação; Orientar a posologia da medicação; Encaminhar para serviço de referência casos de urgência cardiológica; Solicitar exames; Agendar retorno a ESF.</p>	
Bradycardia	Frequência cardíaca diminuída	<p>Avaliar e registrar histórico da frequência cardíaca no prontuário do paciente; Medir a frequência cardíaca; Pesquisar sobre o uso de medicação; Orientar a posologia da medicação; Orientar hipertenso sobre os sinais e sintomas da frequência cardíaca diminuída; Encaminhar para serviço de referência, os casos de urgência cardiológica; Agendar retorno; Solicitar exames complementares.</p>	
Sinal vital presente	Pulso radial palpável	<p>Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial; Posicionar o paciente sentado; Posicionar o braço do paciente na altura do coração; Deixar palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido; Verificar pressão arterial; Registrar no prontuário e/ou ficha de acompanhamento.</p>	
Uso de AAS	Risco para Hemorragia	<p>Pesquisar a existência de cardiopatias; Pesquisar se o paciente faz uso de medicação que contem ácido acetilsalicílico; Explicar ao hipertenso a ação do Ácido Acetilsalicílico; Orientar o hipertenso para não tomar medicação quando surgir outras doenças sem prescrição.</p>	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Hipertensão	Hipertensão	<p>Cadastrar o usuário na ESF através do programa HIPERDIA; Solicitar exames complementares; Informar o quantitativo da medicação, mensal do programa HIPERDIA ao responsável pelo pedido; Orientar o hipertenso a buscar a ESF na presença de sinais e sintomas da HA; Orientar paciente sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso; Orientar hipertenso sobre mudança do estilo de vida; Orientar hipertenso para hábitos de alimentação saudável; Agendar retorno.</p>	<p>Captopril 25 mg; Hidroclorotiazida 25 mg; Propranolol 40 mg; Furosemida 40 mg.</p>
Hipotensão	Hipotensão	<p>Pesquisar sobre o uso de medicamentos para hipertensão; Pesquisar sobre uso de super dosagem da medicação; Verificar e registrar a pressão arterial por três vezes na semana; Encaminhar para o médico o hipertenso para avaliação da medicação; Avaliar e orientar sobre a alimentação hipossódica; Agendar retorno.</p>	
Pressão Arterial elevada	Pressão Arterial elevada	<p>Monitorar e registrar a pressão arterial no mínimo 3 vezes na semana, em dias alternados; Solicitar exames; Verificar se o usuário já é hipertenso; Avaliar a necessidade de uso de medicação de urgência; Informar o usuário dos valores normais da pressão arterial; Orientar gestante quanto à alteração de pressão arterial; Orientar paciente hipertenso quanto ao controle da pressão arterial; Perguntar ao paciente qual a sua pressão arterial usual; Verificar pressão arterial de paciente com AVC no domicílio; Verificar pressão arterial de pacientes em crise hipertensiva; Agendar retorno; Encaminhar para consulta médica, se necessário. Verificar se teve algum agente externo que interferiu nos valores da PA.</p>	<p>Captopril 25 mg; Hidroclorotiazida 25 mg; Propranolol 40 mg; Furosemida 40 mg.</p>

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Pressão Arterial baixa	Pressão Arterial baixa	Avaliar se o usuário é hipertenso; Encaminhar para consulta médica o hipertenso para avaliação da medicação, se necessário; Orientar sobre os valores normais da P.A. Pesquisar sobre a prática de atividade física excessiva; Pesquisar a alimentação pregressa do usuário; Verificar se teve algum agente externo que interferiu nos valores da PA; Agendar retorno.	
Pressão Arterial normal	Pressão Arterial normal	Elogiar o hipertenso sobre os valores normais da PA; Incentivar o hipertenso a continuidade dos hábitos de vida; Orientar sobre os benefícios da pressão arterial controlada na HA; Identificar casos de pressão arterial alta; Anotar sinais vitais em caderneta, cartão e prontuário do hipertenso; Medir pressão arterial de hipertenso; Verificar pressão arterial de pacientes para identificar hipertensos; Verificar pressão arterial na consulta ao hipertenso; Agendar retorno.	
Duas glicemias aumentadas	Resultado positivo para diabetes	Orientar sobre o tratamento da hipertensão e diabetes; Solicitar exames complementares; Orientar sobre as complicações da diabetes para HA; Orientar sobre a mudança do estilo de vida; Incentivar o Hipertenso com doenças associadas a participar de atividades de grupo na ESF; Monitorar a glicemia; Informar o quantitativo da medicação, mensal ao responsável pelo pedido; Orientar o usuário a buscar a ESF na presença de sinais e sintomas da HA e diabetes; Orientar sobre a prevenção do pé diabético; Agendar retorno.	Glibenclamida 5 mg; Metformina 850 mg; Insulina regular e Insulina NPH.
Necessidades Psicossociais - Segurança emocional			
Adesão às precauções de segurança	Adesão às precauções de segurança	Estabelecer processo de empatia com hipertenso; Estabelecer clima de empatia e confiança com o hipertenso; Informar o hipertenso sobre os serviços oferecidos pela ESF; Agendar retorno da consulta de enfermagem de acordo com os riscos da HA.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Não adesão a precauções de segurança	Não adesão a precauções de segurança	Sensibilizar o hipertenso para medidas de segurança no tratamento da HA; Orientar hipertensos para autocuidado: alimentação e exercícios físicos; Orientar hipertenso e família sobre a Hipertensão Arterial; Sensibilizar o Hipertenso para mudança do estilo de vida; Agendar retorno do hipertenso para consulta de enfermagem.	
Necessidades Psicossociais - Liberdade e participação			
Oferta de atividades de promoção e prevenção	Acesso às atividades de promoção e prevenção de doenças cardiovasculares	Convidar hipertensos para atividades de promoção e prevenção desenvolvidas pela ESF; Capacitar o técnico e/ou técnica de enfermagem para identificação de usuários com presença de fatores de risco para HA cardiovasculares para ser acompanhados na ESF; Realizar ações domiciliares de prevenção para pacientes acamados com riscos cardiovasculares; Capacitar os ACS para busca ativa de usuários com riscos cardiovasculares.	
Falta de apoio social	Falta de apoio social	Encaminhar para terapia de grupo de apoio (serviço de referência); Estabelecer, junto a equipe, estratégias que possam favorecer atividades de apoio social; Orientar hipertenso a participação nos grupos da ESF; Informar hipertenso sobre as ações sociais desenvolvidas na comunidade.	
Falta de apoio familiar	Falta de apoio familiar	Orientar familiares do hipertenso sobre a modificação do estilo de vida; Sensibilizar a família a acompanhar as modificações da alimentação; Sensibilizar a família a acompanhar os exercícios físicos; Orientar os familiares sobre a HA.	
Necessidades Psicossociais - Educação para a saúde/aprendizagem			
Usuário verbaliza conhecimento sobre a patologia	Conhecimento sobre o HA adequado	Orientar o Hipertenso sobre o processo patológico; Orientar familiares sobre o cuidado na visita domiciliar; Pesquisar e registrar dados sobre o autocuidado do hipertenso; Instruir o Hipertenso a procurar a ESF na presença de sinais e sintomas que sinalizam níveis elevados de PA; Agendar retorno.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Usuário não verbaliza conhecimento sobre a patologia	Falta de conhecimento sobre o HÁ	Orientar hipertenso e familiar sobre a hipertensão; Informar sobre os serviços disponíveis na ESF sobre hipertensão; Pesquisar e registrar dados nas consultas subseqüentes o conhecimento sobre hipertensão; Agendar retorno.	
Descuido com a saúde	Manutenção da saúde prejudicada	Orientar a manutenção da saúde; Promover ações educativas de promoção à saúde; Orientar a comunidade quanto ao fluxograma da unidade.	
Preocupação com a saúde	Comportamento de busca de saúde	Orientar o hipertenso as atividades desenvolvidas na ESF; Explicar o funcionamento da ESF; Informar ao hipertenso os serviços disponíveis na ESF; Estabelecer relação de vínculo junto ao hipertenso.	
Cuidado com a saúde	Habilidade para desempenhar a manutenção da saúde	Parabenizar hipertenso pela aceitação da modificação do estado de saúde; Incentivar o hipertenso a continuar com o hábito de vida saudável; Estabelecer vínculo com o hipertenso; Informar sobre as atividades de promoção e prevenção promovida pela ESF.	
Necessidades Psicoespirituais - Amor, aceitação.			
Cuidado com a saúde	Aceitação do estado de saúde	Parabenizar hipertenso pela aceitação da modificação do estado de saúde; Incentivar o hipertenso a continuar com o hábito de vida saudável; Estabelecer vínculo com o hipertenso; Informar sobre as atividades de promoção e prevenção promovida pela ESF.	
Necessidades Psicoespirituais - Religiosidade/espiritualidade			
Descrédito do tratamento	Crença de saúde dificultadora	Fortalecer vínculo de confiança junto ao hipertenso; Compartilhar experiências exitosas de enfrentamento do estado de saúde; Informar sobre as atividades de promoção e prevenção promovida pela ESF; Escutar e registrar as dificuldades relatadas pelo hipertenso; Promover medidas de melhorias da saúde junto ao hipertenso.	



DIABETES MELLITUS

CAPÍTULO 06

DIABETES MELLITUS

Introdução

O Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. As consequências do Diabetes Mellitus (DM), a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

A nova classificação do DM foi redefinida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006. As últimas diretrizes nacionais e internacionais recomendam a classificação do DM em quatro categorias: DM tipo 1 (DM 1), DM tipo 2 (DM 2), outros tipos de DM e Diabetes Gestacional.

Diabetes Mellitus tipo 1 é responsável por cerca de 5% a 10% de todos os casos de DM, inicia-se antes dos 30 anos de idade, mas pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária. Existe uma destruição das células β pancreáticas e seu tratamento exige o uso de insulina para impedir a cetoacidose diabética. O encaminhamento deve ser imediato, com o cuidado de evitar demora no atendimento, pois eles apresentam risco elevado de descompensação metabólica.

O Diabetes Mellitus tipo 2 é responsável por mais de 90% dos casos de DM e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina é geralmente diagnosticado após os 30 anos, em indivíduos com história familiar positiva, mas sua incidência tem aumentado em crianças e adolescentes devido a crescente prevalência da obesidade nessas faixas etárias.

Na categoria “Outros tipos de DM” são incluídos os casos decorrentes de defeitos genéticos da função da célula β , defeitos na ação da insulina, doença do pâncreas exócrino, endocrinopatias (acromegalia, síndrome de Cushing), induzidos por drogas (glicocorticóides, tiazídicos), infecções (citomegalovírus, rubéola congênita) e outras síndromes genéticas.

Diabetes Gestacional é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos.

É fundamental o papel das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na implementação de estratégias de diagnóstico precoce e controle estrito do Diabetes Mellitus que permitam uma boa evolução do paciente diabético, com todas as consequências benéficas para a sociedade como um todo.

O referido fato aponta para a importância de se pesquisar alterações dos níveis glicêmicos não só em pessoas com os sintomas clássicos e inespecíficos de DM 2, mas também nas assintomáticas que apresentem fatores de risco (Quadro 01) para desenvolvimento da doença.

Quadro 01- Principais Fatores de Risco para DM 2
Idade ≥ 45 anos
Antecedente familiar de DM
IMC ≥ 25 kg/m ² (20 a 59 anos) ou ≥ 27 kg/m ² (> 60 anos)
Obesidade central (cintura abdominal > 94 em para homens e > 80 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas)
Estágios pré-clínicos de DM - Glicemia de Jejum Alterada (GJA) e Intolerância à Sobrecarga de Glicose (ISG)
Sedentarismo
Condições associadas - HAS, acantose (hiperqueratose e hiperpigmentação em pescoço e áreas de dobra como axilas), síndrome dos ovários policísticos, dislipidemia, doença vascular aterosclerótica (cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida)
História obstétrica - Macrossomia (> 4 kg), história de abortos de repetição ou mortalidade perinatal.
História de diabete gestacional
Uso de medicação hiperglicemiante (Contraceptivos orais não combinados-minipílulas, tiazídicos em altas doses, betabloqueadores, glicocorticóides entre outros)

O rastreamento é feito através de glicemia plasmática em jejum de 8-12 horas e recomenda-se a seguinte periodicidade:

- A cada três a cinco anos para indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos;
- De um a dois anos quando há história de Diabetes gestacional ou presença de dois ou mais fatores de risco;
- A qualquer momento, em caso de aparecimento de sintomas da doença

As pessoas com fatores de risco para DM 2 que apresentam glicemia de jejum dentro da normalidade devem receber orientação para controle dos fatores de riscos passíveis de serem modificados (sobrepeso, obesidade, sedentarismo, tabagismo, HAS, dislipidemia).

Os seguintes sinais e sintomas devem alertar para a possibilidade de Diabetes Mellitus:

- Poliúria / nictúria;
- Polidipsia / boca seca/ polifagia;
- Emagrecimento rápido/ fraqueza / astenia / letargia;
- Prurido vulvar ou balanopostite;
- Visão turva/ diminuição brusca da acuidade visual;
- Achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina;
- Sinais ou sintomas relacionados às complicações de DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição.

Exames laboratoriais para o diagnóstico de Diabetes:

- Glicemia de jejum: nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas;
- Teste oral de tolerância à glicose (TOTG);
- Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição;
- Hemoglobina glicada.

Quadro 02- Valores de glicose plasmática (mg/dl) para diagnóstico de DM2e seus estágios pré-clínicos (Pré-Diabetes)

CATEGORIA	GLICEMIA DE JEJUM (mg/dl)*	TOTG (mg/dl)	AO ACASO**
Normal	< 100	< 140	
Glicemia de Jejum Alterada (GJA)	≥ 100 a < 126	< 140	
Intolerância à Sobrecarga de Glicose (ISG)	< 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes Mellitus Tipo 2	≥ 126*	≥ 200	≥ 200 com sintomas clássicos

*Glicemia de jejum - sem ingestão calórica por, no mínimo, 8 horas;

**Glicemia plasmática casual é realizada a qualquer hora do dia, independente do horário da última refeição.

Consulta e atendimento de enfermagem

- Acolher e estabelecer vínculo de confiança com usuário/família/cuidador;
- Avaliar a adesão ao tratamento e do alcance das metas instituídas;
- Investigar situação vacinal;
- Estimular o autocuidado;
- Monitorar as intercorrências;
- Verificar PA, peso e altura;
- Medir a circunferência abdominal;
- Estimular estratégias para o alcance das metas do tratamento;
- Estimular mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso;
- Orientar sobre o tratamento medicamentoso já prescrito e prescrever subsequente;
- Orientar sobre a técnica de aplicação de insulina;
- Incentivar a participação nas atividades educativas e físicas;
- Incentivar a participação em atividades antitabagismo e desintoxicação alcoólica, se necessário.

Consulta de Enfermagem:

O Histórico de Enfermagem compreende:

- História familiar;
- Situação cultural, socioeconômico, grau de instrução;
- Estilo de vida: (hábitos alimentares, eliminações, hábitos de higiene, sexualidade, práticas de atividade física, fatores de risco para estresse, lazer, vida social, tabagismo, etilismo, dependência química, etc);
- Doenças prévias; co-morbidades; sinais/sintomas;
- Tratamento medicamentoso (utilização, posologia, adesão e reações adversas) e condições para o autocuidado (lúcido, orientado, nível de compreensão, independente, etc).

O Exame Físico inclui:

- Avaliação céfalo caudal (atentar cavidade oral, integridade da pele, membros inferiores e pés);
- Peso, altura, circunferência abdominal, IMC (Índice de Massa Corporal);
- Sinais vitais;
- Sensibilidade de extremidades.

Exames para solicitar:

- Hemoglobina glicada;
- Creatinina;
- Colesterol total;
- Glicemia de jejum;
- Triglicerídeos;
- Urina tipo 1;
- Glicemia capilar;
- Uréia;
- Acido Úrico;
- ECG com laudo.

Avaliação das informações obtidas nos atendimentos de enfermagem:

- Avaliação da adesão ao tratamento e do alcance das metas instituídas;
- Monitoramento das intercorrências;
- Aferição da PA, peso e altura;
- Avaliação e cuidado dos pés (pulso e sensibilidade) e tipos de calçados;
- Solicitação de exames de rotina;
- Orientações sobre estratégias para o alcance das metas do tratamento;
- Orientações higienodietéticas;
- Orientações sobre o tratamento medicamentoso já prescrito;
- Encaminhamento para as atividades educativas e físicas;
- Encaminhamento para atividades antitabagismo e para

desintoxicação alcoólica, se necessário;

- Agendamento de atendimento de enfermagem e de consulta médica, de enfermagem e odontológica;
- Registro no prontuário.

Rastreamento para diabetes mellitus:

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Poliúria, polidipsia, polifagia, e perda súbita de peso	Peso diminuído; Dispepsia; Sede, Fome e Eliminação urinária aumentada	Investigar fatores de risco; Solicitar exames e glicemia de jejum.	
Idade < 45 anos + IMC \geq 25 kg/m ² apresentando um ou mais dos seguintes fatores de risco: Pai, mãe ou irmãos com DM; Sedentarismo; Glicemia de jejum alterada; História de HAS; Síndrome de ovários policísticos, acantose, dislipidemia e doença vascular aterosclerótica; História de macrossomia, abortos ou repetição de mortalidade perinatal; Diabetes gestacional; Uso de medicação hiperglicemiante	Resultado de exame alterado	Solicitar glicemia de jejum para rastreamento (também na idade \geq 45 anos).	
Idade entre 10 a 19 anos + IMC > percentil 85 ou razão peso/altura > percentil 85 ou peso > 120% do peso ideal para a estatura apresentando dois ou mais dos seguintes fatores: Parentes de 1º ou 2º com DM; História materna de diabetes ou diabetes gestacional; Glicemia de jejum alterada; História de HAS, síndrome de ovários policísticos, acantose, dislipidemia e doença vascular aterosclerótica.	Resultado de exame alterado	Solicitar glicemia de jejum para rastreamento	
Resultado de Glicemia: < 100 mg/dL	Resultado de exame normal	Avaliação anual na ESF.	
Resultado de Glicemia: > 100 a \leq 125 mg/dL	Resultado de exame alterado	Solicitar 2ª glicemia antes de encaminhar para consulta médica; Solicitar TOTG.	
Resultado de Glicemia: \geq 126 mg/dL	Resultado positivo para diabetes mellitus	Encaminhar para consulta médica para diagnóstico com dois exames alterados; Agendar consulta subsequente.	Prescrição subsequente.

Quadro 03- Estratificação de risco de desenvolvimento de complicações crônicas, do indivíduo em relação ao Diabetes tipo 2

Risco baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose.
Risco médio	Pessoa com diabetes mellitus e: Controle metabólico e pressórico adequados Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas.
Risco alto	Pessoa com diabetes mellitus e: Controle metabólico e pressórico inadequado ou Controle metabólico e pressórico adequado, mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas.
Risco muito alto	Pessoa com diabetes mellitus: Controle metabólico e pressórico inadequado + Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou Complicações crônicas.

RISCO	ENFERMAGEM	ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM
Baixo	Anual	Mensal
Médio	Semestral	
Alto	Trimestral	
Muito alto	Bimestral	

PÉ DIABÉTICO

A Síndrome do Pé diabético é consequência da insuficiência vascular (macro e microangiopatias) e neuropatias periféricas.

Fatores que predisõem ao dano tecidual do pé diabético

- Neuropatia (somática e autonômica);
- Vasculopatia periférica;
- Infecções.

PÉ DIABÉTICO RESULTANTE DA COMBINAÇÃO FISIOPATOLÓGICA DE NEUROPATIA ISQUEMIA E INFECÇÃO



Fonte: Brasil, 2006.

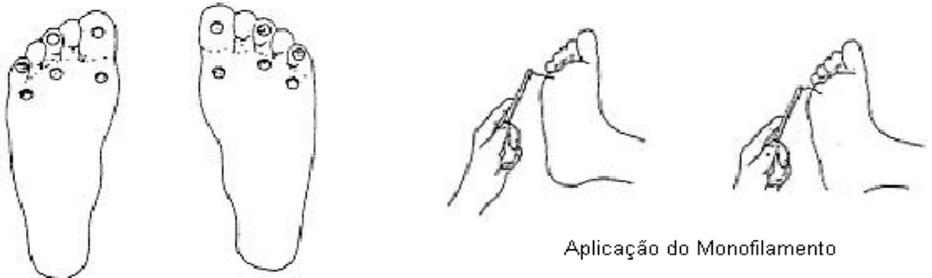
O pé quente com comprometimento neurológico é tão perigoso quanto o pé frio.

A avaliação da presença ou ausência da sensibilidade protetora pode ser pesquisada utilizando-se o monofilamento de 10g, conforme instruções abaixo:

- Mostrar o filamento ao paciente e aplicá-lo em sua mão para que ele possa reconhecer o tipo de estímulo e perder o “medo”;
- Pedir que o paciente não olhe para o local a ser testado;
- Pedir que o paciente responda sim quando sentir o filamento (não perguntar se ele sente ou não, para não induzi-lo);
- Ao aplicar o filamento mantenha-o perpendicular à superfície testada a uma distância de 1 a 2 cm;
- Não use movimentos bruscos. Se o filamento escorregar para o lado desconsidere a resposta e teste novamente neste local mais tarde;
- Use uma seqüência ao acaso para os locais de teste para não induzir o paciente a prever o local seguinte onde o filamento será aplicado;
- Havendo áreas ulceradas, necróticas, cicatriciais ou hiperkeratóticas, teste ao lado das mesmas e não sobre elas;
- Se o paciente não responder à aplicação do filamento em um determinado local, continue a seqüência randômica e volte posteriormente àquele local para confirmar;

- Anote o resultado segundo a percepção do filamento nos locais testados (sim ou não);
- Conserve o filamento protegido, cuidando para que não amasse ou quebre, se necessário, limpe-o com hipoclorito de sódio.

Técnica de aplicação do monofilamento e pontos que devem ser testados



Locais de testes
1º, 3º e 5º dedos e metatarsos

Aplicação do Monofilamento

Importante a palpação de pulsos periféricos (pediosa e tibial posterior); tempo de enchimento venoso superior a 20 segundos e razão tornozelo braquial por Doppler $< 0,9$, permitem quantificar a anormalidade quando os pulsos estiverem diminuídos.

Exame do Pé Diabético

Características	Isquêmico	Neuropático
Coloração	Pálido ou cianótico Rubor quando pendente em casos de grave comprometimento	Normal ou avermelhado no caso de vasodilatação por autossympatectomia
Pele	Ausência ou redução de pelos.	Seca, com fissuras e/ou calosidades plantares.
Unhas	Atróficas, grossas com sulcos (observar a presença de infecção fúngica em unhas e entre os dedos).	
Deformidades	Ausente	Podem estar presentes (pé cavus, cabeças dos metatarsos proeminentes, halux varus ou valgus)
Temperatura	Diminuída	Normal ou aumentada
Pulsos	Diminuído ou ausente	Presente
Sensibilidades	Presente	Diminuída ou ausente
Queixas	Dor tipo claudicação evoluindo para dor em repouso que piora com a elevação do membro inferior.	Parestesias, anestesia, dor tipo queimação ou lancinante.
Úlceras	Em geral nas regiões marginais e dedos	Em geral plantar (mal perfurante)



TUBERCULOSE

CAPÍTULO 07

TUBERCULOSE

Introdução

No Brasil e em outros 21 países em desenvolvimento, a tuberculose é uma doença negligenciada e considerada um importante problema de saúde pública. Segundo estimativas, 100 milhões de pessoa no mundo (cerca de um terço da população mundial) está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*. A cada dia surgem 22 mil casos e ao final de cada ano, 9,2 milhões de pessoas ficam doente com tuberculose (BRASIL, 2002).

No ano de 2009 no Brasil foram notificados 73 mil casos da doença com estimativa de 92 mil casos. São 4,7 mil mortes por ano, ocupando a 4ª causa de mortes por doenças infecciosas e a 1ª causa de mortes dos pacientes com AIDS. A Tuberculose atinge principalmente as pessoas em idade produtiva, 70% dos doentes tem entre 15 e 59 anos, e são do sexo masculino.

Descrição

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). A transmissão é direta de pessoa a pessoa através da tosse, fala ou espirro da pessoa doente com tuberculose pulmonar bacilífera (BRASIL, 2002).

A propagação do bacilo da tuberculose está associada principalmente as condições de vida da população. Proliferam em área de grandes concentrações humanas, com precários serviços de infraestrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. A transmissão ocorre geralmente em ambientes fechados, nos quais as partículas expelidas pelo doente de tuberculose podem permanecer no ar, principalmente em locais escuros e poucos ventilados, por longos períodos (BRASIL, 2008).

A ventilação constante e a luz solar direta removem as partículas e matam rapidamente o bacilo. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo

se infectam, assim como nem todas as pessoas infectadas desenvolvem a doença. A probabilidade de que a tuberculose seja transmitida depende de alguns fatores:

- O potencial do contágio do caso índice;
- A concentração de bacilos no ar contaminado;
- Durante a exposição o tempo que o doente e seus contatos respiram nesse ambiente;
- A suscetibilidade genética ou predisposição dos contatos.

Estima-se que uma pessoa doente pode infectar de 10 a 15 indivíduos por ano. Enquanto o indivíduo doente não iniciar o tratamento recomendado ele continuará eliminando bacilos.

As pessoas infectadas e que não estão doentes não transmitem o bacilo.

Todos os órgãos podem ser acometidos pelo bacilo da tuberculose, porém ocorrem mais frequentemente nos pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos. Apenas em torno de 10% das pessoas infectadas adoecem, metade delas durante os dois primeiros anos após a infecção e a outra metade ao longo de sua vida. Algumas condições debilitam o sistema imunológico favorecendo o adoecimento pela tuberculose como, por exemplo:

- Diabetes Mellitus (DM);
- Infecção pelo HIV;
- Tratamento prolongado com corticosteróides;
- Terapia imunossupressora;
- Neoplasias;
- Doenças renais crônicas, entre outras;
- Desnutrição calórica protéica (BRASIL, 2002).

Sintomáticos Respiratórios (SR) - portadores de tosse e expectoração por duas semanas ou mais. Entre esses, deve-se procurar o doente com tuberculose pulmonar bacilífera, “fonte de infecção” para outros indivíduos.

Os doentes param de transmitir a tuberculose, logo que iniciam o tratamento.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES:

- Anamnese;
- Exame físico;
- Identificar os sintomáticos respiratórios;
- Realizar assistência integral as pessoas e famílias na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;
- Orientar quanto à coleta de escarro;
- Encaminhar o material ao laboratório;
- Receber os resultados dos exames protocolá-los e anexá-los ao prontuário;
- Aplicar a vacina BCG, quando capacitado;
- Fazer teste tuberculínico. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência;
- Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observada as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- Realizar procedimentos regulamentados para o exercício da profissão;
- Supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas de acordo com a rotina da equipe;
- Convocar os contatos para investigação;
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas;
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- Acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo ACS;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Orientar os técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação do serviço. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde;
- Notificar os casos confirmados de tuberculose;
- Preencher o Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose no serviço;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local;
- Programar os qualitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado no serviço, de forma a assegurar o tratamento completo de todos.

Denomina-se “caso de tuberculose” **todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose.** “Caso novo” é o doente com tuberculose que nunca se submeteu à quimioterapia antituberculosa, fez uso de tuberculostáticos por menos de 30 dias, ou submeteu-se ao tratamento para tuberculose há cinco anos ou mais.

