



CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

16ª SESSÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP/MT
PAUTA DO DIA 25/05/2015

PEQUENO EXPEDIENTE

Abertura da sessão

- Votação da ata da sessão anterior
- Apresentação das correspondências em geral de interesse do plenário
- Breves comunicações

GRANDE EXPEDIENTE

Apresentação da Pauta do Dia

- Matérias para encaminhamento às Comissões Competentes:

Projeto de Lei nº 027/2015
Regime de Urgência

Autoria do Poder Executivo

Institui o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município e dá outras providências.

- Comissão de Justiça e Redação;
- Comissão de Ecologia, Meio Ambiente, Saúde e Seguridade Social.

Projeto de Lei nº 028/2015
Regime de Urgência

Autoria do Poder Executivo

Autoriza o Poder Executivo a abrir Crédito Adicional Suplementar no valor de R\$ 462.150,00 (quatrocentos e sessenta e dois mil e cento e cinquenta reais), e dá outras providências.

Encaminhando para:

- Comissão de Justiça e Redação;
- Comissão de Finanças, Orçamentos e Fiscalização.

Projeto de Lei nº 024/2015

Autoria do vereador Brandão

Dispõe sobre priorização das vagas para crianças, adolescentes e jovens diretamente vitimados ou filhos de mulheres vítimas de violência doméstica na rede municipal de educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, e dá outras providências.

Encaminhando para:

- Comissão de Justiça e Redação;
- Comissão de Educação, Cultura, Ciência e Tecnologia, Desporto e Assistência Social.



CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

- Projeto de Decreto Legislativo nº 011/2015 Autoria do vereador Ticola e vereadores
Concede Título de Cidadão Sinopense Benemérito ao Senhor Manoel Bento de Souza.
Encaminhando para:
 - Comissão de Justiça e Redação.
- Projeto de Decreto Legislativo nº 012/2015 Autoria do vereador Ademir Bortoli e vereadores
Concede Título de Cidadão Sinopense Benemérito ao Padre Heribert Hammes.
Encaminhando para:
 - Comissão de Justiça e Redação.
- Matérias para Ordem do Dia:
- Projeto de Lei nº 018/2015 Autoria do Poder Executivo
Dispõe sobre a extinção da Autarquia de Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Sinop - SAAES, e dá outras providências.
3ª e última votação
- Projeto de Lei nº 008/2015 Autoria do Poder Executivo
Autoriza o Poder Executivo a outorgar Cessão de Uso de imóvel de propriedade do Município de Sinop à Associação dos Centros de Formação de Condutores do Norte de Mato Grosso - ACFC e dá outras providências.
2ª votação
- Emenda Aditiva nº 002/2015 Autoria do vereador Mauro Garcia
Adiciona artigo ao Projeto de Lei nº 008/2015, de autoria do Poder Executivo.
- Projeto de Lei nº 025/2015 Autoria do Poder Executivo
Regime de Urgência
Autoriza o Poder Executivo a conceder auxílio financeiro aos médicos participantes do "Programa Mais Médicos" e dá outras providências.
1ª e única votação
- Parecer nº 044/2015 Autoria da Comissão de Justiça e Redação
Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 025/2015, de autoria do Poder Executivo.
- Parecer nº 015/2015 Autoria da Comissão de Finanças, Orçamentos e Fiscalização
Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 025/2015, de autoria do Poder Executivo.



CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

Parecer nº 003/2015

Autoria da Comissão de Ecologia, Meio Ambiente, Saúde e Seguridade Social.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 025/2015, de autoria do Poder Executivo.

Projeto de Lei nº 026/2015
Regime de Urgência

Autoria do Poder Executivo

Autoriza o Poder Executivo Municipal a outorgar Cessão de Uso dos bens móveis e equipamentos que especifica em favor do Governo do Estado de Mato Grosso, através da Secretaria Estadual de Educação - SEDUC/MT, e dá outras providências.
1º e única votação

Parecer nº 045/2015

Autoria da Comissão de Justiça e Redação.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 026/2015, de autoria do Poder Executivo.

Parecer nº 004/2015

Autoria da Comissão de Educação, Cultura, Ciência e Tecnologia, Desporto e Assistência Social.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 026/2015, de autoria do Poder Executivo.

Projeto de Lei nº 023/2015

Autoria do Poder Executivo

Autoriza o Poder Executivo Municipal a conceder incentivos à empresa FEMAG HOTÉIS LTDA. - EP e dá outras providências.
1º votação

Parecer nº 047/2015

Autoria da Comissão de Justiça e Redação.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 023/2015, de autoria do Poder Executivo.

Parecer nº 016/2015

Autoria da Comissão de Finanças, Orçamentos e Fiscalização.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 023/2015, de autoria do Poder Executivo.

Parecer nº 007/2015

Autoria da Comissão de Economia, Indústria, Comércio, Agricultura, Trabalho, Administração e Serviços Públicos.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 023/2015, de autoria do Poder Executivo.

Emenda Aditiva nº 003/2015

Autoria do vereador Carlão Coca-Cola e vereadores

Adiciona artigo ao Projeto de Lei nº 023/2015, de autoria do Poder Executivo.



CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

Projeto de Lei nº 017/2015

Autoria do vereador Ticola.

Dispõe sobre normas que deverão ser observadas pelos proprietários de cães de raça e raças indefinidas no Município de Sinop - MT.

1º votação

Parecer nº 036/2015

Autoria da Comissão de Justiça e Redação.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 017/2015, de autoria do vereador Ticola.

Parecer nº 002/2015

Autoria da Comissão de Ecologia, Meio Ambiente, Saúde e Seguridade Social.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 017/2015, de autoria do vereador Ticola.

Emenda Substitutiva nº 001/2015

Autoria da Comissão de Justiça e Redação.

Substitui dispositivos do Projeto de Lei nº 017/2015, de autoria do vereador Ticola.

Projeto de Lei nº 019/2015

Autoria do vereador Brandão.

Dispõe sobre a apresentação de artistas locais na abertura de shows musicais nacionais e internacionais que ocorrerem no Município de Sinop.

1º votação

Parecer nº 046/2015

Autoria da Comissão de Justiça e Redação.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 019/2015, de autoria do vereador Brandão.

Parecer nº 005/2015

Autoria da Comissão de Educação, Cultura, Ciência e Tecnologia, Desporto e Assistência Social.

Exara Parecer Favorável à tramitação do Projeto de Lei nº 019/2015, de autoria do vereador Brandão.

Emenda Substitutiva nº 002/2015

Autoria da Comissão de Justiça e Redação.

Substitui o artigo 2º do Projeto de Lei nº 019/2015, de autoria do vereador Brandão.

Moção de Aplauso nº 012/2015

Autoria do vereador Professor Wollgran

Encaminha Moção de Aplauso aos membros que especifica da Faculdade Fasipe, pelo excelente trabalho na organização da 10ª Festa do Milho da Fasipe.



CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

- Moção de Aplauso n° 013/2015 Autoria dos vereadores Roger Schallenberger e Brandão.
Encaminham Moção de Aplauso ao Spartacus Moto Clube, pelo sucesso do 1º Encontro de Motociclistas de Sinop.
- Moção de Aplauso n° 014/2015 Autoria do vereadores Hedvaldo Costa e vereadores.
Encaminham Moção de Aplauso aos veículos de comunicação que especifica, pelas matérias de conscientização e alerta à sociedade sobre a "ideologia de gênero".
- Requerimento n° 019/2015 Autoria do vereador Professor Wollgran
Requer ao Exmo. Sr. Juarez Costa - Prefeito Municipal, para que remeta a este Poder Legislativo cópia do contrato de serviços de manutenção da frota municipal, entre a Prefeitura de Sinop e a empresa vencedora nos anos de 2014/2015, e 2016, estando em vigência.
- Requerimento n° 020/2015 Autoria do vereador Ademir Bortoli
Requer ao Exmo. Sr. Juarez Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, para que estes remetam ao Poder Legislativo, cópia do projeto de pavimentação asfáltica do bairro Parque das Araras e do Setor Industrial Norte.
- Indicação n° 248/2015 Autoria do vereador Francisco Specian Júnior.
Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de limpeza do canteiro central da Avenida das Itaúbas, da Avenida dos Pinheiros até o Bairro Maria Vindilina.
- Indicação n° 249/2015 Autoria do vereador Francisco Specian Júnior.
Indica ao Exmo. Sr. Juarez da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de limpeza no valetão, localizado na Avenida Senador Jonas Pinheiro começando na Avenida André Maggi até a Rua Colonizador Enio Pipino.
- Indicação n° 250/2015 Autoria do vereador Negão do Semáforo.
Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópias ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, e ao Sr. Agnaldo Turra - Secretário Municipal de Esportes, Lazer e Juventude, a necessidade de construir uma academia pública, com um parque para crianças, na Rua Santana esquina com a Avenida Paulista.



CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

Indicação nº 251/2015

Autoria do vereador Negão do Semáforo.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de cascalhar as ruas do Bairro Jardim América.

Indicação nº 252/2015

Autoria do vereador Brandão.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia à Sra. Ivete Mallmann Franke - Secretária Municipal de Trânsito e Transportes Urbanos, a necessidade de construção de lombo faixa nos dois lados da Avenida dos Tarumãs, nos cruzamentos com Avenida das Itaúbas, Avenida das Sibipirunas, Avenida dos Jacarandás, e Rua Colonizador Ênio Pipino, esquina com a Disbenop e Transterra.

Indicação nº 253/2015

Autoria do vereador Brandão.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia à Sra. Ivete Mallmann Franke - Secretária Municipal de Trânsito e Transportes Urbanos, a necessidade de construção de lombo faixa nos dois lados da Avenida dos Flamboyants defronte ao Hospital Santo Antonio.

Indicação nº 254/2015

Autoria do vereador Fernando Assunção.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade urgente de limpeza e recuperação do bueiro, localizado no encontro da Avenida André Maggi com a Rua Benedita Nogueira no Bairro Boa Esperança.

Indicação nº 255/2015

Autoria do vereador Fernando Assunção.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade do urgente patrolamento e cascalhamento das Ruas Formosa e Jesuítas no Jardim América.

Indicação nº 256/2015

Autoria do vereador Cláudio Santos.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de instalar várias lixeiras na Rua das Caviúnas na quadra do Hospital Regional.



CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

Indicação nº 257/2015

Autoria do vereador Hedvaldo Costa e vereadores.

Indicam ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de reparos no Logradouro C-2.

Indicação nº 258/2015

Autoria do vereador Hedvaldo Costa e vereadores.

Indicam ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Nevaldir Graf - Secretário Municipal de Administração, a importância da implantação do Projeto "Meu Bairro de Cara Nova".

Indicação nº 259/2015

Autoria do vereador Professor Wollgran.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de patrolar a Rua das Dombéias, no Bairro Jardim das Oliveiras.

Indicação nº 260/2015

Autoria do vereador Professor Wollgran.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Ivan Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, apontando-lhes a necessidade de normalizar a iluminação pública na Rua João Pedro Moreira de Carvalho, próximo ao Atacadão.

Indicação nº 261/2015

Autoria da vereadora Neiva da Alvorada.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia à Sra. Ivone Latanzi Costa - Secretária Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação, a necessidade que seja instituído no Município de Sinop o serviço de acolhimento em famílias acolhedoras de crianças, adolescentes, inclusive aqueles com deficiência. Conforme Anteprojeto apenso.

Indicação nº 262/2015

Autoria do vereador Ademir Bortoli.

Indica ao Exmo. Sr. Rogers E. Jarbas - Presidente do Detran/MT, com cópias à Sra. Cleide Dantas Silva - Gerente de Comunicação do Detran/MT, ao Sr. Manoelito Rodrigues - Secretário Municipal de Saúde, e à Sra. Ivete Mallmann Franke - Secretária Municipal de Trânsito e Transportes Urbanos, a promoção de campanhas publicitárias educativas pelos meios de comunicação de massa (TV, rádio, internet) contendo orientações sobre a gratuidade do Seguro DPVAT.



CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP

Indicação nº 263/2015

Autoria do vereador Carlão Coca-Cola.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópias à Sra. Gisele Faria de Oliveira - Secretária Municipal de Educação, e ao Sr. Marcos Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de fazer a cobertura da quadra de esportes, na E. M. Aleixo Schenatto, no Jardim Jacarandás.

Indicação nº 264/2015

Autoria do vereador Carlão Coca-Cola.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópia ao Sr. Marcos Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos, a necessidade de fazer com urgência, melhorias na iluminação pública, cascalhamento e patrolamento, na Rua Central do Bairro Tapajós.

Indicação nº 265/2015

Autoria do vereador Mauro Garcia.

Indica ao Exmo. Sr. Juarez Alves da Costa - Prefeito Municipal, com cópias à Sra. Ivete Mallmann Franke - Secretária Municipal de Trânsito e Transportes Urbanos, e ao Sr. Marcos Lopes - Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos a necessidade de construção de faixa para pedestres elevada (conforme anexo) defronte às escolas situadas no município de Sinop.

- Palavra aos Vereadores inscritos.
- Encerramento da Sessão.

Mauro Garcia
Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SINOP
ESTADO DE MATO GROSSO
Em, 22 de maio de 2015.

Edilson Rocha Ribeiro
1º Secretário

Hedvaldo Costa
2º Secretário



PREFEITURA DE
SINOP

PROJETO DE LEI Nº. 027/2015

DATA: 21 de maio de 2015

SÚMULA: Institui o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município e dá outras providências.

