

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Região Metropolitana II

Gestão 2015/2017

Diretoria

Presidente: Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Vice Presidente: Thiago de Freitas França

1º Tesoureiro: Paulo Murilo de Paiva

2º Tesoureiro: Maria da Glória do Desterro Costa

1º Secretária: Ana Teresa Ferreira de Souza

2º Secretária: Danielle Bessler

Conselheiros Efetivos

Adriana Miranda da Silva	Coren-RJ 490.781-TE
Ana Teresa Ferreira de Souza	Coren-RJ 52.304-ENF
Danielle Bessler	Coren-RJ 158.147-ENF
Eliane Soares de Araújo	Coren-RJ 715.869-TE
Evandro Cruz Gomes	Coren-RJ 743.169-AE
Glauber José de Oliveira Amâncio	Coren-RJ 296.606-ENF
Iraci do Carmo de França	Coren-RJ 25.752-ENF
José Américo da Silva Ribeiro	Coren-RJ 42.655-TE
Lilian Prates Belem Behring	Coren-RJ 70.540-ENF
Lúcia Helena Silva Correa Lourenço	Coren-RJ 31.780-ENF
Maria Antonieta Rubio Tyrrell	Coren-RJ 9.719-ENF
Maria da Gloria do Desterro Costa	Coren-RJ 48.374-AE
Paulo Murilo de Paiva	Coren-RJ 64.694-AE
Regina Célia Carvalho Veras	Coren-RJ 56.653-ENF
Rosângela da Silva Santos	Coren-RJ 10.415-ENF
Rosimere Maria da Silva	Coren-RJ 29.019-TE
Shirley da Conceição Sizenando	Coren-RJ 39.005-TE
Tereza Cristina Marcelino Soares	Coren-RJ 96.913-ENF
Thiago de Freitas França	Coren-RJ 159.207-ENF
Wilma Gonçalves do Nascimento	Coren-RJ 29.148-ENF
Zuleida Vidal de Andrade	Coren-RJ 15.565-ENF

Conselheiros Suplentes

Adriana dos Santos Silva	Coren-RJ 352.045-AE
Ana Maria da Silva Soares	Coren-RJ 70.510-ENF
Brainer Augusto Alves da Rocha	Coren-RJ 687.973-AE
Camila Fernandes Cardôso	Coren-RJ 274.750-ENF
Carlos Roberto Lyra da Silva	Coren-RJ 102.114-ENF
Cintia Maria da Silva Santos	Coren-RJ 347.317-TE
Fabricio de Souza Oliveira	Coren-RJ 208.397-ENF
Itaeci Brum Ruas	Coren-RJ 74.492-ENF
Ivonete Aparecida Rodrigues Correa	Coren-RJ 190.173-AE
João Felipe Carvalho Santos	Coren-RJ 668.934-TE
Leila Kafa	Coren-RJ 33.517-ENF
Leonardo Machado Leal	Coren-RJ 348.685-TE
Luciano de Oliveira Pinheiro	Coren-RJ 198.460-TE
Marcelo Barbosa de Mendonça	Coren-RJ 57.121-TE
Miriam Cristina Ribeiro Benjamin Franco Pacheco	Coren-RJ 22.877- ENF
Olgúimar Cruz dos Santos	Coren-RJ 31.007-ENF
Paula Soares Brandão	Coren-RJ 103.354-ENF
Roberto José Leal	Coren-RJ 27.622-ENF
Tereza Cristina Abrahão Fernandes	Coren-RJ 57.717-ENF
Teresa Tonini	Coren-RJ 56.163-ENF
Valdecyr Herdy Alves	Coren-RJ 78.687-ENF

© 2016 Conselho Regional de Enfermagem do Rio Janeiro/ Governo do Rio de Janeiro.



Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ficha Catalográfica

Rio de Janeiro (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Governo. Secretaria Estadual de Saúde.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde - Região Metropolitana

II. Secretaria Estadual de Saúde. Rio de Janeiro: Governo, 2016.

270p.:Il.

1. Atenção à Saúde. 2. Promoção de Saúde. 3. Protocolos de Enfermagem.

Prefácio

A organização da Atenção Primária em Saúde em todo o território fluminense, e a melhoria contínua na qualidade da atenção à saúde da população, são desafios enfrentados por usuários, profissionais e gestores no cotidiano dos Serviços de Saúde do SUS. Na perspectiva de consolidar uma assistência mais resolutiva, livre de danos para os usuário, e segura aos profissionais de Enfermagem, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro em parceria com a Superintendência de Atenção Básica em Saúde coordenou a Elaboração dos Protocolos de Enfermagem para oferecer aos profissionais da na Atenção Primária em Saúde instrumentos que contribuam para a qualificação de suas práticas.

Todo o processo de construção do Protocolo de Enfermagem foi ancorado na metodologia problematizadora, envolvendo profissionais de enfermagem da gestão e dos serviços, conduzido de forma coletiva e pactuada, transformando-se num processo de qualificação de todos.

O Grupo de trabalho foi composto por profissionais de Enfermagem das Coordenações da Atenção Primária dos municípios envolvidos, com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Primária, dos membros das Comissões Intergestoras Regionais e suas Câmaras Técnicas, dos profissionais de Enfermagem integrantes das Equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Universidades e do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro.

Entregamos este protocolo realizado por várias mãos, considerando os saberes produzidos nas oficinas realizadas pelo COREN-RJ nos municípios envolvidos a troca de experiências entre os profissionais de diferentes municípios permearam todo o processo de discussão e elaboração deste Protocolo.

Entendemos que este documento irá contribuir na organização da assistência de saúde, respaldando o exercício legal da Enfermagem, com incentivo ao debate e a atualização dos Protocolos, incorporando saberes e tecnologias adequadas para o cuidado da saúde dos cidadãos da Região Metropolitana II, na busca permanente do aperfeiçoamento dos nossos profissionais.

Decisão



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

DECISÃO COREN/RJ N.º 146/2016

Aprovar o Protocolo de Atenção Básica da Região Metropolitana 2 (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá);

O Plenário do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – Coren/RJ, no uso de suas atribuições legais e regimentais, e,

CONSIDERANDO:

- a) O disposto na Lei 7498 de 25 de junho de 1986, principalmente em seu artigo 11, inciso I, alíneas “c” e “i”, inciso II, alínea “c” bem como o disposto no Decreto nº 9406 de 08 de junho de 1987, principalmente no artigo 8º, inciso II, alínea “c”, que arrolam ao enfermeiro, como membro integrante da equipe de saúde, a competência para “prescrição de medicamentos, estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde”;
- b) O disposto nos artigos 5º, 12º, 13º, 26º, 30º, 31º, 36º e 38º da Resolução COFEN 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- c) O disposto na Resolução COFEN nº 195/1997, que reconhece o enfermeiro como integrante da equipe de saúde e a possibilidade de solicitar exames de rotina e complementares quando em exercício de suas atividades profissionais, sem prejuízo de suas responsabilidades integral pelos atos praticados;
- d) O disposto na Resolução COFEN nº 159/1993, que institui a obrigatoriedade da consulta de enfermagem no desenvolvimento da assistência de enfermagem;
- e) O disposto na Resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da assistência de Enfermagem e a implantação do processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

SEDE: Av. Presidente Vargas, 502 - 4º, 5º, 6º e 9º andares - Centro - RJ - CEP.: 20071-000
Tel/fax: (0xx21) 3232-8730 - 2516-1353 - 2253-4814. Site: www.coren-rj.org.br
Subseções: Cabo Frio (0xx24) 2645-2652 - Campos: (XX22) 2726-0053 - Niterói: (0xx21) 2719-7377
Campo Grande: (0xx21) 2415-3813 - Nova Iguaçu: (0xx21) 2668-3771 - Nova Friburgo: (0xx22) 2521-1566
Petrópolis: (0xx24) 2237-0921 - Volta Redonda (0xx24) 3342-7210



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

- f) O disposto da Portaria do Ministério da Saúde nº95 de 26 de janeiro de 2001 que trata da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
- g) a lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.
- h) o decreto 7508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei 8080/90.
- i) o disposto na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.625 de 10 de julho de 2007 que altera atribuições dos profissionais das Equipes da Saúde da Família – ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.
- j) A Portaria do Ministério da Saúde nº 2488 de 21 de Outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e com as recomendações e Protocolos do Ministério da Saúde.
- k) Os cadernos de Atenção Básica do departamento de Atenção Básica – Brasília Ministério da Saúde 2011, conforme parágrafo único do Artigo 1º da Portaria de nº 2488.
- l) A necessidade de avaliar a realidade de cada município ou localidade, podendo-se citar outras legislações (Federais, Estaduais e Municipais) ou protocolos já existentes que contribuam para o exercício do Enfermeiro nos programas de saúde pública;
- m) A Decisão COREN/RJ nº 1949/2014 de 17 de dezembro de 2014 em que aprova os Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro para os Municípios que compõem a Região Metropolitana 2 (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá).
- n) Tudo o que constar no PAD nº 753/2015.
- o) O deliberado na 482ª ROP ocorrida em 05/05/2016;
- p) O Parecer nº 01/2016 do PROGAE;

SEDE: Av. Presidente Vargas, 502 - 4º, 5º, 6º e 9º andares - Centro - RJ - CEP: 20071-000
Tel/fax: (0xx21) 3232-8730 - 2516-1353 - 2253-4814. Site: www.coren-rj.org.br
Subseções: Cabo Frio (0xx24) 2845-2662 - Campos: (0xx22) 2726-0063 - Niterói: (0xx21) 2719-7377
Campo Grande: (0xx21) 2415-3813 - Nova Iguaçu: (0xx21) 2668-3771 - Nova Friburgo: (0xx22) 2521-1596
Petrópolis: (0xx24) 2237-0921 - Volta Redonda (0xx24) 3342-7210



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Protocolo de Atenção Básica da Região Metropolitana 2 (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá), com as seguintes recomendações:

I- Disponibilizar aos profissionais de Enfermagem a consulta aos cadernos de Atenção Básica, que possuem atualizações em relação as linhas de cuidados;

II - Disponibilizar aos profissionais de Enfermagem a consulta aos Protocolos em cada Unidade Básica de Saúde Municipal;

III - A inclusão da Resolução 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência;

§1º O conhecimento prévio do código de ética da profissão resolução Cofen 311/2007, que confere responsabilidades, direitos e proibições aos profissionais de enfermagem é imprescindível para a atuação dos profissionais de enfermagem, para evitar a ocorrência de riscos para pessoas assistidas e problemas éticos futuros.

§ 2º A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é compromisso dos gestores da estratégia de saúde da família.

Art. 2º - Esta Decisão entra em vigor a partir da sua assinatura devendo ser publicada.

Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Presidente
Coren-RJ nº 9719

Rio de Janeiro, 06 de maio de 2016.

Ana Teresa Ferreira de Souza
Primeira Secretária
Coren-RJ nº 52.304

SEDE: Av. Presidente Vargas, 502 - 4º, 5º, 6º e 8º andares - Centro - RJ - CEP: 20071-000
Telefax: (0xx21) 3232-8730 - 2516-1353 - 2253-4814. Site: www.coren-rj.org.br
Subseções: Cabo Frio (0xx24) 2845-2882 - Campos: (0xx22) 2726-0053 - Niterói: (0xx21) 2719-7377
Campo Grande: (0xx21) 2415-3813 - Nova Iguaçu: (0xx21) 2668-3771 - Nova Friburgo: (0xx22) 2521-1598
Petrópolis: (0xx24) 2237-0921 - Volta Redonda (0xx24) 3342-7210

ORGANIZAÇÃO

Projeto de Apoio à Gestão e Assistência de Enfermagem – PROGAE/ COREN/RJ
Superintendência da Atenção Básica da Secretaria do Estado do Rio de Janeiro- SAB/SES

COMISSÃO ORGANIZADORA

Márcia Cristina Cid Araújo - COREN RJ

Renata Moraes- Apoiadora Regional da Metropolitana II e Baixada Litorânea/ SAB/SAS/SES

Bianca Moraes Assucena - Apoiadora Regional Metropolitana I e Baía da Ilha Grande/
SAB/SAS/SES

Karen Barbosa Couto Pereira- Apoiadora Regional Metropolitana I e Baía da Ilha Grande/
SAB/SAS/SES.

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Daiana Oliveira do S. Teixeira- Enfermeira da Estratégia Saúde da Família/Mun. de Silva Jardim

Tereza Cristina Abrahão Fernandes - Secretária de Saúde do Município de Silva Jardim

Kenny A. Gomes- Silva Jardim - Superintendente de Atenção de Básica -Silva Jardim e
Especialista em Gestão na Linha de Cuidados

Adriano Oliveira Macedo- Coordenador do Programa de Saúde do Adolescente e do Homem
- Silva Jardim e Especialista em Enfermagem do Trabalho

Ludimila Mendes Moraes- Enfermeira da Estratégia Saúde da Família - Rio Bonito e
Especialista em Estratégia Saúde da Família

Renata Solano C. Melo- Coordenadora da Educação Permanente - Rio Bonito e Especialista
em Saúde Pública e Estratégia Saúde da Família

Claudia Andrade- Apoio da Coordenação da ESF - Rio Bonito e Especialista em Saúde Pública
e Estratégia Saúde da Família

Jamilla R. A. Pereira- Enfermeira da Estratégia Saúde da Família-Rio Bonito

Rosângela Ribeiro Souza- Coordenadora do Programa de Hiperdia de Tanguá

Luana Duarte Rodrigues- Coordenadora da Estratégia Saúde da Família- Maricá

Maria Auxiliadora Rodrigues Almeida- Mun. de São Gonçalo

EQUIPE DO PROGAE/COREN-RJ

Tereza Cristina Abrahão Fernandes - Conselheira do Coren-RJ e coordenadora do projeto

Ivonete Aparecida Rodrigues Correa- - Conselheira do Coren-RJ

Ana Carolina Mendes S. Benevenuto Maia - Assessora de Projetos Especiais



Gestão e Assistência em Enfermagem

Colaboradores

Sara Gonçalves
Dayanne Lucena
Michele Braga de Oliveira- Mun. de Silva Jardim
Dnajara Diniz - Mun. de Silva Jardim
Ruth Correia Silva - Mun. de Silva Jardim
Aluizio Garcia Pereira Junior- Mun. de Silva Jardim
Raphaela Silva Tavares Lacerda- Mun. de Niterói
Juliana Silva Santos- Mun. de Niterói
Erilis Evelyn I. Fernandes Veiga - Mun. de Niterói
Paula de Fátima M. Coaracy- Mun. de Niterói
Marilza C. Miranda - Mun. de Niterói
Caroline de Moura Melo- Mun. de Niterói
Viviane da Costa Melo - Mun. de Niterói
Francisco Araújo- Mun. de Niterói
Denise Miyuki Nakano - Mun. de Niterói
Vilma Carla Braga Cardoso Rocha- Mun. de Niterói
Maria Marcia de Jesus Santiago- Mun. de Niterói
Ana Rachel Ferreira Ribeiro - Mun. de Niterói
Ronald de Jesus- Mun. de Niterói
Viviane Alves de Sousa- Mun. de Itaboraí
Cristiane Feitosa- Mun. de Itaboraí
Thaísa de Jesus R. Chagas- Mun. de Itaboraí
Bianca Sydio Pereira- Mun. de Itaboraí
Lucia Helena Rodrigues- Mun. de Itaboraí
Bianca Sydio Pereira- Mun. de Itaboraí
Silvana P. do C. Lucas- Mun. de Tanguá

Marcia Cristina Carolina - Mun. de Tanguá
Ana Lucia R. Velazo - Mun. de Tanguá
Gleiciane Leal Ferreira- Mun. de Tanguá
Cintia Melo de Souza- Mun. de São Gonçalo-
Enfermeira Apoiadora NEP
Thatiana Vieira Mattos- Mun. de São Gonçalo-
Enfermeira Apoiadora NEP
Christiane Barcelos Monteiro- Mun. de São Gonçalo
Heivy Dutra do Couto de Oliveira- Mun. de São
Gonçalo
Christiane Quintarilha da Silva- Mun. de São Gonçalo
Dayanna de Oliveira Calado- Mun. de São Gonçalo
Monique Silva Ribeiro- Mun. de São Gonçalo
Karla Salles- Mun. de São Gonçalo
Jenniffer O. Azevedo Emídio - Mun. de São Gonçalo
Marcella de Moura Souza- Mun. de São Gonçalo
Denise Maria da Ajuda S.B. França- Mun. de São
Gonçalo
Rhiva Alves Amaral Borges- Mun. de São Gonçalo
Maria Inez de Oliveira- Mun. de Maricá
Vanessa Rusczy C. Viana- Mun. de Maricá
Leilma Trindade- Mun. de Maricá

REVISÃO TÉCNICA

Ana Teresa Ferreira de Souza. Primeira Secretária do COREN-RJ

Solange Maria de Lira. Área Técnica de Saúde do Idoso/SES

Leonor Maria da Silva Gomes. Área Técnica de Saúde do Idoso/SES

Leticia Fiorillo Bogado. Área Técnica de Saúde do Idoso/SES

Luigi D' Andrea. Área Técnica da Saúde do Homem da SAB/SES

Bianca Moraes Assucena. Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Apoiadora Regional Metropolitana I e Baía da Ilha Grande/ SAB/SAS/SES

Karen Barbosa Couto Pereira. Apoiadora Regional Metropolitana I e Baía da Ilha Grande/ SAB/SAS/SES.

Fátima Virgínia Siqueira de Menezes Silva Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem, Mestre em Educação Profissional e Apoiadora Institucional em Saúde Mental SMS/RIO

Márcia Cristina Cid Araújo- Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Pedagógica-COREN/RJ

Ricardo de Matos Russo Rafael. Doutor em Ciências (FCM/UERJ) Professor Pós Graduação (PPGSF/UNESA)

Renata Morais. Especialista e Gestão em Saúde Pública/UFF. Apoiadora Regional da Metropolitana II e Baixada Litorânea/ SAB/SAS/SES

Sumário

1. Introdução	10
2. Acolhimento na Atenção Primária	13
3. Saúde da Criança e do Adolescente	38
4. Saúde da Mulher	36
5. Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	57
6. Doenças Transmissíveis.....	68
7. Saúde do Homem	118
8. Saúde do Idoso	139.
9. Saúde Mental.....	169
10. Doenças Crônicas.....	189

Introdução

A Atenção Básica compreende o primeiro nível de atenção à saúde, que se articula sistematicamente aos demais níveis de maior especialização e densidade tecnológica, abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde apresentadas em um dado território.

Hoje o estado do Rio de Janeiro possui uma cobertura de Saúde da Família de 48,80 % com 2.367 Equipes de Saúde da Família distribuídas em 91 municípios. Importante dizer que para o cálculo deste indicador - “Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica”, considera que uma ESF ou uma equipe de Atenção Básica (ESF- equivalente) proporcionam a cobertura de atenção básica (AB) para, em média, 3.000 pessoas (Fonte: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, Ministério da Saúde, 2013).

O Estado do Rio de Janeiro é dividido em nove regiões de saúde com uma população de 16.231.365, entre elas estão as Regiões Metropolitana I e Metropolitana II, que compreendem 12.039.554 pessoas, aproximadamente 74% da população do Estado.

Os últimos anos têm sido marcados pelo maior acesso da população fluminense à atenção básica devido à expansão da Estratégia de Saúde da Família, com consequente aumento da proporção de população coberta pelo serviço. Hoje, a Região Metropolitana I conta com 1.061 ESF implantadas e a Região Metropolitana II, com 364 implantadas (2013, Tabnet/SES). Isso representa uma Cobertura de Atenção Básica destas representado por 45,42% e 69,73 %, nas referidas regiões. Sabe-se que ainda é necessário ampliar a cobertura de atenção Básica e de ESF, e avançar na qualificação dos profissionais, aumentando, assim, a resolutividade da Atenção Básica.

A crescente expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem exigido um protagonismo na ação dos profissionais de enfermagem, nesse sentido e visando consolidar e uniformizar as referências e ações pautadas nas Boas Práticas na Atenção Básica existentes no âmbito Nacional e Estadual foi fundamental desenvolver os Protocolos de Enfermagem das Regiões Metropolitanas I e II.

A proposta de construção do Protocolo de Enfermagem Regional iniciou-se por meio de uma parceria entre o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro e a Superintendência de Atenção Básica (SAB) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Rio de Janeiro proposto pelo COREN RJ no segundo semestre de 2013.

Acolhendo demandas e anseios dos profissionais de enfermagem, o COREN RJ através da Câmara Técnica de Gestão e Assistência de Enfermagem, criou uma metodologia para Elaboração de Protocolos e a partir dela desenvolvemos este trabalho de construção coletiva com nas Regiões Metropolitanas 1 e 2.

A Superintendência de Atenção Básica (SAB) é uma das superintendências que compõem a SAS e está organizada em áreas técnicas, assessorias das regiões de saúde e Coordenação do Apoio da Atenção Básica, sendo esta última a articuladora entre as Áreas Técnicas e as equipes de Apoio Institucional das regiões de saúde, promovendo a integração das ações estratégicas destes setores.

Todo o trabalho foi desenvolvido de forma pactuada com as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde dos Estados, envolvendo profissionais e gestores dos municípios integrantes das Regiões Metropolitanas 1 e 2, como componente estruturante do trabalho.

O protocolo é um instrumento normativo e de pactuação do processo de intervenção técnica, nas ações de saúde que orienta os profissionais na realização segura de suas atribuições e registros. Baseia-se nos conhecimentos técnicos científicos para a padronização de procedimentos visando à qualidade da atenção.

Considera em sua formulação os conhecimentos científicos necessários e presentes na formação do enfermeiro. As habilidades desenvolvidas pelos profissionais durante a sua formação, e propõe ações que estejam em consonância com a legislação do exercício profissional vigente, constituindo-se num norteador das ações do Enfermeiro, inclusive alertando quanto aos conteúdos teóricos e capacitação prática que o profissional deve apresentar.

Concebemos estes protocolos como uma proposta de *assistência de enfermagem* e, não somente o estabelecimento de procedimentos que possam ser executados ou prescritos pelo profissional de enfermagem.

Eles asseguram a atuação do profissional em consonância com a legislação do exercício profissional vigente, pautados na Lei do Exercício Profissional nº 7489/86 regulamentada pelo **Decreto 94.406** de 8 de junho de 1987, garante aos

Enfermeiros as funções privativas (artigo 11 § I), dentre elas: a consulta de enfermagem (alínea i), a prescrição da assistência de Enfermagem (alínea j) e, no §II, alínea c, como integrante da Equipe de Saúde – “*a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de Saúde*”.

No desenvolvimento da Assistência de Enfermagem, no âmbito da Consulta de Enfermagem devem-se contemplar as etapas de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, intervenções de enfermagem e avaliação baseada nas respostas humanas conforme as diretrizes da Resolução Cofen 358/2009 e com especial atenção à resolução Cofen 159/1993, que determina as etapas da consulta de enfermagem.

Ressaltamos que os profissionais da enfermagem não devem realizar ações para as quais não tenham o conhecimento técnico científico e a habilitação necessária. O conhecimento prévio do **Código de Ética da Profissão**, Resolução Cofen nº311/2007, que confere responsabilidades, direitos e proibições aos profissionais de enfermagem, é imprescindível para a atuação dos profissionais de Enfermagem, para evitar a ocorrência de riscos para as pessoas assistidas e problemas éticos futuros.

Como ressaltado no Protocolo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás 2010, a iniciativa de protocolar as atividades do Enfermeiro, é relevante por despertar no profissional o benefício em legalizar suas ações, proporciona o desenvolvimento de seu fazer com segurança o que, certamente, resultará em melhoria da qualidade a saúde da população.

1. Acolhimento na Atenção Primária

1.1. Introdução

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas solicitações e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Entende-se que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASÍLIA, 2004).

O acolhimento tem como diretriz, a caracterização de um processo dinâmico, contínuo, que integra ações, profissionais, serviços, ferramentas e tecnologias para o alcance do melhor nível de resolubilidade às necessidades das pessoas usuárias, envolvendo todas as etapas da produção do cuidado.

A triagem é caracterizada por uma ação pontual, focada no evento clínico (na queixa-clínica), limitando-se a divisão: quem não deverá ser atendido x quem deverá ser atendido. O foco está na doença, e, neste caso, a coordenação do cuidado, a vinculação e a responsabilização das equipes pelo acompanhamento contínuo do usuário nos diferentes momentos do processo saúde-doença-cuidado não se constitui como base do trabalho.

Outro aspecto importante relaciona o modo como a triagem foi incorporada no funcionamento dos serviços de saúde, em algumas realidades, não sendo incomum

critérios como: nº de vagas na agenda (definidos previamente) e ordem de chegada (independente da necessidade clínica) definirão o acesso do paciente ao serviço. É fato encontrar a triagem setorizada e realizada por funcionários administrativos.

Todo usuário que busca atendimento na Unidade de Atenção Primária sem estar agendado (programado), portanto, caracterizando demanda espontânea encaminhada de outro ponto de atenção ou por conta própria, deve ser atendido no mesmo dia e receber a resposta pertinente à sua necessidade.

Idosos, gestantes, crianças, portadores de necessidades especiais, outros usuários em situação de maior vulnerabilidade, sofrimento, e risco devem ser priorizados. Não é por ordem de chegada, e sim de necessidade.

A resolubilidade aqui está em ser escutado, avaliado, compreendido e atendido em sua necessidade, em receber uma resposta que, se não resulta na solução imediata, inicia o processo para tal alcance.

Como dispositivo clínico (clínica ampliada), busca garantir a equidade. Para tal, compreende avaliação baseada em critérios clínicos, incluindo, entre outros recursos, a avaliação do risco e da vulnerabilidade para a definição de prioridades. (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2012).

O atendimento humanizado preconiza uma melhor relação entre profissional da saúde e usuário, através do reconhecimento do paciente e sua subjetividade, respeitando suas crenças, valores e singularidade, vendo o outro como ser holístico e não fragmentado. Com isso o acolhimento se enquadra como uma das principais diretrizes para humanização dos serviços de saúde, uma vez que acolher significa estar perto, dar atenção demonstrar preocupação com o outro.

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco tem como objetivos, garantir acesso, e cuidado resolutivo; por meio da escuta qualificada e o atendimento humanizado, centrado na pessoa e na família; a realização da promoção da saúde em rede, integrando as RAS (Rede de Atenção à Saúde) para garantia do acesso e da continuidade do cuidado.

Toda Unidade de Atenção Primária deve ter o seu Plano de Acolhimento elaborado, discutido e validado por todos os trabalhadores da Unidade, com fluxos bem definidos, protocolos discutidos e validados pela Equipe

Recomenda-se que o Plano de Acolhimento pactuado entre a Equipe de Atenção Básica, seja discutido com os usuários vinculados à Unidade, para que

possam conhecer a proposta, compreender, esclarecer suas dúvidas, e agregar suas colaborações.

É fundamental que a Equipe esteja sensibilizada para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos e situações de discriminação promovendo inclusão e possibilitando ao usuário condições para a melhor utilização dos serviços disponíveis na Unidade de Saúde e em outros setores, grupos e instituições e neste sentido *“promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”* (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV).

Os usuários, seus familiares e/ou acompanhantes devem ser sempre avisados sobre o tempo de espera para qualquer consulta, procedimento ou exame. As condutas terapêuticas adotadas devem ser informadas, e todas as dúvidas dos usuários e de seus familiares e/ou acompanhantes devem ser esclarecidas, bem como as orientações pertinentes ao cuidado.

Os casos de urgência não podem ser dispensados sem avaliação médica o que não deve ser definido pela agenda do médico, e sim pela situação clínica. Não atender a esta orientação pode implicar em omissão de socorro.

O tempo médio de espera pelos serviços deve ser monitorado pela Equipe, e sempre adequado a sua necessidade.

1.2. Atribuições da Equipe de Enfermagem no Acolhimento

Enfermeiro:

Acolher e fazer a avaliação clínica,

Classificar o risco e vulnerabilidade (biológico, subjetivo e social) e a possibilidade de agravamento definindo prioridade,

Encaminhamento para consulta médica ou do cirurgião dentista ou para outra modalidade de cuidado.

Realiza a consulta de enfermagem segundo a pertinência do caso.

Técnico de Enfermagem:

Acolhe, realiza procedimentos, como aferição de sinais vitais, resolve dentro de sua área de competência e/ou prioriza o atendimento do enfermeiro ou médico ou participação em outra modalidade de cuidado.

No acolhimento deve-se potencializar o encontro com o usuário, e, uma vez que não se reduz ao evento agudo e a consulta médica como única possibilidade:

1. Orientar o usuário sobre o fluxo do atendimento;
2. Agendar consultas; visitas domiciliares; outras atividades;
3. Incluir em ações programáticas;
4. Informar e encaminhar para outros equipamentos da rede que envolvam ações intersetoriais, quando necessário.

Ainda que o processo circunscreva uma engrenagem na produção do cuidado, ele é e deve ser sustentado como um processo dinâmico, sendo de extrema importância compreender que, o fato de cada profissional ter sua capacidade resolutiva potencializada, não significa, em hipótese alguma, que este fluxo não possa comportar mudanças sensíveis ao contexto de cuidado, ou que cada profissional tenha o seu repertório reduzido. Traduz isto sim, uma organização que se mostra funcional, na medida em que não está centralizada na consulta médica, valorizando todas as práticas de cuidado e a capacidade resolutiva de todas as categorias profissionais, e da Equipe.

O que vai qualificar este processo é o trabalho em equipe; o conhecimento dos usuários; de seus projetos de cuidado, de suas necessidades, e a organização serviço e do processo de trabalho.

Este trabalho envolve tecnologias de alta complexidade e refinamento, e de baixa densidade. As tecnologias leves, relacionais, e mesmo as leves-duras que incluem os instrumentos de desenvolvimento e normatização do trabalho, todas constituem a base da gestão do cuidado.

1.3. Quem faz o acolhimento?

O acolhimento deve estar organizado de forma a possibilitar a participação de toda a equipe, e requer uma abordagem multiprofissional.

O fato de todos participarem, não dispensa a definição clara da atribuição de cada profissional, dentro de sua área de competência, no processo, e a integração de todos na produção do cuidado.

A Equipe Técnica deve ser referência para avaliar a necessidade de saúde do usuário através da escuta qualificada.

O acolhimento à demanda espontânea deve ser realizado por Equipe, nas Unidades onde não há a Estratégia de saúde da Família, recomenda-se a organização de uma escala por turno / dia dos Profissionais responsáveis pelo acolhimento à demanda espontânea, de modo que se constitua uma referência para os usuários, e se garanta o acolhimento durante todo o horário de funcionamento da Unidade. Não pode haver limitação de horários para o acolhimento à demanda espontânea.

1.4. Onde faz o acolhimento?

Sala de espera

Como trabalhamos hoje a sala de espera? Os usuários são acompanhados na espera? Recebem informações sobre o tempo de espera, profissionais, organização do atendimento? São reavaliados enquanto esperam ou recebem algum cuidado, se necessário?

Este espaço deve ser potencializado como área de atuação técnica.

Produzir novas formas de encontro entre profissionais e usuários constitui uma das principais razões do processo de humanização, transversal todos os momentos e do cuidado, e o momento da espera, seu uso criativo, pode favorecer novos encontros.

Os usuários devem ser informados e atualizados sobre todas as atividades oferecidas na Unidade e sobre os fluxos de atendimento.

A organização do Acolhimento pode ser trabalhada os usuários.

As intervenções de Educação em Saúde são aplicáveis, não somente pelo seu caráter de democratizar o saber e a informação, mas de construí-lo com os usuários.

Algumas ações e atividades do Programa de Práticas Integrativas podem ser desenvolvidas na gestão da espera, bem como ações preventivas e de promoção da saúde, individual e coletiva (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Nas salas, consultórios, não sendo recomendado restringir o acolhimento a uma única sala, sob pena de que seja reduzido a um setor, e não a uma tecnologia de cuidado, e mesmo a fim de que não concentre o fluxo, gerando fila e tempo de espera inadequada.

1.5. Eventos agudos

- Da avaliação e classificação de risco:

As situações identificadas como emergência constituem prioridade zero, ou seja, a Unidade de Saúde da Família deve realizar os primeiros cuidados, estabilizar o paciente, o profissional responsável pelo atendimento deve decidir sobre a transferência para outro nível de atenção.

Classificar risco implica observação e análise; Da Situação clínica do paciente; Da Queixa manifesta, sua forma e duração; Do histórico do paciente; Do uso de medicação ou outra substância; Dos sinais vitais; Do exame físico buscando sinais objetivos; Da glicemia e do eletrocardiograma, se houver necessidade.

- Roteiro básico para consulta de avaliação:

- QPD Queixa principal e duração;
- Antecedente mórbido e medicamentoso;
- Sinais vitais e exame físico sumário;
- Exames de Apoio (ECG, Glicemia, etc);
- Conduta: Classificação de Risco baseada em Protocolo.

- O Exame Físico Geral prevê avaliar:

Pressão Arterial, Pulso, FC, Temperatura, Respiração, Nível de Consciência, Pele, Mucosas e anexos, Ascite; Edemas; Avaliação Cardíaca, Respiratória.

Os Protocolos instrumentalizam a definição de prioridade clínica. Ao descrever a forma de apresentação de uma doença ou agravo e seus sinais de alerta permite classificar o nível de gravidade e de sofrimento do paciente, e diferenciar emergência de urgência em seus diferentes níveis.

As situações identificadas como urgência requerem: Realização da consulta e/ou procedimentos e/ou exames necessários, mantendo em observação - se pertinente -, programar o retorno do paciente.

As situações identificadas como não urgentes, em sua maioria, podem ser agendadas, compreendendo que, uma vez definida a necessidade de atendê-lo, deve-se procurar reduzir ao máximo o tempo de espera do usuário, respeitando as consultas agendadas e prioritárias.

ANEXOS

VERMELHO – EMERGÊNCIA

1. ANAFILAXIA.
2. DESCOMPENSACÃO DO DIABETES MELLITUS.
- 3- CRISE EPILÉTICA.
- 4- CEFALÉIA INTENSA:
 - 4.1- Tensional: Dor em aperto ou como (faixa em torno da cabeça).
 - 4.2- Migrânea ou Enxaqueca: Mais comum dor unilateral. Sintomas associados a náuseas, vômitos. Fotofobia e fonofobia.
- 5- DISPNEIA INTENSA:
 - 5.1- Pneumonia adquirida na comunidade;
 - 5.2- Asma. (BRASIL, 2011).

As situações acima mencionadas são referenciadas diretamente ao Serviço Atendimento Móvel de Urgência - SAMU ou Unidade de Pronto Atendimento – UPA, devido as Unidades Básicas serem, exclusivamente, para a promoção, prevenção e recuperação, porém não deixando de prestar serviços assistenciais ao indivíduo, avaliando os riscos e as vulnerabilidades conforme as orientações do caderno de Atenção Básica 28, volume II, pags.35 a 92.

AMARELO - MUITO URGENTE

1. DIARRÉIA:

OBSERVE	COLUNA A	COLUNA B
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo
Olhos	Normais	Fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes
Boca	Úmida ou ligeiramente	Seca ou com saliva

	Seca	Espessa
Sede	Bebe normal	Sedento, bebe Avidamente
Elasticidade da pele	Pele volta ao normal	Pele volta lentamente (menos de 02 segundos)
Fontanelas (p/Lactentes)	Normal ou pouco funda	Funda
Pulso	Cheio	Rápido, débil
Perfusão	Normal	Lenta
Diurese	Normal ou ligeiramente Diminuída	Diminuída
DECIDA (AVALIE)	NÃO TEM DESIDRATAÇÃO	TEM DESIDRATAÇÃO (02 OU MAIS SINAIS)

Fonte: Londrina, 2006

CONDUTA DE ENFERMAGEM A:

- Preparar e administrar o Soro de Reidratação Oral (SRO) até o paciente apresentar melhora do volume de diurese;
- Reavaliar a criança;
- Liberar paciente se mantiver estado de hidratação correspondente à coluna "A";
- Fornecer envelope de SRO e orientar o preparo e uso;
- Orientar aumento de oferta de líquidos e evitar alimentos laxantes;
- Orientar o responsável para que ofereça o soro conforme aceitação e após cada evacuação;
- Orientar noções de higiene;
- Orientar retorno em 24 horas para avaliação de enfermagem;
- Orientar retorno imediato ao serviço de saúde disponível em caso de aparecimento de qualquer um dos sinais de alerta e sintomas das colunas B e C;
- Comunicar equipe responsável pela área para visita domiciliar no dia seguinte.

Esquema para Reidratação Oral para Coluna A:

- Oferecer SRO: 50 a 70 ml/kg em 4 a 6 horas.
- Este volume deverá ser administrado respeitando a capacidade gástrica do paciente. Em RN 20 ml/kg/h e demais crianças 30 ml/kg/h.
- O volume/hora deverá ser dividido no decorrer dos 60 minutos, para que se mantenha a constância na reidratação.

CONDUTA DE ENFERMAGEM B:

- Consulta médica no dia;
- Preparar e administrar o Soro de Reidratação Oral (SRO) ou soro caseiro enquanto aguarda consulta ou remoção;
- Observar evolução do quadro (desidratação e temperatura) enquanto aguarda consulta ou remoção;
- Fornecer envelope de SRO (orientar preparo e uso) ou soro caseiro (ver orientações de preparo mais adiante).

Esquema para Reidratação Oral para Coluna B:

- Oferecer SRO: 50 a 70 ml/kg em 4 a 6 horas.
- Este volume deverá ser administrado respeitando a capacidade gástrica do paciente. Em RN 20 mL/kg/h e demais crianças 30 ml/kg/h.
- O volume/hora deverá ser dividido no decorrer dos 60 minutos, para que se mantenha a constância na reidratação.
- Orientar o responsável para que ofereça o soro conforme aceitação e após cada evacuação enquanto aguarda consulta médica no dia (na UBS ou em casa);
- Orientar aumento de oferta de líquidos e evitar alimentos laxantes;
- Orientar noções de higiene;
- Orientar retorno imediato ao serviço de saúde, antes do horário previsto da consulta em caso de aparecimento de sinais de alerta e sintomas da coluna B.
- Comunicar equipe responsável pela área para visita domiciliar no dia seguinte.

2. FEBRE EM CRIANÇA

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

- Orientar sinais de alerta, aumentar ingesta hídrica, orientar vestimentas leves,
- Orientar retorno conforme horário estabelecido p/ consulta.

- Orientar sinais de alerta, aumentar ingesta hídrica, orientar vestimentas leves, retorno em 24 horas;

* Seguir fluxograma em anexo.

VERDE - URGENTE

1. QUEIMADURAS DE 1º GRAU.

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

- Lavar com água corrente e sabão líquido*, hidratar o local com S. F. 0,9% e compressa de gaze estéril.

- Curativo conforme protocolo de instrução específica e profilaxia de tétano.

- Retorno diário para curativo e avaliação da evolução (se piora do quadro com aparecimento de secreção purulenta ou necrose: agendar consulta médica),

- Contraindicação: rompimento das bolhas, uso e de pó de café, creme dental, margarina e outras crendices populares.

*Observação: em queimaduras químicas essa lavagem deverá ser entre 10 a 20 minutos no mínimo, para remoção do produto químico residual.

2 – CEFALÉIA SEM SINTOMAS ASSOCIADOS:

CONDUTA DE ENFERMAGEM: Em Anexo

3 - DOENÇA PSIQUIÁTRICA – COMPORTAMENTAL

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Paciente que chega acordado:

• Falar com o paciente de maneira calma e firme, perguntando seu nome e o que aconteceu.

• Colocar o paciente sentado e explicar que ele está sendo atendido.

• Solicitar que o paciente respire de maneira profunda e lenta, explicando a importância da respiração adequada para diminuir os sintomas de formigamento e tontura.

• Medir PA, FR e P; comunicar alterações.

• Avaliar a permanência ou não de acompanhantes junto ao paciente. Em alguns casos, a importância que os acompanhantes dão aos sintomas pode exacerbá-los.

• Avaliar a necessidade de encaminhamento ao serviço de referência

Paciente que chega aparentemente desacordado:

- Ouvir com atenção a história contada pelos acompanhantes, certificando-se de que não haja situações de trauma físico ou de intoxicação exógena.
- Falar com o paciente de maneira calma e firme, perguntando seu nome e o que aconteceu.
- Solicitar que abra os olhos ou movimente os membros.
- Investigar permeabilidade de via aérea e mantê-la desobstruída, posicionando o paciente de maneira adequada.
- Avaliar a necessidade de encaminhamento ao serviço de referência

4- DOR DE GARGANTA

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

- Atendimento de enfermagem: dificuldade para deglutir, dor de ouvido, tosse, dor nas articulações (febre reumática), atentar para as doenças de notificação obrigatória (difteria),
- Fornecer antitérmico se tiver com febre (Paracetamol e/ou dipirona 500mg 1 comprimido via oral de 6/6hs ou SOS).
- Orientar retorno em 24 horas para avaliação de enfermagem,
- Dieta líquida, gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de cafezinho, rasa, de sal), chá de romã (vide módulo de fitoterápicos), orientar a escovação dos dentes e gengivas, evitar contato com o público e cigarros, fazer repouso da voz.

5- DOR DE OUVIDO

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

- Atendimento de enfermagem: pesquisar prurido, sensação de pressão, diminuição da acuidade auditiva,
- Compressa quente sobre o ouvido afetado, instilação nasal de soro fisiológico.
- Fornecer antitérmico (se febre, enquanto aguarda consulta médica), conforme rotina preconizada pela instituição.

- Orientar retorno em 24 horas para reavaliação, e sinais de alerta, limpeza externa de conduto auditivo, com pano ou toalha macia, evitando “cotonetes”, grampos, etc; evitar natação no período.

Observação: em lactentes a dor de ouvido pode ser causada por infecção ou obstrução na Trompa de Eustáquio que ocorre geralmente por obstrução nasal.

AZUL – NÃO É URGENTE.

1- DESMAIO

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

- arejar o ambiente ou transportar o usuário para local com boa ventilação,
- elevar os membros inferiores em caso de hipotensão,
- virar a cabeça do paciente para o lado evitando aspiração,
- afrouxar a roupa.
- sentá-lo por alguns minutos, após a recuperação da consciência,
- auxiliá-lo a manter-se em pé quando já estiver em condições de fazê-lo.
- evitar oferecer líquidos imediatamente após a recuperação dos sentidos,
- comunicar a equipe de PSF em caso de encaminhamento para outro serviço.

2- TONTURA:

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

- acomodá-lo em maca preferencialmente, mantendo posição horizontal para melhorar a irrigação dos órgãos vitais,
- sentá-lo em cadeira (se não houver maca), fazer pressão na nuca para baixo em direção aos joelhos, solicitando que ele force a cabeça para cima, por aproximadamente 3 vezes. Auxiliá-lo a manter-se em pé quando já estiver em condições de fazê-lo.
- evitar oferecer líquidos imediatamente após a recuperação dos sentidos.
- comunicar a equipe de PSF em caso de encaminhamento para outro serviço.
- Orientar para aumentar ingesta hídrica (exceto em pacientes cardiopatas e com insuficiência renal) nos dias de muito calor ou após exercício físico.
- Orientar agendamento de consulta em casos de novos episódios.

3-LESÕES DE PELE:

CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Alergia à picada de inseto	Bolhas e ou pápulas c/ secreção serosa, Presença de prurido com edema ou não, no local	Área exposta	Contato com lagartas, escorpiões, cobras, aranhas e história de reação alérgica anterior: consulta médica imediata. Observar quadro de reação alérgica dor, característica do edema, reação e evolução. Tratar com dexametasona creme nas lesões, de 2 a 3 vezes ao dia. Orientar retorno em 24 horas se não houver melhora.
Dermatite Seborreica	Vermelhidão, crostas ou descamação Sem presença de febre	Transição entre pele da face e couro cabeludo, sobrancelhas e asas do nariz	Orientar aplicação de óleo mineral p/ remoção das crostas; Retornar para reavaliação. Agendar consulta médica, conforme agenda na U.S., se não houver melhora.
Escabiose (Sarna)	Causada por ácaro, Doença contagiosa formando túneis na pele Prurido intenso e mais acentuado à noite, Pequenas pápulas, Crostas e secreções decorrentes de infecção secundária (impetigo)	Axilas, virilhas, regiões submamárias, abdômen, face interna da coxa, dorso das mãos, punhos.	Lavar roupas pessoais e de cama diariamente; secá-las ao sol, passar ao ferro e manter unhas curtas e limpas; Tratar a família (exceto gestantes, nutrízes e os menores de 2 anos) com Benzoato de benzila diluindo (meio a meio com água) após o banho, por três noites seguidas; retirar o produto pela manhã, evitar contato com mucosas e olhos e expor-se ao sol; Repetir após uma semana; Não manipular produto perto de chamas, Orientar suspender medicação e retornar ao serviço se: tonturas, cefaléia, fadiga e reações na pele; Menores de 2 anos, gestantes e nutrízes: encaminhar para consulta médica em até 48 horas; Orientar não ingestão de álcool 48 h antes e após uso;

Verificar esquema vacinal antitetânica.

Fonte: Londrina, 2006.

CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES			
LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Pediculose (Piolho)	<p>É transmitida de uma pessoa para outra por contato direto (bonés, lenços, lençóis, cabeça para cabeça.</p> <p>Prurido persistente na cabeça.</p>	Couro cabeludo	<p>Orientar umedecer os cabelos com chumaço de algodão embebido em solução de vinagre morno (meio a meio), retirar as lêndeas com pente fino;</p> <p>Orientar inspeção de das pessoas que convivem e tratá-las, se infestadas; (exceto gestantes, nutrízes e os menores de 2 anos – consulta médica agendada)</p> <p>Orientar Benzoato de benzila (meio a meio) e aplicar em couro cabeludo, por 1 hora, evitando contato com olhos e mucosas.</p> <p>Repetir após 1 semana</p> <p>Não manipular produto perto de chamas,</p> <p>Orientar suspender medicação e retornar ao serviço se: tonturas, cefaléia, fadiga e reações na pele.</p>
Piolho Pubiano (Chato)	<p>É transmitida de uma pessoa para outra por contato direto (roupas, roupas de cama e banho)</p> <p>São menores que os piolhos da cabeça</p>	Superfície corporal, cílios e sobrancelhas	<p>Orientar sobre o meio de transmissão;</p> <p>Trocar e lavar roupas de cama, banho, íntimas e de uso e passá-las a ferro diariamente;</p> <p>Orientar inspeção de todas pessoas que convivem e tratá-las, se infestadas;</p> <p>Shampoo com exa cloreto de gama benzeno a 1% Seguir orientações e contra indicações do uso;</p> <p>Não aplicar em cílios e sobrancelhas, nestes locais utilizar solução de vinagre morno.</p>

Carrapatos	Pruridos e lesões na pele. Complicações: doença infecciosa (Febre maculosa)	Qualquer parte do corpo	Orientar/retirar mecanicamente os parasitas da pele. (Em caso de infestação aplicar Benzoato de Benzila com chumaço de algodão sobre os parasitas, por 1 hora conforme orientações da medicação, roupas e contraindicações do quadro anterior; Destruir o parasita totalmente, queimando-o após a retirada evitando infestação do ambiente. Orientar a revista da residência e animais domésticos. Se presença de febre: consulta médica no dia.
-------------------	---	-------------------------	--

Fonte: Londrina, 2006.

CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES

LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Tunguíase (bicho de pé)	Prurido local, causado pela penetração da pulga. Pápula única ou múltipla c/ ponto negro central, dependendo do grau de infestação.	Mais comum nos pés, porém pode acometer qualquer local onde haja penetração da pulga.	Lavar o local c/ água e sabão, Retirar o parasita c/ agulha estéril, queimar o parasita evitando a disseminação dos ovos, Fazer curativo oclusivo, verificar esquema vacinal, Encaminhar p/ consulta médica se sinais de infecção, Orientar calçados fechados e manter-se longe de locais potencialmente infestados, Orientar limpeza do local infestado, principalmente onde haja animais. (porcos e outros)
Berne ou Miíase	Nódulo com abertura única, podendo ter mais de um próximo ou em locais diferentes do corpo, diferenciando-se da miíase que são várias larvas no mesmo orifício.	Qualquer local do corpo inclusive couro cabeludo e orifícios	Fazer curativo no orifício e verificar esquema vacinal. Fechar o orifício com esparadrapo duplo Orientar retorno de 6 a 24h para retirada mecânica; Comprimir a base do nódulo c/ os dedos c/ movimento de pinça concomitante à retirada do esparadrapo, forçando saída da larva, cuidando p/ não fragmentá-la; Em caso de fragmentação da larva ou sinais de infecção,

			agendar consulta médica nas 24 h.
Impetigo Bolhoso (piodermite com aspecto inicial de queimadura de cigarro)	Mais comum na infância, são vesículas ou bolhas s/ eritema ao redor, seu conteúdo seroso ou sero-purulento se rompe sendo fontes de disseminação, resultando em crostas amareladas. Complicações: glomerulonefrite, sepsis.	Em qualquer parte do corpo	Remoção e limpeza com água e sabão e banho com Permanganato de potássio 1cp/ 4L água 2 a 3x/dia; Orientar separar bucha de banho, sabonete, toalhas e roupas de cama; Verificar situação vacinal antitetânica; Observação: Se as lesões forem disseminadas passar por consulta médica no dia; Solicitar retorno a cada 24h para reavaliação. Em caso de piora do quadro agendar consulta médica no dia.
Impetigo não Bolhoso	Lesões eritematosas que evoluem p/ vesículas e pústulas, que se rompem formando áreas erosadas c/ crostas de coloração amarelada. Complicações: ulceração com crosta hemorrágica.	Face, braços, pernas e nádegas	Remoção e limpeza com água e sabão e banho com Permanganato de potássio 1cp/ 4L água 2 a 3x/dia; Orientar separar bucha de banho, sabonete, toalhas e roupas de cama; Verificar situação vacinal antitetânica; Observação: Se as lesões forem disseminadas passar por consulta médica no dia; Solicitar retorno a cada 24h p/ reavaliação. Em caso de piora do quadro agendar consulta médica no dia.
Impetigo folicular	Complicação de dermatose Pruriginosa (ex.: escabiose). Lesões com pústulas superficiais, centradas por um pêlo e rodeadas por um halo eritematoso. Complicações: podem evoluir p/ furunculose e glomerulonefrite (GNDA)	Qualquer região do corpo.	Remoção e limpeza com água e sabão e banho com Permanganato de potássio 1cp/ 4L água 2 a 3x/dia; Orientar separar bucha de banho, sabonete, toalhas e roupas de cama; Verificar situação vacinal antitetânica; Observação: Se as lesões forem disseminadas passar por consulta médica no dia; Solicitar retorno a cada 24h p/ reavaliação. Em caso de piora do quadro agendar consulta médica no dia.
Foliculite de barba	Lesão inicial é uma porofoliculite, com dor, prurido e calor local,	Face	Orientar suspender realização da barba, Remoção e limpeza com água e sabão e banho com Permanganato de potássio 1cp/ 4L água 2 a 3x/dia;

	Pápula-pústula folicular que se rompem formando crostas amareladas que aglutinam os pêlos, a qual descaracteriza a lesão. Complicações: GNDA		Orientar separar bucha de banho, sabonete, toalhas e roupas de cama; Verificar situação vacinal antitetânica; Observação: Se as lesões forem disseminadas passar por consulta médica no dia; Solicitar retorno a cada 24h p/ reavaliação. Em caso de piora do quadro agendar consulta médica no dia.
--	---	--	---

Fonte: Londrina, 2006

CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES

LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Furunculose	Foliculite profunda, que se inicia por uma parafo-liculite formando nódulo dolorido	Nuca, ombros, cintura, região inguinal e glútea. Extremamente dolorosos quando em narinas e conduto auditivo externo.	Orientar higiene local, calor úmido por 30 min. 6/6 horas Agendar consulta médica em 24 horas se múltiplos furúnculos ou um de grande extensão. Verificar esquema vacinal, Agendar consulta médica, se recidivas frequentes
Hordéolo (terçol)	Foliculite dos cílios, com edema devido à frouxidão do tecido palpebral, dor e rubor, c/ ou s/ pústulas.	Pálpebras	Orientar higiene local c/ água e sabão, Calor local úmido por, Agendar consulta médica no dia se extenso ou dentro da semana se quadro de repetição
Aftas	Ulcerações rasas, ovais ou redondas, delimitadas, geralmente cobertas por camada branco acinzentada e amarela, rodeadas por halo vermelho róseo. Pode ser causada por alimentos, febre ou stress	Cavidade oral, podendo ser isoladas ou múltiplas. Observação: Atentar para febre e nº de lesões (pode ser indício de estomatite aftosa)	Orientar que não precisa tratamento especial. Orientar evitar alimentos desencadeantes (cítricos e ácidos) e que causam dor (açúcares, cítricos e ácidos). Orientar bochecho c/ chá de camomila, gelado, sem açúcar. Agendar consulta médica, se houver muita dor, febre causada pela afta, lesões extensas ou persistência por mais dias.

Monilíase oral (fungo Cândida albicans)	Placas esbranquiçadas, circundadas por halo avermelhado; semelhantes a leite coalhado, com a diferença que não são removidas com facilidade.	Língua, mucosa labial, gengiva e mucosa das bochechas	Agendar a consulta médica dentro das 72h (no adulto pode caracterizar baixa imunidade); Investigar causas de baixa imunidade; Orientar higiene da cavidade oral com Bicarbonato de sódio (1 colherinha de café rasa) diluído em 1 copo de água fervida ou filtrada, para retirada do excesso das crostas, com gaze ou pano limpo, 3x/dia até a consulta. Orientar fervura dos bicos de mamadeiras, chupetas e talheres (para crianças maiores e adultos). Nistatina, fazer de 1 a 6 ml, 4 vezes ao dia.
--	--	---	---

Fonte: Londrina, 2006.

CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES

LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Herpes simples (vírus)	Vesículas em cacho evoluem para úlceras e após crostas; auto-limitada; recidivante; regressão espontânea; relação c/baixa imunidade; transmissão direta; Formigamento, ardência, prurido, dor surgem antes da erupção.	Lábios ou região vizinha como o nariz, queixo e face.	Explicar a forma de transmissão da doença (vesículas). Orientar o uso separado de copos, colheres, toalhas de rosto, enquanto durarem as vesículas. Investigar a causa provável da baixa resistência. Aplicação de gelo (envolvido em pano) para alívio local por 1 a 2 min intermitentes por 20 minutos. Nos casos de recidivas frequentes, encaminhar para avaliação médica agendada.
	Exantema máculo papular que	Em toda a superfície	Avaliar SV, estado

Varicela Catapora (Herpes Zoster)	evoluem rapida/e p/ pústula e para crostas de 3- 4 dias, febre moderada e prurido, em crianças é benigna e auto - limitada. Complicações: impetigo, erisipela, celulite, sepse, abscesso e endocardite	corpórea	geral, aspecto e evolução das lesões (estado geral debilitado: consulta médica no dia) Orientar banho c/ Permanganato de Potássio (1cp/ 4 L água 3x/dia). Retorno em 24horas p/ reavaliação. Orientar quanto à alta transmissibilidade (contato direto, secreções respiratórias e sec. vesiculares); Orientar cuidados: banho de chuveiro c/ água e sabão, Orientar uso exclusivo de toalhas, roupas, etc; Evitar ambientes aglomerados e fechados, e contato com gestantes; Retorno às aulas a partir do 7º dia
Erisipela (estreptodermia)	Caracteriza-se por uma placa eritematosa vermelha brilhante quente de bordas bem definidas, edema local, dor, calor e calafrios, pode originar faixas eritematosas no trajeto de vasos linfáticos. Complicações: obstrução linfática (elefantíase)	Geralmente em membros inferiores, face e abdômen, podem originar-se de fissuras infectadas, úlceras varicosas, intertrigo necrótico. Em mucosas é considerada forma gravíssima	Verificar esquema vacinal, Verificar se paciente é portador de D.Melitus ou erisipela em mucosas (agendar para consulta médica no dia); Agendar consulta em até 48horas.

Fonte: Londrina, 2006.

CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES

LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Dermatite de Fraldas	Lesões eritematosas exsudativas e eritemato- papulosas, descamativas nas áreas de contato com a fralda, causada por exposição prolongada à urina e fezes. Complicações: infecção – fungos (bem delimitadas, cor viva, com pequenas lesões	Região de contato com a fralda	Evitar uso de substâncias irritantes: pós, óleos, sabões; Troca frequente das fraldas ou retirada das mesmas até o desaparecimento da dermatite e banho de

	satélites) e bactérias.		sol; Orientar: fralda de pano de algodão não causa alergia; Higiene c/ água e sabão neutro após cada eliminação, Orientar lavar fraldas com sabão neutro, enxaguar abundantemente e último enxague c/ água e vinagre; Orientar uso de amido de milho após cada higiene, Reavaliar após cada 48h, Agendar consulta médica na UBS, se não houver melhora ou se sinais de infecção secundária Oxido de zinco + Nistatina, fazendo uma aplicação de camada leve em cada troca de fralda.
Intertrigo	Lesões avermelhadas que podem apresentar exsudato ou maceração da pele (odor forte)	Dobras da pele: costas, braços, pescoço e região auricular, sub mamária e dobra de abdômen	Higiene e secagem adequada do local, evitar tecidos sintéticos. Exposição ao sol no início da manhã Banho c/ permanganato de potássio: 1comp/ 4L água, 3 vezes ao dia.
Bálano Postite	Inflamação do prepúcio e glande	Prepúcio e glande	Banho c/ permanganato de potássio: 1comp/ 4L água, 3 vezes ao dia, Orientar higiene local e cuidado na retração do prepúcio retornando-o completamente sobre a glande.

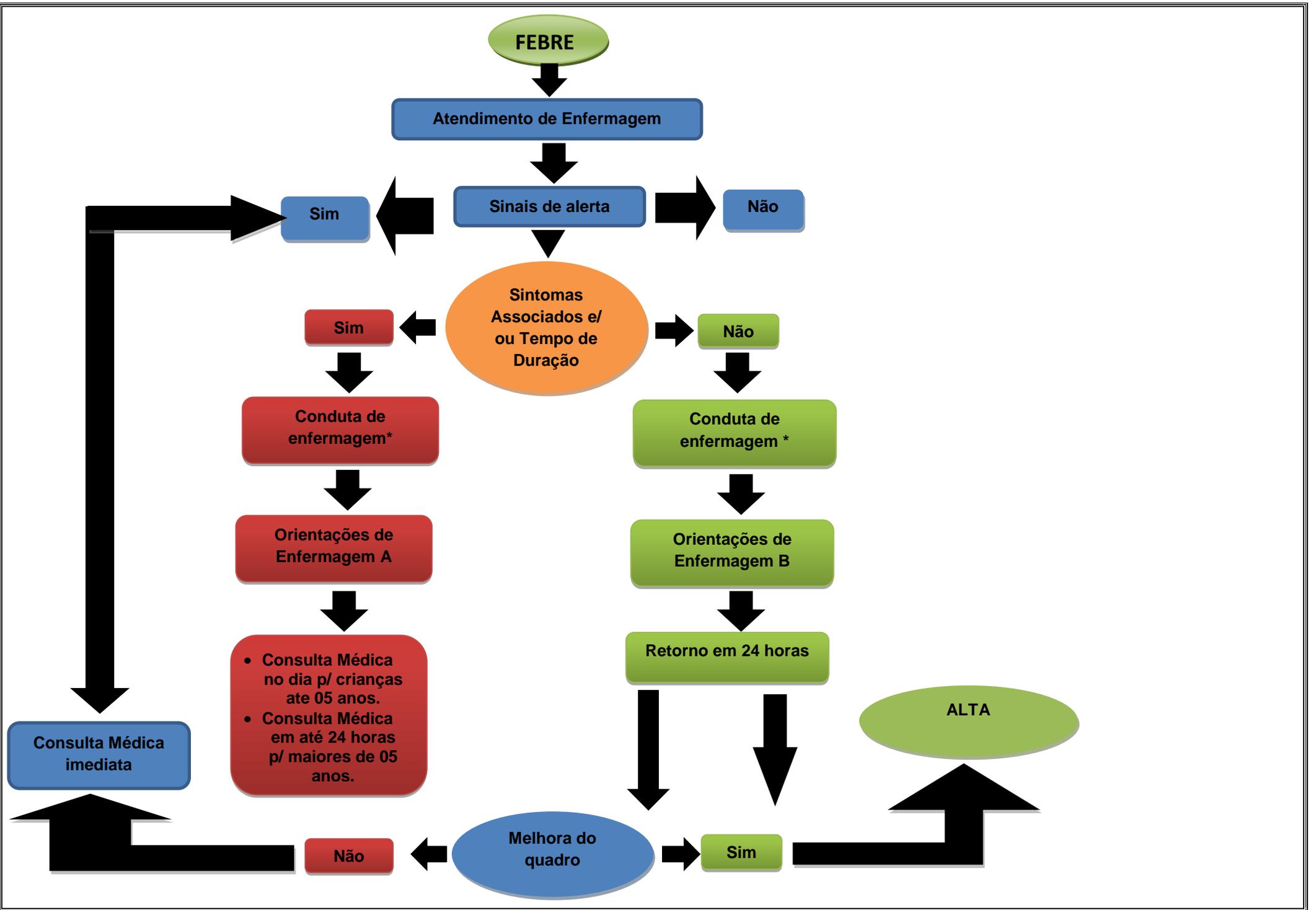
CONDUTA DE ENFERMAGEM NAS LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES

LESÕES	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZAÇÃO	CONDUTAS ORIENTAÇÕES E DE ENFERMAGEM
Tínea Interdigital (frieira ou pé de atleta)	Lesões esbranquiçadas, pruriginosas, maceradas, descamativas nos espaços interdigitais causada por excesso de umidade. Pode estar associada ao D.Mellitus. Complicações:	Espaços interdigitais dos pés e mãos	Orientar higiene diária, secar bem o local, em locais públicos evitar contato direto c/ o chão durante o banho; Orientar usar calçados abertos, toalha de banho de

	<p>- fissuras; - infecção secundária em pacientes com D.M.</p>		<p>uso exclusivo e meias de algodão; Exposição dos calçados ao sol; Pingar 1 gota de vinagre de maçã entre os dedos, diariamente a noite, deixando secar naturalmente; Fornecer e orientar banho com Permanganato de potássio (1 cp/ 2 L de água 3x/dia); Verificar história D.M. e orientar prevenção do Pé diabético, e vacinação Retorno em até 1 semana para reavaliação (se história de DM retornar em 3dias); Agendar consulta médica conforme agenda se não houve melhora do quadro (se DM consulta em 24 a 48h).</p>
--	--	--	--

Rachadura nos pés	Rachadura na região dos calcâneos por uso frequente de calçados abertos ou andar descalço	Calcâneos	<p>Orientar calçados fechados e meias de algodão, Lixar a região se houver espessamento da pele, durante ou logo após o banho. Usar hidratante ao deitar-se, friccionando o local até senti-lo aquecido. Verificar esquema de vacinação antitetânica. Verificar presença de micose interdigital ou de unhas. Verificar se o paciente é diabético: utilizar o protocolo de inspeção de pé diabético. Retorno em 1 semana p/ reavaliação c/ enfermagem. Consulta médica nos casos mais graves ou infecção.</p>
Onicomicose (micose da unha)	Causada por fungos, Destroem as unhas, provocando deformações	Unhas dos pés e mãos	<p>Orientar lixar superficialmente sobre as unhas e instilar 1 gota de álcool a 70% em cada unha, após lixá-las, preferencialmente antes de dormir, Orientar uso exclusivo da lixa e material completo de manicure; Agendar consulta médica conforme agenda.</p>

Fonte: Londrina, 2006



FEBRE

Atendimento de Enfermagem

Sinais de alerta

Sim

Não

Sintomas Associados e/ou Tempo de Duração

Sim

Não

Condução de enfermagem*

Condução de enfermagem *

Orientações de Enfermagem A

Orientações de Enfermagem B

- Consulta Médica no dia p/ crianças ate 05 anos.
- Consulta Médica em até 24 horas p/ maiores de 05 anos.