TODAS AS INFORMAÇÕES (ESQUEMA TERAPÊUTICO, Nº DE DOSES, RESULTADO DE EXAMES, DATA DA ENTREGA DO MEDICAMENTO, PESO, DATA DO INCÍCIO DO TRATAMENTO, COMUNICANTES REGISTRADOS E EXAMINADOS, TIPO E DATA DA ALTA, ETC,) SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO DO PACIENTE DEVERÃO SER REGISTRADAS NO PRONTUÁRIO, NO LIVRO DE ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE TUBERCULOSE E MENSALMENTE INFORMADAS NO BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO MENSAL DO SINAN (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÕES).

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

O TDO é um elemento chave da estratégia DOTS que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

Estratégia operacional

Todo caso de tuberculose (novos e retratamentos) deve realizar o tratamento diretamente observado, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento. O tratamento diretamente observado é mais que ver a deglutição dos medicamentos. É necessário construir um vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde. Torna-se também necessário remover as barreiras que impeçam a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais. A escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente.

É desejável que a tomada observada seja diária, de segunda à sexta-feira. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for a única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado. O uso de incentivos (lanche) e facilitadores está recomendado como motivação para o TDO.

O doente pode ir ao serviço para receber a medicação, ou o profissional do serviço pode ir ao domicílio. É importante observar que o local de administração do medicamento ou a opção por observação não diária deve dizer respeito às dificuldades do doente e nunca do serviço. Para fins operacionais, 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.

ENCERRAMENTO DE CASOS

Todo caso de tuberculose que iniciar o tratamento deverá ser encerrado segundo critérios:

- Alta por cura;
- Alta por completar o tratamento;
- Alta por abandono de tratamento;
- Alta por mudança de diagnóstico;
- Alta por óbito;
- Alta por falência;
- Alta por transferência.

É considerado abandono de tratamento de tuberculose, quando o paciente não toma o medicamento por mais de 30 dias, ininterrupto.

Controle pós-cura

A maioria dos casos curados não necessita de controle pós-tratamento, devendo-se orientar o paciente a retornar à unidade apenas se surgirem sintomas semelhantes aos do início da doença.

CONTROLE DOS CONTATOS

A atividade de controle de contatos deve ser considerada como uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nesta população, e pode ser priorizada pelos programas de controle de TB (BRASIL, 2010).

Contato - É definido como toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode se dar em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição.

ESQUEMAS PARA TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

ESQUEMA BÁSICO PARA ADULTOS E ADOLESCENTES (2RHZE/4RH)

R (Rifampicina) - H (Isoniazida) - Z (Pirazinamida) - E (Etambutol)

Indicações:

- Casos novos* de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV.

*caso novo - paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos antituberculose.

- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa. Preconiza-se a solicitação de cultura, identificação e teste de sensibilidade em todos esses casos.

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos	2
4RH Fase de Manutenção	RH 300/200 ou 150/100 Cápsula	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	1 cápsula 300/200 1 cáp 300/200 + 1 cáp 150/ 100 2 cápsulas 300/200	4

Recomenda-se a solicitação de cultura, identificação e teste de sensibilidade (TS) para todos os casos com baciloscopia positiva ao final do segundo mês de tratamento. De acordo com o resultado do TS será identificada a possível resistência aos fármacos e mudança do esquema será avaliada na unidade de referência. Até o retorno e avaliação do TS deverá ser mantido o esquema inicial (BRASIL, 2008).

ESQUEMA PARA MENINGOENCEFALITE PARA ADULTOS E ADOLESCENTES (2RHZE/7RH)

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos	2
7RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou 150/100 Cápsula	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	1 cápsula 300/200 1 cáps 300/200 + 1 cáps 150/ 100 2 cápsulas 300/200	7

Na meningoencefalite tuberculosa deve ser associado corticosteróide ao esquema anti-TB: prednisona oral (1 -2 mg/kg /dia) por quatro semanas ou dexametasona intra-venoso nos casos graves (0.3 a 0.4 mg /kg / dia), por 4-8 semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes (BRASIL, 2008).

ESQUEMA PARA MULTIRRESISTÊNCIA (2S5ELZT / 4S3ELZT / 12ELT)

S (Estreptomicina) - E (Etambutol) - L (Levofloxacina) - Z (Pirazinamida) - T (Terizidona)

Indicação: Resistência à RH, resistência à RH e outro(s) fármaco(s) de primeira linha, falência* ao esquema básico ou na impossibilidade do uso do esquema básico por intolerância a dois ou mais fármacos.

* falência - persistência de baciloscopia positiva ao final do tratamento; fortemente positivos (++) ou (+++) no início do tratamento, mantendo essa situação até o quarto mês de tratamento; ou positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade a partir do quarto mês de tratamento.

Regime	Fármaco	Faixa de peso (kg)	Dose	Meses
2S₂ELZT Fase intensiva 1ª etapa	Estreptomicina* Frasco 1 g	Até 20 kg	15 a 20 mg/kg/dia	2
		21 a 35	500 mg/dia	
		36 a 50	750 a 1000 mg/dia	
		>50	1.000 mg/dia	
	Etambutol Comprimido 400 mg	Até 20 kg	20 a 25 mg/kg/dia	
		21 a 35	400 a 800 mg/dia	
		36 a 50	800 a 1200 mg/dia	
		>50	1.200 mg/dia	
	Levofloxacina Comprimido 250 e 500 mg ou Frasco de 500 mg	Até 20 kg	7,5 a 10 mg/kg/dia	
		21 a 35	250 a 500 mg/dia	
		36 a 50	500 a 750 mg/dia	
		>50	750 mg/dia	

Regime	Fármaco	Faixa de peso (kg)	Dose	Meses
2S₅ELZT Fase intensiva 1ª etapa	Pirazinamida Comprimido 500 mg	Até 20 kg	35 mg/kg/dia	2
		21 a 35	1000 mg/dia	
		36 a 50	1.500 mg/dia	
		>50	1.500 mg/dia	
	Terizidona Cápsula 250 mg	Até 20 kg	15 a 20 mg/kg/dia	
		21 a 35	500 mg /dia	
36 a 50		750 mg/dia		
>50	750 a 1000 mg/dia			
4S₃ELZT Fase intensiva 2ª etapa	Estreptomicina* Frasco 1 g	Até 20 kg	15 a 20 mg/kg/dia	4
		21 a 35	500 mg/dia	
		36 a 50	750 a 1000 mg/dia	
		>50	1.000 mg/dia	
	Etambutol Comprimido 400 mg	Até 20 kg	20 a 25 mg/kg/dia	
		21 a 35	400 a 800 mg/dia	
		36 a 50	800 a 1200 mg/dia	
		>50	1.200 mg/dia	
	Levofloxacina Comprimido 250 e 500 mg ou Frasco de 500 mg	Até 20 kg	7,5 a 10 mg/kg/dia	
		21 a 35	250 a 500 mg/dia	
		36 a 50	500 a 750 mg/dia	
		>50	750 mg/dia	
	Pirazinamida Comprimido 500 mg	Até 20 kg	35 mg/kg/dia	
		21 a 35	1000 mg/dia	
		36 a 50	1.500 mg/dia	
		>50	1.500 mg/dia	
	Terizidona Cápsula 250 mg	Até 20 kg	15 a 20 mg/kg/dia	
		21 a 35	500 mg /dia	
36 a 50		750 mg/dia		
>50		750 a 1000 mg/dia		
12ELT Fase de manutenção	Etambutol Comprimido 400 mg	Até 20 kg	20 a 25 mg/kg/dia	12
		21 a 35	400 a 800 mg/dia	
		36 a 50	800 a 1200 mg/dia	
		>50	1.200 mg/dia	
	Levofloxacina Comprimido 250 e 500 mg mg ou Frasco de 500 mg	Até 20 kg	7,5 a 10 mg/kg/dia	
		21 a 35	250 a 500 mg/dia	
		36 a 50	500 a 750 mg/dia	
		>50	750 mg/dia	
	Terizidona Cápsula 250 mg	Até 20 kg	15 a 20 mg/kg/dia	
		21 a 35	500 mg /dia	
		36 a 50	750 mg/dia	
		>50	750 a 1000 mg/dia	

* Em maiores de 60 anos, a Estreptomicina deve ser administrada na dose máxima de 500 mg/dia.

Esquemas Especiais para adultos e adolescentes

Nos casos de intolerância moderada a grave, hepatotoxicidade ou hipersensibilidade, mantém-se a recomendação de reintrodução fármaco por fármaco, para a avaliação da necessidade de substituição do fármaco.

1. Doença Hepática prévia:

- a) Doença hepática (porém sem cirrose) estável ou instável + exames basais (antes do início do tratamento) mostrando:

- ALT (TGP) > 3 vezes limite superior normal (LSN) = 2RHE/7RH
 - ALT (TGP) ≤ 3 vezes LSN = 2RHZE/4RH.
- b) Cirrose hepática = RE + (Levofloxacina ou Moxifloxacina ou Ofloxacina ou Cicloserina) 12 -18 meses
- c) Doença hepática crônica estabelecida
- ALT (TGP) ≤ 3 vezes LSN e sem evidências clínicas de doença = 2RHZE/4RH (mesmo que sejam portadores de vírus da hepatite ou tenham antecedentes de hepatite aguda ou hábitos alcoólicos excessivos) Acompanhar com exames laboratoriais periódicos.
 - ALT > 3 vezes LSN e com evidências clínicas de doença = 2RHES/6HE ou 2HRE/6HE ou 2HSE/10HE ou 3SEO/9EO (neste esquema Ofloxacina pode ser substituída pela Levofloxacina).

2- Hepatotoxicidade após início do tratamento

- ALT > 5 vezes LSN (com ou sem icterícia) ou icterícia (com ou sem aumento de ALT) ou sintomas hepáticos: suspender o esquema e investigar abuso de álcool, doença biliar ou uso de outras drogas hepatotóxicas.
- Reintroduzir os fármacos quando ALT < 2 vezes LSN: reiniciar RHZ um a um. Primeiro R (com ou sem E); 3-7 dias depois solicitar exames; se não houver aumento reintroduzir H; uma semana após H se não houver aumento de ALT reiniciar Z.
- Em casos graves e até que se detecte a causa da anormalidade ou em casos em que as enzimas e/ou bilirrubinas não normalizam após 4 semanas sem tratamento= 3SEO/9EO (neste esquema Ofloxacina pode ser substituída pela Levofloxacina), acrescido ou não de H.

3- Intolerância a um fármaco:

- Rifampicina (2HZES/10HE)
- Isoniazida (2RZES/7RE)

- Pirazinamida (2RHE/4RH)
- Etambutol (2RHZ/4RH)

4- Polirresistência (R ou H + outro fármaco): Esquemas individualizados de acordo com o TS.

5- Tuberculose extensivamente resistente (do inglês - XDR, extensively drug resistant), resistência a RH + qualquer fluoroquinolona + um dos três fármacos injetáveis de segunda linha: Amicacina, Kanamicina e Capreomicina - Esquemas individualizados com fármacos de reserva avaliados por profissionais experientes no manejo deste tipo de paciente.

Os casos de falência ou multirresistência, bem como aqueles que necessitem de esquemas especiais devem ser encaminhados para os centros de referência, notificados no Sistema de Informação para Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE TB) e devidamente encerrados no SINAN.

Informações complementares:

A adesão ao tratamento deve ser privilegiada e verificada em todas as suspeitas de falência paralelamente a solicitação de cultura e TS.

- a) Os esquemas até então denominados IR e III não serão mais utilizados.
- b) Para os casos de coinfeção TB/HIV-Aids que necessitem de terapia antirretroviral, incompatível com o uso da Rifampicina, a Rifabutina estará disponível para a composição do esquema básico e para meningoencefalite, no lugar da Rifampicina.

Permanecem as recomendações de supervisionar o tratamento e de oferecer a testagem anti-HIV para TODOS os pacientes com tuberculose.

Nota: Outras informações mais detalhadas sobre o tratamento da tuberculose serão publicadas pelo PNCT/SVS/MS em edição atualizada do Guia de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose, 2009.

DIAGNÓSTICOS

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO
Caso de Tuberculose confirmado	Resultado positivo para Tuberculose	Registrar no Livro de Registro de casos de TB; Solicitar anti HIV; Acompanhamento mensal com baciloscopia (BK) de controle; Verificar mensalmente melhora clínica, peso, (ajustar dose, se necessário); Enfatizar a importância do tratamento diretamente observado (TDO).	Esquema Básico (EB).
Comprometimento do estado geral, febre vespertina, sudorese noturna, inapetência, emagrecimento	Febre; Suor aumentado; Fadiga; Apetite diminuído.	Investigação clínica e epidemiológica, solicitação de PPD e Raio-X de tórax.	Polivitamínico, via oral 1 comprimido ao dia.
Reação forte ao PPD; Achados radiográficos sugestivos; Baciloscopia de escarro Positiva	Resultado de teste positivo para Tuberculose	Encaminhar para o médico para examinar e fechar diagnóstico e iniciar o tratamento.	Esquema Básico (EB).
Tosse por mais de 3 semanas	Tosse com expectoração	Solicitar BK de escarro 2 amostras.	



CAPÍTULO 08

HANSENÍASE

CAPÍTULO 08

HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, e de grande importância para a saúde pública devido a seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. O período de incubação varia de 2 a 7 anos, podendo chegar a 10 anos.

A transmissão é direta, através das vias aéreas superiores da pessoa doente, da forma multibacilar, sem tratamento, para uma pessoa sadia, através do convívio prolongado.

A doença pode atingir homens e mulheres, adultos e crianças, de todas as classes sociais.

A hanseníase tem cura e o tratamento é um direito garantido em todas as unidades de saúde do SUS.

Os doentes param de transmitir a hanseníase, logo que iniciam o tratamento.

ANAMNESE E HISTÓRIA EPIDEMIOLÓGICA

Pesquisar informações sobre:

- História da doença atual (início e evolução das lesões).
- História de hanseníase na família, convivência com doentes.
- Investigar se paciente já fez tratamento no passado, no sentido de decidir se há necessidade de novo tratamento.
- História de doenças pregressas e coexistentes (auxilia em relação à contra indicações da PQT e interações medicamentosas).

Exame clínico (exame dermatoneurológico):

- Preferencialmente, o exame deve ser feito a luz natural. Toda a superfície do corpo deve ser examinada, preservando-se a privacidade do paciente;

- A localização das lesões de pele deve ser anotada num mapa corporal simples (constante na ficha de notificação epidemiológica);
- Uma ou mais lesões de pele devem ser examinadas quanto às perdas de sensibilidade (conforme teste de sensibilidade);
- Os principais troncos nervosos devem ser palpados, verificando se estão espessados ou dolorosos (consultar figura dos principais troncos nervosos atingidos, conforme anexo).

OBS: Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Recomenda-se aplicar o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos - PCID < 15, do Ministério da Saúde, 2009 (Em anexo).

Diagnóstico

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, e é realizado a partir de um caso suspeito.

Considera-se caso suspeito a pessoa que apresenta pelo menos um dos seguintes sinais/sintomas:

- Mancha na pele hipopigmentada, avermelhada ou ferruginosa/ com alteração de sensibilidade bem definida (diminuição da sensibilidade ou anestesia);
- Presença de infiltração difusa, placas, manchas, tubérculos, nódulos (normalmente sem sintomas);
- Comprometimento de nervos periféricos (perda da sensibilidade e/ou força nos músculos das mãos, pés e face);
- Perda ou diminuição de pêlos, localizada ou difusa, especialmente sobrancelhas e cílios;
- Ausência de sudorese em área delimitada (anidrose), pele seca.

OBS: São excluídos desse grupo, os pacientes que já foram tratados e curados.

Durante a investigação para diagnóstico, indaga-se a história e as condições de vida do paciente, o exame dermatoneurológico para

identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).

Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico (PQT):

- Lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração de sensibilidade;
- Acometimento de nervo (s) periférico (s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- Baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico*

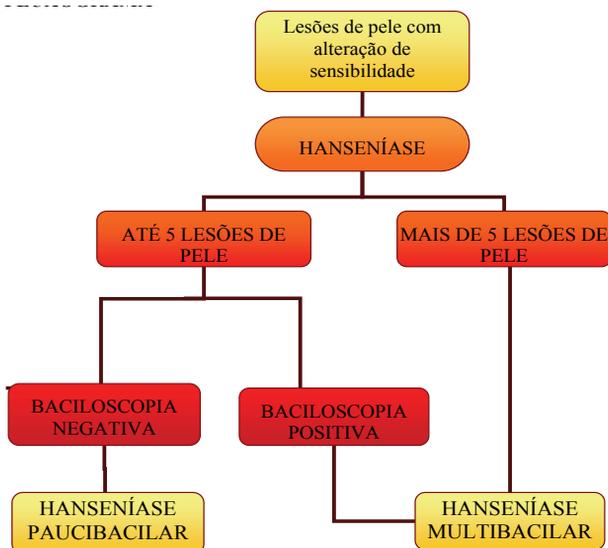
*A baciloscopia deve ser utilizada como exame complementar para classificação dos casos.

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL

A classificação operacional visa definir esquema de tratamento:

- Paucibacilares - PB: casos com até cinco lesões de pele.
- Multibacilares - MB: casos com mais de 05 lesões de pele

FLUXOGRAMA



Fonte: BRASIL, 2008.

TESTE SIMPLES DE SENSIBILIDADE

Para realizar o teste de sensibilidade se faz necessário um ambiente tranquilo e confortável com o mínimo de interferência externa. Deve-se demonstrar o teste para o paciente utilizando uma área da pele com sensibilidade normal. Em seguida, tape a visão do paciente com uma barreira ou solicite ao paciente que feche os olhos.

Considerando que a perda da sensibilidade é progressiva, examina-se na seguinte seqüência:

1º - SENSIBILIDADE TÉRMICA: utilizando tubos de ensaio: um com água levemente aquecida e outro com água fria.

2º SENSIBILIDADE DOLOROSA: utilizando alfinete comum (tocar o centro da lesão de pele e a pele normal aplicando leve pressão e perguntar ao paciente se sente dor). Alternar ponta e cabeça do alfinete na área afetada, de modo que o paciente compare a percepção.

3º SENSIBILIDADE TÁTIL: utilizando chumaço de algodão (tocar a lesão e áreas de pele normal e questionar a sensibilidade).

Esquemas terapêuticos

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional.

Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES: 6 cartelas.

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
Duração: 6 doses.	
Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.	
Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	

Esquema terapêutico para casos MULTIBACILARES: 12 cartelas.

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.
Duração: 12 doses.	
Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.	
Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, a avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	
Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.	

O encerramento da Poliquimioterapia (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação ao grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta.

Notas:

- A gravidez e o aleitamento não contraindicam o tratamento PQT padrão.
- Em mulheres em idade reprodutiva, deve-se atentar ao fato de que a rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.
- Condutas para efeitos adversos da PQT: de acordo com os sinais e sintomas específicos dos efeitos adversos de cada droga, o tratamento deverá ser suspenso temporariamente e o (a) paciente encaminhado (a) para avaliação em unidades de referência.

- Em crianças ou adulto com peso inferior a 30 kg, ajustar a dose de acordo com o peso conforme o quadro a seguir:

	Dose mensal	Dose diária
Rifampicina (RFM)	10 a 20 mg/kg	-
Dapsona (DDS)	1,5 mg/kg	1,5 mg/kg
Clofazimina (CFZ)	5 mg/kg	1 mg/kg

Investigação epidemiológica de contato

A investigação consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, independentemente da classificação operacional e do repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase.

Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase, nos últimos cinco anos.

Recomendações sobre o uso da vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guërin) para os contatos intradomiciliares de casos de hanseníase

A vacina BCG-ID deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB. A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue as recomendações do quadro a seguir:

Avaliação da cicatriz vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Prescrever uma dose
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose

Fonte: BRASIL, 2008.

Notas:

- Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para este agravo e neste grupo é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares.
- Contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano

de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.

- Contatos intradomiciliares de hanseníase com mais de 1 ano de idade, já vacinados com a primeira dose, devem seguir as instruções do quadro acima.
- Na incerteza de cicatriz vacinal, no exame dos contatos intradomiciliares, recomenda-se aplicar uma dose independentemente da idade.
- As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização - PNI disponíveis no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_pos-vacinacao.pdf
- É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para pessoas HIV positivas ou com AIDS, devem ser seguidas as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados disponíveis no seguinte endereço eletrônico: www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm.

AValiação e Prevenção de Incapacidades Físicas

É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico do caso de hanseníase e do estado reacional.

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0.05g, 0.2g, 2g, 4g, 10g e 300g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Nas situações em que não houver a disponibilidade de estesiômetro ou monofilamento lilás, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés com a ponta da caneta esferográfica. Considera-se grau um de incapacidade a ausência de resposta ao monofilamento igual ou mais pesado que o de 2 g (cor violeta), ou não resposta ao toque da caneta.

O formulário para avaliação do grau de incapacidade física

(Anexo) deverá ser preenchido e obedecer aos critérios da Organização Mundial da Saúde - OMS expressos no quadro abaixo:

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e /ou nos pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Para verificar a integridade da função neural recomenda-se a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (Em anexo).

Avaliação Neurológica Simplificada

A avaliação neurológica deverá ser realizada:

- No início do tratamento;
- Mensalmente, quando possível, ou no mínimo de três em três meses;
- Com maior frequência durante neurites e reações, ou quando houver suspeita destas, durante ou após o tratamento;
- Na apresentação de queixas;
- No ato da alta.

A avaliação neurológica inclui:

- História;
- Ocupação e Atividades Diárias;
- Queixas do paciente;
- Inspeção;
- Palpação dos Nervos;
- Teste de Força Muscular;
- Teste de Sensibilidade.

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 (as vezes levando à suspeição diagnóstica de hanseníase), durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (PQT).

A Reação Tipo 1 ou a 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 febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

Orientação para Autocuidado

As orientações para autocuidado visam estimular a formação da consciência de riscos para a integridade física, a mudança de atitudes para a realização do autocuidado e o fortalecimento da autonomia biopsicossocial, a partir da identificação do problema visando a sua superação.

Considerando que a hanseníase atinge nervos, podendo levar a incapacidades, é importante orientar o paciente a estar atento a alterações e promover o autocuidado.

Olhos:

Observar: dificuldade para piscar ou sensação de areia nos olhos.

Orientar: lubrificar os olhos com colírio lubrificante e fazer exercício de abrir e fechar os olhos com força.

Nariz:

Observar: feridas.

Orientar: fazer sempre higiene com soro ou água filtrada, evitando retirar casquinhas.

Mãos e pés:

Observar: pele das mãos, braços e pés procurando algum ferimento ou queimadura não percebidos; procurar descobrir a causa do ferimento.

Orientar: hidratar, lubrificar a pele (com óleo mineral, ou hidratante corporal) e fazer massagens; fazer exercícios de alongamento nas mãos e pés; evitar longas caminhadas; usar calçado confortável; olhar pés e sapatos diariamente; proteger ferimentos e procurar serviço de saúde.

Consulta de Enfermagem

Coleta de dados de enfermagem

- Identificação do usuário, idade, dados socioeconômicos e culturais, motivos da consulta, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, antecedentes dermatológicos e queixa atual;
- Data/época dos primeiros sintomas;

Educação em Saúde

Todos os profissionais da equipe de saúde são responsáveis pela disseminação de informações junto à comunidade, a fim de que se (re) conheçam os sinais e sintomas da hanseníase, e que procurem uma unidade de saúde assim que suspeitem da doença.

Seguimento de Casos

- Os pacientes devem ser agendados de rotina a cada 28 dias para receberem, além das orientações e avaliações, a administração da dose supervisionada e nova cartela com os medicamentos para doses autoadministradas no domicílio. Orientar o paciente sobre a importância do exame dos contatos; convocá-los, agendá-los e proceder conforme descrito no item investigação de contatos intradomiciliares;
- Os procedimentos devem ser registrados em prontuários e formulários específicos.
- No ato do comparecimento à unidade de saúde para receber a medicação específica preconizada, supervisionada, o paciente deve ser submetido à revisão sistemática por médico e ou enfermeiro responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico, objetivando identificação de estados reacionais, efeitos colaterais ou adversos aos medicamentos em uso e surgimento de dano neural;
- Orientações sobre técnicas de autocuidados deverão fazer parte da rotina de atendimento aos pacientes e suas famílias.

Revisar mensalmente a realização destas técnicas para evitar a piora das conseqüências da lesão neurológica;

- Os pacientes que não comparecerem a dose supervisionada por mais de 30 dias deverão ser visitados em seus domicílios, para pesquisar e intervir nas possíveis causas de falta, orientá-los e conseqüentemente evitar a situação de abandono;
- Pessoas com hanseníase que apresentem outras doenças associadas (AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias, endocrinopatias) deverão ser encaminhadas às unidades de referência de maior complexidade para avaliação;
- Os pacientes deverão ser orientados a comparecer ao serviço de saúde em casos de febre, mal estar, dores no trajeto dos nervos e ou alguma intercorrência clínica.

Organização do sistema de informação

Prontuário e documentação

O prontuário da pessoa com hanseníase deverá ser o mesmo utilizado para os demais atendimentos realizados na unidade de saúde, acrescido de anexos constituídos por impressos específicos como cópia da ficha de notificação, ficha de avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e informações sobre a evolução do caso.

O arquivamento dos prontuários dos casos de hanseníase, em registro nas unidades, deve obedecer aos processos administrativos internos da organização institucional. É importante reiterar que constem do prontuário os seguintes formulários:

- Cópia da ficha de notificação/investigação do SINAN (Em anexo);
- Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID < 15 (Anexo 03);
- Formulário para avaliação do grau de incapacidade (Em anexo);
- Formulário para avaliação neurológica simplificada (Em anexo);

- Boletim de acompanhamento de hanseníase (Em anexo);
- Ficha de investigação de suspeita de recidiva (Em anexo);
- Formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase (Em anexo);
- Outros formulários que se fizerem necessários para o acompanhamento eficiente dos doentes.

Informações sobre a evolução clínica e psicossocial, administração das doses supervisionadas e vigilância de contatos deverão constar do registro regular no prontuário de todos os pacientes.

Aos casos de suspeição diagnóstica de hanseníase em menores de 15 anos recomenda-se aplicar o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos - PCID < 15, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, 2009 (Em anexo).

Intervenções de enfermagem

- Geral:

- Monitorar peso e avaliar estado nutricional do paciente;
- Monitorar pressão arterial;
- Inspeccionar pele (manchas e caroços);
- Monitorar presença de edemas (face, tronco, membros).

- Específico: Dermato-neurológico:

- Examinar toda superfície do corpo (de preferência a luz natural);
- Realizar teste de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões suspeitas;
- Palpar nervos periféricos;
- Avaliar força muscular;
- Avaliar acuidade visual;
- Testar sensibilidade de olhos, mãos e pés;
- Notificar caso ao SINAN e registrar todas as informações no prontuário do paciente.
- Realizar educação em saúde.

- Solicitar exames

- Baciloscopia de esfregaço intradérmico (Pesquisa de BAAR na linfa);
- Hemograma completo*;
- Glicemia de jejum*;
- Sumário de urina (EAS)*;
- TGO/TGP*;
- Uréia*;
- Creatinina*;
- Anti-HIV*.

*Exames a serem solicitados no primeiro mês de tratamento.