REGIME DE URGÊNCIA

JUAREZ COSTA, PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SINOP, ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e ele sanciona a seguinte Lei;

Art. 1º. Fica instituído o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município de Sinop para nortear a sistematização da assistência de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde.

Art. 2º. O protocolo de que trata o *caput* do artigo 1º é parte integrante da presente Lei.

Art. 3º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º. Ficam revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE SINOP.
ESTADO DE MATO GROSSO.
EM, 21 de maio de 2015.


JUAREZ COSTA
Prefeito Municipal



PREFEITURA DE
SINOP

MENSAGEM AO PROJETO DE LEI Nº. 027/2015

**Senhor Presidente,
Senhores Vereadores,**


Embasado em preceitos regimentais, encaminho para apreciação e deliberação dos nobres pares desta augusta Casa Legislativa a proposta epigrafada que "*Institui o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde do Município e dá outras providências.*"

O Protocolo de Enfermagem é uma importante ferramenta que disciplina as rotinas de atendimento do profissional de enfermagem na rede pública de saúde, assegurando um atendimento de qualidade e ao mesmo tempo, autorizado pelo órgão competente na fiscalização das atividades desses profissionais. A sistematização aqui proposta abrange desde a entrada do paciente na unidade básica de saúde até o seu efetivo encaminhamento que poderá ser imediato, prioritário ou no dia. O paciente receberá orientação acerca do encaminhamento seguro, com indicações específicas sobre o seu caso. Sua elaboração e implantação tornou-se necessária, visto que o profissional Enfermeiro, como membro ativo da equipe multiprofissional, precisa desenvolver um trabalho com autonomia e maior resolutividade, inserido nos programas de saúde pública preconizados pelo Ministério da Saúde, conforme disposto na Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que trata da regulamentação do exercício da Enfermagem.

O manual trata de temas de fundamental relevância para a prática clínica do enfermeiro na atenção básica, com o diferencial de contemplar os aspectos que direcionam essa atividade. O protocolo, ora em apreciação, aborda 12 (doze) Capítulos, subdivididos em *Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Atenção à Saúde da Mulher; Saúde do Homem; Pré Natal de Baixo Risco; Tuberculose; Hanseníase; Hipertensão Arterial; Diabetes; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); Atendimento ao Paciente com Dengue e Leishmaniose Tegumentar Americana*. O documento reúne informações de grande valia, haja vista tratar-se de um guia de atuação nos locais de trabalho, respaldando o desempenho dos enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde, orientando as ações de educação permanente no ambiente da prática, além dos estudantes interessados no cuidado em atenção básica.

Diante do exposto, e demonstrada a necessidade e legalidade da autorização ora solicitada, bem como sabedores que somos do alto espírito municipalista que norteia essa nobre edilidade, solicitamos a anuência dos nobres pares para aprovação da matéria, com sua **apreciação em regime de urgência.**

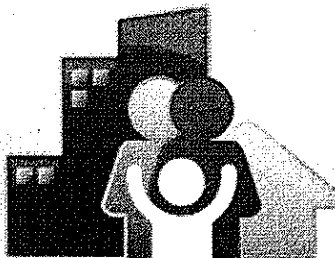
Respeitosamente,


JUAREZ COSTA
Prefeito Municipal



PREFEITURA DE
SINOP

PREFEITURA MUNICIPAL DE SINOP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



Saúde da Família

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM
ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SINOP

SINOP, MATO GROSSO

2015



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SINOP

AUTORES

Enf. Ana Paula Fernandes

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Enf. Esp. Ana Rosa Perazzoli

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Enf. Esp. Ilana Maria Coelho da Costa

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Enf. Esp. Márcio Henrique de Souza

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Enf. Esp. Margit Ahlert Gutbier

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Enf. Esp. Patrícia Akemi Kamitani

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Enf. Esp. Pedro Henrique Guimarães da Silva Siqueira

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)



Sobre os Autores

Ana Paula Fernandes

Enfermeira formada pela Universidade Federal de Rondônia – UFR. Coordenadora da USF Parque das Araras em Sinop.

Ana Rosa Perazzoli

Enfermeira formada pela Universidade de Uberaba. Especialista em “Urgência e Emergência” pela Fundação São Camilo – Rio de Janeiro e em “Gestão Hospitalar” pelo grupo Uninter. Coordenador da USF Oliveiras.

Ilana Maria Coelho da Costa

Enfermeira formada pela Escola Superior Santa Emília de Rodat. Farmacêutica Bioquímica formada pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Didática pela Fiocruz.

Marcio Henrique de Souza

Enfermeiro formado pela Fundação Educacional de Fernandópolis-FEF. Especialista em “Saúde da Família” pela Universidade Federal de Brasília-UNB e em “Auditoria em Serviços de Saúde” pela Faculdade Dom Aquino de Cuiaba. Coordenador da USF Alto da Glória em Sinop.

Margit Ahlert Gutbier

Enfermeira formada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Políticas Sociais pelo Instituto Cuiabano de Educação e em Formação Pedagógica em Educação Profissional na área da Saúde. Coordenadora da USF Maria Vindilina em Sinop.



PREFEITURA DE
SINOP

Patricia Akemi Kamitani

Enfermeira formada pela Universidade Estadual de Maringá-UEM. Especialista em “Gestão Hospitalar” pela Faculdade de Sinop-FASIPE. Coordenadora da USF União em Sinop.

Pedro Henrique Guimarães da Silva Siqueira

Enfermeiro formado pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS. Especialista em “Pneumologia Sanitária” pela Fundação Fiocruz. Coordenador do Centro de Referência em Hanseníase e Tuberculose do município de Sinop.



PREFEITURA DE
SINOP

REVISADO

Manoelito da Silva Rodrigues (Secretário Municipal de Saúde – SINOP)

Enfermeiro formado pela Universidade Federal do Mato Grosso, Sinop. Especialista em Saúde Coletiva pela Fasipe, Gestão em Saúde pela Unemat, e MBA em gestão em saúde pela FAC – Faculdade Regional de Filosofia, Ciências e Letras de Candeias.

APROVADO

Manoelito da Silva Rodrigues (Secretário Municipal de Saúde – SINOP)

Enfermeiro formado pela Universidade Federal do Mato Grosso, Sinop. Especialista em Saúde Coletiva pela Fasipe, Gestão em Saúde pela Unemat, e MBA em gestão em saúde pela FAC – Faculdade Regional de Filosofia, Ciências e Letras de Candeias.



PREFÁCIO

Este manual é o resultado do esforço, do conhecimento e experiência de profissionais que atuam em instituições de saúde na área da atenção básica, os quais, unidos aos ideais de qualidade, de segurança profissional, autonomia e compromisso ético, tornaram possível a sua realização.

É com satisfação que apresentamos o Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Sinop pelo mérito da qualidade, pelo seu conteúdo, assim como a importância deste material para a comunidade de saúde ligada à atenção básica, em conformidade com a política de saúde do governo federal.

O manual trata de temas de fundamental relevância para a prática clínica do enfermeiro na atenção básica com o diferencial de contemplar, em forma de fluxograma, os aspectos que direcionam essa prática. Reúne informações que serão de grande valia para os gestores por ser um guia da atuação nos locais de trabalho, por respaldar o desempenho dos enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde, por orientar as ações de educação permanente no ambiente da prática além dos estudantes interessados no cuidado em atenção básica.

A adoção desse Protocolo deve ser tomada como um desafio, pois implica, muitas vezes, em fazer rupturas em práticas e crenças internalizadas partindo para a competência técnica e política, como sujeitos sociais que somos dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, prontos a intervir em contextos de incertezas e complexidades para fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Esperamos que este trabalho, uma construção coletiva entre profissionais enfermeiros, e que este sirva de inspiração para o surgimento de outros de igual qualidade, para que possamos avançar na consolidação da tão almejada qualidade na assistência de enfermagem.

Todas as ações realizadas por este profissional estão respaldadas pela Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86, Resoluções do COFEN 195/1997, 223/1999, 271/2002 e 272/2002, e nas ações de proteção, promoção e recuperação a saúde, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA E SUA IMPORTÂNCIA NO S.U.S.

O enfermeiro da equipe de atenção primária, que atua ou não nas equipes de Saúde da Família, desenvolve seu trabalho tanto no âmbito da unidade de saúde quanto na comunidade. Entre as suas atribuições estão a realização de assistência integral as pessoas e famílias na unidade de saúde desde o acolhimento com classificação do risco para os cuidados primários a consulta de enfermagem, bem como, e quando necessário, ações no domicílio através da visita domiciliar e/ou em outros espaços comunitários para promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. A Consulta de Enfermagem deve estar baseada em suporte teórico que oriente e ampare cada uma das etapas do processo e que deverão ser respeitadas, nos temas abordados neste protocolo:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um



PREFEITURA DE
SINOP

dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. Neste contexto é importante lembrarmos que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames poderão ser desenvolvidas durante o processo, de acordo com a necessidade, desde que incluídas na assistência integral à saúde do indivíduo e respeitando o Art. 11, parágrafo II da lei 7.498/86, que determina a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

A nível municipal, ressalta-se que no artigo nº08 do Decreto Municipal nº 274 de 08 de Dezembro de 2015, consta-se que:

“Para fins de prescrição de medicamentos antimicrobianos e de controle especial são considerados prescritores os seguintes profissionais: médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, conforme protocolo estabelecido pelos programas de saúde pública do Ministério da Saúde em consonância com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, legalmente legalizado.” Decreto Municipal nº274 , p.04, 2014

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção à demanda espontânea faz parte das atribuições de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde. Por isso, é importante que os profissionais se reúnam com regularidade para tratar da organização e avaliação do processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea. Nesse momento de reflexão é oportuno que a equipe defina a modelagem que a UBS vai utilizar para essa tarefa, quais instrumentos de trabalho vai utilizar e qual será o papel de cada profissional nas diversas etapas do cuidado.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, *a priori*, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica.

O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UBS, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato da equipe com o usuário. Nas situações em que avaliação e definição de oferta(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, seja esta oferta um agendamento, uma orientação ou uma intervenção. Em parte dos serviços, há um espaço físico especificamente para essa escuta – a sala de acolhimento. Porém, como acolhimento é um espaço-momento de encontro para o reconhecimento de necessidades, ele acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos.

Outro aspecto importante que merece ser destacado é que, em algumas situações, a própria pessoa que realiza a escuta pode ser a responsável por realizar intervenções (em maior ou menor grau). Por exemplo, se uma usuária se refere a atraso menstrual ou tosse (sem sinais de gravidade) há mais de três semanas e se a escuta e avaliação está sendo realizada por um enfermeiro, por exemplo, já se pode avaliar a possibilidade de solicitação de teste de gravidez



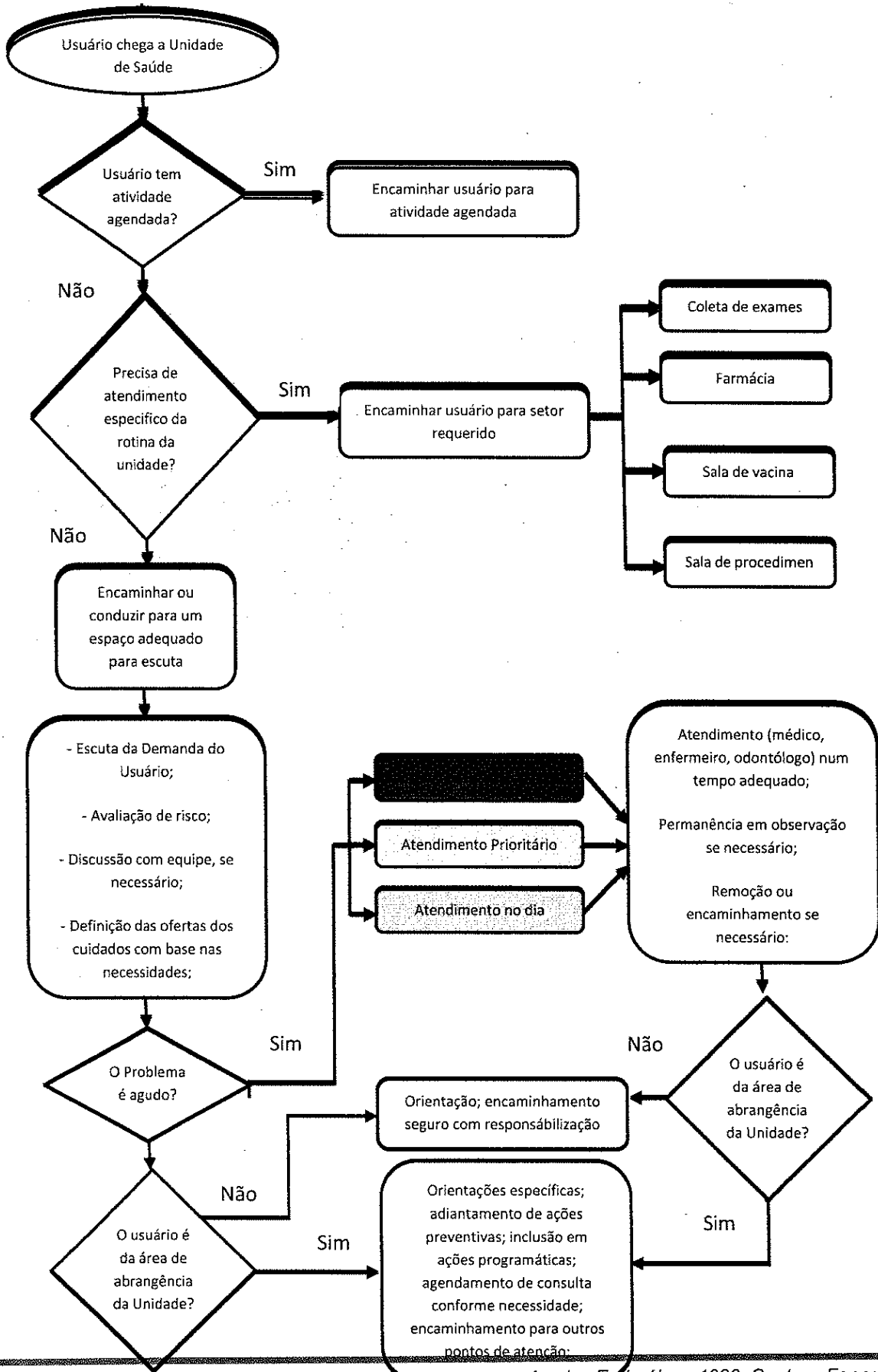
PREFEITURA DE
SINOP

e exame de escarro, respectivamente, considerando os protocolos locais ou aqueles recomendados pelo Ministério da Saúde.