Retorno em 24 horas

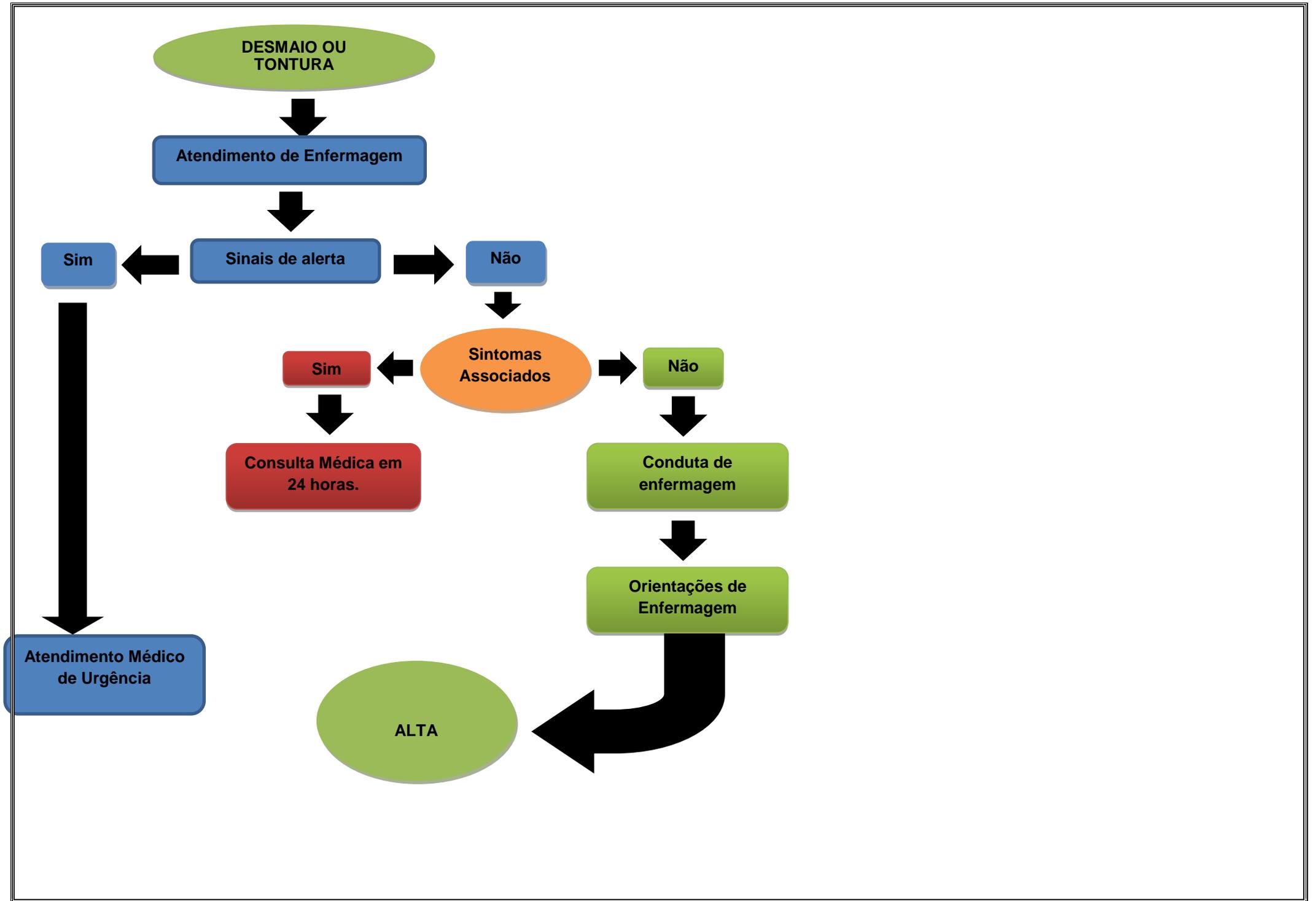
Consulta Médica imediata

ALTA

Melhora do quadro

Sim

Não



DESMAIO OU TONTURA

Atendimento de Enfermagem

Sim

Sinais de alerta

Não

Sim

Sintomas Associados

Não

Consulta Médica em 24 horas.

Conduta de enfermagem

Orientações de Enfermagem

Atendimento Médico de Urgência

ALTA

CEFALÉIA



Atendimento de Enfermagem



Sinais de alerta

Sim



Não



Consulta Médica imediata



Condução de enfermagem



Orientações de Enfermagem



Retorno em 24 horas



Melhora do Quadro

Não



Sim



Consulta Médica no Período

ALTA



Referencias Bibliográficas

1. SILVA R.P.V - *Construção de um Protocolo de Acolhimento para Unidade de Saúde da Família de Pingo D` água, Minas Gerais, 2011.*
2. HUMANIZA SUS: Política Nacional de Humanização: *a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.*
3. HUMANIZA SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: *um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.*
4. *Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.*
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica Acolhimento à Demanda Espontânea/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Caderno de atenção básica, n.28, Volume I e II)
6. *Avaliação e Assistência de Enfermagem: protocolo/. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 1. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2006.*

2. SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

1. Introdução

A enfermagem na atenção básica atua em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos de sua área de responsabilidade, visando à proteção, promoção, cuidado e recuperação da saúde.

Considerando a necessidade da instrumentalização para a enfermagem que atuam nas UBS com a Estratégia de Saúde da Família e garantindo que essa assistência ocorra conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde, fez-se necessária a elaboração deste protocolo com o objetivo de nortear condutas no âmbito da Atenção à Saúde da Criança.

Dessa forma, propomos a sistematização da assistência de enfermagem ao longo do ciclo vital do crescimento da criança e do desenvolvimento do Adolescente, partindo da readequação dos protocolos existentes, trabalhando com conceitos ampliados de indivíduo e família, buscando a integralidade na ampliação do mesmo que é complementar outras publicações relativas à Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.

2. Atendimento à criança

O atendimento à criança requer a sequencia de ações ou medidas preventivas direcionadas desde antes do nascimento até os cinco anos de idade, com o objetivo de evitar que ela adoça e também para promover um crescimento e desenvolvimento adequados para cada faixa etária.

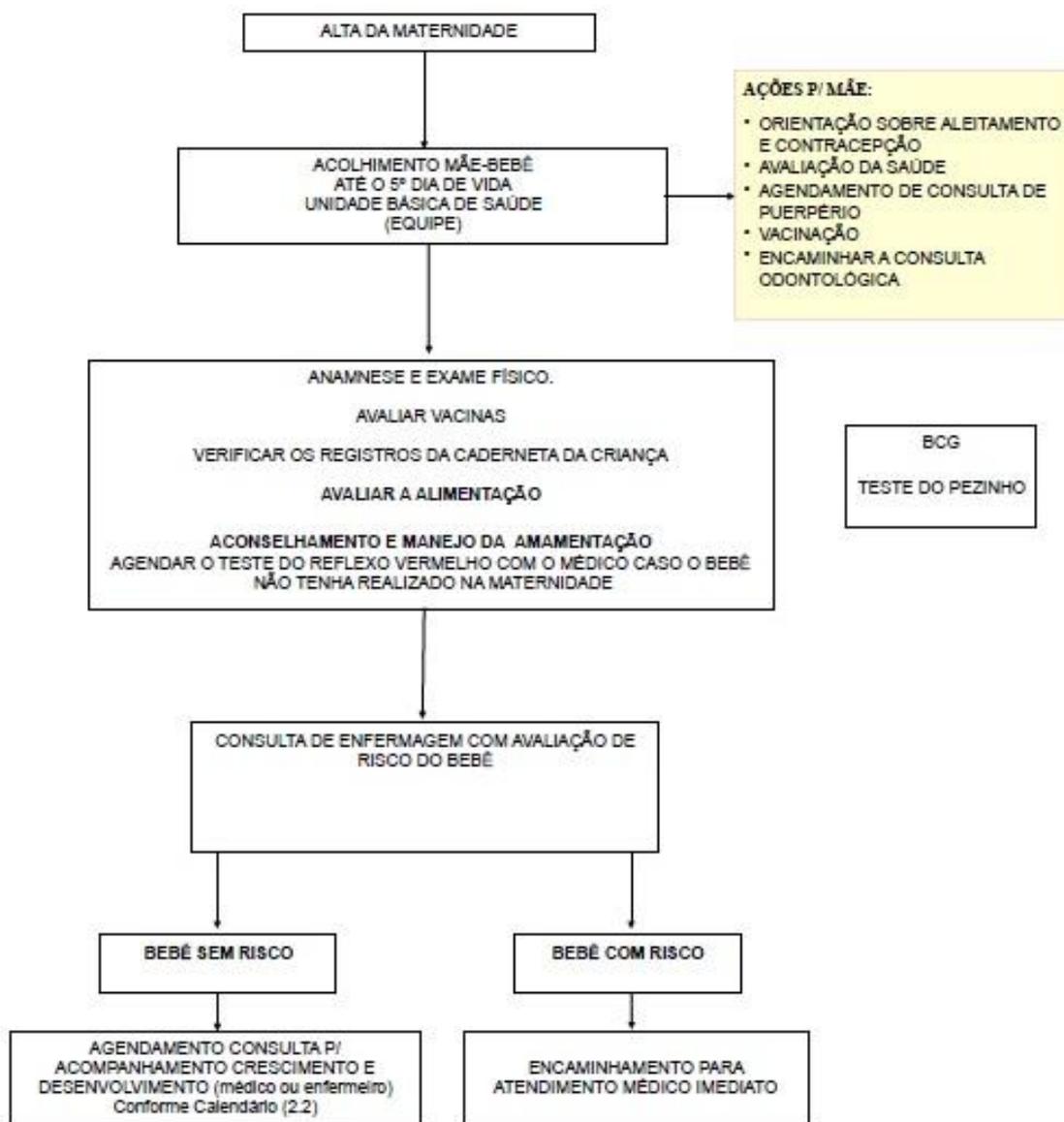
Com o conhecimento da clientela, viabilizada pelo ESF, é possível iniciar tal acompanhamento desde o pré- natal seguindo-se com ações individuais e coletivas a população infantil, de forma a intensificar o monitoramento junto às crianças que apresentam riscos.

2.1. Como fazer o seguimento da criança?

A puérpera e o recém-nascido (RN) deverão receber a visita domiciliar do enfermeiro logo que chegam ao domicílio, durante a primeira semana de vida, na qual são abordadas as orientações das técnicas corretas para o aleitamento adequado, cuidados com as mamas, com a episiorrafia, com curativos cirúrgicos, e sinais gerais de anormalidades; incentivo ao aleitamento

materno exclusivo e as peculiaridades do cuidado como RN tais como, cólica, choro excessivo, cuidados como o coto umbilical e higiene em geral.

Fluxograma do acolhimento à criança



FONTE: Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde.

2.2 Calendário de acompanhamento das crianças

- Realizar visita domiciliar nos primeiros 7 dias após a alta.
- Realizar no mínimo, 7 consultas individuais no 1º ano de vida, sendo 3 consultas médicas e 4 de enfermagem.

- Participar de grupos educativos, no mínimo por 4 vezes no primeiro ano de vida.
- Realizar no mínimo, 2 consultas individuais no segundo ano de vida.
- Realizar no mínimo, 1 consulta individual do terceiro ao quinto ano de vida.
- Realizar visitas domiciliares mensais até os cinco anos de vida.

IDADE	Calendário de consultas			Aleitamento Materno exclusivo	Teste do Pezinho	Reflexo Vermelho
	M	E	GE			
Chegada da maternidade	Visita Domiciliar					
5º dia	Acolhimento Mãe-bebê					(*)
< 15 dias						
30 dias						
2 meses						
3 meses						
4 meses						
5 meses						
6 meses						
7 meses						
8 meses						
9 meses						
10 meses						
11 meses						
12 meses						
15 meses						
18 meses						
2 anos						
2 anos e 6m						
3 anos						
3 anos e 6m						
4 anos						
4 anos e 6 m						
5 anos						
5 anos e 6 m						
5 anos						
5 anos e 6 m						
6 anos						
6 anos e 6 m						
7 anos						
7 anos e 6 m						
8 anos						
8 anos e 6 m						
9 anos						
9 anos e 6 m						
10 anos						

FONTE: Ministério da Saúde, 2004.

3. Antecedentes pré-neonatais

- A mãe fez pré-natal?
- Ficou doente durante a gravidez?
- Fez algum tratamento ou seguimento?
- Usou drogas (lícitas e ilícitas), investigar HIV.
- Quantos filhos ela já teve?
- Quantos vivem?
- Quantos morreram?
- Quais as causas dos óbitos?
- A criança foi desejada?
- A mãe teve problemas psiquiátricos anteriores?
- Peso ao nascer (se > de 2.500g, se foi termo ou não, etc.)
- Tipo de parto (normal, fórceps ou cesárea “emergencial”por mecônio, interrogar o motivo do tipo de parto).

3.1 Intercorrências no nascimento

• Interrogar se o RN teve alta com a mãe, se não, por qual motivo ficou (“tomou soro”ou oxigênio, ou fototerapia);tais informações podem indicar possíveis anóxias, hipoglicemia, hipocalcemia, infecções, icterícia, etc. e indicativo da necessidade de monitoramento da evolução da criança.

• Registrar quem é o informante da consulta (a mãe, pai, avó, babá, etc) e quem cuida da criança.quem cuidará dela após o término da licença maternidade (creche, avó, babá, etc.).

• Aproveitar todas as oportunidades para investigar sinais indicativos de maus tratos (equimoses, hematomas, pequenos traumas.)

• Orientar a prevenção de acidentes em cada faixa etária: queda da cama ou berço, irmãos maiores, risco de sufocamento com mamadeiras, andadores, carrinhos, envenenamentos, etc.

3.2. Captação do recém-nascido

É importante que os municípios construam mecanismos de comunicação entre a Maternidade e as Unidades Básicas de Saúde a fim de possibilitar o

atendimento mais precoce possível do recém-nascido. Ressaltamos que o preenchimento adequado da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e agilização no seu envio à UBS são procedimentos de extrema importância para a identificação das situações de risco.

Uma vez no domicílio, a puérpera e o recém-nascido devem receber a visita do Enfermeiro nas primeiras 24 horas após a alta, com o objetivo de:

- Verificar condições gerais da criança e da mãe;
- Estimular o aleitamento materno;
- Avaliar as condições de higiene;
- Verificar se há sinais de infecção no umbigo;
- Avaliar a existência de situações de risco;
- Encaminhar para as Ações do 5º dia;
- Orientar a mãe sobre a consulta do puerpério;
- Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento da

saúde da criança.

No caso de alguma dúvida ou frente a alguma alteração, o enfermeiro deverá encaminhar a mãe e a criança para a UBS ou serviço especializado. (MINAS GERAIS – 2005)

4. Como classificar o risco do RN

- Criança residente em área de risco;
- Baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g);
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais);
- Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto;
- Internações/intercorrências;
- Mãe com menos de 18 anos de idade;
- Mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo);
- História familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade.

Outras situações reconhecidas de vulnerabilidade: aleitamento materno ausente ou não exclusivo, gestação gemelar, malformação congênita, mais do que três filhos morando juntos, ausência de pré-natal, problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança, problemas específicos da

criança que interfiram na sua saúde, não realização de vacinas, identificação de atraso no desenvolvimento e suspeita ou evidência de violência.

Entre as situações familiares consideradas de vulnerabilidade, encontram-se as seguintes:

gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez, separações e lutos na família, mãe em situação de sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, pais com dificuldades de assumir a parentalidade (tornar-se pai e tornar-se mãe) e famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas). (Ministério da Saúde, 2012)

4.1 - Captação de lactentes e pré-escolares

Todas as crianças da área de abrangência da UBS devem estar cadastradas e incluídas no programa de acompanhamento. Novos moradores devem ser visitados pelo ACS o mais rápido possível. Quaisquer outras oportunidades de captação devem ser aproveitadas, programando o acompanhamento.

4.2 - Busca de faltosos

As famílias das crianças faltosas às atividades programadas deverão ser visitadas pelo ACS para identificação dos motivos da sua ausência e orientação aos familiares.

As consultas perdidas deverão ser agendadas novamente.

Em caso de internação da criança, a equipe deverá entrar em contato com o hospital para informações e, assim, programar uma consulta imediatamente após a alta.

Quando as crianças em situações de risco não comparecerem a qualquer atividade pré-agendada na UBS, as famílias deverão ser contatadas com urgência.

5. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança. Toda criança deve receber a

“Caderneta de Saúde da Criança” (CSC - MS), de preferência ainda na maternidade. Implantada desde 2005, é o documento onde são registrados os dados de identificação da criança, da história obstétrica e neonatal, da alimentação, do crescimento e desenvolvimento, da saúde bucal, auditiva e visual, as vacinações, além do registro das intercorrências clínicas. Contém ainda orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos como acidentes e violência doméstica. Entregue às famílias na maternidade, deve acompanhar a criança sempre que esta for levada a qualquer serviço de saúde. O registro correto e completo das informações é requisito básico para vigilância e promoção da saúde infantil, além do diálogo com a família sobre as anotações realizadas possibilitar apropriação do sentido da puericultura, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância à saúde. As visitas domiciliares ou os atendimentos de saúde na UBS são oportunidades de entrar em contato com este cartão fazendo atualizações.

Essa ação envolve não apenas a realização do exame laboratorial para triagem neonatal, mas também a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento multidisciplinar especializado e o tratamento dos pacientes detectados, o que deve estar garantido e pactuado na rede de assistência local/regional, bem como a avaliação de cobertura, do funcionamento e resultados do programa.

A “Primeira Semana Saúde Integral” (PSSI) é uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). Estas ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Na “Primeira Semana Saúde Integral” todo recém-nascido deve ser acolhido na Unidade Básica de Saúde para checagem dos cuidados tanto para a mãe quanto para a criança, ressaltando-se a importância dessa abordagem na primeira semana de vida e primeiro mês, quando ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce. A equipe de cuidados deve estar atenta para ouvir a mãe ou seus familiares, evitando julgar o que por acaso esteja sendo feito de errado, devendo elogiar o que estiver sendo feito certo e sugerir formas de corrigir o errado, sem dar ordens. Avaliar e observar a mamada em todas as ocasiões de encontro com mãe e bebês e reforçar as orientações dadas no pré-natal ou maternidade, priorizando a importância do

aleitamento materno exclusivo por 6 meses e a complementação com os alimentos da família até os dois anos de idade ou mais.

5.1 Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família.

5.2 Tipos de aleitamento materno:

Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos,

Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais¹.

Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Pontos-chave do posicionamento adequado

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);

4. Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação:

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- Dor na amamentação; Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

Benefícios do aleitamento materno:

- Evita mortes infantis
- Evita diarreia
- Evita infecção respiratória
- Diminui o risco de alergias
- Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes
- Reduz a chance de obesidade
- Melhor nutrição
- Efeito positivo na inteligência
- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal
- Proteção contra câncer de mama
- Evita nova gravidez
- Menores custos financeiros
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho
- Melhor qualidade de vida

Quadro 1 – Esquema alimentar para crianças menores de dois anos que estão em aleitamento materno

Após completar 6 meses	Após completar 7 meses	Após completar 12 meses
<ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno sob livre demanda• 1 papa de frutas no meio da manhã• 1 papa salgada no final da manhã• 1 papa de frutas no meio da tarde	<ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno sob livre demanda• 1 papa de frutas no meio da manhã• 1 papa salgada no final da manhã• 1 papa de frutas no meio da tarde• 1 papa salgada no final da tarde	<ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno sob livre demanda• 1 refeição pela manhã (pão, fruta com aveia)• 1 fruta• 1 refeição básica da família no final da manhã• 1 fruta• 1 refeição básica da família no final da tarde

Fonte: www.saude.gov.br/nutricao

Além da fortificação das farinhas de trigo e de milho e das ações educativas, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que se destina à suplementação preventiva de todas as crianças de 6 a 18 meses com sulfato ferroso. Mais informações podem ser obtidas na publicação Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e no Caderno de Atenção Básica intitulado Carências de Micronutrientes.

Como o PNSF prevê, a introdução da alimentação complementar deve ser orientada de forma adequada, uma vez que ela tem papel importante no suprimento de ferro durante a infância. É indiscutível que o leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança previne anemia, apesar da sua baixa quantidade de ferro, pois a biodisponibilidade permite a absorção de 50% do ferro presente, enquanto a absorção do ferro do leite de vaca, que possui quantidades semelhantes, é de 10%. Para maiores informações consultar Caderno de Atenção Básica nº 23.

6. Vacinação

- A carteira deve ser verificada sempre, anotando se está em dia pela verificação direta ou “SIC” (segundo a informação do cuidador).
- Aproveitar qualquer vinda da criança à UBS para regularizar as vacinas (acolhimento, grupos, consultas médicas ou de enfermagem).

- Evitar atrasos por IVAS: desde que a criança esteja bem e afebril, deve ser vacinada.
- Questionar na VD de puerpério se foi colhido o PKU e T4 na maternidade.
- Se não foi colhido, encaminhar para a coleta o mais rápido possível e posteriormente, cobrar o resultado.
- As doenças preveníveis por este exame simples (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito) quase não deixam sequelas (atraso de DNPM) se diagnosticadas e tratadas precocemente.
- Atualmente, a anemia falciforme está sendo pesquisada também pelo “exame do pezinho”.

A Unidade de Saúde deve garantir o funcionamento da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população, acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, fazendo a busca ativa de faltosos. A continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos serviços de saúde possibilita ampliar a cobertura de vacinação, principalmente depois dos 5 anos de vida, quando a cobertura não tem sido atingida pela ação dos serviços de saúde.

VACINAS	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	9º mês	12º mês	15º mês	18º mês	4 anos	9/10 anos	15 anos
BCG	DOSE												
Hepatite B	DOSE	DOSE				DOSE							
Tríplice Bacteriana - DTPw ou DTPa		DOSE		DOSE		DOSE			REFORÇO		REFORÇO		DTPa ou DT
Hemófilos B		DOSE		DOSE		DOSE			REFORÇO		REFORÇO		
Polio - POV ou PIV		DOSE		DOSE		DOSE			REFORÇO		REFORÇO		
Rotavírus		2 ou 3 doses de acordo com o fabricante											
Pneumocócica conjugada		DOSE		DOSE		DOSE		REFORÇO					
Meningocócica conjugada			DOSE		DOSE			REFORÇO					
Influenza (gripe)													
Febre amarela							A partir dos 9 meses, de acordo com a necessidade						
Hepatite A						A partir dos 6 meses, 2 doses							
Tríplice viral - Sarampo, Caxumba e Rubéola						DOSE				DOSE			
Varicela						DOSE				REFORÇO			
HPV												3 doses após os 9 anos	

Fonte: <http://saudeinfantil.blog.br/>

As vacinas de vírus vivos atenuados ou bactérias atenuadas, não devem ser administradas:

- Em pessoas com imunodeficiência adquirida (HIV) ou congênitas;
- Em pacientes com neoplasias (câncer) malignas;
- Durante a gravidez, salvo alto risco de exposição, como febre amarela;

- Em indivíduos que estão em tratamento com corticosteroides em altas dosagens ou outras terapêuticas imunossupressoras, como quimioterapia, radioterapia etc.

6.1 Adiamento da vacinação

- Após tratamento com imunossupressores ou altas doses de corticosteroides até três meses após o tratamento;
- Após transfusões sanguíneas ou de hemoderivados, pois os anticorpos podem neutralizar o efeito vacinal. Deve-se aguardar de 6 a 8 semanas para reiniciar o esquema de vacinação;
- Em doença aguda febril grave, para que os sinais e sintomas da doença não sejam confundidos ou atribuídos com possíveis efeitos adversos da vacina.

6.2 Falsas contraindicações

- Tosse, coriza, diarréia leve ou moderada, doenças de pele;
- História e (ou) diagnósticos clínicos pregressos de hepatite B, tuberculose, tétano, difteria, coqueluche, sarampo, caxumba, rubéola, poliomielite e febre amarela em suas respectivas vacinas;
- Desnutrição;
- Uso de qualquer antimicrobiano;
- Vacinação contra a raiva;
- Doença neurológica progressa ou estável;
- Alergias (exceto as que se relacionam com os componentes vacinais);
- Em tratamentos curtos com corticosteroides, uso para manutenção fisiológica ou em doses baixas ou moderadas;
- Baixo peso ao nascimento (com exceção da BCG) ou prematuridade;
- Em casos de internação hospitalar.

7. Consulta de Enfermagem

7.1 Anamnese

Anamnese = recordação, reminiscência.

Identificação: Nome, idade, data de nascimento, sexo, (cor – raça – grupo étnico), naturalidade, procedência, religião, endereço, nome e idade dos pais, informante.

Consulta de acompanhamento. Se houver descrever segundo o relato do acompanhante ou do paciente. Identificando corretamente o tempo de evolução.

Interrogatório Sobre os Diferentes Aparelhos (ISDA) – mesmo que não haja uma queixa, deve ser realizado o interrogatório complementar.

Geral: febre, adinamia, apetite, perda de peso.

Pele: erupções, prurido, palidez.

7.2 Exame físico

- O exame físico deve ser sempre detalhado.
- Lembrar peculiaridades do RN.
- Estar atento para hipoatividade ou abatimento da criança, assim como irritabilidade ou choro excessivo.
- Sempre observar sinais de maus tratos, má higiene, abandono ou negligência.
- Deixar anotado no prontuário qualquer suspeita e tomar as providências que estiverem ao alcance da equipe.

Evolução do perímetro cefálico esperado:

Avalie o *comprimento* e o *perímetro cefálico* da criança. Avalie o *peso* em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou $> +2$ escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento.

Examine as *fontanelas*: a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.

Medidas normais do perímetro cefálico:

0,3 cm por mês No 2º ano de vida

0,5 cm por mês 5^o ao 12^o mês

1,5 cm por mês 3^o e 4^o meses de vida 2 cm por mês 1^o e 2^o mês de vida

Estado geral:

Avalie a *postura* normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o *padrão respiratório*: a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o *estado de vigília* do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de *desidratação* e/ou *hipoglicemia*: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia.

A *temperatura axilar* normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.

Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança a partir dos seguintes valores:

15 cm 1^o semestre

10 cm 2^o semestre

25 cm 1 ano

10 a 12 cm 2 anos

7 cm 3 e 4 anos

5 a 6 cm Até o início da puberdade

ATENÇÃO: OBSERVAR

- Perda de 10% do peso de nascimento até o 10^o dia de vida.
- Ganho de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida; e
- Triplicação do peso de nascimento até o 12^o mês de vida.
- A situação das medidas de peso e altura da criança, em relação à idade, comparadas aos percentis da curva padrão (NCHS), define as seguintes categorias para o peso:
 - Sobrepeso: Peso no percentil maior ou igual a 97 – Adequado: Peso entre os percentis 10 e 97

- Risco nutricional: Peso entre os percentis10 e 3
- Desnutrição: Peso menor que o percentil3
- Em relação à avaliação longitudinal, reflete a história da criança desde o nascimento até a avaliação atual. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos 3) e avalia-se o traçado como:
 - Ascendente: Satisfatório
 - Horizontal: Sinal de alerta
 - Descendente: Sinal de Perigo

Obs.: A verificação de peso deve ser feita na consulta de enfermagem e médica, no atendimento do auxiliar de enfermagem e em grupos de puericultura, garantindo-se sempre a retirada completa das roupas, fraldas e calçados.

Auscul ta cardíaca

Não há evidências contra ou a favor da auscul ta cardíaca e da palpação de pulsos em crianças. Os valores das frequências cardíaca e respiratória considerados normais podem ser observados a seguir.

Tabela 2 – Frequência cardíaca normal

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

Fonte: DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000, p. 43-45.

Tabela 3 – Frequência respiratória normal, segundo a OMS

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

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007, p. 31-50.

Interrogatório Sobre os Diferentes Aparelhos (ISDA) – mesmo que não haja uma queixa, deve ser realizado o interrogatório complementar.

Geral: febre, adinamia, apetite, perda de peso.

Pele: erupções, prurido, palidez.

8. Cuidados básicos para o acompanhamento da criança

Atendimento em saúde bucal

- Realizar ações de educação em saúde bucal.
 - Realizar atendimento clínico odontológico.
 - Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências.
 - Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário.
 - Orientar: alimentação e higiene.
 - Realizar os registros necessários.
-
- **Cabeça:** cefaléia, tonturas, trauma, conformação craniana, tumorações, observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
 - **Fontanelas:** a fontanela anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior (lâmbdia) mede 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.
 - **Olhos:** avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.
 - **Visão:** avaliar aspecto e simetria dos olhos, alinhamento pelo teste do reflexo vermelho, presença da visão através da observação de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz.
 - **Ouvidos:** observar a forma, alterações, implantação das orelhas.
 - **Acuidade auditiva:** observar pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro, em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente de 3 metros.
 - **Nariz:** verificar presença e aspecto de secreção. Inspeção e palpação,
 - Observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima.
 - Observar coloração da mucosa, condições de cornetos, calibres da via aérea e secreção.
 - **Boca e faringe:** iniciar pela inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias, gota pós-nasal e placa de secreção.

- **Pescoço:** inspeção e palpação dos gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.

- **Tórax:** observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.

- **Pulmão:** observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax.

Auscultar procurando alterações dos sons respiratórios e sua localização.

- **Coração:** verificar pulso apical, palpitações, cianose, cansaço aos esforços, dor precordial, síncope, sudorese, cansaço e interrupção frequente das atividades. Na história neonatal questionar a presença de cianose, taquidispnéia, se a criança permaneceu no hospital após a alta materna. Ausculta: frequência, intensidade, ritmo e qualidade deverão ser avaliados, procurando alterações e sua localização.

- **Abdômen:** observar alterações globais de forma e volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais, ventrais e diástases, hábito intestinal, regurgitação, vômitos, dor abdominal, diarreia.

- As hérnias costumam fechar espontaneamente até os dois anos de idade.

- Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção e hiperemia.

A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dia de vida.

- Realizar palpação geral, superficial e profunda, e também fígado e baço.

Observar presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede.

- Percussão: delimitar o tamanho do fígado.

- Ausculta: buscar sons intestinais em cada quadrante

- **Pele e mucosas:** observar elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN deve estar lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, e é visível após as primeiras 24 horas de vida e quando aparece antes disto, pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção do RN.

- **Genito-urinário:** dor, frequência urinária, urgência urinária, coloração da urina, presença de testículos na bolsa escrotal, corrimento vaginal, dor lombar, edema. Nos adolescentes: menarca, ciclo menstrual (intervalo, duração, quantidade, dismenorréia e sua graduação: ausente, fraca, moderada, forte,

mas não atrapalha atividades habituais, forte e atrapalha atividades habituais e/ou acompanhada de sintomas como vômitos, desmaios, etc.), crescimento mamas, presença de pêlos pubianos, sexualidade.

Meninos: observar presença de fimose e testículos na bolsa escrotal (criptorquidia), pesquisar reflexos cremastéricos, hidrocele, hipospadia ou epispadia.

Meninas: observar o hímen e presença de secreção vaginal pode ocorrer presença de secreção mucóide ou às vezes sanguinolenta nos primeiros dias de vida.

- **Extremidades:** observar deformidades, valgismo/varismo, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.

- Palpar pulsos radial, femoral e pedioso;

- Realizar manobra de Ortolani;

- Observar dedos extra-numéricos, baqueteamento digital, polidactilia;

- Examinar coluna vertebral em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvatura.

- Registrar presença de espinha bífida, tufos de pêlos e hipersensibilidade.

- **Exame neurológico:** observar os comportamentos das crianças comparados ao comportamento habitual e esperado para fase de desenvolvimento. Avaliar nível de consciência, atividade normal ou habitual, hipoativa ou com diminuição do padrão próprio de atividade.

- **Avaliação dos reflexos:** estão descritos a seguir alguns reflexos que podem ser avaliados, sendo necessária às vezes a procura de muitos outros durante a consulta de enfermagem, que podem ser encontrados através de pesquisa bibliográfica pelo profissional.

- **Reação de Moro:** utilizar estimulação de queda de cabeça ou som. Não usar estimulação intensa. A criança deve abrir e fechar os braços.

- **Preensão Palmar:** colocar o dedo do examinador na palma da mão da criança no nível do metacarpo falangiano. A criança responde com flexão de todos os dedos, flexão e adução do polegar, simultaneamente.

- **Reflexos de Sucção:** é provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia movimentos de sucção dos lábios e da língua. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada. Este reflexo está presente até os três meses de vida.

- **Reflexo Cutaneopalmar:** imobilize o membro inferior com a mão apoiada na porção média da perna, realizando pequenas e sucessivas excitações na borda externa do pé, na região inframaleolar. A resposta será de extensão do hálux (sem ser lenta ou majestosa), com ou sem abertura em leque dos dedos
- **Reflexo de Marcha:** em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, realizar o contato da planta dos pés com a superfície, a criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos. (SÃO PAULO, 2003).

9. Doenças mais acometidas em crianças

DOENÇAS	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO
ANEMIAS	<p>Dar apoio emocional e esclarecimento sobre a doença. Manter repouso relativo, evitar exercícios intensos.</p> <p>Observar aparecimento de hematomas e petéquias.</p> <p>Observar anorexia e estimular alimentação rica em proteínas e ferro.</p> <p>Orientar para não ingerir os alimentos ricos em ferro em conjunto como leite e derivados, mais sim, com alimentos ricos em vitamina C.</p> <p>Observar aspecto das eliminações para detectar sangramentos.</p> <p>Observar Sinais Vitais.</p> <p>Evitar lesões cutâneas e injeções I.M..</p> <p>Administrar medicamentos prescritos (pelo medico): Sulfato ferroso, Vitaminas B6/ou B12, Vitamina C.</p> <p>Administrar sangue nos casos de anemia profunda.</p>	<p>Sulfato Ferroso 25 mg/ml Fe (II) solução oral</p> <p>Tratamento na integra vide quadro a baixo.</p>
CANDIDÍASE ORAL E DERMATITE AMONIACAL	<p>Candidíase</p> <p>Orientações à mãe da criança sobre higienização da mucosa oral</p> <p>Encaminhamento ao pediatra</p> <p>Acompanhamento do caso</p>	<p>Nistatina 100.000 UI/ml solução oral</p> <p>Óxido de Zinco + Retinol + Colecalciferol pomada dermatológica (administrar no local afetado diariamente)</p>
FEBRE	<p>Controle rigoroso de temperatura.</p> <p>Aplicar compressas mornas (nunca fria devido ao risco de vasoconstrição súbita).</p>	<p>Paracetamol 100 ou 200 mg/ml solução oral (10 a 15 mg/kg/dose, com intervalos de 4-6 horas entre cada administração.)</p>

	Orientar, auxiliar e supervisionar a ingestão de líquidos (oferta de soro oral).	
NÁUSEAS E VÔMITOS	Orientar e supervisionar a aceitação da dieta. Observar e avaliar os sinais e sintomas de desidratação.	É importante se manter hidratado. Tente frequentemente a ingestão de pequenos volumes de líquidos claros, como as soluções de eletrólitos. Outros líquidos claros - como água, bebidas à base de gengibre ou sucos de frutas - também funcionam, a menos que o vômito seja intenso ou se trate de um bebê. Para bebês em aleitamento materno, o leite materno geralmente é o melhor. Bebês alimentados com mamadeira geralmente precisam de líquidos claros.
DESIDRATAÇÃO	Orientar quanto a importância da ingestão de líquidos; Orientar sobre a preparação correta do soro caseiro Acompanhamento do caso.	Sais de para reidratação – pó para solução oral (Despejar o conteúdo em um copo litro de água filtrada e fria e ir bebendo aos poucos ou à cada evacuação ou vômito.)
PEDICULOSE	Hábitos adequados de higiene; Lavar os cabelos pela manhã, secar bem com uma toalha, aplicar uma solução de vinagre morno diluído em partes iguais de água (1:1), deixar agir por 20 a 30 minutos e pentear os cabelos com pente fino, com o objetivo de remover as lêndeas manualmente; - Lavar as roupas de uso pessoal e de cama com água quente ou lavar normalmente e passar a ferro, além de higienizar escovas, chapéus e bonés; - Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar e tratá-los se for o caso.	Benzoato de benzila 25% emulsão tópica (preferencialmente à noite na hora de deitar-se o paciente deve tomar banho com água quente e sabão, em seguida aplicar a emulsão de forma abundante nos locais afetados) - Permetrina 1 % loção capilar - Permetrina 5 % loção

Fonte: Silva Jardim 2010

– Classificação das crianças conforme a idade, a presença de fatores de risco para anemia e a conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento

Classificação	Condutas
Grupo 1 (com menos de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	A. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro.	B. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
C. Prematuros saudáveis e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG).	C. 2mg/kg/dia após 1 mês de vida por 2 meses. Depois, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Solicite hemograma aos 15 meses.
D. Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, ferropenia materna grave durante a gestação (Hb < 8), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas).	D. 2 a 4mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se o resultado do exame for normal, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Se houver anemia, mantenha a dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia deve ser feita aos 15 meses.
Grupo 2 (de risco para maiores de 24 meses)	
<ul style="list-style-type: none"> • Dieta pobre em ferro: vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente) e baixa ingestão de frutas e verduras. • Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos). 	Solicite hemograma e aja conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Trate a anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhe os pais sobre dieta rica em ferro.

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

10. PREVENÇÃO DE ACIDENTES, MAUS TRATOS/VIOLÊNCIA E TRABALHO INFANTIL.

A violência urbana e doméstica (o abuso sexual, o abandono, a negligência e a violência psicológica), os acidentes domésticos (quedas, choques elétricos, queimaduras e ingestão de substâncias químicas) e do trânsito, deixam marcas, nem sempre visíveis, por toda a vida, são causas

importantes de morbimortalidade na infância, e trazem aos serviços de saúde a necessidade de estruturação diferenciada.

Cabe às equipes de saúde identificar e notificar os casos de violência e maus-tratos, suspeitos ou confirmados (Notificação Obrigatória de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes– MS, 2002), de acordo com fluxo local, além de proceder ao acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários utilizando a rede de apoio existente.

As equipes de saúde deverão estar atentas para reconhecer situações de risco nas famílias (alcoolismo, abuso de drogas, desagregação familiar) além de sinais e sintomas sugestivos de violência em todos os seus atendimentos e visitas domiciliares, tais como lesões físicas (equimoses, fraturas, queimaduras), alterações de comportamento (agressividade, medo, timidez excessiva, apatia), negligência (criança mal cuidada, internações repetidas, desnutrição crônica, etc.), entre outros. Esses comportamentos podem refletir situações de abuso psicológico, abuso sexual/físico; síndrome da criança espancada; síndrome do bebê sacudido; abandono; maus-tratos; negligência, violência institucional, intrafamiliar e violência social.

11. Atenção à criança portadora de deficiência

As crianças com necessidades especiais devem receber atenção integral e multiprofissional, devendo ter como referencial a promoção da sua inclusão e participação social. Em toda visita domiciliar ou atendimento da criança a equipe de saúde deve estar atenta a alguns sinais de alerta como atraso nas aquisições neuropsicomotoras, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente a estímulos do ambiente, dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe e objetos do ambiente, ausência de resposta aos estímulos sonoros, dentre outros, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce, de habilitação e reabilitação, promoção de saúde e prevenção de impedimento físico, mental ou sensorial e de agravos secundários, minimizando as consequências da deficiência.

O cuidado integral à criança portadora de deficiência (diagnóstico, tratamento, procedimentos de reabilitação, medicamentos, assistência

odontológica, ajudas técnicas e a nutrição adequada; o fornecimento de órteses, próteses, bolsas pediátricas de colostomias, medicamentos, leites especiais; obedecendo o fluxo local de assistência) pressupõe reabilitar a criança na sua capacidade funcional e desempenho humano, proteger a sua saúde para que possa desempenhar o seu papel em todas as esferas da sua vida social.

Há na família visitada alguma criança com deficiência? A família tem acesso aos recursos disponibilizados pelo SUS? E na população adscrita pela unidade de saúde, a deficiência é um problema? Como a equipe da unidade intermedia estes recursos?

12. Atenção à saúde do adolescente e jovens

Numa abordagem de promoção à saúde, a consulta de enfermagem aos adolescentes deve levar em consideração os inúmeros processos de vulnerabilidade, necessidades e agravos a que estes, em particular, e os distintos grupos a que fazem parte estão sujeitos, sempre considerando a sua complexidade. Na prática, isto significa não perder de vista a diversidade humana e, conseqüentemente, a própria adolescência, construídas em meio a processos sócio-históricos, projetando a atenção à sua saúde a partir de uma ampla referência, que considere a dinâmica das relações de classe, gênero, gerações, raças, culturas e sexualidades.

O conteúdo dessa prática deve se direcionar a partir de dois pontos importantes de abordagem do adolescente, de acordo com especificidades locais:

- Reconhecimento do perfil sócio-epidemiológico populacional ou, mais especificamente, do(s) grupo(s) adolescente(s) da sua área de abrangência;
- Envolvimento profissional e comunitário, extensivo os adolescentes, na definição participativa das necessidades e prioridades de atenção a serem consideradas.

13. Consulta de enfermagem para adolescentes

A consulta de enfermagem deve ser inserida em um programa de atenção à saúde de adolescentes, em que se inclua a oferta de ações múltiplas

e articuladas, internas e externas aos serviços de saúde, nos diferentes níveis de assistência, envolvendo uma equipe multiprofissional e práticas interdisciplinares e intersetoriais. Os seus fundamentos operacionais devem pautar-se em elementos de uma abordagem social e clínica da saúde adolescente, compondo-se de processos de interação, investigação, diagnóstico, educação e intervenção.

A autonomia e responsabilização de adolescentes se desenvolvem em torno de seus processos de vida e saúde deve se constituir no objetivo principal do atendimento de enfermagem a ele. Nesse sentido, a consulta deve buscar:

- reconhecer vulnerabilidades sociais, institucionais e subjetivas, trabalhando com elas no âmbito individual;
- avaliar processos orgânicos e psicoemocionais, identificando possíveis alterações;
- adotar medidas assistenciais clínico-educativas, no âmbito individual;
- articular os apoios mais amplos necessários.

A consulta de enfermagem deve ser constituída, eminentemente, em um espaço de expressão e/ou captação de necessidades, de solução de problemas da competência profissional de enfermeiros e de articulação com outros setores da equipe de saúde e estruturas de apoio. O seu caráter deve ser, sobretudo, o de identificação de necessidades e de intervenção através de um enfoque clínico-educativo individual. Assim, é fundamental a adoção de estratégias que tornem a prática da consulta um momento de troca e crescimento para ambos os lados - adolescentes e profissionais. A abordagem tradicional, unidirecional, roteirizada, informativa, deve ser substituída por um processo de inter-relação e construção conjunta de novos valores e possibilidades práticas em saúde, em que os profissionais assumam o papel de facilitadores e os adolescentes de sujeitos e líderes de seu próprio crescimento. É importante lembrar que não existe um modo único e pronto de trabalhar com adolescentes. De forma que experiências e possibilidades locais devem estar abertas e continuadas, e novas experiências alimentadas por processos de avaliação e participação crítica dos envolvidos, o que, sem dúvida, favorecerá o adolescente conhecer-se/reconhecer-se como protagonista de sua história pessoal e social.

14. O espaço de atendimento

As consultas de enfermagem os adolescentes devem ser realizadas preferencialmente em um espaço e ambiente físico exclusivo, preparado especialmente para o atendimento ao grupo. Em sua organização, deve-se levar em conta a garantia da privacidade do mesmo, em seu fluxo na unidade de saúde e também no interior da consulta.

Uma estratégia simples para conseguir com frequência a entrada do adolescente na unidade, na medida do possível, deve ser fugir dos esquemas tradicionais de marcação de consulta para as especialidades básicas, que definem previamente alternativas de atendimento. Pode-se desenvolver modalidades que permitam a expressão de necessidades e trocas individuais ou coletivas iniciais, entre adolescentes e profissionais de saúde, que sejam sugestivas do seu fluxo no serviço e/ou fora dele e que funcionem como um primeiro processo de interação adolescente/enfermeiro, formação de vínculo e acolhimento daqueles na unidade. Nesse momento, podem ser aplicadas técnicas relacionais específicas de apresentação, interação, descontração e exploração de necessidades.

15. Abordagem a ser utilizada

A consulta de enfermagem ao grupo de adolescentes deve ser realizada em um espaço reservado ao seu atendimento. A participação da família deve ser permitida em algumas consultas, em acordo com cada adolescente. É importante que este tenha confiança no profissional de saúde que o acompanhará e que não o veja como alguém que pode tornar seu problema público, acessível a outros elementos de suas experiências de vida e subjetividades. Este aspecto, inclusive, deve ser objeto de acordo com o adolescente. A família deve saber que também tem um espaço no atendimento, respeitadas as regras do sigilo absoluto, da privacidade e da concordância do adolescente.

A interação entre o profissional de saúde e o adolescente, além da confiança, deve se basear na troca e no respeito ao modo de vivência do adolescente.

Isto significa não transmitir qualquer juízo de valor, reprovação às suas manifestações, adoção de qualquer comportamento discriminatório ou se apresentar como dono da "verdade". As mensagens utilizadas devem ser claras e objetivas e as informações técnicas sempre serão discutidas e fundamentadas. A base da troca deve ser o diálogo e não a imposição para eles. Para isso, processos de escuta do profissional são fundamentais. Julgamentos prévios em torno do que se imagina que caracteriza todo e qualquer adolescente devem ser evitados. Também, não haver interrupções no atendimento e estar sempre atento e aberto às expressões do adolescente são práticas fundamentais.

O tempo de atendimento deve ser favorável às trocas e a realização dos procedimentos necessários. Deve ser evitada a prática do interrogatório no levantamento de questões de vida e necessidades do adolescente, em que um roteiro de questionamentos revele-se mais importante que o sujeito e a interação com ele. A confiança e a possibilidade de troca de experiências são conquistadas de modo gradativo. Dessa forma, deve-se fugir dos esquemas que por muitas vezes procuram esgotar informações num primeiro contato, pautados em roteiros formais e sequenciais de atendimento. Além disso, deve-se fugir de esquemas de sondagem e controle da vida adolescente, avançando no processo de consulta sempre em acordo com o envolvido, com base em continuadas trocas em torno de necessidades, interesses e possibilidades, buscando respeitar e mobilizar valores, conceitos/preconceitos e estereótipos do adolescente.

16. Avaliação de vulnerabilidades, necessidades e problemas

O que investigar?

- Vulnerabilidades sociais, institucionais, subjetivas/comportamentais e biológicas.
- Manifestações orgânicas e psicoemocionais, sugestivas de alterações.

Elementos a serem abordados

- Processos sociais vividos e possíveis riscos para o adolescente: explorar elementos à caracterização das condições de vida, ambiente e interações familiares dos mesmos, inclusão e rendimento escolar, inserção e

ambiente grupal, práticas de lazer; trabalho (condições e realização pessoal); situações de estresse vivenciadas; expectativas em relação ao futuro e perspectiva de vida.

- Valores e comportamentos nas áreas da sexualidade e reprodução: explorar valores e comportamentos que tornam o adolescente mais vulnerável a problemas sociais e de saúde (como prostituição, preconceitos, estereótipos, tabus, repressões, medos e dúvidas em relação ao exercício da sexualidade ou possível maternidade/paternidade), necessidades em torno do exercício da sexualidade, incluindo trocas afetivas; uso ou recusa da camisinha em relações sexuais; valores e possíveis tabus e experiências vivenciadas de formas negativas em torno de práticas de masturbação, ejaculação, menstruação, namoro, iniciação da atividade sexual, relação sexual, homossexualidade/bissexualidade; história pregressa de gravidez indesejada, abortos forçados e prostituição.

- Autoimagem e aceitação corporal: através do diálogo direto, identificar características da autoestima, valores que o adolescente tem sobre si, imagens idealizadas, aceitação, preocupações e distúrbios relacionados à imagem corporal.

- Processos psicoemocionais: explorar características dos processos relacionais em família, na escola, no trabalho, com os pares, na sociedade; comportamentos sugestivos de depressão; ansiedade; ideias suicidas; declínio e perda de interesse em atividades que são realizadas rotineiramente; possíveis vivências pregressas e atuais de processos de violência intra e extrafamiliar (física, psicológica, sexual, negligências); aprovação/reprovação, informações e acesso a substâncias psicoativas; uso, abuso ou dependência das mesmas.

- Capacidade de negociação do adolescente: reconhecer, através do diálogo, a capacidade do adolescente de negociar elementos interacionais, em prol de trocas sexuais prazerosas e enriquecedoras, da auto-proteção e responsabilização na esfera sexual, da autoproteção das DSTs, AIDS e gravidez indesejada; a capacidade de enfrentamento de adversidades.

- Anticoncepção: identificar e explorar valores e adesão dos adolescentes aos métodos utilizados/possíveis de serem utilizados, em casos

de vida sexual ativa ou na pretensão iniciação sexual; uso associado de anticoncepção e proteção das DSTs e AIDS.

- Padrão da alimentação: investigar valores, conhecimento, hábitos e características familiares e pessoais de alimentação, acesso a alimentos; caracterizando a condição social de cada um, alterações como obesidade, bulimia, anorexia e preocupações em torno da imagem e do peso.
- Histórico familiar de doenças: levantar situações de hipertensão, doença cardiovascular, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade, saúde mental e outras doenças de caráter hereditário.
- Atividade física e habilidades: investigar sedentarismo, hábitos e práticas de atividade física/esportiva e habilidades culturais e artísticas.
- Alterações sistêmicas: explorar a qualidade do funcionamento dos sistemas corporais do adolescente.
- Acuidade visual e auditiva: questionar sobre a qualidade sobre cada um dos processos e possíveis dificuldades escolares associadas aproveitando a observação dos professores nas escolas através de busca ativa se possível e sinais clínicos observados em palestras e na própria consulta.
- Calendário vacinal: solicitar a apresentação do cartão de vacinas e investigar imunização realizada na infância e adolescência.

17. Elementos a serem avaliados

- Alterações na pele:
A pele do adolescente - principalmente da face e do couro cabeludo - deve ser atentamente observada. A acne e a dermatite seborréica são comuns nessa fase da adolescência e, comumente, constituem-se fatores negativos na imagem corporal. Embora sejam processos comuns da vida, medidas devem ser adotadas à sua redução/resolução, considerando a importância que adquirem para o adolescente.
- Avaliação da capacidade visual e auditiva:
A avaliação da qualidade auditiva e visual é fundamental à detecção de alterações na acuidade auditiva e na imagem e acuidade visual normal, podendo indicar disfunções que possivelmente requeiram avaliação minuciosa e o acompanhamento de profissional de saúde especializado.

- Avaliação das condições de higiene e integridade da cavidade oral:

Devem-se verificar possíveis alterações nas gengivas, presença de cáries e distúrbios de articulação têmporo-mandibular, conversando com o adolescente sobre possíveis necessidades, problemas e encaminhamentos para os serviços de odontologia.

- Alterações posturais:

Podem ser evidenciadas alterações importantes na postura física do adolescente, que requerem além de orientações básicas sobre esta, atividades específicas de correção postural e de avaliação de alterações mais graves encaminhando para os serviços especializados.

- Condições psicoemocionais:

Um ponto muito importante é a observação das dificuldades relacionais; processos de dependência-independência e autoafirmação; comportamentos agressivos, nervosismo, ansiedade, depressão, hiperatividade, apatia; manifestações de possíveis abusos físicos, sexuais, psicológicos ou comportamentos de negligência dos pais ou responsáveis.

- Desenvolvimento físico-pubertário:

O enfermeiro deve estar atento a alterações como desnutrição, anemias e obesidade, cada vez mais comuns na fase da adolescência, às precárias condições de acesso à alimentação, estilo de vida sedentário e hábitos alimentares. Avaliar os níveis pressóricos e as possíveis anormalidades. Pesquisar alterações externas de hiper ou hipotireoidismo. Acompanhar a qualidade do crescimento e do ganho de peso, usando como referência os gráficos de crescimento pubertário feminino e masculino.

18. Exame físico

Na avaliação de necessidades e problemas, o profissional de saúde deve levar em consideração e identificar possíveis medos e constrangimentos do adolescente, sobretudo em torno da avaliação física. Havendo necessidade de realizar o exame corporal no adolescente, deve-se para este, disponibilizar um espaço privativo de preparação e roupas apropriadas para o uso na

consulta. A conversa e o esclarecimento de dúvidas em torno de cada momento da avaliação são fundamentais para ajudar o adolescente a relaxar nesse momento, para colocá-lo a par do que vai ser feito, e obter o seu consentimento. Tudo o que está sendo avaliado deve ser objeto de troca. É importante aproveitar o momento para identificar percepções e vivências em torno do corpo e conversar sobre elas. Se necessário, a participação em ações futuras e específicas como, por exemplo, em atividades educativas em grupo, deve ser pensada e projetada por ambos, profissionais e adolescentes.

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos

P1 - Estágio 1
Pré-púbere (Infantil)



P2 - Estágio 2
Pelos longos, finos e lisos na base do pênis



P3 - Estágio 3
Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados sobre o púbis



P4 - Estágio 4
Pelos escuros, espessos e encaracolados, cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas



P5 - Estágio 5
Pelos estendendo-se até as raízes das coxas



Estágios de desenvolvimento da genitália

G1 - Estágio 1
Pré-púbere (Infantil)



G2 - Estágio 2
Aumento do escroto e dos testículos, sem aumento do pênis. Pele da bolsa escrotal fina e rosada.



G3 - Estágio 3
Aumento do pênis em comprimento. Continua o aumento de testículos e escroto.



G4 - Estágio 4
Aumento do diâmetro do pênis e desenvolvimento da glândula. Continua o aumento de testículos e escroto, cuja pele escurece e engrossa.



G5 - Estágio 5
Genital adulto em tamanho e forma



Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos

P1 - Estágio 1
Pré-púbere (ausência de pelos)



P2 - Estágio 2
Pelos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios



P3 - Estágio 3
Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados parcialmente sobre o púbis



P4 - Estágio 4
Pelos mais escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas



P5 - Estágio 5
Pelos estendendo-se até as raízes das coxas



Estágios de desenvolvimento das mamas

M1 - Estágio 1
Pré-púbere (somente elevação da papila)



M2 - Estágio 2
Broto mamário



M3 - Estágio 3
Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos.



M4 - Estágio 4
Projeção da aréola e da papila, com aréola saliente em relação ao contorno da mama.



M5 - Estágio 5
Aréola volta ao contorno da mama, saliência somente da papila. Mama adulta.



Deve haver investigação das mamas dos adolescentes homens; a ginecomastia é uma patologia muito comum, que frequentemente provoca mal estar e requer informações apropriadas. Nas adolescentes mulheres o exame das mamas também deve ser realizado, aproveitando-se a ocasião para ensinar o autoexame e sua importância. Nos meninos, investigar varicocele, hidrocele, fimose e lesões características das doenças sexualmente transmissíveis, ensinando o autoexame genital. Nas adolescentes, realizar o exame ginecológico e coleta de material para exame colpocitológico (CCO), nas com a vida sexual ativa. Inspecionar a vulva e orientar o autoexame ginecológico. Investigar distúrbios menstruais, alterações genitais e características de perdas vaginais, distinguindo os problemas e perdas fisiológicas. A avaliação dos estágios de desenvolvimento do adolescente permite identificar o grau e a propriedade da maturação físico-sexual ou do surgimento dos caracteres sexuais secundários e aquisição da capacidade reprodutiva. Deve-se aproveitar o momento da avaliação física para identificar a falta de informações sobre o corpo e possíveis dificuldades na sua aceitação, o que é muito comum entre os adolescentes, conversando sobre as mudanças físicas e funcionais vivenciadas. Em momento apropriado, deve-se conversar com o paciente sobre os sentidos, cobranças e repressões socioculturais em torno do corpo.

- Solicitação de exames básicos:

Deve-se solicitar e dispor de exames básicos como hematócrito, hemoglobina, EAS e parasitológico. Outros exames podem ser realizados, de acordo com os problemas apresentados e conforme rotinas específicas de cada serviço e setor. Para as adolescentes sexualmente ativas, o exame Papanicolau deve ser realizado, no mínimo, anualmente.

- Calendário vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde:

Vacinas	Esquemas	Comentários
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	É considerado protegido o adolescente que tenha recebido duas doses da vacina tríplice viral acima de 1 ano de idade, e com intervalo mínimo de um mês entre elas.	Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Até a idade de 12 anos, considerar aplicação de vacina combinada quádrupla viral (SCRV).
Hepatites A, B ou A e B	Hepatite A: duas doses – no esquema 0-6 meses. Hepatite B: três doses – esquema 0-1-6 meses. Hepatite A e B: para menores de 16 anos: duas doses: 0-6 meses; para maiores de 16 anos: três doses: 0-1-6 meses.	Adolescentes não vacinados na infância para as hepatites A e B devem ser vacinados o mais precocemente possível para essas infecções. A vacina combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B.
HPV	Dois vacinas estão disponíveis no Brasil: uma contendo VLPs dos tipos 6, 11, 16, 18, licenciada para meninas, meninos e jovens de 9 a 26 anos de idade; e outra contendo VLPs dos tipos 16 e 18, licenciada para meninas e mulheres a partir dos 9 anos de idade. O esquema de doses para meninas e meninos é de três doses: 0/1 a 2/6 meses.	A vacina HPV deve ser iniciada o mais precocemente possível. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) adotou esquema de vacinação estendido: 0-6-60 meses para meninas menores de 13 anos. Vacina contraindicada em GESTANTES.
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) / Difteria, tétano e coqueluche	Com esquema de vacinação básico para tétano completo: reforço a partir dos 11 anos com dTpa a cada sete a dez anos após a última dose. Com esquema de vacinação básico para tétano incompleto: uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com uma ou duas doses de dT (dupla bacteriana do tipo adulto) de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. Em ambos os casos: na impossibilidade do uso da vacina dTpa, substituí-la pela vacina dT; e na impossibilidade da aplicação das outras doses com dT, substituí-la pela vacina dTpa, completando três doses da vacina com o componente tetânico.	O uso da vacina dTpa, em substituição à dT, para adolescentes e adultos, objetiva, além da proteção individual, a redução da transmissão da coqueluche, principalmente para suscetíveis com alto risco de complicações, como os lactentes. Para indivíduos que pretendem viajar para países nos quais a poliomielite é endêmica, ou na falta de dTpa, recomendar a vacina dTpa combinada à pólio inativada (dTpa-VIP).
Varicela (catapora)	Dois doses, com intervalo de três meses em menores de 13 anos e intervalo de um a três meses em maiores de 13 anos.	Recomendada para aqueles sem história de infecção prévia. Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Até a idade de 12 anos, considerar a aplicação de vacina combinada quádrupla viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) para os adolescentes suscetíveis à varicela.
Influenza (gripe)	Dose única anual.	Recomendada para todos os adolescentes.
Meningocócica conjugada ACWY	Aos 11 anos, seguida de uma dose de reforço cinco anos depois.	Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.
Febre amarela	Uma dose para residentes ou viajantes para áreas com recomendação da vacina (de acordo com classificação do MS e da OMS). Se persistir o risco, fazer uma segunda dose dez anos após a primeira.	Pode ser recomendada para atender às exigências sanitárias de determinadas viagens internacionais. Contraindicada para imunodeprimidos. Quando os riscos de adquirir a doença superam os riscos potenciais da vacinação, o médico deve avaliar sua utilização.

Referencias Bibliográficas

1. AYRES, J. R. de C. M.; F. JUNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 66-85.

2. Brasil, Ministério da Saúde; Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf >, acessado em 03/07/2014.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. p.: 272

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: manual de enfermagem – adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. p.48

5. COUTINHO, M. de F. G.; BARROS, R. do R. Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu, 2001.

6. FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D.; REATO, L. de F. N. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu, 2001.

7. SETÚBAL, JOSÉ LUIZ –Ministério da Saúde – secretaria de políticas públicas"Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil", junho de 2011, Disponível em: <http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/saude-da->

crianca/informacoes-sobre-doencas/abc-saude-infantil/d/desenvolvimento-infantil/, acesso em: 13/ 08/ 2014.

8. SAITO, M. A.; SILVA, L. E. V. da. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001.

4. SAÚDE DA MULHER

1. Introdução

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

– Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

1.2 Orientações e Ações Educativas

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas experiências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias.

É necessário que o setor Saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. As gestantes constituem o foco principal do processo de sensibilização; porém, não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares. A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens (adultos e adolescentes), discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos fora da unidade de saúde. O Enfermeiro, atuando como facilitador, deve evitar o estilo “palestra”, que é pouco produtivo e ofusca questões subjetivas que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro pré-estabelecido. Portanto, é importante que toda a equipe de saúde se inclua em espaços de discussão, levando à população, em espaços formais e não formais, pois a educação popular em saúde é a forma mais democrática de construir um conceito amplo de saúde, de promover o autocuidado e de produzir melhores indicadores de saúde.

1.3 Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco

De acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem – Decreto nº 94.406/87 - o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

A primeira consulta do pré-natal tem como objetivo: Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, buscando esclarecer suas dúvidas, medos, angústias ou simplesmente curiosidades em relação a este novo momento em sua vida; identificação e classificação de riscos, confirmação de diagnóstico, adesão ao pré-natal e educação para saúde estimulando o autocuidado.

1.4 Ações do Enfermeiro:

- ✓ Solicitação do Teste Imunológico de Gravidez (TIG):

Solicitar TIG → Resultado positivo: Iniciar acompanhamento PN

Resultado negativo: Repetir após 15 dias,

βHCG

Resultado negativo: orientar sobre saúde sexual e reprodutiva e encaminhar para avaliação clínico-ginecológica.

- ✓ Orientar e estimular a participação nas atividades educativas: Grupos, Sala de espera e Ações no Território;
- ✓ Encaminhar gestantes identificadas como de risco para consulta médica;
- ✓ Iniciar o pré-natal o mais precoce possível;
- ✓ Realizar seis consultas preferencialmente uma consulta no 1º trimestre, duas consultas no 2º trimestre e três consultas no 3º trimestre;
- ✓ Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada entre médico e enfermeiro;

✓ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.

✓ Solicitar exames de rotina:

Hemograma (Repetir no 3º trimestre); Glicemia sérica de jejum (Repetir no 3º trimestre); Grupo sanguíneo e Fator RH; Coombs indireto no 3º trimestre (se fator RH -); Teste oral de tolerância à glicose (TOTG), quando a glicose plasmática estiver maior ou igual a 85 com 75g de glicose anidra, nos tempos de 0 e 120 minutos; Teste Anti-HIV um e 2 / teste rápido (Repetir no 3º trimestre); Sorologias para hepatites B e C (Repetir Hepatite B no 3º trimestre); Sorologia para Sífilis (VDRL e TPHA ou FTA-Abs) (Repetir no 3º trimestre); Sorologia para Toxoplasmose (Repetir na 30ª semana se o IgG não for reagente); Ultrassonografia Obstétrica, se possível três; Urina tipo 1 (Repetir na 30ª semana); Urocultura, contagem de colônias e antibiograma (Repetir na 30ª semana); Exame parasitológico de fezes; Colpocitologia Oncótica (somente a ectocervice); Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação); Vacinação na gestação (conforme quadro abaixo); Prescrever sulfato ferroso na 20ª semana; Prescrever ácido fólico (1 comprimido 5 mg 1 x ao dia até 14ª semana) na 1ª consulta; Encaminhar para avaliação odontológica.