Principais queixas clínicas:

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Alteração na coloração da pele	Pele hipercoreada	Orientar sobre efeitos adversos dos medicamentos. Orientar para uso de proteção solar.	
Diminuição da força muscular em olhos, mãos e pés	Reflexo motor diminuído	Orientar para realização de exercícios específicos; Orientar para proteção de olhos com diminuição de força muscular (uso de óculos com proteção solar, de proteção noturna, e de colírio lubrificante); Orientar uso de creme protetor com fator solar 30 ou maior.	Colírio lubrificante: Instilar 1 gota nos olhos afetados, sempre que necessário.
Diminuição da sensibilidade em mãos e pés	Resposta sensitiva diminuída	Orientar paciente a observar mãos e pés diariamente em busca de machucados, áreas quentes e calosidades; Orientar para uso de calçados adequados; Orientar para uso de hidratantes corporais e/ou óleo mineral; Orientar para uso de proteção para atividades da vida diária, tais com luvas de proteção, proteger cabos de ferramentas e instrumentos domésticos.	Óleo mineral: Após a hidratação da pele íntegra, aplicá-lo massageando o local para maior absorção do produto.
Diminuição de sensibilidade na córnea	Reflexo ocular diminuído	Orientar paciente a observar olhos diariamente em busca de áreas vermelhas, e usar proteção (óculos de sol, proteção noturna).	Colírio lubrificante: Instilar 1 gota nos olhos afetados, quando necessário.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Dor no trajeto de nervos periféricos	Dor neurogênica	Avaliar função do nervo (força muscular, sensibilidade na área de inervação e palpação se possível); Promover repouso do nervo afetado (usar tipóia, quando possível). Orientar paciente a: evitar movimentos repetidos e a evitar carregar coisas pesadas; Orientar paciente a evitar longas caminhadas e andar em passos pequenos; Encaminhar para consulta médica.	
Feridas	Feridas	Orientar paciente a descobrir a causa do ferimento; Orientar ao paciente como limpar e cobrir a ferida, quando ocorrer ferimentos e não houver como procurar unidade de saúde; Realizar curativo na unidade de saúde.	Solução fisiológica a 0,9%; Prescrever curativos, se necessário.
Manchas com alteração de sensibilidade	Resultado laboratorial positivo para Hanseníase	Proteção solar (uso de creme/loção protetor (a); chapéu, etc.).	
Sensação de areia nos olhos, ou ressecamento	Visão prejudicada	Examinar olhos do paciente, observando existência de áreas vermelhas; Observar se o paciente demora a piscar (no olho normal o ato de piscar se repete mais ou menos a cada 11 segundos); Orientar paciente a piscar voluntariamente os olhos sempre que lembrar; Utilizar colírio lubrificante.	Colírio lubrificante: instilar 1 gota nos olhos afetados, quando necessário.
Sensação de entupimento nasal e/ ou presença de crostas (casquinhas) no nariz	Obstrução nasal	Orientar paciente a não retirar crostas e higienizar nariz com água limpa.	Soro fisiológico a 0,9%.



**SAÚDE DO
ADOLESCENTE**

CAPÍTULO 09

SAÚDE DO ADOLESCENTE

Introdução

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.

Os achados de anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas têm aumentado progressivamente, alterando-se de 3% na década de 70 para 20% na década de 90. Nessa faixa etária, frequentemente observa-se fatores de risco, como o início sexual precoce, multiplicidade de parceiros e fatores de risco biológicos, que geram uma maior vulnerabilidade (BRASIL, 2006).

A conduta, na Estratégia de Saúde da Família, não se altera no adolescente, devendo, portanto, seguir as recomendações apresentadas.

Exames Solicitados:

- Hemograma;
- Colesterol;
- Triglicerídeos;
- Glicemia, TOTG, hemoglobina glicada;
- Parasitológico de fezes;
- TGO, TGP;
- Sorologias para VDRL, HIV, Hepatites;
- Tipagem sanguínea;
- Eletroforese de hemoglobina;
- Sumário de urina, urinocultura com antibiograma;
- Beta HCG;
- T3, T4, TSH;
- Progesterona;

- Testosterona;
- Espermograma;
- Prolactina;
- Ureia, creatinina;
- Ácido úrico;
- Colpocitologia oncótica;
- Coleta de secreção vaginal.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Acne	Integridade de pele prejudicada	Orientar higiene; Orientar alimentação evitando gorduras e frituras; Orientar não friccionar ou comprimir acne; Encaminhar ao profissional dermatologista.	
Alterações hormonais, excesso de pelos	Metabolismo alterado	Solicitar exames hormonais e encaminhar ao especialista, se necessário.	
Amígdalas aumentadas e hiperemiadas, dificuldade de deglutição	Dor na garganta	Orientar usuário; Examinar; Encaminhar para médico do serviço.	
Atraso vacinal	Resposta imunológica prejudicada	Realizar busca ativa, solicitar cartão, vacinar conforme calendário do adolescente.	
Corrimento transparente fisiológico	Secreção vaginal fisiológica	Prestar orientações higiênicas; Realizar citológico.	
Diarréia	Diarréia	Orientar o aumento de ingesta de água; Investigar febre.	Soro de reidratação oral
Disúria	Infecção Urinária	Solicitar exames laboratoriais; Investigar febre.	
Dor	Dor	Solicitar exames laboratoriais; Referenciar, se necessário.	
Dor de dente	Dor de dente	Encaminhar para dentista.	
Drogadição, álcool	Uso de álcool, tabaco, drogas e substâncias ilícitas.	Prestar orientações sobre política de redução de danos, inserir em grupos, encaminhar para CAPS AD.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
DST/AIDS	Resultado laboratorial positivo para DST/AIDS	Solicitar exames e testagem dos parceiros sexuais; Ofertar preservativo masculino e feminino; Encaminhar para serviço de referência.	Prescrever conforme capítulo de DST/AIDS
Ejaculação Precoce	Sistema reprodutor masculino prejudicado	Prestar orientações; Orientar procurar psicólogo; Encaminhar ao especialista.	
Febre	Hipertermia	Orientar para a verificação da temperatura; Avaliar sinais de Dengue.	Dipirona 500mg , via oral de 6/6 horas, se necessário.
Feridas	Integridade da pele prejudicada	Orientar higiene local.	Prescrever curativo, se necessário.
Fimose	Sistema reprodutor masculino prejudicado	Orientar a higiene; Encaminhar para especialista se necessário.	
Glicemia elevada	Hiperglicemia	Verificar capítulo de Diabetes Mellitus.	Prescrever subsequente
Gravidez	Gravidez	Encaminhar para referência se menor de 14 anos.	Ver capítulo de Pré-Natal.
Hanseníase	Resultado Positivo para Hanseníase	Ver capítulo de Hanseníase.	
Hematoma, contusão, ferimento (arma de fogo ou arma branca)	Violência	Notificar o caso; Solicitar exames, se necessário; Encaminhar a hospital de urgência e emergência se necessário; Orientar compressa fria e repouso.	Prescrever curativo, se necessário;
Obesidade	Sobrepeso	Orientar exercícios físicos; solicitar exames laboratoriais; encaminhar ao nutricionista.	
Tosse	Tosse	Orientar aumento da ingestá hídrica; Orientar para evitar alimentos crus e secos; Investigar perda de peso, febre e período da tosse; Encaminhar para o médico.	Vit. C 500mg , via oral 1 cp. ao dia
Tuberculose	Resultado Positivo para Tuberculose	Ver capítulo de Tuberculose	
Uso de preservativo ou anticoncepcional	Planejamento familiar	Orientar; Solicitar exames, se necessário.	Prescrever subsequente; Ver capítulo de Planejamento Familiar.

ESQUEMA DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE*

VACINA	IDADE	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
HEPATITE B	11 até 19 anos	3 doses, (da 1ª para 2ª) - 30 dias; (da 2ª para 3ª dose) 5 meses	0,5 ml até 19 anos, 11 meses e 29 dias; >20 anos 1 ml	IM	Músculo deltóide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	15 dias
dT - DUPLA ADULTO	11 A 19 anos	3 doses com intervalo de 2 meses + Reforço a cada 10 anos	0,5 ml	IM	Músculo deltóide esquerdo	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	15 dias
TRÍ-PLICE VIRAL	11 a 19 anos	Dose única	0,5 ml	SC	Lateral do deltóide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 13x4,5	6 horas (SANOFI) e 8 horas (BUTANTAN e FIOCRUZ)
FEBRE AMARELA (FUNASA, viajantes para áreas endêmicas)	10 anos	Reforço a cada 10 anos	0,5 ml	SC	Lateral do deltóide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 13x4,5	4 horas
HPV	11 a 13 anos em 2014 9 a 13 anos em 2015	0,6 meses e 5 anos	0,5 ml	IM	Lateral do deltóide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	Imediato

*OBS: Caso não tenha sido feito esquema completo na infância.

VACINA	IDADE	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
VARICELA (rede privada)		1 reforço aos 4 anos	0,5ml	IM	Músculo vasto lateral coxa esquerda (< 2 anos); Músculo deltoíde (a partir 2 anos)	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	Imediato
HEPATITE A (rede privada)		2 doses com intervalo de 6 meses	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoíde	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	Imediato
INFLUENZA (rede privada)		1 dose + 1 reforço anual	0,5 ml	Intramuscular	Músculo deltoíde	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	7 dias
VACINA HPV (rede privada)	9 a 26 anos	3 doses (0, 2, 6 meses)		Intramuscular	Músculo deltoíde	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	Imediato

Recomendações para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes

ATENÇÃO BÁSICA

Principais mudanças:

- Introdução do Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva do esquema básico com objetivo de prevenir a resistência bacilar aos fármacos anti-TB.
- Introdução de comprimidos formulados com os quatro fármacos em doses fixas combinadas para a fase intensiva do tratamento (primeiros dois meses).
- Os esquemas até então denominados IR e III não existirão mais.
- Para crianças até 10 anos continuará sendo preconizado o esquema atual (2RHZ / 4RH).

Observação:

- Continuarão disponíveis as medicações em formulações individualizadas para utilização em esquemas especiais.

Recomendações:

- Enfatiza-se a necessidade da organização dos níveis assistenciais no âmbito estadual e municipal, priorizando a atenção básica e a formalização de uma rede integrada de referência e contra-referência.
- Cultura, identificação e teste de sensibilidade (TS) deverão ser solicitados para todos os casos com baciloscopia positiva ao final do segundo mês de tratamento.
- Os casos de efeitos adversos "maiores", falência e com qualquer resistência devem ser encaminhados para unidades de referência, notificados no Sistema de Informação para Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB) e encerrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Esquema Básico (EB) - 2RHZE/4RH R (Rifampicina) – H (Isoniazida) – Z (Pirazinamida) – E (Etambutol)

Indicações:

- Caso novo(*) de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV.
(*) paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos anti-TB.
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa.

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou 150/100 mg cápsula ou comprimido	20 a 35 kg	1 comprimido ou cápsula 300/200 mg	4
		36 a 50 kg	1 comp. ou cáps. de 300/200 + 1 comp. ou cáps. de 150/100 mg	
		>50 kg	2 comp. ou cáps. 300/200 mg	

Observação: Para a fase de manutenção permanece o uso das apresentações de RH em cápsulas ou comprimidos de 300/200 mg e 150/100 mg até que estejam disponíveis as apresentações de comprimidos em doses fixas combinadas de 300/150 mg e 150/75 mg.

Esquema para Meningoencefalite (EM) - 2RHZE/7RH

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	
7RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou 150/100 mg cápsula ou comprimido	20 a 35 kg	1 comprimido ou cápsula 300/200 mg	7
		36 a 50 kg	1 comp. ou cáps. de 300/200 + 1 comp. ou cáps. de 150/100 mg	
		>50 kg	2 comp. ou cáps. 300/200 mg	

Observação: Deve ser associada prednisona oral (1 a 2 mg/kg/dia) por 4 semanas ou dexametasona intra-venosa nos casos graves (0,3 a 0,4 mg /kg/dia) por 4-8 semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.

Esquemas Especiais (EE)

Indicações:

- Ocorrência de efeitos adversos "maiores".
Esses casos deverão ser avaliados em unidades de referência secundária. A reintrodução dos medicamentos um a um está preconizada em algumas situações para avaliar a necessidade de substituição do medicamento responsável pelo efeito adverso.
- Ocorrência de qualquer tipo de resistência
Esses casos deverão ser avaliados em unidades de referência terciária (centros de referência).

Supervisionar o tratamento e oferecer a testagem anti-HIV para TODOS os pacientes com tuberculose.



**SAÚDE DO
HOMEM**

CAPÍTULO 10

SAÚDE DO HOMEM

Introdução

Em 2008, com o objetivo de complementar a atenção básica, o Ministério da Saúde lança uma proposta de política de Atenção à Saúde do Homem, através da Portaria 1944 de 27/08/09, com foco no grupo de 20 a 59 anos para promover e nortear as ações de saúde integral à saúde do homem, que contribuam significativamente e estimulem ao autocuidado para a compreensão da realidade masculina.

Essa nova política coloca o Brasil na vanguarda das ações voltadas para a saúde do homem. O país será o primeiro da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma política nacional de atenção integral à saúde do Homem. A política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007.

Os objetivos são voltados para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis neste grupo populacional, por meio de ações que compreendam a realidade masculina em sua singularidade, nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos (Brasil, 2008).

Os homens, de forma geral habituaram-se a evitar os consultórios orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem ocasionando ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças.

Constata-se que a rede básica de saúde, no seu atual formato, não está adequada às necessidades da população masculina. Figueiredo (2005, p. 106) traz um exemplo clássico quando afirma que “é bastante disseminada a ideia de que as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos”.

Observa-se que uma grande parcela da população masculina utiliza mais farmácias e pronto-socorro como serviços de saúde com

maior frequência, por acharem que conseguem com maior facilidade expor seus problemas e terem uma maior rapidez no atendimento, em razão da disponibilidade de tempo que dispõe em virtude do temor de ser prejudicado pela ausência ao trabalho.

Pode-se dizer que é relevante estabelecer uma assistência de enfermagem voltada para o público masculino, com planejamento, organização, execução e avaliação do processo de assistência de enfermagem, intensificando as ações desenvolvidas nas UBSF, tais como: planejamento familiar, prevenção das DST/AIDS, prevenção de câncer de próstata, controle de hipertensão arterial e diabetes, tuberculose e hanseníase, imunização, além de abordagem relativa à violência, álcool, fumo e drogas. As causas das mortes na população masculina sobressaem às mortes por doenças do aparelho circulatório, violência e acidentes diversos (trânsito, trabalho).

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Alcoolismo	Uso excessivo de álcool	Discutir estratégias de redução de danos de uso de álcool; Encaminhar para serviço de referência; Orientar quanto ao serviços de AA (alcóolicos anônimos); Solicitar exames.	
Balanopostite (inflamação da glândula e prepúcio)	Dor local e edema	Encaminhar ao especialista	
Câncer de mama	Resultado positivo para Câncer de Mama; Mama em risco	Solicitar exames; Encaminhar para o serviço de referência.	
Câncer de próstata	Resultado positivo para Câncer de Próstata; Próstata aumentada	Solicitar exames; Encaminhar para o serviço de referência.	
Câncer de testículo	Resultado positivo para Câncer de Testículo	Solicitar dosagens hormonais; Solicitar exames; Encaminhar para o serviço de referência.	
Criptoquirdia	Sistema reprodutor masculino prejudicado	Realizar palpação; Solicitar exames; Encaminhar para o especialista.	
Diarréia	Diarréia	Orientar quanto ao aumento de ingestão de água; Investigar febre.	Soro de reidratação oral.
Disúria	Infecção Urinária	Solicitar exames laboratoriais.	
Dor	Dor	Solicitar exames laboratoriais; Referenciar, se necessário.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
DST/AIDS	Resultado laboratorial positivo para DST/AIDS	Solicitar exames e testagem dos parceiros sexuais; Ofertar preservativo masculino e feminino; Encaminhar para serviço de referência.	Ver capítulo de DST/AIDS
Ejaculação Precoce	Sistema reprodutor masculino prejudicado	Prestar orientações; Encaminhar para profissional médico de referência.	
Febre	Hipertermia	Orientar para a verificação da temperatura.	Prescrever dipirona 500mg de 6/6 horas, se necessário.
Feridas	Integridade da pele prejudicada	Orientar higiene local.	Prescrever curativo, se necessário.
Fimose	Sistema reprodutor masculino prejudicado	Orientar a higiene; Encaminhar para cirurgia, se necessário.	
Ginecomastia	Mama em risco	Solicitar exames hormonais; encaminhar ao especialista.	
Glicemia elevada	Hiperglicemia	Ver capítulo de Diabetes Mellitus.	Prescrever subseqüente.
Hanseníase	Resultado Positivo para Hanseníase	Ver capítulo de Hanseníase.	Prescrever subseqüente.
Hematoma, contusão, ferimento (arma de fogo ou arma branca)	Violência	Notificar o caso; Solicitar exames, se necessário; Encaminhar a hospital de urgência e emergência, se necessário; Orientar compressa fria e repouso.	Prescrever curativo, se necessário.
Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP)	Próstata aumentada; Disúria	Solicitar exames laboratoriais; encaminhar ao especialista.	
Impotência sexual	Disfunção erétil	Solicitar exames laboratoriais e hormonais; encaminhar ao especialista.	
Inflamação do testículo	Inflamação do testículo	Solicitar exames laboratoriais; encaminhar ao especialista.	
Obesidade	Sobrepeso	Orientar exercícios físicos; solicitar exames laboratoriais; Encaminhar ao nutricionista; Realizar medições e Calcular Índice de Massa Corpórea (IMC); Verificar PA e Frequência respiratória.	
Pressão Arterial elevada	Hipertensão	Verificar capítulo de Hipertensão Arterial.	Prescrever subseqüente.
Tabagismo	Uso excessivo de tabaco	Orientar quanto ao Programa Antitabagismo e encaminhar; Solicitar exames.	
Tosse	Tosse	Orientar aumento da ingestá hídrica; Orientar para evitar alimentos crus e secos; Encaminhar para o médico.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Tuberculose	Resultado Positivo para Tuberculose	Ver capítulo de Tuberculose.	Prescrever subsequente.
Uso de drogas ilícitas (drogadição)	Uso de drogas ilícitas; Uso de substância ilícita.	Orientar Política de Redução de Danos; Orientar quanto ao CAPS ad e encaminhar; Solicitar exames.	
Varicocele	Dor e edema localizado; Sistema reprodutor masculino prejudicado	Solicitar exames; Encaminhar ao profissional médico especialista.	
Vasectomia; Uso de contraceptivo de barreira (preservativo).	Planejamento Familiar	Orientar o uso de preservativos; Oferecer preservativos; Se vasectomia: Solicitar exames pré-operatórios; Encaminhar para o serviço de referência.	

ESQUEMA DE VACINAÇÃO DO ADULTO

VACINA	IDADE	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
dT-DUPLA ADULTO	20 ANOS	3 doses com intervalo de 2 meses + Reforço a cada 10 anos	0,5 ml	IM	Músculo deltóide esquerdo	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	15 dias
TRÍPLICE VIRAL	11 a 49 anos	Dose única	0,5 ml	SC	Lateral do deltóide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 13x 4,5	8 horas
FEBRE AMARELA (FUNASA viajantes para áreas endêmicas)	20 anos	Reforço a cada 10 anos	0,5 ml	SC	Lateral do deltóide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 13x4, 5	4 horas

VACINA	IDADE	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
VARICELA (rede privada)		1 reforço aos 4 anos	0,5ml	Intramuscular (IM)	Músculo vasto lateral coxa esquerda (< 2 anos) Músculo deltóide (a partir 2 anos)	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	
HEPATITE A (rede privada)		2 doses com intervalo de 6 meses					
INFLUENZA (rede privada)	Ou em campanhas na rede pública	1 dose	1 reforço anual				
Vacina HPV (rede privada)	9 a 26 anos	3 doses (0, 2 e 6 meses)					



CAPÍTULO 11

SAÚDE DO IDOSO

CAPÍTULO 11

SAÚDE DO IDOSO

Introdução

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, atualmente, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. O retrato e o crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos - senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que necessite assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

O cuidado à pessoa idosa (indivíduo com 60 anos ou mais) está respaldado na Lei 10741 de 01 de outubro de 2003 (BRASIL, 2003).

Em conformidade com a Portaria GM/MS 1395/99, a Política Nacional do Idoso fundamenta a ação do setor saúde na Atenção Integral à População Idosa e àquela em processo de envelhecimento, tendo como referência as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) que asseguram seus direitos.

De acordo com a Lei nº10741/2003, art.19, está previsto que nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, Delegacias de Polícia e Ministério Público.

Atribuição do profissional Enfermeiro da Atenção Básica no atendimento à Saúde da Pessoa Idosa:

- Realizar atenção integral às pessoas idosas;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- 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;
- Supervisionar e coordenar trabalho dos ACS juntamente com médico e dentista, e da equipe de enfermagem;
- Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar juntamente com os demais profissionais da equipe;
- Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Acamado	Movimento corporal diminuído	Realizar visita domiciliar; Orientar o cuidador, quanto ao manuseio; Orientar a adaptação do domicílio para melhorar a qualidade de vida do usuário; Identificação da necessidade da assistência domiciliar.	
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Sistema Nervoso comprometido	Encaminhar ao fisioterapeuta e fonoaudiólogo, se necessário; Orientar quanto ao uso de apoio para deambulação.	
Alcoolismo	Uso de álcool	Discutir estratégias de redução de danos de uso de álcool; Encaminhar para serviço de referência; Orientar quanto aos serviços de AA; Solicitar exame.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Arritmias Cardíacas	Processo cardíaco alterado; Frequência cardíaca alterada, arritmia, ritmo cardíaco alterado, taquicardia, bradicardia	Solicitar ECG com laudo; Encaminhar para o psicólogo; Encaminhar ao cardiologista.	
Assaduras	Eritema de fraldas	Higienização frequente; Orientar para a troca de fraldas frequentes; uso de hidratantes de pele; evitar banhos quentes e o uso de esponjas de banho.	Óxido de zinco e vitamina A e D pomada
Câncer	Resultado positivo para Câncer; Metabolismo alterado; Processo do sistema imunológico comprometido	Encaminhar ao psicólogo e oncologista; Solicitar exames.	
Cansaço; Indisposição;	Fadiga	Solicitar exames; Orientar alimentação saudável.	Vitamina C, via oral 1cp x ao dia; Polivitaminas, via oral 1 x ao dia.
Deficiência Auditiva	Audição prejudicada; Capacidade auditiva diminuída	Orientar a utilizar um tom de voz alto; Solicitar intérprete de libras (em caso de surdos-mudos); Encaminhar para o otorrinolaringologista.	
Dentição ausente	Dentição ausente; Apetite prejudicado ou diminuído	Referenciar para a nutrição; Orientar para a higienização das próteses; Encaminhar para o dentista.	
Depressão	Depressão; Discriminação com a idade	Investigar sinais e sintomas de co-morbidades; Investigar situações que favorecem quadro depressivo (álcool, maus tratos, antecedentes depressivos, histórico de problemas emocionais e mentais); Orientar para participação em grupos de apoio; Encaminhar para psicólogo.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Diabetes Mellitus	Hiperglicemia	Verificar glicemia capilar de controle; Controlar o excesso de peso; Orientar para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular; Abandono do consumo de álcool e tabaco; Ensinar sobre a utilização e manejo das seringas; Atentar para os sinais de complicações; Requisitar exames; Examinar os pés; Em caso de uso de insulina, orientar para o automonitoramento.	Prescrição subsequente de hipoglicemiantes orais (Glibenclamida 5mg e Metformina 500 e 850mg) e insulina NPH e Regular.
Diminuição da libido; Impotência sexual relatada	Relação sexual prejudicada, impotência; membrana mucosa seca; Dispareunia	Ofertar preservativo masculino e feminino; Solicitar exames; Realizar citológico; Encaminhar ao especialista.	Gel lubrificante.
Disúria, Nictúria, Poliúria	Padrão de eliminação urinária prejudicado; Incontinência Urinária Disúria, Nictúria, Poliúria	Orientar para o uso de fraldas noturnas; Evitar a ingestão de grandes quantidades de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis; Evitar alimentos como cafeína e bebidas alcoólicas; exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical; Encaminhar ao médico da equipe; Solicitar exames de urina, uréia e creatinina e função renal.	Paracetamol 500 mg, via oral, 1 cp., se tiver febre ou dor; Dipirona 500 mg, via oral, 1 cp., se tiver dor.
Doença Alzheimer (DA)	Memória de longo prazo presente; Memória de curto prazo ausente; Amnésia	Referenciar; Convidar para participação de grupos de apoio: grupos de idosos, rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI); Estimular a aprendizagem cognitiva e uso de artifícios de memória; Orientar aos familiares para evitar confrontos e situações estressantes ao idoso; identificar os ambientes; Entregar informativos, se disponível; Promover atividade educativa para o cuidador.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Doença de Parkinson	Tremor das mãos	Realizar teste de coordenação motora (escrever o nome); Encaminhar ao especialista.	
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Asma	Padrão respiratório alterado	Orientar quanto ao uso correto de medicamentos; Orientar para evitar uso de talco; Orientar quanto aos cuidados e higiene com o ambiente; Orientar exercício respiratório e técnicas de tosse; Orientar aumento da ingestão de líquidos; Estimular expectoração; Orientar para manter a cabeceira da cama elevada; Encaminhar para realizar fisioterapia respiratória.	Realizar nebulização com soro fisiológico.
Drogadição	Uso de drogas	Orientar quanto ao CAPS ad e encaminhar; Discutir estratégias de redução de danos de uso de drogas; Solicitar exames.	
DST/ AIDS	Resultado laboratorial positivo para DST/ AIDS	Solicitar exames e testagem dos parceiros sexuais; Ofertar preservativo masculino e feminino; Encaminhar para serviço de referência.	Ver protocolo de DST/AIDS.
Emagrecimento e coordenação motora diminuída	Habilidade para comer prejudicada; Ingestão de alimentos prejudicada	Orientar para manter as habilidades pessoais; Avaliar o grau de dependência; Solicitar exames.	Vitamina C, via oral 1 x ao dia; Polivitaminas, via oral 1x ao dia;
Fragilidade capilar; Manchas senis; Hematoma	Hematoma; Sistema tegumentar alterado; Integridade da pele prejudicada; Perfusão tissular prejudicada	Orientar para hidratação da pele; Orientar para o aumento da ingestão de líquidos; Orientar para o uso de roupas com tecido antialérgico; Evitar banhos quentes; Orientar para modificar o colchão (colchão casca de ovo); Avaliar sensibilidade tátil.	Vitamina C, via oral 1 x ao dia; Fazer uso de filtro solar e hidratantes.
Glaucoma; Catarata;	Visão prejudicada	Realizar teste de acuidade visual; Encaminhar para oftalmologista.	
Higiene corporal diminuída	Habilidade para se banhar prejudicada	Orientar para manter as habilidades pessoais; Avaliar o grau de dependência.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Insuficiência Arterial dos Membros	Processo do sistema circulatório diminuído; Processo vascular diminuído	Prestar orientações; Realizar exame físico; Examinar pulsação e edema; Encaminhar para especialista.	
Mobilidade	Padrão de mobilidade alterado, mobilidade.	Encorajar para o exercício físico; Orientar alimentos ricos em potássio e cálcio para redução de câimbras e fortalecimento do tecido ósseo.	
Movimentos corporais lentos	Reflexo motor diminuído	Orientar para atividade física regular, caminhada, hidroginástica ou dança.	
Osteoporose	Hipocalcemia	Orientar dieta rica em cálcio, exposição regular ao sol, medidas preventivas de quedas; Controlar o peso e praticar atividade física adequada; Encaminhar ao especialista.	Cálcio 1g, via oral 1x ao dia
Pressão Arterial Elevada	Hipertensão	Orientar dieta hipossódicas; Verificar PA frequentemente; Controlar o excesso de peso; Orientar para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular; abandono do consumo de álcool e tabaco; Requisitar exames.	Prescrição subsequente de fármacos anti-hipertensivos (Captopril 25mg, Hidroclorotiazida 25mg, Propranolol 40 mg, Furosemida 40mg, AAS 100mg e Metildopa 500mg).
Queda	Cair; hipocalcemia, equilíbrio alterado devido à postura.	Orientar aos familiares sobre a adaptação para manter a casa segura, através do uso de tapetes antiderrapantes, cadeira de banho, corrimão, dentre outros; Educação para o autocuidado; Orientar para a utilização de dispositivos de auxílio para a marcha.	Cálcio 1g, via oral 1 x ao dia; Polivitaminas, via oral 1 x ao dia;
Tabagismo	Uso de tabaco	Orientar quanto ao Programa Antitabagismo e encaminhar; Solicitar exames.	
Tosse e engasgo	Tosse e engasgo	Orientar ao idoso para evitar ingestão de alimentos crus e secos; Encaminhar para o fonoaudiólogo; Orientar para o aumento da ingestão de líquidos.	Vitamina C, via oral 1cp x ao dia.
Violência intrafamiliar e maus tratos	Violência; Tristeza; Solidão; Bem-estar biopsicossocial e espiritual.	Notificar para o Conselho Municipal ou Estadual do Idoso, Delegacia de Polícia e Ministério Público; Realizar exame físico completo; Encaminhar para o psicólogo e Centro de Referência do Idoso.	