Em todos esses casos, fica evidente a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na Atenção Básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adscritos à UBS) e que o efetivo trabalho em equipe produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.



Fluxograma 1: Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família



Fonte: Caderno da Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea, 2013

Tabela 1: Classificação Geral dos casos de demanda espontânea na Atenção Básica

SITUAÇÃO NÃO AGUDA
<p>Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

Situação aguda ou crônica agudizada
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.

Fonte: Cadernos da Atenção Básica – Acolhimento a Demanda Espontânea nº28, vol.II, 2012

SAÚDE DA CRIANÇA

INTRODUÇÃO

Na saúde da criança, a atuação da enfermagem visa sobretudo promover o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequados, o aumento da cobertura vacinal e trabalhar no controle das situações de risco à saúde, visando o não comprometimento do potencial de cada criança.

Considerando a necessidade de instrumentalizar as(os) enfermeiros(as) que atuam na UBS com PSF e garantindo que essa assistência ocorra conforme as diretrizes do SUS, fez-se necessário a elaboração deste documento com o objetivo de nortear condutas no âmbito da Atenção Integral à Saúde da Criança.

O atendimento à criança engloba a seqüência de ações ou medidas preventivas direcionadas desde antes do nascimento até os 05 anos de idade, com o objetivo de evitar que ela adoecae promover um crescimento e desenvolvimento adequados. Com a adscrição da clientela, viabilizada pelo PSF, 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.

O acompanhamento da criança deverá ser realizado em consulta de enfermagem e médicae através de grupos educativos. Sugerimos o seguinte acompanhamento:

- Primeiro ano de vida – Mensalmente;
- Segundo ano de vida – Trimestralmente;
- A partir do terceiro ano – Semestralmente;

Na avaliação da criança, critérios de riscos deverão ser observados, como situação socioambiental, nutricional, riscos identificados ao nascer, riscos de infecção e riscos relacionados ao crescimento e desenvolvimento.



SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

A deficiência de Ferro é a mais freqüente dentre as carências nutricionais das crianças em todo o mundo, constituindo um grave problema de saúde pública. A deficiência de Ferro causa repercussões negativas para o desenvolvimento mental e motor das crianças, ocasionando uma redução do rendimento escolar. Considerando a crescente prevalência de anemia ferropriva e as dificuldades de grande parte da população ao acesso aos alimentos ricos em Ferro ou aos alimentos fortificados, foi desenvolvido um Programa de Prevenção de Anemia Ferropriva na infância onde é indicado a Suplementação de Ferro elementar conforme quadro abaixo:

Tabela 2: Suplementação de Ferro

SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO				
Faixa etária		Dose Profilática de Ferro elementar		Produto
Recém nascido	Termo	6 a 18 meses AM*	25 mg de ferro elementar 01x por semana	Solução oral 25 mg/ml (1,25 mg/gota) ou o disponível na REMUME
		4 a 18 meses Sem AM**	25 mg de ferro elementar 01x por semana	
	De baixo peso (<2.500 gramas) Ou Pré Termo (<37 semanas)	A partir do 30º Dia	2mg/Kg/dia durante dois meses. Após este prazo 1mg/Kg/dia até o 24º mês.	

Fonte: Programa Nacional de Suplementação de Ferro, 2005.

*AM - aleitamento materno exclusivo ou misto.

** Sem AM – uso de formulas.

Lembre-se de que a idade limite para a inclusão da criança no programa é 18 meses. Nesse caso, a criança poderá permanecer até que complete 24 meses.

OBSERVAÇÃO:

Nos portadores de anemias hemolíticas (Falciforme, Talassemia, outras), a suplementação de ferro NÃO está indicada, salvo sob orientação médica.

Fonte: Protocolo Saúde da criança – Atenção básica – SMS, 2006.



ESCABIOSE

Doença de pele produzida pela penetração de um ácaro parasita, que provoca irritação e formação de vesículas e/ou pústulas e prurido intenso.

Orientações - Escabiose Após Diagnóstico Médico

- Sobre transmissibilidade;
- Higiene Pessoal;
- Prevenção na família;
- Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar;
- Lavar as roupas de cama e as de uso pessoal separadamente, se possível diariamente, passá-las a ferro e colocá-las ao sol.

ESTRÓFULO

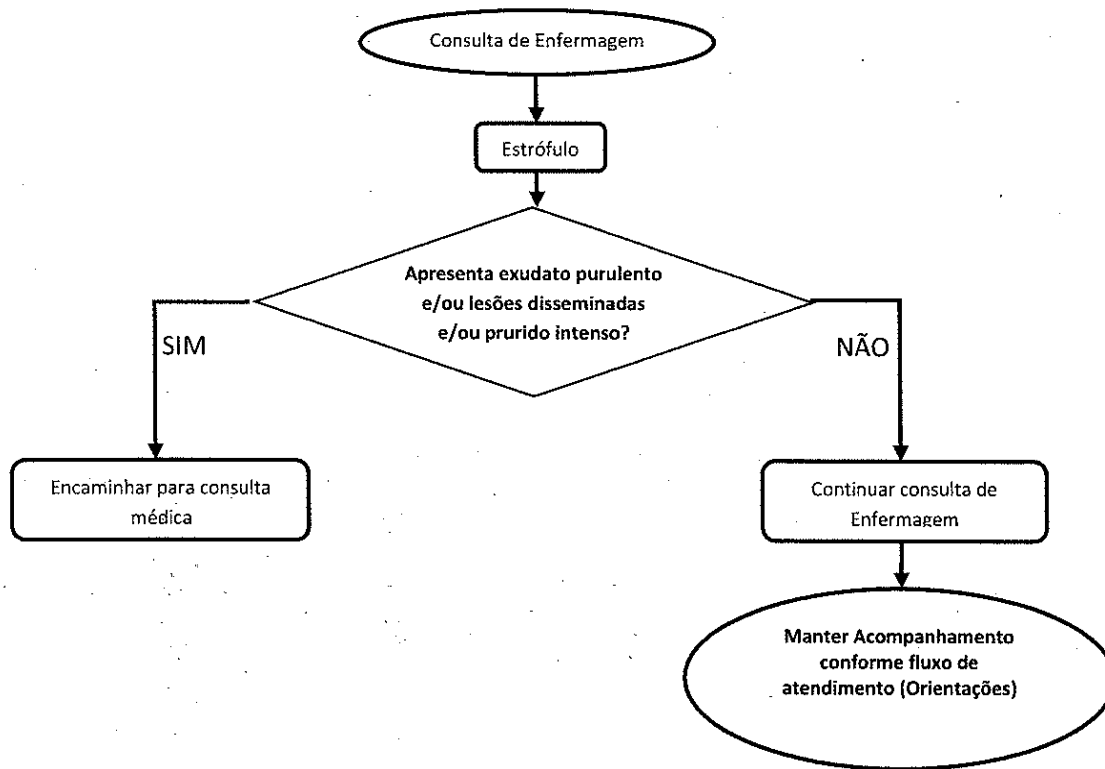
Pápulas pruriginosas, em forma decúpula, com vesículas às vezes umbilicadas, desaparecendo freqüentemente pela escoriação. É desencadeado por picada de insetos(uma só picada faz com que surjam inúmeras lesões). As extremidades e região da cintura pélvica são as mais acometidas.

Orientações Estrófulo:

- Usar telas nas janelas;
- Manter unhas curtas e limpas;
- Indicar o uso de pasta d'água ou amido de milho 3 a 4 vezes ao dia;
- Lavar as roupas de cama e as de uso pessoal separadamente, se possível diariamente passa-las a ferro.



Fluxograma 2: Conduas frente ao Estrófulo



Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

PEDICULOSE

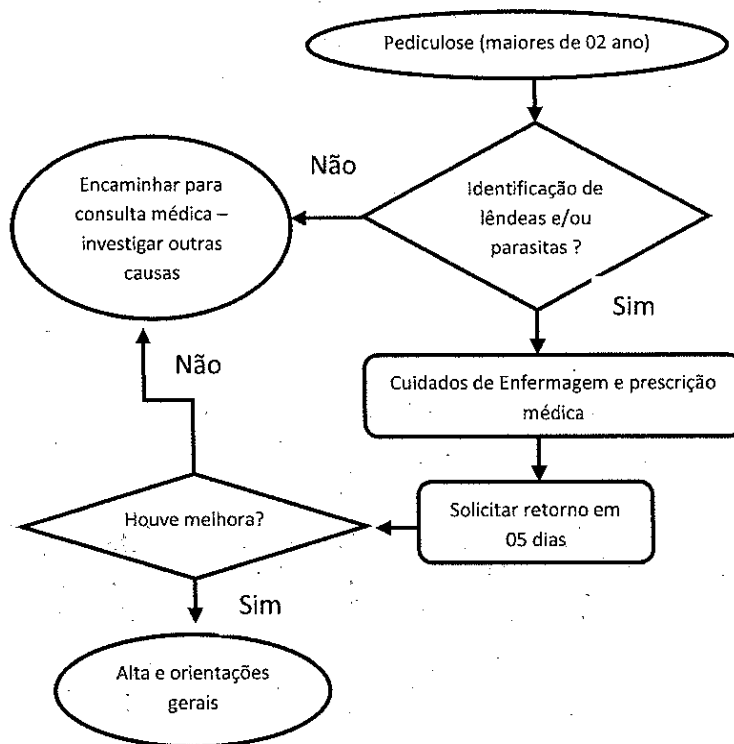
Doença produzida pela presença de um ácaro parasita que provoca prurido em couro cabeludo na sua maioria das vezes.

Tabela 3: Prescrição medicamentosa - Pediculose

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA	
Loção capilar Permetrina 1%, para crianças maiores de dois anos	Aplicar o produto no couro cabeludo e deixá-lo agir por 10 minutos, lavando em seguida e repetir após 7 dias. Cuidado com os olhos.

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013

Fluxograma 3: Condutas frente à Pediculose



Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

Orientações - Pediculose:

- Hábitos de higiene;
- Prevenção na família;
- Remoção das lêndeas manualmente umedecendo os cabelos com vinagre morno diluído em partes iguais em água (1:1) Utilizar o pente fino;
- Pode-se aplicar também em crianças menores de dois anos;
- Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar;
- Crianças menores de dois anos encaminhar para Consulta Médica.



DERMATITE DAS FRALDAS

Erupção inflamatória da área de fralda causada por: urina, fricção, umidade, fezes, irritantes químicos e pela proliferação dos fungos monília e cândida.

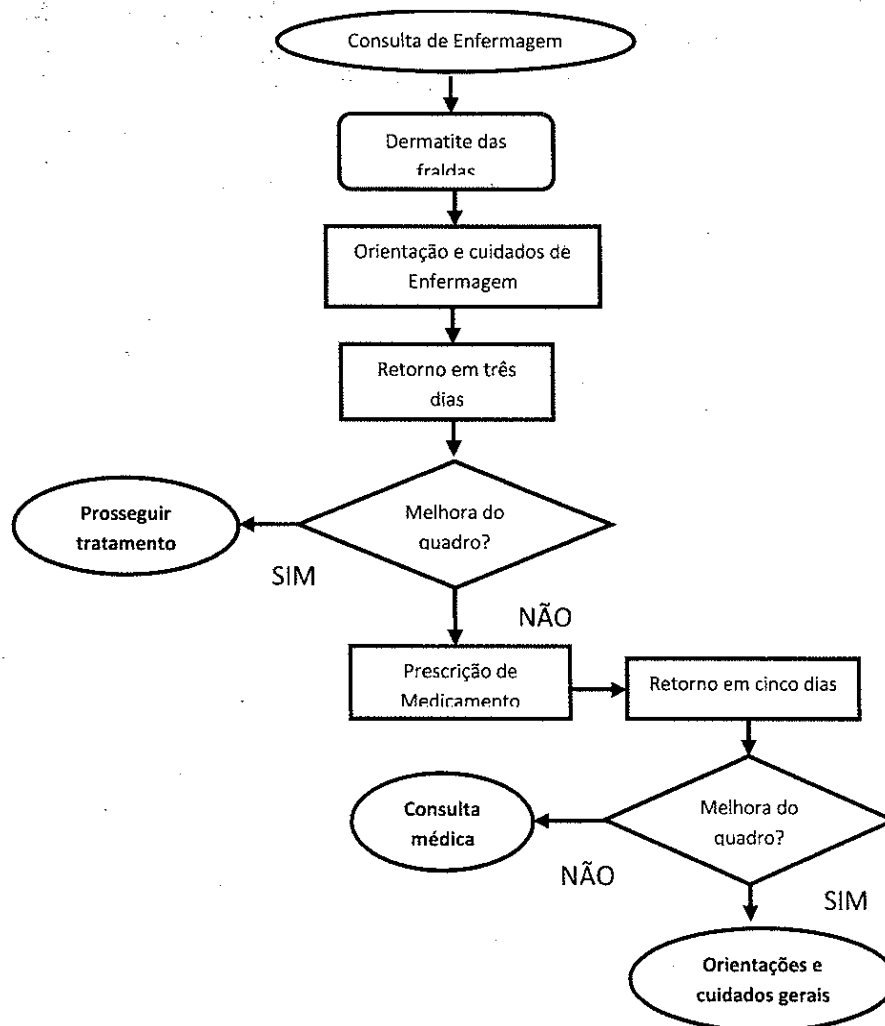
- Monilíase

É provocada pelo fungo monília, que se prolifera na região em que se colocam as fraldas, por ser um ambiente úmido, devido à presença de fezes e urina. O principal sintoma é a pele avermelhada, com ou sem pontos esbranquiçados.