1.5 Condutas em exames alterados:

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	<p>Trate a gestante e seu parceiro.</p> <p>Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega).</p> <p>Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI.</p> <p>Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>Realize exame mensal para controle de cura.</p>
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

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

Exames de rotina	Resultados	Conduas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Coleta amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.
Hemoglobina	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drácea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo.
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

1.6 Quadro de Vacinação em Gestantes:

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

Fonte: (BRASIL, 2001a).

1.7 Condutas nas queixas mais frequentes:

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas. A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

Queixas	1ª conduta	2ª conduta	3ª conduta
Náuseas e vômitos	Orientações de hábitos alimentares Alimentação fracionada Evitar frituras, gorduras Ingerir alimentos sólidos pela manhã	Prescrever antieméticos orais Metoclopramida 10mg de 8/8h SOS Dimenidrato 50mg de 6/6h SOS. Reforçar orientações hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica.
Pirose e azia	Orientações de hábitos alimentares Alimentação fracionada Evitar chá preto, café, mate, alimentos doces, gordurosos, picantes, álcool e fumo.	Prescrever Hidróxido de alumínio ou sulfato de magnésio – suspensão 1 colher de sopa após as refeições. Melhora do quadro: Reforçar orientações hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica.
Flatulência, obstipação intestinal	Orientações de hábitos alimentares Alimentação rica em fibras Aumentar a ingestão de água.	Prescrever: Dimeticona 1 comprimido de 8/8h Melhora do quadro: Reforçar orientações hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica.
Dor abdominal, cólicas	Certificar que não sejam contrações uterinas Afastar ITU (excluir disúria ou febre)	Prescrever: Butilescopolamina 1 comprimido de 6/6h	Encaminhar para avaliação médica.
Corrimento vaginal abundante cinza-esverdeada com odor fétido	Tratar vaginose bacteriana e/ou tricomoníase com metronidazol tópico ou sistêmico. Agendar consulta médica/supervisão G.O	Outros casos ver condutas do Manual de Tratamento de DST	
Corrimento vaginal acompanhado de: Prurido vulvar Placas esbranquiçadas e aderidas a	Tratar candidíase com antifúngico tópico por 7 dias. Agendar consulta médica/supervisão G.O	Outros casos ver condutas do Manual de Tratamento de DST	

parede			
Cefaleia	Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia.	Prescrever: Paracetamol 500mg até de 6/6h. SOS ou Dipirona 500 mg até de 6/6 h SOS	Encaminhar para avaliação médica.
Sialorréia (salivação excessiva)	Explicar e orientar que é um sintoma comum no início da gestação; Orientar dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos; Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).	Encaminhar para avaliação médica.	
Fraquezas e desmaios	Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade; Indicar dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições; Explicar à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.	Encaminhar para avaliação médica.	
Hemorroidas	Recomende à gestante: Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina; Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação; Que faça banhos de vapor ou compressas mornas.	Encaminhar para avaliação médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.	
	Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão		

Falta de ar e dificuldade para respirar	pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante. Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo; Ouça a gestante e converse sobre suas angústias, se for o caso; Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;	Encaminhar para avaliação médica, em suspeita de problema clínico.	
Mastalgia (dor nas mamas)	Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas; Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária; Oriente a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.	Encaminhar para avaliação médica	
Lombalgia	Recomende que a gestante: faça a correção de sua postura ao se sentar e ao andar; use sapatos com saltos baixos e confortáveis; faça a aplicação de calor local; Eventualmente, a critério e por orientação médica, use analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.	Encaminhar para avaliação médica	
Sangramento nas gengivas	Recomende a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes macia; Oriente a realização de	Encaminhar para avaliação odontológica	

	massagem na gengiva; Recomende o uso de fio dental;		
Varizes	Recomende que a gestante: Não permaneça muito tempo em pé ou sentada; Repouse (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas; Não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas; Se possível, utilize meia-calça elástica para gestante.	Encaminhar para avaliação médica	
Câimbras	Recomende que a gestante: Massageie o músculo contraído e dolorido e aplique calor local; Evite o excesso de exercícios; Realize alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.	Encaminhar para avaliação médica	
Cloasma gravídico	Explique que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto; Recomende que a gestante não exponha o próprio rosto diretamente ao sol e que use protetor solar.	Encaminhar para avaliação médica	

2. Atenção à mulher no puerpério

Atribui-se ao médico e enfermeiro as consultas de puerpério. Elas são fundamentais no processo de acompanhamento da saúde materna e do neonato iniciado no pré-natal.

1ª consulta: no período de 7 a 10 dias.

2ª consulta: até o 42º dia.

Têm como objetivos:

Avaliar interação entre mãe e RN e o pai
Avaliar o estado de saúde da mulher e do RN
Identificar e conduzir situações de risco/ e ou intercorrências
Orientar e apoiar a família
Orientar os cuidados básicos com RN
Orientar quanto ao planejamento da vida sexual e reprodutiva com o parceiro
Orientar, incentivar e avaliar quanto à amamentação com o parceiro

2.1 Ações relacionadas à puérpera:

Ações que podem ser desenvolvidas durante o acolhimento da mulher e do RN por enfermeiro habilitado:

1. Verificar o cartão da Gestante e avaliar as condições da gestação, do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
2. Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós- parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.
3. Avaliar se recebeu a testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou parto;
4. O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).

2.2 Anamnese:

- ✓ Aleitamento (frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- ✓ Alimentação, sono, atividades; dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- ✓ Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- ✓ Condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);

- ✓ Condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).

2.3 Avaliação clínico-ginecológica:

- ✓ Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
- ✓ Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se cesárea;
- ✓ Exame ginecológico: observar loqueação, lacerações, equimoses, edemas, episiotomia na vagina, vulva e períneo;
- ✓ Avaliar mucosas;
- ✓ Avaliar as mamas;
- ✓ Avaliar os MMII: varizes, edemas, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e sinal de Homan (desconforto ou dor na panturrilha após dorsiflexão passiva do pé);
- ✓ Avaliar sinais vitais;
- ✓ Observar vínculo mãe- RN;
- ✓ Avaliar a situação vacinal e encaminhar se necessário;
- ✓ Prescrever suplementação de ferro elementar até 3 meses após o parto.
- ✓ Agendar a próxima consulta de puerpério (até 42 dias pós parto).

3. Climatério e menopausa

Consulta de enfermagem: Ofertar uma consulta qualificada, seguindo o roteiro padrão, com o objetivo de orientar a mulher durante este período de mudanças:

- Escuta;
- Anamnese;
- Exame clínico das mamas;
- Coleta de preventivo;
- Orientação sexual;
- Avaliação das DST;
- Calendário vacinal;
- Orientação alimentar e nutricional;
- Avaliar peso, altura e circunferência abdominal;
- Estimular a prática de atividade física regular;

- Estimular o autocuidado

Referenciar à consulta médica para avaliação de tratamento com reposição hormonal, ou ao serviço de psicologia quando necessário.

3.1 Alterações orgânicas no climatério e resposta sexual:

As modificações orgânicas que ocorrem na mulher durante o climatério não obrigatoriamente implicam na diminuição do prazer, mas podem influenciar a resposta sexual, que pode ser mais lenta.

Seguem algumas alterações fisiológicas que podem ocorrer neste período:

- Redução da lubrificação vaginal;
- Hipotrofia vaginal;
- Dispareunia;
- Fogachos;
- Menor efeito estrogênico sobre a pelve;

A rotina básica de exames na primeira consulta da mulher no climatério consta de exames para prevenção de doenças, detecção precoce ou mesmo para a avaliação da saúde em geral. Deve ser repetida com regularidade (semestral, anual, bianual, trianual) de acordo com os protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações.

3.2 Exames Complementares:

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

- Avaliação laboratorial;
- Mamografia e ultrassonografia mamária (de acordo com as diretrizes de rastreamento para o câncer de mama);
- Exame Preventivo do câncer do colo do útero;
- Ultrassonografia transvaginal.

A rotina básica de exames na primeira consulta da mulher no climatério consta de exames para prevenção de doenças, detecção precoce ou mesmo para a avaliação da saúde em geral. Deve ser repetida com regularidade

(semestral, anual, bianual, trianual) de acordo com os protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações.

4. Rastreamento de câncer de mama e colo de útero

A abordagem a mulher em seu contexto sócio-familiar, dentro das ações da atenção primária à saúde, previstas para as equipes de atenção básica, torna-se imprescindível, tanto do ponto de vista do atendimento das possíveis situações trazidas, como demanda de atendimento, como em um contexto de estratégia de promoção a saúde, em nível comunitário.

As ações de saúde devem levar em conta a possibilidade, de detectar necessidades de suporte e incrementar estratégias comunitárias, no sentido de ampliar redes de apoio social, no domicílio que podem ter impacto positivo na saúde dos indivíduos e do grupo familiar.

O enfermeiro faz parte de uma equipe multidisciplinar e possui atribuições importantes para o processo de acolhimento e sequencia no atendimento desta mulher. Esperamos que essa ferramenta facilite o acesso às informações para os profissionais, e respalde a atuação dos mesmos.

4.1 Coleta de preventivo

Se em dois anos consecutivos a mulher apresentar resultado normal. deve-se repetir o exame a cada três anos.

Ações do Enfermeiro:

- Organização de dinâmica de sala de espera explicando sobre o exame. Acolhimento.
Abordagem formativa sobre a prevenção do câncer ginecológico. Esclarecimento de dúvidas. Sensibilizar reforçando a importância do exame. Supervisão da organização da sala, registro feito pelos técnicos de enfermagem e o correto acondicionamento do material para transporte, além de gerenciar o fluxo de retorno, priorizando os resultados alterados.
Realizar o exame ginecológico é parte essencial do fluxograma de conduta.

- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto a fita de papel indicador do pH na parede vaginal lateral, evitando tocar o colo;
- Colher material para o teste de Whiff - teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, sendo positivo se houver cheiro semelhante ao de peixe podre - e para realização da bacterioscopia²;
- Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical - colher swab endocervical com cotonete e observar se há muco purulento contrapondo em papel branco;
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos e pesquisa de clamídia.
- Realizar consulta de enfermagem;
- Coleta de exame preventivo;
- Exame clínico das mamas;
- Solicitar exames complementares;
- Mamografia de rastreamento para mulheres acima de 35 anos e com fatores de risco presente (se houver irmã, mãe com histórico de câncer de mama ou homens na família com caso de câncer de mama bilateral).

4.2 Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica

- Exame ginecológico:
- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia;
- Coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino
- (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

4.3 Atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência física, sexual e psicológica

- Proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento.
- Ofertar apoio psicológico;
- Realizar uma escuta qualificada;
- Referenciar para saúde mental/serviço social, de acordo com o caso;
- Em situação de violência física ou psicológica: realizar um acolhimento cauteloso, notificar e encaminhar para o serviço de referência;
- Em situação de violência sexual: seguir rotina para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

Exames a solicitar: Anti HIV; VDRL; HbsAg; Anti HBS; Anti HBC IgG e IgM; Anti HCV; β HCG

Prescrições:

- Observar estado vacinal da mulher e aplicar as vacinas atrasadas;
- Levonogestrel (prevenção da gravidez indesejada)
- Mesmos medicamentos da abordagem sindrômica para prevenção das DST;
- Fornecer Kit profilático do HIV (para as primeiras 96 horas), padronizado para profilaxia básica ou expandida.

5. Planejamento reprodutivo

O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma: Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada.

O grupo de planejamento familiar pode ser realizado semanalmente, quinzenal ou mensal, dependendo da avaliação da demanda e da capacidade operacional de cada unidade de saúde. Cada usuário deverá participar de uma destas reuniões, na qual terá acesso à informação e discussão que possibilite uma escolha mais acertada e consciente acerca do método contraceptivo. A reunião será coordenada por um profissional da equipe de planejamento familiar, devidamente capacitado (enfermeiro, entre outros).

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui numa oportunidade para prática de ações educativas que não devem se restringir apenas as atividades referentes à anticoncepção, mas todos os aspectos da saúde integral da mulher.

Observa-se, no entanto, que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens.

É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens.

5.1 Ações educativas

Existem diferentes metodologias de trabalho em grupo. Cada serviço deve utilizar o que melhor adapte às suas disponibilidades de pessoal, tempo e de espaço, bem como as características e necessidades do grupo em questão.

Independente da metodologia utilizada é de fundamental importância que as práticas educativas tem caráter participativo, permitindo troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo. A linguagem utilizada pelo profissional deve ser sempre acessível, simples e precisa.

5.2 Aconselhamento

O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativo individualizado e centrado no indivíduo. Pressupõe a identificação e acolhimento da demanda do indivíduo ou casal, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias entre outras, relacionadas as questões de planejamento familiar e prevenção de DST/AIDS; Avaliação de risco individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DST.

5.3 Atividades Clínicas

As atividades clínicas devem ser realizadas levando em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha ter com os serviços de saúde devem ser utilizados em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde. A primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas incluindo: a anamnese; exame físico geral e ginecológico, orientação sobre o autoexame das mamas e levantamento do último exame colposcópico oncológico para avaliar a necessidade da coleta.

As consultas subsequentes visam um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar, e tratar possíveis intercorrências.

5.4 Consulta do enfermeiro:

- Colher história clínica e reprodutiva.
- Exame Físico:
- Verificar metas reprodutivas e conhecimento prévio e utilização de métodos anticoncepcionais
- Oferecer orientações gerais e esclarecimento de dúvidas sobre Planejamento Familiar.
- Colher material para colposcopia oncológica, quando necessário.
- Realizar ou solicitar exames de prevenção e diagnóstico do câncer de colo uterino e das DST/HIV, quando necessário;
- Encaminhar para consulta médica quando necessário
- Registrar em prontuário

5.5 Atribuições dos Profissionais na Assistência ao Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva

Atribuições	Profissionais
Captação da clientela	Multiprofissional
Orientação sobre necessidade de uso dos métodos	Multiprofissional
Prescrição/transcrição de anticoncepcionais (orais e injetáveis)	Médico(a) e enfermeiro(a)
Prescrição do anticoncepcional de emergência	Médico(a) e enfermeiro(a)
Indicação do DIU	Médico(a) e enfermeiro(a)
Inserção e remoção de DIU	Médico(a) capacitado(a)
1ª Revisão do DIU	Médico(a) que realizou a inserção
Revisões subseqüentes do DIU	Médico(a) e enfermeiro(a)
Prescrição de Laqueadura ou Vasectomia	Médico(a) e enfermeiro(a)
Orientação e/ou indicação do preservativo masculino e feminino	Multiprofissional
Aconselhamento e prescrição do Diafragma	Médico(a) e enfermeiro(a)
Aconselhamento e prescrição dos métodos naturais e comportamentais	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consultas de rotina	Médico(a) e enfermeiro(a)

Referencias Bibliográficas

1. Caderno de atenção básica – Controle de cânceres de colo de útero e mama – 2013.
2. Manual técnico – pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada – 2006.
3. Atenção à saúde da mulher – NEPP – 2012.
4. Normatização da assistência de enfermagem – MS – 2012.
5. Caderno de atenção básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco – 2012.
6. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa – 2008.
7. Protocolo de Florianópolis 2010
8. Manual técnico Assistência em Planejamento Familiar 2002
9. Cadernos de atenção básica saúde sexual e reprodutiva n26
www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/planej_familiar.pdf
http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocol_mulher.pdf

4. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMÍSSÍVEIS

1. Introdução

As doenças sexualmente transmitidas (DST) são a principal causa de morbidez no adulto, sendo responsáveis por inúmeras mortes em todo o mundo.

Apesar da incidência, alguns problemas envolvem seu manejo, como o desconhecimento da população quanto à forma de transmissão, o despreparo dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico clínico, o custo elevado dos exames laboratoriais e a demora para iniciar o tratamento efetivo.

Além disso, as DST com ulceração facilitam a transmissão do HIV, tendo seu tratamento como importante atributo para prevenção e controle da AIDS, pois prevenir suas complicações requer educação para a saúde e promoção do uso de preservativos.

1.2 Principais síndromes clínicas

SÍNDROME	DST	AGENTE	TIPO	TRANSMISSÃO SEXUAL	CURA
Úlceras	Sífilis	Treponema pallidum	Bactéria	Sim	Sim
	Cancro mole	Haemophilus ducreyi	Bactéria	Sim	Sim
	Herpes	Herpes simplex vírus (HSV-2)	Vírus	Sim	Não
	Donovanose	Klebsiella granulomatis	Bactéria	Sim	Sim
	Linfogranuloma	Chlamydia trachomatis	Bactéria	Sim	Sim
Corrimentos	Vaginose bacteriana	Múltiplos	Bactéria	Não	Sim
	Candidíase	Candida albicans	Fungo	Não	Sim
	Gonorréia	Neisseria gonorrhoeae	Bactéria	Sim	Sim
	Clamídia	Chlamydia	Bactéria	Sim	Sim

		trachomatis			
	Tricomoniase	Trichomonas vaginalis	Protozoário	Sim	Sim
Verrugas	Condiloma	Papilomavírus Humano	Vírus	Sim	Não

1.3 Ações essenciais complementares

- ✓ Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis;
- ✓ Vacinar contra hepatite B, se a idade for < 30 anos;
- ✓ Enfatizar a adesão ao tratamento;
- ✓ Orientar para que a pessoa conclua o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecidos;
- ✓ Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- ✓ Oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso;
- ✓ Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros (as) sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados;
- ✓ Fornecer ao paciente cartão de convocação para parceiros (as) devidamente preenchidos;
- ✓ Notificar o caso no formulário apropriado;
- ✓ Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias;
- ✓ Recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.
- ✓ Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, caso não exista o desejo de engravidar, ou adotar outras formas de sexo mais seguro;

1.4 Abordagem sindrômica

A- Úlceras Genitais

Opções terapêuticas para úlceras genitais (herpes genital)	
1º episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível	Aciclovir 200 mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias ou 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias ou

com:	Valaciclovir 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias; ou Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.
Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:	Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias); ou Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou 1 g dose única diária, 5 dias ou Famciclovir 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.
Casos recidivantes (6 ou mais episódios/ano) podem se beneficiar com terapia supressiva:	Aciclovir 400 mg, 12/12 hs, por até 6 anos ou Valaciclovir 500 mg por dia por até 1 ano; ou Famciclovir 250 mg 12/12 hs por dia por até 1 ano.
Gestantes:	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.
Herpes e HIV: No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, pensar na presença de infecção pelo HIV, quando se recomenda tratamento injetável:	Aciclovir 5 a 10 mg por Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica.

Opções terapêuticas para úlceras genitais (sífilis e cancro mole)

Na ausência de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento presuntivo para as duas causas mais frequente de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole (exceto herpes):

Sífilis	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega); ou
	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra indicado para gestantes e nutrízes) ou
	Alergia a penicilina - eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias;
Cancro Mole	Azitromicina 1g VO em dose única, ou Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos) ou Eritromicina(estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias; ou
	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.
	Gestantes– contra indicado uso de

	ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxona Obs: devido aos efeitos adversos da eritromicina tais com intolerância gástrica, utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa á eritromicina;
--	--

Opções terapêuticas para úlceras genitais (donovanose, linfogranuloma ou neoplasias)	
Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente, e ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose, com:	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica; ou
	Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica; ou
	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou
	Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica ; ou
	Azitromicina 1g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões.

Alertar o paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado.

Não esquecer as ações complementares essenciais- aconselhar, oferecer testes anti-HIV, VDRL, sorologia para Hepatite B e C, vacinar contra hepatite B. Enfatizar adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros, agendar retorno.

B- Corrimento Uretral

Opções terapêuticas para corrimentos uretrais (clamídia e gonorreia)	
Clamídia	Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias; ou
	Eritromicina(estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias ou Tetraciclina 500mg

	oral, 4x/dia, 7 dias ou Ofloxacina 400mg oral, 2x/dia, 7 dias;
	Em menores de 18 anos contra indicar ofloxacina.
Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou
	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única, ou Espectinomicina 2g IM dose única;
	Em menores de 18 anos está contra indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.
Terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais	
Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 7 dias	Metronidazol 2g, VO, dose única

C- Corrimento uretral e cervicite

Realizar anamnese incluindo os critérios de risco para identificação das mulheres com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo e/ou clamídia. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar tratamento. Nestes casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite ao exame ginecológico, a paciente será considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento.

Critérios de risco para infecção cervical:

- ✓ Parceiro com sintomas
- ✓ Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção
- ✓ Paciente acredita ter se exposto a DST
- ✓ Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia

O exame ginecológico é parte essencial do fluxograma de conduta e deve ser realizado segundo os passos abaixo:

- ✓ Examinar a genitália externa e região anal;
- ✓ Separar os lábios vaginais para visualizar o intróito vaginal integralmente.
- ✓ Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.

- ✓ Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo).
 - ✓ Colher material para realização da bacterioscopia quando disponível e para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, considerando o resultado positivo se o cheiro for de peixe podre).
 - ✓ Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical (colher swab endocervical com cotonete e observar se muco purulento contrapondo em papel branco).
 - ✓ Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos, pesquisa de clamídia.
- Se houver mucopus endocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento como cervicite (gonorréia e clamídia).

Opções terapêuticas para cervicite	
Clamídia	Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias; ou
	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias ou Tetraciclina 500mg oral, 4x/dia, 7 dias ou Ofloxacina 400mg oral, 2x/dia, 7 dias;
	Em menores de 18 anos e gestantes, contra indicar ofloxacina. Indicar azitromicina, eritromicina ou amoxicilina (500 mg, VO de 8/8 horas, por 7 dias);
Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou
	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única ou Espectinomicina 2g IM dose única;
	Em menores de 18 anos e gestantes, está contra indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.

Parceiros sexuais: devem ser tratados, preferencialmente com medicamentos de dose única.

Pacientes portadores de HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas acima referidos.

Opções terapêuticas para corrimentos vaginais	
Tricomoniase	Metronidazol 2g VO dose única ou Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO 7 dias; ou
	Secnidazol 2g, VO, dose única ou Tinidazol 2g VO dose única; ou
	Metronidazol 2g VO dose única ou Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias ou 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias;
Vaginose bacteriana	Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO 7 dias; ou
	Metronidazol 2 g VO dose única ou Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias; ou
	Metronidazol 250 mg 3 vezes ao dia durante 7 dias Ou Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias.
Candidíase	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; ou
	Fluconazol- 150 mg VO em dose única ou Itraconazol 200mg VO 12/12 hs em 1 dia ou

	Cetoconazol 400mg VO/dia por 5 dias; ou
	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

A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas. Assim, apenas os parceiros de mulheres com tricomoníase, devem ser tratados com o mesmo medicamento em dose única, porque esta é considerada uma DST.

Mulheres vivendo com HIV/AIDS devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Durante o tratamento para tricomoníase, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas, “gosto metálico na boca”). Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais, mantendo o tratamento se a paciente menstruar.

Na vaginose bacteriana – os parceiros não precisam ser tratados.

O tratamento sistêmico para candidíase deve ser feito somente nos casos de difícil controle ou recorrentes (4 ou mais episódios/ano). Nesses casos, devem-se oferecer sorologia anti-HIV e investigar causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticóides e outros).

Os parceiros sexuais de portadores de candidíase não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

D- Desconforto e dor pélvica

O exame ginecológico deve seguir os mesmos passos já descritos no fluxograma de corrimento vaginal. Se houver corrimento, medir pH e testes das aminas, e havendo possibilidade de apoio laboratorial, coletar material para realização de bacterioscopia. Em seguida, limpar o colo uterino e observar se existe mucopus endocervical (teste do cotonete) ou friabilidade do colo. Após exame da vulva, vagina, colo uterino e conteúdo vaginal, realizar o exame pélvico bimanual. Ao toque vaginal, pesquisar hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos, e a presença de massas ou coleções.

Pacientes com atraso menstrual, parto ou aborto recente, com perda de sangue pela vagina podem vir a desenvolver um quadro grave e, portanto, devem ser encaminhadas imediatamente para um serviço de referência. Ao exame, verificar se existe abertura do orifício cervical e/ou fragmentos fetais residuais.

Quadro abdominal grave: se a paciente apresenta defesa muscular ou dor, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca, durante o exame abdominal, ou apresentar hipertermia maior ou igual a 37,5°C deverá ser encaminhada para serviço de referência a fim de possibilitar o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Quando, ao exame clínico-ginecológico, houver presença de discreta defesa muscular ou dor à descompressão e/ou dor à mobilização do colo, deve-se iniciar o tratamento para DIP. Havendo condições para realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da paciente em nível ambulatorial.

Outras possíveis causas da dor ou desconforto pélvicos devem ser investigadas: infecções do trato urinário, endometriose, varizes pélvicas, aderências pélvicas, tumores pélvicos, alterações gastrointestinais (verminoses, constipação intestinal, doenças da vesícula). Nesses casos, encaminhar, se necessário, ao especialista.

Ao iniciar o tratamento para DIP no ambulatório, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após 3 dias, ou antes, se não houver melhora ou se houver piora do quadro. Se a paciente for usuária de DIU, encaminhá-la pra retirada deste.

Opções terapêuticas para DIP leve, sem sinais de peritonismo ou febre (tratamento ambulatorial)	
Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias; ou
	Metronidazol 500 mg, VO, e 12/12 horas, por 14 dias.
Esquema 2	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias Ou Ciprofloxacina 500 mg 12/12 horas por 14 dias; ou
	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias; ou
	Metronidazol 500 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias.

Medidas gerais: Repouso, abstinência sexual, retirar o DIU se usuária (após pelo menos 6h de cobertura com antibiótico), tratamento sintomático (analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais). Se, ao retornar em 3 dias, a paciente estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, recomendando-se sempre a necessidade de completá-lo. Não havendo melhora do quadro, a paciente deverá ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.

Incluir as ações complementares: aconselhar, oferecer VDRL, sorologia hepatite B e C anti-HIV, convocar parceiro (as), notificar, agendar retorno.

Encorajar a paciente a comunicar sobre sua doença a todas as pessoas com as quais manteve contato sexual durante os últimos dois meses. Fornecer às pacientes cartões de convocação para parceiros devidamente preenchidos. Essa medida é fundamental para romper a cadeia de transmissão e evitar que a paciente se reinfecte. Não havendo suspeita de DIP, e afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.

A dor pélvica é classicamente dividida em aguda e crônica. A aguda tem início súbito e geralmente é intensa suficiente para que a paciente procure cuidados imediatos. A dor pélvica é dita crônica quando tem pelo menos seis meses de duração, e requer uma propedêutica cuidadosa. De acordo com a etiologia, pode ser dividida em dois grandes grupos:

Causas ginecológicas	Causas não ginecológicas
Aborto	Apendicite
Gravidez ectópica	Diverticulite
Rotura ou torção de cisto de ovário	Linfadenite mesentérica
Sangramento de corpo lúteo	Obstrução intestinal
Dor do meio do ciclo menstrual (irritação peritoneal causada por discreto sangramento na cavidade quando ocorre a ovulação)	Infecção urinária
Degeneração de miomas	Litíase urinária
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Outras alterações intestinais (verminoses, constipação intestinal)

5. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

5.1 HANSENÍASE

Embora a endemia hansênica esteja mostrando sinais de declínio na década atual, os coeficientes de detecção ainda são expressivos, com diagnóstico de casos em todas as regiões, no Estado do Rio de Janeiro, a Metropolitana I é área prioritária no controle da hanseníase. Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta uma ou mais características a seguir, com ou sem história epidemiológica, e requer tratamento específico: Lesões ou áreas da pele com alteração ou diminuição de sensibilidade; Acometimento de nervo(s) periférico(s) com ou sem espessamento associado a alterações sensitivas e/ ou motoras e/ ou autonômicas; e Baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*. Os critérios para classificação operacional da hanseníase são:

- Paucibacilares – PB: casos com até cinco lesões de pele; e
- Multibacilares – MB: casos com mais de cinco lesões de pele e/ ou com baciloscopia positiva, independentemente do número de lesões.

Devido ao diagnóstico tardio, muitas pessoas ainda correm o risco de desenvolver incapacidades físicas, perfeitamente evitáveis com o diagnóstico e tratamento nas fases iniciais da doença. O diagnóstico tardio contribui ainda para a manutenção da cadeia de transmissão, com o surgimento de novos casos da doença. Isto faz com que a hanseníase ainda seja um problema de saúde pública. O tratamento possibilita a eliminação de fontes de infecção e a prevenção de sequelas. A assistência de enfermagem é parte integrante desse processo de cura. O acolhimento do usuário deve ocorrer através da prática de atendimento humanizado, por meio do processo de escuta e identificação adequada do problema, perpassa todo o cuidado à pessoa, envolvendo fortalecimento de vínculo e o olhar ao indivíduo no seu contexto de vida. Na atenção à pessoa com hanseníase o enfermeiro tem o papel estratégico de:

Identificar precocemente casos novos;

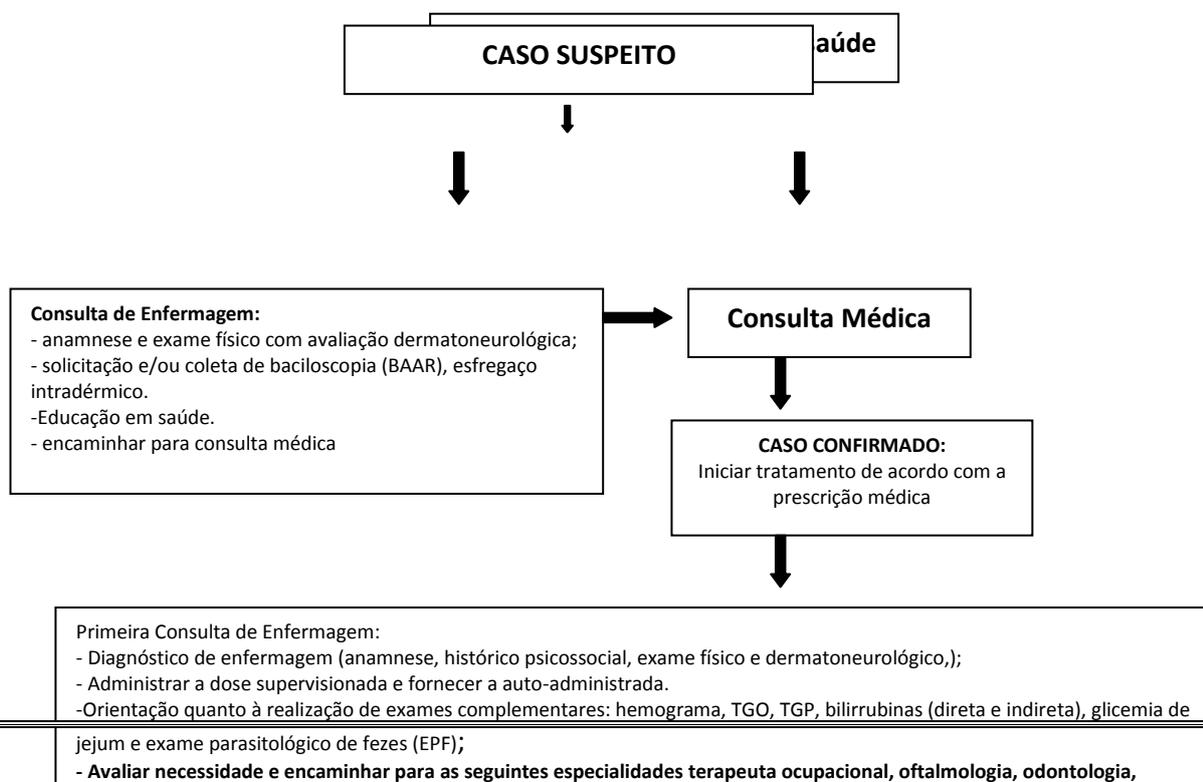
Realizar ações estratégicas para identificar precocemente casos novos e suspeitos;

Avaliar suspeitas;

Monitorar os casos;

Realizar consulta de enfermagem;
 Solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas observadas as disposições legais da profissão;
 Solicitar baciloscopia;
 Monitorar o tratamento poliquimioterápico e antireacional;
 Orientar sobre as reações das medicações;
Avaliar incapacidade física;
Prevenir incapacidades físicas;
 Realizar exame de contato intradomiciliar; e
 Ter uma relação de diálogo com o usuário, família e a comunidade, tratamento e cura.

Atuação do Enfermeiro na Suspeição e Acompanhamento



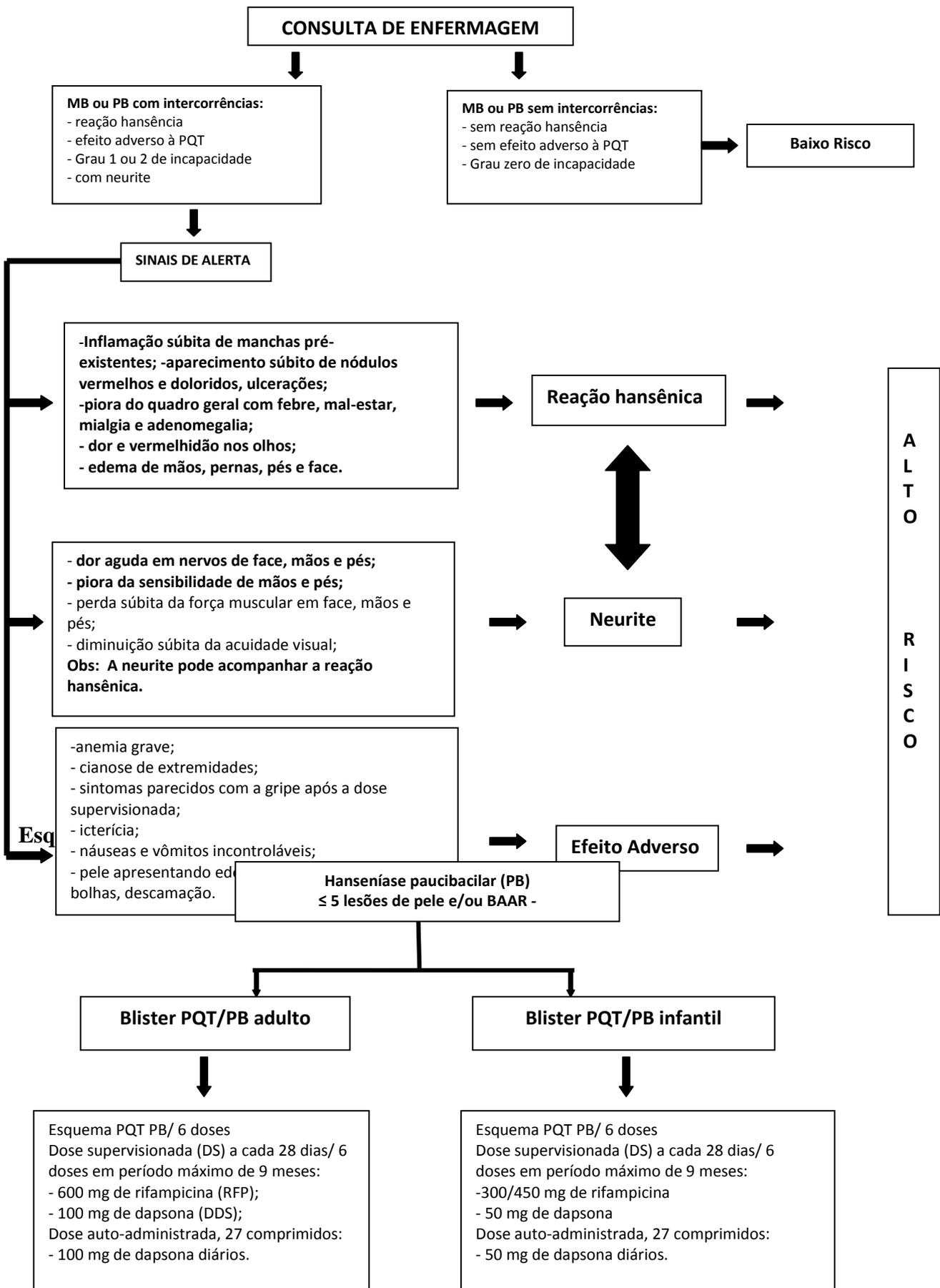
Consultas de enfermagem subsequentes:

- Anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica em todas as consultas e registro na ficha de avaliação neurológica simplificada na 1ª, 3ª e 6ª doses para paucibacilares e 1ª, 6ª e 12ª doses para os multibacilares;
- **Investigar possíveis sinais e sintomas de efeitos colaterais da PQT e/ou reação hansênica;**
- Suspender PQT e encaminhar para consulta médica em casos de reações adversas à PQT;
- **Encaminhar para consulta médica em caso de reação hansênica;**
- Supervisionar a tomada da dose mensal da PQT e fornecer as doses diárias auto-administradas;
- Orientações para o auto-cuidados e educação em Saúde;
- Agendar consulta de retorno para 28 dias a contar da dose supervisionada;
- Monitorar o comparecimento do paciente e proceder à busca de casos faltosos;
- Agendar consulta médica de rotina de 3 em 3 meses;

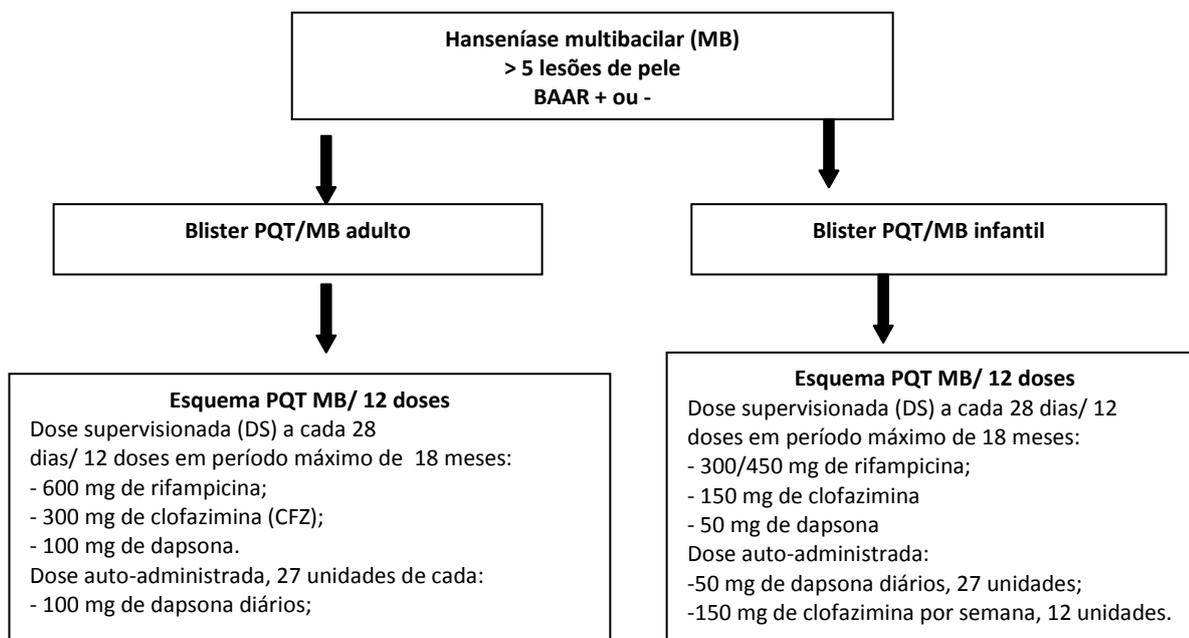
Consulta de enfermagem na última dose da PQT:

- Anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica;
- Avaliar o grau de incapacidade física;
- Agendar consulta médica para avaliação de alta após término das doses auto-administradas.
 - PB – 6 cartelas em até 9 meses
 - MB – 12 cartelas em até 18 meses
- Educação em saúde.

Acompanhamento de casos



Esquema Terapêutico Multibacilar



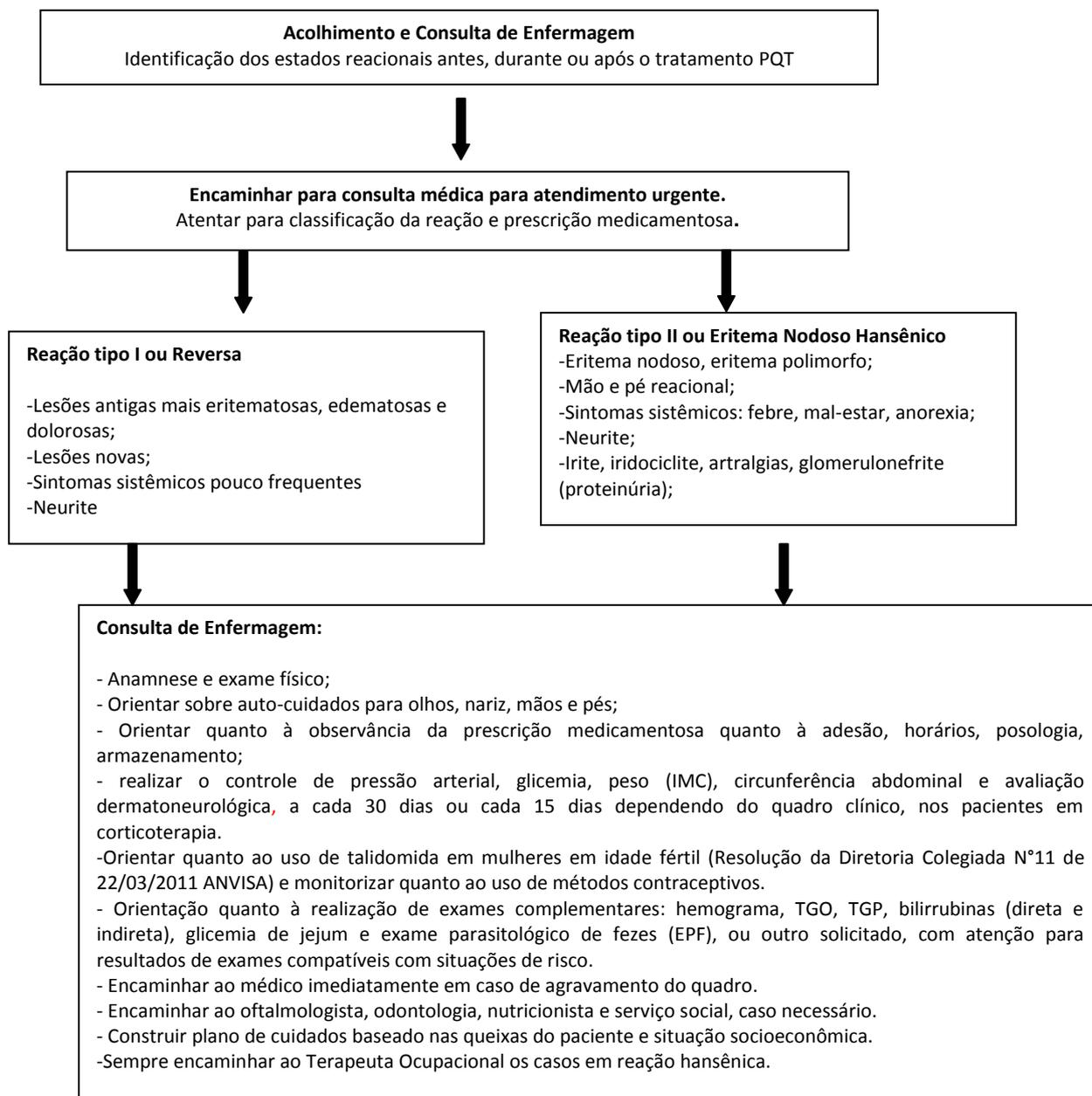
Conduta de Enfermagem nas reações adversas à PQT

Reação Adversa	Medicamento	Conduta
Síndrome sulfona: 1º mês de tratamento. (Anemia, dermatite esfoliativa, febre, dores abdominais, poliadenomegalia, icterícia, aumento de transaminases, linfocitose com linfócitos atípicos. Síndrome mononucleosesímile) Pode ser fatal.	DDS	Suspender PQT. Encaminhar ao médico com urgência. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.
-Anemia macrocítica (Sonolência, astenia; paciente hipocorado) -metahemoglobinemia. (Cianose, dispnéia, astenia, taquicardia, cefaléia)	DDS	Suspender PQT. Encaminhar ao médico. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo. Encaminhar ao médico com urgência.
Anemia hemolítica (Sonolência, astenia; paciente hipocorado)	DDS RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico com urgência. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.
Síndromes de hipersensibilidade tegumentar.	DDS RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.
Icterícia	DDS RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico.
Síndrome pseudogripal: a partir da 2ª DS.	RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.
Náuseas e vômitos incontroláveis	RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.

DDS- Dapsona

RFM- Rifampicina

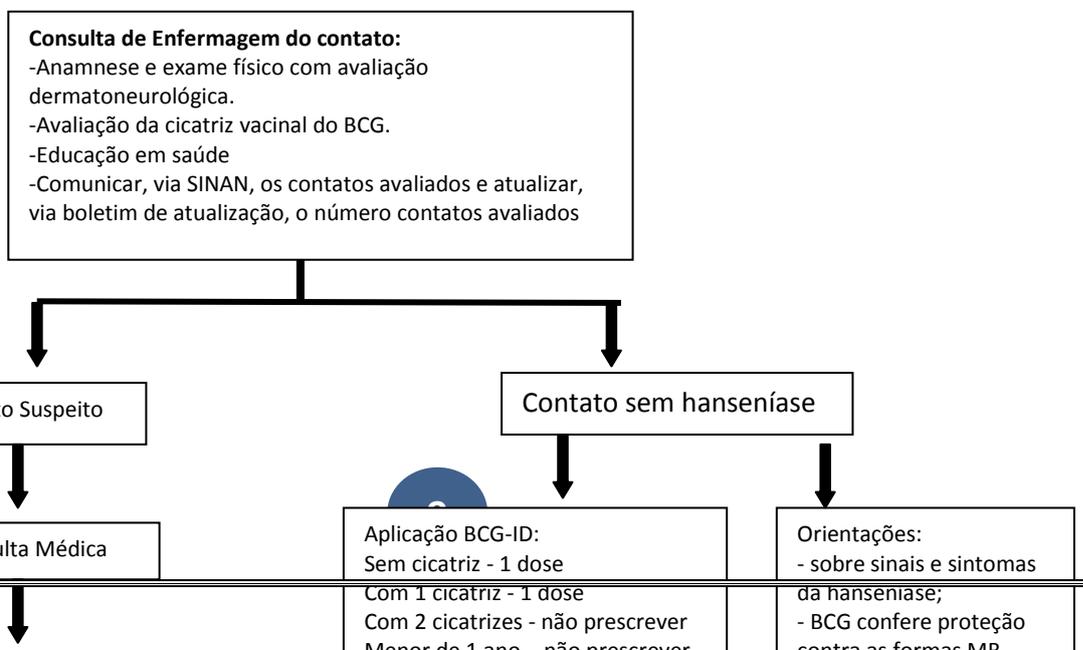
Conduta de Enfermagem nas reações hansênicas



ACHADO	CONDUTAS
<p>Neurites e/ou mão e pé reacional (durante o tratamento PQT e pós alta) Obs. As neurites podem ocorrer em pacientes com Grau 0, 1 ou 2 de incapacidade.</p>	<p>Avaliar prescrição medicamentosa quanto à adesão, horários, posologia, armazenamento e uso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor. • Orientar paciente para o repouso. • Imobilizar com tipóia e encaminhar para pólo de prevenção de incapacidades. • Acompanhar evolução clínica.
<p>Grau 0 de incapacidade: Nenhum problema com olhos mãos e pés no momento do diagnóstico</p>	<p>Avaliar o grau de incapacidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PB e MB - no diagnóstico, de 3/3 meses e na alta; <p>Fazer orientação para o autocuidado durante o tratamento PQT e pós alta;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais e sintomas de estados reacionais e neurites; • Inspeccionar olhos, mãos e pés; <p>Fazer avaliação dermatoneurológica no momento da dose supervisionada mensal.</p> <p>Encaminhar pacientes com reações hansênicas, neurites e outras alterações de mãos, pés e olhos para o nível secundário.</p>
<p>Grau 1 de incapacidade: Diminuição ou ausência de sensibilidade em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Córnea (não responde ao toque com fio dental) • Mãos (não responde ao monofilamento de 2,0g - lilás) • Pés (não responde ao monofilamento de 4,0g - vermelho fechado) 	<p>Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor.</p> <p>Prescrever, orientar e observar o uso de material de proteção como óculos, boné, luvas antitérmicas.</p> <p>Fazer orientação e demonstração para o autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar olhos, mãos e pés. • Hidratar e lubrificar a pele. • Observar sinais e sintomas de reações e neurites. • Usar colírio. • Usar material de proteção para olhos, mãos e pés. <p>Prescrever Hipromelose colírio 0,2 % e 0,3 %, 1 a 2 gotas, sempre que necessário, ou de 4 a 6 vezes por dia.</p> <p>Prescrever Creme de Uréia a 10%, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo.</p> <p>Prescrever Óleo Mineral, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo.</p> <p>Prescrever vaselina salicilada para aplicar nas áreas de calosidade, 1 a 2 vezes ao dia.</p>
<p>Grau 2 de incapacidade: Lagoftalmo; ectrópio; entrópio.</p>	<p>Prescrever colírio e óculos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar e demonstrar autocuidados; • Exercícios; • Lubrificar com colírio; • Usar óculos para proteção noturna e diurna; <p>Encaminhar para terapia ocupacional.</p> <p>Fazer acompanhamento.</p>
<p>Triquíase</p>	<p>Retirar os cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessário</p> <p>Orientar e demonstrar autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar os olhos • Comparecer à US em caso de irritação ocular, crescimento de cílios <p>Encaminhar para terapia ocupacional e oftalmologia.</p>
<p>Opacidade corneana; acuidade visual < 0,1</p>	<p>Encaminhar para o oftalmologista</p>
<p>Úlceras e lesões traumáticas em mãos</p>	<p>Prescrever medidas de proteção nas atividades do cotidiano, trabalho e lazer.</p> <p>Orientar e demonstrar autocuidado.</p> <p>Fazer curativo.</p>
<p>Garras em mãos.</p>	<p>Orientar a realização de exercícios em caso de garra móvel</p>

	Encaminhar para terapeuta ocupacional
Mão caída	Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente. Monitorar o uso do corticóide. Encaminhar para terapeuta ocupacional.
Lesões traumáticas em pés	Encaminhar para terapeuta ocupacional. Avaliar e orientar quanto ao calçado adequado. Realizar curativo. Prescrever medidas de proteção para as atividades de vida diária e laborativa. Orientar e demonstrar autocuidados.
Úlcera plantar (mal perfurante plantar)	Úlceras superficiais: Avaliar o calçado/ orientar calçado adequado Encaminhar para terapeuta ocupacional. Realizar curativo
Pé caído	Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente. Monitorar o uso do corticoesteróide. Encaminhar para terapeuta ocupacional.
Garras em pés	Orientar a realização de exercício.(garra móvel) Encaminhar para terapeuta ocupacional

Consulta de Enfermagem na Vigilância de Contatos:



5.2 TUBERCULOSE

A tuberculose é uma das mais antigas doenças infecto-contagiosa e permanece como uma das maiores causas de morte relacionadas à infecção de todo o mundo. O Brasil encontra-se entre os 22 países que albergam 80% dos casos. Motivo de grande preocupação para os profissionais e gestores do sistema público de saúde.

A propagação da tuberculose tem uma ampla distribuição geográfica e esta relacionada às condições de vida das pessoas, uma vez que sua proliferação tem alta incidência em áreas de maior concentração humana, com serviços precários de infraestrutura, em locais de profundos contrastes. Porém pode acometer qualquer pessoa, mesmo em áreas rurais. A probabilidade que a tuberculose seja transmitida depende de alguns fatores como: a contagiosidade do caso índice, tipo de ambiente em que a exposição ocorreu e a duração da exposição. Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver a doença em qualquer fase da vida. Isto acontece quando o sistema imune não pode mais manter os bacilos “sob controle” e eles se multiplicam rapidamente. O curso da infecção varia em diferentes hospedeiros. Usualmente, ocorre a doença pulmonar, mas a infecção pode aparecer em qualquer local, incluindo nas meninges, nos rins, nos ossos e nos linfonodos.

Para que haja impacto e redução do número de doentes de tuberculose são necessários o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a adesão do usuário a terapêutica medicamentosa.

A presença do ENFERMEIRO é fundamental e estratégica no combate e na prevenção da doença e o mesmo deve ter uma atuação acolhedora ao prestar assistência aos usuários suspeitos ou confirmados de tuberculose.

5.2.1. Ações do enfermeiro

Realizar busca ativa e identificação dos sintomáticos respiratórios

Executar Consulta de Enfermagem dos sintomáticos respiratórios e portadores de Tuberculose

Solicitar exames e prescrever medicamentos conforme legislação vigente.

Iniciar tratamento dos casos com BAAR positivo;

Enfatizar a importância do olhar e a escuta cuidadosa do usuário.

Realizar busca ativa, exame e orientação dos contactantes

Desenvolver ações de Promoção e Prevenção em relação às doenças transmissíveis no território de abrangência da Equipe de Atenção Básica

A busca ativa deve ser estendida a toda comunidade incluindo o atendimento da população com HIV e instituições fechadas existentes no território da Equipe de Atenção Básica

O protocolo de Enfermagem é um instrumento cuja finalidade é oferecer aos profissionais da Atenção Básica a possibilidade de aprimorar sua prática e promover novas habilidades e contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

O Tratamento Diretamente Observado é um elemento-chave da estratégia de controle da Tuberculose (DOTS) que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

Constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, porém sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura.

Esquema Básico (EB) para o tratamento da Tuberculose de adultos e adolescentes (> de 10 anos):

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
	150/75/400/275 mg	36 a 50	3 comprimidos	
	Comprimido em dose fixa combinada	> 50 kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou 150/100 mg comprimido ou cápsula	Até 20 kg	10/10/35/25 mg/kg	4
		20 a 35 kg	2 comprimidos	
		36 a 50	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	

Indicações:

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

Retratamentos: recidiva (independente do tempo decorrido do último episódio) ou retorno, após abandono, com doença ativa.

OBS: Pode ser administrado em gestantes e está recomendado o uso de piridoxina (50mg/dl) durante a gestação pelo risco de crise convulsiva (devido à isoniazida) no recém nascido.

Observações sobre o tratamento:

Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada, ou em caso de intolerância digestiva, com uma refeição.

O tratamento das formas extrapulmonares (exceto a meningoencefalica) terá a duração de seis meses, assim como o tratamento dos pacientes coinfectados com HIV, independentemente da fase de evolução da infecção viral.

Período de transmissibilidade após início do tratamento

A transmissibilidade está presente desde os primeiros sintomas respiratórios, caindo rapidamente após o início de tratamento efetivo. Durante muitos anos considerou-se que, após 15 dias

de tratamento o paciente já não transmitia a doença. Na prática, quando o paciente não tem história de tratamento anterior nem outros riscos conhecidos de resistência, pode-se considerar que, após 15 dias de tratamento e havendo melhora clínica, o paciente pode ser considerado não infectante. No entanto, com base em evidências de transmissão da tuberculose resistente às drogas, recomenda-se que seja também considerada a negatificação da baciloscopia para que as precauções com o contágio sejam desmobilizadas, em especial para biossegurança nos serviços de saúde.

Reações adversas

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: *i*) reações adversas menores, em que normalmente não é necessária a suspensão do medicamento anti-TB; e *ii*) reações adversas maiores, que normalmente causam a suspensão do tratamento.

A maioria dos pacientes completa o tratamento sem qualquer reação adversa relevante. Nesses casos, não há a necessidade de interrupção ou substituição do Esquema Básico.

Reações adversas “maiores” que determinaram alteração definitiva no esquema terapêutico variam de 3% a 8%. Os fatores de risco mais referidos para o desenvolvimento de tais efeitos são:

- idade (a partir da quarta década);
- dependência química ao álcool (ingestão diária de álcool > 80g);
- desnutrição (perda de mais de 15% do peso corporal);
- história de doença hepática prévia; e
- coinfeção pelo vírus HIV, em fase avançada de imunossupressão.

As reações adversas devem ser comunicadas ao médico da Equipe.

As reações adversas mais frequentes ao esquema básico são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%). Deve ser ressaltado que quando a reação adversa corresponde a uma reação de hipersensibilidade grave como plaquetopenia, anemia hemolítica, insuficiência renal etc., o medicamento suspeito não pode ser reiniciado após a suspensão, pois na reintrodução a reação adversa é ainda mais grave.

Para maiores informações sobre Reações adversas e seu manejo consultar Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da

Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília.

O advento da epidemia do HIV/AIDS nos países endêmicos para tuberculose tem acarretado aumento significativo de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa e formas extrapulmonares. Embora sejam menos infectantes que os pacientes com baciloscopia positiva, estes pacientes, em geral, são mais imunocomprometidos, apresentam mais reações adversas aos medicamentos e têm maiores taxas de mortalidade agravadas pelo diagnóstico tardio dessas formas.

É frequente a descoberta da soropositividade para HIV durante o diagnóstico de tuberculose. Estima-se no Brasil que, embora a oferta de testagem seja de aproximadamente 70%, apenas cerca de 50% tem acesso ao seu resultado em momento oportuno, com uma prevalência de positividade de 15%. Além disso, a tuberculose é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, sendo a taxa de óbito na coinfeção de 20%.

Portanto, o controle da coinfeção TB/HIV exige a implantação de um programa que permita reduzir a carga de ambas as doenças e que seja baseado em uma rede de atenção integral, ágil e resolutiva. Entre seus objetivos estão:

1. Garantir aos pacientes com tuberculose acesso precoce ao diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da oferta do teste e acesso ao tratamento antirretroviral, quando pertinente

2. Garantir as pessoas vivendo com HIV realização da PT e acesso ao tratamento da infecção latente (quimioprevenção) da tuberculose, quando indicado, além do diagnóstico precoce da tuberculose ativa nos pacientes com manifestações clínicas sugestivas.

Referencias Bibliográficas

1. SILVA R.P.V - *Construção de um Protocolo de Acolhimento para Unidade de Saúde da Família de Pingo D` água, Minas Gerais, 2011.*
2. HUMANIZA SUS: Política Nacional de Humanização: *a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.*
3. HUMANIZA SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: *um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.*
4. Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica Acolhimento à Demanda Espontânea/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Caderno de atenção básica, n.28, Volume I e II)
6. Avaliação e Assistência de Enfermagem: protocolo/. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 1. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2006.

2. SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Introdução

A enfermagem na atenção básica atua em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos de sua área de responsabilidade, visando à proteção, promoção, cuidado e recuperação da saúde.

Considerando a necessidade da instrumentalização para a enfermagem que atuam nas UBS com a Estratégia de Saúde da Família e garantindo que essa assistência ocorra conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde, fez-se necessária a elaboração deste protocolo com o objetivo de nortear condutas no âmbito da Atenção à Saúde da Criança.

Dessa forma, propomos a sistematização da assistência de enfermagem ao longo do ciclo vital do crescimento da criança e do desenvolvimento do Adolescente, partindo da readequação dos protocolos existentes, trabalhando com conceitos ampliados de indivíduo e família, buscando a integralidade na ampliação do mesmo que é complementar outras publicações relativas à Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.

2. Atendimento à criança

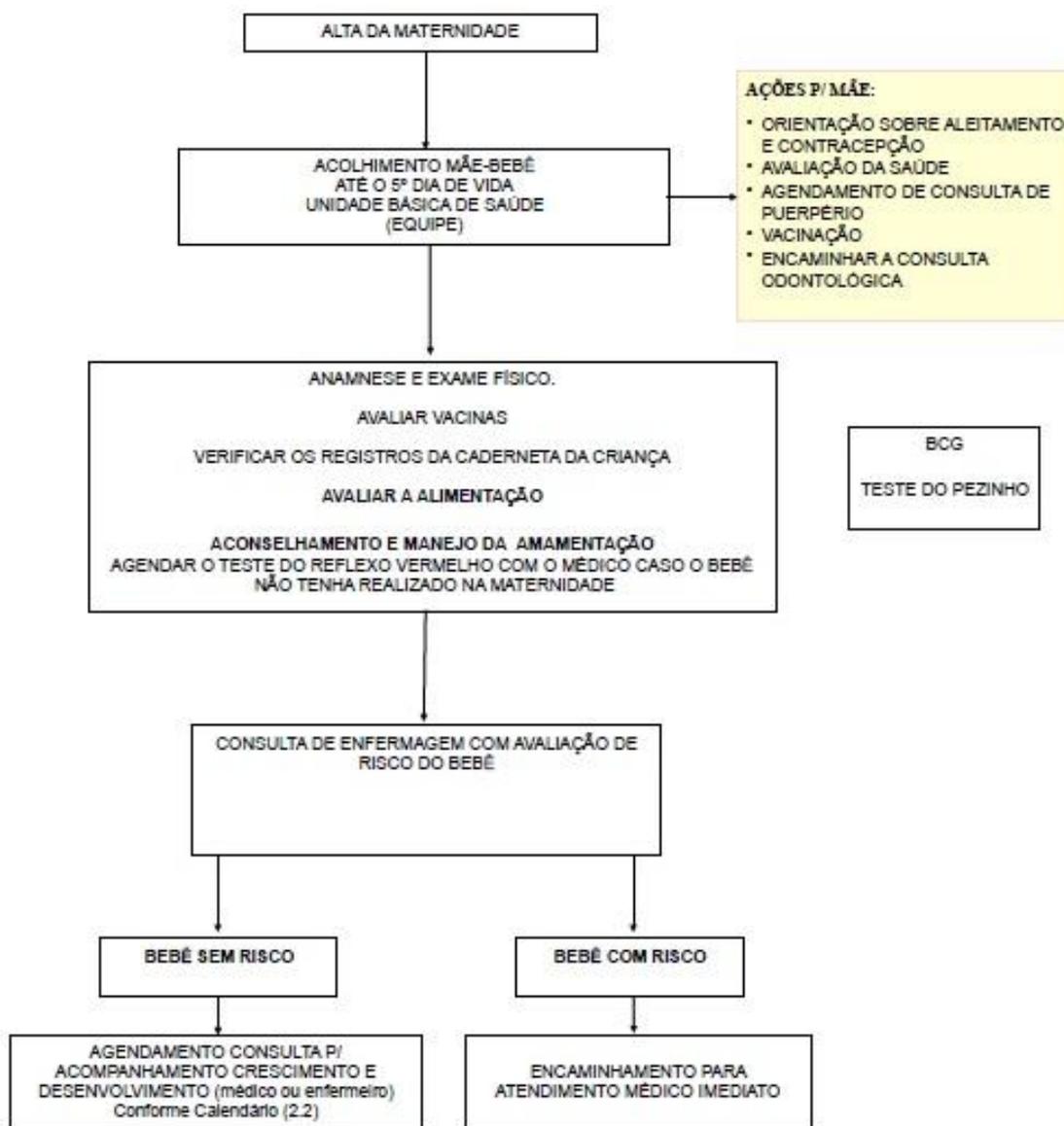
O atendimento à criança requer a sequência de ações ou medidas preventivas direcionadas desde antes do nascimento até os cinco anos de idade, com o objetivo de evitar que ela adoça e também para promover um crescimento e desenvolvimento adequados para cada faixa etária.

Com o conhecimento da clientela, viabilizada pelo ESF, é possível iniciar tal acompanhamento desde o pré-natal seguindo-se com ações individuais e coletivas a população infantil, de forma a intensificar o monitoramento junto às crianças que apresentam riscos.

2.1. Como fazer o seguimento da criança?

A puérpera e o recém-nascido (RN) deverão receber a visita domiciliar do enfermeiro logo que chegam ao domicílio, durante a primeira semana de vida, na qual são abordadas as orientações das técnicas corretas para o aleitamento adequado, cuidados com as mamas, com a episiorrafia, com curativos cirúrgicos, e sinais gerais de anormalidades; incentivo ao aleitamento materno exclusivo e as peculiaridades do cuidado como RN tais como, cólica, choro excessivo, cuidados como o coto umbilical e higiene em geral.