ESQUEMA DE VACINAÇÃO DO IDOSO

VACINA	IDADE	DOSES	VOLUME	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REGIÃO DE APLICAÇÃO	SERINGA E AGULHA RECOMENDADAS	TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO
dT - DUPLA ADULTO		3 doses com intervalo de 2 meses + Reforço a cada 10 anos	0,5 ml	IM	Músculo deltóide esquerdo	Seringa 3 ml c/ agulha 25x6 ou 25x7	15 dias
FEBRE AMARELA (FUNASA para viajantes de áreas endêmicas)		Reforço a cada 10 anos	0,5 ml	SC	Lateral do deltóide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 13x4, 5	4 horas
INFLUENZA	60 anos	Dose anual em campanha	0,5ml	IM ou SC (Dependendo do fabricante)	Músculo deltóide direito ou lateral do deltoide	Seringa 3 ml c/ agulha 25x7 (IM) ou Seringa 3 ml c/ agulha 13x4, 5 (SC).	Até o final do frasco (dependendo do fabricante)
PNEUMO 23	60 anos	1 dose + reforço com 5 anos em campanha; Após duas doses não toma mais.	0,5 ml	SC	Lateral do deltóide direito	Seringa 3 ml c/ agulha 13x4, 5	Imediato



SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

CAPÍTULO 12

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi publicada em 2009 como uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades sociais que acometem a população Negra.

A referida Política define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das suas condições de saúde incluindo ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

Essa Política abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS), sendo, desta forma, uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo, garantindo maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional.

ANEMIA FALCIFORME

Anemia falciforme é uma doença hereditária caracterizada pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, tornando-os parecidos com uma foice, daí o nome falciforme. Essas células têm sua membrana alterada e rompem-se mais facilmente, causando anemia. A hemoglobina, que transporta o oxigênio e dá a cor aos glóbulos vermelhos, é essencial para a saúde de todos os órgãos do corpo. Essa condição é mais comum em indivíduos da raça negra.

A doença falciforme agrupa um conjunto de genótipos diferentes caracterizados pela concentração da Hemoglobina S (Hb S) acima de 50%. Nesse grupo destaca-se a anemia falciforme, geneticamente determinada pela homozigose da hemoglobina S (Hb SS), que além de ser a forma mais prevalente entre as doenças falciformes é, em geral, a que apresenta maior gravidade clínica e hematológica (NAOUM, 2000).

A pessoa que é portadora do Traço Falciforme herdou um gene de hemoglobina A de um dos pais e um gene de hemoglobina S do outro, assim ela tem hemoglobina AS. E tal combinação de genes não causa a doença, entretanto, se a pessoa herdar um gene S tanto do pai como da mãe ela terá Anemia Falciforme, que é um tipo de Doença Falciforme, o tipo homocigoto (HbSS). A hemoglobina S pode associar-se com outros tipos de hemoglobina, como por exemplo: HbS/HbC, HbS/HbD, HbS/Beta Talassemia, etc. Todas essas doenças fazem parte também do grupo conhecido por Doença Falciforme, que, apesar das particularidades que as distinguem e de graus variados de gravidade, possuem sintomas e efeitos semelhantes. O tratamento e os medicamentos para essas doenças estão disponíveis no SUS.

A pessoa portadora de Traço Falciforme não desenvolverá a doença, portanto não necessita de tratamento. O Traço Falciforme não afeta o desenvolvimento físico, mental e nem o sexual. Não há nenhuma proibição quanto à prática de esportes, alimentação, medicamentos e à doação de sangue. O Traço Falciforme não é detectado em exames de sangue para anemia (hemograma). Somente o exame chamado eletroforese de hemoglobina pode diagnosticá-lo.

A pessoa portadora e os pais de crianças com esse diagnóstico têm o direito de receber orientação genética, com zelo pelo sigilo e pelos seus direitos reprodutivos. É importante a realização do exame para o parceiro (a) do portador (a), como também, nos familiares da pessoa portadora de Traço Falciforme.

No Brasil, representam cerca de 8% dos negros, mas devido à intensa miscigenação historicamente ocorrida no país, pode ser observada também em pessoas de raça branca ou parda. O que nos leva a compreender a necessidade do acompanhamento clínico dos portadores de anemia falciforme e do aconselhamento genético para os portadores do traço falciforme.

Segundo NAOUM (2000) a anemia falciforme tem importância clínica, hematológica, bioquímica, genética, antropológica e epidemiológica, entre outras, devido à sua morbidade e alto índice de mortalidade, e que em João Pessoa se agrava pelo grande percentual da população negra (62,9%). Os principais interferentes ambientais que certamente têm influência nas consequências fisiopatológicas da anemia falciforme podem ser agrupados em três classes distintas, muitas vezes indissociáveis, e aqui identificados por: (a) meio ambiente, (b) deficiência alimentar e qualidade nutricional inadequada e (c) deficiência nas assistências médica, social e psicológica.

É importante que a equipe de enfermagem esteja adequadamente orientada e informada a respeito da doença, acolhendo esta família, sobretudo, a mãe, amenizando o impacto do diagnóstico, o sentimento de culpa e a importância de aderir ao tratamento e orientações de enfermagem, assim como ao acompanhamento em um centro hematológico.

A anemia falciforme pode se manifestar de forma diferente em cada indivíduo. Uns têm apenas alguns sintomas leves, outros apresentam um ou mais sinais. Os sintomas geralmente aparecem na segunda metade do primeiro ano de vida da criança.

O diagnóstico é feito através da detecção de hemoglobinas S no exame de eletroforese de hemoglobina. O teste do pezinho, realizado gratuitamente antes do bebê receber alta da maternidade, proporciona a detecção precoce de hemoglobinopatias, como a anemia falciforme.

A enfermagem exerce uma importante função no Programa Nacional de Triagem Neonatal, por meio de orientação familiar, coleta precisa dos dados familiares, coleta do exame, acondicionamento adequado e envio seguro ao laboratório de referência. Entretanto, o compromisso ético não finaliza.

É importante realizar a reconvocação dos afetados para novo exame se for solicitado, uma busca ativa intrafamiliar, orientação sobre a enfermidade e possibilidades de reincidência familiar.

Além de garantir que a criança com doença falciforme de fato chegue a um serviço de hematologia com experiência em doença falciforme. É importante também a visita familiar feita por enfermeira, para que realize diagnóstico de risco social e possa prescrever os cuidados de enfermagem adequados, conforme o meio onde a família está inserida.

A enfermagem na atenção básica exerce um importante papel no pré-natal, orientando as mulheres na compreensão das doenças detectadas por meio do “teste do pezinho” e sobre a importância do tratamento precoce em caso de resultado positivo para doença falciforme ou outras detectadas pelo teste. É importante reforçar que a mãe deve retornar ao posto de saúde com o bebê na primeira semana de vida para realizar o “teste do pezinho”, caso a coleta para exame não tenha ocorrido na maternidade, além de receber vacinas e matricular no programa de atenção à saúde da criança.

Quando descoberta a doença, o usuário deve ter acompanhamento médico adequado baseado num programa de atenção integral. Nesse

programa, os pacientes devem ser acompanhados por toda a vida por uma equipe com vários profissionais treinados no tratamento da anemia falciforme para orientar a família e o doente a descobrir rapidamente os sinais de gravidade da doença, a tratar adequadamente as crises e a praticar medidas para sua prevenção. Além disso, as crianças devem ter seu crescimento e desenvolvimento acompanhados, como normalmente é feito com todas as outras crianças que não têm a doença.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Anemia Crônica	Resultados positivos para anemia crônica	Realizar cadastro na ficha de anemia falciforme; Orientar a família que, em razão de mecanismos compensatórios internos, as pessoas com doença falciforme devem ser adaptadas a conviver com níveis mais baixos de hemoglobina, variando entre 6,5 a 9g/dl; conforme o tipo de doença falciforme. Geralmente, o basal das pessoas com anemia falciforme é de 6,5 a 7g/dl; Orientar dieta hiperprotéica e hipercalórica; Encaminhar para nutricionista e hematologista de referência; Solicitar exames.	
Cálculo Biliar	Dor abdominal	Orientar a respeito da possibilidade de formação de cálculo biliar; Solicitar ultrassom abdominal anualmente; Orientar aumento da ingestão hídrica; Encaminhar para nutricionista.	Paracetamol 500 mg, via oral 1 cp 6/6 hs ou Dipirona 500 mg, via oral 1 cp 4/4 hs; Se criança, Paracetamol 200 mg gotas, via oral sendo 2 gts/kg 6/6 horas ou Dipirona 500 mg gotas, via oral 1 gt para cada 2 kg 4/4 horas. Ibuprofeno 600 mg, via oral 1 cp 8/8 hs e/ou Diclofenaco 50 mg 1 cp 8/8 horas; Se flatos, Dimeticona 40 a 80 mg, 4 vezes por dia. Não exceder 480 mg por dia; Se crianças e lactentes, 4 a 6 gotas, 3 vezes ao dia; Se criança até 12 anos, 6 a 12 gotas, 3 vezes ao dia; Se adulto ou criança acima de 12 anos, 16 gotas, 3 vezes ao dia; Limite de doses para crianças: 240 mg por dia.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Complicações oculares	Visão diminuída; Hemorragia ocular;	Observar a acuidade visual: ela poderá ser perdida gradualmente; Manchas sanguinolentas na esclera pode ser sinal de hemorragia retiniana; Encaminhar para oftalmologista.	
Dactilite ou síndrome mão e pé (edema, dor e vermelhidão no local).	Edema de mãos e pés	Acalmar a mãe informando que esse quadro é decorrente da doença falciforme; Orientar elevação dos membros inferiores; Febre persistente até 39°C requer investigação de processo infeccioso (sepse) ou osteomielite; Encaminhar para serviço hospitalar para internação.	Paracetamol 500 mg, via oral, 1 cp 6/6 hs ou Dipirona 500 mg, via oral 1 cp 4/4 hs; Se criança, Paracetamol 200 mg gotas, via oral sendo 2 gts/kg 6/6 horas ou Dipirona 500 mg gotas, via oral 1 gt para cada 2 kg 4/4 horas; Ibuprofeno 600 mg, via oral, 1 cp, 8/8 hs ou Diclofenaco 50 mg 1 cp 8/8 horas.
Dor (principalmente nos ossos e articulações)	Dor	Não subestimar a dor; Orientar o aumento da oferta de líquidos; Manter o paciente confortável e seguro; Orientar o uso de agasalhos, cobertas ou mantas durante a época fria; Investigar origem da dor com presença de febre ou sinais flogísticos.	Paracetamol 500 mg, via oral, 1 cp 6/6 hs ou Dipirona 500 mg, via oral, 1 cp 4/4 hs; Se criança, Paracetamol 200 mg gotas, via oral, sendo 2 gts/kg 6/6 horas ou Dipirona 500 mg gotas 1 gt, via oral para cada 2 kg 4/4 horas; Ibuprofeno 600 mg, via oral, 1 cp, 8/8 hs ou Diclofenaco 50 mg, via oral, 1 cp 8/8 horas.
Febre	Febre; Risco de Infecção.	Verificar temperatura; Investigar sinais flogísticos de infecção; Orientar compressa fria; Solicitar exames; Vacinar rotina e encaminhar ao CRIE para as vacinas especiais (haemophilus, pneumococos, entre outros).	Paracetamol 500 mg, via oral, 1 cp 6/6 hs, ou Dipirona 500 mg, via oral, 1 cp 4/4 hs; Se criança, Paracetamol 200 mg gotas, via oral sendo 2 gts/kg 6/6 horas ou Dipirona 500 mg gotas, via oral, 1 gt para cada 2 kg 4/4 horas.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Hematoma	Hematoma	Orientar compressa fria; Orientar repouso.	Vitamina C 500 mg, via oral, 1 cp/dia; Analgésico se necessário: Paracetamol 500 mg, via oral, 1 cp 6/6 hs ou Dipirona 500 mg, via oral, 1 cp 4/4 hs; Se criança, Paracetamol 200 mg gotas, via oral, sendo 2 gts/kg 6/6 horas ou Dipirona 500 mg gotas, via oral, 1 gt para cada 2 kg 4/4 horas.
Hemoglobina em forma de foice	Resultado positivo para anemia falciforme	Encaminhar ao serviço de referência; Esclarecer a família sobre a doença; Notificar o caso; Agendar retorno.	
Icterícia	Olhos e/ou pele amarelados	Informar aos familiares o motivo de ocorrer icterícia nessas pessoas; Embora a icterícia seja um sinal frequentemente encontrado em doentes falciformes, investigar se não existem outras causas associadas; Orientar sobre a importância de aumentar a ingestão de líquidos; Se criança, orientar banho de sol; Se apresentar dores abdominais, vômitos, náuseas e febre, o paciente deve ser encaminhado para serviço de referência. Solicitar hemograma completo.	Se febre: Paracetamol 500 mg, via oral, 1 cp 6/6 hs ou Dipirona 500 mg 1 cp 4/4 hs; Se criança, Paracetamol 200 mg gotas, via oral, sendo 2 gts/kg 6/6 horas ou Dipirona 500 mg gotas via oral 1 gt para cada 2 kg 4/4 horas. Se náuseas e/ou vômitos, Dimeticona 40 a 80 mg, 4 vezes por dia. Não exceder 480 mg por dia; Se crianças e lactentes, 4 a 6 gotas, 3 vezes ao dia; Se criança até 12 anos, 6 a 12 gotas, 3 vezes ao dia; Se adulto ou criança acima de 12 anos, 16 gotas, 3 vezes ao dia; Limite de doses para crianças: 240 mg por dia.
Priapismo	Movimentos involuntários de ereção do pênis	Orientar que o priapismo é uma intercorrência possível de ocorrer entre pessoas com doença falciforme; Preservar a privacidade; Encaminhar ao médico.	Paracetamol 500 mg 1 cp 6/6 hs e/ou Dipirona 500 mg 1 cp 4/4 hs; Se criança, Paracetamol 200 mg gotas, sendo 2 gts/kg 6/6 horas e/ou Dipirona 500 mg gotas 1 gt para cada 2 kg 4/4 horas. Ibuprofeno 600 mg 1 cp 8/8 hs e/ou Diclofenaco 50 mg 1 cp 8/8 horas.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Quelação de ferro	Controle da doença	<p>Apoiar emocionalmente a pessoa com a doença e o familiar para garantir a adesão ao tratamento;</p> <p>Administrar medicação prescrita;</p> <p>Orientar quanto aos cuidados de enfermagem com manuseio, diluição, conservação do medicamento para evitar contaminação;</p> <p>Orientar a respeito dos cuidados com a limpeza da pele do local e da importância de rodiziar os locais de aplicação;</p> <p>Encaminhar para retorno hematológico periódico;</p> <p>Verifique se está sendo utilizado à medicação diariamente ou conforme prescrito.</p>	
Sequestro esplênico	Complicação de anemia falciforme	<p>Orientar a família sobre problemas relacionados ao aumento do baço (pode estar abaixo da cicatriz umbilical);</p> <p>Observar palidez intensa;</p> <p>Palpar abdômen para detectar aumento de baço e/ou fígado;</p> <p>Observar Letargia; Pele úmida, extremidades frias; Sinais vitais pouco perceptíveis; Investigar sinais e sintomas de Choque hipovolêmico;</p> <p>Encaminhar para serviço de urgência;</p>	
Úlcera em membros inferiores (principalmente próximo aos tornozelos)	Úlcera; Integridade da pele prejudicada	<p>Orientar sobre a importância da hidratação da pele;</p> <p>Orientar quanto o aumento da ingestão hídrica;</p> <p>Orientar sobre a necessidade de manter a região sempre protegida com meias grossas;</p> <p>Evitar tênis de cano alto e que possa esfolar a pele da região;</p> <p>Qualquer traumatismo nas pernas deve ser cuidado com rigor, limpando a região diariamente com água e sabão neutro e protegendo com gaze e faixa;</p> <p>Realizar curativos diariamente, observando sinais de infecção e a necessidade de introduzir medicação mais específica contra infecções.</p>	<p>Prescrever realização de curativo;</p> <p>Paracetamol 500 mg, via oral, 1 cp 6/6 hs ou Dipirona 500 mg 1 cp 4/4 hs;</p> <p>Se criança, Paracetamol 200 mg gotas, via oral, sendo 2 gts/kg 6/6 horas ou Dipirona 500 mg gotas, via oral, 1 gt para cada 2 kg 4/4 horas.</p>

Genótipos e interpretações dos resultados das hemoglobinopatias

Achado Laboratorial Genótipo	Interpretação	Observação
HbFA	Recém-nascido - padrão normal	
HbAA	Adulto padrão normal	
HbFAS	Recém-nascido com Traço Falciforme	
HbAS	Adulto com Traço Falciforme	
HbFAC, HbFAD, etc	Recém-nascido com traço C, Traço D, etc. (Não é Traço Falciforme porque não tem o S).	
HbAC, HbAD, etc.	Adulto com traço C, Traço D, etc. (Não é Traço Falciforme porque não tem o S).	
HbFSS; HbFSC; HbFSD.	Formas de Doença Falciforme no recém-nascido.	
HbSS; HbSC, HbSD	Formas de Doença Falciforme no adulto.	
HbFSA	Presença de mais HbS do que HbA -suspeita de S/ Beta Talassemia	Necessita repetir com 6 meses a 1 ano
HbCC	Doença da Hemoglobina C ou Hemoglobinopatia C	
HbCD	Hemoglobinopatia CD	

Fonte: Ministério da Saúde; Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados; CGSH/DAE/SAS.



**SAÚDE DO
TRABALHADOR**

CAPÍTULO 13

SAÚDE DO TRABALHADOR

Introdução

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença e significando toda pessoa que exerce uma atividade de trabalho independente de estar inserido no mercado formal ou informal, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico (BRASIL, 2001).

A enfermagem do trabalho, anteriormente conhecida como enfermagem laboral, teve início no final do século XIX, na Inglaterra, onde os primeiros enfermeiros prestavam assistência de enfermagem na prevenção, saúde pública, realizando visitas domiciliares aos trabalhadores doentes e seus familiares (MORAES, 2007).

Segundo Moraes, nos anos 70 no Brasil, o governo impôs as empresas que contratassem tanto enfermeiro do trabalho, como outros profissionais de medicina e segurança do trabalho, com o intuito de reduzir o elevado número de acidentes, já que o Brasil se consagrou campeão mundial de acidente de trabalho.

As ações de saúde devem-se pautar na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho que em última instância determinam as formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais. Existem quatro instituições governamentais que apresentam papéis específicos em relação à Saúde do Trabalhador: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência e Assistência Social (MPAS), da Saúde e do Meio Ambiente (MMA). O MTE tem o papel entre outros de realizar a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo território nacional. O MPAS é responsável pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento dos benefícios. O MS/SUS é responsável por garantir saúde aos trabalhadores ao longo de toda sua existência cumprindo a Constituição Brasileira de 1988 no seu art. 200. O MMA tem o papel na sustentação legal revigorada e condizente com as necessidades de uso racional dos recursos naturais do planeta (BRASIL, 2002).

AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR A SEREM DESENVOLVIDAS NO NÍVEL LOCAL DE SAÚDE

As propostas de ações apresentadas a seguir deverão ser desenvolvidas pela rede municipal de saúde, quer ela se organize em equipes de Saúde da Família, em Programas de Agentes Comunitários de Saúde e/ou em centros/postos de saúde. (BRASIL, 2001).

ATRIBUIÇÕES GERAIS

No território toda a equipe de saúde deve identificar e registrar:

- A população economicamente ativa, por sexo e faixa etária;
- As atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente;
- Os integrantes das famílias que são trabalhadores (ativos do mercado formal ou informal, no domicílio, rural ou urbano e desempregado), por sexo e faixa etária;
- A existência de trabalho precoce (crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independente da remuneração que recebam e que frequente ou não as escolas);
- A ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal do trabalho. Mais adiante serão apresentados e discutidos os agravos considerados neste momento como prioritários para a saúde do trabalhador.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO (A)

- Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador;
- Realizar investigações em ambientes de trabalho junto ao trabalhador em seu domicílio;
- Realizar entrevista com ênfase em saúde do trabalhador;
- Notificar acidentes e doenças do trabalho, por meio de instrumentos de notificação utilizados pelo setor de saúde no SINAN e encaminhar o trabalhador ao serviço de saúde;

- Encaminhar o trabalhador ao CEREST para avaliação e condutas para o caso;
- Em casos de acidentes que necessitem de vacinas/soros encaminhar o trabalhador para o serviço de referência;
- Planejar e participar de atividades educativas no campo de saúde do trabalhador;
- Notificação dos casos;
- Solicitar à empresa a emissão da ficha de Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT), que só deverá ser feito pelo serviço local de saúde quando a empresa recusar-se a fazê-lo, em se tratando de trabalhador inserido no mercado formal de trabalho;
- Investigação do local de trabalho visando estabelecer relações em situações de risco observadas e o agravo que está sendo investigado;
- Realizar orientações trabalhistas e previdenciárias, de acordo com cada caso;
- Informar e discutir com o trabalhador as causas de seu adoecimento;
- Planejar e executar ações de vigilância dos locais de trabalho, considerando informações colhidas em visitas, os dados epidemiológicos e as demandas da sociedade civil organizada;
- Desenvolver, juntamente com a comunidade e instituições públicas (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, universidades, Ministério Público) ações direcionadas para a solução dos problemas encontrados, para a resolução de casos clínicos e/ou para as ações de vigilância;
- Considerar o trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta epidemiológico/evento-sentinela;
- Identificar e registrar a população economicamente ativa, por sexo e faixa etária (definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, como aquela composta por pessoas de 16 a 65 anos de idade classificadas como ocupadas ou desocupadas, mas procurando emprego); as atividades produtivas existentes na área e os perigos/riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e meio ambiente; os integrantes das famílias que são trabalhadores; a existência

de trabalho precoce por crianças e adolescentes menores de 16 anos; ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho;

- Incluir o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças acima de 5 anos, adolescentes e adultos.

ACIDENTES DE TRABALHO

É todo acidente que ocorre no exercício da atividade laboral, no percurso de casa para o trabalho ou vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho. São também considerados os acidentes que mesmo sem causa única, contribuíram diretamente para a ocorrência do agravo (BRASIL, 2001).

DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Segundo o Ministério da Saúde, referem-se a um conjunto de danos ou agravo que incidem na saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Manifesta-se de forma lenta, insidiosa e proveniente de contaminação acidental no exercício de trabalho e as doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho realizado.

Os riscos presentes nos locais de trabalho são classificados em: agentes físicos, químicos, biológicos e organização de trabalho.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Dermatoses ocupacionais	Integridade da pele prejudicada relacionada ao trabalho	Notificar; Orientar higiene local; Se necessário, hidratação local; Encaminhar para o especialista.	
Distúrbios mentais e trabalho	Sofrimento mental relacionado ao trabalho	Notificar; Encaminhar ao psicólogo e/ou psiquiatra; Encaminhar para atividade terapêutica na ESF ou na rede de serviços.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Intoxicações exógenas; agrotóxicos, Chumbo (saturnismo), Mercúrio (hidrargirismo), Solventes orgânicos.	Envenenamento por produtos tóxicos	Notificar; Encaminhar para o serviço toxicológico de referência.	
Lesão por esforço repetitivo/ Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho - LER/ DORT	Dor relacionada ao trabalho	Notificar; Orientar repouso do membro; Orientar compressa fria; Encaminhar ao especialista.	
Perda auditiva induzida por ruído - PAIR	Audição diminuída ou prejudicada	Notificar; Orientar o uso do protetor auricular durante o trabalho; Encaminhar ao especialista.	
Picadas por animais peçonhentos	Integridade da pele prejudicada relacionada à picada de animal peçonhento	Notificar; Encaminhar para o serviço toxicológico de referência.	
Pneumoconioses; Silicose; Asbestose; Asma ocupacional.	Padrão respiratório prejudicado	Notificar; Encaminhar ao profissional médico; Realizar exame físico; Orientar para o afastamento das atividades laborais.	
Queimadura	Queimadura	Notificar; Lavar o local com água fria; eclodir flictenas; Encaminhar para referência.	Prescrever curativo se necessário;



SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 14

SAÚDE MENTAL

Introdução

Conforme o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é o bem estar físico, mental e social que não se caracteriza unicamente pela ausência de doenças. No tocante à Saúde Mental a reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial é uma grande mobilização social que há três décadas vem propondo a reformulação das Políticas de Saúde Mental, de modo a abandonar o modelo asilar, discriminatório, opressor, com privação de liberdade e cidadania para substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários garantindo à pessoa com transtornos mentais o cuidado necessário para o convívio social e familiar tanto quanto possível (BRASIL, 2002).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

A Portaria 224 do MS estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial em Saúde Mental compreendendo um conjunto de atividades desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, quais sejam:

- Atendimento individual (consulta psicoterapia, dentre outros);
- Atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterapêuticas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- Visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- Atividades comunitárias.

Neste contexto as equipes devem aderir à adoção de novas práticas em saúde mental permitindo uma abordagem mais humanitária por meio do acolhimento que priorize a inclusão social construindo projetos terapêuticos singulares com a participação da família.

É importante destacar a necessidade do funcionamento da rede de saúde mental, incluindo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), consultório de rua, equipe de redução de danos e referência em urgência psiquiátrica.

A Portaria 189, de 19/11/1991 do MS aprova os procedimentos dos CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal. A Portaria 106, de 11/02/2000 cria os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental no âmbito do SUS.