- Candidíase

É provocada pelo fungo cândida, e apresenta os mesmos sintomas que a monilíase.

Fluxograma 4: Condutas frente às Dermatites por fraldas



Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.



Tabela 4: Prescrição Medicamentosa - Dermatite por fraldas

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA/ DERMATITE POR MONÍLIA OU CÂNDIDA		
Miconazol creme	Após cada troca de fralda de 7 a 10 dias	Tratamento somente para lesões satélites e hiperemia intensa. -Reavaliar após sete dias ou antes, se necessário

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

Orientações - Dermatite Amoniacal:

- Verificar a característica da hiperemia (intensa, brilhosa, com ou sem lesões);
- Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;
- Realizar compressas com chá de camomila frio;
- Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
- Expor a área ao sol uma vez ao dia de 5 a 15 minutos (no início da manhã ou no final da tarde);
- Aplicar creme de Óxido de zinco com Vitamina A e D às trocas das fraldas;
- Cuidados com a fralda de pano: usar somente branca, lavar com sabão em pedra e enxaguar com muita água. Não usar sabão em pó, líquido, amaciantes e alvejantes. Ferver após lavagem por 5 minutos. Secar e passar com ferro. Na última água de enxague, adicionar uma colher (sopa) de vinagre branco (solução: uma colher (sopa) de vinagre branco para dez litros de água).

DERMATITE SEBORREICA

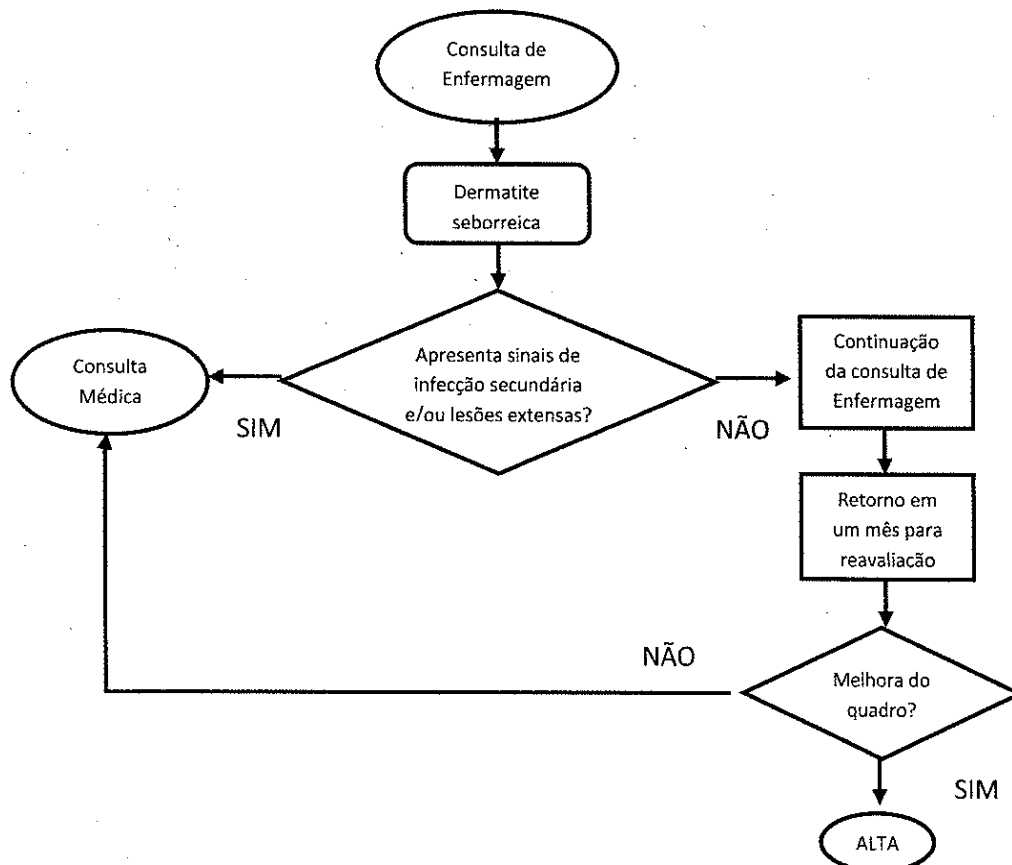
Infecção fúngica do couro cabeludo causada por uma hiperatividade das glândulas sebáceas.



Orientações - Dermatite Seborreica:

- Uma vez ao dia: passar no couro cabeludo vaselina ou óleo mineral, deixar por hora e retirar delicadamente, com escova fina;
- Lavar a cabeça com sabonete neutro.

Fluxograma 5: Conduas frente à Dermatite Seborreica



Fonte: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

INTERTRIGO

Lesão hiperemiada de dobras conseqüente à maceração pelo suor excessivo.

Orientações Intertrigo:

- Lavar o local com água e sabonete neutro;
- Secar bem o local;
- Exposição ao sol pela manhã e final de tarde de 5 a 15 minutos;
- Usar roupas que não provoquem suor;
- Aplicação do amido de milho diretamente sobre a pele ou creme de óxido de zinco com Vitamina A e D.

IMPETIGO

Infecção primária da pele altamente contagiosa caracterizada por lesão maculo-eritematosa, que logo se transforma em vesículo-papular.

Orientações - Impetigo:

- Lavar as lesões com água morna e sabonete neutro 4x ao dia, removendo as crostas suavemente.
- Manter as unhas curtas;
- Lavar as mãos, frequentemente.

MILIÁRIA (BROTOEJA):

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, desencadeada por calor excessivo e umidade ou por substâncias que podem obstruir os poros (cremes, talcos ou óleos).

Pode apresentar-se das seguintes formas:

→ Cristalina: pequenas vesículas de coloração clara, pruriginosas, localizadas no pescoço e axilas.



→ Rubra: vesículas em base eritematosa, pápulas e prurido, localizadas em regiões cobertas por roupas (tronco e braços).

→ Profunda: pápulas rosadas com pouco ou nenhum prurido acometendo o tronco.

Orientações Miliária (Brotoeja):

- Usar roupas leves.
- Lavar as roupas novas antes de usá-las.
- Evitar amaciantes, talcos, cremes e perfumes. Banhos frequentes usando sabonetes neutros.
- Enxaguar a criança após o banho com: 1 litro de água com 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia; ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco; ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho caso sejam das formas rubra e/ou profunda. -Orientar o pai quanto ao contato com a barba.

DOR DE OUVIDO SEM FEBRE E COM A CRIANÇA EM BOM ESTADO GERAL.

Tabela 5: Prescrição Medicamentosa - Dor de Ouvido

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA - DOR DE OUVIDO	
Paracetamol 200mg/ml	1 gota/kg de 6/6 horas
Dipirona 500 mg/ml	1 gota/kg ou 10 a 15 mg/kg
IMPORTANTE: intervalo mínimo de 6 horas para crianças maiores de 3 anos.	

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

ORIENTAÇÕES DOR DE OUVIDO

- Sem exsudato purulento: orientar o uso de calor seco duas vezes ao dia 15 a 20 minutos e retornar em dois dias;



- Realizar limpeza nasal com SF 0,9%, quando houver coriza ou usar a seguinte solução nasal:
- Preparar e fazer lavagem nasal 2 a 3 vezes ao dia com: 300 ml de água fervida e fria, acrescentar duas colheres de café de sal, uma colher de chá de bicarbonato de sódio.
- Evitar ingestão de líquidos na posição horizontal.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

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

Na presença de febre, distensão abdominal, vômito e outros sintomas a criança deverá ser encaminhada ao médico.

O profissional deverá realizar as orientações necessárias e solicitar retorno em 07 dias. Caso não haja melhora do quadro, o paciente deverá ser encaminhado ao médico.

Orientações Constipação Intestinal

- Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã e farináceos).
- Oferecer alimentos ricos em fibras: verduras, mamão, laranja, tomates verdes, cenoura crua, farelo de trigo e aveia.
- Aumentar a ingestão hídrica.
- Oferecer chá de ameixa preta, 1 a 2 ameixas de molho em 75 ml de água filtrada.
- Se a criança controla o esfíncter, estimular o uso do vaso sanitário, após as refeições principais, no momento em que o reflexo gastrocólico estimula as contrações em massa e a evacuação pode ser facilitada.
- Garantir a criança uma postura fisiológica durante a evacuação.



- Exercícios e massagem abdominal no sentido horário.
- Ajudar a criança a elaborar o medo da fase anal.

OBSERVAÇÃO:

Nos recém-nascidos com aleitamento materno exclusivo pode ocorrer ausência de evacuação até sete dias (constipação intestinal fisiológica), porém devem ser avaliados pelo médico.

Se houver eliminação de flatos, o abdome estiver flácido ou mesmo ocorrer eliminações de fezes amolecidas em intervalos longos, sem a presença de outros sintomas, isto indica normalidade para crianças em aleitamento materno exclusivo.

PARASITOSE INTESTINAL

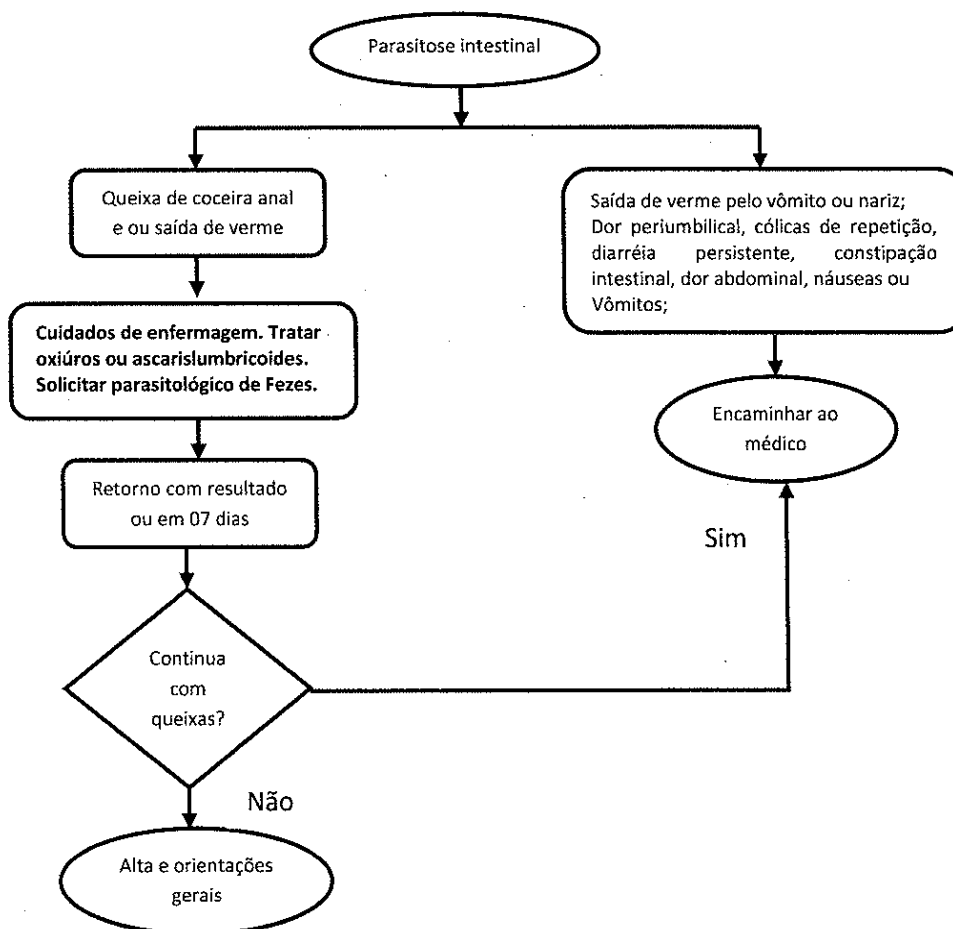
Orientações - Parasitose Intestinal:

- Utilizar água tratada ou fervida.
- Lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito 2,5% (duas gotas por litro) por 30 minutos e lavar novamente.
- Comer carne bem cozida ou assada, nunca comer carne crua.
- Manter sempre as mãos limpas, principalmente antes das refeições, após evacuações e ao preparar os alimentos.
- Manter as unhas curtas e limpas.
- Proteção dos alimentos contra poeira, moscas e outros animais.
- Estar sempre com os pés calçados.
- Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados.
- Não usar água parada para banho ou brincar.
- Se indicado medicamento, salientar usar conforme foi orientado.
- Crianças abaixo de 10 kg devem ser encaminhadas para Consulta Médica.
- Investigar queixas nos demais membros da família:
- Na suspeita em adultos, solicitar exame Protoparasitológico de fezes.
- No caso de queixas das demais crianças da família, encaminhar para o Médico.