Fluxograma do acolhimento à criança



FONTE: Protocolos de enfermagem na atenção primária à Saúde.

2.2 Calendário de acompanhamento das crianças

- Realizar visita domiciliar nos primeiros 7 dias após a alta.
- Realizar no mínimo, 7 consultas individuais no 1º ano de vida, sendo 3 consultas médicas e 4 de enfermagem.
- Participar de grupos educativos, no mínimo por 4 vezes no primeiro ano de vida.
- Realizar no mínimo, 2 consultas individuais no segundo ano de vida.
- Realizar no mínimo, 1 consulta individual do terceiro ao quinto ano de vida.
- Realizar visitas domiciliares mensais até os cinco anos de vida.

IDADE	Calendário de consultas			Aleitamento Materno exclusivo	Teste do Pezinho	Reflexo Vermelho
	M	E	GE			
Chegada da maternidade	Visita Domiciliar					
5º dia	Acolhimento Mãe-bebê					(*)
< 15 dias						
30 dias						
2 meses						
3 meses						
4 meses						
5 meses						
6 meses						
7 meses						
8 meses						
9 meses						
10 meses						
11 meses						
12 meses						
15 meses						
18 meses						
2 anos						
2 anos e 6m						
3 anos						
3 anos e 6m						
4 anos						
4 anos e 6 m						
5 anos						
5 anos e 6 m						
6 anos						
6 anos e 6 m						
7 anos						
7 anos e 6 m						
8 anos						
8 anos e 6 m						
9 anos						
9 anos e 6 m						
10 anos						

FONTE: Ministério da Saúde, 2004.

2.3 Antecedentes pré-neonatais

- A mãe fez pré-natal?
- Ficou doente durante a gravidez?
- Fez algum tratamento ou seguimento?
- Usou drogas (lícitas e ilícitas), investigar HIV.
- Quantos filhos ela já teve?

- Quantos vivem?
- Quantos morreram?
- Quais as causas dos óbitos?
- A criança foi desejada?
- A mãe teve problemas psiquiátricos anteriores?
- Peso ao nascer (se > de 2.500g, se foi termo ou não, etc.)
- Tipo de parto (normal, fórceps ou cesárea “emergencial”por mecônio, interrogar o motivo do tipo de parto).

2.4 Intercorrências no nascimento

• Interrogar se o RN teve alta com a mãe, se não, por qual motivo ficou (“tomou soro”ou oxigênio, ou fototerapia);tais informações podem indicar possíveis anóxias, hipoglicemia, hipocalcemia, infecções, icterícia, etc. e indicativo da necessidade de monitoramento da evolução da criança.

• Registrar quem é o informante da consulta (a mãe, pai, avó, babá, etc) e quem cuida da criança.quem cuidará dela após o término da licença maternidade (creche, avó, babá, etc.).

• Aproveitar todas as oportunidades para investigar sinais indicativos de maus tratos (equimoses, hematomas, pequenos traumas.)

• Orientar a prevenção de acidentes em cada faixa etária: queda da cama ou berço, irmãos maiores, risco de sufocamento com mamadeiras, andadores, carrinhos, envenenamentos, etc.

2.5 Captação do recém-nascido

É importante que os municípios construam mecanismos de comunicação entre a Maternidade e as Unidades Básicas de Saúde a fim de possibilitar o atendimento mais precoce possível do recém-nascido. Ressaltamos que o preenchimento adequado da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e agilização no seu envio à UBS são procedimentos de extrema importância para a identificação das situações de risco.

Uma vez no domicílio, a puérpera e o recém-nascido devem receber a visita do Enfermeiro nas primeiras 24 horas após a alta, com o objetivo de:

- Verificar condições gerais da criança e da mãe;
- Estimular o aleitamento materno;
- Avaliar as condições de higiene;

- Verificar se há sinais de infecção no umbigo;
- Avaliar a existência de situações de risco;
- Encaminhar para as Ações do 5º dia;
- Orientar a mãe sobre a consulta do puerpério;
- Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança.

No caso de alguma dúvida ou frente a alguma alteração, o enfermeiro deverá encaminhar a mãe e a criança para a UBS ou serviço especializado. (MINAS GERAIS – 2005)

2.6 Como classificar o risco do RN

- Criança residente em área de risco;
- Baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g);
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais);
- Asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto;
- Internações/intercorrências;
- Mãe com menos de 18 anos de idade;
- Mãe com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo);
- História familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade.

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

Entre as situações familiares consideradas de vulnerabilidade, encontram-se as seguintes:

gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez, separações e lutos na família, mãe em situação de sofrimento agudo ou diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, pais com dificuldades de assumir a parentalidade (tornar-se pai e tornar-se mãe) e famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas). (Ministério da Saúde, 2012)

2.7 - Captação de lactentes e pré-escolares

Todas as crianças da área de abrangência da UBS devem estar cadastradas e incluídas no programa de acompanhamento. Novos moradores devem ser visitados pelo ACS o mais rápido possível. Quaisquer outras oportunidades de captação devem ser aproveitadas, programando o acompanhamento.

2.8 - Busca de faltosos

As famílias das crianças faltosas às atividades programadas deverão ser visitadas pelo ACS para identificação dos motivos da sua ausência e orientação aos familiares.

As consultas perdidas deverão ser agendadas novamente.

Em caso de internação da criança, a equipe deverá entrar em contato com o hospital para informações e, assim, programar uma consulta imediatamente após a alta.

Quando as crianças em situações de risco não comparecerem a qualquer atividade pré-agendada na UBS, as famílias deverão ser contatadas com urgência.

2.9. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança. Toda criança deve receber a “Caderneta de Saúde da Criança” (CSC - MS), de preferência ainda na maternidade. Implantada desde 2005, é o documento onde são registrados os dados de identificação da criança, da história obstétrica e neonatal, da alimentação, do crescimento e desenvolvimento, da saúde bucal, auditiva e visual, as vacinações, além do registro das intercorrências clínicas. Contém ainda orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos como acidentes e violência doméstica. Entregue às famílias na maternidade, deve acompanhar a criança sempre que esta for levada a qualquer serviço de saúde. O registro correto e completo das informações é requisito básico para vigilância e promoção da saúde infantil, além do diálogo com a família sobre as anotações realizadas possibilitar apropriação do sentido da puericultura, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância à saúde. As visitas domiciliares ou os atendimentos de saúde na UBS são oportunidades de entrar em contato com este cartão fazendo atualizações.

Essa ação envolve não apenas a realização do exame laboratorial para triagem neonatal, mas também a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento multidisciplinar especializado e o tratamento dos pacientes detectados, o

que deve estar garantido e pactuado na rede de assistência local/regional, bem como a avaliação de cobertura, do funcionamento e resultados do programa.

A “Primeira Semana Saúde Integral” (PSSI) é uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). Estas ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Na “Primeira Semana Saúde Integral” todo recém-nascido deve ser acolhido na Unidade Básica de Saúde para checagem dos cuidados tanto para a mãe quanto para a criança, ressaltando-se a importância dessa abordagem na primeira semana de vida e primeiro mês, quando ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce. A equipe de cuidados deve estar atenta para ouvir a mãe ou seus familiares evitando julgar o que por acaso esteja sendo feito de errado, devendo elogiar o que estiver sendo feito certo e sugerir formas de corrigir o errado, sem dar ordens. Avaliar e observar a mamada em todas as ocasiões de encontro com mãe e bebês e reforçar as orientações dadas no pré-natal ou maternidade, priorizando a importância do aleitamento materno exclusivo por 6 meses e a complementação com os alimentos da família até os dois anos de idade ou mais.

2.10 Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família.

2.11 Tipos de aleitamento materno:

Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos,

Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais¹.

Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Pontos-chave do posicionamento adequado

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação:

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- Dor na amamentação; Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

Benefícios do aleitamento materno:

- Evita mortes infantis
- Evita diarreia
- Evita infecção respiratória
- Diminui o risco de alergias
- Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes

- Reduz a chance de obesidade
- Melhor nutrição
- Efeito positivo na inteligência
- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal
- Proteção contra câncer de mama
- Evita nova gravidez
- Menores custos financeiros
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho
- Melhor qualidade de vida

Quadro I – Esquema alimentar para crianças menores de dois anos que estão em aleitamento materno

Após completar 6 meses	Após completar 7 meses	Após completar 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno sob livre demanda • 1 papa de frutas no meio da manhã • 1 papa salgada no final da manhã • 1 papa de frutas no meio da tarde 	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno sob livre demanda • 1 papa de frutas no meio da manhã • 1 papa salgada no final da manhã • 1 papa de frutas no meio da tarde • 1 papa salgada no final da tarde 	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno sob livre demanda • 1 refeição pela manhã (pão, fruta com aveia) • 1 fruta • 1 refeição básica da família no final da manhã • 1 fruta • 1 refeição básica da família no final da tarde

Fonte: www.saude.gov.br/nutricao

Além da fortificação das farinhas de trigo e de milho e das ações educativas, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que se destina à suplementação preventiva de todas as crianças de 6 a 18 meses com sulfato ferroso. Mais informações podem ser obtidas na publicação Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e no Caderno de Atenção Básica intitulado Carências de Micronutrientes.

Como o PNSF prevê, a introdução da alimentação complementar deve ser orientada de forma adequada, uma vez que ela tem papel importante no suprimento de ferro durante a infância. É indiscutível que o leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança previne anemia, apesar da sua baixa quantidade de ferro, pois a biodisponibilidade permite

a absorção de 50% do ferro presente, enquanto a absorção do ferro do leite de vaca, que possui quantidades semelhantes, é de 10%. Para maiores informações consultar Caderno de Atenção Básica nº 23.

2.12. Vacinação

- A carteira deve ser verificada sempre, anotando se está em dia pela verificação direta ou “SIC” (segundo a informação do cuidador).
- Aproveitar qualquer vinda da criança à UBS para regularizar as vacinas (acolhimento, grupos, consultas médicas ou de enfermagem).
- Evitar atrasos por IVAS: desde que a criança esteja bem e afebril, deve ser vacinada.
- Questionar na VD de puerpério se foi colhido o PKU e T4 na maternidade.
- Se não foi colhido, encaminhar para a coleta o mais rápido possível e posteriormente, cobrar o resultado.
- As doenças preveníveis por este exame simples (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito) quase não deixam sequelas (atraso de DNPM) se diagnosticadas e tratadas precocemente.
- Atualmente, a anemia falciforme está sendo pesquisada também pelo “exame do pezinho”.

A Unidade de Saúde deve garantir o funcionamento da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população, acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, fazendo a busca ativa de faltosos. A continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos serviços de saúde possibilita ampliar a cobertura de vacinação, principalmente depois dos 5 anos de vida, quando a cobertura não tem sido atingida pela ação dos serviços de saúde.

VACINAS	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	9º mês	12º mês	15º mês	18º mês	4 anos	9/10 anos	15 anos
BCG	DOSE												
Hepatite B	DOSE	DOSE				DOSE							
Triplice Bacteriana - DTPw ou DTPa		DOSE		DOSE		DOSE			REFORÇO		REFORÇO		DTPa e DT
Hemófilos B		DOSE		DOSE		DOSE			REFORÇO		REFORÇO		
Pólio - POV ou PIV		DOSE		DOSE		DOSE			REFORÇO		REFORÇO		
Rotavírus		2 ou 3 doses de acordo com o fabricante											
Pneumocócica conjugada		DOSE		DOSE		DOSE		REFORÇO					
Meningocócica conjugada			DOSE		DOSE			REFORÇO					
Influenza (gripe)							A partir dos 9 meses, de acordo com a necessidade						
Febre amarela						A partir dos 6 meses, 2 doses							
Hepatite A							DOSE			DOSE			
Sarampo, Caxumba Triplice viral - Rubéola							DOSE			DOSE			
Varicela							DOSE			REFORÇO			
HPV												3 doses após os 9 anos	

Fonte: <http://saudeinfantil.blog.br/>

As vacinas de vírus vivos atenuados ou bactérias atenuadas, não devem ser administradas:

- Em pessoas com imunodeficiência adquirida (HIV) ou congênitas;
- Em pacientes com neoplasias (câncer) malignas;
- Durante a gravidez, salvo alto risco de exposição, como febre amarela;
- Em indivíduos que estão em tratamento com corticosteroides em altas dosagens ou outras terapêuticas imunossupressoras, como quimioterapia, radioterapia etc.

2.13. Adiamento da vacinação

- Após tratamento com imunossupressores ou altas doses de corticosteroides até três meses após o tratamento;
- Após transfusões sanguíneas ou de hemoderivados, pois os anticorpos podem neutralizar o efeito vacinal. Deve-se aguardar de 6 a 8 semanas para reiniciar o esquema de vacinação;
- Em doença aguda febril grave, para que os sinais e sintomas da doença não sejam confundidos ou atribuídos com possíveis efeitos adversos da vacina.

2.14 Falsas contraindicações

Tosse, coriza, diarreia leve ou moderada, doenças de pele;

- História e (ou) diagnósticos clínicos pregressos de hepatite B, tuberculose, tétano, difteria, coqueluche, sarampo, caxumba, rubéola, poliomielite e febre amarela em suas respectivas vacinas;
- Desnutrição;
- Uso de qualquer antimicrobiano;
- Vacinação contra a raiva;
- Doença neurológica pregressa ou estável;
- Alergias (exceto as que se relacionam com os componentes vacinais);
- Em tratamentos curtos com corticosteroides, uso para manutenção fisiológica ou em doses baixas ou moderadas;
- Baixo peso ao nascimento (com exceção da BCG) ou prematuridade;
- Em casos de internação hospitalar.

2.15. Consulta de Enfermagem

2.16. Anamnese

Anamnese = recordação, reminiscência.

Identificação: Nome, idade, data de nascimento, sexo, (cor – raça – grupo étnico), naturalidade, procedência, religião, endereço, nome e idade dos pais, informante.

Consulta de acompanhamento. Se houver descrever segundo o relato do acompanhante ou do paciente. Identificando corretamente o tempo de evolução.

Interrogatório Sobre os Diferentes Aparelhos (ISDA) – mesmo que não haja uma queixa, deve ser realizado o interrogatório complementar.

Geral: febre, adinamia, apetite, perda de peso.

Pele: erupções, prurido, palidez.

2.17. Exame Físico

- O exame físico deve ser sempre detalhado.
- Lembrar peculiaridades do RN.
- Sempre observar sinais de maus tratos, má higiene, abandono ou negligência.
 - Estar atento para hipoatividade ou abatimento da criança, assim como irritabilidade ou choro excessivo.
 - Deixar anotado no prontuário qualquer suspeita e tomar as providências que estiverem ao alcance da equipe.

Evolução do perímetro cefálico esperado:

Avalie o *comprimento* e o *perímetro cefálico* da criança. Avalie o *peso* em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou > +2 escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento.

Examine as *fontanelas*: a fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.

Medidas normais do perímetro cefálico:

0,3 cm por mês No 2º ano de vida

0,5 cm por mês 5º ao 12º mês

1,5 cm por mês 3º e 4º meses de vida 2 cm por mês 1º e 2º meses de vida

Estado geral:

Avalie a *postura* normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados. Observe o *padrão respiratório*: a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos. Avalie o *estado de vigília* do recém-nascido: o estado de alerta, o sono leve ou profundo e o choro. Identifique sinais de *desidratação* e/ou *hipoglicemia*: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia.

A *temperatura axilar* normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.

Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança a partir dos seguintes valores:

15 cm 1º semestre

10 cm 2º semestre

25 cm 1 ano

10 a 12 cm 2 anos

7 cm 3 e 4 anos

5 a 6 cm Até o início da puberdade

ATENÇÃO: OBSERVAR

- Perda de 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida.
- Ganho de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida; e
- Triplicação do peso de nascimento até o 12º mês de vida.
- A situação das medidas de peso e altura da criança, em relação à idade, comparadas aos percentis da curva padrão (NCHS), define as seguintes categorias para o peso:
 - Sobrepeso: Peso no percentil maior ou igual a 97 – Adequado: Peso entre os percentis 10 e 97
 - Risco nutricional: Peso entre os percentis 10 e 3
 - Desnutrição: Peso menor que o percentil 3
- Em relação à avaliação longitudinal, reflete a história da criança desde o nascimento até a avaliação atual. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos 3) e avalia-se o traçado como:
 - Ascendente: Satisfatório

- Horizontal: Sinal de alerta
- Descendente: Sinal de Perigo

Obs.: A verificação de peso deve ser feita na consulta de enfermagem e médica, no atendimento do auxiliar de enfermagem e em grupos de puericultura, garantindo-se sempre a retirada completa das roupas, fraldas e calçados.

Ausculta cardíaca

Não há evidências contra ou a favor da ausculta cardíaca e da palpação de pulsos em crianças. Os valores das frequências cardíaca e respiratória considerados normais podem ser observados a seguir.

Tabela 2 – Frequência cardíaca normal

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

Fonte: DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000, p. 43-45.

Tabela 3 – Frequência respiratória normal, segundo a OMS

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

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007, p. 31-50.

Interrogatório Sobre os Diferentes Aparelhos (ISDA) – mesmo que não haja uma queixa, deve ser realizado o interrogatório complementar.

Geral: febre, adinamia, apetite, perda de peso.

Pele: erupções, prurido, palidez.

2.18 Cuidados básicos para o acompanhamento da criança

Atendimento em saúde bucal

- Realizar ações de educação em saúde bucal.
- Realizar atendimento clínico odontológico.
- Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências.
- Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário.
- Orientar: alimentação e higiene.
- Realizar os registros necessários.

- **Cabeça:** cefaléia, tonturas, trauma, conformação craniana, tumorações, observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
- **Fontanelas:** a fontanela anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior (lâmbdia) mede 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.
- **Olhos:** avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.
- **Visão:** avaliar aspecto e simetria dos olhos, alinhamento pelo teste do reflexo vermelho, presença da visão através da observação de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz.
- **Ouvidos:** observar a forma, alterações, implantação das orelhas.
- **Acuidade auditiva:** observar pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro, em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente de 3 metros.
- **Nariz:** verificar presença e aspecto de secreção. Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal.
 - Observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima.
 - Observar coloração da mucosa, condições de cornetos, calibres da via aérea e secreção.
- **Boca e faringe:** iniciar pela inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias, gota pós-nasal e placa de secreção.
- **Pescoço:** inspeção e palpação dos gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.
- **Tórax:** observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.
- **Pulmão:** observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax. Auscultar procurando alterações dos sons respiratórios e sua localização.
- **Coração:** verificar pulso apical, palpitações, cianose, cansaço aos esforços, dor precordial, síncope, sudorese, cansaço e interrupção frequente das atividades. Na história neonatal questionar a presença de cianose, taquidispnéia, se a criança permaneceu no hospital após a alta materna. Ausculta: frequência, intensidade, ritmo e qualidade deverão ser avaliados, procurando alterações e sua localização.
- **Abdômen:** observar alterações globais de forma e volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais, ventrais e diástases, hábito intestinal, regurgitação, vômitos, dor abdominal, diarreia.

- As hérnias costumam fechar espontaneamente até os dois anos de idade.
 - Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção e hiperemia.
- A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dia de vida.
- Realizar palpação geral, superficial e profunda, e também fígado e baço.
- Observar presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede.

- Percussão: delimitar o tamanho do fígado.

DOENÇAS	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	TRATAMENTO
ANEMIAS	<p>Dar apoio emocional e esclarecimento sobre a doença.</p> <p>Manter repouso relativo, evitar exercícios intensos.</p> <p>Observar aparecimento de hematomas e petéquias.</p> <p>Observar anorexia e estimular alimentação rica em proteínas e ferro.</p> <p>Orientar para não ingerir os alimentos ricos em ferro em conjunto como leite e derivados, mais sim, com alimentos ricos em vitamina C.</p> <p>Observar aspecto das eliminações para detectar sangramentos.</p> <p>Observar Sinais Vitais.</p> <p>Evitar lesões cutâneas e injeções I.M..</p> <p>Administrar medicamentos prescritos (pelo medico): Sulfato ferroso, Vitaminas B6/ou B12, Vitamina C.</p> <p>Administrar sangue nos casos de anemia profunda.</p>	<p>Sulfato Ferroso 25 mg/ml Fe (II) solução oral</p> <p>Tratamento na integra vide quadro a baixo.</p>
CANDIDÍASE ORAL E DERMATITE AMONIAL	<p>Candidíase</p> <p>Orientações à mãe da criança sobre higienização da mucosa oral</p> <p>Encaminhamento ao pediatra</p> <p>Acompanhamento do caso</p>	<p>Nistatina 100.000 UI/ml solução oral</p> <p>Óxido de Zinco + Retinol + Colecalciferol pomada dermatológica (administrar no local afetado diariamente)</p>
FEBRE	<p>Controle rigoroso de temperatura.</p> <p>Aplicar compressas mornas (nunca fria devido ao risco de vasoconstrição súbita).</p> <p>Orientar, auxiliar e supervisionar a ingestão de líquidos (oferta de soro oral).</p>	<p>Paracetamol 100 ou 200 mg/ml solução oral (10 a 15 mg/kg/dose, com intervalos de 4-6 horas entre cada administração.)</p>
NÁUSEAS E VÔMITOS	<p>Orientar e supervisionar a aceitação da dieta.</p> <p>Observar e avaliar os sinais e sintomas de desidratação.</p>	<p>É importante se manter hidratado. Tente frequentemente a ingestão de pequenos volumes de líquidos claros, como as soluções de eletrólitos. Outros líquidos claros - como água, bebidas à base de gengibre ou sucos de frutas - também funcionam, a menos que o vômito seja intenso ou se trate de um</p>

		bebê. Para bebês em aleitamento materno, o leite materno geralmente é o melhor. Bebês alimentados com mamadeira geralmente precisam de líquidos claros.
DESIDRATAÇÃO	Orientar quanto à importância da ingestão de líquidos; Orientar sobre a preparação correta do soro caseiro Acompanhamento do caso.	Sais de para reidratação – pó para solução oral (Despejar o conteúdo em um copo litro de água filtrada e fria e ir bebendo aos poucos ou à cada evacuação ou vômito.)
PEDICULOSE	Hábitos adequados de higiene; Lavar os cabelos pela manhã, secar bem com uma toalha, aplicar uma solução de vinagre morno diluído em partes iguais de água (1:1), deixar agir por 20 a 30 minutos e pentear os cabelos com pente fino, com o objetivo de remover as lêndeas manualmente; - Lavar as roupas de uso pessoal e de cama com água quente ou lavar normalmente e passar a ferro, além de higienizar escovas, chapéus e bonés; - Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar e tratá-los se for o caso.	Benzoato de benzila 25% emulsão tópica (preferencialmente à noite na hora de deitar-se o paciente deve tomar banho com água quente e sabão, em seguida aplicar a emulsão de forma abundante nos locais afetados) - Permetrina 1 % loção capilar - Permetrina 5 % loção

Fonte: Silva Jardim, 2010.

Ausculta: buscar sons intestinais em cada quadrante

- **Pele e mucosas:** observar elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN deve estar lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, e é visível após as primeiras 24 horas de vida e quando aparece antes disto, pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção do RN.
- **Genito-urinário:** dor, frequência urinária, urgência urinária, coloração da urina, presença de testículos na bolsa escrotal, corrimento vaginal, dor lombar, edema. Nos adolescentes: menarca, ciclo menstrual (intervalo, duração, quantidade, dismenorréia e sua graduação: ausente, fraca, moderada, forte, mas não atrapalha atividades habituais, forte e atrapalha atividades habituais e/ou acompanhada de sintomas como vômitos, desmaios, etc.), crescimento mamas, presença de pêlos pubianos, sexualidade.

Meninos: observar presença de fimose e testículos na bolsa escrotal (criptorquidia), pesquisar reflexos cremastéricos, hidrocele, hipospadia ou epispadia.

Meninas: observar o hímen e presença de secreção vaginal pode ocorrer presença de secreção mucóide ou às vezes sanguinolenta nos primeiros dias de vida.

- **Extremidades:** observar deformidades, valgismo/varismo, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.

- Palpar pulsos radial, femoral e pedioso;

- Realizar manobra de Ortolani;

- Observar dedos extra-numéricos, baqueteamento digital, polidactilia;

- Examinar coluna vertebral em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvatura.

- Registrar presença de espinha bífida, tufo de pêlos e hipersensibilidade.

- **Exame neurológico:** observar os comportamentos das crianças comparados ao comportamento habitual e esperado para fase de desenvolvimento. Avaliar nível de consciência, atividade normal ou habitual, hipoativa ou com diminuição do padrão próprio de atividade.

- **Avaliação dos reflexos:** estão descritos a seguir alguns reflexos que podem ser avaliados, sendo necessária às vezes a procura de muitos outros durante a consulta de enfermagem, que podem ser encontrados através de pesquisa bibliográfica pelo profissional.

- **Reação de Moro:** utilizar estimulação de queda de cabeça ou som. Não usar estimulação intensa. A criança deve abrir e fechar os braços.

- **Preensão Palmar:** colocar o dedo do examinador na palma da mão da criança no nível do metacarpo falangiano. A criança responde com flexão de todos os dedos, flexão e adução do polegar, simultaneamente.

- **Reflexos de Sucção:** é provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia movimentos de sucção dos lábios e da língua. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada. Este reflexo está presente até os três meses de vida.

- **Reflexo Cutaneopalmar:** imobilize o membro inferior com a mão apoiada na porção média da perna, realizando pequenas e sucessivas excitações na borda externa do pé, na região inframaleolar. A resposta será de extensão do hálux (sem ser lenta ou majestosa), com ou sem abertura em leque dos dedos

- **Reflexo de Marcha:** em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, realizar o contato da planta dos pés com a superfície, a criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos. (SÃO PAULO, 2003).

2.19. Doenças mais acometidas em crianças

– Classificação das crianças conforme a idade, a presença de fatores de risco para anemia e a conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento

Classificação	Condutas
Grupo 1 (com menos de 12 meses)	
A. Crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	A. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro.	B. 1 a 2mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 18 meses. Se não tiver sido suplementada, solicite hemograma entre 9 e 12 meses.
C. Prematuros sadios e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG).	C. 2mg/kg/dia após 1 mês de vida por 2 meses. Depois, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Solicite hemograma aos 15 meses.
D. Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, ferropenia materna grave durante a gestação (Hb < 8), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas).	D. 2 a 4mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se o resultado do exame for normal, reduza a dose para 1 a 2mg/kg/dia até os 18 meses. Se houver anemia, mantenha a dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia deve ser feita aos 15 meses.
Grupo 2 (de risco para maiores de 24 meses)	
<ul style="list-style-type: none">• Dieta pobre em ferro: vegetarianos, excesso de laticínios (mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente) e baixa ingestão de frutas e verduras.• Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de Aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos).	Solicite hemograma e aja conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Trate a anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhe os pais sobre dieta rica em ferro.

FONTE: Ministério da Saúde, 2012.

2.20. PREVENÇÃO DE ACIDENTES, MAUS TRATOS/VIOLÊNCIA E TRABALHO INFANTIL.

A violência urbana e doméstica (o abuso sexual, o abandono, a negligência e a violência psicológica), os acidentes domésticos (quedas, choques elétricos, queimaduras e ingestão de substâncias químicas) e do trânsito, deixam marcas, nem sempre visíveis, por toda a vida, são causas importantes de morbimortalidade na infância, e trazem aos serviços de saúde a necessidade de estruturação diferenciada.

Cabe às equipes de saúde identificar e notificar os casos de violência e maus-tratos, suspeitos ou confirmados (Notificação Obrigatória de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes– MS, 2002), de acordo com fluxo local, além de proceder ao acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários utilizando a rede de apoio existente.

As equipes de saúde deverão estar atentas para reconhecer situações de risco nas famílias (alcoolismo, abuso de drogas, desagregação familiar) além de sinais e sintomas sugestivos de violência em todos os seus atendimentos e visitas domiciliares, tais como lesões físicas (equimoses, fraturas, queimaduras), alterações de comportamento (agressividade, medo, timidez excessiva, apatia), negligência (criança mal cuidada, internações repetidas, desnutrição crônica, etc.), entre outros. Esses comportamentos podem refletir situações de abuso psicológico, abuso sexual/físico; síndrome da criança espancada; síndrome do bebê sacudido; abandono; maus-tratos; negligência, violência institucional, intrafamiliar e violência social.

2.21. Atenção à criança portadora de deficiência

As crianças com necessidades especiais devem receber atenção integral e multiprofissional, devendo ter como referencial a promoção da sua inclusão e participação social. Em toda visita domiciliar ou atendimento da criança a equipe de saúde deve estar atenta a alguns sinais de alerta como atraso nas aquisições neuropsicomotoras, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente a estímulos do ambiente, dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe e objetos do ambiente, ausência de resposta aos estímulos sonoros, dentre outros, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce, de habilitação e reabilitação, promoção de saúde e prevenção de impedimento físico, mental ou sensorial e de agravos secundários, minimizando as consequências da deficiência.

O cuidado integral à criança portadora de deficiência (diagnóstico, tratamento, procedimentos de reabilitação, medicamentos, assistência odontológica, ajudas técnicas e a nutrição adequada; o fornecimento de órteses, próteses, bolsas pediátricas de colostomias, medicamentos, leites especiais; obedecendo o fluxo local de assistência) pressupõe reabilitar a criança na sua capacidade funcional e desempenho humano, proteger a sua saúde para que possa desempenhar o seu papel em todas as esferas da sua vida social.

Há na família visitada alguma criança com deficiência? A família tem acesso aos recursos disponibilizados pelo SUS? E na população adscrita pela unidade de saúde, a deficiência é um problema? Como a equipe da unidade intermedia estes recursos?

2.22. Atenção à saúde do adolescente e jovens

Numa abordagem de promoção à saúde, a consulta de enfermagem aos adolescentes deve levar em consideração os inúmeros processos de vulnerabilidade, necessidades e agravos a que estes, em particular, e os distintos grupos a que fazem parte estão sujeitos, sempre considerando a sua complexidade. Na prática, isto significa não perder de vista a diversidade humana e, conseqüentemente, a própria adolescência, construídas em meio a processos sócio-históricos, projetando a atenção à sua saúde a partir de uma ampla referência, que considere a dinâmica das relações de classe, gênero, gerações, raças, culturas e sexualidades.

O conteúdo dessa prática deve se direcionar a partir de dois pontos importantes de abordagem do adolescente, de acordo com especificidades locais:

- Reconhecimento do perfil sócio-epidemiológico populacional ou, mais especificamente, do(s) grupo(s) adolescente(s) da sua área de abrangência;
- Envolvimento profissional e comunitário, extensivo os adolescentes, na definição participativa das necessidades e prioridades de atenção a serem consideradas.

2.23. Consulta de enfermagem para adolescentes

A consulta de enfermagem deve ser inserida em um programa de atenção à saúde de adolescentes, em que se inclua a oferta de ações múltiplas e articuladas, internas e externas aos serviços de saúde, nos diferentes níveis de assistência, envolvendo uma equipe multiprofissional e práticas interdisciplinares e intersetoriais. Os seus fundamentos operacionais devem pautar-se em elementos de uma abordagem social e clínica da saúde adolescente, compondo-se de processos de interação, investigação, diagnóstico, educação e intervenção.

A autonomia e responsabilização de adolescentes se desenvolvem em torno de seus processos de vida e saúde deve se constituir no objetivo principal do atendimento de enfermagem a ele. Nesse sentido, a consulta deve buscar:

- Reconhecer vulnerabilidades sociais, institucionais e subjetivas, trabalhando com elas no âmbito individual;
- Avaliar processos orgânicos e psicoemocionais, identificando possíveis alterações;

- Adotar medidas assistenciais clínico-educativas, no âmbito individual;
- Articular os apoios mais amplos necessários.

A consulta de enfermagem deve ser constituída, eminentemente, em um espaço de expressão e/ou captação de necessidades, de solução de problemas da competência profissional de enfermeiros e de articulação com outros setores da equipe de saúde e estruturas de apoio. O seu caráter deve ser, sobretudo, o de identificação de necessidades e de intervenção através de um enfoque clínico-educativo individual. Assim, é fundamental a adoção de estratégias que tornem a prática da consulta um momento de troca e crescimento para ambos os lados - adolescentes e profissionais. A abordagem tradicional, unidirecional, roteirizada, informativa, deve ser substituída por um processo de inter-relação e construção conjunta de novos valores e possibilidades práticas em saúde, em que os profissionais assumam o papel de facilitadores e os adolescentes de sujeitos e líderes de seu próprio crescimento. É importante lembrar que não existe um modo único e pronto de trabalhar com adolescentes. De forma que experiências e possibilidades locais devem estar abertas e continuadas, e novas experiências alimentadas por processos de avaliação e participação crítica dos envolvidos, o que, sem dúvida, favorecerá o adolescente conhecer-se/reconhecer-se como protagonista de sua história pessoal e social.

2.24. O espaço de atendimento

As consultas de enfermagem os adolescentes devem ser realizadas preferencialmente em um espaço e ambiente físico exclusivo, preparado especialmente para o atendimento ao grupo. Em sua organização, deve-se levar em conta a garantia da privacidade do mesmo, em seu fluxo na unidade de saúde e também no interior da consulta.

Uma estratégia simples para conseguir com frequência a entrada do adolescente na unidade, na medida do possível, deve ser fugir dos esquemas tradicionais de marcação de consulta para as especialidades básicas, que definem previamente alternativas de atendimento. Pode-se desenvolver modalidades que permitam a expressão de necessidades e trocas individuais ou coletivas iniciais, entre adolescentes e profissionais de saúde, que sejam sugestivas do seu fluxo no serviço e/ou fora dele e que funcionem como um primeiro processo de interação adolescente/enfermeiro, formação de vínculo e acolhimento daqueles na unidade. Nesse momento, podem ser aplicadas técnicas relacionais específicas de apresentação, interação, descontração e exploração de necessidades.

2.25. Abordagem a ser utilizada

A consulta de enfermagem ao grupo de adolescentes deve ser realizada em um espaço reservado ao seu atendimento. A participação da família deve ser permitida em algumas consultas, em acordo com cada adolescente. É importante que este tenha confiança no profissional de saúde que o acompanhará e que não o veja como alguém que pode tornar seu problema público, acessível a outros elementos de suas experiências de vida e subjetividades. Este aspecto, inclusive, deve ser objeto de acordo com o adolescente. A família deve saber que também tem um espaço no atendimento, respeitadas as regras do sigilo absoluto, da privacidade e da concordância do adolescente.

A interação entre o profissional de saúde e o adolescente, além da confiança, deve se basear na troca e no respeito ao modo de vivência do adolescente.

Isto significa não transmitir qualquer juízo de valor, reprovação às suas manifestações, adoção de qualquer comportamento discriminatório ou se apresentar como dono da "verdade". As mensagens utilizadas devem ser claras e objetivas e as informações técnicas sempre serão discutidas e fundamentadas. A base da troca deve ser o diálogo e não a imposição para eles. Para isso, processos de escuta do profissional são fundamentais. Julgamentos prévios em torno do que se imagina que caracteriza todo e qualquer adolescente devem ser evitados. Também, não haver interrupções no atendimento e estar sempre atento e aberto às expressões do adolescente são práticas fundamentais.

O tempo de atendimento deve ser favorável às trocas e a realização dos procedimentos necessários. Deve ser evitada a prática do interrogatório no levantamento de questões de vida e necessidades do adolescente, em que um roteiro de questionamentos revele-se mais importante que o sujeito e a interação com ele. A confiança e a possibilidade de troca de experiências são conquistadas de modo gradativo. Dessa forma, deve-se fugir dos esquemas que por muitas vezes procuram esgotar informações num primeiro contato, pautados em roteiros formais e sequenciais de atendimento. Além disso, deve-se fugir de esquemas de sondagem e controle da vida adolescente, avançando no processo de consulta sempre em acordo com o envolvido, com base em continuadas trocas em torno de necessidades, interesses e possibilidades, buscando respeitar e mobilizar valores, conceitos/preconceitos e estereótipos do adolescente.

2.26. Avaliação de vulnerabilidades, necessidades e problemas

O que investigar?

- Vulnerabilidades sociais, institucionais, subjetivas/comportamentais e biológicas.

- Manifestações orgânicas e psicoemocionais, sugestivas de alterações.

Elementos a serem abordados

- Processos sociais vividos e possíveis riscos para o adolescente: explorar elementos à caracterização das condições de vida, ambiente e interações familiares dos mesmos, inclusão e rendimento escolar, inserção e ambiente grupal, práticas de lazer; trabalho (condições e realização pessoal); situações de estresse vivenciadas; expectativas em relação ao futuro e perspectiva de vida.

- Valores e comportamentos nas áreas da sexualidade e reprodução: explorar valores e comportamentos que tornam o adolescente mais vulnerável a problemas sociais e de saúde (como prostituição, preconceitos, estereótipos, tabus, repressões, medos e dúvidas em relação ao exercício da sexualidade ou possível maternidade/paternidade), necessidades em torno do exercício da sexualidade, incluindo trocas afetivas; uso ou recusa da camisinha em relações sexuais; valores e possíveis tabus e experiências vivenciadas de formas negativas em torno de práticas de masturbação, ejaculação, menstruação, namoro, iniciação da atividade sexual, relação sexual, homossexualidade/bissexualidade; história pregressa de gravidez indesejada, abortos forçados e prostituição.

- Autoimagem e aceitação corporal: através do diálogo direto, identificar características da autoestima, valores que o adolescente tem sobre si, imagens idealizadas, aceitação, preocupações e distúrbios relacionados à imagem corporal.

- Processos psicoemocionais: explorar características dos processos relacionais em família, na escola, no trabalho, com os pares, na sociedade; comportamentos sugestivos de depressão; ansiedade; ideias suicidas; declínio e perda de interesse em atividades que são realiza rotineiramente; possíveis vivências pregressas e atuais de processos de violência intra e extrafamiliar (física, psicológica, sexual, negligências); aprovação/reprovação, informações e acesso a substâncias psicoativas; uso, abuso ou dependência das mesmas.

- Capacidade de negociação do adolescente: reconhecer, através do diálogo, a capacidade do adolescente de negociar elementos interacionais, em prol de trocas sexuais prazerosas e enriquecedoras, da auto-proteção e responsabilização na esfera sexual, da

autoproteção das DSTs, AIDS e gravidez indesejada; a capacidade de enfrentamento de adversidades.

- Anticoncepção: identificar e explorar valores e adesão dos adolescentes aos métodos utilizados/possíveis de serem utilizados, em casos de vida sexual ativa ou na pretensão iniciação sexual; uso associado de anticoncepção e proteção das DSTs e AIDS.
- Padrão da alimentação: investigar valores, conhecimento, hábitos e características familiares e pessoais de alimentação, acesso a alimentos; caracterizando a condição social de cada um, alterações como obesidade, bulimia, anorexia e preocupações em torno da imagem e do peso.
- Histórico familiar de doenças: levantar situações de hipertensão, doença cardiovascular, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade, saúde mental e outras doenças de caráter hereditário.
- Atividade física e habilidades: investigar sedentarismo, hábitos e práticas de atividade física/esportiva e habilidades culturais e artísticas.
- Alterações sistêmicas: explorar a qualidade do funcionamento dos sistemas corporais do adolescente.
- Acuidade visual e auditiva: questionar sobre a qualidade sobre cada um dos processos e possíveis dificuldades escolares associadas aproveitando a observação dos professores nas escolas através de busca ativa se possível e sinais clínicos observados em palestras e na própria consulta.
- Calendário vacinal: solicitar a apresentação do cartão de vacinas e investigar imunização realizada na infância e adolescência.

2.27. Elementos a serem avaliados

- Alterações na pele:

A pele do adolescente - principalmente da face e do couro cabeludo - deve ser atentamente observada. A acne e a dermatite seborréica são comuns nessa fase da adolescência e, comumente, constituem-se fatores negativos na imagem corporal. Embora sejam processos comuns da vida, medidas devem ser adotadas à sua redução/resolução, considerando a importância que adquirem para o adolescente.

- Avaliação da capacidade visual e auditiva:

A avaliação da qualidade auditiva e visual é fundamental à detecção de alterações na acuidade auditiva e na imagem e acuidade visual normal, podendo indicar disfunções que possivelmente requeiram avaliação minuciosa e o acompanhamento de profissional de saúde especializado.

- Avaliação das condições de higiene e integridade da cavidade oral:

Devem-se verificar possíveis alterações nas gengivas, presença de cáries e distúrbios de articulação têmporo-mandibular, conversando com o adolescente sobre possíveis necessidades, problemas e encaminhamentos para os serviços de odontologia.

- Alterações posturais:

Podem ser evidenciadas alterações importantes na postura física do adolescente, que requerem além de orientações básicas sobre esta, atividades específicas de correção postural e de avaliação de alterações mais graves encaminhando para os serviços especializados.

- Condições psicoemocionais:

Um ponto muito importante é a observação das dificuldades relacionais; processos de dependência-independência e autoafirmação; comportamentos agressivos, nervosismo, ansiedade, depressão, hiperatividade, apatia; manifestações de possíveis abusos físicos, sexuais, psicológicos ou comportamentos de negligência dos pais ou responsáveis.

- Desenvolvimento físico-pubertário:

O enfermeiro deve estar atento a alterações como desnutrição, anemias e obesidade, cada vez mais comuns na fase da adolescência, às precárias condições de acesso à alimentação, estilo de vida sedentário e hábitos alimentares. Avaliar os níveis pressóricos e as possíveis anormalidades. Pesquisar alterações externas de hiper ou hipotireoidismo. Acompanhar a qualidade do crescimento e do ganho de peso, usando como referência os gráficos de crescimento pubertário feminino e masculino.

2.28. Exame físico

Na avaliação de necessidades e problemas, o profissional de saúde deve levar em consideração e identificar possíveis medos e constrangimentos do adolescente, sobretudo em torno da avaliação física. Havendo necessidade de realizar o exame corporal no adolescente, deve-se para este, disponibilizar um espaço privativo de preparação e roupas apropriadas para o uso na consulta. A conversa e o esclarecimento de dúvidas em torno de cada momento da avaliação são fundamentais para ajudar o adolescente a relaxar nesse momento, para colocá-lo a par do que vai ser feito, e obter o seu consentimento. Tudo o que está sendo avaliado deve ser objeto de troca. É importante aproveitar o momento para identificar percepções e vivências em torno do corpo e conversar sobre elas. Se necessário, a participação em ações futuras e específicas como, por exemplo, em atividades educativas em grupo, deve ser pensada e projetada por ambos, profissionais e adolescentes.

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos

P1 - Estágio 1
Pré-púbere (Infantil)



P2 - Estágio 2
Pelos longos, finos e lisos na base do pênis



P3 - Estágio 3
Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados sobre o púbis



P4 - Estágio 4
Pelos escuros, espessos e encaracolados, cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas



P5 - Estágio 5
Pelos estendendo-se até as raízes das coxas



Estágios de desenvolvimento da genitália

G1 - Estágio 1
Pré-púbere (Infantil)



G2 - Estágio 2
Aumento do escroto e dos testículos, sem aumento do pênis. Pele da bolsa escrotal fina e rosada.



G3 - Estágio 3
Aumento do pênis em comprimento. Continua o aumento de testículos e escroto.



G4 - Estágio 4
Aumento do diâmetro do pênis e desenvolvimento da glândula. Continua o aumento de testículos e escroto, cuja pele escurece e engrossa.



G5 - Estágio 5
Genital adulto em tamanho e forma



FONTE: Brasil 2012

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos

P1 - Estágio 1
Pré-púbere (ausência de pelos)



P2 - Estágio 2
Pelos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios



P3 - Estágio 3
Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados parcialmente sobre o púbis



P4 - Estágio 4
Pelos mais escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas



P5 - Estágio 5
Pelos estendendo-se até as raízes das coxas



Estágios de desenvolvimento das mamas

M1 - Estágio 1
Pré-púbere (somente elevação da papila)



M2 - Estágio 2
Broto mamário



M3 - Estágio 3
Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos.



M4 - Estágio 4
Projeção da aréola e da papila, com aréola saliente em relação ao contorno da mama.



M5 - Estágio 5
Aréola volta ao contorno da mama, saliência somente da papila. Mama adulta.



Deve haver investigação das mamas dos adolescentes homens; a ginecomastia é uma patologia muito comum, que frequentemente provoca mal estar e requer informações apropriadas. Nas adolescentes mulheres t o exame das mamas também deve ser realizado, aproveitando-se a ocasião para ensinar o autoexame e sua importância. Nos meninos, investigar varicocele, hidrocele, fimose e lesões características das doenças sexualmente transmissíveis, ensinando o autoexame genital. Nas adolescentes, realizar o exame ginecológico e coleta de material para exame colpocitológico (CCO), nas com a vida sexual ativa. Inspeccionar a vulva e orientar o autoexame ginecológico. Investigar distúrbios menstruais, alterações genitais e características de perdas vaginais, distinguindo os problemas e perdas fisiológicas. A avaliação dos estágios de desenvolvimento do adolescente permite identificar o grau e a propriedade da maturação físico-sexual ou do surgimento dos caracteres sexuais secundários e aquisição da capacidade reprodutiva. Deve-se aproveitar o momento da avaliação física para identificar a falta de informações sobre o corpo e possíveis dificuldades na sua aceitação, o que é muito comum entre os adolescentes, conversando sobre as mudanças físicas e funcionais vivenciadas. Em momento apropriado, deve-se conversar com o paciente sobre os sentidos, cobranças e repressões socioculturais em torno do corpo.

- Solicitação de exames básicos:

Deve-se solicitar e dispor de exames básicos como hematócrito, hemoglobina, EAS e parasitológico. Outros exames podem ser realizados, de acordo com os problemas apresentados e conforme rotinas específicas de cada serviço e setor. Para as adolescentes sexualmente ativas, o exame Papanicolau deve ser realizado, no mínimo, anualmente.

- Calendário vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde:

Vacinas	Esquemas	Comentários
Triplíce viral (sarampo, caxumba e rubéola)	É considerado protegido o adolescente que tenha recebido duas doses da vacina triplíce viral acima de 1 ano de idade, e com intervalo mínimo de um mês entre elas.	Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Até a idade de 12 anos, considerar aplicação de vacina combinada quádrupla viral (SCRV).
Hepatites A, B ou A e B	Hepatite A: duas doses – no esquema 0-6 meses. Hepatite B: três doses – esquema 0-1-6 meses. Hepatite A e B: para menores de 16 anos: duas doses: 0-6 meses; para maiores de 16 anos: três doses: 0-1-6 meses.	Adolescentes não vacinados na infância para as hepatites A e B devem ser vacinados o mais precocemente possível para essas infecções. A vacina combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B.
HPV	Dois vacinas estão disponíveis no Brasil: uma contendo VLPs dos tipos 6, 11, 16, 18, licenciada para meninas, meninos e jovens de 9 a 26 anos de idade; e outra contendo VLPs dos tipos 16 e 18, licenciada para meninas e mulheres a partir dos 9 anos de idade. O esquema de doses para meninas e meninos é de três doses: 0-1 a 2/6 meses.	A vacina HPV deve ser iniciada o mais precocemente possível. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) adotou esquema de vacinação estendido: 0-6-60 meses para meninas menores de 13 anos. Vacina contraindicada em GESTANTES.
Triplíce bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) / Difteria, tétano e coqueluche	Com esquema de vacinação básico para tétano completo: reforço a partir dos 11 anos com dTpa a cada sete a dez anos após a última dose. Com esquema de vacinação básico para tétano incompleto: uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com uma ou duas doses de dT (dupla bacteriana do tipo adulto) de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. Em ambos os casos: na impossibilidade do uso da vacina dTpa, substituí-la pela vacina dT; e na impossibilidade da aplicação das outras doses com dT, substituí-la pela vacina dTpa, completando três doses da vacina com o componente tetânico.	O uso da vacina dTpa, em substituição à dT, para adolescentes e adultos, objetiva, além da proteção individual, a redução da transmissão da coqueluche, principalmente para suscetíveis com alto risco de complicações, como os lactentes. Para indivíduos que pretendem viajar para países nos quais a poliomielite é endêmica, ou na falta de dTpa, recomendar a vacina dTpa combinada à pólio inativada (dTpa-VIP).
Varicela (catapora)	Dois doses, com intervalo de três meses em menores de 13 anos e intervalo de um a três meses em maiores de 13 anos.	Recomendada para aqueles sem história de infecção prévia. Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Até a idade de 12 anos, considerar a aplicação de vacina combinada quádrupla viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) para os adolescentes suscetíveis à varicela.
Influenza (gripe)	Dose única anual.	Recomendada para todos os adolescentes.
Meningocócica conjugada ACWY	Aos 11 anos, seguida de uma dose de reforço cinco anos depois.	Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.
Febre amarela	Uma dose para residentes ou viajantes para áreas com recomendação da vacina (de acordo com classificação do MS e da OMS). Se persistir o risco, fazer uma segunda dose dez anos após a primeira.	Pode ser recomendada para atender às exigências sanitárias de determinadas viagens internacionais. Contraindicada para imunodeprimidos. Quando os riscos de adquirir a doença superam os riscos potenciais da vacinação, o médico deve avaliar sua utilização.

Referencias Bibliográficas

AYRES, J. R. de C. M.; F. JUNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 66-85.

BRASIL. Ministério da Saúde; Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf >, acessado em 03/07/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. p.: 272

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: manual de enfermagem – adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. p.48

COUTINHO, M. de F. G.; BARROS, R. do R. Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu, 2001.

FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D.; REATO, L. de F. N. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: Atheneu, 2001.

SETÚBAL, JOSÉ LUIZ –Ministério da Saúde – secretaria de políticas públicas"Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil", junho de 2011, Disponível em: <http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/saude-da-crianca/informacoes-sobre-doencas/abc-saude-infantil/d/desenvolvimento-infantil/>, acesso em: 13/ 08/ 2014.

SAITO, M. A.; SILVA, L. E. V. da. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001.

3. SAÚDE DA MULHER

3.1 Introdução

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

3.2 Orientações e Ações Educativas

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas experiências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias.

É necessário que o setor Saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. As gestantes constituem o foco principal do processo de sensibilização; porém, não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares. A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens (adultos e adolescentes), discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos fora da unidade de saúde. O Enfermeiro, atuando como facilitador, deve evitar o estilo “palestra”, que é pouco produtivo e ofusca questões subjetivas que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro pré-estabelecido. Portanto, é importante que toda a equipe de saúde se inclua em espaços de discussão, levando à população, em espaços formais e não formais, pois a educação popular em saúde é a forma mais democrática de construir um conceito amplo de saúde, de promover o autocuidado e de produzir melhores indicadores de saúde.

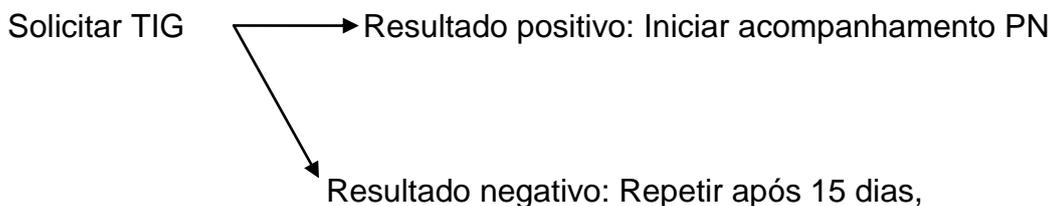
3.3. Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco

De acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem – Decreto nº 94.406/87 - o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

A primeira consulta do pré-natal tem como objetivo: Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, buscando esclarecer suas dúvidas, medos, angústias ou simplesmente curiosidades em relação a este novo momento em sua vida; identificação e classificação de riscos, confirmação de diagnóstico, adesão ao pré-natal e educação para saúde estimulando o autocuidado.

3.4. Ações do Enfermeiro:

- ✓ Solicitação do Teste Imunológico de Gravidez (TIG):



Resultado negativo: Repetir após 15 dias,

βHCG

Resultado negativo: orientar sobre saúde sexual e reprodutiva e encaminhar para avaliação clínico-ginecológica.

- ✓ Orientar e estimular a participação nas atividades educativas: Grupos, Sala de espera e Ações no Território;
- ✓ Encaminhar gestantes identificadas como de risco para consulta médica;
- ✓ Iniciar o pré-natal o mais precoce possível;
- ✓ Realizar seis consultas preferencialmente uma consulta no 1º trimestre, duas consultas no 2º trimestre e três consultas no 3º trimestre;
- ✓ Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada entre médico e enfermeiro;
- ✓ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.
- ✓ Solicitar exames de rotina:

Hemograma (Repetir no 3º trimestre); Glicemia sérica de jejum (Repetir no 3º trimestre); Grupo sanguíneo e Fator RH; Coombs indireto no 3º trimestre (se fator RH -); Teste oral de tolerância à glicose (TOTG), quando a glicose plasmática estiver maior ou igual a 85 com 75g de glicose anidra, nos tempos de 0 e 120 minutos; Teste Anti-HIV um e 2 / teste rápido

(Repetir no 3º trimestre); Sorologias para hepatites B e C (Repetir Hepatite B no 3º trimestre); Sorologia para Sífilis (VDRL e TPHA ou FTA-Abs) (Repetir no 3º trimestre);

Sorologia para

Toxoplasmose (Repetir na 30ª semana se o IgG não for reagente); Ultrassonografia Obstétrica, se possível três; Urina tipo 1 (Repetir na 30ª semana); Urocultura, contagem de

colônias e antibiograma (Repetir na 30ª semana); Exame parasitológico de fezes; Colpocitologia Oncótica (somente a ectocervice); Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação); Vacinação na gestação (conforme quadro abaixo); Prescrever sulfato ferroso na 20ª semana; Prescrever ácido fólico (1 comprimido 5 mg 1 x ao dia até 14ª semana) na 1ª consulta; Encaminhar para avaliação odontológica.

3.5. Conduas em exames alterados:

Exames de rotina	Resultados	Conduas
	VDRL positivo	Trate a gestante e seu parceiro. Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em
Exames de rotina	Resultados	Conduas
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	“Traços”: repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco. “Traços” e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. “Maciça”: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Piúria/bacteriúria/leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma. Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.
	Hematúria	Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Outros elementos	Não necessitam de conduas especiais.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 a 60 dias: Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo.
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Teste rápido diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.
Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de
	Teste negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia

3.6. Quadro de Vacinação em Gestantes:

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

Fonte: (BRASIL, 2001a).

3.7 Conduas nas queixas mais frequentes:

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas. A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

Queixas	1ª conduta	2ª conduta	3ª conduta
Náuseas e vômitos	Orientações de hábitos alimentares Alimentação fracionada Evitar frituras, gorduras Ingerir alimentos sólidos pela manhã	Prescrever antieméticos orais Metoclopramida 10mg de 8/8h SOS Dimenidrato 50mg de 6/6h SOS. Reforçar orientações hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica.
Pirose e azia	Orientações de hábitos alimentares Alimentação fracionada Evitar chá preto, café, mate, alimentos doces, gordurosos, picantes, álcool e fumo.	Prescrever Hidróxido de alumínio ou sulfato de magnésio – suspensão 1 colher de sopa após as refeições. Melhora do quadro: Reforçar orientações hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica.
Flatulência, obstipação intestinal	Orientações de hábitos alimentares Alimentação rica em fibras Aumentar a ingestão de água.	Prescrever: Dimeticona 1 comprimido de 8/8h Melhora do quadro: Reforçar orientações hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica.
Dor abdominal, cólicas	Certificar que não sejam contrações uterinas Afastar ITU (excluir disúria ou febre)	Prescrever: Butilescopolamina 1 comprimido de 6/6h	Encaminhar para avaliação médica.
Corrimento vaginal abundante cinza-esverdeado com odor fétido	Tratar vaginose bacteriana e/ou tricomoníase com metronidazol tópico ou sistêmico. Agendar consulta médica/supervisão G.O	Outros casos ver condutas do Manual de Tratamento de DST	
Corrimento vaginal acompanhado de: Prurido vulvar Placas esbranquiçadas e aderidas a parede	Tratar candidíase com antifúngico tópico por 7 dias. Agendar consulta médica/supervisão G.O	Outros casos ver condutas do Manual de Tratamento de DST	
Cefaleia	Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia.	Prescrever: Paracetamol 500mg até de 6/6h. SOS	Encaminhar para avaliação médica.

		ou Dipirona 500 mg até de 6/6 h SOS	
Sialorréia (salivação excessiva)	Explicar e orientar que é um sintoma comum no início da gestação; Orientar dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos; Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).	Encaminhar para avaliação médica.	
Fraquezas e desmaios	Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade; Indicar dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições; Explicar à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.	Encaminhar para avaliação médica.	
Hemorroidas	Recomende à gestante: Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina; Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação; Que faça banhos de vapor ou compressas mornas.	Encaminhar para avaliação médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.	
Falta de ar e dificuldade para respirar	Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante. Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo; Ouça a gestante e converse sobre suas	Encaminhar para avaliação médica, em suspeita de problema clínico.	

	<p>angústias, se for o caso; Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame</p> <p>cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;</p>		
Mastalgia (dor nas mamas)	<p>Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas; Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária; Oriente a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.</p>	Encaminhar para avaliação médica	
Lombalgia	<p>Recomende que a gestante: faça a correção de sua postura ao se sentar e ao andar; use sapatos com saltos baixos e confortáveis; faça a aplicação de calor local; Eventualmente, a critério e por orientação médica, use analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.</p>	Encaminhar para avaliação médica	
Sangramento nas gengivas	<p>Recomende a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes macia; Oriente a realização de massagem na gengiva; Recomende o uso de fio dental;</p>	Encaminhar para avaliação odontológica	
Varizes	<p>Recomende que a gestante: Não permaneça muito tempo em pé ou sentada; Repouse (por 20 minutos),</p>	Encaminhar para avaliação médica	

	<p>várias vezes ao dia, com as pernas elevadas; Não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas; Se possível, utilize meia-calça elástica para gestante.</p>		
Câimbras	<p>Recomende que a gestante: Massageie o músculo contraído e dolorido e aplique calor local; Evite o excesso de exercícios; Realize alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.</p>	Encaminhar para avaliação médica	
Cloasma gravídico	<p>Explique que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto; Recomende que a gestante não exponha o próprio rosto diretamente ao sol e que use protetor solar.</p>	Encaminhar para avaliação médica	

3.8. . Atenção à mulher no puerpério

Atribui-se ao médico e enfermeiro as consultas de puerpério. Elas são fundamentais no processo de acompanhamento da saúde materna e do neonato iniciado no pré-natal.

1ª consulta: no período de 7 a 10 dias.

2ª consulta: até o 42º dia.

Têm como objetivos:

Avaliar interação entre mãe e RN e o pai
Avaliar o estado de saúde da mulher e do RN
Identificar e conduzir situações de risco/ e ou intercorrências
Orientar e apoiar a família
Orientar os cuidados básicos com RN
Orientar quanto ao planejamento da vida sexual e reprodutiva com o parceiro
Orientar, incentivar e avaliar quanto à amamentação com o parceiro

3.9. Ações relacionadas à puérpera:

Ações que podem ser desenvolvidas durante o acolhimento da mulher e do RN por enfermeiro habilitado:

1. Verificar o cartão da Gestante e avaliar as condições da gestação, do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
2. Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós- parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.
3. Avaliar se recebeu a testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou parto;
4. O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).

3.10 Anamnese:

- ✓ Aleitamento (frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- ✓ Alimentação, sono, atividades; dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;

- ✓ Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- ✓ Condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- ✓ Condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).

3.11 Avaliação clínico-ginecológica:

- ✓ Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
- ✓ Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se cesárea;
- ✓ Exame ginecológico: observar loqueação, lacerações, equimoses, edemas, episiotomia na vagina, vulva e períneo;
- ✓ Avaliar mucosas;
- ✓ Avaliar as mamas;
- ✓ Avaliar os MMII: varizes, edemas, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e sinal de Homan (desconforto ou dor na panturrilha após dorsiflexão passiva do pé);
- ✓ Avaliar sinais vitais;
- ✓ Observar vínculo mãe- RN;
- ✓ Avaliar a situação vacinal e encaminhar se necessário;
- ✓ Prescrever suplementação de ferro elementar até 3 meses após o parto.
- ✓ Agendar a próxima consulta de puerpério (até 42 dias pós parto).

3.12. Climatério e menopausa

Consulta de enfermagem: Ofertar uma consulta qualificada, seguindo o roteiro padrão, com o objetivo de orientar a mulher durante este período de mudanças:

- Escuta;
- Anamnese;
- Exame clínico das mamas;
- Coleta de preventivo;
- Orientação sexual;
- Avaliação das DST;
- Calendário vacinal;
- Orientação alimentar e nutricional;
- Avaliar peso, altura e circunferência abdominal;

- Estimular a prática de atividade física regular;
- Estimular o autocuidado

Referenciar à consulta médica para avaliação de tratamento com reposição hormonal, ou ao serviço de psicologia quando necessário.

3.13. Alterações orgânicas no climatério e resposta sexual:

As modificações orgânicas que ocorrem na mulher durante o climatério não obrigatoriamente implicam na diminuição do prazer, mas podem influenciar a resposta sexual, que pode ser mais lenta.

Seguem algumas alterações fisiológicas que podem ocorrer neste período:

- Redução da lubrificação vaginal;
- Hipotrofia vaginal;
- Dispareunia;
- Fogachos;
- Menor efeito estrogênico sobre a pelve;

A rotina básica de exames na primeira consulta da mulher no climatério consta de exames para prevenção de doenças, detecção precoce ou mesmo para a avaliação da saúde em geral. Deve ser repetida com regularidade (semestral, anual, bianual, trianual) de acordo com os protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações.

3.14. Exames Complementares:

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

- Avaliação laboratorial;
- Mamografia e ultrassonografia mamária (de acordo com as diretrizes de rastreamento para o câncer de mama);
- Exame Preventivo do câncer do colo do útero;
- Ultrassonografia transvaginal.

A rotina básica de exames na primeira consulta da mulher no climatério consta de exames para prevenção de doenças, detecção precoce ou mesmo para a avaliação da saúde em geral. Deve ser repetida com regularidade (semestral, anual, bianual, trianual) de

acordo com os protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações.

3.15. Rastreamento de câncer de mama e colo de útero

A abordagem a mulher em seu contexto sócio-familiar, dentro das ações da atenção primária à saúde, previstas para as equipes de atenção básica, torna-se imprescindível, tanto do ponto de vista do atendimento das possíveis situações trazidas, como demanda de atendimento, como em um contexto de estratégia de promoção a saúde, em nível comunitário.

As ações de saúde devem levar em conta a possibilidade, de detectar necessidades de suporte e incrementar estratégias comunitárias, no sentido de ampliar redes de apoio social, no domicílio que podem ter impacto positivo na saúde dos indivíduos e do grupo familiar.

O enfermeiro faz parte de uma equipe multidisciplinar e possui atribuições importantes para o processo de acolhimento e sequencia no atendimento desta mulher. Esperamos que essa ferramenta facilite o acesso às informações para os profissionais, e respalde a atuação dos mesmos.

3.16. Coleta de preventivo

Se em dois anos consecutivos a mulher apresentar resultado normal. deve-se repetir o exame a cada três anos.

Ações do Enfermeiro:

- Organização de dinâmica de sala de espera explicando sobre o exame. Acolhimento.

Abordagem formativa sobre a prevenção do câncer ginecológico. Esclarecimento de dúvidas. Sensibilizar reforçando a importância do exame. Supervisão da organização da sala, registro feito pelos técnicos de enfermagem e o correto acondicionamento do material para transporte, além de gerenciar o fluxo de retorno, priorizando os resultados alterados.