Outra ferramenta utilizada é a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), que na Atenção Básica em Saúde (ABS) foi oficialmente incorporada em 2008, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), como uma estratégia de ampliação do cuidado para grupos em situação de vulnerabilidade social. A TCI foi criada pelo médico, psiquiatria e antropólogo. Prof. Dr. Alberto de Paula Barreto e é definida como um método de intervenção simples para grupo de pessoas em vulnerabilidade social. Consiste na criação de um espaço de partilha de experiências de vida e de sofrimento onde os participantes em círculo, sentados lado a lado, falam sobre suas dores, seus sofrimentos e buscam soluções para problemas vividos no cotidiano (BARRETO, 2008).

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Agitação Psicomotora; Euforia	Atividade psicomotora alterada; Euforia;	Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Em caso de usuário restrito ao leito, orientar contenção de membros para evitar quedas, machucados e ou automutilação.	
Alcoolismo	Uso de álcool em excesso	Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Promover contenção física caso esteja apresentando agitação; Solicitar exames laboratoriais; Investigar comorbidades; Orientar familiares; Encaminhar para o CAPS Ad; Orientar quanto a Política de Redução de Danos.	
Alucinação	Alucinação auditiva, visual, táteis e gustativas.	Orientar quanto ao uso da medicação prescrita; Investigar uso de drogas.	
Ansiedade	Ansiedade	Orientar quanto ao uso da medicação prescrita pelo médico; Encaminhar ao psicólogo ou psiquiatra; inserir na TC ou grupo de apoio.	
Aumento de peso; Impregnação, Salivação excessiva	Efeito colateral da medicação; Sobrepeso/obesidade; Salivação		

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Choro sem motivo aparente	Processo psicológico alterado; Angústia; Depressão; Chorar	Orientar familiares para apoiar, evitar que o usuário fique sozinho; Promover formação de grupos ou inserir na TCI; Tentar investigar o motivo do choro.	
Confusão	Confusão mental	Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Orientar apoio dos familiares; Investigar motivo pelo qual desencadeou a crise.	
Convulsão	Convulsão	Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Solicitar exames laboratoriais e de imagem; Observar dosagem da medicação e uso diário; Durante crise convulsiva protege-lo.	
Dependência farmacológica	Processo patológico	Orientações sobre a medicação; Encaminhar ao médico do serviço para emissão de prescrição ou ao psiquiatra; Encaminhar ao psicólogo; Encaminhar para Terapia Alternativa de acordo com a rede de saúde e perfil do usuário.	
Depressão	Depressão	Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Orientar familiares para apoiar, evitar que a pessoa fique sozinha; Orientar a família para propiciar a segurança do ambiente evitando exposição à objetos perfuro-cortante ou objetos que podem se transformar em armas; Promover formação de grupos ou inserir na TCI; Incentivar a interação social; Articular com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) para participação em atividades.	
Diabetes	Resultado positivo para diabetes	Realizar acompanhamento mensal; Solicitar exames.	Subsequente, ver capítulo referente.
DST/AIDS	Resultado positivo para DST/AIDS	Solicitar exames; Ofertar preservativo; Convocar contato	Ver capítulo referente
Gestante	Gravidez	Realizar pré-natal e puerpério; atentar para depressão puerperal; Solicitar exames; Encaminhar s/n.	Ver capítulo referente
Hanseníase	Resultado positivo para Hanseníase	Ver capítulo referente.	Subsequente, ver capítulo referente.
Hipertensão	Hipertensão	Realizar acompanhamento mental; Solicitar exames.	Subsequente, ver capítulo referente.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Insônia	Insônia	Orientar atividade física; Orientar para tentar manter um padrão de sono; Encaminhar ao psicólogo.	
Medicação prescrita segundo sintoma agudo sem doença mental (medicação só para dormir, etc).	Processo Psicológico alterado	Se disponível, inserir no grupo de TCI; Encaminhar ao psicólogo; Incentivar a desmedicalização.	
Mutilação, atentado contra a própria vida.	Tentativa de suicídio; Depressão	Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Avaliar se o usuário apresenta risco de tentar novamente o suicídio; Orientar familiares para apoiar, evitar que a pessoa fique sozinha; Orientar a família para propiciar a segurança do ambiente evitando exposição de objetos perfuro-cortante ou objetos que podem se transformar em armas.	
Olhar distante, movimentos lentos ou adinamia; Falta de interação, isolamento social, entre outros.	Catatonía	Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Investigar dosagem medicamentosa prescrita (maior do que o recomendado); Investigar crises anteriores junto à família; Investigar motivo pelo qual desencadeou a crise.	
Solidão	Isolamento social	Inserir em grupo, TCI. Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Investigar dosagem medicamentosa prescrita (maior do que o recomendado); Investigar crises anteriores junto à família; Investigar motivo pelo qual desencadeou a crise.	
Tabagismo	Uso de tabaco	Encaminhar para o serviço de referência antitabagismo; Investigar uso de outras drogas; Encaminhar para o CAPS AD; Orientar quanto a Política de Redução de Danos.	
Tuberculose	Resultado positivo para tuberculose	Subsequente, ver capítulo referente.	Subsequente, ver capítulo de Tuberculose.
Uso de drogas ilícitas	Uso de drogas	Encaminhar para o CAPS AD; Orientar quanto a Política de Redução de Danos.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Uso de método contraceptivo	Planejamento familiar	Ofertar preservativo; Solicitar exames.	Subsequente, ver capítulo de Planejamento Familiar.
Violência	Abuso infantil; Abuso sexual; Abuso a idosos; Comportamento agressivo; Crise familiar; Violência	Notificar o caso; Encaminhar ao psicólogo e psiquiatra; Avaliar risco social.	



SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

CAPÍTULO 15

SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da Fundação Nacional Indígena (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Em 14 de setembro de 1999, foi instituída a Portaria nº 1.163/GM, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, através da Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

É necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os

dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser, significativamente, reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

Os achados, diagnósticos, intervenção e prescrição de enfermagem seguem de acordo com o exposto nos vários capítulos, comuns a população em geral diferenciando apenas o calendário vacinal a seguir:

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA POPULAÇÃO INDÍGENA

A PORTARIA N° 1.946, DE 19 DE JULHO DE 2010 institui, em todo o território nacional, o Calendário de Vacinação para os Povos Indígenas.

Diante desse quadro, a adoção de ações de imunização demonstra ser prioritária e essencial à redução do risco de adoecer e morrer dessa população.

Apesar dos avanços, há desafios a serem superados. Um deles é a manutenção de boas coberturas entre os menores de um ano. A dificuldade de acesso de determinados povos reduz o número de contato com os serviços de saúde, o que ocasiona acúmulo de vacinas e dificuldade em colocar o cartão em dia, em uma única visita, fazendo com que a maioria das crianças indígenas complete seus esquemas vacinais depois de completar um ano de idade.

ESQUEMA PRECONIZADO PARA INDÍGENAS DE ZERO A SEIS ANOS

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG-ID (1) - vacina BCG	Dose única	Formas graves de tuberculose
	Hepatite B (2) - vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
2 meses	Pentavalente (3) - vacina adsorvida, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; além de meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio) (4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Pneumocócica 10 - valente (5)* - vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)	1ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo.
	VORH (6) - vacina contra rotavírus humano G1 P1 [8] (atenuada)	1ª dose	Diarréia por rotavírus
3 meses	Meningocócica C (7)* - vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
4 meses	Pentavalente (3) - vacina adsorvida, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; além de meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b.
	VOP (vacina oral contra pólio) (4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Pneumocócica 10 - valente (5)* - vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)	2ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo.
	VORH (6) - vacina contra rotavírus humano G1 P1 [8] (atenuada)	2ª dose	Diarréia por rotavírus
5 meses	Meningocócica C (7)* - vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
6 meses	Pentavalente (3) - vacina adsorvida, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; além de meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b.
	Pneumocócica 10 - valente (5)* - vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)	3ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo.
	Influenza Sazonal (8) - vacina influenza (fracionada, inativada)	Duas doses	Influenza sazonal ou gripe
	VOP (vacina oral contra pólio) (4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
9 meses	Febre Amarela (9) - vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial	Febre Amarela

* Ano de introdução 2010

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
12 meses	SCR (tríplice viral) (10) - vacina sarampo, caxumba e rubéola - SCR	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola.
	Varicela (11) - vacina varicela (atenuada)	Dose única	Varicela (catapora)
	Meningocócica C - vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio) (4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	Reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana) - vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis - DTP	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche.
	Pneumocócica 10 - valente (5)* - vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)	Reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo.
2 anos	Pneumocócica 23 - valente - vacina pneumocócica 23 - valente (polissacarídica)	Dose única	Pneumonia e outras infecções causadas pelo pneumococo
4 - 6 anos	DTP (tríplice bacteriana) - vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis - DTP	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche.
	SCR (tríplice viral) (10) - vacina sarampo, caxumba e rubéola - SCR	2ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola.

Nova nomenclatura das vacinas em itálico, segundo Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 61 de 25 agosto de 2008 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

* Ano de introdução 2010

(1) BCG: deve ser administrado o mais precocemente possível, preferencialmente logo após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas, administrar a vacina após a criança atingir 2 Kg e ao completar 1 mês de vida. Administrar uma dose em crianças menores de cinco anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos íntimos de portadores de hanseníase - contatos menores de 1 ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos a partir de 1 ano de idade: sem cicatriz, administrar uma dose; os comprovadamente vacinados com a primeira dose, administrar outra dose de BCG, mantendo o intervalo mínimo de 6 meses entre a cicatriz e a dose; e os vacinados com duas doses não administrar nenhuma dose adicional. Na incerteza da existência de cicatriz vacinal nos contatos íntimos de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade. Portadores de HIV - em crianças HIV positivo deve ser administrada ao nascimento ou mais precocemente possível; a vacina está contraindicada na existência de sinais ou sintomas de imunodeficiência; não se indica a revacinação de rotina. Para adulto HIV positivo a vacina está contraindicada em qualquer situação.

(2) **vacina Hepatite B (recombinante):** deve ser aplicada preferencialmente nas primeiras 12 horas, ou no primeiro contato com o serviço de saúde. Esta primeira dose deve ser feita com a vacina monovalente. Nas doses subsequentes, deverá ser utilizada a vacina Pentavalente, até 6 anos, 11 meses e 29 dias. Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou de baixo peso (< 2Kg) ao nascer, seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses devida.

Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascido (RN) de mães portadoras de hepatite B administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG) nas primeiras 12 horas ou no máximo até 7 dias após o nascimento. A vacina e a HBIG devem ser administradas em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais aos RN que tenham recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.

(3) **vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada):** o esquema de vacinação primária é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias, podendo ser de 30 dias, se necessário. São realizados dois reforços com vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (DTP). O primeiro reforço é dado a partir de 12 meses de idade (6 a 12 meses após a terceira dose da pentavalente) e o segundo reforço entre 4 e 6 anos. A idade máxima para aplicação desta vacina é de 6 anos 11 meses e 29 dias.

(4) **vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada):** O intervalo entre as doses é de 60 dias sendo o mínimo de 30 dias. O reforço pode ser feito a partir de 12 meses de idade (6 a 12 meses após a terceira dose). Manter o intervalo mínimo de 6 meses a partir da última dose.

(5) **vacina pneumocócica 10-valente (conjugada):** Crianças de 6 semanas a 6 meses de vida, administrar 3 doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias, sendo o mínimo de 30 dias. Recomenda-se o reforço, preferencialmente, aos 12 meses de idade, podendo administrar até 15 meses. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses. Crianças de 12-23 meses de idade: uma dose, com intervalo de pelo menos 2 meses entre as doses, sem a necessidade de reforço.

(6) **vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada):** observar rigorosamente os seguintes limites de faixa etária: primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias; segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias.

O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.

Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira.

Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação não repetir a dose.

(7) **vacina meningocócica C (conjugada):** administrar a partir dos 2 meses de vida. O reforço é recomendado entre 12 e 15 meses, preferencialmente aos 12 meses. Crianças a partir de 12 meses administrar dose única.

(8) **vacina influenza (fracionada e inativada):** está recomendada para toda a população a partir dos seis meses de idade. A primovacinação de crianças com idade inferior a 9 anos (8 anos 11 meses e 29 dias) deve ser feita com duas doses com intervalo mínimo de 1 mês entre as doses, mantendo a dose de início de esquema, mesmo que mude a faixa etária: crianças com idade entre 6 e 35 meses (2a 11m e 29d) a dose é de 0,25ml; e crianças com idade entre 3 a 8a 11m e 29d a dose é de 0,5 ml. A partir dos 9 anos de idade deverá ser administrada apenas uma dose (0,5 ml) anualmente.

(9) **vacina febre amarela (atenuada):** está recomendada para toda a população, a partir dos 9 meses de idade. Em caso de surtos, antecipar a administração da dose para 6 meses.

(10) **vacina sarampo, caxumba e rubéola:** está recomendada a partir dos 12 meses de idade. Todas as crianças devem receber ou ter recebido duas doses de SCR, com intervalo mínimo de 1 mês. Não é necessário aplicar mais de duas doses.

(11) **vacina varicela (atenuada):** está recomendada uma dose a partir dos 12 meses de idade.

(12) **vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica):** está recomendada uma dose a partir dos 24 meses de idade para aquelas crianças sem histórico vacinal de pneumocócica 10-valente (conjugada).

ESQUEMA PRECONIZADO PARA INDÍGENAS A PARTIR DE 7 ANOS

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
A partir dos 7 anos (na primeira visita da equipe ou no serviço de saúde)**	Hepatite B (13) - vacina Hepatite B (recombinante)	Três doses	Hepatite B
	dT (Dupla tipo adulto) (14) - vacina adsorvida difteria e tétano adulto - dT	Três doses	Difteria e tétano
	Febre Amarela (15) - vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial ou reforço	Febre Amarela
	Influenza Sazonal (16) - vacina influenza (fracionada, inativada)	Dose anual	Influenza ou Gripe
	SCR (tríplice viral) (17) - vacina sarampo, caxumba e rubéola SCR	Duas doses	Sarampo, caxumba e rubéola.
	Varicela (18) - vacina varicela (atenuada)	Dose única	Varicela e catapora
	Pneumocócica 23 - valente (19) - vacina pneumocócica 23 - valente (polissacarídica)	Dose única	Pneumonia causada pelo pneumococo

* Ano de introdução 2010.

** A partir dos 7 (sete) anos, os indígenas que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado e considerar as multidoses.

(13) vacina hepatite B (recombinante): utilizar a vacina monovalente no esquema (0-1-6 meses). O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias e entre a segunda e a terceira dose é de 2 meses; A vacina é indicada para gestantes, a partir do 3º mês de gestação, que apresentem sorologia não reagente para o vírus da hepatite B.

(14) vacina adsorvida difteria e tétano adulto: é necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos.

Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para 5 anos após a última dose.

Gestante que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto.

No caso de complementação de esquema básico contra difteria e tétano, o intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

(15) vacina febre amarela (atenuada): está recomendada para toda a população, com uma dose de reforço a cada 10 anos. Precaução: A vacina

é contra indicada para gestantes, nos casos de risco de contrair o vírus buscar orientação médica. A aplicação da vacina para pessoas a partir de 60 anos depende da avaliação do risco da doença e benefício da vacina, além de necessitar de avaliação médica.

(16) **vacina influenza (fracionada, inativada):** a partir dos 9 anos, deverá ser administrada apenas uma dose (0,5 ml) anualmente.

(17) **vacina sarampo, caxumba e rubéola:** todas as pessoas de até 49 anos devem receber ou ter recebido duas doses de SCR, com intervalo mínimo de 1 mês. Não é necessário aplicar mais de duas doses.

(18) **vacina varicela (atenuada):** a depender do laboratório produtor, as pessoas a partir de 13 anos deverão receber uma ou duas doses, com intervalo mínimo de 4 semanas.

(19) **vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica):** administrar uma dose, caso não tenha sido vacinado anteriormente. A revacinação não é indicada rotineiramente, entretanto a revacinação uma vez é recomendada para pessoas com 60 anos ou mais, que foram vacinadas há mais de 5 anos e tinham menos de 50 anos quando vacinados pela primeira vez e que vivam em aglomerados humanos.



DENGUE

CAPÍTULO 16

DENGUE

Introdução

Doença infecciosa febril aguda, causada por um vírus transmitido pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. Considera-se a dengue um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, especialmente nos países tropicais, cujas condições sócio-ambientais favorecem o desenvolvimento e a proliferação do mosquito. A doença pode ser de curso benigno ou grave, a depender de sua forma de apresentação, podendo evoluir para o óbito.

No Brasil, a principal espécie vetora é o *Aedes aegypti*, havendo também o *Aedes albopictus*, o qual não se tem até o momento comprovação de sua importância como transmissor dessa doença no Brasil. O *Aedes aegypti* é originário da África, possui a cor escura, rajado de branco nas patas e corpo, em tamanho é um pouco menor que uma muriçoca (BRASIL, 2008).

O mosquito adulto vive, em média, de 30 a 35 dias. A sua fêmea põe ovos de 4 a 6 vezes durante sua vida e, em cada vez, cerca de 100 ovos, em locais com água parada. Um ovo do *Aedes aegypti* pode sobreviver por até 450 dias (aproximadamente 1 ano e 2 meses), mesmo que o local onde ele foi depositado fique seco. Se esse recipiente receber água novamente, o ovo volta a ficar ativo, podendo se transformar em larva, posteriormente em pupa e atingir a fase adulta depois de, aproximadamente, dois ou três dias (BRASIL, 2008).

Nas habitações, o adulto do *Aedes aegypti* é encontrado, normalmente, em paredes, móveis, peças de roupas penduradas e mosquiteiros.

MODO DE TRANSMISSÃO

A transmissão ocorre pela picada da fêmea do *Aedes aegypti*. O mosquito costuma picar as pessoas durante o dia, para viabilizar a maturação dos ovos. Não há transmissão pelo contato de um doente ou suas secreções com uma pessoa sadia, nem em fontes de água ou alimento.

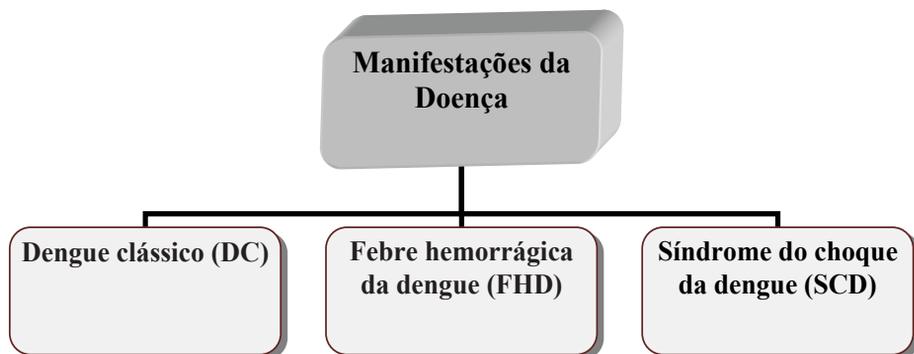
Período de incubação

Varia de 3 a 15 dias, sendo em média de 5 a 6 dias.

Período de transmissibilidade

O período de transmissibilidade da doença compreende dois ciclos: um intrínseco, que ocorre no ser humano, e outro extrínseco, que ocorre no vetor.

A transmissão do ser humano para o mosquito ocorre enquanto houver presença de vírus no sangue do ser humano, chamado período de viremia. O homem está apto a infectar o mosquito a partir do 1º dia antes do aparecimento dos sintomas até o 6º dia da doença (BRASIL, 2008).



Fonte: BRASIL, 2008.

Caso suspeito da doença

Todo paciente que apresente doença febril aguda com duração máxima de até 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não à presença de hemorragias. Além desses sintomas, o paciente deve ter estado, nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença do *Aedes aegypti*.

A presença dos sinais relacionados a seguir, indica a possibilidade de gravidade do quadro clínico:

Sinais de alarme	Sinais de choque
<p>Dor abdominal intensa e contínua; Vômito persistente; Hipotensão postural ou hipotímia; Pressão diferenciada < 20 mmHg (PA convergente); Hepatomegalia dolorosa; Hemorragia importante (hematêmese e/ou melena); Agitação e/ou letargia; Diminuição da diurese; Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia; Aumento repentino do hematócrito; Desconforto respiratório.</p>	<p>Hipotensão arterial; Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20 mmHg); Extremidades frias, cianose; Pulso rápido e fino; Enchimento capilar lento (< 2 segundos).</p>

NOTIFICAÇÃO

A dengue é uma das doenças de notificação compulsória, devendo todo caso suspeito ou confirmado ser notificado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, por meio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) nas fichas de notificação e investigação.

DIAGNÓSTICOS

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Artralgia	Dor nas articulações	Orientar repouso, Evitar ambientes frios, Orientar para o banho morno.	Paracetamol, 1cp 500 mg a 750 mg ou 40 a 55 gotas de 6/6 hs, se adulto, Paracetamol 200 mg, 1gota/kg/peso de 6/6 hs, se criança; Dipirona 1cp (500 mg) ou 20 gotas de 6/6 hs, se adulto, Dipirona 500 mg 10 mg/kg/peso de 6/6 hs ou supositório 300 mg, se criança.
Caso de Dengue suspeito ou confirmado	Resultado positivo para Dengue	Notificar e enviar ao Distrito Sanitário correspondente (Notificação compulsória); Solicitar hemograma completo; Solicitar sorologia para dengue no 6º dia; Acompanhamento do caso; Enfatizar a importância do tratamento e a prevenção de novos casos.	

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Cefaleia	Dor de cabeça	Orientar repouso.	Paracetamol, 1cp 500 mg a 750 mg ou 40 a 55 gotas de 6/6 hs, se adulto, Paracetamol 200 mg, 1gota/kg/peso de 6/6 hs, se criança; Dipirona 1cp (500 mg) ou 20 gotas de 6/6 hs, se adulto, Dipirona 500 mg 10 mg/kg/ peso de 6/6 hs ou supositório 300 mg, se criança.
Desidratação	Desidratação	Terapia de reidratação oral/ TRO; Avaliar sinais de desidratação (turgicidade da pele/sinal da prega cutânea); Solicitar exames; Orientar hidratação; Observar diurese; Orientar repouso.	Soro para TRO.
Diarréia	Diarreia	Terapia de reidratação oral/ TRO, Aumentar ingesta de alimentos constipantes; Avaliar sinais de desidratação (turgicidade da pele/sinal da prega cutânea); Investigar melena; Solicitar exame de sangue oculto nas fezes.	Soro de reidratação oral/TRO.
Dor abdominal Choque hipovolêmico Pulso rápido e fraco, com diminuição da pressão de pulso e arterial, extremidades frias, pele pegajosa e agitação.	Choque Hipotensão Pele fria	Solicitar USG Abdominal, Encaminhar para serviço de urgência; Verificar pressão arterial e realizar prova do laço; Solicitar enzimas hepáticas (TGO e TGP) e Albumina.	Dipirona 500 mg, 1 cp, 6/6 hs.
Dor retroorbitária	Dor nos olhos	Orientar para evitar ambientes claros, usar óculos escuros e evitar exposição ao sol.	Paracetamol, 1cp 500 mg a 750 mg ou 40 a 55 gotas de 6/6 hs, se adulto: Paracetamol 200 mg, 1gota/kg/peso de 6/6 hs, se criança: Dipirona 1cp (500 mg) ou 20 gotas de 6/6 hs, se adulto; Dipirona 500 mg 10 mg/kg/ peso de 6/6 hs ou supositório 300 mg, se criança.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Exantema maculo-papular, podendo apresentar-se sob todas as formas (pleomorfismo).	Integridade da pele comprometida; Integridade da pele prejudicada; Prurido corporal	Orientar hidratação; Realizar prova do laço; Orientar banho e higiene.	Dexclorfeniramina 2 mg de 6/6 hs; Complexo B, 1cp ao dia.
Febre de 5 a 7 dias	Febre; Hipertermia	Orientar para uso de compressas mornas a frias e banho morno; Orientar para o aumento da ingestão de líquidos; Orientar para o monitoramento da temperatura corporal de seis em seis horas ou quando necessário.	Paracetamol, 1cp 500mg a 750mg ou 40 a 55 gotas de 6/6 hs, se adulto, Paracetamol 200mg, 1gota/kg/peso de 6/6 hs, se criança; Dipirona 1cp (500mg) ou 20 gotas de 6/6 hs, se adulto, Dipirona 500mg 10mg/kg/peso de 6/6 hs ou supositório 300mg, se criança.
Febre Hemorrágica do dengue Plaquetas <100.000/mm ³ e perda de plasma.	Hemorragias espontâneas ou provocadas; Resultado laboratorial positivo para trombocitopenia	Encaminhar para serviço de urgência.	
Mialgia	Dor muscular	Orientar repouso; Evitar ambientes frios; Orientar para o banho morno.	Paracetamol, 1cp 500mg a 750 mg ou 40 a 55 gotas de 6/6 hs, se adulto, Paracetamol 200 mg, 1gota/kg/peso de 6/6 hs, se criança; Dipirona 1cp (500 mg) ou 20 gotas de 6/6 hs, se adulto, Dipirona 500 mg 10 mg/kg/peso de 6/6 hs ou supositório 300 mg, se criança.
Náusea	Náusea	Orientar repouso; Fracionar alimentação; Evitar ingestão líquida durante as refeições; Evitar ingestão de alimentos condimentados.	Metoclopramida 1 cp 10 mg, 6/6 hs, se adulto. Se criança: A dose não deverá exceder de 0,5 mg/Kg/ dia. Menos de 1 ano: 5 gotas (1,0 mg), 2 vezes ao dia; 1 a 3 anos: 5 gotas (1,0 mg) 2 a 3 vezes ao dia; 3 a 5 anos: 10 gotas (2,0 mg), 2 a 3 vezes ao dia; 5 a 14 anos: 13 gotas (2,5 mg) a 26 gotas (5 mg), 3 vezes ao dia.
Prostração	Fadiga Hipoatividade	Orientar sobre nutrição, melhora do sono e promoção do exercício físico; Orientar hidratação oral.	Prescrever polivitamínico.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Prurido	Prurido	Orientar hidratação; Realizar prova do laço; Orientar banho e higiene.	Dexclorfeniramina 2mg de 6/6 hs.
Recusa da alimentação	Inapetência Falta de apetite	Orientar a oferta hídrica; Orientar fracionamento da dieta.	Prescrever Vitamina C e polivitamínico.
Sonolência (mais frequentes em crianças)	Sonolência	Orientar repouso e ambiente tranquilo.	
Vômito	Vômito	Terapia de reidratação oral/ TRO; Evitar ingesta de alimentos condimentados; Avaliar sinais de desidratação (turgicidade da pele/sinal da prega cutânea); Investigar hematêmese; Solicitar exame de sangue oculto nas fezes.	Soro para reidratação oral; Metoclopramida 1 cp 10mg, 6/6 hs, se adulto. Se criança: a dose não deverá exceder de 0,5 mg/Kg/ dia. Menos de 1 ano: 5 gotas (1,0 mg), 2 vezes ao dia; 1 a 3 anos: 5 gotas (1,0 mg) 2 a 3 vezes ao dia; 3 a 5 anos: 10 gotas (2,0 mg), 2 a 3 vezes ao dia; 5 a 14 anos: 13 gotas (2,5 mg) a 26 gotas (5 mg), 3 vezes ao dia.