Observação importante.
Atentar que prurido anal pode ser uma queixa em crianças que sofrem abuso sexual

Fluxograma 6: Condutas Frente as Parasitoses Intestinais



Fonte: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.



Conforme fluxograma de Parasitose Intestinal ou quando em mãos resultado do PPF;

Tabela 6: Tratamento Medicamentoso - Parasitoses Intestinais

Doença	Idade/ Peso	Medicamento	Posologia	Observação
ASCARIDÍASE	Acima de 10Kg Acima de 2 anos	Mebendazol 20mg/ml Albendazol 400 mg	5ml 2x/dia por 3 dias 01 cp ou 10ml V.O/ dose única	Repetir após 3 semanas
TRICOCEFALÍASE	Acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	10ml em dose única ou 1 cp de 400 mg repetir em 14 dias s/n	Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaleia, diarreia, náuseas e vômitos
ANCILOSTOMÍASE	Acima de 10Kg	Mebendazol 20mg/ml	5 ml 2 x/dia por 3 dias	Repetir em 3 semanas
ENTEROBIASE OU OXIURIASE	Dose para todas as crianças independente do peso e da idade	Mebendazol 20mg/ml	5 ml 2 x/dia por 3 dias repetir em 3 semanas	Tratar todas as crianças da casa
ESTRONGILOIDÍASE	Criança acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	1cpvo dose única repetir em 3 semanas	Tratar todas as crianças da casa
TENÍASE	Criança acima de 2 anos	Mebendazol 20mg/ml ou Albendazol 400 mg	10ml 2x/dia por 3 dias 1cp VO dose única	Tratar todas as crianças da casa
GIARDÍASE	Criança acima de 2 anos	Metronidazol	15 mg/kg/dia (máximo 250mg) VO 2x/dia por 5 dias	Efeito Colateral: náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarreias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões
AMEBIASE	Criança acima de 2 anos	Metronidazol Não exceder 750mg/dose	35 mg/kg/dia 3x/dia nos casos das leves por 5 dias. Extra-intestinal ou sintomática 50 mg/kg/ dia por 10 dias	Efeito Colateral: náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarreias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

DIARREIA

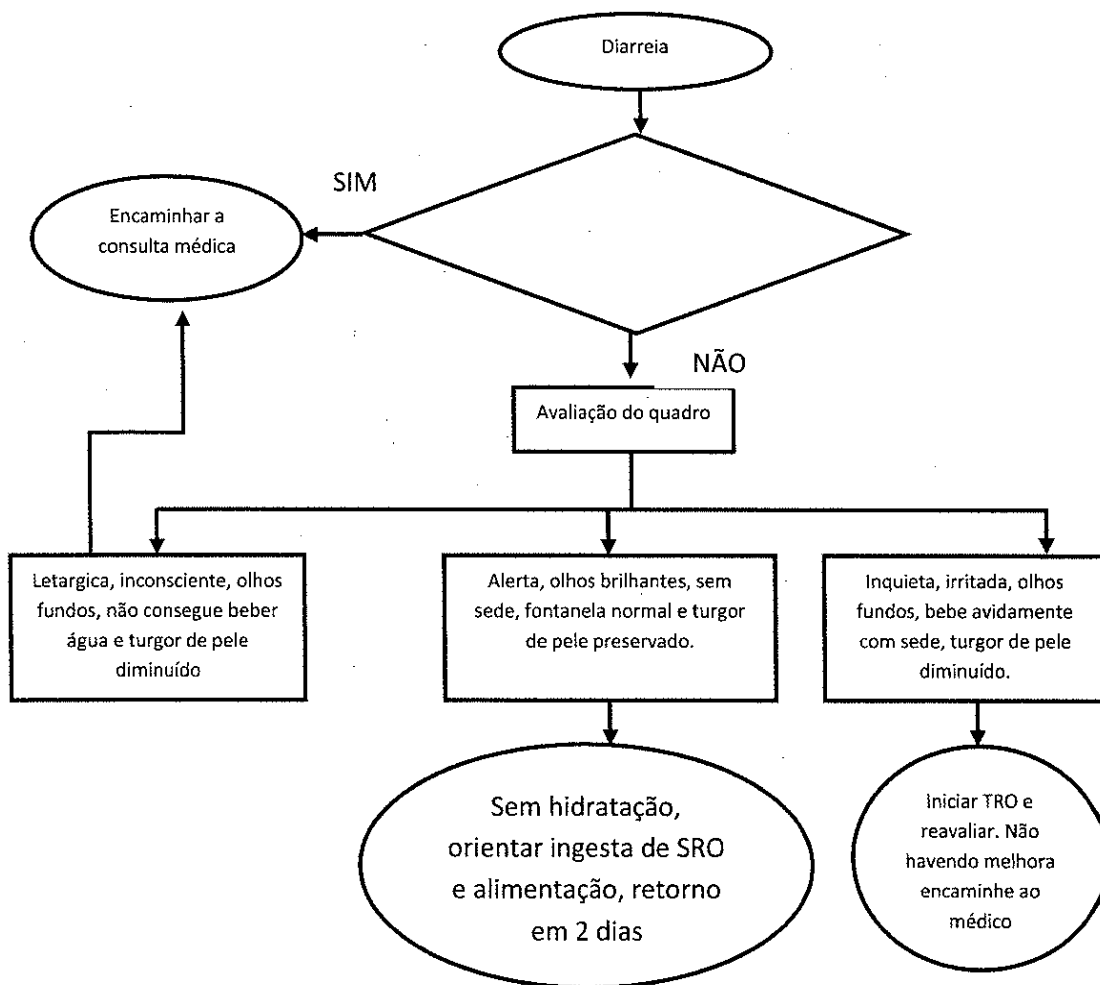
Doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentado algumas vezes muco e sangue (disenteria).

Considera-se diarreia quando há ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas. A maioria dos episódios de diarreia é provocada



por um agente infeccioso e duro menos de duas semanas. Caso a diarreia dure mais de 14 dias, é considerada diarreia persistente.

Fluxograma 7: Condutas frente aos casos de Diarreia



Fonte: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

Orientações:

- Aumentar a oferta de líquidos de baixa osmolaridade: água, leite materno, chá, suco, água de coco fresca, sopa (alimentos de fácil digestão e absorção).
- Não introduzir novos alimentos.



- Diminuir a quantidade de alimentos, mas aumentar o número de refeições para evitar a anorexia. Melhorar o teor energético, cuidado com o acréscimo de gorduras.
- Oferecer de hora em hora soro distribuído na rede pública, principalmente após evacuações líquidas.
- As crianças com desidratação leve ou moderada devem receber TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL na Unidade de Saúde e ser reavaliada pelo Enfermeiro.

TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Reposição de líquidos e eletrólitos com objetivo de prevenção da desidratação e seus agravos.

Descrição do procedimento:

- Pesar a criança no início da TRO e a cada hora
Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água
- Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme Manual de Atenção a Saúde da Criança
- Ofertar o SRO, com uma colher, copo ou seringa plástica toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar.
- Não usar mamadeira, pois se associa com maior risco de vômitos
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente
- Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega cutânea (a pele volta lentamente ao estado anterior)



Após 4 horas:

- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação
- Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento
- Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde continuar a amamentar no peito sempre que a criança desejar.
- Se, em situações excepcionais, a mãe/cuidador precisar ir para casa antes de terminar o tratamento:
 - Orientar como preparar a solução em casa sempre com água fervida ou filtrada.
 - Orientar sobre a quantidade de SRO a ser administrada até completar o tratamento em casa.
 - Entregar uma quantidade de pacotes de SRO suficiente para completar a reidratação. Entregar também um pacote adicional.
- Explicar as três regras do Tratamento Domiciliar:
 1. Dar líquidos adicionais.
 2. Continuar a alimentar.
 3. Quando retornar.

Tabela 7: Esquema de tratamento de TRO

ESQUEMA DE MANUTANÇAÇÃO	
crianças até 12 meses	50 a 100 ml após cada evacuação aquosa
crianças maiores de 12 meses	100 a 200 ml após cada evacuação aquosa
crianças de 10 anos ou mais	à vontade, podendo oferecer água de coco natural.

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

Tratar a Diarréia em Casa:

Dar Líquidos Adicionais (tanto quanto a criança aceitar)

Recomendar à mãe:



Após 4 horas:

- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação
- Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento
- Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde
continuar a amamentar no peito sempre que a criança desejar.
- Se, em situações excepcionais, a mãe/cuidador precisar ir para casa antes de
terminar o tratamento:
 - Orientar como preparar a solução em casa sempre com água fervida ou
filtrada.
 - Orientar sobre a quantidade de SRO a ser administrada até completar
o tratamento em casa.
 - Entregar uma quantidade de pacotes de SRO suficiente para completar
a reidratação. Entregar também um pacote adicional.
- Explicar as três regras do Tratamento Domiciliar:
 1. Dar líquidos adicionais.
 2. Continuar a alimentar.
 3. Quando retornar.

Tabela 7: Esquema de tratamento de TRO

ESQUEMA DE MANUTANÇÃO	
crianças até 12 meses	50 a 100 ml após cada evacuação aquosa
crianças maiores de 12 meses	100 a 200 ml após cada evacuação aquosa
crianças de 10 anos ou mais	à vontade, podendo oferecer água de coco natural.

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

Tratar a Diarréia em Casa:

Dar Líquidos Adicionais (tanto quanto a criança aceitar)

Recomendar à mãe:

Amamentar com maior frequência e por tempo mais longo a cada mamada. Se a criança se alimenta de leite materno, pode-se dar SRO, além do leite materno com colher ou copo. Se não estiver em regime exclusivo de leite materno, dar um ou mais dos seguintes:

- Solução SRO
- Líquidos caseiros (tais como: chás, água de coco, soro caseiro).
- Água potável.

SORO CASEIRO:

- 1 (um) litro de água filtrada ou fervida e fria
- 1 (uma) colher de sopa (20gr) de açúcar
- 1 (uma) colher de café (3,5gr) de sal

É especialmente importante dar o SRO em casa quando:

- A criança recebeu tratamento de desidratação na Unidade e não puder retornar a um serviço de saúde, e se a diarreia piorar.
- Ensinar a mãe/cuidador a preparar a mistura e a dar o SRO
- Entregar um pacote ou mais de SRO para a mãe/cuidador se necessário
- Mostrar à mãe/cuidador a quantidade de líquidos adicionais a ofertar em casa além dos líquidos habituais → Até 1 ano - 50 a 100 ml depois da cada evacuação aquosa → 1 ano ou mais - 100 a 200 ml depois de cada evacuação aquosa

Recomendar à mãe/cuidador:

- Administrar pequenos goles de líquidos de uma xícara, com colher ou seringa.
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente. Continuar a dar líquidos até a diarreia parar.
- Continuar a alimentar a criança
- Orientar sobre sinais de desidratação grave e procurar imediatamente atendimento médico.
- As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa. Durante um período de 4 horas administrarem, no serviço de saúde, a quantidade recomendada de SRO.

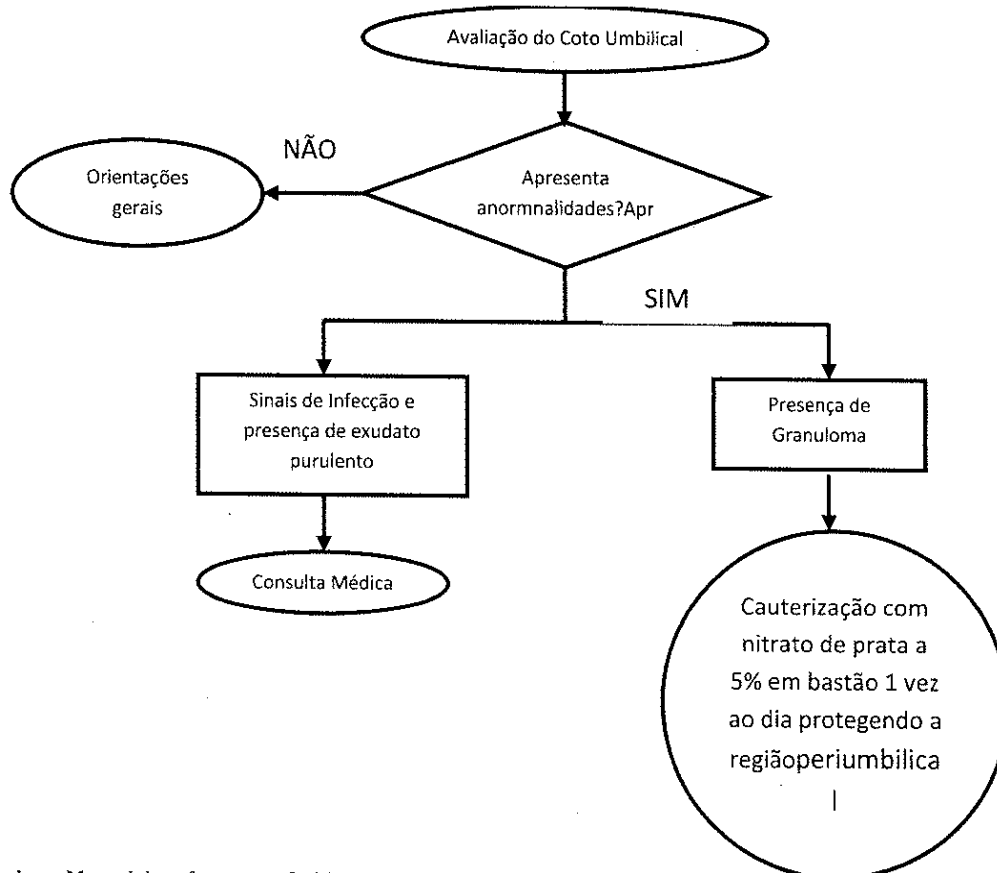
Tabela 8: Administração da TRO

DETERMINAR A QUANTIDADE DE SRO A SER ADMINISTRADA DURANTE AS PRIMEIRAS 4 HORAS:		
IDADE*	PESO	SRO (ml)
Até 4 meses	< 6 Kg	200 – 400
4 a 11 meses	6 - <10Kg	400 – 700
12 a 23 meses	10 - <12Kg	700 – 900
2 a 4 anos	12 - <19Kg	900 - 1400