Realizar o exame ginecológico é parte essencial do fluxograma de conduta.

- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto a fita de papel indicador do pH na parede vaginal lateral, evitando tocar o colo;

- Colher material para o teste de Whiff - teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, sendo positivo se houver cheiro semelhante ao de peixe podre - e para realização da bacterioscopia²;
- Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical - colher swab endocervical com cotonete e observar se há muco purulento contrapondo em papel branco;
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos e pesquisa de clamídia.
- Realizar consulta de enfermagem;
- Coleta de exame preventivo;
- Exame clínico das mamas;
- Solicitar exames complementares;
- Mamografia de rastreamento para mulheres acima de 35 anos e com fatores de risco presente (se houver irmã, mãe com histórico de câncer de mama ou homens na família com caso de câncer de mama bilateral).

3.17. Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica

- Exame ginecológico:
- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia;
- Coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

3.18. Atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência física, sexual e psicológica

- Proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na Rede de Atendimento.
- Ofertar apoio psicológico;
- Realizar uma escuta qualificada;

- Referenciar para saúde mental/serviço social, de acordo com o caso;
- Em situação de violência física ou psicológica: realizar um acolhimento cauteloso, notificar e encaminhar para o serviço de referência;
- Em situação de violência sexual: seguir rotina para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

Exames a solicitar: Anti HIV; VDRL; HbsAg; Anti HBS; Anti HBC IgG e IgM; Anti HCV; β HCG

Prescrições:

- Observar estado vacinal da mulher e aplicar as vacinas atrasadas;
- Levonogestrel (prevenção da gravidez indesejada)
- Mesmos medicamentos da abordagem sindrômica para prevenção das DST;
- Fornecer Kit profilático do HIV (para as primeiras 96 horas), padronizado para profilaxia básica ou expandida.

3.19. Planejamento reprodutivo

O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma: Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada.

O grupo de planejamento familiar pode ser realizado semanalmente, quinzenal ou mensal, dependendo da avaliação da demanda e da capacidade operacional de cada unidade de saúde.

Cada usuário deverá participar de uma destas reuniões, na qual terá acesso à informação e discussão que possibilite uma escolha mais acertada e consciente acerca do método contraceptivo. A reunião será coordenada por um profissional da equipe de planejamento familiar, devidamente capacitado (enfermeiro, entre outros).

A atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui numa oportunidade para pratica de ações educativas que não devem se

restringir apenas as atividades referentes à anticoncepção, mas todos os aspectos da saúde integral da mulher.

Observa-se, no entanto, que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens.

É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens.

3.20. Ações educativas

Existem diferentes metodologias de trabalho em grupo. Cada serviço deve utilizar o que melhor adapte às suas disponibilidades de pessoal, tempo e de espaço, bem como as características e necessidades do grupo em questão.

Independente da metodologia utilizada é de fundamental importância que as práticas educativas tem caráter participativo, permitindo troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo. A linguagem utilizada pelo profissional deve ser sempre acessível, simples e precisa.

3.21. Aconselhamento

O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativo individualizado e centrado no indivíduo. Pressupõe a identificação e acolhimento da demanda do indivíduo ou casal, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias entre outras, relacionadas as questões de planejamento familiar e prevenção de DST/AIDS; Avaliação de risco individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras DST.

3.22. Atividades Clínicas

As atividades clínicas devem ser realizadas levando em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha ter com os serviços de saúde devem ser utilizados em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde. A primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas incluindo: a anamnese; exame físico geral e ginecológico, orientação sobre o autoexame das mamas e levantamento do último exame colpocitológico oncótico para avaliar a necessidade da coleta.

As consultas subsequentes visam um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar, e tratar possíveis intercorrências.

3.23. Consulta do enfermeiro:

- Colher história clínica e reprodutiva.
- Exame Físico:
- Verificar metas reprodutivas e conhecimento prévio e utilização de métodos anticoncepcionais
- Oferecer orientações gerais e esclarecimento de dúvidas sobre Planejamento Familiar.
- Colher material para colpocitologia oncótica, quando necessário.
- Realizar ou solicitar exames de prevenção e diagnóstico do câncer de colo uterino e das DST/HIV, quando necessário;
- Encaminhar para consulta médica quando necessário
- Registrar em prontuário

3.24. Atribuições dos Profissionais na Assistência ao Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva

Atribuições	Profissionais
Captação da clientela	Multiprofissional
Orientação sobre necessidade de uso dos métodos	Multiprofissional
Prescrição/transcrição de anticoncepcionais (orais e injetáveis)	Médico(a) e enfermeiro(a)
Prescrição do anticoncepcional de emergência	Médico(a) e enfermeiro(a)
Indicação do DIU	Médico(a) e enfermeiro(a)
Inserção e remoção de DIU	Médico(a) capacitado(a)
1ª Revisão do DIU	Médico(a) que realizou a inserção
Revisões subseqüentes do DIU	Médico(a) e enfermeiro(a)
Prescrição de Laqueadura ou Vasectomia	Médico(a) e enfermeiro(a)
Orientação e/ou indicação do preservativo masculino e feminino	Multiprofissional
Aconselhamento e prescrição do	Médico(a) e enfermeiro(a)

Diafragma	
Aconselhamento e prescrição dos métodos naturais e comportamentais	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consultas de rotina	Médico(a) e enfermeiro(a)

Referencias Bibliográficas

Caderno de atenção básica – Controle de cânceres de colo de útero e mama - 2013

Manual técnico – pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada - 2006

Atenção à saúde da mulher – NEPP - 2012

Normatização da assistência de enfermagem – MS – 2012

Caderno de atenção básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco – 2012

Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa - 2008

Protocolo de Florianópolis 2010

Manual técnico Assistência em Planejamento Familiar 2002

Cadernos de atenção básica saúde sexual e reprodutiva n26

www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/planej_familiar.pdf

http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocol_mulher.pdf

4. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

1. Introdução

As doenças sexualmente transmitidas (DST) são a principal causa de morbidez no adulto, sendo responsáveis por inúmeras mortes em todo o mundo.

Apesar da incidência, alguns problemas envolvem seu manejo, como o desconhecimento da população quanto à forma de transmissão, o despreparo dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico clínico, o custo elevado dos exames laboratoriais e a demora para iniciar o tratamento efetivo.

Além disso, as DST com ulceração facilitam a transmissão do HIV, tendo seu tratamento como importante atributo para prevenção e controle da AIDS, pois prevenir suas complicações requer educação para a saúde e promoção do uso de preservativos.

1.2 Principais síndromes clínicas

SÍNDROME	DST	AGENTE	TIPO	TRANSMISSÃO SEXUAL	CURA
Úlceras	Sífilis	Treponema pallidum	Bactéria	Sim	Sim
	Cancro mole	Haemophilus ducreyi	Bactéria	Sim	Sim
	Herpes	Herpes simplex vírus (HSV-2)	Vírus	Sim	Não
	Donovanose	Klebsiella granulomatis	Bactéria	Sim	Sim
	Linfogranuloma	Chlamydia trachomatis	Bactéria	Sim	Sim
Corrimentos	Vaginose bacteriana	Múltiplos	Bactéria	Não	Sim
	Candidíase	Candida albicans	Fungo	Não	Sim
	Gonorréia	Neisseria gonorrhoeae	Bactéria	Sim	Sim
	Clamídia	Chlamydia trachomatis	Bactéria	Sim	Sim
	Tricomoniase	Trichomonas vaginalis	Protozoário	Sim	Sim
Verrugas	Condiloma	Papilomavírus	Vírus	Sim	Não

1.3 Ações essenciais complementares

- ✓ Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis;
- ✓ Vacinar contra hepatite B, se a idade for < 30 anos;
- ✓ Enfatizar a adesão ao tratamento;
- ✓ Orientar para que a pessoa conclua o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecidos;
- ✓ Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- ✓ Oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso;
- ✓ Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros (as) sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados;
- ✓ Fornecer ao paciente cartão de convocação para parceiros (as) devidamente preenchidos;
- ✓ Notificar o caso no formulário apropriado;
- ✓ Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias;
- ✓ Recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.
- ✓ Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, caso não exista o desejo de engravidar, ou adotar outras formas de sexo mais seguro;

1.4 Abordagem sindrômica

A- Úlceras Genitais

Opções terapêuticas para úlceras genitais (herpes genital)

1º episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível com:	Aciclovir 200 mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias ou 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias ou
	Valaciclovir 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias; ou
	Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.
Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:	Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias); ou
	Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou 1 g dose única diária, 5 dias ou
	Famciclovir 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.
Casos recidivantes (6 ou mais episódios/ano) podem se beneficiar com terapia supressiva:	Aciclovir 400 mg, 12/12 hs, por até 6 anos ou
	Valaciclovir 500 mg por dia por até 1 ano; ou
	Famciclovir 250 mg 12/12 hs por dia por até 1 ano.
Gestantes:	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.
Herpes e HIV: No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, pensar na presença de infecção pelo HIV, quando se recomenda tratamento injetável:	Aciclovir 5 a 10 mg por Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica.

Opções terapêuticas para úlceras genitais (sífilis e cancro mole)

Na ausência de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento presuntivo para as duas causas mais frequente de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole (exceto herpes):

Sífilis	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega); ou
	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra indicado para gestantes e nutrízes) ou
	Alergia a penicilina - eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias;
Cancro Mole	Azitromicina 1g VO em dose única, ou Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos) ou Eritromicina(estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias; ou
	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.
	Gestantes– contra indicado uso de ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxona Obs: devido aos efeitos adversos da eritromicina tais com intolerância

gástrica, utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa á eritromicina;

Opções terapêuticas para úlceras genitais (donovanose, linfogranuloma ou neoplasias)

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente, e ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose, com:

Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica; ou

Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica; ou

Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou

Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica ; ou

Azitromicina 1g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões.

Alertar o paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado. Não esquecer as ações complementares essenciais- aconselhar, oferecer testes anti-HIV, VDRL, sorologia para Hepatite B e C, vacinar contra hepatite B. Enfatizar adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros, agendar retorno.

B- Corrimento Uretral

Opções terapêuticas para corrimentos uretrais (clamídia e gonorreia)	
Clamídia	Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias; ou
	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias ou Tetraciclina 500 mg oral, 4x/dia, 7 dias ou Ofloxacina 400 mg oral, 2x/dia, 7 dias;
	Em menores de 18 anos contra indicar ofloxacina.
Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única, ou Espectinomicina 2g IM dose única;
	Em menores de 18 anos está contra indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.
Terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais	
Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 7 dias	Metronidazol 2g, VO, dose única

C- Corrimento uretral e cervicite

Realizar anamnese incluindo os critérios de risco para identificação das mulheres com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo e/ou clamídia. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar tratamento. Nestes casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite ao exame ginecológico, a paciente será considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento.

Critérios de risco para infecção cervical:

- ✓ Parceiro com sintomas
- ✓ Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção
- ✓ Paciente acredita ter se exposto a DST
- ✓ Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia

O exame ginecológico é parte essencial do fluxograma de conduta e deve ser realizado segundo os passos abaixo:

- ✓ Examinar a genitália externa e região anal;
- ✓ Separar os lábios vaginais para visualizar o intróito vaginal integralmente.
- ✓ Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.

Opções terapêuticas para corrimentos vaginais

Tricomoniase	Metronidazol 2g VO dose única ou Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO 7 dias; ou
	Secnidazol 2g, VO, dose única ou Tinidazol 2g VO dose única; ou
	Metronidazol 2g VO dose única ou Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias ou 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias;
Vaginose bacteriana	Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO 7 dias; ou
	Metronidazol 2 g VO dose única ou Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias; ou
	Metronidazol 250 mg 3 vezes ao dia durante 7 dias Ou Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias.
Candidíase	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; ou
	Fluconazol- 150 mg VO em dose única ou Itraconazol 200mg VO 12/12 hs em 1 dia ou Cetoconazol 400mg VO/dia por 5 dias; ou
	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

✓ Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo).

- ✓ Colher material para realização da bacterioscopia quando disponível e para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, considerando o resultado positivo se o cheiro for de peixe podre).
- ✓ Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical (colher swab endocervical com cotonete e observar se muco purulento contrapondo em papel branco).
- ✓ Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos, pesquisa de clamídia.

Se houver mucopus endocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento como cervicite (gonorréia e clamídia).

Opções terapêuticas para cervicite	
Clamídia	Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias; ou
	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias ou Tetraciclina 500mg oral, 4x/dia, 7 dias ou Ofloxacina 400mg oral, 2x/dia, 7 dias;
	Em menores de 18 anos e gestantes, contra indicar ofloxacina. Indicar azitromicina, eritromicina ou amoxicilina (500 mg, VO de 8/8 horas, por 7 dias);
Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou
	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única ou Espectinomicina 2g IM dose única;
	Em menores de 18 anos e gestantes, está contra indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.

Parceiros sexuais: devem ser tratados, preferencialmente com medicamentos de dose única.

Pacientes portadores de HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas acima referidos.

A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas. Assim, apenas os parceiros de mulheres com tricomoníase, devem ser tratados com o mesmo medicamento em dose única, porque esta é considerada uma DST.

Mulheres vivendo com HIV/AIDS devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Durante o tratamento para tricomoníase, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas, “gosto metálico na boca”). Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais, mantendo o tratamento se a paciente menstruar.

Na vaginose bacteriana – os parceiros não precisam ser tratados.

O tratamento sistêmico para candidíase deve ser feito somente nos casos de difícil controle ou recorrentes (4 ou mais episódios/ano). Nesses casos, devem-se oferecer sorologia anti-HIV e investigar causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticóides e outros).

Os parceiros sexuais de portadores de candidíase não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

D- Desconforto e dor pélvica

O exame ginecológico deve seguir os mesmos passos já descritos no fluxograma de corrimento vaginal. Se houver corrimento, medir pH e testes das aminas, e havendo possibilidade de apoio laboratorial, coletar material para realização de bacterioscopia. Em seguida, limpar o colo uterino e observar se existe mucopus endocervical (teste do cotonete) ou friabilidade do colo. Após exame da vulva, vagina, colo uterino e conteúdo vaginal, realizar o exame pélvico bimanual. Ao toque vaginal, pesquisar hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos, e a presença de massas ou coleções.

Pacientes com atraso menstrual, parto ou aborto recente, com perda de sangue pela vagina podem vir a desenvolver um quadro grave e, portanto, devem ser encaminhadas imediatamente para um serviço de referência. Ao exame, verificar se existe abertura do orifício cervical e/ou fragmentos fetais residuais.

Quadro abdominal grave: se a paciente apresenta defesa muscular ou dor, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca, durante o exame abdominal, ou apresentar hipertermia maior ou igual a 37,5°C deverá ser encaminhada para serviço de referência a fim de possibilitar o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Quando, ao exame clínico-ginecológico, houver presença de discreta defesa muscular ou dor à descompressão e/ou dor à mobilização do colo, deve-se iniciar o

tratamento para DIP. Havendo condições para realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da paciente em nível ambulatorial.

Outras possíveis causas da dor ou desconforto pélvicos devem ser investigadas: infecções do trato urinário, endometriose, varizes pélvicas, aderências pélvicas, tumores pélvicos, alterações gastrointestinais (verminoses, constipação intestinal, doenças da vesícula). Nesses casos, encaminhar, se necessário, ao especialista.

Ao iniciar o tratamento para DIP no ambulatório, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após 3 dias, ou antes, se não houver melhora ou se houver piora do quadro. Se a paciente for usuária de DIU, encaminhá-la pra retirada deste.

Opções terapêuticas para DIP leve, sem sinais de peritonismo ou febre (tratamento ambulatorial)	
Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias; ou
	Metronidazol 500 mg, VO, e 12/12 horas, por 14 dias.
Esquema 2	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias Ou Ciprofloxacina 500 mg 12/12 horas por 14 dias; ou
	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias; ou
	Metronidazol 500 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias.

Medidas gerais: Repouso, abstinência sexual, retirar o DIU se usuária (após pelo menos 6h de cobertura com antibiótico), tratamento sintomático (analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais). Se, ao retornar em 3 dias, a paciente estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, recomendando-se sempre a necessidade de completá-lo. Não havendo melhora do quadro, a paciente deverá ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.

Incluir as ações complementares: aconselhar, oferecer VDRL, sorologia hepatite B e C anti-HIV, convocar parceiro (as), notificar, agendar retorno.

Encorajar a paciente a comunicar sobre sua doença a todas as pessoas com as quais manteve contato sexual durante os últimos dois meses. Fornecer às pacientes cartões de convocação para parceiros devidamente preenchidos. Essa medida é fundamental para romper a cadeia de transmissão e evitar que a paciente se reinfecte. Não havendo suspeita de DIP, e afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.

A dor pélvica é classicamente dividida em aguda e crônica. A aguda tem início súbito e geralmente é intensa suficiente para que a paciente procure cuidados imediatos. A dor pélvica é dita crônica quando tem pelo menos seis meses de duração, e requer uma propedêutica cuidadosa. De acordo com a etiologia, pode ser dividida em dois grandes grupos:

Causas ginecológicas	Causas não ginecológicas
Aborto	Apendicite
Gravidez ectópica	Diverticulite
Rotura ou torção de cisto de ovário	Linfadenite mesentérica
Sangramento de corpo lúteo	Obstrução intestinal
Dor do meio do ciclo menstrual (irritação peritoneal causada por discreto sangramento na cavidade quando ocorre a ovulação)	Infecção urinária
Degeneração de miomas	Litíase urinária
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Outras alterações intestinais (verminoses, constipação intestinal)

5. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

5.1 HANSENÍASE

Embora a endemia hansênica esteja mostrando sinais de declínio na década atual, os coeficientes de detecção ainda são expressivos, com diagnóstico de casos em todas as regiões, no Estado do Rio de Janeiro, a Metropolitana I é área prioritária no controle da hanseníase. Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta uma ou mais características a seguir, com ou sem história epidemiológica, e requer tratamento específico: Lesões ou áreas da pele com alteração ou diminuição de sensibilidade; Acometimento de nervo(s) periférico(s) com ou sem espessamento associado a alterações sensitivas e/ ou motoras e/ ou autonômicas; e Baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*. Os critérios para classificação operacional da hanseníase são:

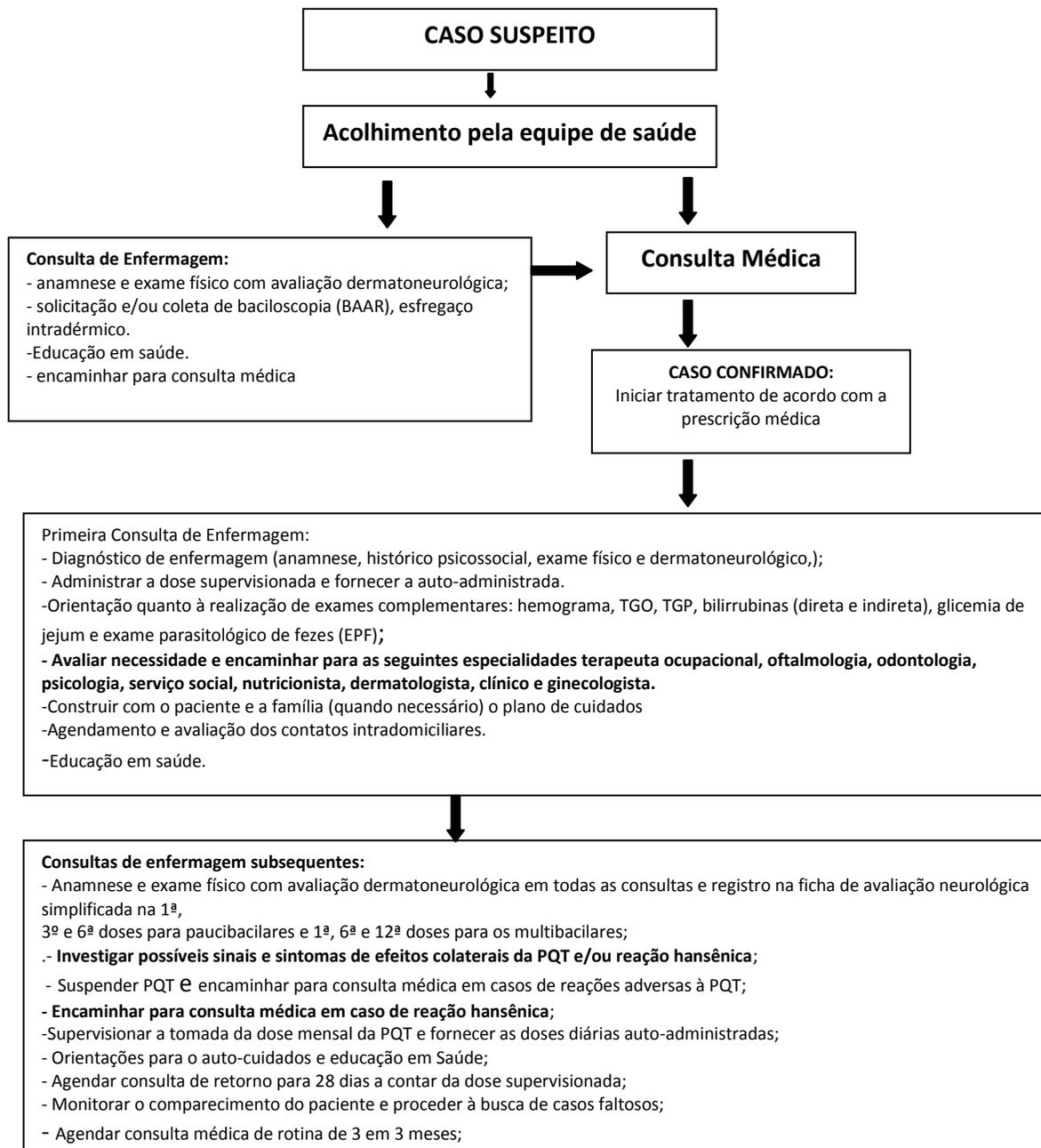
- Paucibacilares – PB: casos com até cinco lesões de pele; e
- Multibacilares – MB: casos com mais de cinco lesões de pele e/ ou com baciloscopia positiva, independentemente do número de lesões.

Devido ao diagnóstico tardio, muitas pessoas ainda correm o risco de desenvolver incapacidades físicas, perfeitamente evitáveis com o diagnóstico e tratamento nas fases iniciais da doença. O diagnóstico tardio contribui ainda para a manutenção da cadeia de transmissão, com o surgimento de novos casos da doença. Isto faz com que a hanseníase ainda seja um problema de saúde pública. O tratamento possibilita a eliminação de fontes de infecção e a prevenção de sequelas. A assistência de enfermagem é parte integrante desse processo de cura. O acolhimento do usuário deve ocorrer através da prática de atendimento humanizado, por meio do processo de escuta e identificação adequada do problema, perpassa todo o cuidado à pessoa, envolvendo fortalecimento de vínculo e o olhar ao indivíduo no seu contexto de vida. Na atenção à pessoa com hanseníase o enfermeiro tem o papel estratégico de:

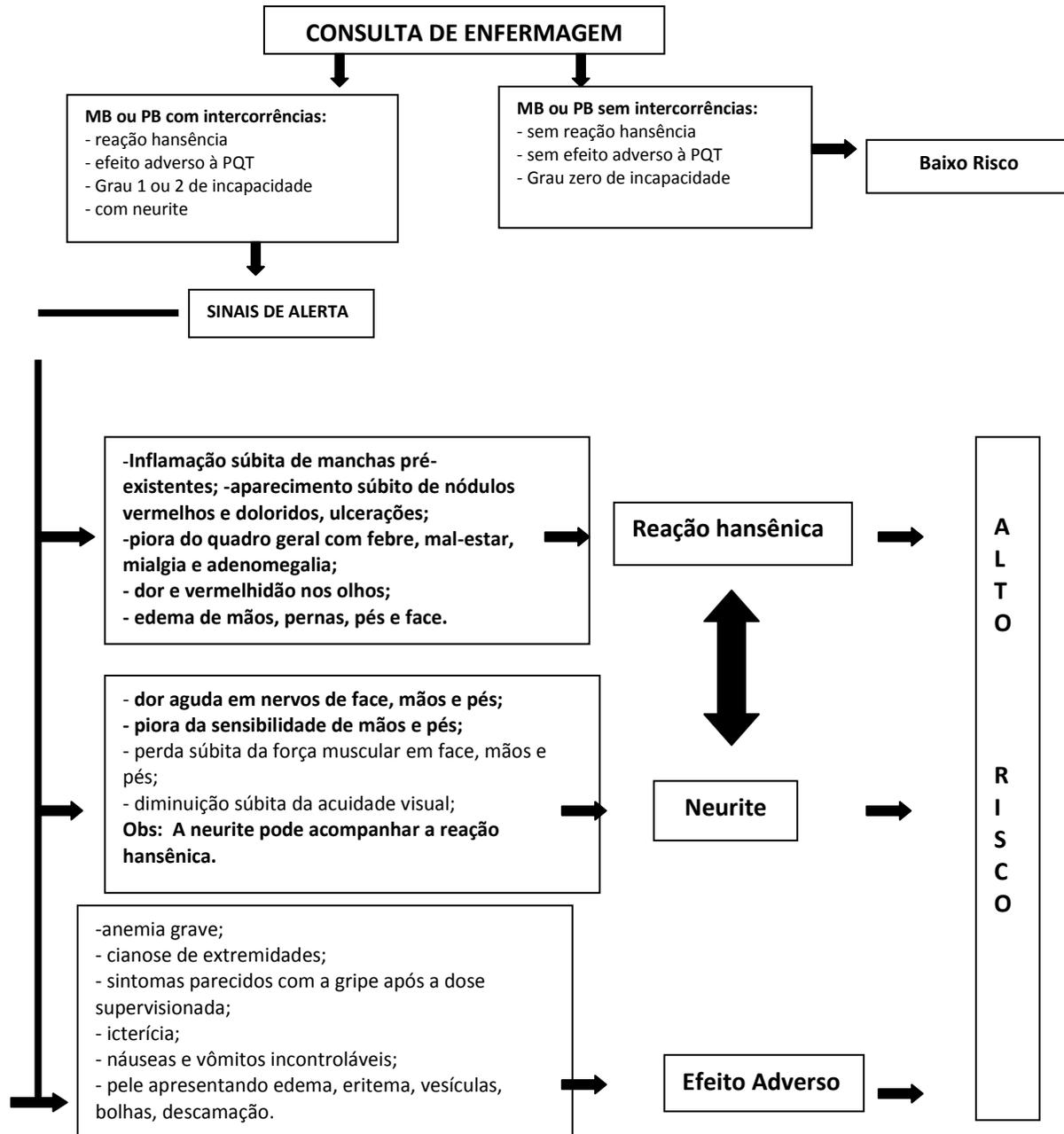
- Identificar precocemente casos novos;
- Realizar ações estratégicas para identificar precocemente casos novos e suspeitos;

- **Avaliar suspeitas;**
- Monitorar os casos;
- Realizar consulta de enfermagem;
- Solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas observadas as disposições legais da profissão;
- Solicitar baciloscopia;
- Monitorar o tratamento poliquimioterápico e antireacional;
- Orientar sobre as reações das medicações;
- **Avaliar incapacidade física;**
- **Prevenir incapacidades físicas;**
- Realizar exame de contato intradomiciliar; e
- Ter uma relação de diálogo com o usuário, família e a comunidade, tratamento e cura.

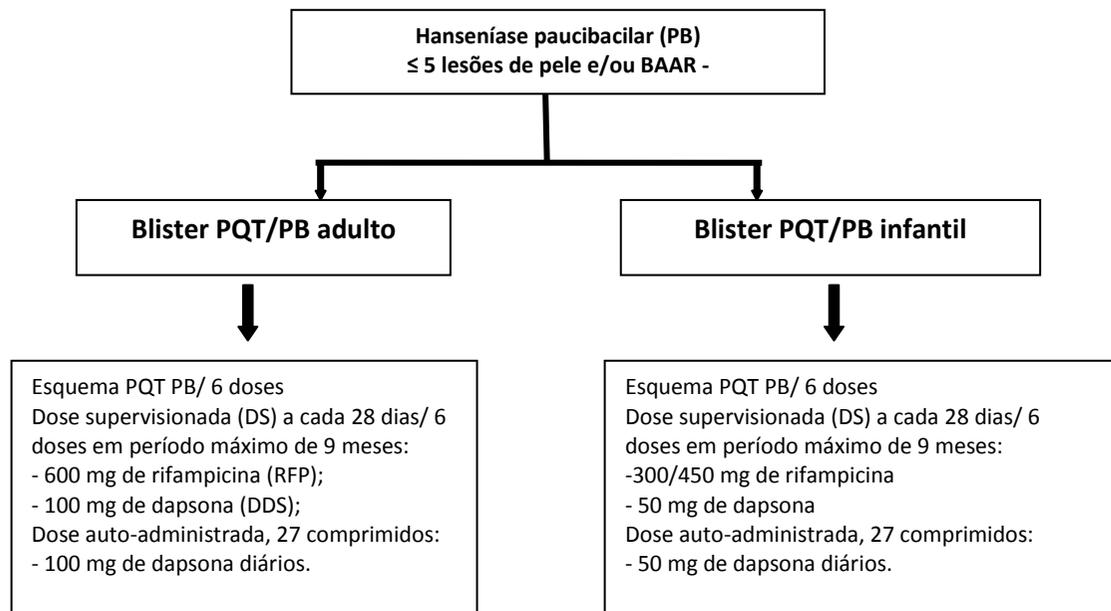
Atuação do Enfermeiro na Suspeição e Acompanhamento



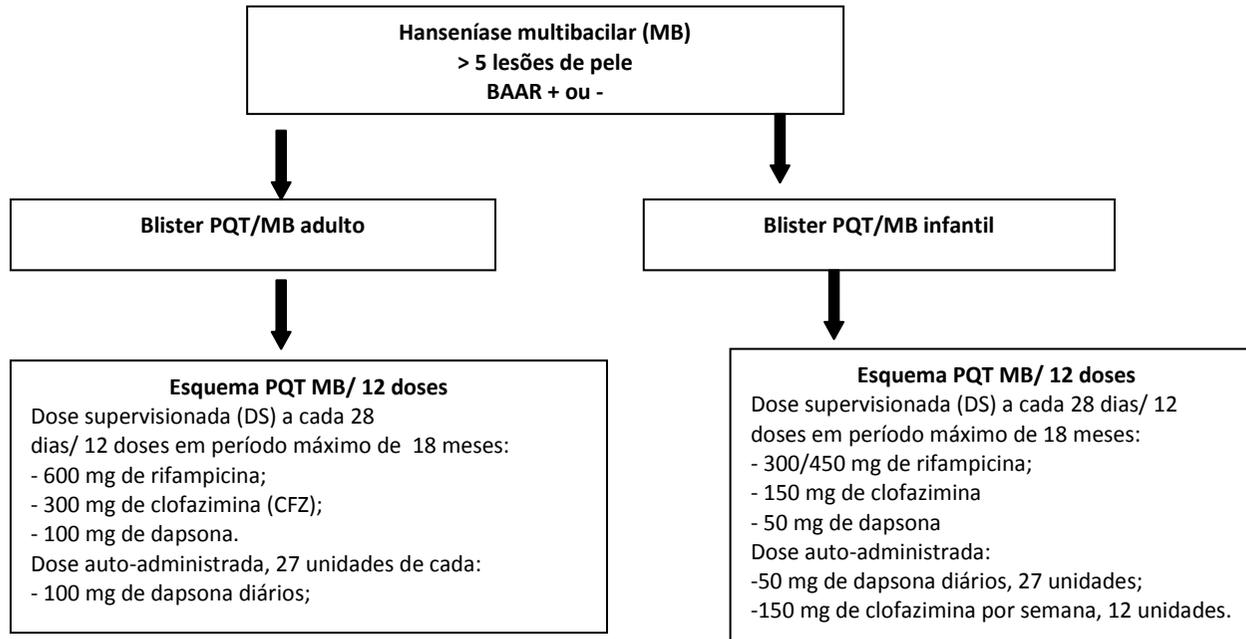
Acompanhamento de casos



Esquema Terapêutico para paucibacilar:



Esquema Terapêutico Multibacilar

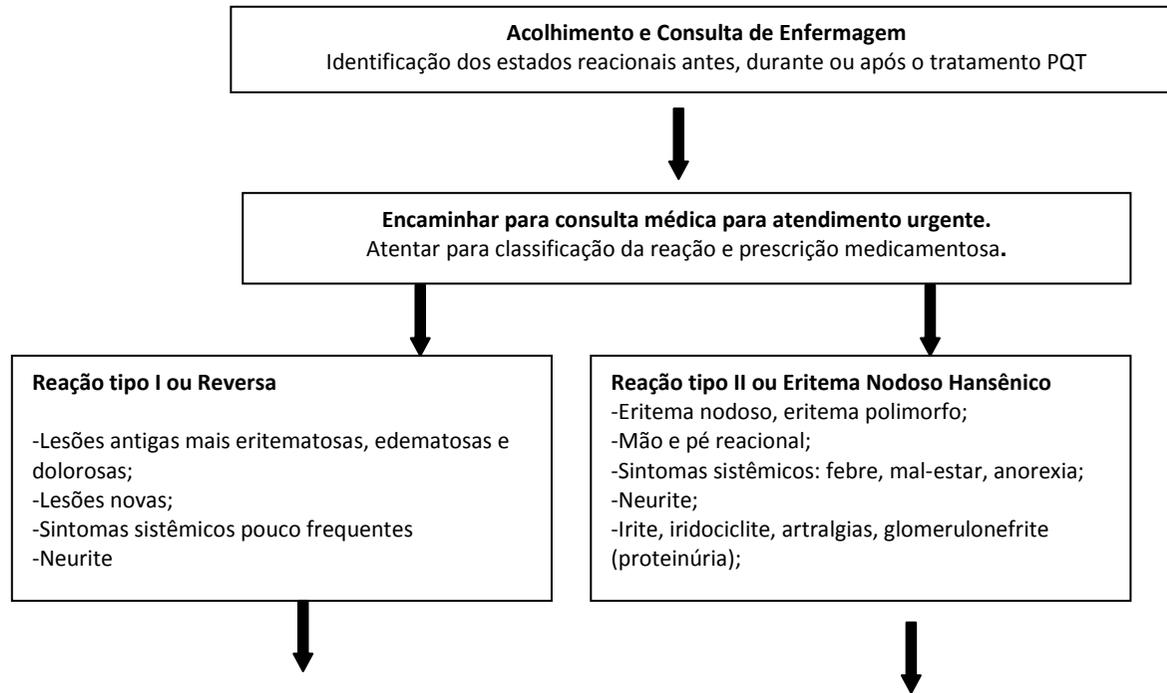


Conduta de Enfermagem nas reações adversas à PQT

Reação Adversa	Medicamento	Conduta
Síndrome sulfona: 1º mês de tratamento. (Anemia, dermatite esfoliativa, febre, dores abdominais, poliadenomegalia, icterícia, aumento de transaminases, linfocitose com linfócitos atípicos. Síndrome mononucleosesímile) Pode ser fatal.	DDS	Suspender PQT. Encaminhar ao médico com urgência. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.
-Anemia macrocítica (Sonolência, astenia; paciente hipocorado) -metahemoglobinemia. (Cianose, dispnéia, astenia, taquicardia, cefaléia)	DDS	Suspender PQT. Encaminhar ao médico. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo. Encaminhar ao médico com urgência.
Anemia hemolítica (Sonolência, astenia; paciente hipocorado)	DDS RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico com urgência. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.
Síndromes de hipersensibilidade tegumentar.	DDS RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.
Icterícia	DDS RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico.
Síndrome pseudogripal: a partir da 2ª DS.	RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.
Náuseas e vômitos incontroláveis	RFM	Suspender PQT. Encaminhar ao médico. Orientação e supervisão da administração do esquema substitutivo.

DDS- Dapsona
RFM- Rifampicina

Conduta de Enfermagem nas reações hansênicas



ACHADO	CONDUTAS
<p>Neurites e/ou mão e pé reacional (durante o tratamento PQT e pós alta) Obs. As neurites podem ocorrer em pacientes com Grau 0, 1 ou 2 de incapacidade.</p>	<p>Avaliar prescrição medicamentosa quanto à adesão, horários, posologia, armazenamento e uso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor. • Orientar paciente para o repouso. • Imobilizar com tipóia e encaminhar para pólo de prevenção de incapacidades. • Acompanhar evolução clínica.
<p>Grau 0 de incapacidade: Nenhum problema com olhos mãos e pés no momento do diagnóstico</p>	<p>Avaliar o grau de incapacidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PB e MB - no diagnóstico, de 3/3 meses e na alta; <p>Fazer orientação para o autocuidado durante o tratamento PQT e pós alta;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais e sintomas de estados reacionais e neurites; • Inspeccionar olhos, mãos e pés; <p>Fazer avaliação dermatoneurológica no momento da dose supervisionada mensal. Encaminhar pacientes com reações hansênicas, neurites e outras alterações de mãos, pés e olhos para o nível secundário.</p>
<p>Grau 1 de incapacidade: Diminuição ou ausência de sensibilidade em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Córnea (não responde ao toque com fio dental) • Mãos (não responde ao monofilamento de 2,0g - lilás) • Pés (não responde ao monofilamento de 4,0g – vermelho fechado) 	<p>Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor. Prescrever, orientar e observar o uso de material de proteção como óculos, boné, luvas antitérmicas.</p> <p>Fazer orientação e demonstração para o autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar olhos, mãos e pés. • Hidratar e lubrificar a pele. • Observar sinais e sintomas de reações e neurites. • Usar colírio. • Usar material de proteção para olhos, mãos e pés. <p>Prescrever Hipromelose colírio 0,2 % e 0,3 %, 1 a 2 gotas, sempre que necessário, ou de 4 a 6 vezes por dia. Prescrever Creme de Uréia a 10%, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo. Prescrever Óleo Mineral, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo. Prescrever vaselina salicilada para aplicar nas áreas de calosidade, 1 a 2 vezes ao dia.</p>
<p>Grau 2 de incapacidade: Lagofalmo; ectrópio;</p>	<p>Prescrever colírio e óculos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar e demonstrar autocuidados; • Exercícios; • Lubrificar com colírio;

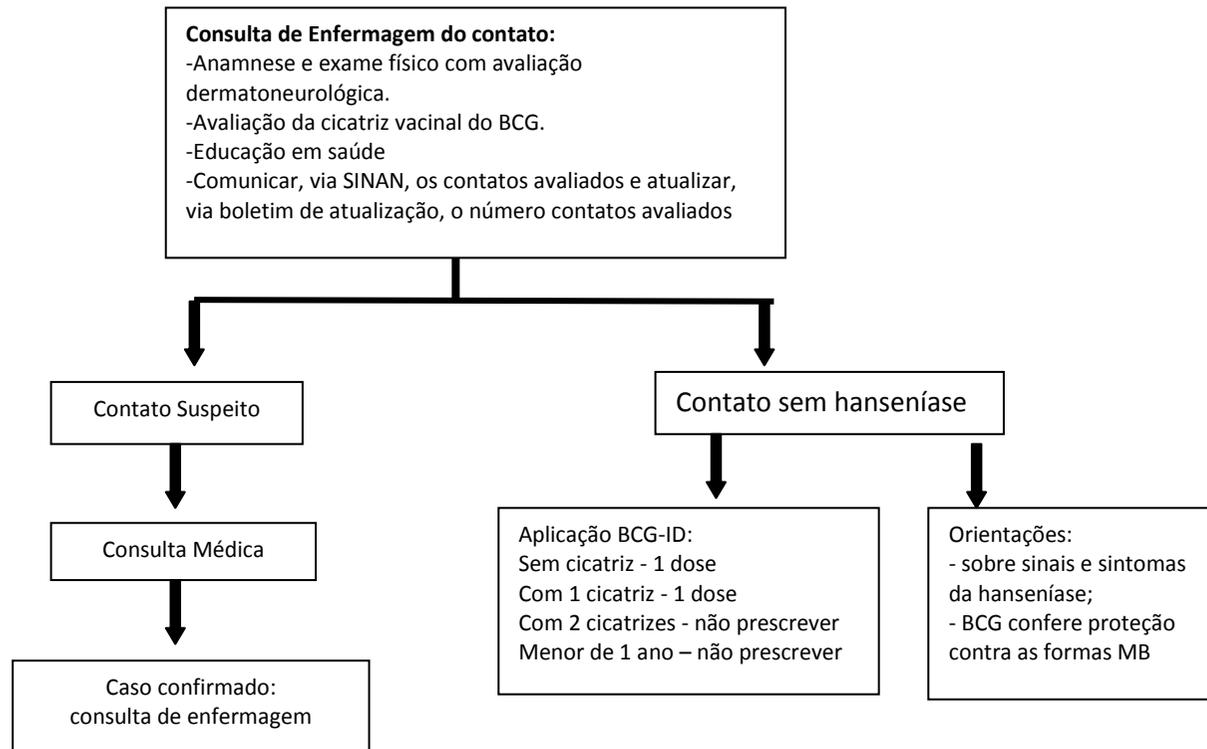
entrópico.	<ul style="list-style-type: none"> • Usar óculos para proteção noturna e diurna; Encaminhar para terapia ocupacional. Fazer acompanhamento.
Triquíase	Retirar os cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessário Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar os olhos • Comparecer à US em caso de irritação ocular, crescimento de cílios Encaminhar para terapia ocupacional e oftalmologia.
Opacidade corneana; acuidade visual < 0,1	Encaminhar para o oftalmologista
Úlceras e lesões traumáticas em mãos	Prescrever medidas de proteção nas atividades do cotidiano, trabalho e lazer. Orientar e demonstrar autocuidado. Fazer curativo.
Garras em mãos.	Orientar a realização de exercícios em caso de garra móvel Encaminhar para terapeuta ocupacional
Mão caída	Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente. Monitorar o uso do corticóide. Encaminhar para terapeuta ocupacional.
Lesões traumáticas em pés	Encaminhar para terapeuta ocupacional. Avaliar e orientar quanto ao calçado adequado. Realizar curativo. Prescrever medidas de proteção para as atividades de vida diária e laborativa. Orientar e demonstrar autocuidados.
Úlcera plantar (mal perfurante plantar)	Úlceras superficiais: Avaliar o calçado/ orientar calçado adequado Encaminhar para terapeuta ocupacional. Realizar curativo
Pé caído	Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente. Monitorar o uso do corticoesteróide. Encaminhar para terapeuta ocupacional.

Consulta de Enfermagem:

- Anamnese e exame físico;
- Orientar sobre auto-cuidados para olhos, nariz, mãos e pés;
- Orientar quanto à observância da prescrição medicamentosa quanto à adesão, horários, posologia, armazenamento;
- realizar o controle de pressão arterial, glicemia, peso (IMC), circunferência abdominal e avaliação dermatoneurológica, a cada 30 dias ou cada 15 dias dependendo do quadro clínico, nos pacientes em corticoterapia.
- Orientar quanto ao uso de talidomida em mulheres em idade fértil (Resolução da Diretoria Colegiada N°11 de 22/03/2011 ANVISA) e monitorizar quanto ao uso de métodos contraceptivos.
- Orientação quanto à realização de exames complementares: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum e exame parasitológico de fezes (EPF), ou outro solicitado, com atenção para resultados de exames compatíveis com situações de risco.
- Encaminhar ao médico imediatamente em caso de agravamento do quadro.
- Encaminhar ao oftalmologista, odontologia, nutricionista e serviço social, caso necessário.
- Construir plano de cuidados baseado nas queixas do paciente e situação socioeconômica.
- Sempre encaminhar ao Terapeuta Ocupacional os casos em reação hansênica.

Ações de Prevenção de incapacidade físicas realizadas pelo Enfermeiro

Consulta de Enfermagem na Vigilância de Contatos:



5.2 TUBERCULOSE

A tuberculose é uma das mais antigas doenças infecto-contagiosa e permanece como uma das maiores causas de morte relacionadas à infecção de todo o mundo. O Brasil encontra-se entre os 22 países que albergam 80% dos casos. Motivo de grande preocupação para os profissionais e gestores do sistema público de saúde.

A propagação da tuberculose tem uma ampla distribuição geográfica e esta relacionada às condições de vida das pessoas, uma vez que sua proliferação tem alta incidência em áreas de maior concentração humana, com serviços precários de infraestrutura, em locais de profundos contrastes. Porém pode acometer qualquer pessoa, mesmo em áreas rurais. A probabilidade que a tuberculose seja transmitida depende de alguns fatores como: a contagiosidade do caso índice, tipo de ambiente em que a exposição ocorreu e a duração da exposição. Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver a doença em qualquer fase da vida. Isto acontece quando o sistema imune não pode mais manter os bacilos “sob controle” e eles se multiplicam rapidamente. O curso da infecção varia em diferentes hospedeiros. Usualmente, ocorre a doença pulmonar, mas a infecção pode aparecer em qualquer local, incluindo nas meninges, nos rins, nos ossos e nos linfonodos.

Para que haja impacto e redução do número de doentes de tuberculose são necessários o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a adesão do usuário a terapêutica medicamentosa.

A presença do ENFERMEIRO é fundamental e estratégica no combate e na prevenção da doença e o mesmo deve ter uma atuação acolhedora ao prestar assistência aos usuários suspeitos ou confirmados de tuberculose.

5.2.1. Ações do enfermeiro

Realizar busca ativa e identificação dos sintomáticos respiratórios

Executar Consulta de Enfermagem dos sintomáticos respiratórios e portadores de Tuberculose

Solicitar exames e prescrever medicamentos conforme legislação vigente.

Iniciar tratamento dos casos com BAAR positivo;

Enfatizar a importância do olhar e a escuta cuidadosa do usuário.

Realizar busca ativa, exame e orientação dos contactantes

Desenvolver ações de Promoção e Prevenção em relação às doenças transmissíveis no território de abrangência da Equipe de Atenção

Básica

A busca ativa deve ser estendida a toda comunidade incluindo o atendimento da população com HIV e instituições fechadas existentes no território da Equipe de Atenção Básica

O protocolo de Enfermagem é um instrumento cuja finalidade é oferecer aos profissionais da Atenção Básica a possibilidade de aprimorar sua prática e promover novas habilidades e contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

O Tratamento Diretamente Observado é um elemento-chave da estratégia de controle da Tuberculose (DOTS) que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

Constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, porém sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura.

Esquema Básico (EB) para o tratamento da Tuberculose de adultos e adolescentes (> de 10 anos):

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 ----- 36 a 50 ----- > 50 kg	2 comprimidos ----- 3 comprimidos ----- 4 comprimidos	2
4RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou 150/100 mg comprimido ou cápsula	Até 20 kg ----- 20 a 35 kg ----- 36 a 50 ----- > 50 kg	10/10/35/25 mg/kg ----- 2 comprimidos ----- 3 comprimidos ----- 4 comprimidos	4

Indicações:

- Casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite) infectados ou não pelo HIV;
- Retratamentos: recidiva (independente do tempo decorrido do último episódio) ou retorno, após abandono, com doença ativa.

OBS: Pode ser administrado em gestantes e está recomendado o uso de piridoxina (50mg/dl) durante a gestação pelo risco de crise convulsiva (devido à isoniazida) no recém nascido.

Observações sobre o tratamento:

Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada, ou em caso de intolerância digestiva, com uma refeição.

O tratamento das formas extrapulmonares (exceto a meningoencefalica) terá a duração de seis meses, assim como o tratamento dos pacientes coinfectados com HIV, independentemente da fase de evolução da infecção viral.

Período de transmissibilidade após início do tratamento

A transmissibilidade está presente desde os primeiros sintomas respiratórios, caindo rapidamente após o início de tratamento efetivo. Durante muitos anos considerou-se que, após 15 dias de tratamento o paciente já não transmitia a doença. Na prática, quando o paciente não tem história de tratamento anterior nem outros riscos conhecidos de resistência, pode-se considerar que, após 15 dias de tratamento e havendo melhora clínica, o paciente pode ser considerado não infectante. No entanto, com base em evidências de transmissão da tuberculose resistente às drogas, recomenda-se que seja também considerada a negatificação da baciloscopia para que as precauções com o contágio sejam desmobilizadas, em especial para biossegurança nos serviços de saúde.

Reações adversas

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: *i)* reações adversas menores, em que normalmente não é necessária a suspensão do medicamento antiTB; e *ii)* reações adversas maiores, que normalmente causam a suspensão do tratamento.

A maioria dos pacientes completa o tratamento sem qualquer reação adversa relevante. Nesses casos, não há a necessidade de interrupção ou substituição do Esquema Básico.

Reações adversas “maiores” que determinaram alteração definitiva no esquema terapêutico variam de 3% a 8%. Os fatores de risco mais referidos para o desenvolvimento de tais efeitos são:

- idade (a partir da quarta década);
- dependência química ao álcool (ingestão diária de álcool > 80g);
- desnutrição (perda de mais de 15% do peso corporal);
- história de doença hepática prévia; e
- coinfeção pelo vírus HIV, em fase avançada de imunossupressão.

As reações adversas devem ser comunicadas ao médico da Equipe.

As reações adversas mais frequentes ao esquema básico são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%). Deve ser ressaltado que quando a reação adversa corresponde a uma reação de hipersensibilidade grave como plaquetopenia, anemia hemolítica, insuficiência renal etc., o medicamento suspeito não pode ser reiniciado após a suspensão, pois na reintrodução a reação adversa é ainda mais grave.

Para maiores informações sobre Reações adversas e seu manejo consultar Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília.

O advento da epidemia do HIV/AIDS nos países endêmicos para tuberculose tem acarretado aumento significativo de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa e formas extrapulmonares. Embora sejam menos infectantes que os pacientes com baciloscopia positiva, estes pacientes, em geral, são mais imunocomprometidos, apresentam mais reações adversas aos medicamentos e têm maiores taxas de mortalidade agravadas pelo diagnóstico tardio dessas formas.

É frequente a descoberta da soropositividade para HIV durante o diagnóstico de tuberculose. Estima-se no Brasil que, embora a oferta de testagem seja de aproximadamente 70%, apenas cerca de 50% tem acesso ao seu resultado em momento oportuno, com uma prevalência de positividade de 15%. Além disso, a tuberculose é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, sendo a taxa de óbito na coinfeção de 20%.

Portanto, o controle da coinfeção TB/HIV exige a implantação de um programa que permita reduzir a carga de ambas as doenças e que seja baseado em uma rede de atenção integral, ágil e resolutiva. Entre seus objetivos estão:

1. Garantir aos pacientes com tuberculose acesso precoce ao diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da oferta do teste e acesso ao tratamento antirretroviral, quando pertinente
2. Garantir as pessoas vivendo com HIV realização da PT e acesso ao tratamento da infecção latente (quimioprofilaxia) da tuberculose, quando indicado, além do diagnóstico precoce da tuberculose ativa nos pacientes com manifestações clínicas sugestivas.

Contatos de Tuberculose Pulmonar Positivo maior de 10 anos e adultos



Sintomático: tosse há mais de três semanas, febre vespertina, emagrecimento, dor no peito, suor intenso

Assintomático



CONSULTA DE ENFERMAGEM:

Anamnese e exame físico;

Solicitar raio x PA/Perfil(com laudo)

Solicitar BAAR;

Registrar no livro de Registro e Acompanhamentos de contato de TB (livro amarelo);

Se o caso for confirmado seguir fluxograma de

Solicitar raio x de tórax PA/Perfil

Encaminhar para avaliação médica

Registrar no livro

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO DA ILTB (INFECÇÃO LATENTE) E INTERPRETAÇÃO DA PROVA TUBERCULINICA FICA A CARGO DO MÉDICO.

A baciloscopia de escarro de diagnóstico deve ser realizada no mínimo em duas amostras: uma por ocasião do primeiro contato do sintomático respiratório, e outra, independente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente colher o material ao despertar. Nos casos em que há indícios clínicos e radiológicos de suspeita de TB e as duas amostras de diagnóstico apresentem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais.

6.SAÚDE DO HOMEM

6.1 Introdução

Segundo o Ministério da Saúde (2007), homens na faixa etária entre 25 a 59 anos apresentam altos índices de morbimortalidade em relação aos coeficientes de mortalidade feminina e caracteriza-se como problema de saúde pública.

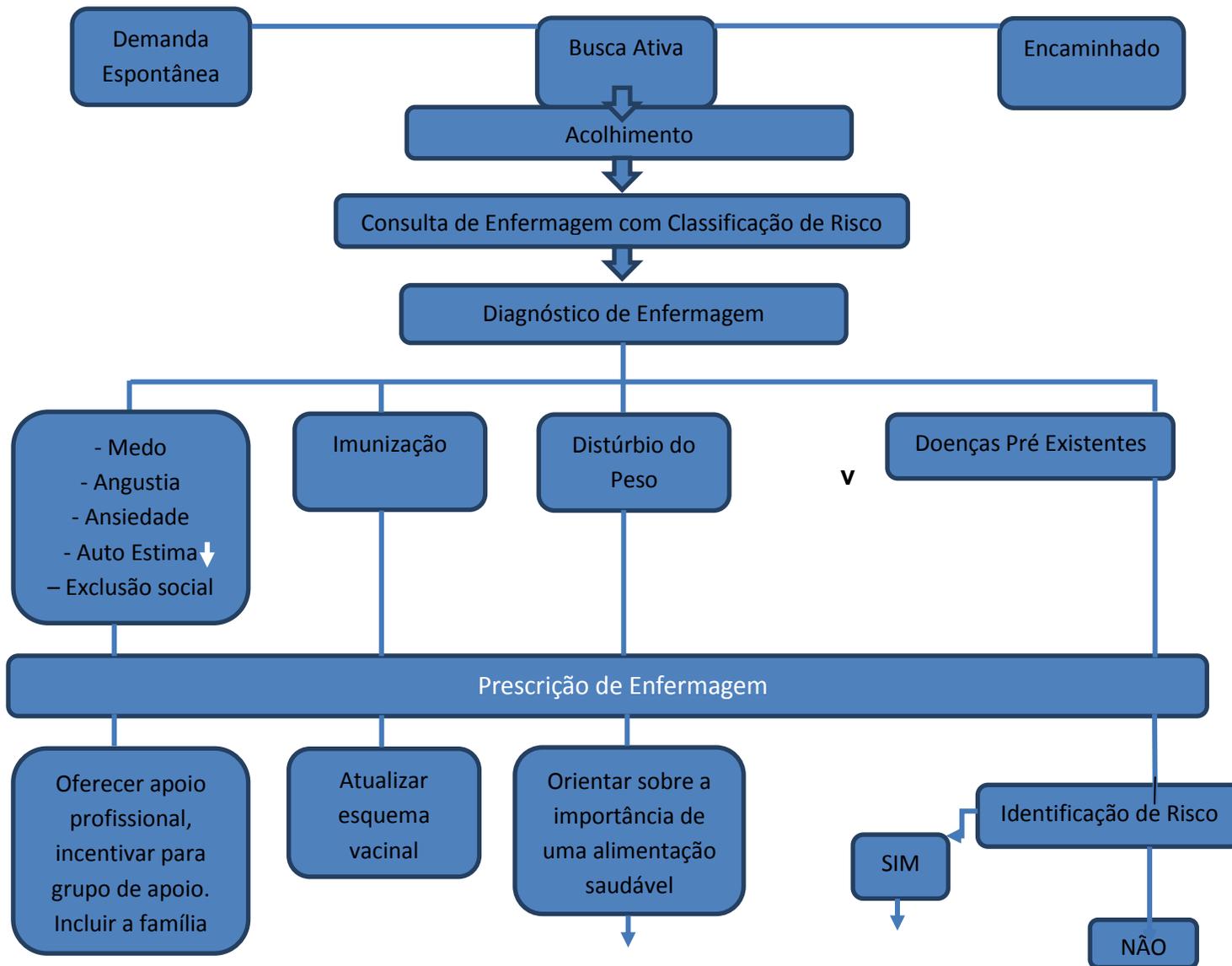
Desta forma, faz-se necessário organizar uma rede de atenção à saúde que garanta na linha de cuidados integrais voltada para a população masculina apoiando ações e atividades de promoção da saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população mediante apoio e qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina. (BRASIL, 2009). Diante do exposto, há uma preocupação crescente com a saúde social, que apresenta um papel preponderante no novo conceito antes considerado como ausência de doenças.

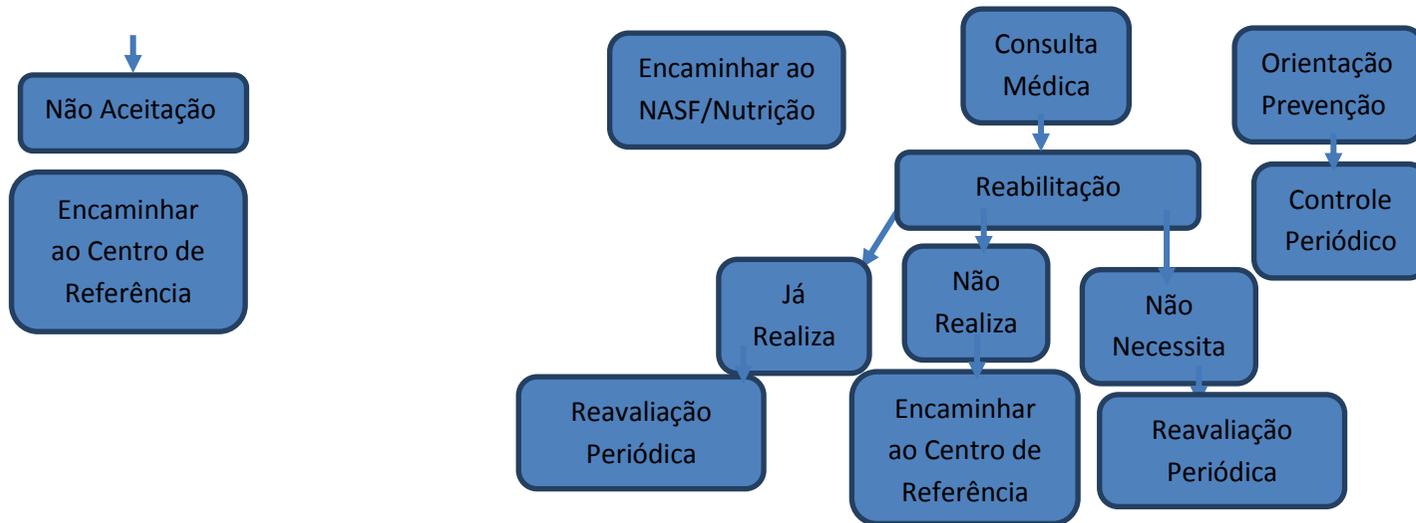
Diante disso, o Ministério da Saúde, visando atender na integralidade o público masculino, apresenta como prioridade a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH, 2008), esta deve ser executada nos diferentes níveis de atenção, mas tem como foco principal a Atenção Básica, sendo um desafio à promoção de saúde com integralidade e equidade para o homem brasileiro. Trata-se de uma estratégia recente, que tem como objetivo a prevenção/promoção de saúde do homem.

Quanto ao cuidado à saúde do homem no nível da Atenção Primária à Saúde (APS), uma das justificativas para a pouca presença masculina nos serviços desse nível, advém de um processo de socialização, em que o homem não se preocupa com sua saúde e desvaloriza o autocuidado. Somado a isto, os homens preferem buscar soluções mais rápidas e objetivas para seus problemas de saúde, buscando lugares como farmácias e prontos-socorros, onde conseguem resultados mais práticos e com maior facilidade no atendimento.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem afirma que 75% das enfermidades e agravos dessa população está concentrada em cinco grandes áreas especializadas: Cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia.

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO AO HOMEM COM ENFASE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE





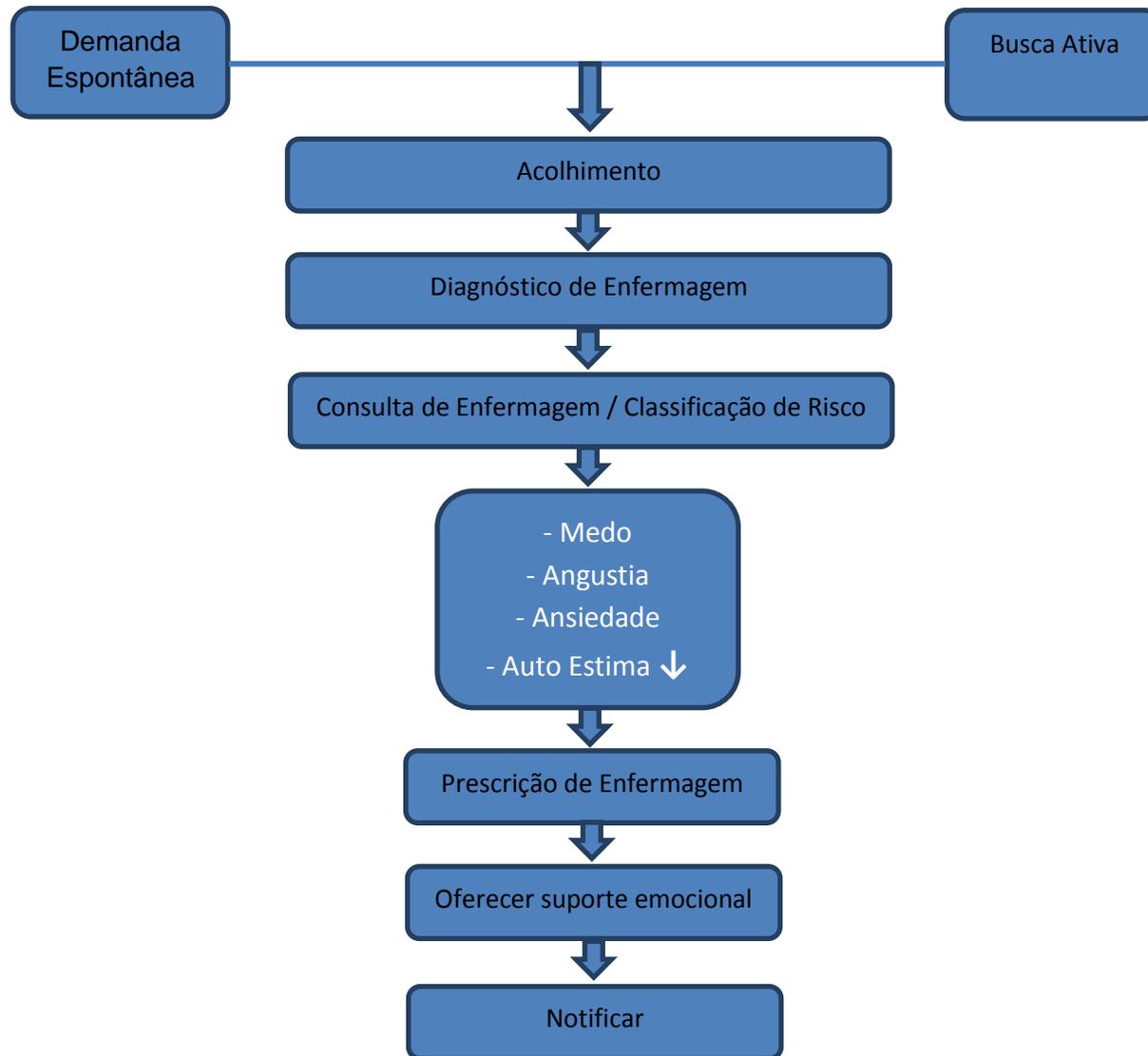
1. VIOLÊNCIA

Conforme descreve a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, entre os temas estudados, destaca-se a violência como um fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psico- biológicos.

A violência no sentido amplo deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, a saber, acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios.