ALERTA:

O USO DO ÁCIDO ACETILSALICILICO (AAS) É CONTRAINDICADO, EM CASOS DE SUSPEITA DE DENGUE.

PROVA DO LAÇO (PL)

A PL positiva é uma manifestação frequente nos casos de dengue, principalmente nas formas graves, e apesar de não ser específica, serve como alerta, devendo ser utilizado rotineiramente na prática clínica como um dos elementos de triagem na dengue, e na presença da mesma, alertar ao médico que o paciente necessita de um monitoramento clínico e laboratorial mais estreito. A prova do laço positiva também reforça o diagnóstico de dengue.

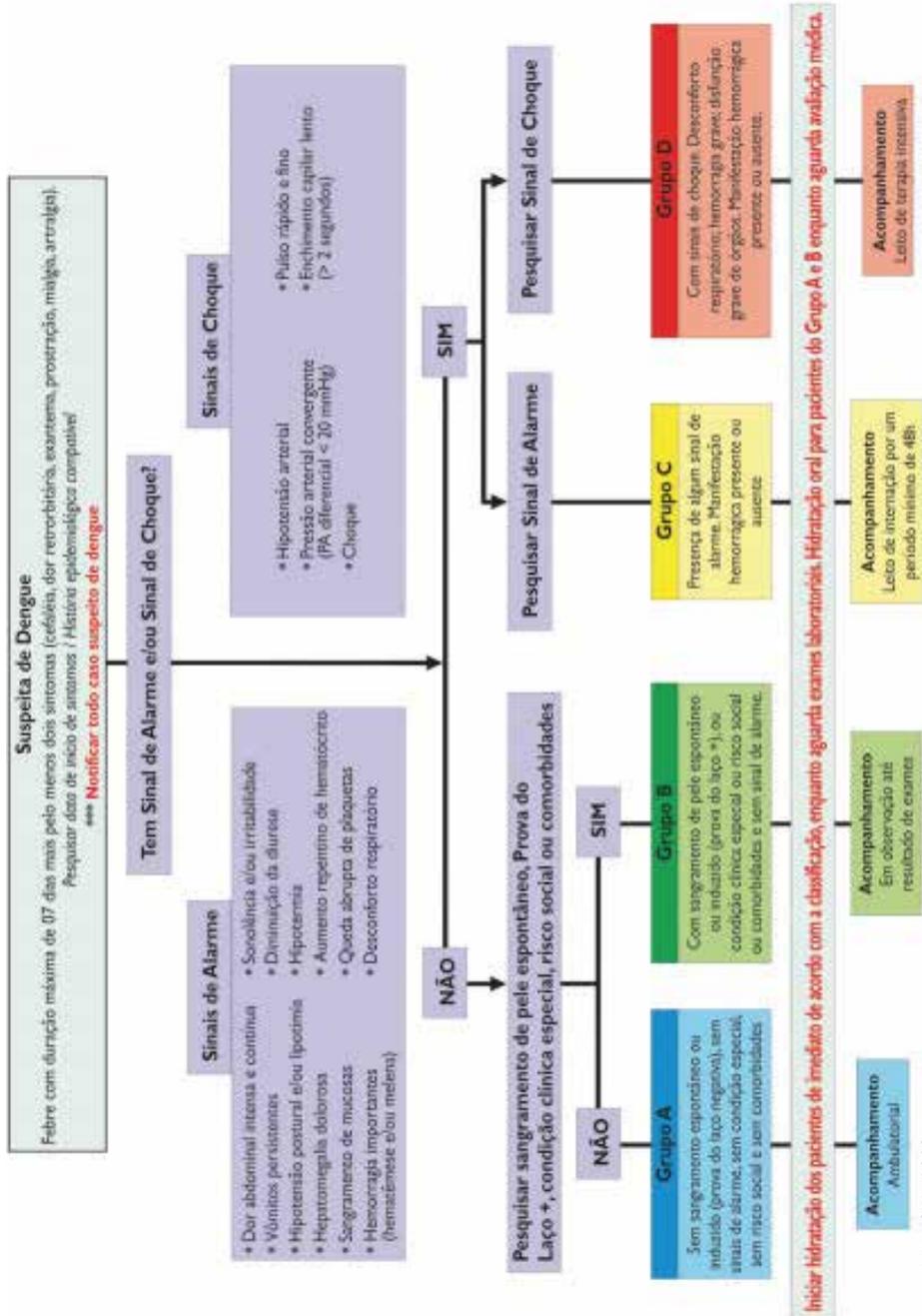
A Prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

Procedimento para realização da prova do laço:

- 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.



Fonte: BRASIL, 2008.



ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO

CAPÍTULO 17

ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO

Introdução

A RESOLUÇÃO - RDC Nº- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Em seu artigo 2º este regulamento tem o objetivo de estabelecer os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

Os artigos de usos múltiplos em estabelecimentos de saúde podem se tornar veículos de agentes infecciosos, se não sofrerem processos de descontaminação após cada uso.

Os locais onde esses artigos são processados e as pessoas que os manuseiam também podem tornar-se fontes de infecção para hospedeiros suscetíveis.

No mecanismo de transmissão de infecção nos serviços de saúde, as mãos contaminadas do pessoal atuam como importante meio de disseminação.

Um dos processos que podem interromper essa cadeia é a esterilização de artigos, e outro, a desinfecção de artigos e ambientes, dentro das devidas proporções de necessidade.

Definições:

- Esterilização: destruição ou remoção total dos microrganismos;
- Desinfecção: destruição ou remoção de patógenos (forma vegetativa);
- Antissepsia: desinfecção da pele, mucosas ou tecidos.

Métodos:

<p>Químico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Álcool a 70%: desinfecção de estetoscópio, termômetro; • Composto de cloro: máscaras de nebulização. 	<p>Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoclave: 121°, por 30 minutos; • Desinfecção das máscaras de nebulização; • Hipoclorito a: 0,5%=8 ml para 1l água por 60 minutos; 2,5 %=20 ml para 1l água por 60 minutos.
---	---

Temperatura e Tempo de esterilização		
	Temperatura (°C)	Tempo de exposição
AUTOCLAVE	121	30 minutos
AUTOCLAVE	132 a 134	15 minutos

O tempo de exposição não inclui o tempo para atingir a temperatura e não inclui o tempo de exaustão e secagem. A literatura científica recomenda os tempos acima citados, a serem seguidos como regra geral. Porém prevalece o tempo recomendado pelo fabricante e constante no manual do equipamento.

Importante lembrar:

A - armazenar adequadamente os materiais: estocar os pacotes com artigos estéreis de modo a não comprimi-los; Os produtos esterilizados devem ser armazenados em local limpo e seco, sob proteção da luz solar direta e submetidos à manipulação mínima (RDC 15/2012, Art. 101).

B - Idealmente a estocagem deve ser em armário ou prateleira fechada, para maior segurança;

C - artigos estéreis não devem ser transportados junto com artigos contaminados ou sujos;

D - o número de vezes que o pacote foi manuseado, prateleiras abertas ou fechadas, condições da área de estocagem, podem interferir na continuidade da esterilidade dos artigos;

E - efetuar a inspeção periódica dos itens estocados para verificação de qualquer degradação. De acordo com a RDC 15, Art. 79, não é permitido o uso de embalagens de papel Kraft, papel toalha, papel manilha, papel jornal e lâminas de alumínio, assim como as embalagens, tipo envelope de plástico transparentes, não destinadas ao uso em equipamentos de esterilização. Ressalta-se ainda que não se deve utilizar artigos que apresentem as seguintes condições:

- Papel grau cirúrgico amassado ou rompido;
- Umidade ou manchas;
- Desprendimento de partículas;
- Presença de sujidade;
- Suspeita de abertura do pacote.

Nestes casos devem ser considerados contaminados e reprocessados para posterior utilização.

- De acordo com a RDC 15/2012, Art. 80, a selagem de embalagens tipo envelope deve ser feita por termosseladora ou conforme orientação do fabricante. Essa traz ainda o Art. 81 onde não é permitido o uso de caixas metálicas sem furos para esterilização de produtos para saúde.
- o prazo de validade é variável dependendo da eficiência da embalagem e das condições de armazenamento. Em locais fechados será de 15 dias para tecido de algodão e dois meses para papel grau cirúrgico;
- acompanhar todo o ciclo, observando e registrando os dados;
- semanalmente, o estoque deve ser revisado, colocando o pacote que estiver próximo ao vencimento na frente dos recém-esterilizados, seguindo uma ordem pela data de validade;
- registrar em livro controle os ciclos realizados marcando com a fita e qualquer alteração nos valores observados, e invalidar o ciclo. Solicitar auxílio na manutenção. O registro do ciclo deve estar disponível para a avaliação pela Autoridade Sanitária. O monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo de esterilização (RDC 15/2012 Art. 94 § 3º e Art. 97).

É obrigatória a identificação nas embalagens dos produtos para saúde submetidos à esterilização por meio de rótulos ou etiquetas. O rótulo dos produtos para saúde processados deve ser capaz de se manter legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso. Na identificação da embalagem deve conter: nome do produto, data da esterilização, data limite de uso e nome do responsável pelo preparo (RDC 15/2012 - Art. 83, 84 e 85).

Atribuições de enfermagem

Ao Enfermeiro compete:

- I - Supervisionar e avaliar continuamente o serviço;
- II - Analisar e solicitar a quantidade do instrumental necessário para a Unidade de Saúde;
- III - Requisitar material de consumo;
- IV - Verificar o uso e estado de conservação de equipamentos, solicitando consertos ou substituição quando necessário;
- V - Elaborar escalas mensais de serviço e de férias da equipe;
- VI - Orientar profissionais das Unidades de Saúde sobre limpeza, desinfecção e esterilização de material;
- VII - Supervisionar a execução das rotinas técnicas;
- VIII - Participar de treinamentos e cursos;
- IX - Participar da implantação de normas técnicas.

De acordo com a Resolução COFEN nº 424/2012, Art. 1º, cabe aos Enfermeiros Coordenadores, Chefes ou Responsáveis por Centro de Material e Esterilização (CME), ou por empresa processadora de produtos para saúde:

- I - Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;
- II - Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;
- III - Participar da elaboração de sistema de registro (manual ou informatizado) da execução, monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos em uso no CME;
- IV - Propor e utilizar indicadores de controle de qualidade do processamento de produtos para saúde, sob sua responsabilidade;
- VI - Acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de

qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;

IX - Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;

X - Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária aos profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XI - Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XII - Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;

XIII - Elaborar termo de referência, ou emitir parecer técnico relativo à aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XIV - Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas ao processamento de produtos para saúde.

Art. 2º Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuam em CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde, realizam as atividades previstas nos POPs, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

Descrição das áreas

Para o setor de esterilização, devem ser considerados os elementos mínimos abaixo descritos (dentro das normas técnicas do Ministério da Saúde):

1.1 Recepção e Expurgo: local destinado a receber, conferir, completar ou executar a limpeza do material, tendo área mínima de 16 m².

- Pia de 02 bojos profundos (contendo em um dos bojos, torneira com água quente e uma adaptação para material tubular);
- Bancada em granito sob guichê da recepção; Bancada em granito com armário de fórmica fechado acompanhando a pia, exceto sob os bojos; 03 tomadas em cima da bancada.

1.2 - Área de Preparo: local destinado a revisar, selecionar, preparar, acondicionar, identificar e datar o material a ser esterilizado, tendo área mínima de 25 m².

- Bancada de granito com armários fechados;
- 01 lavabo;
- 02 tomadas em cima da bancada.

1.3 - Área de Esterilização: espaço destinado à esterilização do material, tendo área mínima, de acordo com o equipamento utilizado, obedecendo à distância de 60 cm entre as autoclaves.

- Espaço destinado para o posicionamento das autoclaves;
- Bancada de fórmica;
- Autoclave;
- Relógio de parede.

DESINFECÇÃO DAS MÁSCARAS DE NEBULIZAÇÃO

Após a administração da inalação, recolher material para desinfecção e:

- Desconectar todas as peças, chicote e máscara;
- Lavar com água e detergente neutro;
- Pode-se usar seringa descartável para lavagem do chicote;
- Imergir em solução de hipoclorito de sódio ou detergente enzimático (0,5% = 8 ml para 1l água ou 2,5 % = 20 ml para 1l água, por 60 minutos);
- Retirar peças com pinça estéril ou luvas e secá-las sob papel toalha;
- Separar individualmente adulto e infantil empacotando e identificando;
- Guardar em depósito próprio.

ATENÇÃO: Segundo a RDC 15/2012 ANVISA - Art. 13 - Produtos para saúde utilizados na assistência ventilatória e inaloterapia, não poderão ser submetidos à desinfecção por métodos de imersão química líquida com a utilização de saneantes a base de aldeídos.



BIOSSEGURANÇA

CAPÍTULO 18

BIOSSEGURANÇA

Introdução

Biossegurança é o conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, diminuir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, em virtude da adoção de novas tecnologias e fatores de risco, os quais estamos expostos (BRASIL, 2013).

A Biossegurança em Saúde contribui substancialmente para a qualidade, promoção e proteção à saúde, assegurados nos princípios básicos do SUS e as políticas governamentais do Programa Mais Saúde.

O Ministério da Saúde desempenha suas atribuições na área de biossegurança como autoridade nacional em relação ao Protocolo de Cartagena, onde ocorreu o primeiro acordo firmado na Convenção sobre Diversidade Biológica, que visa assegurar um nível adequado de proteção no campo da transferência, manipulação e do uso seguro dos organismos vivos modificados.

As precauções universais são medidas adotadas pelos profissionais da saúde envolvidos na assistência aos pacientes independente da doença diagnosticada. O profissional de saúde deve ter uma postura consciente da utilização destas precauções como forma de não se infectar ou servir de fonte de contaminação. A adoção destas medidas é importante para não adquirir doenças tais como a Hepatite B e C, AIDS, Sífilis, Doença de Chagas, Influenza, além de Tuberculose e outras patologias respiratórias.

CUIDADOS COM BIOSSEGURANÇA

Lavagem das Mãos

A lavagem rotineira das mãos com água e sabão, elimina além da sujidade (sujeira) visível ou não, todos os microrganismos que se aderem à pele durante o desenvolvimento de nossas atividades mesmo estando a mão enluvada. A lavagem das mãos é a principal medida de bloqueio da transmissão de germes.

Devemos lavar as mãos sempre, antes de iniciarmos uma atividade e logo após seu término, assim como fazemos em nosso dia a dia antes das refeições e após a ida ao banheiro. Mantenha suas unhas curtas e as mãos sem anéis para diminuir a retenção de germes.

Manipulação de Instrumentos e Materiais

Os instrumentos e materiais sujos com sangue, fluidos corporais, secreções e excreções devem ser manuseados de modo a prevenir a contaminação da pele e mucosas (olhos, nariz e boca), roupas, e ainda, prevenir a transferência de microrganismos para outros pacientes e ambientes. Todos os instrumentos reutilizados tem rotina de reprocessamento, para que estes estejam limpos ou desinfetados/esterilizados adequadamente antes do uso em outro paciente ou profissional. Deve-se conferir se os materiais descartáveis de uso único estão sendo realmente descartados, inclusive em local apropriado.

Manipulação de Materiais Cortantes e de Punção

Ao manusear, limpar, transportar ou descartar agulhas, tesouras e outros instrumentos de corte, ter cuidado para não se acidentar. Denomina-se estes materiais de instrumentos perfuro cortantes, os quais devem ser descartados em caixas apropriadas, rígidas e impermeáveis colocadas próximas a área em que os materiais são usados. Nunca reencapar agulhas após o uso, nem remover agulhas usadas das seringas descartáveis, tampouco quebrar ou entortar.

Ambiente e Equipamentos

Todas as Unidades de Saúde da Família devem ter rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies do ambiente e de equipamentos.

Materiais de Uso no Usuário

Manipular e transportar materiais como gaze, algodão, faixas, ataduras sujas com sangue, fluidos corporais, secreções e excreções com cuidado, em sacos plásticos de cor branca.

Vacinação

Vacina é proteção específica de doenças. Todos os profissionais de saúde devem estar vacinados contra a Hepatite B, o Tétano e Influenza e devem participar das campanhas de vacinação. Estas vacinas estão disponíveis na rede pública municipal.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Luvas

As luvas protegem de sujidade grosseira. Elas devem ser usadas em procedimentos que envolvam sangue, fluidos corporais, secreções, excreções (exceto suor), membranas, mucosas, pele não íntegra e durante a manipulação de artigos contaminados. As luvas devem ser trocadas após contato com material biológico, entre as tarefas e procedimentos num mesmo usuário, pois podem conter uma alta concentração de microrganismos. Remova as luvas logo após usá-las, antes de tocar em artigos e superfícies sem material biológico e antes de atender outro usuário, evitando a dispersão de microrganismos ou material biológico aderido nas luvas. Lave as mãos imediatamente após a retirada das luvas para evitar a transferência de microrganismos a outros pacientes e materiais, pois há repasse de germes para as mãos, mesmo com o uso de luvas. As luvas estéreis estão indicadas para procedimentos invasivos e assépticos. Luvas grossas de borracha estão indicadas para limpeza de materiais e de ambientes.

Máscaras, Óculos de Proteção ou Escudo Facial.

A máscara cirúrgica e óculos de proteção ou escudo facial são utilizados em procedimentos e servem para proteger as mucosas dos olhos, nariz e boca de respingos (gotículas) gerados pela fala, tosse ou espirro de usuários ou durante atividades de assistência e de apoio. Estas gotículas geradas por fonte humana tem diâmetro de até 5μ e se dispersam até um metro de distância, quando se depositam nas superfícies. Elas podem ser de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções ou líquidos contaminados como aquelas geradas durante a lavagem de materiais contaminados. As

máscaras cirúrgicas devem ter um filtro bacteriano de até 5 μ de diâmetro. São de uso único, mas durante procedimentos de longa duração, sua troca deverá ocorrer quando úmidas ou submetidas a respingos visíveis.

Bata ou Jaleco e Gorro

O jaleco (limpo, não estéril) serve para proteger a pele e prevenir sujidade na roupa durante procedimentos que tenham probabilidade de gerar respingos ou contato de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

O gorro estará indicado especificamente para profissionais que trabalham com procedimentos que envolvam dispersão de aerossóis, projeção de partículas e proteção de profissionais em casos de coleta de colpocitologia e coletas de sangue.

LEMBRETES:

Não reencapar agulhas; O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos; O uso de EPI é obrigatório, se disponível; Os profissionais não devem deixar o local de trabalho utilizando os EPI e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais.

CAPÍTULO 19



FERIDAS

CAPÍTULO 19

FERIDAS

Introdução

As feridas são lesões no tecido epitelial, mucosa ou órgão com comprometimento de sua estrutura anatômica e/ou função fisiológica.

Segundo o Protocolo de Feridas da Comissão de Pele do Hospital Clementino Fraga (2012), o atual tratamento de feridas requer uma atuação interdisciplinar, através de intervenções integradas e sistematizadas, fundamentadas em um processo de tomada de decisão, que almejem, como resultado final, a restauração tissular com o melhor nível estético e funcional.

O conhecimento do estudo da arte e da ciência relativo ao cuidar da pele é fundamental quando se objetiva a melhoria da qualidade de vida das pessoas, acelerando o tempo de cicatrização, reduzindo os riscos e as complicações, minimizando o sofrimento e melhorando o custo-benefício no tratamento de lesões agudas e crônicas, especialmente em clientelas mais suscetíveis como os idosos, diabéticos, pacientes com úlceras tróficas e outros.

As “úlceras” constituem um sério problema de saúde pública e o elevado número de pessoas com essas lesões contribui para onerar o gasto público, em razão do grande número de pessoas com alterações na integridade da pele.

O cuidado com a pele, ferida e estomia é uma tarefa que exige da equipe multidisciplinar conhecimento científico e habilidade técnica. Indivíduos portadores de feridas e estomas ocupam um percentual considerável do tempo da equipe preventiva e assistencial. Sendo assim, fazem-se necessários programas educativos e reciclagens periódicas dos cuidadores, devido à importância, complexidade e avanço de tecnologias e abordagens.

Papel do Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem;
- Definir a cobertura a ser utilizada em conjunto com o médico;
- Fornecer assistência aos pacientes em todas as fases do tratamento, objetivando o autocuidado;
- Realizar o curativo;
- Desenvolver medidas preventivas e curativas relacionadas às complicações precoces e tardias;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar a conduta;
- Orientar os técnicos de enfermagem para o acompanhamento dos casos em tratamento;
- Desenvolver ações educativas.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
<p>Usuários acamados ou com período prolongado restrito no leito em uma única posição.</p>	<p>Risco para Úlcera por Pressão (UPP)</p>	<p>Orientar quanto à mudança de decúbito; Orientar higiene com SF a 0,9% ou Ringer Lactato; Orientar para reduzir a pressão nas proeminências ósseas, colocar travesseiro entre as pernas; Orientar quanto a alimentação saudável, dieta rica em proteínas.</p>	<p>Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Ácidos Graxos Essenciais para prevenção, duas vezes por dia; Aliviador de pressão para calcâneo, cotovelo, sacral, trocar até 7 dias em pele íntegra; Filme Transparente: troca a cada 7 dias.</p>
<p>Feridas mais comuns nas regiões sacral, calcâneos, trocanter maior do fêmur e maléolos externos. É uma ferida crônica, de cicatrização demorada e fácil reincidência.</p>	<p>Úlcera por Pressão</p>	<p>Orientar o cuidador a acompanhar o curativo e realizá-lo se/quando necessário; Avaliar estágio da úlcera; Orientar quanto à mudança de decúbito; Orientar higiene com SF a 0,9% ou Ringer Lactato; Se houver comprometimento em outros tecidos proceder de acordo com os outros tipos de feridas.</p>	<p>Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Hidrocoloide: trocar de 3 a 5 dias; Hidrofibras (com ou sem prata), trocar em feridas infectadas de 03 a 07 dias ou quando estiver saturado; Aliviador de pressão para calcâneo, cotovelo, sacral, trocar até 7 dias em pele íntegra.</p>

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Lesão aguda da pele que são intencionais, com tendência à regressão espontânea e completa, dentro de um prazo mais ou menos preestabelecido, podendo ser planejadas e realizadas de modo a reduzir os riscos de complicações.	Ferida Cirúrgica	Avaliar ferida cirúrgica, no concernente a sinais flogísticos; Avaliar a necessidade de curativos subsequentes. Por se tratarem de feridas estéreis, talvez não seja indicada a cobertura.	Prescrever a assepsia com Soro Fisiológico ou Ringer Lactato ou Álcool a 70%, de acordo com o tipo de cirurgia. Película Transparente, trocar quando perder a transparência, descolar da pele ou se houver sinais de infecção.
Lesão da pele que não contém carga bacteriana, ou seja, são isentas de microorganismos.	Ferida Limpa	Orientar o cuidador a acompanhar o curativo. Realizá-lo, quando necessário; Realizar antisepsia da pele e mucosas íntegras (não é indicado em lesões abertas, mas deve ser utilizado na prevenção da colonização dos locais de inserção de cateteres vasculares, de diálise e fixadores externos).	Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Antissépticos: utilizado preferencialmente o clorohexidina tópica pela baixa toxicidade; Matriz de Regeneração Dérmica.
Localizadas com mais frequência na região perimaleolar medial, podendo se apresentar com poucos milímetros até envolvimento de toda a circunferência da perna, o leito pode se apresentar com tecido de granulação ou com tecidos necróticos e secreção purulenta em casos de infecção, em geral com exsudato abundante. As bordas podem se apresentar finas com características de epitelização ou grossas e elevadas, evidências que podem traduzir tendência ou não para a cicatrização. A dor pode estar presente, a pele em volta da úlcera pode se apresentar com edema, hiperpigmentação, dermatite, dermatoesclerose, etc. Em geral, surge após trauma e, muitas vezes, é precedida por episódio de erisipela, celulite ou eczema de estase.	Úlcera Venosa	Orientar o cuidador a acompanhar o curativo. Realizá-lo, quando necessário; Orientar bandagem para compressão como uma opção para o controle clínico da hipertensão dos membros inferiores, visando auxiliar no processo de cicatrização; Orientar elevar o membro para auxiliar o retorno venoso e alívio da dor; Encaminhar para avaliação médica; Acompanhar prescrição de Bota de Unna.	Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Bandagem para compressão; Hidrocoloide: trocar de 3 a 5 dias.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
<p>Tecido com grande quantidade de exsudato, de odor extremamente desagradável, além de fácil sangramento. As feridas neoplásicas malignas geralmente são de origem metastática.</p>	<p>Ferida Oncológica</p>	<p>Orientar o cuidador a acompanhar o curativo e realizá-lo, quando necessário.</p>	<p>Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Carvão ativado de prata: troca de 24 a 48 horas com gase comum ou compressa com PHMB (Polihexametileno de Biguanida) a 0,2%: trocar de 24 a 48 horas; Hidrocoloide: trocar de 3 a 5 dias.</p>
<p>Tecido desvitalizado (morto)</p>	<p>Ferida Necrótica</p>	<p>Orientar o cuidador a acompanhar o curativo; Realizá-lo quando necessário; Encaminhar ou realizar o desbridamento cirúrgico ou autolítico; Observar queixas de ardor e irritação do usuário no local do curativo para substituir por outro que não contenha sódio em sua composição.</p>	<p>Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Hidrocoloide: trocar de 3 a 5 dias; Papaína: utilizar de 1 a 5% em feridas granuladas; 5 a 10% em feridas com esfacelos e necrose úmida; e 10 a 20% em necrose seca. Trocar no máximo a cada 24 horas ou de acordo com a saturação do curativo secundário; Filme Transparente: trocar a cada 7 dias; Hidrogel: trocar de 24 a 72 horas, avaliando exsudação e saturação.</p>
<p>Tecido infectado decorrente de complicações pós-operatórias, infecções, deiscências de sutura e fistulas com consequente retardo ou dificuldade na cicatrização.</p>	<p>Ferida Crônica</p>	<p>Orientar o cuidador a acompanhar o curativo; Realizá-lo quando necessário; Orientar o uso de Terapia V.A.C (Vacuum Assisted Closure, Fechamento Assistido a Vácuo) apenas para casos de feridas agudas, crônicas e traumáticas, amputações, deiscências, queimaduras, úlceras (diabéticas ou por pressão estágio III e IV, venosas, arteriais e mistas), Síndrome Compartimental Abdominal e enxertos e retalhos. É contra-indicada nos casos de malignidade no leito da ferida, osteomielite não tratada, tecido necrótico com presença de escara, fistulas não exploradas e sobre vasos sanguíneos ou órgãos expostos.</p>	<p>Solução de limpeza e descontaminação:umedecer a gaze e deixar sobre a ferida por 15 minutos, retirar a gaze e não enxaguar; Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Espuma de poliuretano com prata iônica, trocar o curativo que pode permanecer aplicado por até 7 dias, dependendo do volume do exsudato; Hidrocoloide com alginato de cálcio trocar de 3 a 5 dias; Terapia V.A.C (Vacuum Assisted Closure, Fechamento Assistido a Vácuo).</p>

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
Tecido inflamado possui exsudato em seu interior	Ferida Exsudativa e Sangrante	Orientar o cuidador a acompanhar o curativo; Realizá-lo, quando necessário; Encaminhar para drenagem cirúrgica.	Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Espuma de poliuretano com prata iônica, trocar o curativo que pode permanecer aplicado por até 7 dias, dependendo do volume do exsudato; Alginato de cálcio em fita: retirar mediante saturação, geralmente com 24 horas; Hidrocoloide: trocar de 3 a 5 dias.
Tecido traumatizado causado por doença arterial obstrutiva crônica oriunda, mais frequentemente, da doença aterosclerótica, cuja redução progressiva de fluxo pode levar a um regime de isquemia extremo com necrose tissular que se traduz pela presença de úlcera. A dor é frequentemente referida, exceto se o paciente apresentar neuropatia diabética ("pé insensível"), o leito se apresenta com tecido de granulação de coloração pálida ou com tecidos desvitalizados e com dimensões variadas. A pele na extremidade afetada pode apresentar atrofia, rarefação de pêlos, unhas distróficas, diminuição do preenchimento capilar, diminuição da temperatura local, palidez e cianose; diminuição ou ausência das pulsações das artérias dos pés.	Úlcera Arterial	Orientar o cuidador a acompanhar o curativo; Realizá-lo, quando necessário; Orientar baixar o membro para alívio da dor; Encaminhar para avaliação médica e continuar acompanhando.	Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Hidrocoloide: trocar de 3 a 5 dias.