Fonte: Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

COTO UMBILICAL

Fluxograma 8: Condutas frente à avaliação do Coto Umbilical



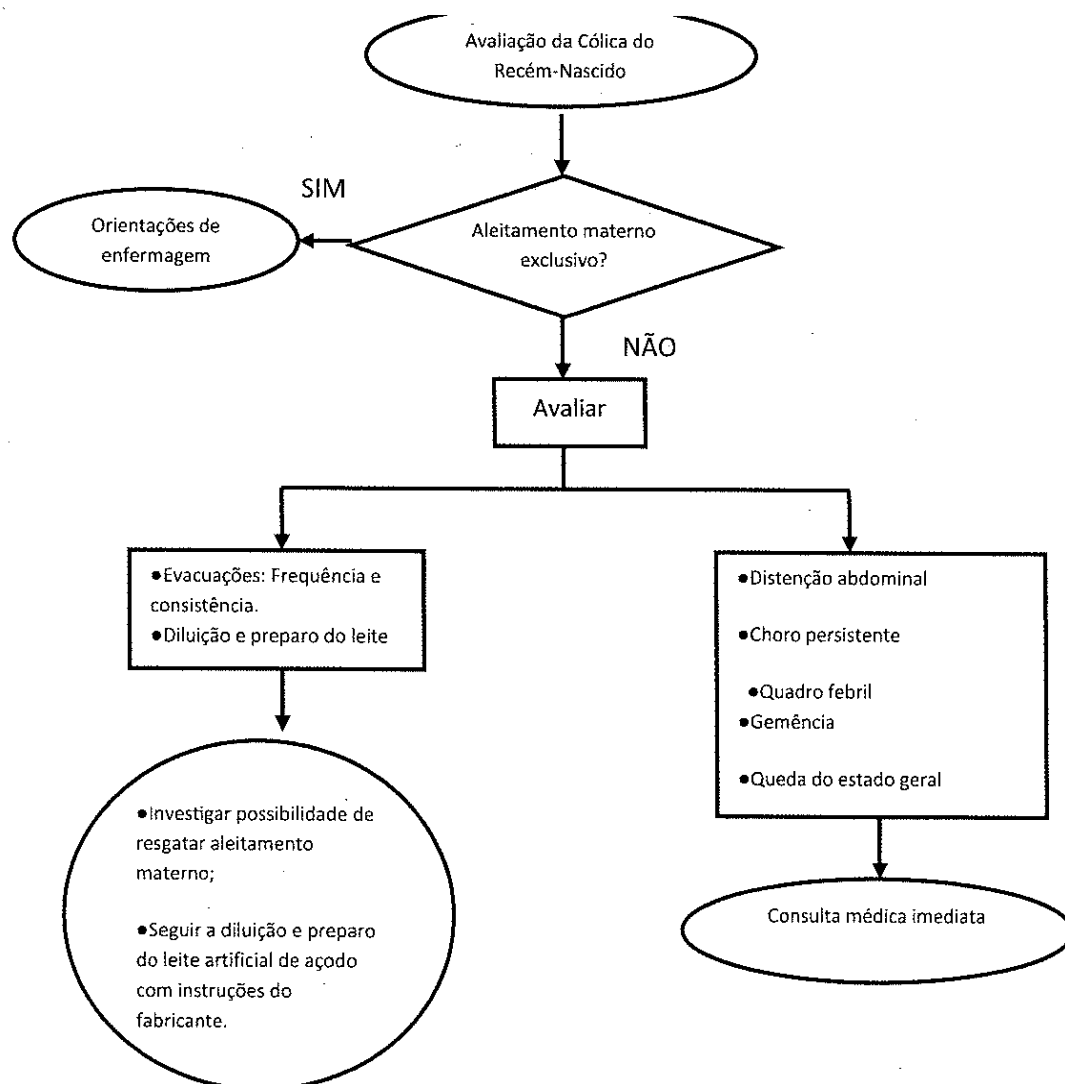
Fonte: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

Orientações - Coto Umbilical:

- Higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem. Aplicar álcool a 70% após cada troca de fralda. Mãe ou Cuidador - observar sinais de infecção.
- Salientar necessidade de não usar a fralda ou faixas sobre a região
- Reforçar a não utilização de outros produtos como: pomadas, talcos, moedas, etc.
- Cauterização com nitrato de prata.

CÓLICA DO RECÉM NASCIDO

Fluxograma 9: Condutas frente as Cólicas do R.N.



Fonte: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

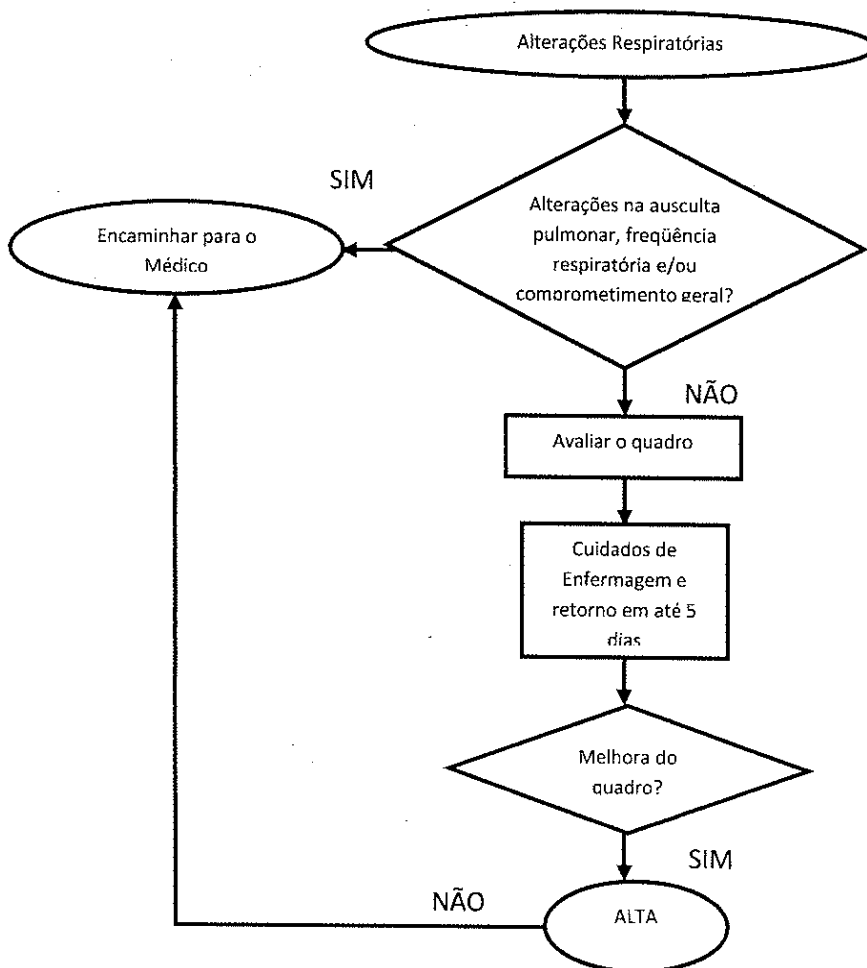


Orientações - Cólicado Recém-Nascido:

- Colocar a criança em decúbito ventral apoiada nos braços sem mamar.
- Massagear o abdome em movimentos circulares no sentido horário.
- Compressas mornas no abdome.
- Dieta hipoalergênica materna pode ajudar.
- Não utilizar medicamentos tipo anti-espasmódico ou chás.
- Tranqüilizar a mãe, incentivando o vínculo e observar a dinâmica familiar.
- Orientar dieta do lactente sem aleitamento materno.
- Encaminhar para avaliação médica.

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Fluxograma 10: Conduas frentes as Alterações Respiratórias



Fonte: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.



Orientações - Alterações Respiratórias:

- Aumento da ingestão hídrica para fluidificar as secreções.
- Deixar a criança em decúbito elevado ao dormir -> 45°.
- Vaporização em domicílio (orientar possibilidades).
Remover a umidade, mofo ou bolor da casa.
- Manter a casa ventilada e umidificada com uma bacia de água à noite e retirar pela manhã.
- Não fumar na presença da criança.
- Oferecer dieta fracionada.
- Sinais de alerta: respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios.
- Controle da temperatura corporal.
- Promover higiene nasal com SF a 0,9% antes das mamadas e refeições e antes de avaliar a FR em caso de obstrução nasal. Usar seringa de 1 ml para injetar SF nas narinas.
- Evitar ambientes aglomerados para evitar infecções cruzadas.

Tabela 9: Valores - Frequência Respiratória

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
IDADE	VALORES NORMAIS
até 2 meses	60 IRP/Min.
de 03 a 12 meses	50 IRP/Min.
> de 1 ano	40 IRP/Min.

Fonte: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

FEBRE

IMPORTANTE:

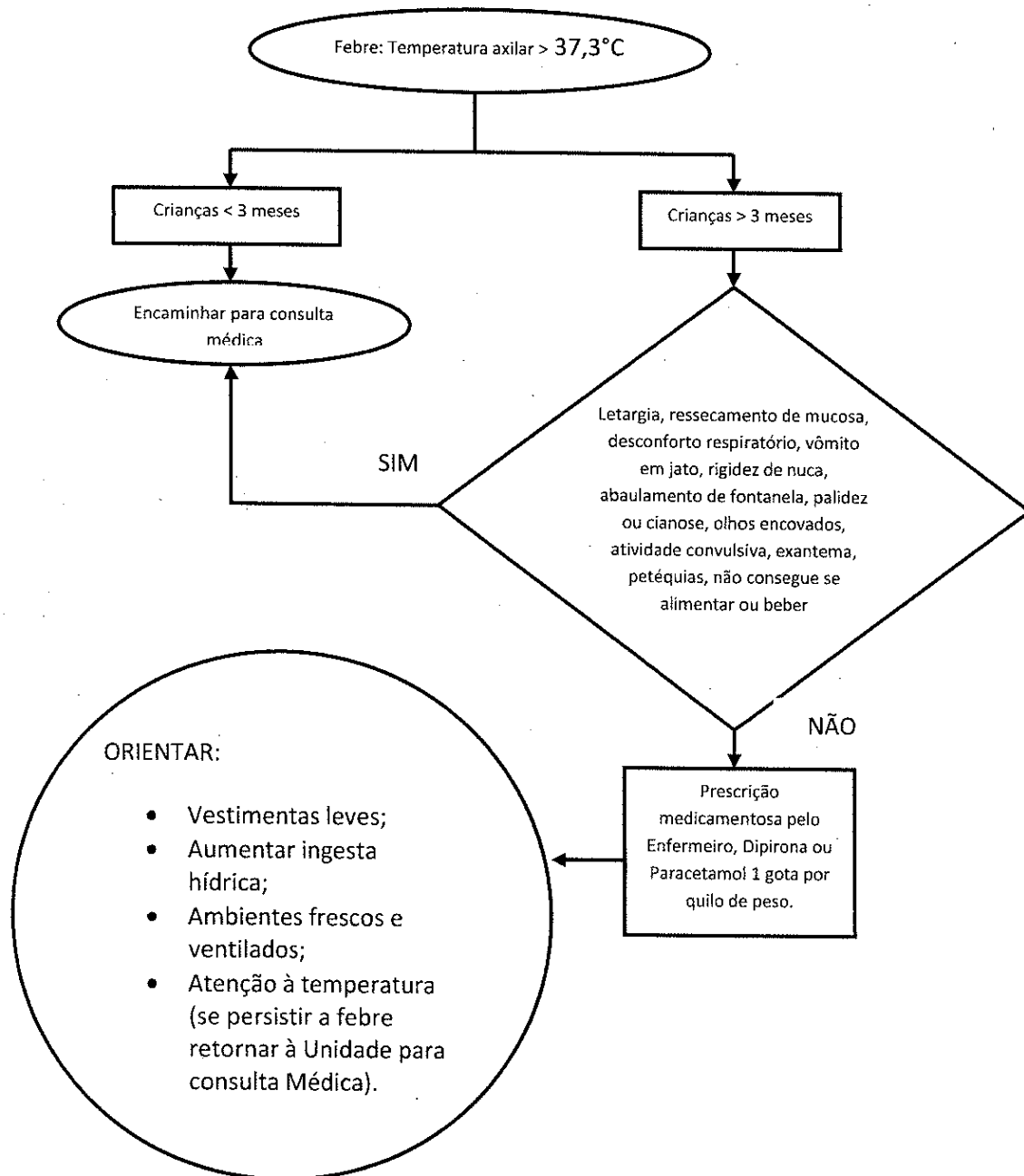
Orientar aos pais/responsáveis:

Se a criança apresentar: desconforto respiratório, manchas na pele, vômitos seguidos ou em jato, é necessária nova avaliação urgente.