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (Souza, 2005). A socialização é em grande parte responsável pela tendência ao envolvimento em episódios agressivos e de violência por parte dos homens, sendo a masculinidade associada à agressividade, bem como à invulnerabilidade e consequente exposição a riscos variados, como o uso abusivo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas, e o acesso a armas de fogo. A violência, desde que percebida como uma forma social de poder, advém da estratégia de empoderamento masculino, mas com ônus para os homens autores de violência, que se vulnerabilizam na adoção de práticas que decorrem em graves danos à saúde física, psíquica e social para si próprios e para os outros.

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO AO HOMEM VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO





2. ALCOOLISMO/TABAGISMO E OUTRAS DROGAS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 02 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas no mundo, sendo esse um determinante para a perda de 4% da vida útil dos homens.

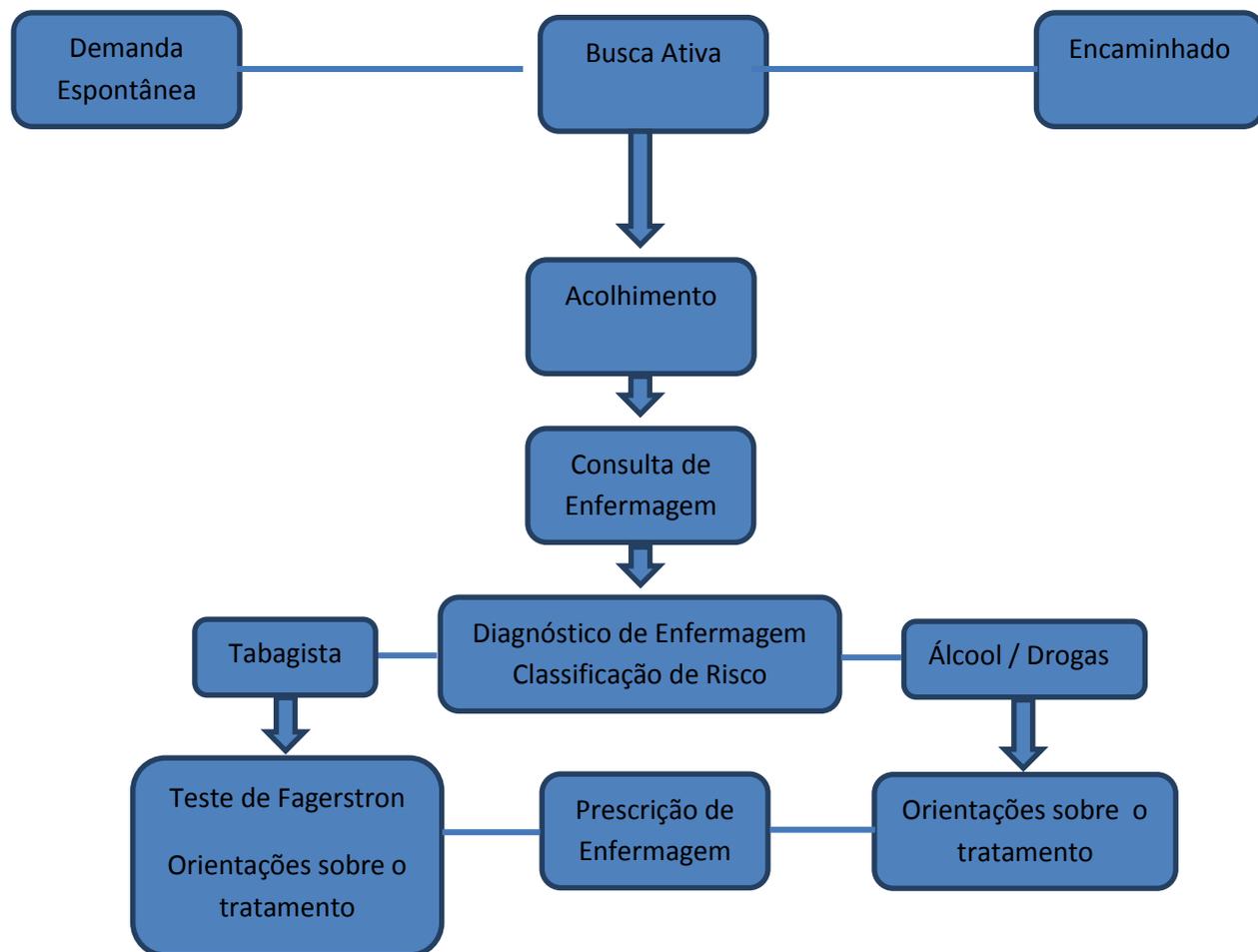
Quanto ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade as doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras.

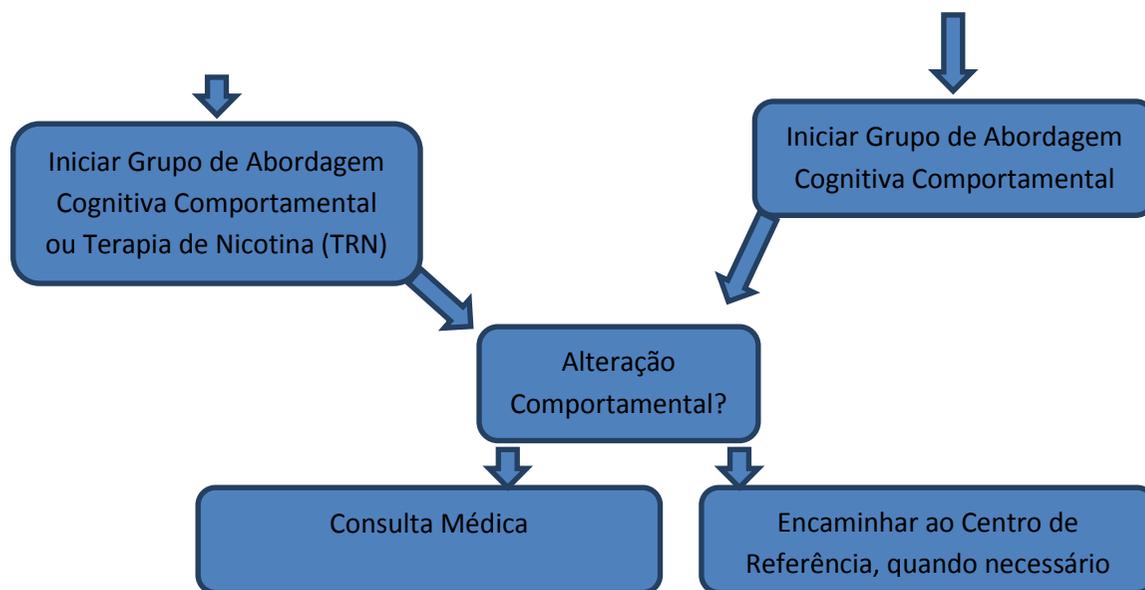
O uso dessas e de outras drogas existe há milênios nas culturas humanas, sendo utilizado de várias formas por diversos povos de acordo com seus costumes. Desse modo, trazendo complicações da saúde física e mental que o seu uso abusivo pode provocar. Existe um aumento significativo no número de pessoas que se tornam dependentes das drogas no Brasil e com início do uso cada vez mais precoce. Por outro lado, o uso abusivo de substâncias alcoólicas se tornou nos últimos anos um grave problema de saúde pública nesse país.

A Classificação Internacional de Doenças em sua décima versão de 1989 (CID-10) traz os diversos sofrimentos mentais consequentes do uso abusivo do álcool e de outras drogas, desde a própria síndrome de dependência até transtornos psicóticos. Outros aspectos que

demonstram a complexidade que envolve o uso do álcool/tabagismo e outras drogas são a violência e os gastos públicos produzidos, sendo que o uso do álcool lidera as estatísticas significativamente. Isso mostra a relevância em refletir sobre a atuação da equipe multiprofissional do território, do CAPS AD diante da importância social, sanitária e educacional de seus serviços para usuários de drogas, seus familiares e a comunidade em geral.

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO AO HOMEM NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO USO DE TABACO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS





3. POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), na Seção II descreve que a saúde é direito de todos e dever do Estado, visando redução dos riscos de doenças e de outros agravos mediante políticas sociais e econômicas, bem como acesso universitário e igualitário, então este dispositivo constitucional reforça a importância do atendimento a população privada de liberdade. Para a garantia da promoção integral das pessoas reclusas nas unidades prisionais, o Ministério da Saúde e da Justiça instituíram a Portaria Interministerial nº1.777/2003 (BRASIL, 2003), que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Dentre essas ações estão presentes o controle

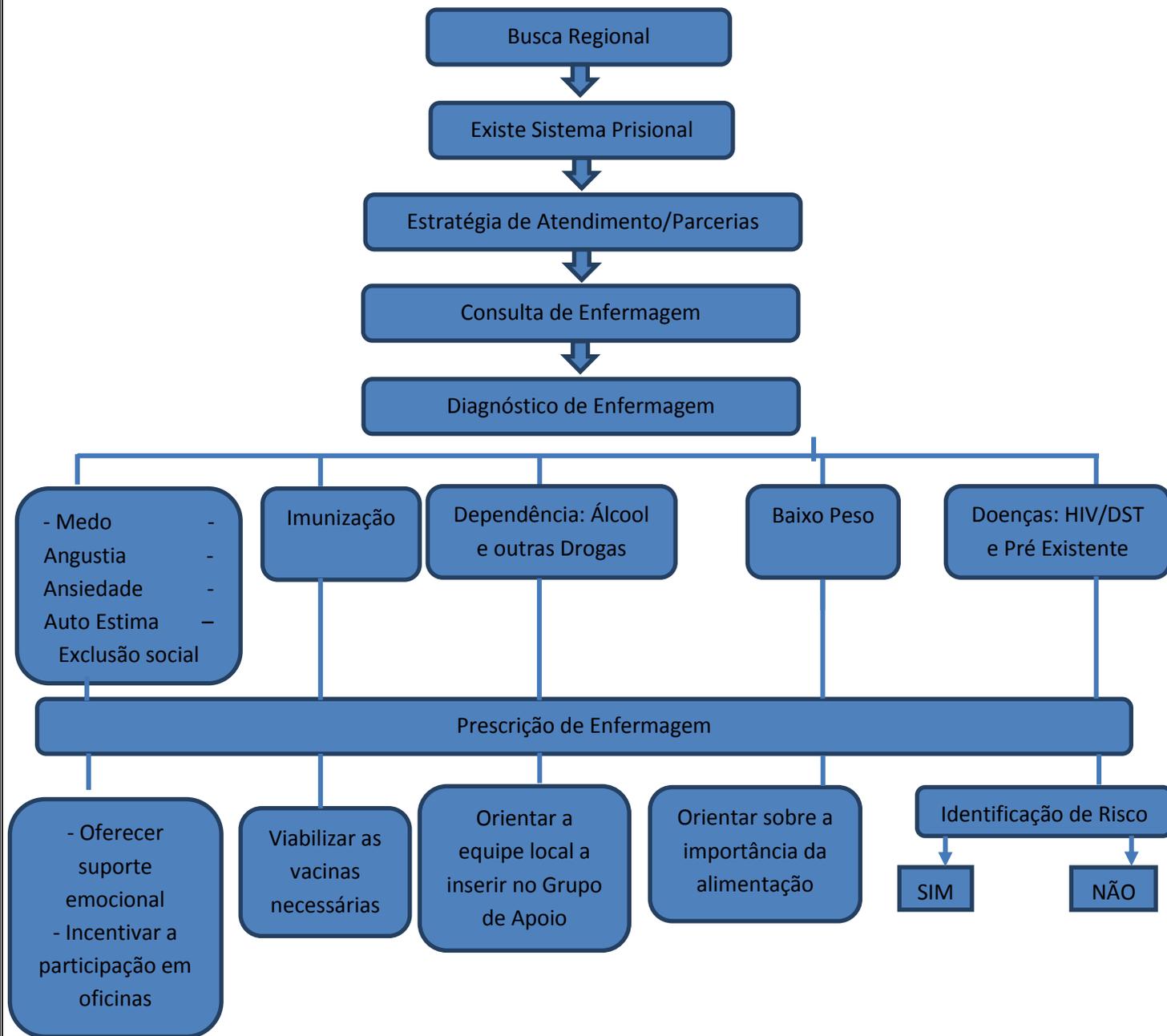
de tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, saúde bucal, atenção em saúde mental, programa de imunização, diagnóstico, aconselhamento, tratamento em DST/HIV/AIDS.

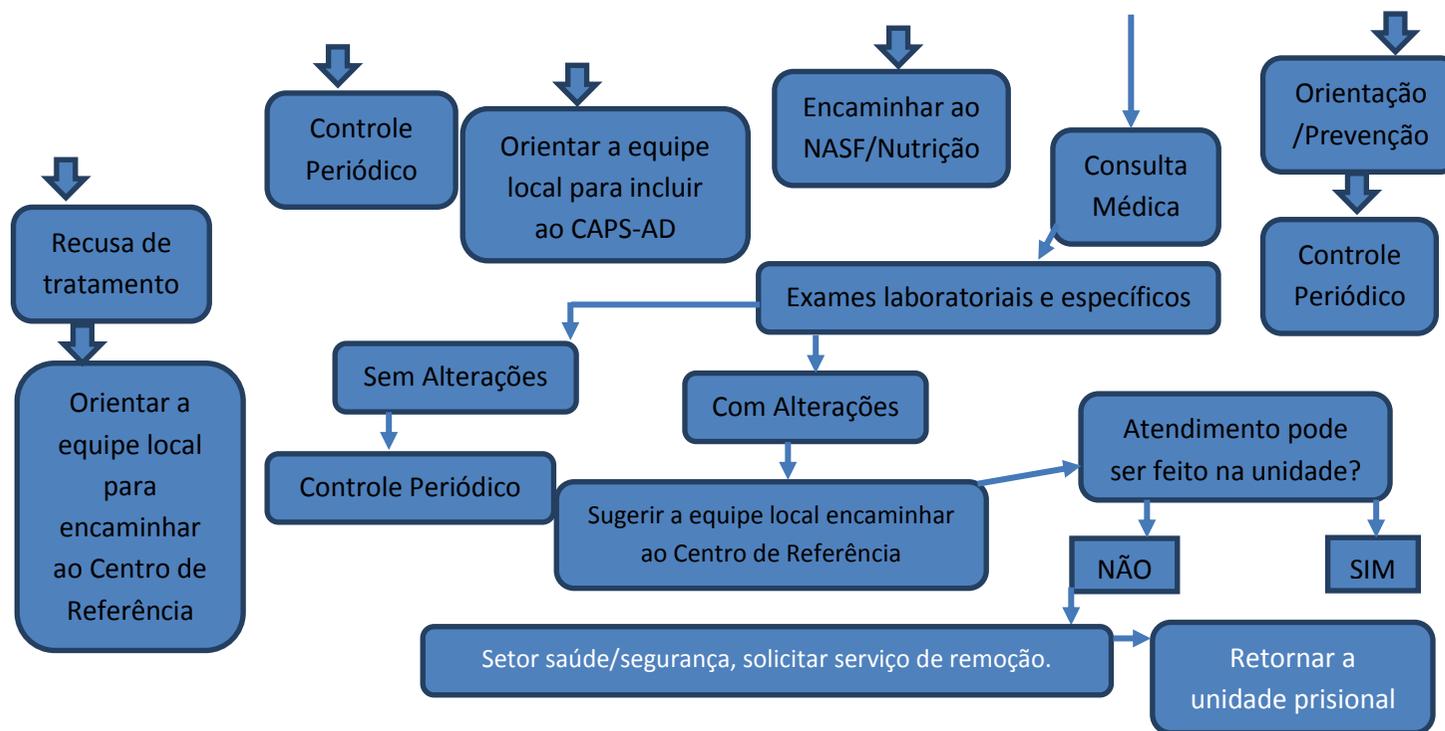
A atenção básica presente nos estabelecimentos penais contará com uma equipe composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário.

As ações mínimas deverão compreender: controle da tuberculose, controle de hipertensão e diabetes, hanseníase, DST/HIV/AIDS, hepatites, saúde bucal, saúde da mulher, saúde mental, programa de imunizações, exames laboratoriais, aquisição e controle de medicamentos.

Dentre os procedimentos para a promoção da saúde no Sistema Penitenciário Federal está a avaliação de saúde do indivíduo, como pode ser acompanhado no fluxograma 1. Esse indivíduo deverá ser incluído nos programas juntamente com os seus familiares durante o cumprimento da pena. Ele deverá passar por outra avaliação antes de ser liberado ou, antes de retornar a unidade prisional. Todas as avaliações e históricos médicos devem constar no prontuário do paciente e se este for transferido deverá ser encaminhado juntamente com seu prontuário (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2011).

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO AO HOMEM PRIVADO DE LIBERDADE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE

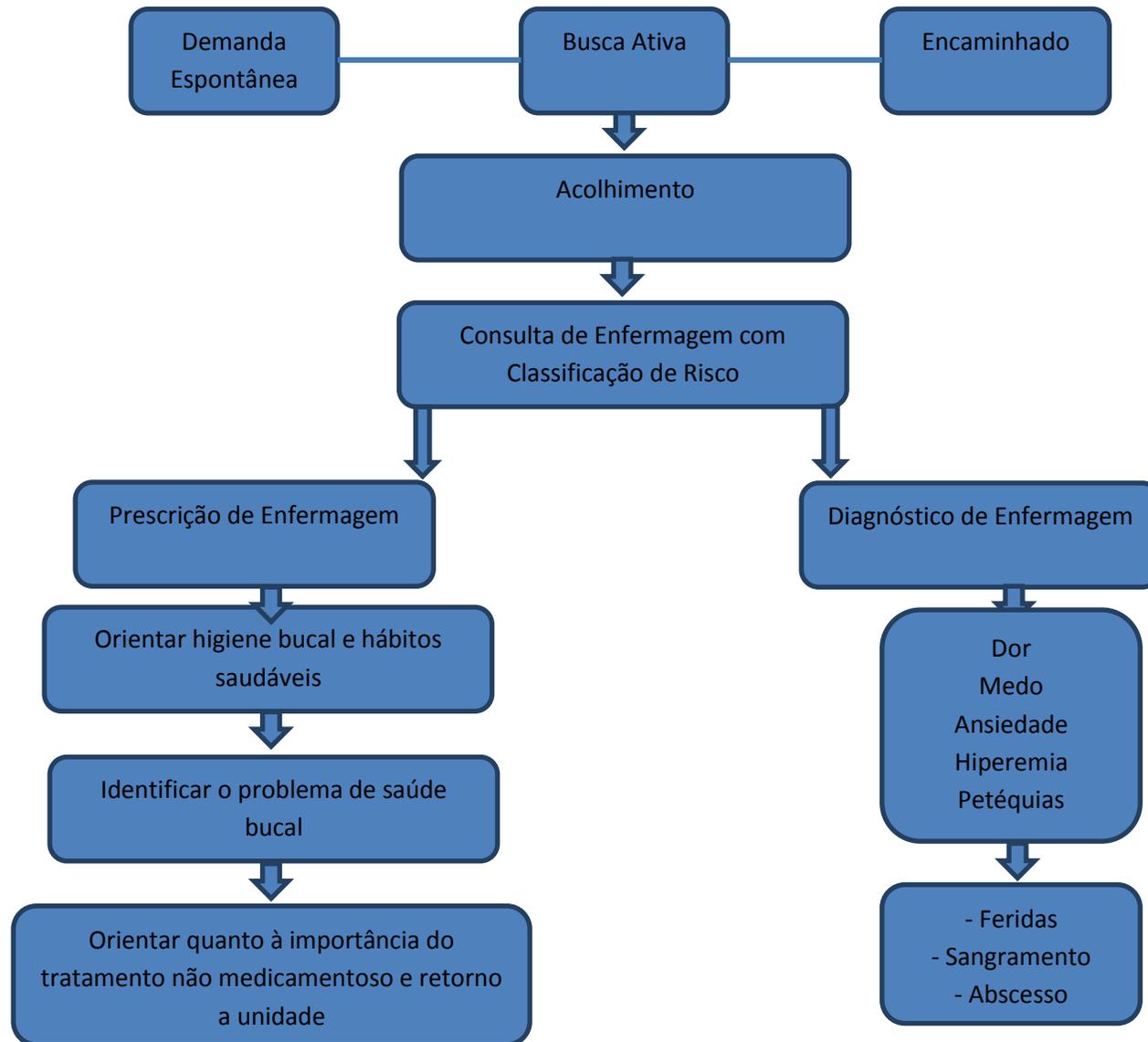




4. SAÚDE BUCAL

A proposta desse protocolo é aumentar a aproximação à Saúde do Homem no âmbito do cuidado à Saúde Bucal, visto que os homens utilizam pouco o atendimento oferecido pelas unidades de atenção básica, e a maioria das patologias associadas à saúde bucal pode ser prevenida. Os agravos identificados e relacionados à saúde bucal, a abordagem de fatores de risco e proteção necessitam aproximar-se da individualidade comportamental masculina.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE SAÚDE BUCAL DO HOMEM





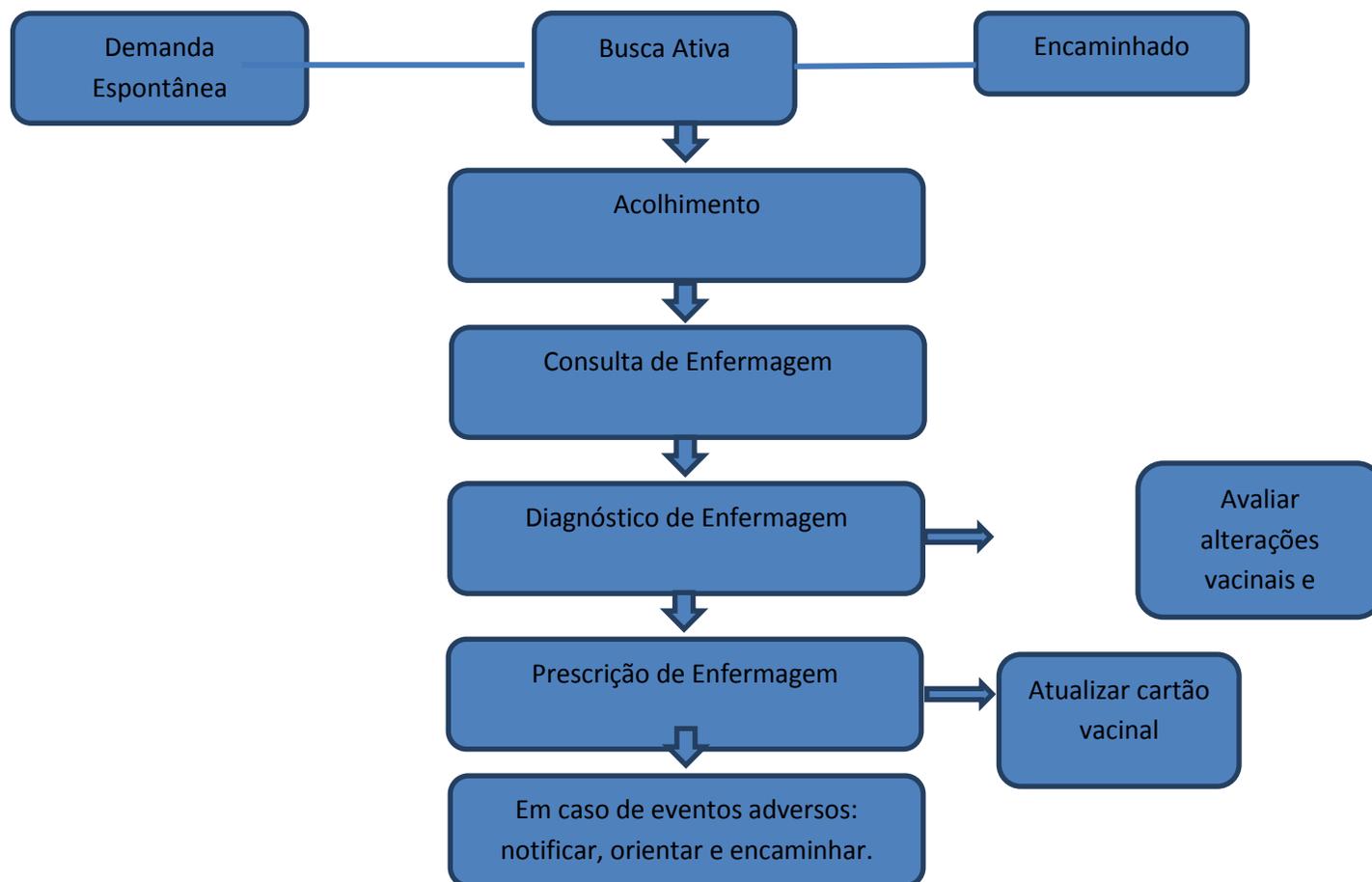
Encaminhar ao Centro de Referência

Fatores de Risco: Idade superior a 40 anos; Sexo masculino; Tabagistas crônicos; Etilistas crônicos; Menor higiene bucal; Desnutridos e imunodeprimidos; Portadores de próteses mal ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa

5. IMUNIZAÇÕES

Todo homem tem direito a um cartão vacinal para anotar e controlar o seu esquema vacinal e deverá ser orientado quanto as vacinas disponíveis no Programa Nacional de Imunização.

FLUXO DE ATENDIMENTO IMUNIZAÇÃO DO HOMEM



CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO

IDADE	VACINA	DOSE	PROTEÇÃO
Até 29 anos nunca vacinados	Contra Hepatite B	03 doses (0-1-6)	Hepatite B
Profissional de saúde	Vacina contra Influenza Sazonal (campanha)	única	Gripe sazonal
A partir de 10 anos de idade	Dupla Adulto (DT)	03 doses (02/02 meses ou 01/01 mês)	Difteria e tétano acidental

Nota: A Vacina contra a Febre Amarela é indicada em caso de viagem para área risco. Solicitar avaliação médica. É indicada a partir dos 09 meses de idade para pessoas que irão viajar para regiões endêmicas, de transição ou de risco potencial, 10 dias antes da viagem. A vacina para Hepatite B é indicada até 29 anos para nunca vacinados e a partir de 30 anos para grupos vulneráveis.

6. TUMORES

Segundo a política nacional de atenção integral a saúde do homem os tumores que incidem com maior frequência nos homens são os oriundos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. Faixa etária de maior incidência nos casos de cânceres são de 25 a 59 anos.

A mortalidade por câncer do aparelho digestivo, no ano de 2005, teve sua maior expressão numérica no câncer de estômago, ainda que imediatamente seguida pelo câncer de boca e de esôfago.

As neoplasias mais frequentemente do aparelho respiratório que causaram a morte, são na sua incidência o câncer de pulmão, traqueia e brônquios.

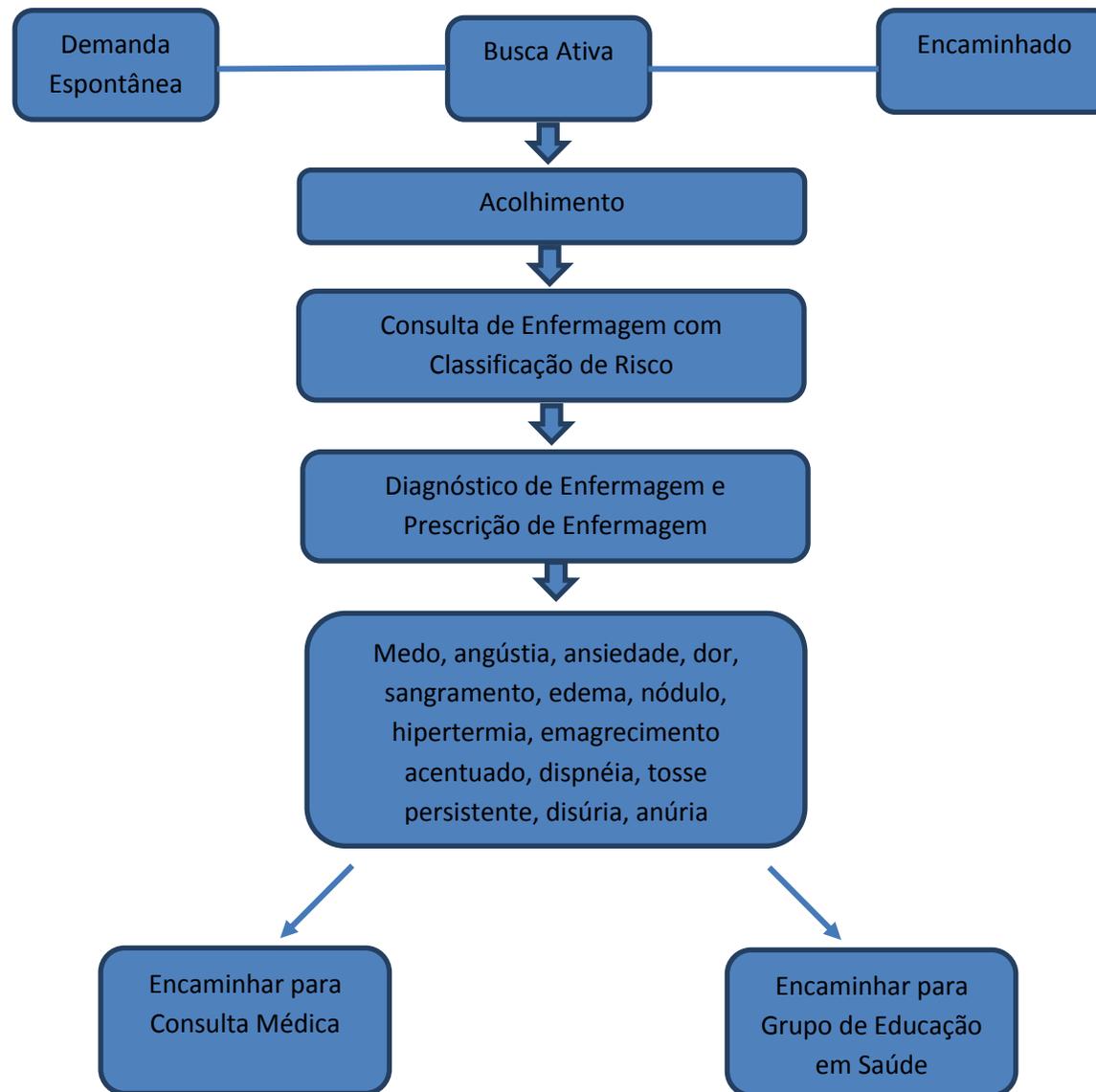
Ao se falar de neoplasias malignas do aparelho urinário, o câncer de próstata é o câncer mais comum na urologia, de acordo com a Sociedade de Urologia (2009), e pode ocorrer em um de cada seis homens. Cerca de 2% dos homens brasileiros com mais de 45 anos

apresentam câncer de próstata neste exato momento e a maioria não tem conhecimento deste fato. Isto significa que no mínimo 400 mil brasileiros necessitam de diagnósticos, pois a doença é curável quando encontrada precocemente.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento para do câncer de próstata segundo Gonçalves (2008) são: a idade avançada, a etnia do cliente e a predisposição familiar, sendo que o maior fator de risco é o envelhecimento.

Não se pode deixar de mencionar o câncer de pênis. Trata-se de um tumor raro, relacionado com as baixas condições socioeconômicas e a má higiene íntima.

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO AO HOMEM NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE TUMORES





7. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A Política Nacional de Planejamento Familiar é concebida hoje, pelo Ministério da Saúde, como Política da Vida Sexual e Reprodutiva, com o propósito de acolher pessoas que têm vida sexual ativa e não estão, necessariamente, planejando uma família.

A prescrição dos métodos contraceptivos é de responsabilidade dos profissionais médico e do enfermeiro. A eles devem ser disponibilizadas informações e os métodos. Na eventualidade de uma gravidez, o importante é assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável.

Deve ser realizado a conscientização dos homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

No homem, além da camisinha como método contraceptivo, há um outro método definitivo, a vasectomia, onde sua indicação deve obedecer aos critérios pré-estabelecidos, respeitando a legislação vigente: Lei nº. 9.263, de 12/01/1996. Tanto o profissional médico (a) quanto enfermeiro (a) poderão indicar tal procedimento.

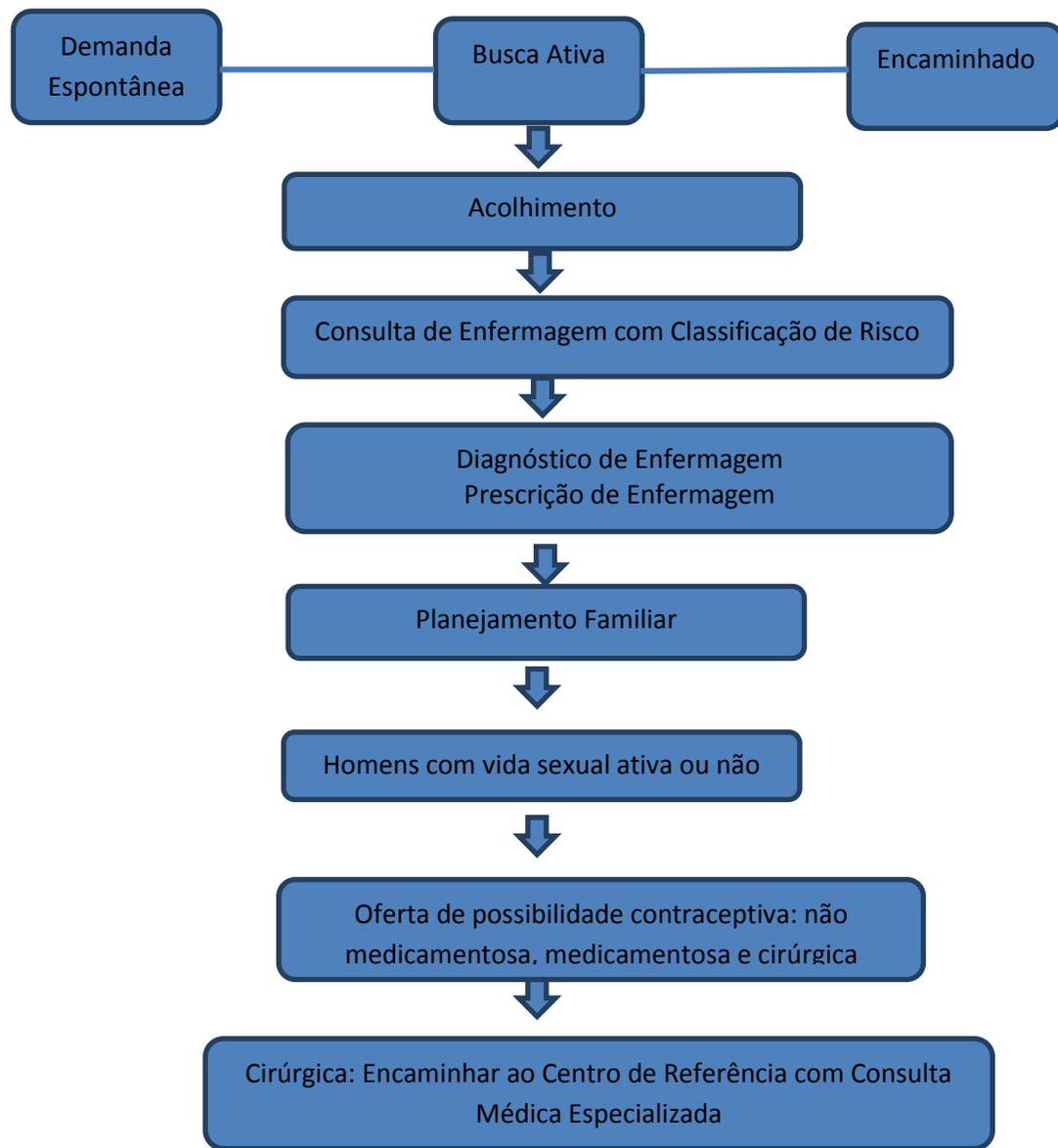
Condutas para o Aconselhamento em Anticoncepção Cirúrgica:

- Realizar consulta individual ou ao casal, e/ou atividade educativa;
- Orientar sobre os métodos contraceptivos reversíveis existentes;
- Esclarecer sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e as dificuldades de sua reversão
- Somente é permitida a Esterilização Voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

FLUXOGRAMA DO ACOLHIMENTO DO HOMEM AOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS



Referencias Bibliográficas

1. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Saúde Bucal – 1ª Edição Brasília – DF 2008 (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica – nº 17)
2. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica – Brasília – DF 2013 - Cadernos de Atenção Básica Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica, nº 37
3. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica – Brasília – DF 2013 - Cadernos de Atenção Básica Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus, nº 36

8. SAÚDE DO IDOSO

1. Introdução

O aumento da expectativa de vida da população brasileira e conseqüentemente seu envelhecimento, traz ao discurso várias questões como o envelhecimento saudável, formas de acolhimento e abordagem deste idoso, assim como sua colocação no cotidiano da sociedade atual.

Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) apontam que atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da OMS (Organização Mundial de Saúde), no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

No campo da saúde é primordial preservar por maior tempo possível a autonomia desses indivíduos para que preservem a capacidade de autocuidado, melhorando assim a autoestima uma vez que o envelhecimento por si só, já diminui a capacidade funcional do ser humano.

Assim, a própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2010).

Desta forma, este documento foi criado para sistematizar as ações de enfermagem em relação as atividades relacionadas à Saúde do Idoso na Atenção Básica, na região denominada Metropolitana II e tem como objetivos principais:

- Viabilizar uma Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso, tendo como iniciativas a promoção de saúde, prevenção, assistência e reabilitação;
- Aprimorar, manter e recuperar a capacidade funcional, valorizando a autonomia e a independência dos indivíduos idosos.

A importância de avaliar o idoso de forma global com ênfase na funcionalidade é prevenir complicações e traçar um plano terapêutico que atenda as necessidades individuais do cliente. Serão abordados neste capítulo alguns aspectos relevantes a serem avaliados em todos os atendimentos da pessoa idosa, pela equipe multiprofissional.

8.1. Acolhimento do idoso

O acolhimento tem como principal objetivo facilitar o acesso ao serviço de saúde por meio de mecanismos ágeis e confortáveis de agendamento, desta forma humanizando as relações entre os profissionais de saúde e usuários.

É fundamental que a atenção básica se responsabilize pelo acolhimento e cuidado a pessoa idosa em quadros agudos ou crônicos agudizados, cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção. (BRASIL, 2010)

Assim, o ato de acolher proporciona aproximação, atraindo esse público aos serviços de saúde. É uma forma de organizar e melhorar o acesso do idoso à unidade de saúde. Este acesso pode ocorrer de maneiras distintas. O que irá nortear o atendimento ao idoso será a sua necessidade de atendimento, com classificação de risco.

A classificação de risco pode ser feita por qualquer membro da equipe de saúde, desde que este esteja capacitado para tal ação. Para isso será necessário um instrumento padronizado para auxiliar o profissional na classificação deste idoso. O cenário para a captação do idoso pode ser no próprio domicílio, na comunidade e na unidade de saúde.

O idoso também poderá procurar a unidade de saúde espontaneamente ou através de um familiar. A equipe deve estar capacitada e treinada para oferecer um acolhimento de qualidade, identificando as necessidades do usuário e definindo o fluxo de atendimento de acordo com as necessidades individuais.

8.2. – Imunização

O sistema imunológico sofre algumas alterações com o envelhecimento, com o passar dos anos o ser humano vai ficando mais suscetível a determinadas doenças. Estas doenças podem ser prevenidas através da imunização.

O Programa Nacional de Imunizações tem por objetivo o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis. Por se tratar de uma população que apresenta vulnerabilidades, existem algumas vacinas preconizadas para a população idosa. Na atenção básica são disponibilizadas as seguintes vacinas: influenza e a contra tétano/difteria. Ainda existe a vacina antipneumocócica, mas a sua distribuição nas Unidades Básicas de Saúde podem ter diferenciações em cada Município.

É relevante orientar ao idoso sobre a importância de aceitar ser imunizado, sendo necessário que a equipe esteja capacitada para oferecer as orientações e esclarecer alguns mitos referentes às vacinas.

Dentre as vacinas preconizadas para esta faixa etária específica (60 anos ou mais), estão as vacinas de: Influenza sazonal, Dupla Adulto, Febre Amarela e Pneumocócica, descrita no calendário a seguir.

Calendário Vacinal do Idoso

Idade	Vacina	Doses	Local de aplicação	Doenças evitadas
60 anos ou mais	Influenza sazonal	Dose anual	IM no deltóide	Contra influenza sazonal e Gripe
	Dupla tipo adulto (dT)	Três doses e reforço a cada dez anos	IM no deltóide	Difteria e Tétano
	Febre Amarela ¹	1 dose a cada dez anos em caso de viagem para áreas endêmicas	IM ou SC no deltóide dependendo do fabricante	Febre Amarela
	Pneumocócica 23 Valente ²	Dose única Reforço após 5 anos da dose	IM no deltóide	Contra Pneumonia causada pelo pneumococo

	inicial		
--	---------	--	--

1. O idoso que vá viajar para área endêmica (estados AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e áreas de risco potencial (alguns municípios dos estados da BA, ES e MG). Em viagem para estas áreas, vacina 10 dias antes da viagem.
2. A vacina contra o pneumococo é aplicada durante a campanha Nacional de Vacinação contra Influenza sazonal nos indivíduos que convivem em instituição fechada, tais como casas geriátricas, hospitais, ILPIs e casas de repouso com apenas um reforço em cinco anos após a dose inicial.

Cuidados de Enfermagem a pessoa idosa após a aplicação de imunobiológicos:

- Orientar a aplicar compressa gelada no local;
- Administrar antitérmico ou analgésico em caso de febre ou dor;
- Orientar ao idoso ou cuidador em caso de alguma reação diferente que de costume procurar a Unidade de Saúde ou a emergência (UPA ou Hospital);
- Notificar a reação ao Programa Municipal de Imunização em formulário próprio.

8.3 – Sexualidade

A sexualidade também deve integrar a avaliação da pessoa idosa, visto que, não está apenas ligada à função reprodutiva e deve ser compreendida como fonte de prazer e realização em todas as idades. Segundo Brasil (2010) “estudos mostram que 74% dos homens e 54% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos.”

Existem alguns tabus em relação à sexualidade entre idosos, que devem ser esclarecidas através de orientações tanto individuais quanto coletivas. Com o envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas importantes, como a diminuição na produção de hormônios masculinos e femininos, que podem interferir na intensidade e frequência das relações sexuais.

O processo de envelhecimento e as limitações que vão surgindo podem ser compreendidos após orientações e grupos de convivências, levando-os a aprender a desenvolver estratégias a fim de superar alguns obstáculos que poderão surgir.

Dentre algumas mudanças que podem ocorrer com o envelhecimento, no homem pode ocorrer a diminuição parcial na tumescência peniana, que em comparação a um adulto jovem necessita de um tempo para atingir a excitação sexual, assim como completar o ato sexual. Na mulher pode ocorrer diminuição na libido e na lubrificação vaginal, que geralmente pode causar desconforto durante o ato sexual, ela pode ser orientada a utilizar um lubrificante íntimo para ter menos desconforto durante o ato.

A equipe de enfermagem poderá atuar através de orientações e esclarecimentos referentes a este assunto como, estimular o idoso a falar sobre seus medos e limitações e neste momento esclarecer os tabus e estimular o usuário a desenvolver um mecanismo de superação para preservar a vida sexual.

É muito importante abordar assuntos referentes às doenças sexualmente transmissíveis, esclarecer que o idoso também corre risco de adquirir doenças através do sexo e para prevenir necessita utilizar o método de barreira

Cuidados de Enfermagem a pessoa idosa

- Estimular o idoso em participar de grupos de convivência;
- Orientar quanto ao uso de preservativo (masculino ou feminino) em caso de múltiplos parceiros;
- Orientar individualmente ou coletivamente quanto as mudanças ocorridas com o envelhecer;
- Orientar quanto ao uso de lubrificantes a base de água durante o ato sexual;
- Encaminhar ao médico e/ou psicólogo em caso de prescrição medicamentosa e/ou atendimento psicológico.

8.4 – Queda

De acordo com Brasil (2010), as quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbi-mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. O profissional deve questionar a ocorrência e frequência de quedas, registrando na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Essas informações possibilitam a identificação do risco.

O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados.

Vale ressaltar que impactos diretos no punho e no quadril tem maior probabilidade de resultar em fraturas. A maioria das quedas acidentais ocorre dentro do domicílio ou arredores, os riscos domésticos mais comuns devem ser objeto de atenção das equipes da Atenção Básica.

Na atualidade as principais complicações relacionadas com a queda são lesões em partes moles, restrição prolongada no leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte. (BRASIL, 2010)

Riscos domésticos para quedas:

Presença de tapetes pequenos e capachos em superfície lisa	Escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau).
Carpetes ou tapetes soltos e/ou com dobras	Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.
Bordas de tapetes, principalmente, dobradas.	Roupas compridas, arrastando pelo chão.
Pisos escorregadios (encerados, por exemplo) ou irregulares.	Má iluminação e/ou interruptores distantes da entrada do cômodo.
Cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não).	Cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos.
Ambientes desorganizados com móveis	Cadeiras sem braços.

fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão (sapatos, roupas, brinquedos).	
Móveis instáveis ou deslizantes	Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados.
Degraus de escada com altura ou largura irregulares.	Objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe-se numa cadeira ou banco para alcança-los)
Degraus sem sinalização de término.	Escadas com iluminação frontal.

Cuidados de Enfermagem a pessoa idosa:

- Orientar aos familiares e cuidadores a adaptação do ambiente (residência e entorno): acomodar os gêneros alimentícios e outros objetos de uso cotidiano em local de fácil acesso, evitando com isso o uso de escadas ou banquinhos; reorganização o ambiente interno com consentimento da pessoa idosa;
- Sugerir a colocação de um diferenciador de degraus nas escadas bem como iluminação adequada, corrimãos bilateral para apoio e retiradas dos tapetes no início e fim da escada; colocação de piso antiderrapante e barra de apoio nos banheiros, evitar o uso de banheiras, orientar o uso em cadeira higiênica para fazê-lo sentado quando da instabilidade postural e orientar a não trancar o banheiro.
- Orientar a substituição de degraus por rampas, com colocação de luz auxiliar próximo a cabeceira da cama, utilização de almofadas rígidas/firmes para elevação de assentos baixos;
- Orientar o cuidador/familiar ou idoso a evitar deixar animais domésticos presos a correntes longas que possam cruzar o caminho da pessoa idosa;
- Encaminhar ao Serviço Social (de acordo com cada município) para aquisição de cadeira de rodas e cadeira higiênica.

8.5 – Demência

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Associação de Psiquiatria (DSM-IV) demência é definida como uma síndrome caracterizada pelo prejuízo de um nível intelectual previamente mais alto e causada por diversas doenças.

São vários os tipos de doença que podem causar demência, sendo a mais comum é a Doença de Alzheimer, que acomete cerca de 50-60 % de todos os casos. Possui como principais características a perda da memória e declínio cognitivo lento e progressivo, afetando a memória recente onde os indivíduos acometidos pela doença tendem a lembrar apenas de coisas que ocorreram no passado.

Cuidados de enfermagem:

- Solicitar dosagem de vitamina B12;
- Orientar o cuidador/familiar a estimular a memória da pessoa idosa e perceber se essas dificuldades na memória causam impactos nas Atividades de Vida Diária (AVDs);
- Orientar o cuidador/familiar a evitar modificações no ambiente;
- Orientar quanto as possíveis alterações comportamentais próprios da demência.

8.6 – Incontinência urinária

A incontinência urinária é compreendida como a incapacidade de controlar a eliminação de urina da bexiga e acomete cerca de 30% das pessoas idosas. Esses pacientes nem sempre relatam o fato nas consultas de rotina por vergonha ou por achar que é um fato comum para a idade.

Pode ocorrer por diminuição da capacidade da bexiga de reter urina, por fraqueza do esfíncter urinário, pelo uso de certos medicamentos que fazem relaxamento da musculatura lisa (como por exemplo, os beta-bloqueadores), fraqueza do assoalho pélvico, hiperplasia prostática benigna, dentre outros fatores.

Durante a consulta, é importante questionar ao idoso se perdeu urina recentemente ou se se apresentou molhada de forma rápida nos últimos tempos.

Cuidados de Enfermagem a pessoa idosa:

- Orientar quanto a higiene adequada no uso de protetores higiênicos, absorventes e fraldas, após as eliminações vesicam intestinais;
- Orientar quanto ao uso de protetores de colchão ou oleados, a fim de evitar molhar o colchão;
- Orientar quanto a troca da roupa de cama regularmente ou quando necessário;
- Orientar quanto a higiene e cuidados quando há uso de jontex, evitando lesões locais etc.

8.7 – Depressão

Torna-se importante durante a consulta, identificar alterações de humor na pessoa idosa. A presença de depressão na pessoa idosa tem impacto negativo em sua saúde, devendo a enfermeira rastrear a presença deste agravo para pode identifica-lo .Para isso podemos definir a utilização de instrumentos ,tais como Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e/ou Escala de Depressão Geriátrica (GDS),tais escalas são de uso de qualquer profissional de saúde habilitado e treinado.

Cuidados de enfermagem:

Orientar quanto a participação em atividades lúdicas e em grupos de convivência (associações, ONGs, igrejas, centros de convivência, coral etc);

Orientar quanto ao uso de antidepressivo, respeitando horários das tomadas;

Encaminhar para avaliação no Ambulatório Multidimensional da Pessoa Idosa ou Serviço de Saúde Mental e/ou psicologia casos que se enquadrem nos critérios de elegibilidade.

8.8 – Acuidade visual

Cerca de 90% dos idosos apresentam diminuição da acuidade visual nesta fase da vida e necessitam do uso de lentes corretivas. Durante a consulta, o idoso deve ser indagado sobre possíveis dificuldades que apresente ao ler, assistir TV, dirigir ou exercer qualquer atividade da vida cotidiana. Os que responderem afirmativamente sobre a dificuldade serão encaminhados ao especialista.

Cuidados de enfermagem

Encaminhar ao serviço de oftalmologia;

Orientar o uso regular em caso de uso de óculos.

8.9 – Acuidade auditiva

Assim como a acuidade visual fica prejudicada nas pessoas idosas, a audição também se apresenta diminuída em 1/3 da população nesta faixa etária. Os idosos devem ser questionados sobre a dificuldade de ouvir e algumas questões são listadas a seguir para orientar essa avaliação durante a consulta:

Compreende a fala em situações sociais?

Consegue entender o que ouve no rádio ou TV?

Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?

Sente zumbido ou algum barulho no ouvido ou cabeça?

Fala alto demais?

Evita conversar? Prefere ficar só?

Nos casos onde o examinador constate ou tenha confirmado pelo próprio idoso a diminuição da acuidade auditiva, deverá encaminhá-lo ao especialista.

Cuidados de enfermagem:

Orientar o cuidador ou familiar falar em tom moderado com a pessoa idosa, pausadamente, olhando diretamente para o mesmo, para que compreenda a informação;

Encaminhar ao Serviço de Otorrinolaringologista.

8.10 - Saúde bucal

A promoção da saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal as demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade. (BRASIL, 2004)

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde que se caracteriza em trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, planejamento familiar, sala de espera, nos domicílios, grupos de convivência, associações ou outros espaços sociais.

A identificação precoce das lesões da mucosa bucal deve ser priorizada, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde, para acompanhamento e encaminhamento para tratamento nos níveis de maior complexidade.

Considerando que a boca merece muita atenção, principalmente quando se fala em pessoas idosas, por se tratar de um local que mostra como vai a saúde de uma maneira geral, e principalmente por se tratar de uma camada da população que possui ausência de muitos elementos dentários ou uso de próteses corretivas.

Com o envelhecimento, algumas alterações importantes ocorrem na boca, ou em decorrência da perda dos dentes, da perda do paladar, da disfagia entre outros.

Outro ponto relevante diz respeito ao aspecto psicológico envolvendo a autoestima, além de outros problemas decorrentes da má alimentação, pela preferência por alimentos mais pobres do ponto de vista nutricional, e mesmo pela ingestão praticamente sem mastigar, dificultando muito a digestão e a absorção dos nutrientes pelo organismo.

Dentre os problemas mais prevalentes na pessoa idosa são:

- **Boca seca:** sabe-se atualmente que está mais relacionado com o uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas do que com o envelhecimento em si. Os casos devem ser analisados individualmente por um dentista, e de acordo com os problemas decorrentes dessa secura (entre eles o mau hálito, ardência e até ulcerações, que trazem um grande desconforto), o médico deverá ser consultado para ver se há outra opção de medicamento.
- **Mau hálito:** normalmente é decorrente da diminuição da quantidade de saliva, que faria a limpeza constante da boca, e da presença de resíduos sobre a língua, dentes e gengiva, devido à má higienização dos dentes e das próteses.
- **Cáries:** dependendo da condição das restaurações presentes nos dentes, e dos cuidados tomados na escovação e no uso do fio dental, as cáries e infiltrações podem ocorrer como em qualquer outra idade, e devido à retração gengival que acontece com o avanço da idade, esses problemas atingem principalmente a região das raízes expostas.
- **Doenças da gengiva:** gengivite e periodontite são as mais comuns, relacionadas à inflamação e infecção dos tecidos que sustentam os dentes. Sangramento gengival, mobilidade dentária, mau hálito e dores ao mastigar podem ser sinais da presença desses problemas, que se não receberem a devida atenção, podem levar à perda dos dentes.

- **Próteses desadaptadas:** a gengiva que sustenta uma prótese sofre alterações com o tempo e a sua adaptação tende a se modificar com o passar do tempo. Uma prótese desadaptada e “frouxa”, além de ser desconfortável para conversar e para se alimentar, favorece o aparecimento de infecções fúngicas, feridas, aftas, hiperplasias (crescimento gengival), que se não forem tratadas podem predispor o paciente a problemas ainda mais graves, como o câncer bucal.

Cuidados de enfermagem:

- Orientar ao idoso a mastigar bem os alimentos, e quando identificar sintomas como disfagia avaliar a necessidade de avaliação médica e do nutricionista;
- Orientar a escovação dos dentes e o uso de fio dental após as refeições, com escova macia, após todas as refeições ou ao menos uma vez ao dia; em caso de uso de próteses, realizar a escovação das próteses e da língua independente da presença de elementos dentários;
- Promover atividades de educação em saúde juntamente com dentistas, ACDs/THDs e ACS;
- Encaminhar para a avaliação e conduta do dentista, em caso de alguma alteração;
- Orientar cuidados com a prótese dentária: como o uso de creme dental com fluor (ou recomendada pelo dentista); antes de iniciar a limpeza da prótese, colocar uma toalha ou pano na pia, a fim de evitar no caso desta cair não se quebrar facilmente; escovar a prótese em toda sua extensão, removendo todos os restos de comida e placa bacteriana; lavar a prótese em água limpa, de preferência água corrente para retirar todo o creme dental e resíduos;
- Observar sinais e sintomas de disartria e avaliar necessidade de encaminhar para a fonoaudiologista;
- Orientar ao autoexame da boca, a fim de prevenir ou identificar lesões ou feridas e com isso resolver o problema precocemente.

8.11. Violência e maus tratos contra a pessoa idosa

Maus tratos são atos ou omissões que causem dano, prejuízo, aflição, ou ameaça à saúde e bem-estar da pessoa. Pode ocorrer uma única vez ou se tornar repetitivo, pode variar de uma reação brusca, impensada, até uma ação planejada e contínua, e causar sofrimento físico ou psicológico à pessoa cuidada. (Brasil, 2010)

A violência e os maus tratos são problemas sociais de grande dimensão, que afeta toda a sociedade, especificamente de forma continuada, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas e portadores de deficiência.

No caso da pessoa idosa, a violência pode ser manifestada de forma estrutural quando há desigualdades sociais e é naturalizada nas expressões da pobreza, miséria ou discriminação; interpessoal quando está relacionada às relações cotidianas; institucional quando relacionada a aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais pelas instituições de assistência.

A violência intrafamiliar é a violência que possui grande importância na violência interpessoal, por se tratar de toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família.

Existem condições particulares, individuais, familiares ou coletivas, que tornam a pessoa idosa mais vulnerável à violência na medida em que se torna mais dependente seja físico ou mentalmente.

A violência e os maus tratos podem estar relacionados a diversas causas, tais como: conflitos familiares, incapacidade técnica do cuidador em desempenhar as atividades adequadamente, problemas de saúde física ou mental da pessoa cuidada ou do cuidador, desgaste físico e emocional devido a tarefa de cuidar, problemas econômicos, etc.

A violência e os maus tratos podem ser físicos, psicológicos, sexuais, abandono, negligências, abusos econômico-financeiros, omissão, violação de direitos e autonegligência.

Tipos violência:

- **Abusos físicos, maus tratos físicos ou violência física** – são ações que se referem ao uso da força física para que a pessoa idosa faça o que não deseja fazer, e podem provocar-lhe ferimento, dor, incapacidade e/ou morte. Como beliscões, puxões, queimaduras, amarrar os braços e as pernas, arrastar, arrancar vestimenta, abandonar em locais desconhecidos, obrigar a tomar calmantes etc.
- **Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos** – corresponde a toda ação ou omissão relacionada a agressões verbais ou com gestos que causam dano a autoestima, a identidade ou desenvolvimento da pessoa idosa. Visando aterrorizar e humilhar a pessoa, como ameaças de punição e abandono, impedir a pessoa de sair de casa ou trancá-la em lugar escuro, não dar alimentação, assistência médica, insultos, desvalorização, ridicularização, rechaço, além dizer frases como “você é inútil”, “você só dá trabalho” etc.
- **Abuso sexual, violência sexual** – é impetrada por pessoa com relação de poder (força física, coerção ou intimidação) sobre a pessoa idosa, caracterizada como ato ou jogo de relações de caráter hetero ou homorrelacional, sem a permissão da pessoa, que visa obter excitação ou satisfação sexual do agressor/agressora. Inclui caricias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal, com pênis ou outros objetos de forma forçada, além de se utilizar de linguagem erotizada, ou mesmo ser forçado a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas e impedimento do uso de preservativos.
- **Violência ou Abuso econômico/financeiro/patrimonial** – se expressa na exploração indevida ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido de seus recursos financeiros ou patrimoniais. Consiste na apropriação dos rendimentos, pensão e propriedades sem autorização da pessoa. Normalmente o responsável por esse tipo de abuso é um familiar ou alguém muito próximo em quem a pessoa confia.
Inclui roubo, destruição de bens pessoais ou de bens da sociedade conjugal, recusa na participação nos gastos básicos para a sobrevivência do núcleo familiar, uso dos recursos econômicos da pessoa idosa, tutelada ou incapaz destituindo-a de gerir seus recursos e deixando-os sem provimento e cuidados.

- **Abandono/ Negligência** – é caracterizado pela falta de atenção, à recusa ou omissão de cuidados para atender as necessidades da pessoa idosa. Manifesta-se pela ausência de responsabilidade em cuidar da pessoa que necessite de proteção, sejam por parte de órgãos do governo ou de familiares, vizinhos amigos e cuidador.
- **Autonegligência** – diz respeito às condutas pessoais que ameacem a saúde ou segurança da própria pessoa. Ela se recusa a adotar cuidados necessários a si mesma, tais como: não tomar os remédios prescritos, não se alimentar, não tomar banho e escovar os dentes, não seguir as orientações dadas pelo cuidador ou equipe de saúde.

Todo caso suspeito ou confirmado de violência contra pessoa idosa deve ser notificado, utilizando-se a “**Ficha de Notificação/Investigação Individual – violência doméstica, sexual e/ou Outras Violências**” conforme anexo, encaminhando a ficha devidamente preenchida ao Setor de Epidemiologia municipal. Segundo a rotina estabelecida no município, os encaminhamentos das pessoas idosas em situação de violência devem ser feitos para os órgãos e instituições discriminadas a seguir, de acordo com a organização da rede de serviços local:

- a) Delegacia Especializada da Mulher (DEAM)
- b) Centro de Referência da Mulher
- c) Delegacias do Idoso
- d) Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI) e Conselho Estadual dos Direitos e Defesa das Pessoas Idosas(CEDEPI)
- e) Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
- f) Ministério Público
- g) IML e outros.

Existem vários aspectos éticos e legais envolvidos. As vítimas, quando cognitivamente competentes, têm direito de determinar o curso da intervenção, inclusive, podendo optar por nada fazer. Cabendo aos profissionais o suporte, a orientação, o atendimento, a notificação e o encaminhamento adequado frente a cada situação que deverá se avaliada de forma particular. (BRASIL, 2010).

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Identificação do caso de Violência

Preencher Ficha de Notificação- Obrigatória

Encaminhar Ficha de Notificação ao setor de Epidemiologia e/ou notificar os órgãos de defesa da pessoa idosa supracitados.

Cuidados de Enfermagem:

Acolher a vítima dos maus tratos;

Realizar avaliação física do idoso em caso de lesões do tipo hematomas, queimaduras, feridas, arranhaduras, entre outros, orientando quanto a curativos, hidratação, alimentação e medicações prescritas;

Encaminhar ao serviço especializado ou a Unidade de referencia para procedimentos relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e HIV, em caso de abuso sexual;

Orientar e administrar vacina de hepatite B, tétano;

Preencher notificação compulsória de violência e encaminhar para Setor de epidemiologia;

Orientá-lo do procedimento realizado e encaminhá-lo para notificação na delegacia;

Encaminhar ao serviço social e aos dispositivos da Assistência Social (CRAS, CREAS, CRAM, entre outros);

Orientar aos familiares ou cuidadores a responsabilidade com o idoso;

2 – Promoção da saúde do idoso

Como objetivos principais para a promoção da saúde a pessoa idosa estão:

Promover o envelhecimento ativo e saudável bem sucedido;

Estruturar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;

Fortalecer a participação social;

Monitorar o processo de envelhecimento;

Identificar fatores de risco de doenças e agravos;

Envolver a família e a comunidade no processo de cuidado;

Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam junto aos idosos.

Na atenção a saúde do idoso, devemos utilizar estratégias de promoção de saúde que viabilizem um envelhecimento natural e saudável e que também auxilie na reabilitação de algumas funções que foram comprometidas. É importante que a equipe tenha como foco que o idoso tem algumas limitações inerentes ao envelhecimento, mas não deve ser tratado como um doente ou uma criança.

Eles apresentam algumas limitações que podem ser contornadas através de estratégias específicas a este grupo. Desta forma, as ações de promoção a saúde podem sofrer diferenciações de pessoa para pessoa.

2.1 – Orientações básicas para nutrição

Envelhecer é um processo fisiológico e natural, mas pode ocorrer de forma diferenciada para cada indivíduo. Com o passar dos anos o nosso organismo vai apresentando mudanças naturais no funcionamento, algumas podem interferir no processo de mastigação e deglutição.

Desta forma, a orientação sobre uma alimentação saudável é particular e individual. Deve ser planejada uma dieta baseada nas demandas nutricionais específicas.

A equipe de saúde pode orientar quanto às medidas de higiene, no preparo dos alimentos, intensificar a importância da lavagem das mãos durante a manipulação e preparo dos alimentos. Estimular o idoso a optar pela escolha de alimentos saudáveis, quanto à cautela no uso do açúcar e sal e a participar na escolha do cardápio.

Essas medidas irão estimular o idoso a participar do processo de preparo dos alimentos, o que trará bons resultados referentes à nutrição adequada e de qualidade.

2.2 – Promoção da atividade física

O processo do envelhecimento biológico causa algumas limitações na pessoa, como na função musculoesqueléticas dentre outras e gera algumas limitações às atividades de vida diárias. Fazer exercícios traz benefícios em qualquer idade, melhorando muito a qualidade de vida e prevenindo o risco de aumento da fragilidade e dependência.

A escolha da atividade física a ser praticada vai depender da disponibilidade de serviços em cada Município, localidade, da escolha do idoso e sua aptidão para a execução.