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
<p>Tecido traumatizado causado por neuropatia periférica, em decorrência de algumas doenças de base, tais como: hanseníase, diabetes mellitus, alcoolismo e outras.</p>	<p>Úlcera Neuropática</p>	<p>O indivíduo portador de diabetes que apresenta neuropatia poderá não mais sentir o incômodo da pressão repetitiva de um sapato apertado, a dor de um objeto pontiagudo no chão ou da ponta da tesoura durante o ato de cortar unhas, etc. Isto o torna vulnerável a traumas e é denominado de perda da sensação protetora. Acarreta também a atrofia da musculatura intrínseca do pé, causando desequilíbrio entre flexores e extensores, desencadeando deformidades osteoarticulares (dedos “em garra”, dedos “em martelo”, proeminências das cabeças dos metatarsos, joanetes). Estas deformidades alteram os pontos de pressão na região plantar levando à sobrecarga e reação da pele com hiperqueratose local (calo), que com a contínua deambulação evolui para ulceração (mal perfurante plantar). A perda da integridade da pele se constitui em uma importante porta de entrada para o desenvolvimento de infecções, que podem evoluir para amputação.</p>	<p>Creme de barreira na pele íntegra: uso diário; Hidrogel: trocar de 24 a 72 horas. Hidrocoloide com alginato de cálcio: trocar de 3 a 5 dias; Hidrofibras (com ou sem prata), trocar em feridas infectadas de 03 a 07 dias ou quando estiver saturado.</p>
<p>Queimadura</p>	<p>Queimadura</p>	<p>Investigar o agente causador e orientar limpeza do local lesionado de acordo com o agente causador; Avaliar grau e extensão da queimadura; Encaminhar para o serviço de referência aqueles que necessitem de atendimento hospitalar; Orientar que não seja utilizado nenhum produto sem indicação de profissional (os que são indicados tipicamente por questões culturais, como por exemplo, café, clara de ovo, manteiga, etc).</p>	<p>Sulfadiazina de Prata com Cério, trocar no máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada; ou Hidrofibras (com ou sem prata), trocar em feridas infectadas de 03 a 07 dias ou quando estiver saturado; Película Transparente para Cobertura de Feridas Superficiais (áreas doadoras de enxerto e queimaduras superficiais II grau superficial), trocar se aderido, deve sair sozinho, nunca retirado. Se não aderir, a ferida está suja ou é profunda, o que contraindica o seu uso; Matriz de Regeneração Dérmica.</p>

A cicatrização é um processo contínuo e à medida que as condições de uma ferida mudam, podem ser necessários diferentes tipos de coberturas, definidos após avaliação criteriosa do paciente e da ferida realizada por equipe especializada. O produto de escolha deve ser avaliado com relação às indicações, contraindicações, periodicidade de troca, custo e eficácia. Dentre as coberturas já citadas anteriormente no quadro de Diagnósticos de Enfermagem, ainda podemos referir:

- **Hidropolímero:** curativo composto por um hidropolímero altamente absorvente. O exsudato absorvido passará a compor a estrutura física deste polímero, expandindo suas paredes, o que o torna indicado tanto para uso em feridas planas como cavitárias. Possui uma segunda camada de falso tecido, que proporciona ao curativo de hidropolímero, além da alta capacidade de absorção, a manutenção do meio úmido adequado. O curativo é revestido, externamente, por uma camada de poliuretano semipermeável e um adesivo hipoalergênico. É indicado para feridas de qualquer etiologia, crônicas, com médio a alto exsudato, livre de tecido desvitalizado ou infecção. Periodicidade de troca: trocar o curativo sempre que houver presença de fluido da ferida nas bordas da almofada de espuma ou no máximo a cada 07 dias.
- **Prata Nano-Cristalizada:** curativo em três camadas (poliéster, rayon e polietileno) com prata nano-cristalizada, funciona como barreira bacteriana, além de exercer com a prata, ação bactericida. Periodicidade de troca: dependendo do tipo de curativo de 3 a 7 dias.

Desbridamento da Ferida:

O desbridamento consiste na remoção do tecido não viável da ferida, como tecidos necrosados, desvitalizados e corpos ou partículas estranhas.

A escolha do tipo de desbridamento a ser utilizado depende das características da ferida, podendo ser utilizado separadamente ou em combinação com outros.

A seleção do método de desbridamento mais apropriado dependerá

do local, característica e do tipo da ferida, da quantidade de tecido desvitalizado, das condições do paciente e da experiência do profissional que realizar o curativo.

Métodos de Desbridamento:

- **Desbridamento cirúrgico:** é o método mais rápido e invasivo, realizado com instrumental cirúrgico como pinças, tesoura ou bisturi. Dependendo da gravidade e extensão da ferida, este procedimento deve ser realizado por cirurgiões em centro cirúrgico e sob anestesia. Em feridas superficiais, poderá ser realizado no ambulatório por profissionais médicos e enfermeiros devidamente capacitados.
- **Desbridamento mecânico:** consiste na remoção do tecido, aplicando-se uma força mecânica ao esfregar a ferida. Este procedimento, entretanto, pode prejudicar o tecido de granulação ou de epitelização, além de causar dor.
- **Desbridamento autolítico:** consiste em manutenção do meio úmido com hidrogéis, onde o próprio corpo participa do processo de autólise.
- **Desbridamento enzimático:** baseia-se no uso de enzimas para dissolver o tecido desvitalizado. A escolha da enzima depende do tipo de tecido existente na ferida.

Cobertura da Ferida:

- **Cobertura primária:** produto que permanece em contato direto com o leito da ferida na pele adjacente com a finalidade de absorver seu exsudato, facilitando o fluxo livre das drenagens, preservando o ambiente úmido e a não aderência. Esse tipo de curativo requer permeabilidade aos fluidos, não aderência e impermeabilidade às bactérias.
- **Cobertura secundária:** produto que recobre a cobertura primária, com a finalidade de absorver o excesso de drenagem, proporcionando proteção e compressão. Este tipo de curativo necessita ter capacidade satisfatória de absorção e proteção.
- **Cobertura mista:** produto que possui as duas camadas: uma

em contato com o leito da ferida e outra em contato com o ambiente externo.

INDICAÇÕES E TIPOS DE CURATIVOS:

O curativo é um meio terapêutico que consiste na aplicação de uma cobertura estéril sobre uma ferida. O curativo ideal tem por objetivo promover a cicatrização, eliminando fatores que possam retardá-la.

Características do Curativo Ideal:

- Manter a umidade na interface ferida/curativo;
- Manter equilíbrio entre a absorção e hidratação;
- Promover isolamento térmico;
- Agir como barreira à entrada de microrganismos;
- Permeabilidade seletiva para entrada de oxigênio;
- Possibilitar a troca sem traumas para o tecido;
- Proporcionar conforto físico e psicológico;
- Fechamento progressivo da ferida, resultando na cicatrização.

Fatores que interferem na realização dos Curativos:

- Respeito à individualidade do usuário;
- Orientações sobre o procedimento;
- Área física adequada, com boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente;
- Condições adequadas de higiene, esterilização, de acordo com as medidas de biossegurança;
- Preparo do material para realização do curativo;
- Presença de materiais e medicamentos especiais de acordo com as características da lesão e indicação clínica;
- Descarte de materiais e medicamentos de acordo com as medidas de biossegurança;
- Periodicidade de troca e incentivo ao autocuidado;
- Interação familiar.

Fases do Curativo:

- Remoção do curativo anterior;
- Limpeza da ferida;
- Tratamento da lesão;
- Proteção da ferida.

Materiais para Curativo:

- Instrumentais: (pinça Kelly ou tipo Pean, pinça anatômica e/ ou pinça mosquito e tesoura Mayo ou Iris);
- Gazes estéreis;
- Solução fisiológica de cloreto de sódio a 0,9 %;
- Agulha 40 x 12 ou 25 x 8;
- Seringa de 10 e 20 ml;
- Luvas de procedimento;
- Equipamentos de Proteção Individual (óculos, máscaras, luvas, etc.);
- Saco plástico para lixo (cor branca);
- Esparadrapo, micropore ou similar;
- Cuba rim ou bacia;
- Espátula de madeira;
- Ataduras de crepom;
- Curativos especiais;
- Coberturas.

Técnicas do Curativo:

- Lavagem das mãos;
- Limpeza adequada da ferida;
- Utilização de técnica limpa ou técnica estéril dependendo do tipo de lesão;
- Cumprimento das normas de biossegurança e precaução padrão;
- Avaliação do paciente;
- Avaliação da ferida - localização, tamanho, tipos de tecidos e exsudato, pele perilesional ou periestoma;

- Realização de desbridamento, se necessário;
- Escolha da cobertura primária e secundária, de acordo com avaliação da ferida;
- Aplicação de escala de predição de risco para úlcera por pressão;
- Registro e documentação das ações e resultados, bem como reavaliação periódica.

Fixação de Coberturas

A fixação tem a finalidade de manter a cobertura e proteger a ferida. Pode ser realizada por enfaixamento com ataduras de crepom, fitas adesivas, dentre elas: esparadrapo, micropore, transpore ou faixas de tecidos de largura e comprimento variados. São indicadas para fixar curativos, exercer pressão, controlar sangramento e/ou hemorragia, imobilizar um membro, aquecer segmentos corporais e proporcionar conforto ao paciente.

A utilização de malha tubular elástica em forma de rede vem sendo usada nos grandes centros há mais de 20 anos e nos últimos 05 anos chegou ao Brasil. Oferece inúmeras vantagens como facilidade de colocação, melhora a visibilidade da ferida, possibilidade de abrir o curativo secundário sem ter que refazer todo o curativo e poder ser reutilizado sem comprometimento para o curativo.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALERTA. Boletim destinado à divulgação das aquisições incorporadas ao acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde, Fevereiro, 2010, v.16, n° 2.

BARRETO, A. P. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: LCR, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Biossegurança. Brasília - DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=32794. Acesso em: 26 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde - Cadernos de Atenção Básica n°14 - **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**, Brasília - DF, 2006;

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, Brasília - DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf>. Acesso em: 16 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar**, Manual Técnico n° 40, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n° 21. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2° ed. rev. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, n°19. **Envelhecimento da Pessoa Idosa**. Brasília - DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e Adolescente**. Brasília DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. FUNASA. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. Brasília - DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Guia de Bolso - **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Brasília-DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Imunização dos povos indígenas**. Brasília - DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37969&janela=1. Acesso em: 26 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Manual **AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Brasília - DF. Módulos de 1 a 7, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Bolso. **DST**, Brasília DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**, Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Manual dos **CRIES, Centros de Referências para Imunobiológicos Especiais** - Caderno de Atenção Básica nº 5, Brasília DF 2006.

_____. Ministério da Saúde. Manual Saúde da Criança - **Caderno de Atenção Básica nº 11**, Brasília-DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Manual Saúde da Criança- **Nutrição Infantil**- Caderno de Atenção Básica nº23, Brasília DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico - **HIV/ AIDS, Hepatites e outras DST** - Caderno de Atenção Básica nº 18, Brasília DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico **Diabetes Mellitus** - Caderno de Atenção Básica nº 16, Brasília DF, 2006;

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** Nº 19 - Caderno de Atenção Básica nº 19, Brasília DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico **Hipertensão Arterial** - Caderno de Atenção Básica nº 15, Brasília DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico **Pré- natal e Puerpério**, atenção qualificada e humanizada - Caderno de Atenção Básica nº 5, Brasília DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas**. Brasília - DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 26 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. Brasília - DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/superficie.pdf>. Acesso em: 26 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, INCA: Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso, 2004. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Viva Mulher em Curitiba. Controle do Câncer de Mama e Colo do Útero. Curitiba, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. 6º ed. rev. e ampl. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde do Trabalhador**: cadernos de atenção básica nº 5. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**. Brasília - DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7º ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde/ANVISA. **RDC 15/2012. Art. 13**. Brasília - DF. Disponível em: http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_suvisa/arquivos/gerados/resol_rdc_n%C2%BA15_mar%C3%A7o_2012.pdf. Acesso em: 26 de março de 2013.

CIPE, **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem**. Versão 1. São Paulo: ALGOL, 2007.

CORRÊIA, I. **Enfermagem em Biossegurança**. Brasília - DF. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/16061060/ENFERMAGEM-EM-BIOSSEGURANCA>. Acesso em: 26 de março de 2013.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA; definições e classificação 2012-2014/[NANDA Internacional]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al]. - Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p.; 23 cm. ISBN 978-85-65852-10-4.

Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei 8.069 de 13 de julho de 1990.

Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.

Estatuto do Idoso. Lei 10741 de 01 de outubro de 2003. Brasília, Distrito Federal. 2003

INCA. Câncer de mama no Brasil: situação epidemiológica e rastreamento. Encontro Internacional sobre rastreamento de câncer de mama. 2009. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/161966004eb69a7eb537b7f11fae00ee/Encontro_interninterna_Rastreamento_cancer_mama_resumo_cap1.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 11/06/2013.

Lei 7498/86. Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7498\86.

Lei do Planejamento Familiar nº9.263, de 02 de janeiro de 1996.

Manual de Qualificação de Esterilização em Autoclaves, 2009. Comissão de Controle de Infecção - SMS - RP. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/comissao/desin/m-pdf/m-autoclave-gibi.pdf>> Acessado em: 12\03\2013.

MORAES, M. V. G. Enfermagem do Trabalho: programas, procedimentos e técnicas. 1ª ed., São Paulo: Iátria, 2007.

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem. 4º ed, Porto Alegre: Ed. Artmed, 2008.

Normas Técnicas em **Anticoncepção** - BEMFAM, 2003.

Resolução COFEN 195-97, **solicitação de exames** de rotina.

Resolução COFEN nº 159/93, obriga os enfermeiros a realizar consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde.

SILVA, G. Biossegurança em Enfermagem. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAaZ4AF/biosseguranca-enfermagem?part=2>. Acesso em: 26 de março de 2013.

Sistemas: SISPRENATAL; SISVAN; SISCOLO, SINAN, SISPNI, SIAB.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Rev. Braz de Hipertensão. Brasília-DF, 2010.



ANEXOS

ANEXO 01



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

(Ler atentamente as orientações no verso antes do preenchimento)

		1 - Emitente <input checked="" type="checkbox"/>	
		1 - Empregador 2 - Sindical 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade Pública	
		2 - Tipo de CAT <input type="checkbox"/>	
		1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Coto em:	
Empregado(a)	3 - Razão Social / Nome		4 - Tipo <input checked="" type="checkbox"/>
	6 - Endereço Rua/Av./R/Comp Bairro		1 - CGC 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT 5 - CNAE
Acidentado	10 - Nome		11 - Nome da mãe
	12 - Data de nasc.	13 - Sexo <input type="checkbox"/>	14 - Estado Civil <input type="checkbox"/>
	15 - CTPS	Data de emissão	
	16 - UF	17 - Carteira de Identidade Data de emissão Orgão Exp	
Acidente ou doença	21 - Endereço Rua/Av./R/Comp Bairro		22 - Município 23 - UF 24 - Telefone
	25 - Nome da ocupação 26 - CBO		27 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/>
Acidente ou doença	30 - Data do acidente		31 - Hora do acidente
	32 - Após quantas horas de trabalho?		33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/>
	34 - Último dia trabalhado		35 - Local do Acidente
	36 - CGC		37 - Município do local do acidente
Acidente ou doença	38 - UF		39 - Especial do local do acidente
	40 - Parte(s) do corpo atingida(s)		41 - Agente Causador
	42 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença		43 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/>
			44 - Houve morte? <input type="checkbox"/>
Testemunhas	45 - Nome		
	46 - Endereço Rua/Av./R/Comp Bairro		47 - Município 48 - UF Telefone
	49 - Nome		
Testemunhas	50 - Endereço Rua/Av./R/Comp Bairro		51 - Município 48 - UF Telefone
Local e data		Assinatura e carimbo do emitente	
II - ATESTADO MÉDICO	53 - Unidade de atendimento médico		54 - Data
	55 - Hora		
	56 - Houve internação? <input type="checkbox"/>	57 - Duração provável do tratamento dias	58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/>
	59 - Descrição e natureza da lesão		
Diagnóstico	60 - Diagnóstico provável		61 - CID - 10
	62 - Observações		
Local e data		Assinatura e carimbo do emitente	
III - INSS	63 - Recebida Em	64 - Código da Unidade	65 - Número do acidente
	66 - É reconhecido o direito do segurado à habilitação de benefício acidentado? <input type="checkbox"/>		67 - Tipo <input type="checkbox"/>
	68 - Matrícula do servidor		1 - Tipo 2 - Doença 3 - Trajet
Matrícula		Assinatura do servidor	
<p>NOTA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 250 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil pós o acidente, sob pena de multa. 3 - A comunicação do acidente do trabalho registrada pelo art. 305 do Decreto nº 3048/90. 4 - Os conceitos de acidente do trabalho e doença ocupacional estão definidos nos arts. 131 a 133 do Decreto nº 2.172/97. 5 - A caracterização do acidente registrada pelo art. 105 do Decreto nº 2.172/97. 			
<p>A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.</p>			



ANEXO 02

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - NANDA

- AMAMENTAÇÃO INEFICAZ
- AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA
- ANSIEDADE
- ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE
- ATIVIDADE DE RECREAÇÃO DEFICIENTE
- ATRASO NO CRESCIMENTO E NO DESENVOLVIMENTO
- AUTO CONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE
- AUTO NEGLIGÊNCIA
- AUTOMUTILAÇÃO
- COMPORTAMENTO DE SAÚDE PROPENSO A RISCO
- COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- CONFLITO NO PAPEL DE PAI/MÃE
- CONFORTO PREJUDICADO
- CONFUSÃO AGUDA
- CONHECIMENTO DEFICIENTE
- CONSTIPAÇÃO
- CONSTIPAÇÃO PERCEBIDA
- CONTAMINAÇÃO
- CONTROLE FAMILIAR INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO
- DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA
- DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
- DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA BANHO
- DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA VESTIR-SE
- DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- DENTIÇÃO PREJUDICADA
- DESEMPENHO DE PAPEL INEFICAZ
- DIARRÉIA
- DISFUNÇÃO SEXUAL
- DISPOSIÇÃO PARA AMAMENTAÇÃO MELHORADA
- DISPOSIÇÃO PARA AUTO CONTROLE DA SAÚDE MELHORADO

- DISPOSIÇÃO PARA COMUNICAÇÃO MELHORADA
- DISPOSIÇÃO PARA CONHECIMENTO MELHORADO
- DISPOSIÇÃO PARA ELIMINAÇÃO URINÁRIA MELHORADA
- DISPOSIÇÃO PARA EQUILÍBRIO DE LÍQUIDOS MELHORADO
- DISPOSIÇÃO PARA ESTADO DE IMUNIZAÇÃO MELHORADO
- DISPOSIÇÃO PARA MELHORA DO AUTO CUIDADO
- DISPOSIÇÃO PARA NUTRIÇÃO MELHORADA
- DISPOSIÇÃO PARA PATERNIDADE OU MATERNIDADE MELHORADA
- DISPOSIÇÃO PARA PROCESSOS FAMILIARES MELHORADOS
- DISPOSIÇÃO PARA SONO MELHORADO
- DISTÚRPIO NA IMAGEM CORPORAL
- DOR AGUDA
- DOR CRÔNICA
- ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA
- ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO
- FADIGA
- HIPERTERMIA
- HIPOTERMIA
- ICTERÍCIA NEONATAL
- INCONTINÊNCIA INTESTINAL
- INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO
- INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA
- INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA
- INCONTINÊNCIA URINÁRIA FUNCIONAL
- INSÔNIA
- INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA
- INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA
- INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE
- ISOLAMENTO SOCIAL
- LEITE MATERNO INSUFICIENTE

- MANUTENÇÃO DO LAR PREJUDICADA
- MANUTENÇÃO INEFICAZ DA SAÚDE
- MEDO
- MEMÓRIA PREJUDICADA
- MOBILIDADE COM CADEIRA DE RODAS PREJUDICADA
- MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA
- MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL
- MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- NÁUSEA
- NEGAÇÃO INEFICAZ
- NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- PADRÃO DE SEXUALIDADE INEFICAZ
- PADRÃO DE SONO PREJUDICADO
- PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE
- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA
- PRIVAÇÃO DE SONO
- PROCESSO DE CRIAÇÃO DE FILHOS INEFICAZ
- PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS
- PROCESSOS FAMILIARES INTERROMPIDOS
- PROTEÇÃO INEFICAZ
- RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA
- RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX
- RETENÇÃO URINÁRIA
- RISCO DE ATRASO DO DESENVOLVIMENTO
- RISCO DE AUTOMUTILAÇÃO
- RISCO DE CONSTIPAÇÃO
- RISCO DE CONTAMINAÇÃO
- RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS
- RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO
- RISCO DE DESEQUILÍBRIO NA TEMPERATURA

CORPORAL

- RISCO DE ENVENENAMENTO
- RISCO DE FUNÇÃO HEPÁTICA PREJUDICADA
- RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL
- RISCO DE ICTERÍCIA NEONATAL
- RISCO DE INFECÇÃO
- RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- RISCO DE INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE
- RISCO DE LESÃO
- RISCO DE MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL
- RISCO DE NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- RISCO DE OLHO SECO
- RISCO DE PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA
- RISCO DE QUEDAS
- RISCO DE RESILIÊNCIA COMPROMETIDA
- RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA
- RISCO DE SANGRAMENTO
- RISCO DE SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA
- RISCO DE SÍNDROME PÓS-TRAUMA
- RISCO DE SUICÍDIO
- RISCO DE VÍNCULO PREJUDICADO
- RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS
- RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO
- RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE
- SAÚDE DA COMUNIDADE DEFICIENTE
- SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA
- SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO
- SÍNDROME PÓS-TRAUMA
- SOBRECARGA DE ESTRESSE
- TENSÃO DO PAPEL DO CUIDADOR
- TROCA DE GASES PREJUDICADA
- VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE
- VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO

ANEXO 03

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENIASE
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/ença	HANSENIASE		3 Código (CID10) A 30.9
	4 UF	5 Município de Notificação	7 Data da Notificação	
Dados de Residência	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados Complementares do Caso	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe		17 UF	
	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
Dados Clínicos	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
Atendimento	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Nº do Prontuário	
Dados de Lab.	32 Ocupação		33 Nº de Lesões Cutâneas	
	34 Forma Clínica		35 Classificação Operacional	
	36 Nº de Nervos afetados		37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico	
Transmissão	38 Modo de Entrada		39 Modo de Detecção do Caso Novo	
	40 Baciloscopia		41 Data do Início do Tratamento	
	42 Esquema Terapêutico Inicial		43 Número de Contatos Registrados	
Observações adicionais:				
Med. Centr.	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função		Assinatura	
Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO VII

PNCH/SVS-MS	FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE			
REGIONAL DE SAÚDE _____	MUNICÍPIO: _____ UF _____		N.º REG. DO CASO DE HANSENÍASE NO SINAN: _____	
UNIDADE DE SAÚDE: _____			N.º PRONTUÁRIO: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME: _____				
ENDEREÇO: _____				
MUNICÍPIO _____ UF _____				
DATA DO DIAGNÓSTICO ____/____/____ CLASSIFICAÇÃO PB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/>				
CONTATOS INTRADOMICILIARES				
	NOME	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO	BCG
1)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
2)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
3)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
4)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
5)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
6)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
7)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
8)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
9)	_____	_____	____/____/____	____/____/____
10)	_____	_____	____/____/____	____/____/____

ANEXO 04

FRENTE



**Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica
de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15**

1 - Unidade de Saúde: _____

2 - Município: _____ 3 - UF: _____

4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____

6 - Nome da Mãe: _____

7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos

9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____

11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____

12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
 Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano

13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim
 Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____

15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____

17 - Tipos/características de lesões:
 Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Placas eritematolatosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar): _____

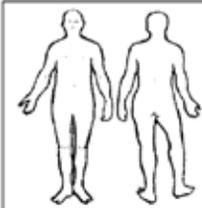
18 - Cicatriz de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais

19 - Existem áreas com rarefação de pelo?
 não sim Onde? _____

20 - Existem nervos acometidos?
 não sim Quantos? _____

21 - Teste de Histamina:
 não realizado realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado



23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	O l h o			M ã o			P é		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagoftalmia e/ou ectrípio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquilise			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
							Contratura do tornozelo		

24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim

25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: PB MB

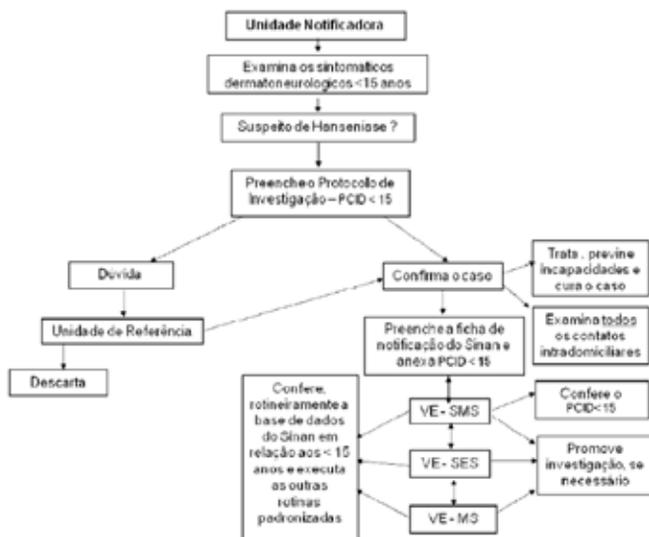
26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____

27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

**Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS**

VERSO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE HANSEÍASE EM MENORES DE 15 ANOS



1 - As Unidades de Saúde dos municípios, diante de um caso suspeito, preenchem o “**Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos**” – PCID - <15 e, se confirmado o caso, remetem esse protocolo à Secretaria Municipal de Saúde com a da ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do paciente;

2 - As Secretarias Municipais de Saúde – SMS, mediante a análise do PCID <15, encaminhamos pelas Unidades de Saúde, avaliam a necessidade de promover a investigação/validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes, ou referência regional/estadual, para confirmação do diagnóstico;

3 - As Secretarias Estaduais de Saúde - SES, através das Coordenações Estaduais do Programa de Controle de Hanseníase, ao identificarem o caso no sistema de informação, confirmam com as SMS ou Regionais de Saúde correspondentes, o preenchimento do PCID <15, ou solicitam cópia do mesmo, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica.