Vacinação: Se apresentar febre medicar com antitérmico já orientado.



Fluxograma 11: Conduas frente aos casos de Febre



Fonte: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

ANEMIA

Condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal como resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais. A hemoglobina é o pigmento dos glóbulos vermelhos (Eritrócitos) e tem a função de transportar o oxigênio dos pulmões para os tecidos. Valores normais para crianças de seis meses a seis anos são de 11 g/dl. (Organização Mundial da Saúde, 1997).

Orientações – Anemia:

- Comparar a palma da mão da criança com a da mãe e do examinador.
- Tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal.
- Antecedentes da criança, prematuridade, baixo peso ao nascer e morbidade neonatal.
- Administrar o sulfato ferroso trinta minutos antes das refeições, associado a sucos ricos em vitamina C e escovar os dentes em seguida.
- Estimular a ingestão de alimentos variados, evitando a ingestão de refrigerantes, chá preto ou mate próximo às refeições (diminui a absorção de ferro).
- Alertar o cuidador para a mudança da coloração das fezes.
Crianças com alterações, encaminhar para consulta médica.

MONILÍASE ORAL

Infecção na mucosa oral causada pelo fungo *Candida albicans*, resultando em um tipo característico de secreção em forma de grumos brancos, aderidos à língua e à bochecha da criança.



Orientações - Monilíase Oral

- Evitar o uso de chupeta ou mamadeira.
- Esterilizar as mamadeiras e objetos de mordedura.
- Evitar beijo próximo aos lábios.
- Higiene oral com água bicabornatada: uma colher (chá) de bicarbonato de sódio em um copo de água fervida (100 ml) e fria, quatro vezes ao dia.
- Limpar as crostas com o dedo envolvido em uma fralda limpa, ou gaze umedecida nesta solução.
- Realizar durante 7 a 10 dias.
- Lavar as mãos com água e sabão (mãe e criança) antes de manipular a criança. □
Se a monilíase recidivar, investigar monilíase genital materna.
- Retorno para consulta de enfermagem após o tratamento, ou se não apresentar melhora.

Tabela 10: Prescrição medicamentosa - Monilíase Oral

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA - Monilíase oral:	
NISTATINA SUSPENSÃO ORAL 100.000UL/ML	1,0 ml de na mucosa oral 4 vezes ao dia por 7 dias, 10 minutos após a higiene com água bicabornatada, colocar metade da dose em cada lado da boca. Manter o esquema por 2 dias, no mínimo, após o desaparecimento dos sintomas.
MICONAZOL	Aplicar nas mamas 4 vezes ao dia procedendo as limpezas antes das mamadas.

FONTE: Baseado no Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente, São Paulo, 2013.

ESTOMATITE:

É uma inflamação da mucosa oral de etiologias diversas provocada por fungos, vírus, bactérias, agentes tóxicos, traumas, deficiência de vitaminas do complexo B e C e outras.

Orientações – Estomatite:

- Orientar para evitar o uso de chupeta e mamadeira.
- Orientar esterilização das mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura.
Orientar higiene oral com água bicarbonatada.(uma colher de chá de bicarbonato de sódio em 100 ml de água), crianças maiores fazer bochechos.
- Orientar escovação dos dentes com escova macia, dependendo das lesões.
- Não compartilhar objetos como garrafas de água, copos e talheres.
Investigar uso de toalhinhas (cheirinho), fraldas amarradas na chupeta.
- Evitar beijar as mãos da criança e beijo próximo aos lábios.
- Orientar alimentação saudável de consistência pastosa e líquida, evitando alimentos ácidos e quentes.
- Para crianças em aleitamento materno orientar higiene na área dos mamilos com água e sabão na hora do banho e hidratação com o próprio leite.
- Encaminhar para a consulta médica.

DORES RECORRENTES EM MEMBROS: “DORES DE CRESCIMENTO”:

São provavelmente, as causas mais freqüentes de dores em membros na infância. Ocorrem em cerca de 4 a 20% das crianças em idade escolar.

A etiopatologia das dores de crescimento permanece desconhecida, porém, deve-se levar em consideração que fatores emocionais (dificuldade escolar, pesadelos, alterações da dinâmica familiar, solidão, etc.), tendem a ser mais freqüentes nesse grupo de crianças.

São mais comuns em crianças do sexo feminino (65%) e o prognóstico costuma ser benigno, com curso auto limitado, não interferindo no crescimento e desenvolvimento.

Orientações - Dores Recorrentes em Membros: “Dores de Crescimento”:

As dores de crescimento apresentam as seguintes características:

(mais freqüentes entre os seis e treze anos de idade)

- Dores musculares de caráter difuso, intermitente, sempre não-articulares, de intensidade e freqüência variáveis.
- Ocorrerem habitualmente em membros inferiores (coxa, face anterior da tíbia, cavo poplíteo e panturrilhas), mas podem ocorrer em membros superiores.
- Geralmente é bilateral, mas pode localizar-se ora em um membro, ora em outro.
- É mais freqüente no final do dia ou à noite, pode despertar a criança do sono noturno.
- Apresenta correlação variável com exercícios físicos.
- Boa resposta ao calor com compressa quente nas articulações e massagem nas regiões musculares.
- Sem história de traumatismos e de alterações sistêmicas

Em metade dos casos, há referência de dores semelhantes em familiares.

Após a exclusão de outras possíveis causas de dor em membros, é importante discutir o diagnóstico de dor de crescimento com os familiares, enfatizar o caráter benigno da queixa e tentar identificar a presença de fatores emocionais que possam estar desencadeando ou exacerbando os sintomas.

Apesar de benigna, a dor de crescimento é responsável por considerável desconforto para as crianças e seus familiares e, por esta razão, deve ser valorizada. Apresentam cursos prolongados (acima de três meses), caracterizados pela presença de episódios agudos, de caráter recorrente, com duração, intensidade e periodicidade variáveis.

SINAIS DE ALERTA:

Dor localizada em pontos fixos.

Dor com características diferentes (câimbras, parestesia ou fraqueza).

Dor à palpação muscular e à movimentação passiva.

Dificuldade/ou alterações à marcha.

Observar práticas de atividades físicas (ausência ou excesso).

Observar o vínculo e a afetividade na dinâmica familiar (pode ser usado o genograma e oecomapa). Qualquer dor persistente encaminhar para Consulta Médica.

ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA:

A violência é um fenômeno que se desenvolve e dissemina nas relações sociais e interpessoais, implicando sempre uma relação de poder que não faz parte da natureza humana. A violência sexual é uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população de crianças, adolescentes e adultos jovens. (M.S,2002).

Há diversos tipos de violência, tais como: física, psicológica, sexual, negligência e Síndrome de Münchausen.

A síndrome de Münchausen ocorre quando um parente, quase sempre a mãe, de forma persistentemente ou intermitentemente produzem (fabrica, simula, inventa), de forma intencional, sintomas em seu filho, fazendo que este seja considerado doente, ou provocando ativamente a doença, colocando-a em risco e numa situação que requeira investigação e tratamento. A doença é considerada uma grave perturbação da personalidade do cuidador, de tratamento difícil e prognóstico reservado.

No atendimento à criança e adolescente em situação de violência, é importante fazer o levantamento da história de vida, para avaliar o grau de vulnerabilidade e risco que está sujeita, além dos fatores de proteção (aspectos que favoreçam a resiliência), como também as características individuais autoestima e competência social, apoio afetivo familiar ou da rede social, apoio social externo representado por pessoas ou instituições da comunidade.

Dessa forma o atendimento holístico é espaço fértil para garantia de direitos, tendo como princípio a prioridade atendimento integral. As ações devem potencializar a autonomia, favorecer a participação na rede, reduzir danos, mudanças nas condições que geram, mantêm ou facilitam a dinâmica na situação de violência, facilitar acesso às políticas de saúde e sociais, educação, trabalho, renda e assistência (encaminhamentos para rede de saúde e social).

Direito a convivência familiar e comunitária, proteção integral e preservação de vínculos familiares e comunitários (LEI 8069) ECA- MATRICIAMENTO NAS FAMÍLIAS COM CASOS DE VIOLÊNCIA. Se os pais sofrem de alcoolismo, a Unidade Básica faz o acolhimento e encaminha para o CAPS-AD se necessário.

Devem-se reconhecer no exame físico sinais de violência: equimoses, escoriações, hiperemia, mordeduras, incisões com arma branca e lesões em genitália. Caso seja necessário:

- Acionar o conselho tutelar.
- Realizar notificação de violência.
- Utilizar metodologias lúdicas (desenho, brinquedo e artes cênicas) para identificar situações de violência.
- Propiciar um ambiente seguro, terapêutico para expressão de seus sentimentos.
- Propiciar informações exatas e explicações em termo que possam ser entendido.

O enfermeiro deve ter uma atitude de acolhimento, não julgadora, não punitiva, ainda que o agressor esteja presente. É importante a escuta qualificada, apoiar o cuidador, vítima e família, criar vínculo de confiança. Notificar, orientando ao cuidador e família o desdobramento desta notificação.

Ao notificar o caso de violência, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade.

Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes.

A atenção e a notificação dos casos é também responsabilidade da Unidade, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento. A instituição deve estar atenta à identificação dos casos e comprometida com o acompanhamento das crianças e adolescentes.



Tabela 11: Procedimentos para a prevenção e detecção de maus tratos contra a criança

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none">✓ Lesão física sugestiva de abuso físico ou sexual.✓ Discrepância entre as lesões e a história/estágio de desenvolvimento✓ Criança expressa espontaneamente, que sofre maus-tratos.✓ Acompanhante expressa espontaneamente, que a criança é vítima de maus tratos.✓ Relato de agressão física ou psicológica ou negligência que represente uma ameaça à vida da criança.	COMPATIVEL MAUS TRATOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Tratar lesões e dor, se indicado.✓ Referir com urgência ao atendimento de alta complexidade✓ Notificação à autoridade competente.✓ Contatar a rede de proteção para crianças vitimizadas.
<ul style="list-style-type: none">✓ Qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça à vida, mas que o responsável não reconhece a agressão. ouDois ou mais itens:<ul style="list-style-type: none">✓ Comportamento alterado da criança✓ Comportamento alterado dos responsáveis.✓ Criança mal cuidada em sua higiene.✓ Criança mal cuidada em sua saúde.✓ Lesões com história de traumas/acidentes frequentes.	SUSPEITA DE MAUS TRATOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Discutir em equipe multidisciplinar, se disponível no serviço ou na rede, e contatar a rede de proteção, se for necessário.✓ Reforçar comportamentos positivos.✓ Promover medidas preventivas✓ Reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança.✓ Notificação à autoridade competente caso a suspeita esteja fundamentada.✓ Reavaliar em sete dias
<ul style="list-style-type: none">✓ Um dos itens descritos acima ou✓ Qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça à vida com justificativa cultural ou✓ Lesões físicas inespecíficas.	SITUAÇÃO DE RISCO	<ul style="list-style-type: none">✓ Reforçar comportamentos positivos.✓ Promover medidas preventivas.✓ Reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança.✓ Assegurar retorno em 30 dias.
Não apresenta nenhum dos itens anteriores.	NÃO HÁ MAUS TRATOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Elogiar a mãe.✓ Reforçar comportamento positivos de bom trato.✓ Promover medidas preventivas.✓ Recordar a próxima consulta puericultura

Fonte: Detecção e Prevenção de maus tratos na infância no marco da Atenção Integral às doenças prevalentes na infância AIDPI
Módulo Capacitação (OPAS/OMS), 2006



PREFEITURA DE
SINOP

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Detecção e Prevenção de maus tratos na infância no marco da Atenção Integral às doenças prevalentes na infância AIDPI . Módulo Capacitação (OPAS/OMS). Brasília, D.F., 2006.

BRASIL. Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente. São Paulo, S.P. 2013.

BRASIL. Manual de enfermagem, Saúde da criança e do adolescente. São Paulo, S.P. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília, D.F., 2005.

SAÚDE DO ADOLESCENTE

INTRODUÇÃO

Adolescer, um momento do processo do crescimento e desenvolvimento humano, em que observamos rápidas e substanciais mudanças biopsicossociais.

A Organização Mundial de Saúde considera o adolescer a partir da idade de 10 a 19 ano, como cidadãos os adolescentes têm direito a saúde e é dever do Estado garantir este acesso, dentro dos preceitos do SUS.