Cabe a equipe de saúde informar ao idoso os benefícios da atividade e ajudá-lo a fazer a escolha. Devemos também orientar sobre os cuidados a serem tomados antes durante e posterior à atividade física. Como:

a escolha do horário em que o sol e o calor sejam mais brandos;

a fazer uma alimentação leve antes de iniciar os exercícios, nunca em jejum;

a utilizar roupas leves, evitando tecidos duros que possam limitar os movimentos, utilizar um calçado confortável;

optar por uma atividade que lhe agrade, compatível com suas necessidades e respeitando suas limitações;

ingerir líquido durante e após a atividade;

orientar que inicie a atividade após avaliação médica, a fim de saber se está apto a exercer atividade física.

2.3 – Grupos de educação em saúde e vivências

A realização regular de grupos de educação em saúde pode trazer resultados positivos na promoção da saúde. É um ambiente favorável para o idoso conhecer o processo do envelhecimento, algumas doenças relacionadas a este processo, receber orientações para superar suas limitações e aprender a conviver com elas.

A equipe pode estimular que o grupo seja um ambiente agradável e fazer com que o idoso tenha vontade de frequentar e participar das atividades. Dessa forma, ele irá fornecer informações úteis para a equipe desenvolver um plano de cuidados de qualidade e direcionado a cada usuário.

Toda a equipe de saúde deve ser envolvida na elaboração das ações a serem desenvolvidas no grupo e o enfermeiro deve estimular a participação de cada membro nas atividades, sabendo explorar as aptidões de cada indivíduo.

2.4 – Orientações aos cuidadores

Este grupo em especial necessita da nossa atenção, pois muitas vezes assumem a condição de cuidador por ser o familiar mais próximo do idoso e acabam realizando essa função de maneira empírica.

A equipe de saúde pode realizar um trabalho de extrema importância aos cuidadores, eles são uma fonte importante de informações referente ao idoso envolvido e em contrapartida a equipe pode oferecer orientações e esclarecimentos que contribuirão na melhoria da assistência oferecida.

Uma forma de aprimorar o trabalho dos cuidadores é a realização de grupo de cuidadores, neste momento eles poderão trocar experiências, conhecer melhor as patologias do seu familiar e receber informações para aprimorar e qualificar a assistência oferecida ao idoso.

3 – Instrumentos para monitoramento do perfil do idoso

3.1 – CADERNETA DA PESSOA IDOSA

A caderneta do idoso é um instrumento muito importante para identificarmos o perfil do idoso em atendimento. Ela fornece informações que poderão nortear o cuidado e também nos possibilita classifica-lo com ativo ou vulnerável.

Os dados fornecidos são referentes ao endereço, identificação, hábitos de vida, familiar para contato, principais patologias, medicamentos em uso, alergias, números de internações, números de quedas, histórico de imunização, acompanhamento do peso, pressão arterial e glicemia.

Com a apresentação da caderneta qualquer profissional poderá conhecer o perfil e histórico de saúde do idoso, o que irá nortear e facilitar o atendimento.

É importante que os Municípios e suas respectivas secretarias de saúde implementem o uso da caderneta do idoso na atenção básica, para facilitar a assistência a este grupo específico. O instrumento é de fácil compreensão e poderá ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

OBS: A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa está sendo revisada pela equipe do Ministério da Saúde, foi à consulta pública e está em fase de conclusão.

4 – Atribuições da equipe de enfermagem no atendimento ao idoso

Atribuições do Enfermeiro

- Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário.
- Supervisionar e coordenar o trabalho do técnico de enfermagem.
- Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

5 – Primeira consulta de enfermagem

Durante a primeira consulta o enfermeiro tem que ter como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade, realizarem a avaliação do idoso de forma sistematizada buscando desenvolver um plano de cuidado adequado as especificidades de cada usuário.

Nesse momento faz-se necessário utilizar técnicas de comunicação simples, sem o emprego de palavras no diminutivo e evitando interrupções durante as respostas, desta forma ficará mais fácil conseguir informações valiosas para a condução terapêutica.

Na primeira consulta de enfermagem, o enfermeiro não deve ter a pretensão de levantar e resolver todos os problemas, mas sim, criar um vínculo que poderá ser duradouro para ambos.

5.1 – ANAMNESE

- A identificação já deverá estar preenchida na primeira folha do prontuário;
- História pregressa e atual: questionar sobre doenças, cirurgias, tratamentos medicamentosos, vícios e sintomatologia e queixa principal;
- Imunização: avaliar histórico de imunização e encaminhar para vacinação quando necessário;
- Avaliação nutricional: questionar sobre número de refeições, hábitos alimentares, quem prepara a comida, deglutição e mastigação;
- Avaliação sensorial: acuidade visual, auditiva, paladar, olfato e tato;
- Situação familiar: identificar o número de pessoas no domicílio, quem é o cuidador, quem é o provedor;

- Perfil sócio-cultural: avaliar atividades de lazer, atividades laborativas, ocupação do tempo livre, espiritualidade e risco para depressão;
- Autocuidado: avaliar os hábitos de higiene corporal e bucal (frequência, dificuldades), autonomia para se vestir, pentear cabelo e se vestir;
- Sexualidade: estimular o idoso a falar sobre suas dificuldades e expressar suas dúvidas sobre o assunto;
- Hábito intestinal e urinário: frequência, queixas, perdas urinárias e/ou dificuldade de urinar e aspecto das eliminações.

5.2 – Exame físico

Na pré-consulta o técnico de enfermagem realizará as medidas antropométricas (peso, altura, IMC e circunferência abdominal), aferição da pressão arterial e teste glicêmico.

Na consulta de Enfermagem, o Enfermeiro deverá proceder o exame físico.

Cabeça e pescoço: Inspeccionar presença de cicatrizes, lesões, erupções na pele. Avaliar condições de higiene (couro cabeludo e cavidade oral). Na acuidade visual, questionar o uso de óculos e presença de catarata, avaliar acuidade auditiva e olfato. Na cavidade oral, ficar atento às condições da dentição e/ ou uso de prótese, mucosa, lesões e infecções.

Pele: Inspeccionar coloração, cicatrizes, presença de icterícia e hidratação.

Tórax: Avaliar simetria, expansão pulmonar, cicatrizes. Realizar ausculta cardíaca e pulmonar. Avaliar as mamas e solicitar mamografia de acordo com a necessidade.

Abdome: Inspeccionar cicatrizes, hérnias e avaliar presença de dor.

Aparelho genito urinário: Avaliar urgência miccional e disúria. No sexo feminino realizar coleta de citologia oncótica (Papanicolau) e avaliação da região vulvar e vaginal. E no sexo masculino, solicitar o exame PSA e encaminhar ao urologista quando houver necessidade.

Avaliação neurológica: O exame na pessoa idosa é de extrema importância e não deve ser omitido, pois, as principais causas de incapacidade nesta faixa etária se dão pelos distúrbios neurológicos existentes.

- Nível de consciência: Avaliar a orientação fazendo perguntas sobre: nome próprio, profissão, nomes de pessoas próximas e sua ocupação; lugar: onde a pessoa está; cidade e estado; tempo: dia da semana, mês e ano.
- Função motora: verificar o movimento voluntário de cada extremidade através de comandos específicos. Por exemplo: peça à pessoa para levantar as sobrelanceiras, franzir a testa, mostrar os dentes, apertar as mãos. Para as extremidades inferiores, solicite que faça o levantamento da perna estendida.
- Resposta pupilar: avaliar tamanho, forma e simetria de ambas as pupilas.
- Coordenação: teste a função cerebelar das extremidades superiores usando teste dedo- nariz.
- Postura e Marcha: solicite para que o cliente caminhe e observe marcha e postura.

5.3- Avaliação laboratorial

Alguns exames laboratoriais devem ser solicitados uma vez no decorrer de cada ano, no decorrer de cada ano. A periodicidade de cada exame irá depender das co-morbidades identificadas em cada idoso durante a consulta.

EXAMES SEREM SOLICITADOS PELOS ENFERMEIROS

Primeira consulta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemograma completo 2. Perfil lipídico 3. Glicemia 4. Uréia 5. Creatinina 6. Sódio 7. Potássio 8. Ácido úrico 9. Cálcio 10. Gama GT 11. TGP 12. TGO 13. Vitamina B12
--------------------------	--

	14. Urina I (EAS) 15. EPF 16. VDRL 17. Anti HIV 18. Hepatite: Anti Hbs, HbsAg e Anti HBC
Anualmente	PSA (homem) Papanicolau (mulher)
Acamados	Urinocultura

As solicitações de exames nas consultas subseqüentes deverão levar em conta o estado de saúde do idoso. Em caso de idoso independente solicitar anualmente os exames listados de 1 a 14. Em caso de idoso semi-dependente ou dependente após avaliação solicitar trimestralmente ou semestralmente.

5.3– Instrumentos de avaliação

A aplicação dos instrumentos de avaliação auxiliará na classificação de risco do Idoso para melhor estabelecer o Plano de Cuidados para a pessoa idosa.

Nada substitui uma escuta qualificada realizada pelo enfermeiro, e demais profissionais habilitados, como técnico de enfermagem e Agente Comunitário de saúde e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc).

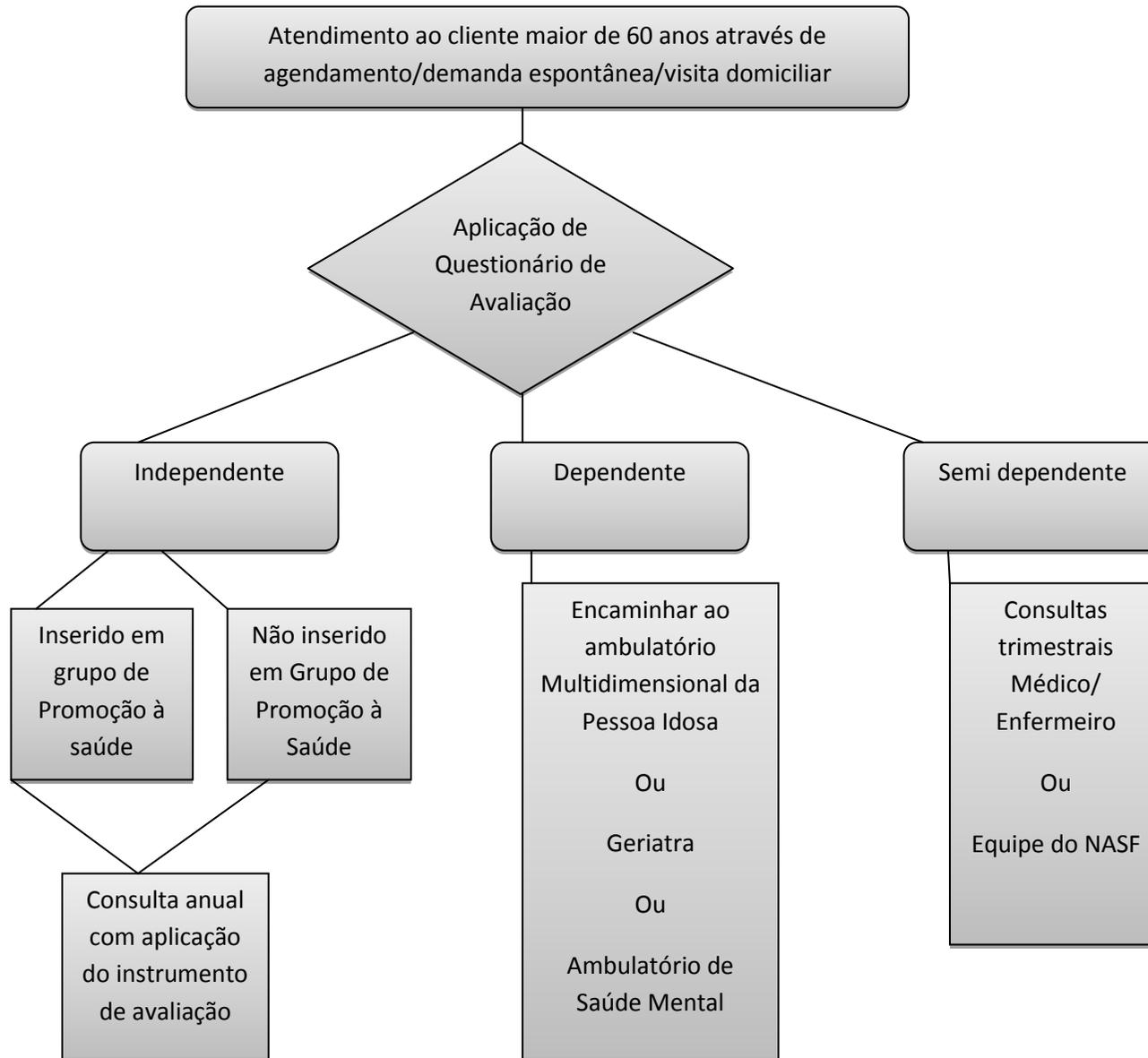
Em anexo apresentamos uma proposta desenvolvida pelo Município de Itaboraí de questionário de avaliação da dependência da pessoa idosa.

Referencias Bibliográficas

- 3.1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica 192 p. il. Série A. **Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica**, n. 19 – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- 3.2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Vol. 12 - 44p. Brasília, 2010.
- 3.3 BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Da Política Nacional De Saúde Bucal**, Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
- 3.4 FLORIANÓPOLIS. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso/Secretaria Municipal de Saúde Tubarão**. Ed. Copiart, 2011.,
- 3.5 FERREIRA, Vânia Rogéria Antunes. MARINS, Daniela Costa de. **Instrumentos de Avaliação de Saúde da pessoa idosa**. Programa Municipal de Saúde do Idoso: Itaboraí, 2010.
- 3.6 SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à pessoa idosa/** Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. – 2ª ed– 66p. São Paulo: SMS, 2012.

ANEXO I

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA PESSOA IDOSA



ANEXO II

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

É CONSIDERADO IDOSO FRÁGIL VULNERÁVEL OU EM PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO:

- Pessoas com idade igual ou acima de 75 anos, associado a mais de um dos critérios abaixo;
- Pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, associado a dois ou mais dos critérios abaixo;
- Pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, que necessitem de cuidados para realizar as atividades de vida diária (dependente).

CRITÉRIOS

- Cinco ou mais comorbidades;
- Uso contínuo de cinco ou mais medicamentos;
- Mais de uma internação nos últimos 12 meses;
- Duas ou mais quedas no mesmo ano;
- Emagrecimento nos últimos 12 meses (mais de 4kg);
- Síndrome demencial;
- Vulnerabilidade Social;
- Comprometimento nas atividades de vida diárias e nas atividades instrumentais de vida diária.

OBS.: Estes critérios de classificação servem para orientar o profissional quanto à amostra da população idosa que PODERÁ ser encaminhada ao Ambulatório Multidimensional. Ou seja, não serão todos os idosos classificados como frágeis vulneráveis que deverão ser encaminhados ao Serviço, mas sim os idosos que o profissional, após avaliação, julgar necessário para o acompanhamento especializado.

ANEXO III

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Unidade: _____ **Data:**

____ / ____ / ____

Nome: _____ **Idade:**

Mora Sozinho? Sim () Não ()

Cuidador? Sim () Não () Vinculo?

Emagrecimento? Sim () Não () Quantos quilos nos últimos 12 meses? _____

Internações Hospitalares nos últimos 12 meses?

Sim () Não () Quantas? _____

Quedas nos últimos 12 meses?

Sim () Não () Quantas? _____

Incontinência Urinária?

Sim () Não ()

Comorbidades? Sim () Não () Quantas?

Medicamentos que faz uso: _____

Independência:

Toma Banho: Sozinho () Com auxílio() Não realiza ()

Se Veste: Sozinho () Com auxílio () Não realiza ()

Refeições: Sozinho () Com auxílio () Não realiza ()

Senta: Sozinho () Com auxílio () Não realiza ()

Levanta: Sozinho () Com auxílio () Não realiza ()

Apresenta sintomas de Síndrome Depressiva? “O senhor (a) sente-se muitas vezes triste ou deprimido? Sim () Não ()

“Costuma esquecer acontecimentos recentes nos últimos meses?” Sim () Não ()

“Tem apresentado comportamento diferente do habitual?” Sim () Não ()

CLASSIFICAÇÃO: Independente () Semi-dependente/dependente ()

SAÚDE MENTAL

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) tem como um de seus princípios o primeiro acesso ao Sistema de Saúde, inclusive das pessoas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico.

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica, que aconteceu no mundo e também no Brasil, impulsionaram muitas mudanças nas formas de cuidado aos nossos usuários. Os conceitos que fundamentavam as práticas e visões da loucura tradicionais e científicas se modificaram acompanhando um movimento da sociedade de inclusão e proteção do cidadão como um ser humano e social. O ser humano é único e preenchido de pluralidade, que movimentam sua emoção e fragilidade.

É importante considerar que a diferença e a singularidade de cada indivíduo é construída em um processo contínuo em suas relações com o mundo, com sua percepção dos objetos e dos significados que são atribuídos a partir da constituição como ser humano.

Em todo processo de construção do ser humano e de acordo com cada história de vida, as alegrias, tristezas e sofrimentos vão fazendo parte da dimensão humana, por isso nem todo sofrimento é uma doença e precisa ser medicalizado. É preciso reconhecer no sofrimento psíquico a complexidade e ao mesmo tempo a individualidade de cada situação e de cada ser humano. O sofrimento é real e subjetivo, portanto não pode ser reduzido aos sintomas.

A maior parte dos profissionais reconhece como ações de saúde mental apenas a administração de medicamentos psiquiátricos e o encaminhamento do paciente para serviços especializados. Mas, na realidade, o atendimento da enfermagem para esses casos deve ir muito além, começando por acolher e escutar o usuário.

O Enfermeiro faz parte de uma equipe multidisciplinar e possui atribuições importantes para o processo de acolhimento e sequencia no atendimento deste usuário.

Sabendo que a incidência de transtornos mentais é alta, e também que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as mais procuradas nesses casos, este protocolo de Enfermagem foi elaborado por imaginar que algumas vezes o enfermeiro já tenha se sentido inseguro, surpreso ou sem saber como agir após uma identificação de uma demanda em saúde mental. Também acreditamos ser provável que em algumas destas situações o profissional se sente improvisando, ou usando a intuição e o bom senso.

1) Cuidados do Enfermeiro com portadores de transtornos mentais:

A priori deve-se entender que os transtornos mentais não aparecem de forma clara e explícita, os profissionais devem aprender a identificá-los também nos pacientes que não aparentam ter transtornos mentais. Abaixo seguem alguns cuidados na Assistência do enfermeiro (a) ao paciente portador de transtorno mental:

- ✓ Identificar os pacientes que sofrem exclusão social e até mesmo observar os familiares. As ações de enfermagem em Saúde Mental devem começar já na entrevista, perguntando e ouvindo com atenção não somente a queixa do paciente, mas sua história de vida, sua cultura, seu processo de adoecimento, seus problemas emocionais e sofrimentos.
- ✓ Conversar com o paciente, orientá-lo, pois muitas vezes essas ações são mais eficazes do que iniciar outra via terapêutica nesse indivíduo. Além disso, conversar e orientar a família também são ações relevantes.
- ✓ Estimular a tomada de suas próprias decisões, fazê-lo perceber que ele tem suas capacidades, limites e potenciais a serem explorados. Outra ação importante é ajuda-lo a perceber a realidade em que está vivendo.
- ✓ Entender que o portador de distúrbio mental é um sujeito ativo, e que apesar de pensar ou agir de forma diferente da maioria, seus pensamentos e desejos devem ser levados em consideração e respeitados na medida do possível.

- ✓ Assistir o enfermo, investir em reuniões com a família, visitas domiciliares, contato com a escola e/ou trabalho, e também orientá-lo quanto aos centros de cultura e programas de inclusão social, pois sociabilizá-lo com pessoas novas, pode e deve fazer muito bem para a sua recuperação, além de garantir um acompanhamento mais eficiente.
- ✓ Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e drogas utilizando estratégias de redução de danos.
- ✓ Desenvolver ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação da loucura.
- ✓ Promover ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade (como oficinas), destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de moradores do bairro, grupos de auto-ajuda, etc).
- ✓ Ampliar o vínculo com as famílias, tornando-as parceiras no tratamento e construindo redes de apoio e integração.
- ✓ Estimular a participação dos usuários portadores de transtornos psíquicos e inserir nas atividades coletivas, como caminhadas, grupos de discussão, academias da saúde, rodas de terapia comunitária, entre outras.
- ✓ Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.

IMPORTANTE!

Não há um modelo pronto de atendimento a ser seguido pelo profissional de saúde, cabe ao enfermeiro ser criativo e estar disposto a ajudar o paciente, além de procurar se aprimorar e se qualificar a respeito nesse âmbito. É de suma importância ressaltar que o trabalho do enfermeiro não consiste apenas em realizar práticas e procedimentos, mas proteger, promover e preservar a qualidade de vida dos seus pacientes!

Para uma abordagem familiar é importante aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que requer aperfeiçoamento de competências profissionais.

Na abordagem familiar, considera-se que a saúde da família vai além da soma da saúde dos indivíduos. Sendo assim, espera-se que a equipe de Atenção Básica à Saúde seja capaz de identificar e desenvolver as seguintes especificidades:

- ✓ Conceituar família e considerar sua complexidade, utilizando a ficha de cadastro domiciliar, a qual deverá estar em local de fácil acesso ao profissional (prontuário).
- ✓ Cuidar com base na experiência da família ao longo do tempo, ou seja, sua história pregressa, atual e perspectivas futuras.
- ✓ Trabalhar com todos da família, tanto doentes como saudáveis.
- ✓ Que a família enquanto um sistema é afetada pela mudança de qualquer um de seus membros.
- ✓ Reconhecer que a pessoa mais sintomática (doente) da família também pode mudar com o tempo.
- ✓ Promover apoio mútuo e compreensão entre os membros da família sempre que possível.
- ✓ Levar em conta o contexto social e cultural da família na facilitação de suas relações com a comunidade.
- ✓ Realizar grupo de família

2) Avaliação Inicial e Avaliação de risco:

A Política Nacional de Humanização define o acolhimento como um “modo de operar nos processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos”.

Isso significa que todas as pessoas que procurarem uma unidade de saúde devem ser acolhidas por um profissional da equipe técnica, que ouvirá e identificará a necessidade do indivíduo. Devem ser levadas em conta as expectativas do indivíduo e avaliados os riscos. A partir daí, o profissional deve se responsabilizar em dar uma resposta ao problema, de acordo com as necessidades apresentadas e os recursos disponíveis na rede.

O Ministério da Saúde ressalta que “avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade” (BRASIL, 2004).

Espera-se ainda que a Avaliação com Classificação de Risco determine a agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

3) Consulta de enfermagem na saúde mental:

A consulta de enfermagem foi legalizada com a Lei do exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498 em junho de 1986, onde em seu art. 11, I, alínea i, é definida a consulta de enfermagem como uma atividade de competência PRIVATIVA do enfermeiro.

O transtorno mental caracteriza-se por falha do indivíduo em comportar-se de acordo com as expectativas de sua comunidade, afetando-lhe cada aspecto e refletindo-se em seus pensamentos, sentimentos e ações. A consulta de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais permite uma abordagem personalizada e integral, envolvendo assistência física, psíquica, social com a finalidade de prestar um cuidado de qualidade.

Sendo assim, definimos algumas etapas da consulta de enfermagem na APS ao usuário portador de transtorno mental:

É importante que o acolhimento seja transversal a qualquer atividade com um bom exame físico e uma avaliação das funções psíquicas. Esta avaliação deve fazer parte de um processo, por que inicialmente poderá não ser identificada alteração, mas com o

fortalecimento do vínculo a história, o exame físico e psíquico vão se tornando mais completo. Observe a apresentação geral do indivíduo, sua conduta e o comportamento durante a consulta.

Avaliação das funções psíquicas e suas alterações, de acordo com, Dalgalarro (2008):

- Consciência : Estados: vígil – desperto – obnubilado – torporoso – de coma.
- Atenção: Normotenedade – hipotenedade – hipervigilância.
- Sensopercepção: Normalidade – ilusão - pseudoalucinação – alucinação.
- Orientação – orientado – parcialmente – desorientado
- Memória: Fixação: inalterada – alterada

Evocação: inalterada – alterada – hipermnésia – hipomnésia

- Inteligência: Compatível ao grau de instrução – incompatível – retardo
- Afeto: Depressivo – eufórico – irritado – exaltado – pueril – ansioso – apático – angustiado – lábil – ambivalente – maníaco
- Pensamento: Alteração de forma – prolixo – desagregante – bloqueado – tendencioso para uso de neologismo, para desejo de furtar, roubar.

Alteração do curso: taquipsíquico – fuga de idéias – bradpsíquico.

Alteração de conteúdo: delírio

- Linguagens: normal – bradifásica – mutista – logorreica – perseverante – neologística – solilóquia

- ✓ Acolher o usuário, promovendo uma escuta qualificada;
- ✓ Estabelecer vínculo e confiança com o usuário;
- ✓ Focalizar no sentimento da pessoa (abordagem centrada na pessoa);
- ✓ Manter um ambiente tranquilo, acolhedor e seguro;

- ✓ Manter um tom de voz equilibrado sem alteração;
- ✓ Obter o máximo de informação possível do núcleo familiar, através da anamnese, discussão de caso com equipe, através do ACS e através da ficha de atendimento domiciliar (Abordagem familiar);
 - ✓ Realizar o diagnóstico de enfermagem (medo, angústia, ansiedade, baixa autoestima, exclusão social).
 - ✓ Trabalhar sobre o sentimento suicida, caso seja informado pelo usuário ou percebido pelo profissional;
 - ✓ Orientar sobre o uso das medicações prescritas (quando houver), discutindo efeitos adversos e importância do seu uso;
 - ✓ Abordar sobre sexualidade, considerando a particularidade do perfil dos portadores de sofrimento psíquico que possibilita a potencialização dos riscos de exposição a esses agravos, uma vez que eles detêm dificuldades no estabelecimento de uniões estáveis; na maioria das vezes, apresentam-se em desvantagem socioeconômica e com o juízo crítico prejudicado, sobretudo em períodos de surto psicótico; são vítimas frequentes de abuso sexual e manifestam hipersexualidade, impulsividade, bem como baixa autoestima. Atribui-se, em geral, o desejo sexual do portador de transtorno psíquico às manifestações decorrentes da doença psiquiátrica, ao passo que uma das principais causas para as alterações de libido relaciona-se à ausência de socialização, secundária às internações prolongadas e ao profundo estigma vivenciado.
 - ✓ Estimular ações de inserção na comunidade (ex: Centros de convivência, academia da saúde, grupos de cultura e lazer).
 - ✓ Realizar e utilizar o familiograma (genograma), sempre que possível, como instrumento para facilitar e agilizar a abordagem familiar. O familiograma é um eficiente instrumento para obter-se informações a respeito da história familiar, seu padrão de relacionamentos, estrutura e funcionamento, constituindo um mapa relacional do paciente e sua família.

Auxilia aos profissionais de saúde na detecção de situações psicossociais e padrões de comportamento que estejam influenciando no processo saúde e adoecimento. A utilização do familiograma com pacientes que possuem transtornos mentais é uma importante ferramenta na construção da anamnese, na visualização dos fatores de risco e na percepção do indivíduo em seu meio social. Sendo assim, facilita que os profissionais compreendam os complexos processos de saúde e adoecimento no contexto psicossocial e a elaboração de ações e estratégias terapêuticas.

- ✓ Sempre que possível, realizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS)*;
- ✓ Realizar visita domiciliar para acompanhamento periódico;
- ✓ Encaminhar para CAPS imediatamente os casos graves, que necessitem de

cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, que ultrapassem as possibilidades de intervenção da ESF e equipe de saúde mental, utilizando a ficha de referência e contrarreferência.

*** O que é e como desenvolver o PTS?**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar. Configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos serviços onde o trabalho está organizado na lógica de Apoio Matricial e Equipe de Referência.

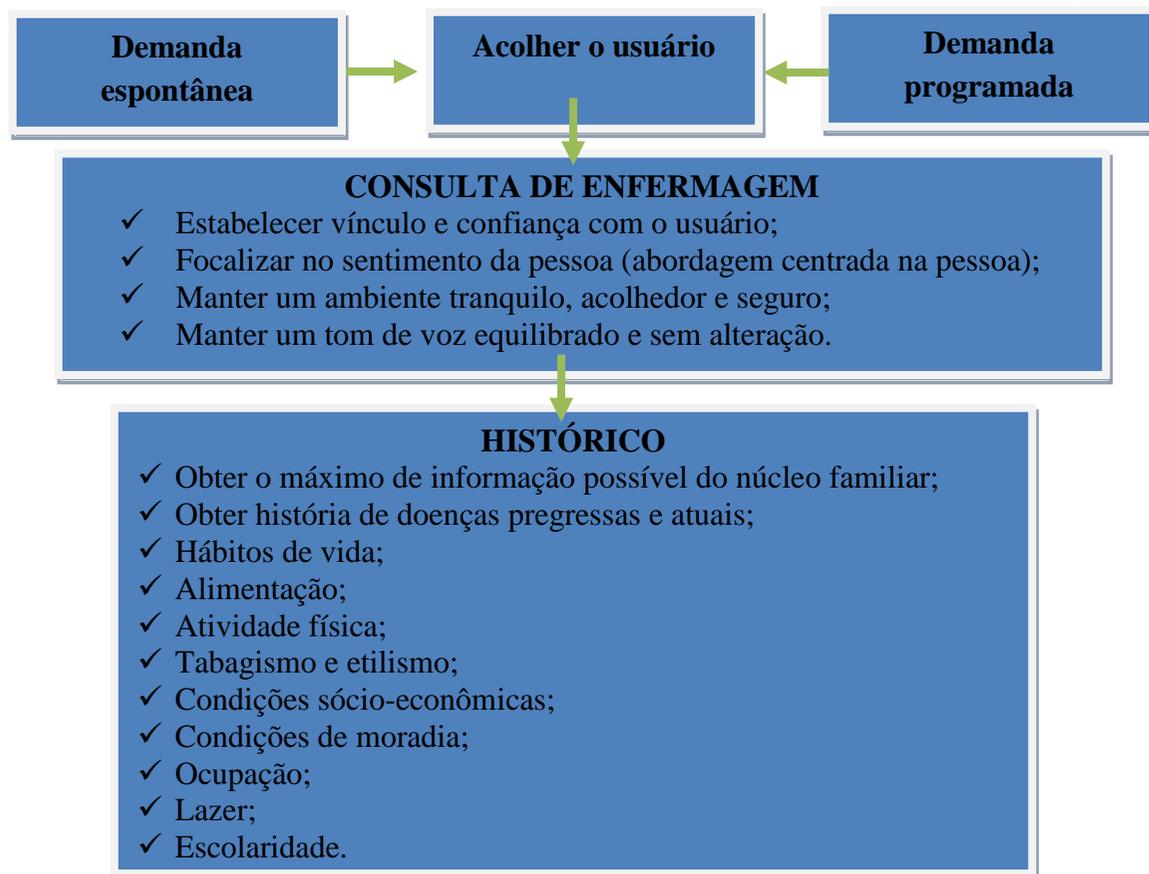
O PTS se desenvolve em quatro momentos:

- **Diagnóstico:** deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social. Deve tentar captar como o “sujeito singular” se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família.

- **Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário pelo profissional.
- **Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- **Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

Portanto, o Projeto Terapêutico Singular representa um momento de toda a equipe – NASF e ESF – envolvida, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o indivíduo e/ou família com alguma necessidade complexa de saúde.

Fluxograma da consulta de Enfermagem em saúde mental na APS



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- ✓ Medo
- ✓ Angústia
- ✓ Ansiedade
- ✓ Baixa auto-estima
- ✓ Exclusão social

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM/CONDUTAS

- ✓ Orientar sobre o uso das medicações (quando houver), discutindo efeitos adversos e importância do seu uso;
- ✓ Orientar sobre sexualidade, oferecendo métodos contraceptivos e estimulando uso de preservativos;
- ✓ Estimular ações de inserção na comunidade (ex: Centros de convivência, academia da saúde, grupos de cultura e lazer);
- ✓ Realizar e utilizar o familiograma (genograma);
- ✓ Realizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), sempre que possível;
- ✓ Realizar visita domiciliar para acompanhamento periódico;
- ✓ Encaminhar para CAPS imediatamente os casos graves;
- ✓ Encaminhar para consulta médica ou com psicólogo, quando necessário;
- ✓ Solicitar exames laboratoriais (HC, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, EAS) a cada 6 meses para usuários crônicos em uso de medicações controladas.

As equipes de Saúde da Família devem realizar grupos considerando as necessidades prioritárias de saúde mental da localidade em que atua. Esse arranjo institucional também visa a promover articulação entre as unidades locais de saúde e os serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizando o fluxo e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde.

Os CAPS são serviços de referência para casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, que ultrapassem as possibilidades de intervenção da ESF e equipe de saúde mental. Nessa lógica, os casos a serem atendidos nos CAPS devem ser preferencialmente encaminhados, através de ficha referência pelas equipes de saúde mental.

Os indivíduos que buscarem os CAPS por demanda espontânea, serão acolhidos e avaliados por um dos membros da equipe. As pessoas que saem de internação hospitalar devem ser encaminhadas através de ficha referência para os CAPS.

Os pacientes acompanhados pelo CAPS que, após estabilização, forem receber alta, deverão ser discutidos nas reuniões entre os CAPS e equipe de saúde mental, para posteriormente serem atendidos pela equipe de apoio de saúde mental, sempre mantendo o vínculo com a ESF. Convém ressaltar que esse fluxo não é rígido, portanto, se um indivíduo procurar qualquer um dos dispositivos da rede, deve ser avaliado e encaminhado para o serviço que melhor de adequou as suas necessidades no momento. Garante-se assim o planejamento terapêutico individualizado, realizado em conjunto nas diversas esferas da rede.

A pessoa pode transitar pelas diversas instâncias do serviço de saúde, dependendo da sua necessidade. Para tanto, é imprescindível a existência de um espaço de discussão de caso entre a ESF, equipe de referência em saúde mental e CAPS.

Fluxograma da Assistência em Saúde Mental

Usuário é identificado na visita domiciliar ou acolhido na UBS com o seguinte perfil:

Uso Crônico de benzodiazepínicos ou antidepressivos
Neuroses ou psicoses
Uso de álcool ou droga
Egressos de serviços de saúde mental
Usuários “problemáticos”
Usuários “em crise”
Outras queixas similares

Avaliação pela ESF, com apoio do profissional de Saúde Mental (se houver)

*Usuário crônico de benzodiazepínicos;
*Pacientes em situação existencial difícil;
*Quadros estáveis de neuroses, psicoses;
*Egressos de serviços de saúde mental com projetos terapêuticos já definidos;
*Casos mais brandos de abuso de álcool e drogas.
CID 10: F 30 a F48 e F 60 a 69.

*Neuroses ou psicoses graves;
*Abuso de álcool ou droga, com risco iminente para o usuário (CID 10: F 10 a F19);
*Outros transtornos mentais graves (CID 10: F 20 a F29)

2) Abordagem familiar

Acompanhamento pela ESF, conforme plano terapêutico definido.
Ações de inserção na comunidade (ex: Centros de convivência, academia da saúde, grupos de cultura e lazer).

Se houver necessidades de atendimento de urgência em caso de crises, reencaminhar para o CAPS. Em caso de surto psiquiátrico, seguir o fluxograma próprio para este caso.

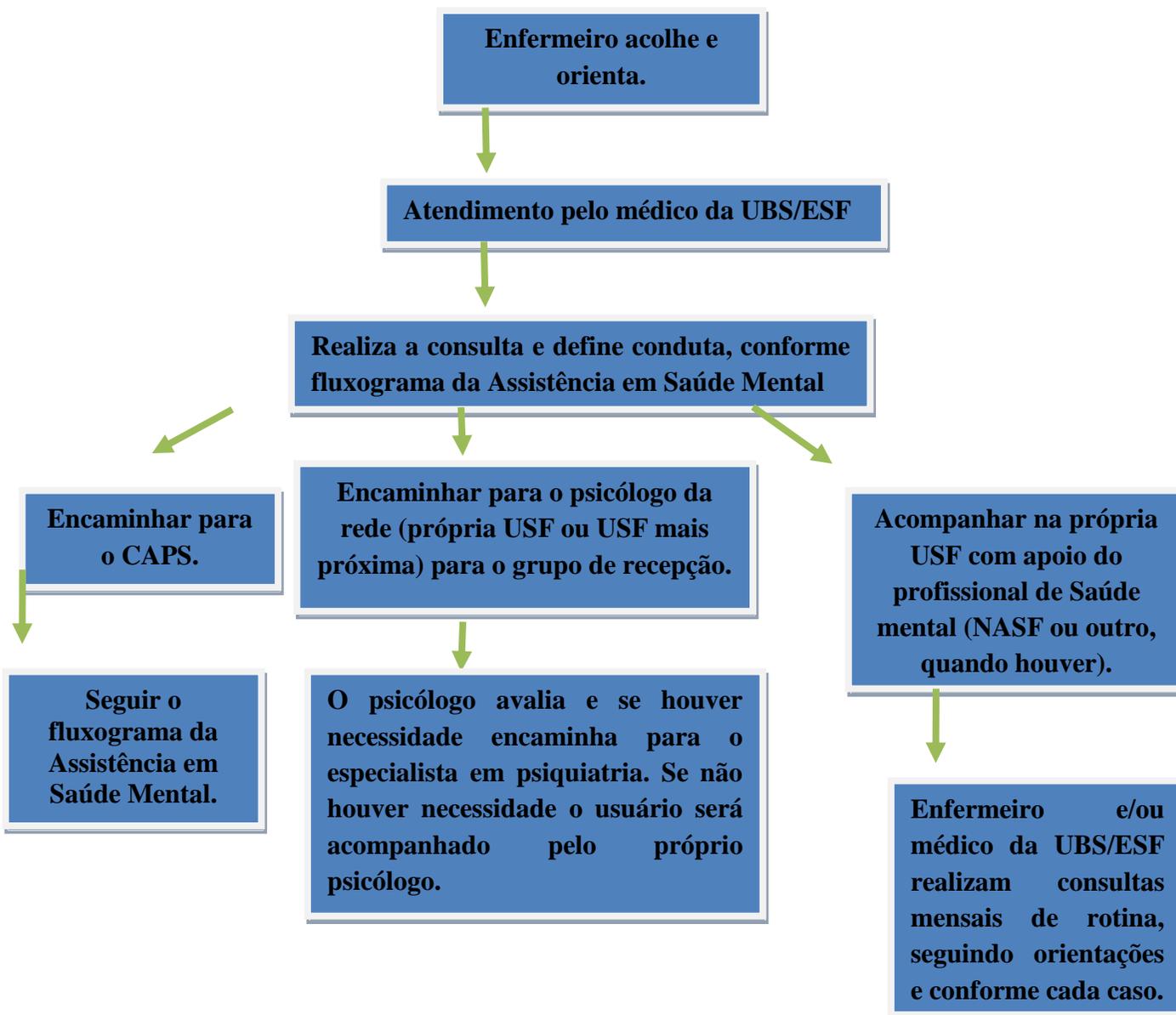
Encaminhar para o CAPS:
Confirmação do diagnóstico;
Definição do projeto terapêutico;
Acompanhamento.

Ações de inserção na comunidade com o envolvimento da ESF

Alta do CAPS



Fluxograma para 1ª consulta na UBS/ESF



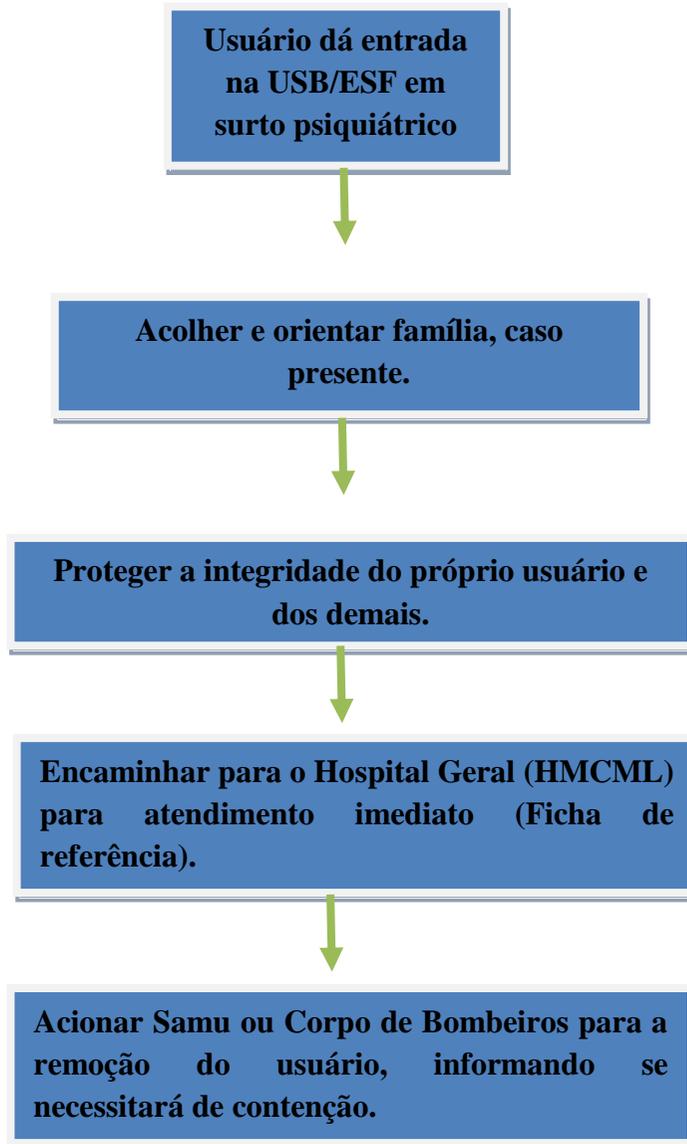
```
graph TD; A[ ] --> B[Especialista da saúde mental realiza o atendimento, prescreve a medicação (se necessário) e faz a contrarreferência p/ a UBS com orientações sobre retorno ao especialista, efeitos colaterais, sinais de alerta e condutas necessárias.]; B --> C[Enfermeiro e/ou médico da UBS/ESF realizam consultas mensais de rotina, seguindo orientações da contrarreferência e conforme cada caso.]; C --> D[Estimular ações de inserção na comunidade (ex: Centros de convivência, academia da saúde, grupos de cultura e lazer).];
```

Especialista da saúde mental realiza o atendimento, prescreve a medicação (se necessário) e faz a contrarreferência p/ a UBS com orientações sobre retorno ao especialista, efeitos colaterais, sinais de alerta e condutas necessárias.

Enfermeiro e/ou médico da UBS/ESF realizam consultas mensais de rotina, seguindo orientações da contrarreferência e conforme cada caso.

Estimular ações de inserção na comunidade (ex: Centros de convivência, academia da saúde, grupos de cultura e lazer).

Fluxograma para usuário em surto psiquiátrico na UBS



4) Rede de Atenção à Saúde Mental

- ✓ **Hospital (HMCML)** - Urgência, emergência e internação.
- ✓ **CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)** - pacientes adultos graves.
- ✓ **Ambulatório de Saúde Mental** - tratamento de psicologia, psiquiatria e neuropsiquiatria.
- ✓ **Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família** - atendimento de psicologia em algumas unidades, acompanhamento com enfermeiro e médico da ESF em parceria com o especialista (referência e contrarreferência) e matriciamento através do NASF

CID-10 Classificação Internacional de doenças:

- ✓ F10 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
- ✓ F11 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
- ✓ F12 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
- ✓ F13 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
- ✓ F14 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
- ✓ F15 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
- ✓ F16 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
- ✓ F17 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
- ✓ F18 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
- ✓ F19 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas
- ✓ F20 - esquizofrenia
- ✓ F21 - transtorno esquizotípico

- ✓ F22 - transtornos delirantes persistentes
- ✓ F23 - transtornos psicóticos agudos e transitórios
- ✓ F24 - transtorno delirante induzido
- ✓ F25 - transtornos esquizoafetivos
- ✓ F28 - outros transtornos psicóticos não-orgânicos
- ✓ F29 - psicose não-orgânica não especificada
- ✓ F30 - episódio maníaco
- ✓ F31 - transtorno afetivo bipolar
- ✓ F32 - episódios depressivos
- ✓ F33 - transtorno depressivo recorrente
- ✓ F34 - transtornos de humor (afetivos) persistentes
- ✓ F38 - outros transtornos do humor (afetivos)
- ✓ F39 - transtorno do humor (afetivo) não especificado
- ✓ F40 - transtornos fóbico-ansiosos
- ✓ F41 - outros transtornos ansiosos
- ✓ F42 - transtorno obsessivo-compulsivo
- ✓ F43 - "reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação"
- ✓ F44 - transtornos dissociativos (de conversão)
- ✓ F45 - transtornos somatoformes
- ✓ F48 - outros transtornos neuróticos
- ✓ F60 - transtornos específicos da personalidade

- ✓ F61 - transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade
- ✓ F62 - modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral
- ✓ F63 - transtornos dos hábitos e dos impulsos
- ✓ F64 - transtornos da identidade sexual
- ✓ F65 - transtornos da preferência sexual
- ✓ F66 - transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação
- ✓ F68 - outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
- ✓ F69 - transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

Referencias Bibliográficas

1. AMARAL, Arlete M.M; ARAÚJO, Mariza do C; SOARES, Teresa C. **Consulta de Enfermagem em saúde mental:** recurso para assistência ambulatorial m nível primário e secundário. Hu Revista. Universidade Federal de Juiz de Fora, 1984.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental.** Cadernos de Atenção Básica, 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** 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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>. Acesso em: 06 junho 2013.
4. _____. Humanizadas **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Série B. Textos Básicos de saúde, Ministério da saúde, 2004.
5. _____. **Saúde Mental e Atenção Básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Ministério da Saúde, 2001.
6. _____. **Lei nº. 7498 de 20 de junho de 1986** – Lei do Exercício profissional da Enfermagem no Brasil. Brasília: BRASIL, 1986. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em 28 junho 2014.

7. DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos Mentais. 2, Ed. Porto Alegre: artes Médicas, 2008. 440p.
8. LOBATO, Geórgia Rosa. **O familiograma utilizado na análise diagnóstica de famílias com transtornos mentais no PSF de Teresópolis – RJ.** Disponível em: <<http://atencaobasica.org.br/relato/4463#autores-atores>>. Acesso em 28 junho 2014.
9. SILVA, Nathana N. C. S. Atribuições do enfermeiro em Saúde Mental. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. 02 de Maio de 2013. Disponível em: <http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=609:atribuicoes-do-enfermeiro-em-saude-mental&catid=39:blog&Itemid=65>. Acesso em: 16 maio 2014.
10. SOARES, Amanda Nathale; SILVEIRA, Belisa Vieira da; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. **Oficinas de sexualidade em saúde mental:** relato de experiência. Cogitare Enferm, n. 15, v. 2, p. 345-348, Abr/Jun 2010.

11. DOENÇAS CRÔNICAS

3.7 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Protocolo (do grego protókolon) significa “a primeira folha colada aos rolos de papiro, na qual se escrevia um resumo do conteúdo do manuscrito”. Expressa a concepção inicial deste trabalho elaborado e dedicado aos profissionais envolvidos no atendimento a pessoa hipertensa e/ou diabética.

No Brasil, estima-se que o número de portadores de hipertensão e diabetes é de aproximadamente 23 milhões, correspondendo à 13% da população brasileira, sendo 7,4% portadores de doença renal crônica (DRC), sendo a hipertensão e diabetes o responsável por 62,1% dos diagnósticos primários dos indivíduos submetidos à diálise.

No Brasil, os desafios de controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº37 – PAG21).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB).

Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	<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

Fonte: (SBC;SBH;SBN; 2010)

CRITÉRIOS PARA RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO NA HIPERTENSÃO

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada.

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.

Sempre que possível, a medida da PA deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de verificação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA,2010)

Técnica correta da medida da pressão arterial:

- O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio.
 - Medir após cinco minutos de repouso.
 - Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
 - A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
 - Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
 - Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
 - A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I).
 - A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V)*.
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg).

•A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.

•Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).

Fonte: CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA N° 37 (2013)

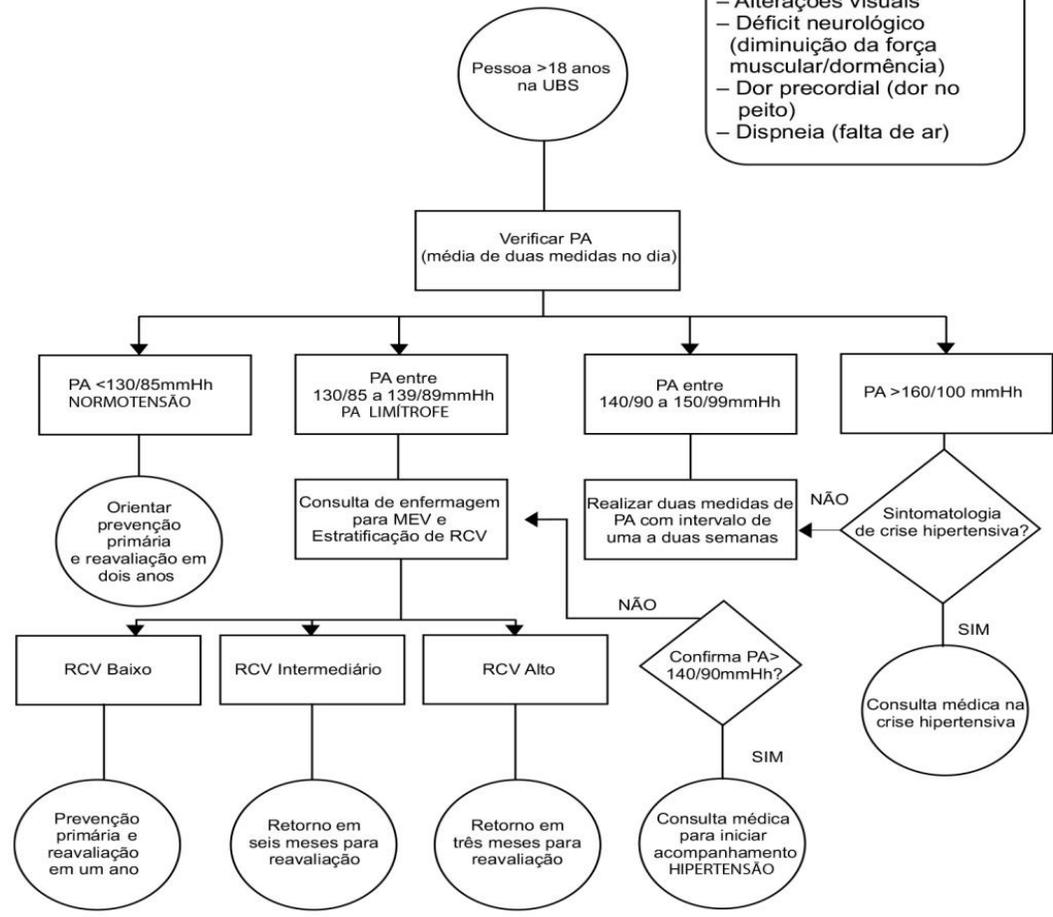
O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresses físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.

Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS

- Sintomas de crise hipertensiva**
- Cefaleia (dor de cabeça)
 - Alterações visuais
 - Déficit neurológico (diminuição da força muscular/dormência)
 - Dor precordial (dor no peito)
 - Dispneia (falta de ar)



Fonte: DAB/SAS/MS.

MEV Modificação de Estilo de Vida

RCV Risco Cardio Vascular

Consulta de enfermagem para pessoas com PA limítrofe

A consulta de enfermagem para pessoa com PA limítrofe tem o objetivo de trabalhar o processo de educação em Saúde para prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares.

A consulta de enfermagem faz parte da estratégia dirigida a grupos de risco que propõe intervenção educativa em indivíduos com valores de PA limítrofes, predisposto hipertensão. As medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV). (Maiores informações sobre MEV buscar no Caderno de Atenção Básica nº 35.)

A MEV tem como objetivo diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de Educação em Saúde como medidas no qual a pessoa é motivada a adotar comportamentos que favoreçam a redução da pressão arterial. Essas medidas sugeridas terão impacto no estilo de vida e sua implementação dependerá diretamente da compreensão do problema e da motivação para implementar mudanças no estilo de vida.

Nas consultas de enfermagem, o foco do processo educativo será para orientação daquelas medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo (CHOBANIAN et al., 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Essas indicações são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de

risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (necessitando de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular (SEGA et al., 2005).

Apesar de existirem limitações nos estudos que avaliam a eficácia de algumas intervenções não medicamentosas, elas são universalmente indicadas e deverão fazer parte da consulta de enfermagem porque constituem um conjunto de atividades identificadas como benéficas para a prevenção não transmissíveis em geral.

Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

Modificação	Recomendação	Redução da PA mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m ²	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 min pelo menos, na maioria dos dias da semana	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de	2 a 4

	cerveja), para homens e, 15ml de etano/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	
--	--	--

Fonte: (Adaptado de VII Joint CHOBANIAN et al., 2003).

Consulta de enfermagem para prevenção primária da HAS

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros. Duas estratégias de prevenção são consideradas: a populacional e a dirigida a grupos de risco. A primeira defende a redução da exposição populacional a fatores de risco, principalmente ao consumo de sal. O profissional poderá atuar nessa estratégia por meio de ações educativas coletivas com a população em geral para orientar a restrição à adição de sal na preparação de alimentos, identificação da quantidade de sal e/ou sódio presente nos alimentos industrializados, entre outros.

A consulta de enfermagem faz parte da estratégia dirigida a grupos de risco que propõe intervenção educativa em indivíduos com valores de PA limítrofes, predispostos à hipertensão. As medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV). Você encontrará mais informações sobre MEV nos Cadernos de Atenção Básica, nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica.

Consultas individuais ou coletivas para incentivar a MEV para adoção de hábitos saudáveis são recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe, pois reduzem a PA e a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser estimulados para toda a população desde a infância, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

A MEV tem como objetivo diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em Saúde no qual a pessoa é motivada a adotar comportamentos que favoreçam a redução da pressão arterial. Essas medidas sugeridas terão impacto no estilo de vida e sua implementação dependerá diretamente da compreensão do problema e da motivação para implementar mudanças no seu estilo de vida.

Embora a abordagem nesse tópico refira-se à consulta de enfermagem, ressalta-se que as estratégias de prevenção primária podem ser desenvolvidas por todos os profissionais da equipe de Saúde. A complexidade do problema HAS implica na necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar e no envolvimento de pessoas com HAS, incluindo seus familiares na definição e pactuação das metas de acompanhamento a serem atingidas.

Sugere-se que as UBS ofereçam consulta de enfermagem para orientação de MEV e que essas sejam iniciadas no nível pressórico PA limítrofe, pois se existirem fatores de risco associados, como diabetes mellitus e obesidade, o risco de apresentar hipertensão no futuro é altíssimo (CHOBANIAN et al., 2003).

Nas consultas de enfermagem, o foco do processo educativo será para orientação daquelas medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo (CHOBANIAN et al., 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Essas indicações são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (necessitando de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular (SEGA et al., 2005).

Consulta de enfermagem para estratificação de risco para doenças cardiovasculares

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. O Quadro abaixo aponta os fatores de risco baixo, intermediário e alto que influenciam na estratificação.

Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV.

Baixo risco/Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none">• Tabagismo• Hipertensão• Obesidade• Sedentarismo• Sexo masculino• História familiar de evento cardiovascular prematuro	<ul style="list-style-type: none">• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio• Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio• Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)• Ataque isquêmico transitório (AIT)• Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)• Nefropatia• Retinopatia

(homens <55 anos e mulheres <65 anos) • Idade >65 anos	• Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus
--	---

Fonte: (BRASIL, 2010).

Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo RCV. Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário.

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. A figura ilustrativa do processo é bastante didática, de fácil aplicabilidade e está apresentada no Anexo 1.

Após avaliação da presença das variáveis mencionadas, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010) e auxilia na definição de condutas:

- Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.
- Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.
- Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe

de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas.

10. Consulta de enfermagem para HAS

A consulta de enfermagem da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio de aplicação da SAE e possui seis etapas, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado.

A resolução do Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM 2009), define essas etapas como: histórico; exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência (incluindo a prescrição de cuidados e um plano terapêutico construído com a pessoa); implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado (inclui a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e com a família em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de apoio ao autocuidado).

A consulta de enfermagem deve focar também os fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão, ou seja, a MEV, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do IMC recomendado e o abandono do tabagismo.

10.1 Passos da consulta de enfermagem

Histórico

- Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações ou reações. O profissional deverá estar atento para:
 - Identificação da pessoa (dados socio econômico, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
 - Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde).

- Queixas atuais, principalmente as indicativas de LOA, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, paresia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores.
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado.
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física; higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (diabetes, taagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse).
- Presença de lesões em LOA ou doenças cardiovasculares.

Exame físico

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
 - PA com a pessoa sentada e deitada.
 - Frequência cardíaca e respiratória.
 - Pulso radial e carotídeo.
 - Alterações de visão.
 - Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
 - Cavidade oral (dentes, prótese, vqueixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
 - Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen.
 - Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidade e corte ds unhas).
- Aspectos relevantes da história clínica da pessoa com HAS.
- Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica.

- História atual: duração conhecida de HAS e níveis pressóricos; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellitus; indícios de hipertensão secundária; gota.
- Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, dificuldades respiratórias.
- História pregressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca. Nas mulheres, deve-se investigar a ocorrência de hipertensão durante a gestação, que é um fator de risco para hipertensão grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).
- História familiar: A história familiar positiva para HAS é usualmente encontrada em pacientes hipertensos. Sua ausência, especialmente em pacientes jovens, é um alerta para a possibilidade da presença de HAS secundária. Pesquisar também história familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres <65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos.
- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, rede familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
- Avaliação de consumo alimentar: incluindo consumo de sal, gordura saturada e cafeína.
- Consumo de álcool: Alguns estudos apontam que a partir do consumo diário médio de 30 g de etanol, quantidade presente em duas doses de destilados, em duas garrafas de cerveja ou em dois copos de vinho, há aumento difuso e exponencial da pressão arterial em homens. Para mulheres, as quantidades de risco correspondem a metade destes valores (MOREIRA et al., 1998).

Outros Aspectos relevantes do exame físico da pessoa com HAS, consultar CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA nº 37 pagina 45.

Avaliação laboratorial

O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Rotina complementar mínima para pessoa com HAS.

- Eletrocardiograma;
- Dosagem de glicose;
- Dosagem de colesterol total;
- Dosagem de colesterol HDL;
- Dosagem de triglicerídeos;
- Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5);
- Dosagem de creatinina;
- Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);
- Dosagem de potássio;
- Fundoscopia. Fonte: DAB/SAS/MS.

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

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

- A presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é, geralmente, secundária à repercussão de hipertensão sobre os rins. Proteinúria mais acentuada, leucocitúria e hematúria (excluídas outras causas), especialmente se acompanhadas dos cilindros correspondentes, indicam hipertensão grave ou hipertensão secundária à nefropatia.
- O potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essa causa, o paciente deve realizar, via encaminhamento, investigação de hiperaldosteronismo primário.
- A dosagem do colesterol e da glicemia visa detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular da hipertensão.

Os exames laboratoriais devem ter avaliação médica.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO OS CICLOS DE VIDA

- Crianças e adolescentes

A interpretação dos valores de PA obtidos em crianças e adolescentes deve levar em conta a idade, o sexo e a altura (SBH;SBC; SBN, 2010). Em primeiro lugar, deve-se verificar a estatura do paciente e localizar o percentil de acordo com a idade (CADERNO DE AB Nº 37).

Não há clara evidência que associe a PA em crianças e adolescente a eventos cardiovasculares futuros. Valores mais elevados são encontrados em crianças obesas, mas que tendem a se reduzir com a diminuição de peso, especialmente na adolescência. Hipertensão secundária deve ser investigada, especialmente na ausência de obesidade. Recomenda-se preferentemente intervenções não medicamentosa

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da pressão arterial
----------------------	----------------------------------	---

Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em seis meses
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5mmHg	Considerar encaminhamento à atenção especializada
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	-----

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

- Idoso

Existem alguns aspectos importantes a considerar neste grupo:

- A hipertensão sistólica é muito comum em idosos. O objetivo é a redução gradual da PA para valores abaixo de 140/90mmHg. Na presença de valores muito elevados de PA sistólica podem ser mantidos inicialmente níveis de até 160mmHg. Não está bem estabelecido o nível mínimo tolerado da PA diastólica (SBH;SBC; SBN, 2011).

- Pseudo-hipertensão, caracterizada por níveis pressóricos falsamente elevados, devido ao enrijecimento da parede arterial, que dificulta a oclusão da artéria. Podemos identificar esta situação com a manobra de Osler que consiste em inflar o manguito até acima do nível da pressão sistólica e palpar a artéria radial. Nos pacientes que apresentam calcificação vascular a artéria permanece palpável (sinal de Osler ósitivo).

-A hipertensão do avental branco é mais comum em idosos, especialmente em mulheres (JOBIM,2008).

Tratamento medicamentoso a base de diuréticos outras classes de anti-hipertensivos devem ser associadas, seguindo-se as mesmas recomendações estabelecidas para a população geral.

Especial atenção deve ser dada a idosos frágeis e com risco aumentado de eventos decorrentes da redução excessiva da pressão arterial como quedas, hipotensão postural e sonolência excessiva.

- Gestantes

A PA deve ser obtida com os mesmos equipamentos e com a mesma técnica recomendada para adultos.

As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo.

O tratamento das HAS leve na grávida deve ser focado em medidas não farmacológicas, já nas formas moderadas e graves pode-se optar pelo tratamento usual recomendado para cada condição clínica específica, excluindo-se os inibidores de enzima conversora de angiotensina II (IECA) e antagonistas de angiotensina II, em razão dos efeitos teratogênicos em potência (GUSSO; LOPES, 2012). A metildopa é a medicação mais bem estudada para uso na gestação.

Conceitua-se HA na gestação a partir dos seguintes parâmetros (BRASIL, 2012):

- PA \geq 140/90mmHg, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso.

Independente da etiologia da hipertensão arterial, é fundamental que a equipe de Saúde esteja atenta ao controle pressórico e avalie a possibilidade de encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco.

Mais informações sobre síndrome hipertensiva na gestação no caderno de atenção básica nº 32– Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.

O médico e a enfermeira farão o seguimento das pessoas com hipertensão, solicitando o apoio de outros profissionais de Saúde de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis. Recomenda-se uma avaliação anual com dentista ou de acordo com o plano estabelecido após avaliação odontológica. Uma vez controlados os níveis pressóricos, deveremos acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular. Sugere-se que as consultas sejam mensais, até atingir o nível pressórico desejado. Visitas mais frequentes podem ser necessárias para pacientes em estágio II ou com comorbidade associada (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008; BRASIL, 2006 a).

Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de

3,3mmHg (IC95%1:2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica [GRADE B] (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; MOREIRA et al, 1999).

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas [GRADE D] (LUBIANCA et al., 2005; ATTHOBARI et al., 2007).

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudo realizado na Índia mostrou uma relação significativa do tabagismo com a prevalência da HAS (GUPTA; GUPTA, 1999). Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por até duas horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudos estimam um aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al, 2009; CHOBANIAN et al., 2003).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (KAPLAN, 2010).

A adoção de hábitos saudáveis, como alimentação, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo serão abordados no Cadernos de Atenção Básica, nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica

Tratamento medicamentoso

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular.

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA \geq 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica,além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico,não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa.