4 - O Ministério da Saúde, através da Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH/SVS, ao identificar o caso no sistema de informação, confirma com as SES o preenchimento do protocolo, ou solicita cópia do mesmo, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.

ANEXO 05

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

Nome _____ DataNasc. ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município: _____ Unidade Federada: _____
 Classificação Operacional: PB MB Data Início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)
II	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

MONOFILAMENTOS	
COR	GRAMAS
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Vermelho Fechado	4,0
Vermelho Cruzado	10,0
Vermelho Aberto	300,0
Preto	s/resposta

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Avaliação no diagnóstico ____/____/____								
Avaliação na alta ____/____/____								

ANEXO 06

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO VI

PNCH/SVS-MS		Ficha de Investigação de Intercorências Após Alta por Cura	
Regional de Saúde _____		N.º Reg. Simar: _____	
Mun. Notificação: _____ UF _____		N.º Prontuário: _____	
Unidade de Saúde: _____			
Identificação do Paciente			
Nome: _____			
Idade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
		Sexo: M) Masc F) Fem <input type="checkbox"/>	
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____			
Município de Residência: _____		UF _____	
História Anterior			
1. Exame Dermatoneurológico:			
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não			
Manchas <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____			
Outras: _____			
1.2 Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não			
Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>			
2. Classificação		3. Baciloscopia	
1) PB <input type="checkbox"/> 2) MB <input type="checkbox"/>		1) Positiva I b _____	
1) I, 2) J, 3) D, 4) V, <input type="checkbox"/>		2) Negativa _____	
Data do Diagnóstico ____/____/____		3) Não Realizada/Não Informada _____	
		4. Grau Incapacidade	
		0) Zero <input type="checkbox"/>	
		1) Um <input type="checkbox"/>	
		2) Dois <input type="checkbox"/>	
		3) Não Avaliado/Não Informado _____	
5. TRATAMENTO			
Data do Início do Tratamento Anterior: ____/____/____			
1) PQT-OMS-PB 2) PQT-OMS-MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ <input type="checkbox"/>			
Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>			
Data do Término do Tratamento: ____/____/____			
Observações: _____			
6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:			
1) Sim, 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> N.º DE EPISÓDIOS _____			
Conduta (Medicamentos usados): _____			
SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA			
1. Exame Dermatoneurológico			
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim 2) Não			
Áreas hipossensíveis <input type="checkbox"/>		Infiltrações <input type="checkbox"/>	
Manchas <input type="checkbox"/>		Lesão residual <input type="checkbox"/>	
Placas <input type="checkbox"/>		Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/>	
Nódulos <input type="checkbox"/>		N.º de lesões _____	
1.2 Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não			
Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>			
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/>			
Conduta (Medicamentos usados): _____			
3. Grau De Incapacidade:			
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/>			



ANEXO 07

FRENTE
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome: _____ DataNasc: ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município: _____ Unidade Federada: _____
 Classificação Operacional: PB MB Data Início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

FACE	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Nariz						
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triângulo(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Atividade Visual						

Legenda: N = não S = Sim

Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)						
Elevar o polegar						
Abdução do polegar (nervo mediano)						
Elevar o punho						
Extensão de punho (nervo radial)						

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou S=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta filamento lila(2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

VERSO

MEMBROS INFERIORES	1ª		2ª		3ª	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 						

Legenda: F= Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5= Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

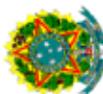
1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta filamento lilás(2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamento: seguir cores
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Avaliação no diagnóstico / /								
Avaliação na alta / /								

ANEXO 08



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SES - ALAGOAS

Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

Página: 1

UF: AL

Município: MACEIO

Unidade: I CENTRO DE SAUDE- DR AUGUSTO DIAS CARDOSO

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Mun. de Residência Atual	Distrito de Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último Comparsc.	CO	AI	ET	ND	ER	Contatos examinados	Tipo saída	Data da alta	
0086126	20/04/2007	HANSENILDO DE SOUZA E SILVA	2704330	LEVALDA		20/08/07	1			1	6	4	4	1	20/08/07

CO Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)

AI Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado

ET Esquema Terapêutico Atual

NC Número de Contatos Examinados

ND Número de Doses recebidas

ER Esquema terapêutico atual durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 1 e 2 4- Sem reação

Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PB18 doses 2 - PQT/MB12 doses 3 - Outros Esquemas substitutos

Tipo de Saída: 1 - Cura 2 - Transf p/ outro município 3 - Transf p/ outro Estado 4 - Transf p/ outro município 5 - Transfência para outro País 6 - Óbito 7 - Atacismo 8 - Erro diagnóstico

Emitido em: 28/03/2008

ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CONFORME RESOLUÇÃO COFEN 358/09 PARA A CONSULTA DE
ENFERMAGEM (USO OBRIGATÓRIO DO ENFERMEIRO)

PROCESSO DE ENFERMAGEM**I - COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM**

Nome: _____

Idade _____ sexo _____

Endereço: _____

Escolaridade _____ cor _____ telefone _____;

Antecedentes familiares e pessoais:

História da doença atual:

II - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM segundo NANDA ou CIPE**III- PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM (RESULTADOS);****IV - IMPLEMENTAÇÃO - REALIZAÇÃO DAS AÇÕES OU INTERVENÇÕES;****V - AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM - evolução**

Verificação das mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade. Determina se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. Verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas no Processo de Enfermagem.

ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE

Enfermeiro: _____

Data: _____

COLETA DE DADOS

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Natural de: _____ Procedência: _____

Ocupação: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____ Endereço: _____

Data do diagnóstico de tuberculose: _____

Situação do tratamento: _____ Queixas: _____

Outros dados da doença: _____

2. HÁBITOS DE VIDA

Dor / Desconforto: () Sim () Não

Localização, irradiação, duração e fatores relacionados _____

Ensino / Aprendizagem: (aderência e dificuldade) _____

O que sabe sobre a doença e o tratamento? _____

Tem seguido as recomendações? (especificar) _____

Fatores limitantes no seguimento do tratamento da doença: _____

Quais e como está tomando os medicamentos: _____

Integridade do EGO: _____

Reações frente ao diagnóstico da doença: _____

Interação Social (comunicantes e rede de apoio): _____

Renda familiar aproximada: _____

Suporte social e familiar do paciente: _____

Habitação (condições de moradia - tipo de casa, número de cômodos, número de pessoas na casa) _____

Tem família? Como é a relação com os membros das famílias? _____

Tem (teve) contato com outras pessoa portadoras de tuberculose? _____

Tem contato com pessoa com outras doenças? Quais? _____

Quais pessoas residiram na casa nos últimos cinco anos? _____

as pessoas da mesma casa tem feito o acompanhamento? _____

NEUROSENSORIAL

Tem dificuldades em compreender as consultas? Os exames? _____

Dificuldade (visual, auditiva ou tátil): _____

RESPIRAÇÃO:

Apresenta falta de ar freqüente? () Sim () Não

Relacionado à: _____

Apresenta tosse? () Sim () Não

Com expectoração? () Sim () Não

Características da secreção expectorada: _____

Tem história de: () DPOC () asma () pneumonia () outros _____

SEGURANÇA / PROTEÇÃO:

Tabaco: () Sim () Não - Quantidade/dia: _____

Álcool: () Sim () Não - Quantidade/dia: _____

Outras Drogas: () Sim () Não Qual? _____

Alergias: () Sim () Não Quais? _____

Febre: () Sim () Não Características: _____

Sudorese Noturna: () Sim () Não - uso de medicamentos terapêutico? _____

() Sim (sabe lista todos os medicamentos em uso)

() Não sabe dizer os nomes dos medicamentos com segurança

EXAME FÍSICO

Peso atual: _____ altura: _____ Peso ideal: _____

IMC: _____ T - _____ °C PA: - _____ mmHg

P - _____ bpm R: - _____ rpm

Aparência Geral: _____

Condições de pele: (Integridade, umidade e elasticidade) _____

Condições de mucosas: _____

Pulmonar: _____

Cardíaco: _____

Abdominal: _____

Dados complementares do exame físico: _____

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Coleta de amostra de escarro: _____

Cultura de escarro: _____

Radiografia de Tórax: _____

Teste Tuberculínico: _____

teste anti-HIV _____

Outros: _____

SOBRE O TRATAMENTO TERAPÊUTICO

Quimioprofilaxia adotada: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ENFERMEIRO(A): _____

COREN _____

PUERICULTURA

Acompanhamento do desenvolvimento - 00 a 02 anos de idade

NOME: _____ PRONT: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

CRIANÇA MENOR DE 02 MESES DE IDADE

1. Avaliar marcos de desenvolvimento (resposta esperada).
2. Classificar o desenvolvimento:

<ul style="list-style-type: none"> * Ausência de um ou mais reflexos/habilidades para sua faixa etária * Perímetro cefálico < p10 ou > p90 * Presença de 3 ou + alterações fenotípicas 	Provável atraso de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> * Encaminhar para avaliação neuropsicomotora - HU
<ul style="list-style-type: none"> * Reflexos/habilidades presentes para sua faixa etária * Perímetro cefálico entre p10 e p 90 * Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas * Existem 1 ou + fatores de risco 	Desenvolvimento normal com fatores de riscos	<ul style="list-style-type: none"> * Orientar sobre a estimulação da criança * Aprazar retorno para 15 dias * Informar sobre os sinais de alerta para retornar antes dos 15 dias
<ul style="list-style-type: none"> * Reflexos/habilidades presentes para sua faixa etária * Perímetro cefálico entre p10 e 90 * Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas * Não existem fatores de risco 	Desenvolvimento normal.	<ul style="list-style-type: none"> * Elogiar * Orientar que continue estimulando * Aprazar retorno para 30 dias * Informar sobre os sinais de alerta para retornar antes dos 30 dias

Fonte: Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI.

15 DIAS - MENOR DE 01 MÊS (Visita Domiciliar) - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC) ao nascer: P 10 (cm) = 33.0 e P 90 (cm) = 36.0

*Avaliar marcos:

() Reflexo de Moro () Reflexo Cocleopalpebral () Reflexo de sucção () Mãos fechadas
 () Braços e pernas flexionados

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

01 MÊS - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC): P 10 (cm) = 35.5 e P 90 (cm) = 39.0

*Avaliar marcos:

() Vocaliza () Esperneia alternadamente () Abre as mãos () Sorriso social

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

CRIANÇA DE 02 MESES A 02 ANOS DE IDADE

1. Avaliar marcos de desenvolvimento (resposta esperada)

2. Classificar o desenvolvimento:

* Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior * Perímetro cefálico < p10 ou > p90 * Presença de 3 ou + alterações fenotípicas	Provável atraso de desenvolvimento	* Encaminhar para avaliação neuropsicomotora - HU
* Ausência de 1 ou + marcos para a sua faixa etária	Possível atraso de desenvolvimento	* Orientar sobre a estimulação da criança * Aprazar retorno para 30 dias * Informar sobre os sinais de alerta para retornar antes dos 30 dias
* Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mais existe 1 ou + fatores de risco	Desenvolvimento normal com fatores de riscos	* Orientar sobre a estimulação da criança * Aprazar retorno para 30 dias * Informar sobre os sinais de alerta para retornar antes dos 30 dias
* Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	Desenvolvimento Normal	* Elogiar * Orientar que continue estimulando * Aprazar retorno para 30 dias * Informar sobre os sinais de alerta para retornar antes dos 30 dias

Fonte: Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI.

02 MESES - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC): P 10 (cm) = 37.5 e P 90 (cm) = 40.9

*Avaliar marcos:

() Fixa o olhar no rosto do examinador ou da mãe/cuidador () Segue objeto na linha média

() Reage ao som () Eleva a cabeça

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

04 MESES - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC): P 10 (cm) = 39.5 e P 90 (cm) = 43.0

*Avaliar marcos:

() Responde ao examinador () Segura objetos () Emite sons () Sustenta a cabeça

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

06 MESES - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC): P 10 (cm) = 41.5 e P 90 (cm) = 44.5

*Avaliar marcos:

() Alcança um brinquedo () Leva objetos a boca () Localiza o som () Rola

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

09 MESES - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC): P 10 (cm) = 43.3 e P 90 (cm) = 46.3

*Avaliar marcos:

() Brinca de esconde achou () Transfere objetos de uma mão para outra () Dupla sílabas

() Senta sem apoio

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

01 ANO - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC): P 10 (cm) = 45.0 e P 90 (cm) = 47.5

*Avaliar marcos:

() Imita gestos (ex: bater palmas) () Produz jargão () Anda com apoio

() Segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

01 ANO E 06 MESES - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC): P 10 (cm) = 46.0 e P 90 (cm) = 49.1

*Avaliar marcos:

() Identifica dois objetos () Rabisca espontaneamente () Produz três palavras

() Anda para trás

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

02 ANOS - Data: ____/____/____

*Perímetro Cefálico (PC): P 10 (cm) = 47.0 e P 90 (cm) = 50.0

*Avaliar marcos:

() Tira a roupa () Constrói torre com três cubos () Aponta duas figuras () Chuta a bola

Peso: _____ Estatura: _____ Vacinas em dia: Sim () Não ()

Classificação do desenvolvimento: _____

OBS.: _____

Enfermeiro (a)
Assinatura e carimbo

OBS.: Impresso cedido pela Enfermeira Kaligia Deininger e adaptado pela enfermeira Fabiola Moreira Casimiro para este protocolo.



**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA
PROCURADORIA REGIONAL DO COREN-PB**

EXMOS(A). SRS(A). GESTORES(A) MUNICIPAIS DO ESTADO DA PARAÍBA.

PARECER JURÍDICO Nº 020/2012 COREN-PB

O CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA - COREN-PB, autarquia federal instituída pela Lei 5.905/73, fiscalizadora do exercício profissional de Enfermagem, com sede na Av. Maximiano Figueiredo, nº 36, Empresarial Bonfim, 3º andar, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-470, neste ato representado por seu presidente **DR. RONALDO MIGUEL BESERRA**, por intermédio de seu procurador, in fine, legalmente constituído, onde receberá as devidas notificações e intimações de praxe, vem a presença de Vossas Senhorias, apresentar o que segue:

Primordialmente cumpre ressaltar que as entidades especiais de fiscalização do exercício profissional podem ser criadas por autorização legislativa do Congresso Nacional através de lei específica que estabeleça as diretrizes gerais sobre a disciplina e fiscalização das categorias técnico-profissionais.

Por sua natureza e as funções relevantes que desempenham, essas entidades representam um sistema especificamente destinado a verificar as condições de capacidade para o exercício profissional tendo, inclusive, auto-executoriedade para aplicar sanções disciplinares e administrativas às Pessoas Físicas e Jurídicas que sejam consideradas faltosas aos zelosos deveres da atividade profissional, após conclusão de um processo específico.

Ora, os Conselhos Regionais de Enfermagem são autarquias, instituídas através da Lei Federal n.º 5.905 de 12 de julho de 1973, sendo entidades de Direito Público, com destinação específica de zelar pelo interesse social, fiscalizando o exercício profissional das categorias que lhe são vinculadas. Busca, portanto,

a moralização profissional, a proteção dos interesses sociais, da legalidade e, principalmente, do resguardo dos princípios éticos.

Importante observar o que asseveram os Ministros do STF: Moreira Alves e Sidney Sanches. Diz o primeiro, ao se referir aos Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional que:

“Esses Conselhos - o Federal e os Regionais - foram, portanto, criados por lei, tendo cada um deles personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira. Ademais, exercem eles as atividades de fiscalização de exercício profissional que, como decorre do disposto nos artigos 5º, XIII, 21º, XXIV, e 22º, XI, da Constituição Federal, é atividade tipicamente pública”. (grifamos)

Diante do exposto, é de suma importância esclarecer aos gestores públicos municipais deste estado, as atribuições e competências do profissional de Enfermagem.

Nesse sentido, há uma discordância ampla no que toca a possibilidade dos profissionais inscritos nesta Autarquia de dispensar medicamentos, senão vejamos.

Ora, é de ciência de toda a classe de Enfermagem que a competência para a dispensação de medicamentos é única, exclusiva e indelegável por parte do farmacêutico segundo a própria Resolução nº 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, mais precisamente no capítulo III, Seção I, artigo 20, *ipsis literis*:

“a presença e atuação do farmacêutico é requisito essencial para a dispensação de medicamentos aos pacientes, cuja atribuição é indelegável, não podendo ser exercida por mandato ou representação”.

Ademais, a lei 7.498/86 que regula o exercício legal das atividades da classe de enfermagem, não abrange em nenhum de seus dispositivos a competência para a dispensação de medicamentos por parte da classe.

Por oportuno, insta frisar que o profissional de enfermagem que infringir o Código de Ética estará sujeito as sanções cabíveis, é o que consta na Resolução COFEN nº 311/2007, artigo 33, a saber:

“É vedado prestar serviços que por sua natureza compete a outro profissional, exceto em caso de emergência”.

Ocorre que, as atribuições de medicamentos por parte do farmacêutico tomaram uma dimensão tão extensa, que hoje podemos dizer que dispensar não significa totalmente entregar medicamento prescrito ou indicado, mas se trata de atuação clínica deste profissional, com o objetivo de proporcionar ao paciente, não só o medicamento, como também os serviços clínicos que o acompanham, promovendo o uso racional de medicamentos objetivando a proteção do paciente, desta feita, entregar medicamento faz parte do ato de dispensar.

Neste ínterim, com o objetivo de solucionar esta problemática no Estado da Paraíba, este conselho proferiu a **Decisão COREN - PB nº 01/2012**, que dispõe sobre a proibição dos profissionais de enfermagem na dispensação, armazenamento e conservação de medicação em instituição de Saúde, contendo toda a legislação imposta por esta Autarquia, Conselho Federal e nossas normatizações Pátrias.

Ademais a RDC 20/2011 publicada no dia 09 de maio de 2011 que dispõe sobre o controle de antibióticos, estabeleceu critérios para a prescrição, **dispensação**, controle embalagem e rotulagem de medicamentos, ratificando por mais uma vez o entendimento de que tal ação é de competência do farmacêutico.

Por fim, o COREN - PB vem reiterar o entendimento de que é proibido a dispensação de medicamentos pela classe de enfermagem em todo o estado, a classe não pode de forma alguma agir de forma contrária a lei, sua competência e atribuições, esta Autarquia vem apenas garantindo o que é preconizado na Lei Federal nº 7.498/86, que regula o exercício legal da atividade de enfermagem em nosso país.

Respeitosamente,

João Pessoa, 25 de maio de 2012.

LUCAS GONÇALVES
PROCURADOR REGIONAL DO COREN-PB
OAB Nº 14.846/PB



**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA
PROCURADORIA REGIONAL DO COREN-PB**

DECISÃO Nº 027/2012

Dispõe sobre a instituição de protocolo do Enfermeiro (a) na Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, elaborado pelo COREN-PB, destinado a padronizar os procedimentos de enfermagem.

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 5.905/1973, que institui os Conselhos Regionais de Enfermagem, como sendo entidade de Direito público, com destinação específica de zelar pelo interesse social, fiscalizando o exercício profissional das categorias que lhe são vinculadas.

CONSIDERANDO a competência dos Conselhos Regionais de Enfermagem, de instituir protocolos de enfermagem que servirão como guia norteador para o enfermeiro da estratégia de saúde da família, decorrente do disposto nos **artigos 5º, XIII, 21º, XXIV, e 22º, XI, da Constituição Federal.**

CONSIDERANDO que o protocolo criado pelo COREN-PB, será normatizado e consequentemente não extrapolará a competência do profissional de enfermagem estabelecido na **lei 7.498/86**, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

CONSIDERANDO a portaria de número 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).

RESOLVE:

Art. 1º Instituir o Protocolo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, conforme disco compacto em anexo, com o objetivo de padronizar os procedimentos de enfermagem, visando uma melhor execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

Art. 2º O planejamento para execução do protocolo ficará sob responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e federais.

Art. 3º A presente Decisão entrará em vigor na sua assinatura, homologação através do COFEN e publicação revogando-se disposições em contrário.

João Pessoa, 23 de Outubro de 2012.

Dr. Ronaldo Miguel Beserra
Presidente
COREN-PB nº 42123

Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos
Secretária
COREN-PB



cofen
 conselho federal de enfermagem

Instituto do Conselho Interamericano de Enfermagem - Genesura

OFÍCIO Nº 0862/2013 / GAB / PRES
 PAD Cofen nº 898/2012

Brasília, 4 de julho de 2013.

Ao Senhor
DR. RONALDO MIGUEL BESERRA
 Presidente do COREN-PB

Senhor Presidente,

Encaminhamos, para conhecimento e demais providências, cópia da **DECISÃO COFEN nº 093/2013**, que homologa a **DECISÃO COREN-PB Nº 27/2012**, aprovada por unanimidade na 428ª Reunião Ordinária do Plenário deste Conselho Federal, e que dispõe sobre a instituição de Protocolo de(a) Enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, elaborado pelo Coren/PB, destinado a padronizar os procedimentos de Enfermagem.

Assim, solicitamos a esse Regional que dê publicidade à norma homologada, conforme dispõe o art. 2º da Decisão Cofen supracitada.

Atenciosamente,

MARCIA CRISTINA KREMPEL
 COREN-PR Nº 14118
 Presidente

KBDV... João Pessoa PB, 19/07/13

Dr. Ronaldo Miguel Beserra
 Presidente do COREN-PB
 COREN-PB nº 67102

SCLN, Ed. 304, Bloco E, Lote 09 - Asa Norte - Brasília - DF
 CEP: 70.736-550 - Tel.: (61) 3329-5000
 Home Page: www.portalcofen.gov.br

200 613
 04/07/2013
 Cofen - Brasília



cofen
conselho federal de enfermagem

filial do conselho internacional de enfermagem - genebra

DECISÃO COFEN Nº 0093/2013

Homologa a DECISÃO COREN-PB Nº 27/2012, que "Dispõe sobre a instituição do Protocolo do(a) Enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, elaborado pelo Coren/PB, destinado a padronizar os procedimentos de enfermagem".

A Presidente do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen, em conjunto com a Segunda-Secretária da Autarquia, no uso de suas atribuições legais e regimentais conferidas na Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973 bem como no Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº. 421, de 15 de fevereiro de 2012;

CONSIDERANDO a DECISÃO COREN-PB Nº 27/2012, que "Dispõe sobre a instituição de Protocolo do(a) Enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba, elaborado pelo Coren/PB, destinado a padronizar os procedimentos de enfermagem";

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Cofen em sua 428ª Reunião Ordinária, o PARECER Nº 003/2013/COFEN/CTAS, bem como tudo mais que consta no Processo Administrativo Cofen nº 808/2012;

DECIDE:

Art. 1º Homologar a DECISÃO COREN-PB Nº 27/2012.

Art. 2º O Regional deverá dar publicidade à norma homologada no artigo anterior, observando-se os princípios estabelecidos em lei, encaminhando cópia da publicação ao Cofen.



cofen
conselho federal de enfermagem

2

Filial do Conselho Interprofissional de Enfermagem - Genebra

DECISÃO COFEN Nº 0093/2013:

Art. 3º Esta Decisão entra em vigor na data de sua assinatura.

Art. 4º Dê ciência e cumpra-se.

Brasília, 4 de julho de 2013.

MARCIA CRISTINA KREMPPEL
COREN-PR Nº 14118
Presidente

IRENE C. A. FERREIRA
COREN-SE Nº 71719
Segunda-Secretária

RSD/...



RELAÇÃO DAS SIGLAS UTILIZADAS

RELAÇÃO DAS SIGLAS UTILIZADAS

AA	Alcólicos Anônimos
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHCO	Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral
AIDPI	Atenção Integral as doenças Prevalentes da Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APGAR	Taxa de Avaliação do exame físico do RN
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade da Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
B2	Broncodilatador
BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
BEMFAM	Sociedade de Bem Estar Familiar
BK	Bacilo de Koch
Ca	Cálcio
CA	Câncer
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAT	Certificação de Acidente de Trabalho
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFZ	Clofazimina
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIUR	Crescimento Intrauterino Retardado
CME	Central de Material e Esterilização

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
Cp.	Comprimido
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
DA	Doença de Alzheimer
DC	Dengue Clássico
DDS	Dapsona
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DLE	Decúbito Lateral esquerdo
DM	Diabetes melitus
DORT	Distúrbio Ortomolecular Relacionado ao Trabalho
DOTS	
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPP	Data Provável do Parto
DRC	Doença Renal Crônica
DS	Distrito Sanitário
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Dt	Difteria, tétano
DTP	Difteria, Coqueluche, Tétano.
DUM	Data da Última Menstruação
Dx	Diagnóstico
E	Etambutol
EAS	Sumário de Urina
EB	Esquema Básico
ECG	Eletrocardiograma

EE	Esquema Específico
EHH	Episódio Hipotênico Hiporresponsivo
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FC	Frequência Cardíaca
FHD	Febre Hemorrágica da Dengue
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
FR	Fator de Risco
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
FTA-Abs ou MHATP	Teste Confirmatório da Sífilis
FUNAI	Fundação Nacional Indígena
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GJA	Glicemia de Jejum Alterada
gt.	Gota
H	Hora
H	Isoniazida
HÁ	Hipertensão Arterial
HANS	Hanseníase
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBP	Hipertrofia Benigna da Próstata
HCG	Hormônio Coriônico Godotrofinico
HDL	Fração de colesterol-bom
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HPV	Papiloma Vírus Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IgG	Imunoglobulina Humana
IgM	Anticorpo
IM	Intramuscular
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISG	Intolerância à Sobrecarga de Glicose
K	Potássio
Kg	Kilograma de peso
L	Levofloxacina
LDL	Fração de Colesterol- ruim
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LSN	Limite Superior Normal
MB	Multibacilar
MG	Miligrama
min.	Minuto
MI	Mililitro
MMA	Ministério do Meio Ambiente
mmHg	Milímetro de Mercúrio
MMII	Membros Inferiores
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NANDA	Classificação de Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAISM	Programa de assistência Integral à Saúde da Mulher
PB	Paraíba
PB	Paucibacilar
PC	Perímetro Cefálico
PCID	Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase
PL	Prova do Laço
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPN	Programa Nacional de Saúde Integral da População Negra
POP	Protocolo Operacional Padrão
PPD	Proteína Purificada Derivada/Teste Tuberculínico
PQT	Poliquimioterápico
PT	Perímetro Torácico
R	Rifampicina
RFM	Rifampicina
RN	Recém Nascido
RR	Reação Reversa
Rx	Raio X
S	Streptomicina
s/n	Se necessário
SAT	Soro Antitetânico
SC	Subcutânea

SCD	Síndrome do Choque da Dengue
SINAN	Sistema Nacional de Agravos e Notificação
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Terizidona
T3	Triiodotironina, Hormônio da Tireoide.
T4	Tiroxina, Hormônio da Tireoide.
Tb	Tuberculose
TC	Terapia Comunitária
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TGO	Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP	Alanina Aminotransferase
TODO	Tratamento Diretamente Observado
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
TRO	Terapia de Reidratação Oral
TS	Teste de Sensibilidade
TSH	Hormônio Estimulante da Tireoide
TVP	Trombose Venosa Profunda
Tx	Tratamento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UI	Unidade Internacional
UPP	Úlcera por pressão
USF	Unidade de Saúde da Família

USG	Ultrassonografia
VDRL	Teste para Sífilis
VLDL	Fração de Colesterol/ Lipoproteína de baixa densidade
VO	Via Oral
X	Veza
Z	Pirazinamida