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo,história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

Acompanhamento do Paciente com HAS

Sugere-se a verificação semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento. Neste período, a pessoa deverá medir a PA na sala de “enfermagem/triagem/acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário do paciente ou no local indicado para registro do monitoramento da PA. A consulta médica de reavaliação do caso não deverá ultrapassar 30 dias.

Caso a PA não diminua com o uso da medicação indicada até a segunda semana de tratamento,após certificar-se que o paciente está fazendo uso correto da medicação prescrita, a equipe de Enfermagem deverá agendar o paciente para consultar com seu médico. Se o paciente não estiver usando corretamente a medicação, a equipe de Enfermagem deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a PA.

Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a meta pressórica, isto é PA menor que:

- 140/90mmHg na HAS não complicada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO;SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010; BRASIL, 2006b; CHOBANIAN et al, 2004) [Grau de Recomendação A];
- 130/80mmHg nos pacientes com diabetes, nefropatia, alto risco cardiovascular e prevenção secundária de AVC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2006b; CHOBANIAN et al, 2004) [Grau de Recomendação A];
- 130/80 mmHg na nefropatia com proteinúria maior que 1g ao dia (BRASIL, 2006b) [Graude Recomendação D].

As pessoas que não estiverem com a PA controlada, mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados, deverão realizar consulta médica para reavaliação (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), mensalmente até atingirem a meta pressórica. Aquelas que não estiverem seguindo os tratamentos recomendados poderão consultar com a enfermeira e/ou o médico para avaliação da motivação para o tratamento e da capacidade de autocuidado. De acordo com essa avaliação, poderão também ser encaminhadas para receber apoio de outros profissionais de Saúde (como psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) ou ser avaliadas por meio de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para auxílio à equipe no manejo desses casos.

Essa avaliação deve ser feita continuamente durante o tratamento. Após todos os passos explicados, se a pressão arterial se mostra refratária ao tratamento medicamentoso com três drogas anti-hipertensivas com doses plenas, poderemos estar diante de um paciente com hipertensão resistente e/ou secundária e/ou com complicações e estes casos devem ter avaliação médica continua para avaliar a necessidade de atenção especializada.

O médico e a enfermeira farão o seguimento das pessoas com hipertensão, solicitando o apoio de outros profissionais de Saúde de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis. Recomenda-se uma avaliação anual com dentista ou de acordo com o

plano estabelecido após avaliação odontológica. Uma vez controlados os níveis pressóricos, deveremos acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular.

Sugere-se que as consultas sejam mensais, até atingir o nível pressórico desejado. Visitas mais frequentes podem ser necessárias para pacientes em estágio II ou com comorbidade associada (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008; BRASIL, 2006a) [Grau de Recomendação D].

As consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica deverão ser preferencialmente intercaladas. Sugere-se que sua periodicidade varie de acordo com o risco cardiovascular estabelecido por meio do escore de Framingham e de acordo com as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes locais. Na Tabela abaixo, está apresentada uma sugestão de periodicidade de consulta de acordo com o escore de Framingham.

Para os usuários com HAS com escore de Framingham na categoria de baixo risco, indica-se que consultem anualmente com o médico e com o enfermeiro. Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem semestralmente. Aqueles com risco alto farão acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral.

Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: DAB/SAS/MS.

De acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com o farmacêutico ou para orientações com nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, conforme disponibilidade do serviço.

Recomendações para melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva:

- facilitar o acesso;
- orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social;
- encorajar modificações no estilo de vida;
- integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas;
- estar atento ao sucesso do tratamento, a não interrupção do mesmo e encaminhar ao médico sempre que identificar dificuldades em relação a meta pressórica ,
- antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los;(Caderno de Atenção Básica 37,pagina 63)

Apesar de a equipe estar organizada quanto à periodicidade do acompanhamento, existem situações em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas. Além do risco cardiovascular, a equipe precisa estar atenta a vulnerabilidades, potencial para o autocuidado e outras situações que requerem atendimento imediato como as crises hipertensivas que devem ter atendimento médico imediato.

3.8 DIABETES MELLITUS

1. Introdução

O diabetes é um distúrbio do metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas que está associado à hiperglicemia e a um maior risco de eventos cardiovasculares, alterações renais e oftalmológicas, neuropatia periférica, úlceras e amputações de membros inferiores. É decorrente de defeito da secreção e/ou da ação da insulina.

O cuidado com o diabetes normalmente é complexo e demorado, baseado em muitas áreas do cuidado à saúde. As mudanças de estilo de vida necessárias, a complexidade do manejo e os efeitos adversos do tratamento fazem do autocuidado e da educação para as pessoas com diabetes peças centrais no manejo.

Tanto o tratamento e o cuidado devem levar em consideração as necessidades individuais dos pacientes e suas preferências. Uma boa comunicação é essencial para permitir que as pessoas tomem decisões sobre o seu cuidado, apoiadas por informações baseadas em evidências. Se a pessoa estiver de acordo, os familiares e os cuidadores devem ter a oportunidade de se envolverem nas decisões sobre o tratamento e o cuidado.

O tratamento do diabetes tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, com uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares.

O manejo clínico da insulinização do DM tipo 2, com aporte de múltiplas doses diárias, deve ser prioritariamente realizado na Atenção Básica de Saúde(UBS), mas pode ser realizado em um ambulatório de especialidade em casos específicos, ou com apoio matricial, se for necessário.

A pessoa com DM 1, apesar de geralmente ser acompanhada pela Atenção Especializada, também deve ter seu cuidado garantido na Atenção Básica. É essencial que a equipe conheça essa população e mantenha a comunicação constante com os demais níveis de atenção.

2. Classificação

- A) Diabetes Tipo 1:** Resulta da destruição das células beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.
- B) Diabetes Tipo 2:** Apresenta-se desde resistência insulínica predominantemente associada a uma relativa deficiência insulínica até a um defeito secretório. Ocorre em qualquer idade, mais freqüente no adulto após 40 anos. Atualmente, tem-se observado uma diminuição na idade de início, não sendo raros os casos de adolescentes com diabetes tipo 2, freqüentemente com excesso de peso, com manifestações de resistência insulínica e história familiar de diabetes.
- C) Diabetes Gestacional:** É a hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos.

Informações sobre diabetes gestacional leia caderno de AB – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco nº 32

DIFERENÇA ENTRE DIABETES TIPO 1 E TIPO 2

DESCRIÇÃO	TIPO 1	TIPO 2
Idade de aparecimento mais freqüente	Crianças e jovens	Mais de 40 anos
Excesso de peso	Raro	Comum
Níveis de insulina	Baixo	Normal ou Alto
Viroses desencadeantes	Freqüentes	Raro
Anticorpos anticélulas beta	Freqüentes	Incomum

pancreáticas		
Hereditariedade	Incomum	Freqüente
Tendência à Cetose	Freqüentes	Rara
Necessidade de Insulina	Sempre	Ao Redor de 30%
Resistência periférica à insulina	Incomum	Freqüente

3. RASTREAMENTO

O rastreamento rotineiro para diabetes em adulto por meio da glicemia de jejum não é recomendado. Deve ser restrito a pessoas com maior risco, como aquelas com pressão arterial $\geq 135/80$ mmHg, obesidade, história prévia de diabetes gestacional, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau e síndrome dos ovários policísticos. Devem-se promover ações preventivas populacionais e intersetoriais, complementadas por ações clínicas principalmente por meio de estímulo a hábitos de vida adequados, tais como atividade física regular, alimentação saudável e controle de peso.

4. DIAGNÓSTICO

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga.

No DM tipo 2, o início é insidioso e muitas vezes a pessoa não apresenta sintomas. Não infreqüentemente, a suspeita da doença é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição.

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c).

Quando a pessoa requer diagnóstico imediato e o serviço dispõe de laboratório com determinação glicêmica imediata ou de glicosímetro e tiras reagentes, a glicemia casual é o primeiro exame a ser solicitado, pois fornece um resultado na própria consulta. Nesse caso, o ponto de corte indicativo de diabetes é maior ou igual a 200 mg/dl na presença de sintomas de hiperglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

No TTG-75 g, o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão. Uma glicemia de duas horas pós-sobrecarga maior ou igual a 200 mg/dl é indicativa de diabetes e entre 140mg/dl, indica tolerância à glicose diminuída.

VALORES PRECONIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DM TIPO 2 E SEUS ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS

CATEGORIA	Glicemia de jejum*	TTG: 2hs após 75g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1c)
Glicemia normal	< 110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110e<126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140e<200		
Diabetes mellitus	<126	≥200	200(c/sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: Adaptado de SBD, 2009: World Health Organization (2006).

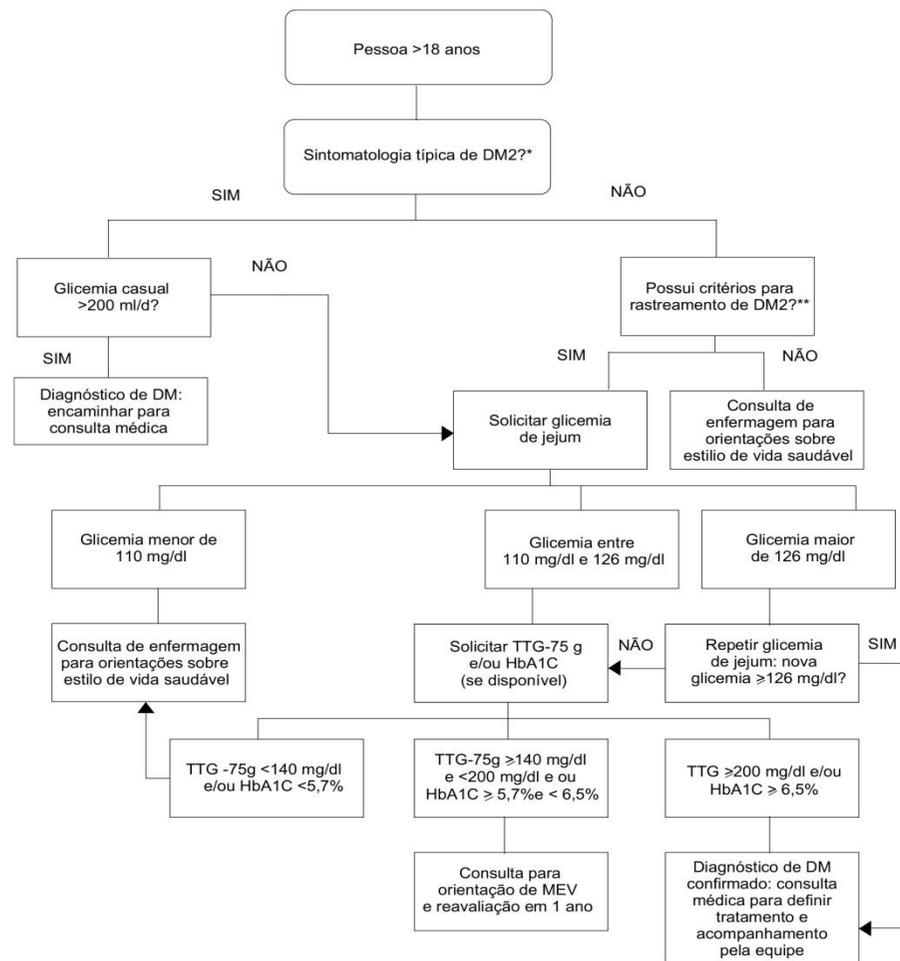
*O jejum é definido como falta de ingestão calórica por, mínimo, oito horas.

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

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

Pessoas com hiperglicemia intermediária (glicemia de jejum entre 110mg/dl e 125mg/dl, e duas hs pós-carga de 140mg/dl a 199mg/dl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%), também denominadas casos de pré-diabetes, pelo seu maior risco de desenvolver a doença, deverão ser orientadas para prevenção do diabetes, o que inclui orientações sobre alimentação saudável e hábitos ativos de vida como reavaliação anual com glicemia de jejum.

Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2



Fonte: DAB/SAS/MS.

5. Consulta de enfermagem para avaliação inicial

O processo de educação em saúde do usuário deverá ser contínuo e iniciado na primeira consulta. É fundamental que o plano de cuidado seja pactuado com a pessoa e inclua as mudanças de estilo de vida (MEV) recomendadas.

É de competência do enfermeiro, realizar consulta de enfermagem para pessoas com maior risco para desenvolver DM tipo 2, abordando fatores de risco, estratificação do risco cardiovascular e orientação sobre MEV. A consulta de enfermagem tem o objetivo de conhecer a história pregressa do paciente, seu contexto social e econômico, grau de escolaridade, avaliar o potencial para o autocuidado e avaliar as condições de saúde.

É importante que o enfermeiro estimule e auxilie a pessoa a desenvolver seu plano de autocuidado em relação aos fatores de risco identificados durante o acompanhamento.

Recomenda-se a utilização do Escore de Framingham para estratificação de risco (Anexo I do Protocolo de Hipertensão Arterial).

Nas consultas de enfermagem o processo educativo deve preconizar a orientação de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo.

Informações sobre (MEV) Caderno de Atenção Básica, nº 35 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica).

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas inter-relacionadas entre si, objetivando a educação em saúde para o autocuidado.

5.1. Histórico

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional).
- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.
- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado.
- Medicamentos utilizados para DM e outros problemas de saúde e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo).

5.2 Exame Físico

- Altura, peso, circunferência abdominal(CA) e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Alterações de visão.
- Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.
- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.
- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas.
- Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidade e corte das unhas).
- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de cândida albicans.

5.3 Diagnóstico das necessidades de cuidado

É importante reconhecer precocemente os fatores de risco e as complicações, intervir precocemente, principalmente atuar na prevenção evitando que esses problemas aconteçam.

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
- Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
- Medos: da perda da independência; de hipoglicemia, do ganho de peso, das aplicações de insulina;
- Insulina: realiza a autoaplicação? Se não realiza, quem faz? Porque não autoaplica? Apresenta complicações e reações nos locais de aplicação? Como realiza a conservação e o transporte?
- Automonitorização: Consegue realizar a verificação da glicemia capilar? Apresenta dificuldades no manuseio do aparelho?

5.4 Planejamento da assistência

- Hipo/hiperglicemia, como agir diante dessas situações;
- Motivar para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);
- Complicações;
- A doença e o envelhecimento;
- Medicamentos em uso (oral ou insulina), doses, horários efeitos colaterais;
- Uso de insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízios dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia.
- Solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local.
- Quando pertinentes, encaminhar ao médico, ou a outros profissionais, quando necessário.

É importante que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda equipe durante a implementação da SAE. Ampliando o objetivo do diagnóstico e planejamento para além da equipe de Enfermagem, envolvendo o médico, ACS, Nasf, quando disponíveis e necessário, nas ações desenvolvidas.

5.5. Implementação da assistência

A implementação da assistência deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa com DM com dificuldade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta.

5.6 Avaliação do processo de cuidado

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. A cada retorno observar mudanças; e se houver mudança avaliar a necessidade de adaptação e reestruturar o plano de acordo com necessidades. Registrar em prontuário todo o processo.

6. Controle glicêmico

A meta para o tratamento da hiperglicemia em adultos, atualmente recomendada pela Associação Americana de Diabetes, é HbA1c < 7%. As metas glicêmicas correspondentes são: glicemia de jejum entre 70 – 130 mg/dl e pós-prandial abaixo de 180 mg/dl (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013). Metas mais flexíveis (HbA1c < 8%) vêm sendo estabelecidas para certos grupos de pacientes.

A decisão de qual grau de controle buscar precisa ser pactuado entre equipe e usuário, considerando possíveis benefícios, riscos e disponibilidade de recursos. As metas também precisam ser consideradas.

As metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM tipo 1 também são mais flexíveis.

6.1 Metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM tipo 1:

Valores por faixa etária	Glicemia pré-prandial (mg/dl)	Glicemia ao deitar/à noite	HbA1c (%)
Lactentes e pré-escolares (0 a 6 anos)	100 - 180	110 - 200	< 8,5%
Escolares (6 a 12 anos)	90 - 180	100 - 180	< 8 %
Adolescentes e adultos jovens (13 a 19 anos)	90 - 130	90 - 150	< 7,5%

Fonte: American Diabetes Association, 2013.

6.2. Monitorização da Glicemia

É recomendada a monitorização da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2 em uso de insulina em doses múltiplas. Em pessoas com bom controle pré-prandial, porém com HbA1c elevada, a monitorização da glicemia capilar duas hs após as refeições pode ser útil. Em pessoas com DM tipo 2 em uso de antidiabéticos orais a monitorização da glicemia capilar não é recomendada rotineiramente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

A HbA1c deve ser medida no início do tratamento e a cada três meses, podendo ser realizada duas vezes ao ano para aqueles com bom controle metabólico.

7. Tratamento não medicamentoso

Pessoas com DM precisam ser apoiadas para realizar mudanças em seu estilo de vida (MEV) e instruídas sobre como fazê-lo.

Estratégias que promovam mudança de comportamento e aderências às recomendações, bem como programas de educação em saúde que visam à promoção e ao apoio ao auto cuidado fazem parte do tratamento do DM.

8. Tratamento medicamentoso

O tratamento do DM tipo1, além da terapia não farmacológica, exige sempre a administração de insulina, a qual deve ser prescrita em esquema intensivo, de três a quatro doses de insulina/dia, dividida em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos três vezes ao dia.(DUCAN et al., 2013).

8.1 Antidiabéticos orais

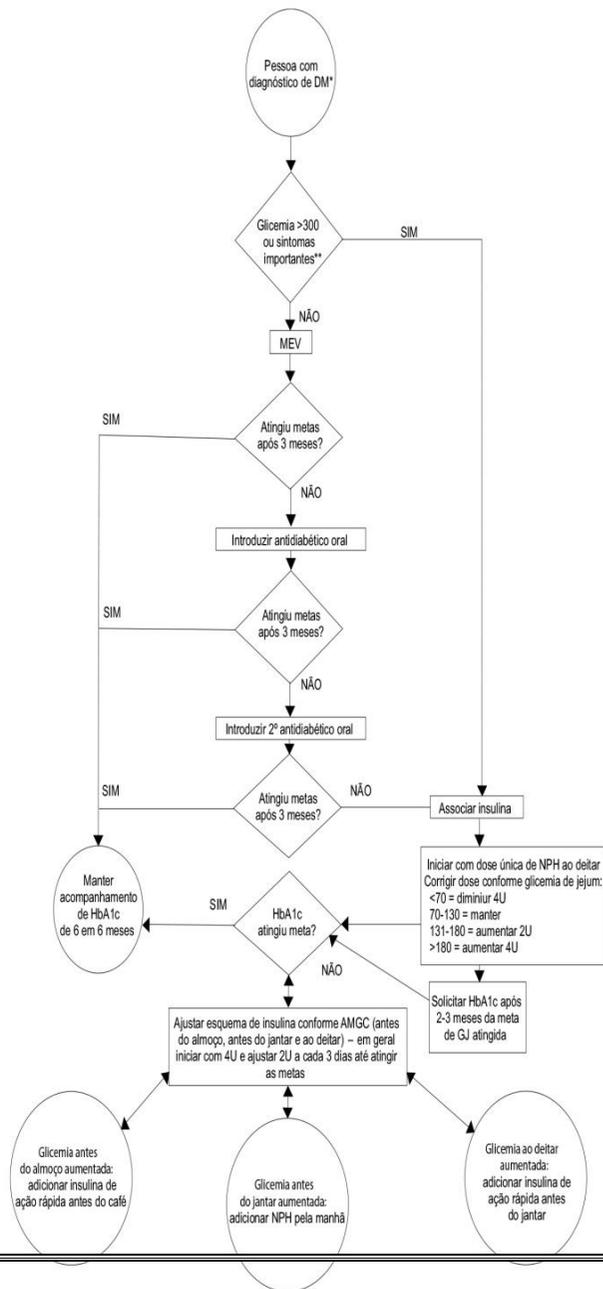
Os antidiabéticos orais para o tratamento da DM tipo 2, constituem a primeira escolha, em redução de complicações, boa aceitação pelos pacientes, simplicidade da prescrição e não interferem tanto no peso em comparação a insulina (GUSSO; LOPES, 2012).

8.2 Medicamentos de uso oral disponíveis na Rename 2012

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

Fonte: Relação Nacional de Medicamento (Rename) de 2012.

Fluxograma de tratamento do DM tipo 2



8.3. Tratamento farmacológico: 1ª linha

Se a pessoa não alcançar a meta glicêmica em três meses com as medidas farmacológicas, a avaliação deverá ser realizada pelo médico para averiguar a necessidade de acrescentar a Metformina no plano terapêutico. A Metformina aumenta a captação de glicose e sua utilização na musculatura esquelética reduzindo a resistência à insulina, e diminuindo a produção hepática de glicose (RANG et al., 2003).

8.4 Tratamento farmacológico: 2ª linha

Cerca de metade das pessoas que atingiram o controle glicêmico com monoterapia requerem a associação de outra medicação dois anos depois. (POLONSKY et al., 2011). Combinando-se dois agentes antidiabéticos orais com mecanismo diferentes obtém-se uma queda adicional da glicemia, com melhora confirmada pela dosagem de HbA1c. As sulfonilureias exercem sua principal função sobre as células beta, estimulando a secreção de insulina e reduzindo o nível plasmático de glicose (RANG et al., 2003). A glibenclamida e a glicazida são as sulfonilureias disponíveis no SUS. Antes de iniciar uma sulfonilureias, a pessoa deve ser instruída sobre os sintomas e o manejo da hipoglicemia.

Orientações e sintomas leia caderno de atenção básica nº 37 – capítulo 4

8.5 Tratamento farmacológico: 3ª linha

Se o controle metabólico não for alcançado após o uso de metformina em associação com uma sulfoniluréia por três a seis meses, deve ser considerada uma terceira medicação. A avaliação deverá ser realizada pelo médico para averiguar a necessidade de considerar o uso da insulina quando os níveis de glicose plasmática estiverem maiores de 300 mg/dl, na primeira avaliação, principalmente se acompanhado de perda de peso, cetunúria e cetonemia.

As classes de medicamentos que podem ser utilizadas nesta etapa são insulina de ação intermediária ou longa.

As insulinas disponíveis no SUS estão demonstradas no quadro abaixo:

Insulinas	Início	Pico	Duração	Posologia	Aspecto
Ação rápida					
Regular	30-60 min	2-3h	8-10h	30min antes das refeições 1-3x/dia	cristalino
Ação Intermediária					
NPH	2-4h	4-10h	12-18h	Recomendar dose noturna Às 22h	turvo
Todas as insulinas disponíveis no Brasil têm concentração de 100unidades/ml					

Fontes: BRASIL, 2010.

A via de administração usual da insulina é a via subcutânea, mas a insulina regular também pode ser aplicada por vias intravenosa e intramuscular, em situações que requerem um efeito clínico imediato.

A aplicação subcutânea pode ser realizada nos braços, abdômen, coxas e nádegas. A velocidade de absorção conforme o local de aplicação, sendo mais rápida no abdômen, intermediária nos braços e mais lenta nas coxas e nádegas.

Os principais efeitos adversos dos hipoglicemiantes orais e insulinas encontram-se listados no Caderno de Atenção Básica 36

9. Acompanhamento

Vale lembrar que depois de definido o tratamento medicamentoso, é importante que a pessoa com DM mantenha o acompanhamento pela equipe multidisciplinar para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com uma estratificação de risco.

Estratificação de risco para a pessoa com DM:

Risco	Critério
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico ($HbA1c < 7,5$) e pressórico adequado Sem interações por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico ($7,5 < HbA1c < 9$) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Muito alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico ($7,5 < HbA1c < 9$) ou pressórico inadequado com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Conclusão	Critério
	Pessoa com DM diagnosticado e: Mau controle metabólico ($HbA1c > 9$) ou pressórico de múltiplos esforços prévios

Gestão de Caso

Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses
Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica
Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção.
Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras)
Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoa com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social

Fonte: DAB/SAS/MS.

O número de consultas e de atendimento para usuário com DM tipo 2 deve considerar a estratificação de risco apresentada acima.

10. Hipoglicemia

É a diminuição dos níveis glicêmicos, com ou sem sintomas, para valores abaixo de 70mg/dl (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

A queda da glicemia leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) (CRYER, 2008).

Instruções para o manejo da hipoglicemia:

Paciente	Ingerir 10g a 20g de carboidrato de absorção rápida; repetir em 10 a 15 minutos, se necessário
----------	--

Amigo ou Familiar	Se a pessoa não conseguir engolir, não forçar. Pode-se colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e leva-lo imediatamente a um serviço de Saúde.
Serviço de Saúde	Se existirem sinais de hipoglicemia grave, administrar 25 ml de glicose a 50% via endovenosa em acesso de grande calibre, com velocidade de 3 ml/ min e manter veia com glicose a 10% até recuperar plenamente a consciência ou glicemia maior de 60mg/dl; manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina; pacientes que recebem sulfoniureias devem ser observados por 48h a 72 h para detectar possível recorrência.

Fontes: BRASIL, 2010; BRASIL 2012.

Leia mais sobre complicações agudas do diabetes no caderno de Atenção Básica nº 28 – volume II.

11. Diabetes e Depressão

A depressão é um sofrimento marcado pela diminuição da autoestima, que acomete pessoas aparentemente saudáveis do ponto de vista orgânico, mas que está presente em proporção maior nas pessoas doentes, em especial naquelas acometidas de doenças crônicas.

As restrições nutricionais, o uso contínuo dos medicamentos, frequentemente de forma injetável, a frustração pela dificuldade de atingir a meta de controle, a discriminação no ambiente social e no mercado de trabalho, fragilizam emocionalmente as pessoas diabéticas e comprometem sua autoestima, abrindo caminho para a depressão.

Duas perguntas que poderão ser realizadas pela equipe de Atenção Básica no rastreamento de possíveis sintomas de depressão. Se a resposta for sim* para as duas perguntas a pessoa deverá ser investigada para depressão.

1) Durante o último mês, você se sentiu incomodado por estar triste,

desmotivado, deprimido ou sem esperança?
2) Durante o último mês, você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

*Critério diagnóstico: Sim para as duas questões (sensibilidade de 96% a 97% e especificidade de 57% a 67%).

12. Diabetes e Multimorbidade

A presença da multimorbidade pode dificultar a adesão ao tratamento. Um paciente com depressão ou artrose significativa que pode ter dificuldade em seguir a recomendação de mudança do estilo de vida, por diminuição da motivação no primeiro caso e limitação funcional no segundo. Como também as medicações prescritas pode ser menor no caso da pessoa que necessita utilizar medicamentos para diferentes condições (polifarmácia).

As comorbidades frequentes e seu manejo em pessoas com DM estão listadas no Caderno de Atenção Básica número 36.

13. Pé Diabético

O “Pé Diabético” é uma das complicações mais devastadora do DM, sendo responsável por 50-70% das amputações não traumáticas. Geralmente a neuropatia diabética atua como fator permissivo para úlceras, devido à insensibilidade. As úlceras complicam-se quando associadas à Doença Vascular Periférica (DVP) e infecção, as quais colocam o paciente em risco.

Orientações para a promoção do autocuidado de pessoas com DM em relação ao cuidado com os pés:

Avaliar o conhecimento do paciente sobre o diabetes;

Avaliar o conhecimento sobre os cuidados com os pés e as unhas (complicações agudas e crônicas de fácil identificação);
Avaliar o comportamento do paciente com relação aos seus pés;
Avaliar o cuidado executado pela pessoa;
Avaliar o apoio familiar no cuidado com os pés;
Avaliar as condições dos calçados e das palmilhas.

13.1 CONCEITO

Infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros.

13.2 CLASSIFICAÇÃO

As úlceras no pé da pessoa com DM podem ter um componente isquêmico, neuropático ou misto.

O pé isquêmico caracteriza-se por história de claudicação intermitente, isto é, dor em repouso que piora com exercício ou elevação do membro superior.

A neuropatia diabética é a complicação mais comum do diabetes e compreende um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico.

O pé neuropático caracteriza-se por alteração da sensibilidade dos membros inferiores. Como formigamentos, sensação de queimação que melhora com exercício ou sintomas de diminuição da sensibilidade (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

13.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE COMPLICAÇÕES

Categoria de Risco	Definição	Recomendação	Acompanhamento*
0	Sem PSP Sem DAP	Orientações sobre calçados apropriados. Estímulo ao cuidado	Anual, com médico ou enfermeiro da Atenção Básica.
1	PSP com ou sem deformidade	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica caso haja adaptação	A cada 3 a 6 meses com médico ou enfermeiro da Atenção Básica.
2	DAP com ou sem PSP	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 2 a 3 meses com médico e/ou enfermeiro da Atenção Básica. Avaliar encaminhamento ao cirurgião vascular.
3	História de úlcera ou amputação	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica caso não haja adaptação. Se DAP, avaliar a	A cada 1 a 2 meses com médico e/ou enfermeiro da Atenção Básica ou médico especialista.

		necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	
--	--	--	--

Fonte: Adaptado de BOULTON, 2008.

Nota: PSP= Perda da Sensibilidade Protetora; DAP= Doença Arterial Periférica

13.5 FATORES DE RISCO PARA ÚLCERA NOS PÉS

Durante a consulta de enfermagem, alguns aspectos da história são essenciais para identificação das pessoas de maior risco para ulceração dos pés.

A ulceração nos pés da pessoa com DM, das quais a neuropatia geralmente é o evento inicial mais importante, levando à formação de úlceras (SINGH et al., 2005)

A pessoa também deverá ser questionada em relação à presença de sintomas neuropáticos positivos (dor em queimação ou em agulhada, sensação de choque) e negativo (dormência, sensação de pé morto), além da presença de sintomas vasculares (claudicação intermitente). (BOULTON et al., 2008)

FATORES DE RISCO

- Amputação prévia
- Úlcera nos pés no passado
- Neuropatia periférica
- Deformidade nos pés
- Doença vascular periférica
- Nefropatia diabética (especialmente em diálise)
- Mau controle glicêmico
- Tabagismo

Fonte:DAB/SAS/MS

13.6 RASTREAMENTO

1- Uma cuidadosa inspeção dos pés deverá ser realizada em local bem iluminado. O profissional deverá avaliar se os calçados são apropriados aos pés da pessoa, observando seis características do calçado: estilo, modelo, largura, comprimento, material e costura na parte interna (PRAZERES, 2009).

2- Exame físico minucioso dos pés dividido em 4 etapas:

- Avaliação da pele;
- Avaliação musculoesquelética;
- Avaliação vascular;
- Avaliação neurológica.

Avaliação da pele: A inspeção da pele deve ser total, incluindo a higiene dos pés e corte das unhas, pele ressecada e/ou descamativa. Temperatura de todo pé ou parte dele, em relação ao outro, pode indicar doença vascular ou ulceração (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012).

Avaliação musculoesquelética: A avaliação musculoesquelética inclui deformidades, freqüentemente envolvem os dedos (BOULTON et al.,2008).

Avaliação vascular: A palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior pode ser presente ou ausente. Além do pulso é importante observar a temperatura, os pelos, o estado da pele e dos músculos (BOULTON, 2008).

13.7 Orientações básicas

Autoexame diário dos pés, se necessário com espelho ou com ajuda	Higiene e secagem diária dos pés, especialmente entre os dedos
Hidratação dos pés com creme hidratante. Não usar entre os dedos	Uso de meias limpas de algodão que não garroteiam
Corte de unhas reto/lixamento	Exercícios com os pés
Calçados fechados e confortáveis	Não usar calciadas, somente pedra pome ou lixa papel nos calos
Lavar os pés diariamente.	Evitar água quente ao lavar os pés.
Não mexer em calos ou unhas encravadas.	Procurar o médico ou enfermeiro em caso de aparecimento de rachaduras, calos, feridas e alterações de cor da pele ou infecções micóticas nas unhas e dedos.
Calçar apenas sapatos que não lhe apertem, de preferência macios.	Sapatos novos devem ser usados aos poucos. Usar nos primeiros dias em, por no máximo 2 horas.
Não andar descalço	Sempre examinar o interior do sapato antes de usar.

13.8 EDUCAÇÃO DA PESSOA COM DM PARA PREVENÇÃO DE ULCERAÇÃO NOS PÉS

Educar as pessoas com DM para prevenção de ocorrência de ulcerações nos pés e para estabelecer um cuidado diário adequado dos membros inferiores é fundamental para evitar internações desnecessárias e amputações.

A- Todas as pessoas com DM e baixo risco de desenvolver úlceras (Categoria 0)

- Cuidados pessoais e orientação para o autoexame do pé;
- Exame diário do pé para identificação de modificações (mudança de cor, edema, dor, parestesias, rachaduras na pele);
- Sapatos (reforçar importância do sapato adequado, que deve se adaptar ao pé, evitar pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas);
- Higiene (lavar e secar cuidadosamente, especialmente nos espaços interdigitais) e hidratação diária dos pés com creme (especialmente se possui pele seca);
- Cuidados com unhas e os riscos associados com remoção de pele e cutículas;
- Cuidado com traumas externos (animais, prego, pedras nos sapatos etc.);
- Orientar a procurar um profissional de Saúde se perceber alteração de cor, edema ou rachadura na pele, dor ou perda de sensibilidade.

B- Pessoas com DM e Alto risco de desenvolver úlceras nos pés (Categoria 1 ou

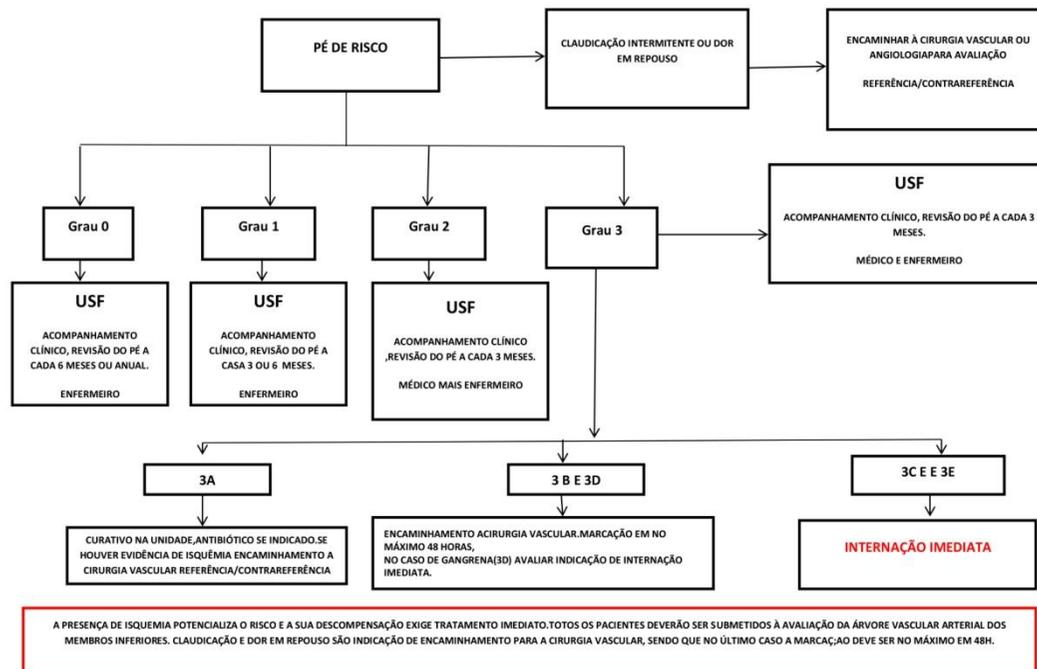
- Evitar caminhar descalço;
- Procurar ajuda profissional para manejo de calos, ceratose e ruptura de continuidade da pele;
- Não utilizar produtos para calos e unhas sem orientação de um profissional de Saúde;
- Lembrar o potencial de queimadura dos pés dormentes, portanto sempre verificar a temperatura da água em banhos, evitar aquecedores dos pés (bolsa-d'água quente, cobertores elétricos, fogueira ou lareiras);

C- Pessoa com DM e presença de úlceras (Categoria 3)

- Lembrar que infecções podem ocorrer e progredir rapidamente;
- A detecção e o tratamento precoce de lesões aumentam as chances de um bom desfecho;
- Repouso apropriado do pé/perna doente é fundamental no processo de cura;
- Sinais e sintomas que devem ser observados e comunicados aos profissionais de Saúde envolvidos no cuidado da pessoa: alterações no tamanho da ulceração e cor da pele (vermelhidão) ao redor da úlcera; marcas azuladas tipo hematomas e/ou escurecimento da pele, observar tipo de secreção (purulenta ou úmida onde antes era seca), surgimento de novas úlceras ou bolhas nos pés;
- Procurar a UBS imediatamente se perceber mudança no odor dos pés ou da lesão ou se ocorrer edema e/ou sensação de mal-estar (febre, sintomas tipo resfriado, ou sintomas do diabetes mal controlado).Fonte: DAB/SAS/MS.

Considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do DM são realizados pela pessoa com DM ou seus familiares, o maior desafio dos profissionais de Saúde consiste em estabelecer um processo efetivo de educação em Saúde para promoção do desenvolvimento do autocuidado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

16. AVALIAÇÃO DO PÉ DE RISCO PELO ENFERMEIRO

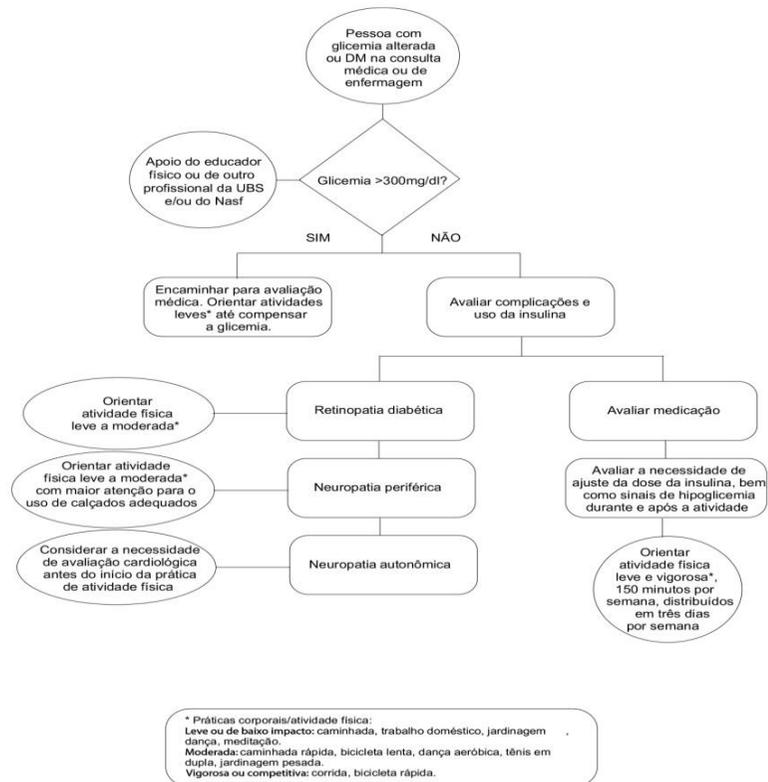


14. ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

A atividade física regular é fundamental na adoção de hábitos de vida mais saudáveis e no controle do DM. Tanto a atividade física, quanto o exercício físico aumentam a captação de glicose pelo tecido muscular por mecanismos independentes daqueles mediados pela insulina.

O exercício físico regular melhora o controle glicêmico, diminui os fatores de risco para doença coronariana, contribui para a perda de peso, melhora o bem-estar, além de prevenir DM tipo 2 em indivíduos de alto risco.

Fluxograma de orientação para a atividade física



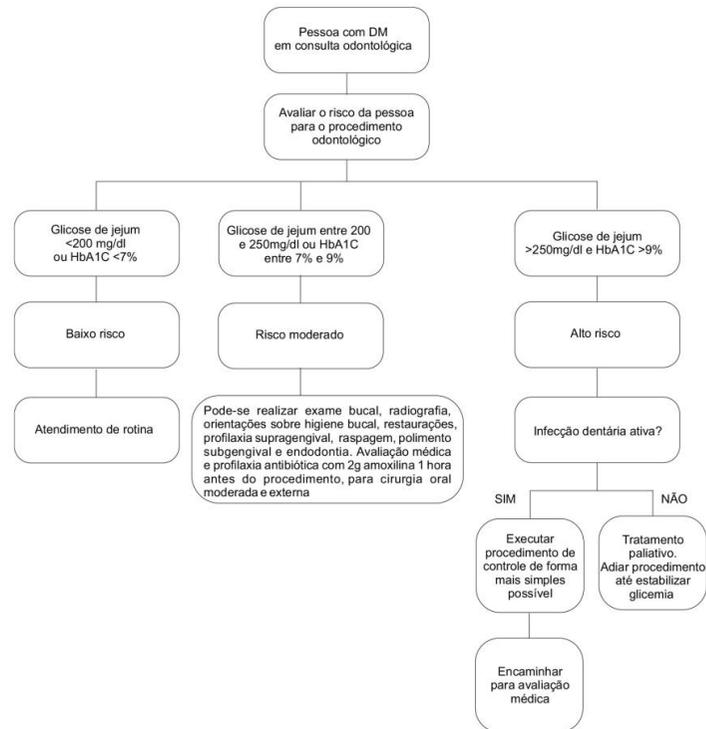
Fonte: Adaptado de Curitiba, 2010.

15. O PAPEL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE BUCAL

O cuidado em Saúde Bucal de pessoas com DM do tipo 1 ou 2 é papel de toda equipe de Atenção Básica (AB). É importante que haja um trabalho integrado entre a equipe de Saúde Bucal com toda equipe de AB para possibilitar uma atenção adequada às pessoas, contribuindo para a manutenção de sua saúde e bem-estar.

O acesso facilitado para o cuidado odontológico das pessoas com DM deve ser considerado. A presença de infecções, como a doença periodontal, leva ao estímulo da resposta inflamatória, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, o que provoca a piora do controle glicêmico (VERNILLO,2003). As queixas mais comuns na doença periodontal são o sangramento gengival, o afrouxamento e a perda espontânea de dentes e a própria halitose.

Orientação para o manejo clínico de pessoas com DM em consulta odontológica



Fonte: DAB/SAS/MS.

Pessoa com DM deve se alimentar normalmente antes do tratamento odontológico (SOUSA et al., 2003; ASSOCIACIÓN DENTAL MEXICANA, 1999).

O controle da ansiedade é outro cuidado importante. A liberação de adrenalina endógena por estresse pode ter um efeito sobre a ação da insulina e estimular a quebra do glicogênio no músculo e, em menor medida, no fígado levando a hiperglicemia (VERNILLO, 2003).

Leia mais sobre cuidado bucal na pessoa com DM no caderno de Atenção Básica nº 38 – paginas 137 a 144.

16. GRUPOS EDUCATIVOS

As atividades educativas em grupo podem ser integradas ao atendimento clínico por meio de consultas em grupo, na qual se atende pacientes previamente convidados (em geral de 10-20), todos com a mesma condição crônica (ex: diabetes). Os profissionais responsáveis devem revisar previamente o prontuário dos pacientes ou ter fácil acesso às informações clínicas, como comorbidades, necessidades de novos exames de controle e medicações em uso. Na própria consulta em grupo, são aferidos o peso, a glicemia capilar e a pressão arterial, solicitados os exames necessários e renovadas as receitas. Ao final, é oferecido espaço para atendimento individual que se mostrar necessário.

Além de otimizar o tempo de atendimento e possibilitar maior atenção às mudanças de estilo de vida (MEV), essa modalidade de consulta está associada à redução da HbA1c, menor número de idas às emergências, menos encaminhamentos a especialistas, menos internações hospitalares e maior satisfação. Entretanto, a participação não pode ser obrigatória. Para os pacientes que assim desejarem (ou necessitarem), deve ser oferecidas consultas individuais.

ANEXO I

ESCORE DE FRAMINGHAM

ETAPA 1

IDADE	
Anos	pontos
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7

LDL- colesterol	
mg/dl	pontos
<100	-3
100-129	0
130-159	0
160-169	1
>=190	2

HDL- colesterol	
mg/dl	pontos
<35	2
35-44	1
45-49	0
50-59	0
>=60	-1

Pressão Arterial

Sistólica	Diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	>100
<120	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3

Diabete	
	pontos
Não	0
Sim	2

Tabagismo	
	pontos
Não	0
Sim	2

ETAPA 2

↓

Soma dos pontos
Idade
LDL-C
HDL-C
Pressão arterial
Diabetes
Tabagismo
TOTAL

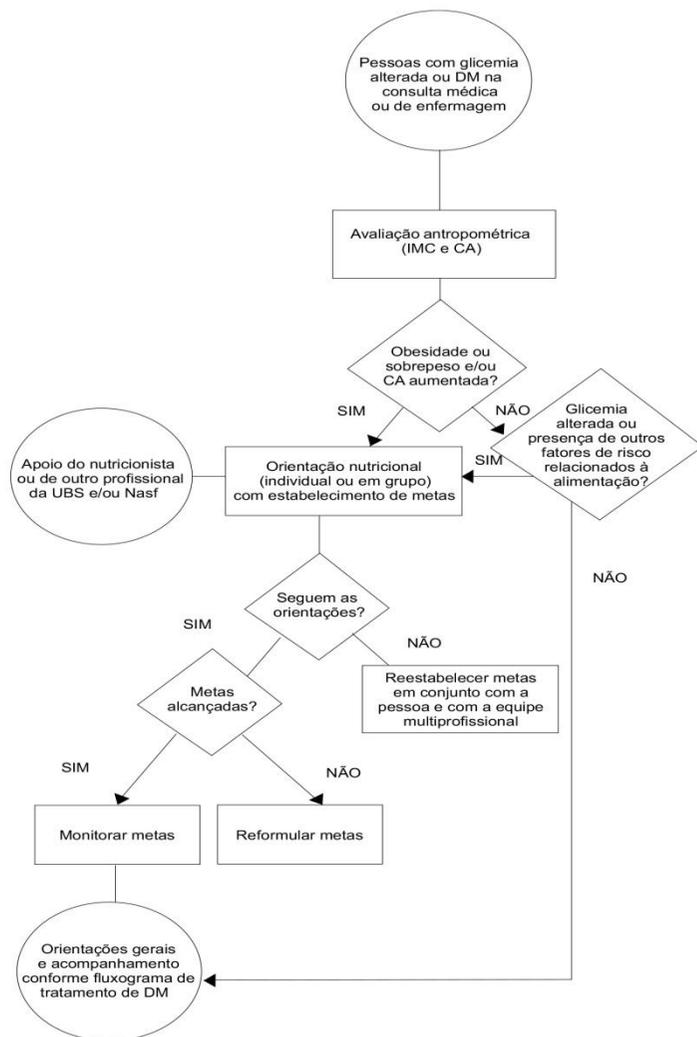
ETAPA 3

↓

Total Pontos	Risco ECV 10 anos
≤-3	1%
-2	2%
-1	2%
0	3%
1	4%
2	4%
3	6%
4	7%
5	9%
6	11%
7	14%
8	18%
9	22%
10	27%
11	33%
12	40%
13	47%

ANEXO II

Fluxograma de abordagem nutricional para adultos com glicemia alterada ou DM em consulta médica e de enfermagem na AB



Fonte: DAB/SAS/MS.

ANEXO III

DISTRIBUIÇÃO E REUTILIZAÇÃO DE SERINGAS NA INSULINOTERAPIA DOMICILIAR DE PESSOAS COM DIABETES

Padronização da Seringa

Descrição:

Para adultos

Seringa descartável de 1ml, com agulha fixa de 13 x 3,3 mm, em polipropileno, estéril. Graduada em 100 unidades, escala de duas em duas unidades. A seringa não deverá possuir espaço morto e deverá ter êmbolo decorte reto garantindo a precisão na dosagem. Embalagem individual estéril, com dados de identificação e procedência, data e tipo da esterilização e tempo de validade.

Para crianças ou indivíduos com IMC que necessite agulha mais curta (IMC < 25 Kg/m²)

Seringa descartável de 0,5 ml, com agulha fixa de 8,0 x 0,3 mm, em polipropileno, estéril. Graduada em 50 unidades, escala de uma em uma unidade. A seringa não deverá possuir espaço morto e deverá ter êmbolo decorte reto garantindo a precisão na dosagem. Embalagem individual estéril, com dados de identificação e procedência, data e tipo da esterilização e tempo de validade.

Justificativas:

A ausência de espaço morto proporciona uma economia de 5 unidades de insulina por aplicação, além de garantir a dose correta na mistura.

Agulha mais fina, portanto menos dor.

Menor manipulação, portanto menor risco de contaminação.

Graduação padronizada em unidades de insulina, portanto menor probabilidade de erro na aplicação da dose prescrita.

Comercializada por mais de uma empresa, o que propicia opções no processo de compras.

Aplicação de Insulina

As pessoas que necessitam de insulino terapia deverão ser capazes de desenvolver habilidades para a auto-aplicação mediante processo educativo.

Na identificação de qualquer dificuldade para o desempenho da auto-aplicação, deve-se solicitar a presença de um familiar para proceder aos encaminhamentos pertinentes.

Antes de cada aplicação, as mãos e o local de aplicação devem ser cuidadosamente limpos. A tampa do frasco deve ser limpa com álcool. Para a insulina NPH, o frasco deve ser suavemente friccionado na palma das mãos. Na mistura das insulinas NPH e Regular (R), a insulina Regular deve ser aspirada primeiro.

A insulina deve ser aplicada no tecido subcutâneo, por meio de uma prega na pele e posiciona a agulha em ângulo de 90°

A aspiração e aplicação deverão ser realizadas com o mesmo conjunto de seringa e agulha.

Em relação ao rodízio recomenda-se esgotar as possibilidades de aplicação em uma mesma região antes de iniciar em outra.

As características da insulina devem ser observadas sempre. Na presença de qualquer alteração (na cor, grumos, dentre outros), não deverá ser utilizada e trocá-la na Unidade de Saúde.

A insulina em uso, após aberta deverá ser mantida em local refrigerado de 2 a 8° C ou em temperatura ambiente, evitando as temperaturas extremas e exposição ao sol.

Destaca-se orientar sobre a relação entre a ação da insulina, atividade física ,

dieta e local de aplicação .

Observar locais de aplicação (vermelhidão, calor, dor, caroço, depressão e orientar paciente a procurar serviço de enfermagem.

Descarte da Seringa

Orientar que o descarte da seringa não deve ser feito em lixo comum . Colocar conjunto de seringas/agulhas e lancetas utilizadas em frasco rígido e levar para unidade de saúde para descarte adequado

As seringas devem ser de uso pessoal, pelo risco de contaminação com vírus , como os da hepatite e/ou imunodeficiência adquirida (HIV)

Locais de Aplicação X Ordem Decrescente de Absorção

Abdômen > Braços (Externa e Superior) >Glúteo > Coxas (Anterior e Lateral)
(desconsiderando atividade física)

Técnica de Reutilização e Número de Aplicações

- Quatro (4) aplicações/seringa com agulha fixa sem mistura de insulina, pois a frequência de reutilização encontrada na literatura foi de 4 a 7 aplicações, com risco mínimo de contaminação e preservando a agulha em condições favoráveis.
- Para os pacientes que utilizam mistura recomendamos reutilização de 2 vezes.
- Após a aplicação reencapar a agulha com cuidado e guardar em geladeira junto com a insulina. Na falta de geladeira deixar o frasco de insulina e seringa em local fresco. Exemplo: ao lado do filtro de água sem receber calor ou luz solar Não ferver, não lavar com água ou álcool, e não passar algodão com álcool no conjunto seringa e agulha.

Reutilização da seringa deverá ser sempre pelo mesmo paciente e no domicílio

Para a reutilização, devem ser ainda considerados os seguintes aspectos:

- ausência de ferida aberta nas mãos, infecções de pele no local da aplicação
- que o diabético tenha destreza manual

- ausência de tremores
- boa acuidade visual
- capaz de reencapar a agulha com segurança .

O Fornecimento de seringas de insulina conforme o número de aplicações diárias está disponível no Caderno de Atenção Básica n 36.

ARMAZENAMENTO DE INSULINA

A conservação e o armazenamento das insulinas em frascos devem ser realizados conforme as recomendações do fabricante:

- O frasco de insulina fechado deve ser armazenado sob refrigeração entre 2 a 8 graus, o mais longe possível do congelador.
- A porta do refrigerador deve ser evitada.
- Os frascos de insulinas abertos ou fechados também podem ser armazenados em temperaturas entre 15 a 30 graus.
- Os frascos devem ser utilizados por um período de um mês
- As insulinas preparadas com antecedência em seringas, seja insulina única ou misturada devem ser mantidas no refrigerador em posição horizontal, com as agulhas voltadas para cima e devem ser aplicadas em 30 dias
- Desprezar os frascos de insulina que apresentarem mudança de cor
- Não utilizar recipiente com isopor dentro do refrigerador.
- Durante as viagens a insulina deve ser transportada em recipiente de isopor, sem o contato com gelo.
- Os fracos de insulina também devem ser protegidos de temperaturas elevadas e da exposição a luz solar

ANEXO IV

Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com DM

- 1- Realize 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.
- 2- Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como os diet, zero ou light. Utilize adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas! Leia os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.
- 3- Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais. O ideal é consumir seis porções diárias (uma porção=1 pão francês ou 2 fatias de pão de forma ou 4 colheres de sopa de arroz).
- 4- Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus. Recomenda-se ingerir, pelo menos, três porções diárias (uma porção de verduras=3 colheres de sopa; e de legumes=2 colheres de sopa). Lembre-se: legumes como batata, mandioca e cará não são recomendados.
- 5- Consuma frutas diariamente. O ideal são três porções diárias (uma porção=1 maçã média ou 1 banana ou 1 fatia média de mamão ou 1 laranja média). Para evitar o aumento da glicemia, prefira consumir as frutas acompanhadas com leite, aveia, linhaça, granola diet ou como sobremesa após as refeições, sendo preferencialmente com casca ou bagaço, por possuírem maiores quantidades de fibras.
- 6- Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame, salsicha), temperos prontos (caldo de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopa e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas.

Use pouco sal para cozinhar.

- 7- Diminua o consumo de alimentos ricos em gorduras (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, lingüiça, suã etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga). Prefira leite semidesnatado ou desnatado e carne magra (músculo, acém, lombo etc.).
- 8- Consuma peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana.
- 9- Reduza a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evite o uso de banha de porco. Prefira alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.
- 10-Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício!

Fonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste II.

Referencias Bibliográficas

1. Caderno de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com Doenças Crônicas Diabetes Mellitus - 2013 - do Ministério da Saúde
2. Caderno de Atenção Básica nº 12 – Obesidade do Ministério da Saúde – 2006 – do Ministério da Saúde
3. Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes - do Município de Ribeirão Preto - 2011
- 4 . Caderno de Atenção Básica nº 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com Doenças Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica – 2013 - do Ministério da Saúde
5. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à saúde do Município do Rio de Janeiro - 2012
6. Guia de Referência Rápida Diabetes Mellitus – Município do Rio de Janeiro – 2013
7. Guia de Referência Rápida Hipertensão em Adultos – Município do Rio de Janeiro - 2013

TABAGISMO

EPIDEMIOLOGIA E QUADRO CLÍNICO

- ✓ 30% dos brasileiros maiores de dezesseis anos fumam e representa trinta milhões de pessoas.
- ✓ Metade dos fumantes morre de doenças diretamente causadas pelo tabaco.
- ✓ A diminuição da expectativa de vida é de 8 a 10 anos, mas um quarto dos fumantes perde 23 anos de vida, em média.
- ✓ Os principais riscos à saúde dos fumantes são as doenças cardiovasculares, os cânceres de pulmão, outras doenças pulmonares, como a bronquite e o enfisema, e outros tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas, rins, bexiga e colo de útero).
- ✓ Úlceras pépticas e osteoporose também são mais frequentes entre tabagistas.
- ✓ A maioria dos tabagistas começa a fumar antes dos 18 anos.
- ✓ 90% dos fumantes têm dificuldade de fumar menos do que 12 cigarros por dia.
- ✓ A droga que causa a dependência do tabaco é a nicotina, que é absorvida através dos pulmões e atinge o cérebro em oito segundos.
- ✓ O efeito estimulante da nicotina reforça o seu uso, e o desenvolvimento de tolerância ocorre rapidamente, levando ao aumento da dose e ao estabelecimento do uso regular.
- ✓ Mais da metade dos fumantes apresenta sintomas de abstinência.

- ✓ Esta síndrome se instala nas primeiras horas sem cigarros, aumentando nos primeiros dias e regride lentamente em algumas semanas.
- ✓ É caracterizada por inquietação, irritabilidade, ansiedade, sintomas depressivos, dificuldade de manter o alerta e a concentração, sonolência diurna, insônia, aumento de apetite e do peso.
- ✓ Fumar mais de um maço por dia e fumar o primeiro cigarro menos de trinta minutos depois de acordar indicam risco de síndrome de abstinência intensa.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do tabagismo é simples e inicia-se com a investigação do consumo de tabaco:

_ Você fuma?

_ Quanto?

_ Já tentou parar de fumar?

_ Que aconteceu?

_ Está interessado em parar de fumar?

Recomende parar, ressaltando informações relevantes para cada paciente.

TRATAMENTO

Todo fumante deve ser identificado e abordado sobre o interesse em parar de fumar em cada consulta. Mesmo a intervenção curta, três minutos em cada consulta, pode ser eficiente. Quanto mais intenso, porém mais efetivo o tratamento. Os principais componentes são: suporte social, treinamento de habilidades, reposição de nicotina e uso de bupropiona. A associação entre estes dois medicamentos não é habitual.

Etapas no aconselhamento:

Ajude o paciente a se preparar para largar o cigarro;

Marque uma data, de preferência dentro de duas semanas;

Aconselhe a retirada do cigarro de casa, do local de trabalho, do carro;

Oriente-o a evitar fumar nesses lugares;

Reveja tentativas anteriores, o que ajudou e o que contribuiu para a recaída;

Antecipe dificuldades e ajude-o a preparar-se para elas

As recaídas do tabagismo ocorrem principalmente nas seguintes situações:

Emoções negativas, como ansiedade, tristeza, irritação, tédio;

Pressão para trabalhar rápido;

Presença de outros fumantes;

Uso de álcool.

Oriente o paciente de que mesmo uma tragada eventual, o uso de álcool ou a presença de outros fumantes em casa facilitam a recaída.

ACOMPANHAMENTO

Continue acompanhando o paciente. Marque um retorno na primeira semana depois do abandono do cigarro e outro ainda no primeiro mês de abstinência. Congratule o paciente pelo sucesso. Se ocorrer algum lapso, encare-o como uma oportunidade de aprendizado. Investigue o que houve e sugira meios de enfrentar a situação. Recomende abstinência completa novamente. Discuta problemas como ganho de peso, depressão ou falta de apoio.

REPOSIÇÃO DE NICOTINA:

Visa permitir a diminuição gradual da concentração sérica de nicotina após o abandono do cigarro. Com isso, os sintomas de abstinência são atenuados e a adaptação à retirada do tabaco torna-se mais fácil. Apesar da pouca informação sobre sua efetividade em fumantes que consomem menos do que 10 -15 cigarros/dia recomenda-se que seja oferecida a todo aquele que cogite parar de fumar. Os insucessos com reposição de nicotina devem-se ao seu uso incorreto. Por isso, os pacientes devem ser cuidadosamente instruídos.

As contraindicações à reposição de nicotina: presença de gravidez e de doenças cardiovasculares, como arritmias graves, angina instável e infarto do miocárdio há menos de 4 semanas.

Existem duas formas de reposição de nicotina no Brasil: gomas de mascar e sistemas transdérmicos:

NICOTINA

É uma goma de mascar e cada unidade contém 2 mg de nicotina. De preferência, deve ser usada a intervalos regulares, e não apenas quando houver vontade de fumar. A dose normalmente se situa entre 10 e 12 unidades por dia, consumidas a cada uma ou duas horas. A dose diária total não deve exceder 24 unidades de 2 mg. A principal instrução para os pacientes usando a goma de mascar são é não fumar enquanto estiverem usando a goma;

Técnica de mascar: mascar a goma lentamente, até notar um sabor picante. Então, “estacioná-la” entre a bochecha e a gengiva para facilitar a absorção de nicotina através da mucosa oral. Continuar a mascar e estacionar a goma lenta e intermitentemente por cerca de 30 minutos;

Absorção: bebidas ácidas (café, sucos, refrigerantes) interferem com a absorção bucal de nicotina. Evitar comer ou beber qualquer coisa por quinze minutos antes e também durante o uso da goma;

Adequação da dose: Frequentemente, os pacientes não usam goma suficiente para obter o máximo benefício: mascam poucas unidades por dia, e não usam a goma por tempo suficiente. O uso de uma dose fixa (pelo menos uma unidade a cada 1-2 horas) por pelos menos 3 meses pode trazer benefícios maiores do que o uso *ad libitum*. Depois desse período, a dose normalmente pode ser reduzida gradualmente.

SISTEMAS TRANSDÉRMICOS:

Adesivos que liberam 21, 14 e 7 mg de nicotina em 24 horas. Tipicamente, a primeira aplicação é feita logo pela manhã do primeiro dia sem cigarro. O produto deve ser aplicado no tronco ou na região superior do braço, sobre uma área de pele saudável e relativamente sem pêlos. O paciente deve desengordurar o sítio de aplicação, cuidar para que não se forme uma bolha de ar entre o adesivo e a pele e comprimir o adesivo com a palma da mão por cerca de 30 segundos depois de colocá-lo. Recomenda-se trocar o local de aplicação a cada

dia, para evitar a irritação da pele. A dose é diminuída a cada três ou quatro semanas pelo uso de adesivos progressivamente menores. Os discos não devem ser cortados. Períodos de 6 a 8 semanas podem ser eficientes, não havendo evidências de que tratamentos mais longos sejam mais vantajosos. No caso de pacientes mais intensamente dependentes – principalmente aqueles que fumam mais de 20 cigarros por dia -, pode ser conveniente empregar-se doses mais altas do que 1mg de nicotina por dia.

Efeitos colaterais: Os principais efeitos colaterais da reposição da nicotina são relacionados à forma de uso. Com a goma, são comuns sintomas como irritação da mucosa oral, dor da articulação têmporo-mandibular, dispepsia e soluços.

Com os sistemas transdérmicos, 30% a 50% dos pacientes apresentam irritação da pele no sítio de aplicação. Caso isso não melhore com um rodízio mais longo desses locais, pode-se recorrer a um corticoesteróide de ação tópica (por exemplo, creme de hidrocortisona a 5%). A interrupção do tratamento é necessária em apenas 5% dos casos.

BUPROPIONA:

Desenvolvida para o tratamento da depressão, a bupropiona aumenta a disponibilidade sináptica de dopamina e de noradrenalina. Quando comparada a placebo, praticamente duplica as chances de sucesso no tratamento do tabagismo. A bupropiona é formulada em comprimidos de liberação lenta com 150 mg. Seu uso é iniciado de uma a duas semanas antes do abandono dos cigarros: um comprimido pela manhã, nos primeiros quatro dias. No quinto dia, acrescenta-se outro comprimido, oito horas depois do primeiro. O uso de bupropiona pode ser vantajoso para pacientes preocupados com a possibilidade de ganhar peso ou portadores de depressão. Os efeitos colaterais são geralmente leves e transitórios. Os mais comuns são inquietação, insônia, boca seca e náusea. Na dose de 300 mg empregada no tratamento do tabagismo, o risco de convulsões é menor do que 0,5%. A bupropiona está contraindicada para os portadores de epilepsia, de condições que aumentem o risco de convulsões (como antecedente de traumatismo cranioencefálico grave ou retirada recente do álcool), de portadores de bulimia ou anorexia nervosa em associação aos inibidores da monoaminoxidase.

O Coren-RJ junto com o governo do Estado do Rio de Janeiro e a Região Metropolitana II visando a melhoria da qualidade da assistência no SUS integra esta obra aos anis dos Projetos Especiais Coren-RJ.

Gestão 2015-2017.