Direitos dos adolescentes:

Privacidade no momento da avaliação;

Garantia de confidencialidade e sigilo;

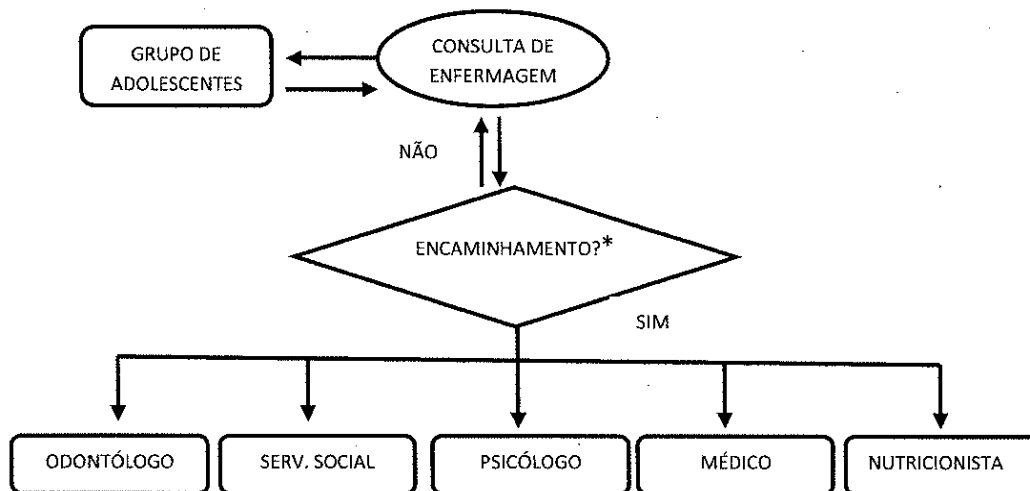
Consentir ou recusar o atendimento;

Atendimento à saúde sem autorização e desacompanhado dos pais;

A informação sobre seu estado de saúde.

Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação cliente- profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo dessa clientela aos serviços.

fluxograma 12: Atendimento de enfermagem na saúde do adolescente



Fonte: Baseado no Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás, 2003

*Todo enfermeiro que referenciar deverá solicitar uma contra referência.

O Acolhimento na consulta ao adolescente

No caso específico da consulta de adolescentes, podem existir dois momentos: um do cliente sozinho e quando necessário, com os acompanhantes. Essa dinâmica favorece a percepção da estrutura e dos vínculos familiares.

O profissional de saúde deve procurar conhecer e abordar o cliente na sua integralidade. Isso inclui a avaliação de como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, ao seu relacionamento com a família e com seus pares, à forma como utiliza as horas de lazer, a suas vivências anteriores no serviço de saúde, às expectativas quanto ao atendimento atual e a seus planos para o futuro.

A solicitação de exames pelo profissional enfermeiro no momento do acolhimento poderá ser necessária dependendo das queixas apresentadas.

Tabela 12: Exames de rotina - Saúde do Adolescente

EXAMES DE ROTINA
- Urina tipo 1- Parasitológico de Fezes
-Hemograma- BHCG (atraso menstrual)
- DST's*- Citopatológico uterino
- Perfil Lipídico - Glicemia
- ABO Rh

Fonte: Baseado no Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás, 2003

*A oferta de exames sorológicos para as DST's deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito. Situações de violência sexual, abuso e gravidez não planejada devem ser avaliados com atenção pelo profissional enfermeiro.

Atividades de Educação em Saúde:

Considerando a característica de adolescentes e jovens de procurar no grupo de companheiros a sua identidade e as respostas para suas ansiedades, pode-se concluir que o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas.

O responsável pela condução do grupo deve estar capacitado para desenvolver ações educativas. É importante criar um ambiente de compreensão e aceitação mútua, para que os participantes encontrem respostas positivas às necessidades de segurança, de reconhecimento e de aceitação. As práticas educativas devem contribuir para a formação de um sujeito crítico capaz de fazer escolhas conscientes e buscar respostas para as suas questões. Devem ser utilizadas técnicas que promovam o desenvolvimento de habilidades para a vida, tais como negociação, comunicação, resolução de conflitos e tomada de decisões.

Pontos a serem trabalhados:

1. Desenvolver junto à unidade um sistema eficiente de captação precoce da população de adolescente;
2. Registrar as interpretações das informações obtidas frente a um apropriado padrão de referência;
3. Fazer a busca de fatores explicativos de eventuais deficiências encontrados nos atendimentos;
4. Garantir a manutenção das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-los;
5. Organizar conjunto de fichas, tabelas e/ou prontuário para o referido acompanhamento;
6. Estabelecer um conteúdo padronizado para atividades relativas ao adolescente, junto a equipe multidisciplinar e educadores. Assim, toda ação educativa deve persistir em objetivos, com conhecimentos sobre as condições de saúde do adolescente;

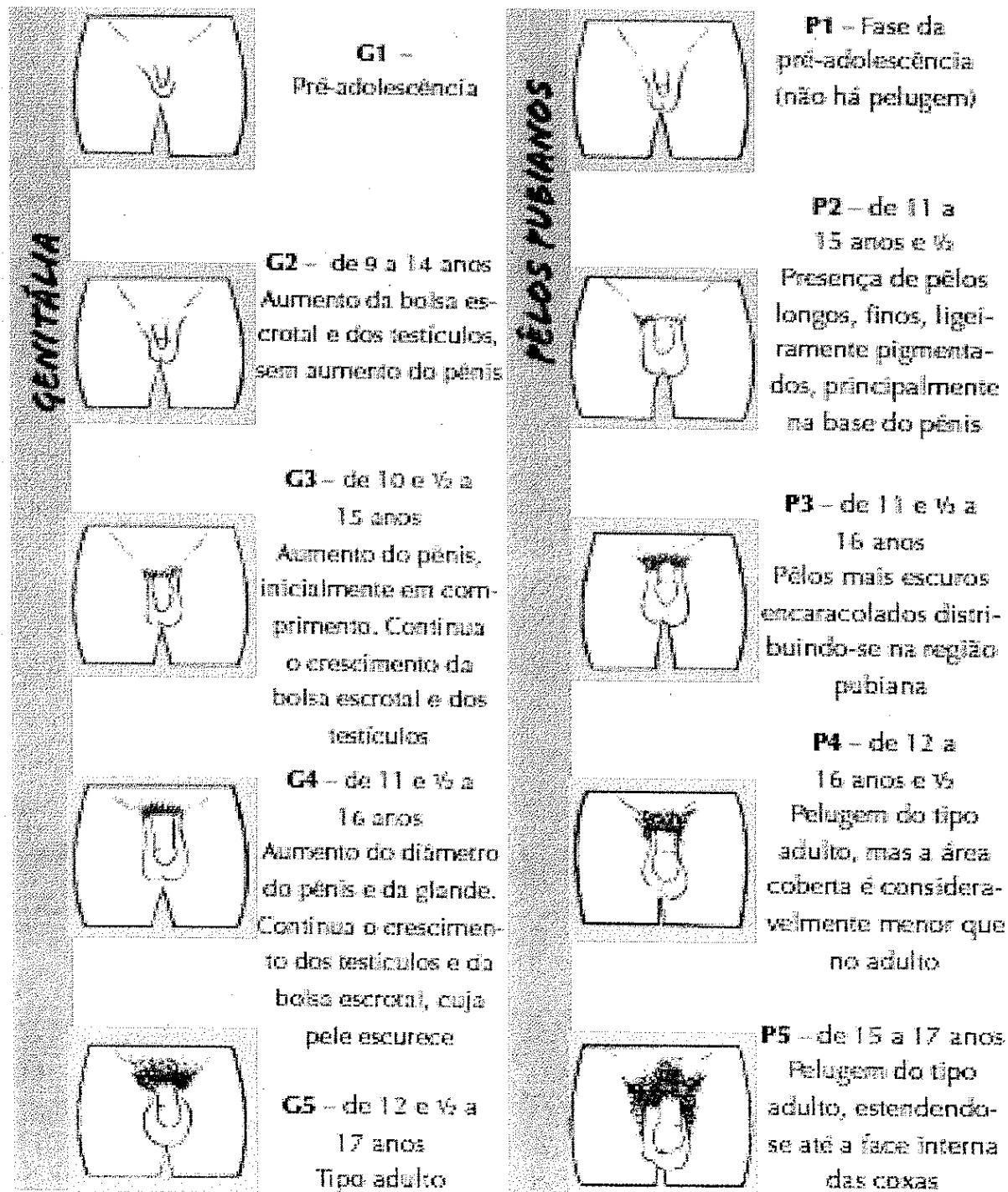
Essas atividades são:

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- Sexualidade;
- Saúde bucal;
- Saúde mental;
- Saúde reprodutiva;
- Saúde do escolar adolescente;
- Prevenção de acidentes;
- Abordagem da violência e maus tratos;
- Trabalho infantil;
- Cultura, esporte e lazer;

ANEXO

Figura 1: Desenvolvimento Puberal Masculino

DESENVOLVIMENTO PUBERAL MASCULINO



Fonte: Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, MS, 2005.

Figura 2: Desenvolvimento Puberal Feminino



Fonte: Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, MS, 2005.



BIBLIOGRAFIA

- BRASIL. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2ª edição Brasília; Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e Desenvolvimento de Juventude Brasileira**. Brasília, DF; 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. ABEN. **Adolescer compreender, atuar, acolher – Projeto Acolher** – Brasília. ABEN, 2001.
- BRASIL - Ministério da Saúde .Série A. Normas e Manuais Técnicos -**SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS** Orientações para a Organização de Serviços de Saúde, Brasília 2005, editora MS.
- GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis. **Guia para Diagnóstico, Assistência Clínica e Terapêutica ao Paciente com Dengue**. Goiânia, 2003,
- RIO DE JANEIRO. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde** / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Sub Secretaria Geral do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2012.

ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

INTRODUÇÃO

Este protocolo foi elaborado com a finalidade de facilitar a condução da assistência ginecológica à mulher e/ou família pelo enfermeiro durante consulta individual, o atendimento a grupos educativos e a visita domiciliar.

O Ministério da Saúde com a finalidade de organizar a rede assistencial normatizou as práticas de saúde através da criação de vários programas, entre eles o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983.

Este programa consiste em um conjunto de ações básicas (ações educativas, clinicoginecológica, climatério, planejamento familiar, humanização do Pré Natal, Parto e Puerpério) que propõe ao setor da saúde assumir a promoção de educação em saúde à mulher, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade.

Consulta De Enfermagem À Mulher

A consulta clínico-ginecológica de enfermagem consiste na avaliação e no acompanhamento sistemático da saúde da mulher com enfoque na promoção do planejamento familiar, na prevenção, detecção precoce e controle do câncer de colo uterino e de mama e de DSTs e na assistência ao climatério. Neste processo dados importantes como idade, número de filhos, abortos, partos, vida sexual e estilo de vida, últimos exames ginecológicos e das mamas, devem ser avaliados e levados em conta na consulta de enfermagem.

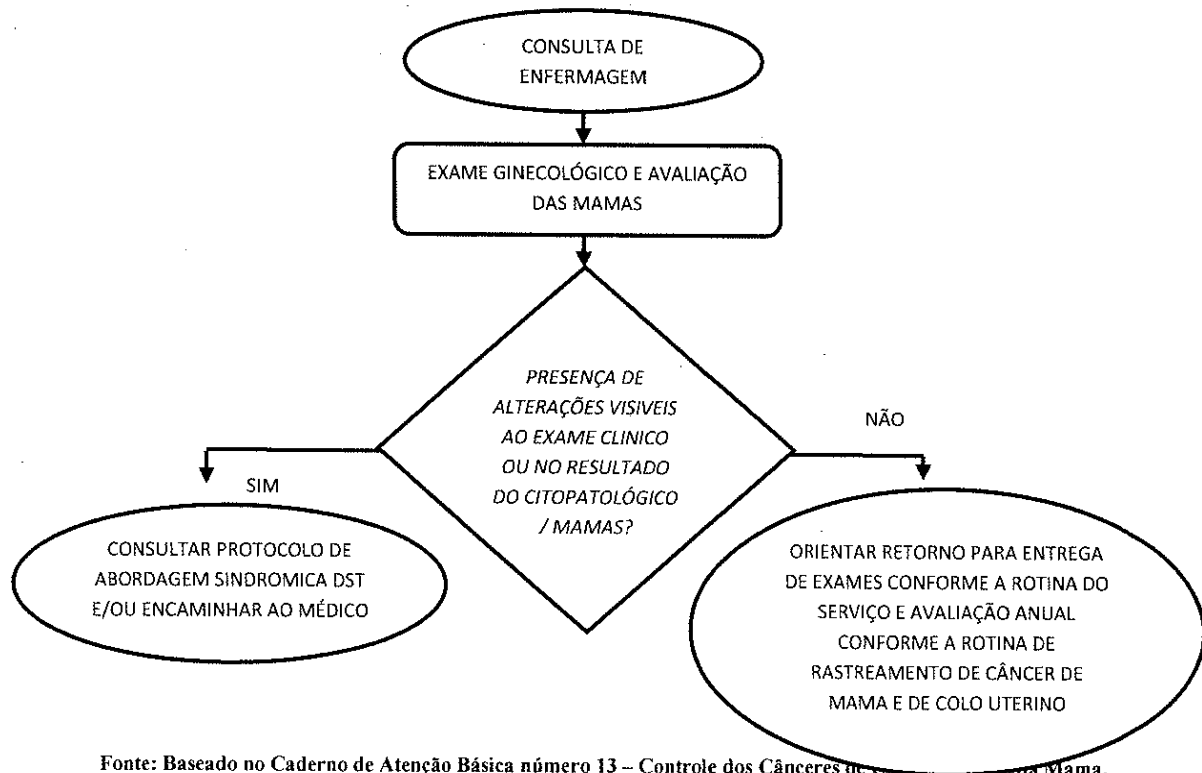


Tabela 13: Exames de rotina na Saúde da Mulher

EXAMES DE ROTINA	
- Urina tipo 1	- ABO Rh
- Parasitológico de Fezes- Hemograma	
- Glicemia- BHCG (atraso menstrual)	
- DST's- Citopatológico uterino	
- Perfil Lipídico - Glicemia	

Fonte: Baseado no Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás, 2003

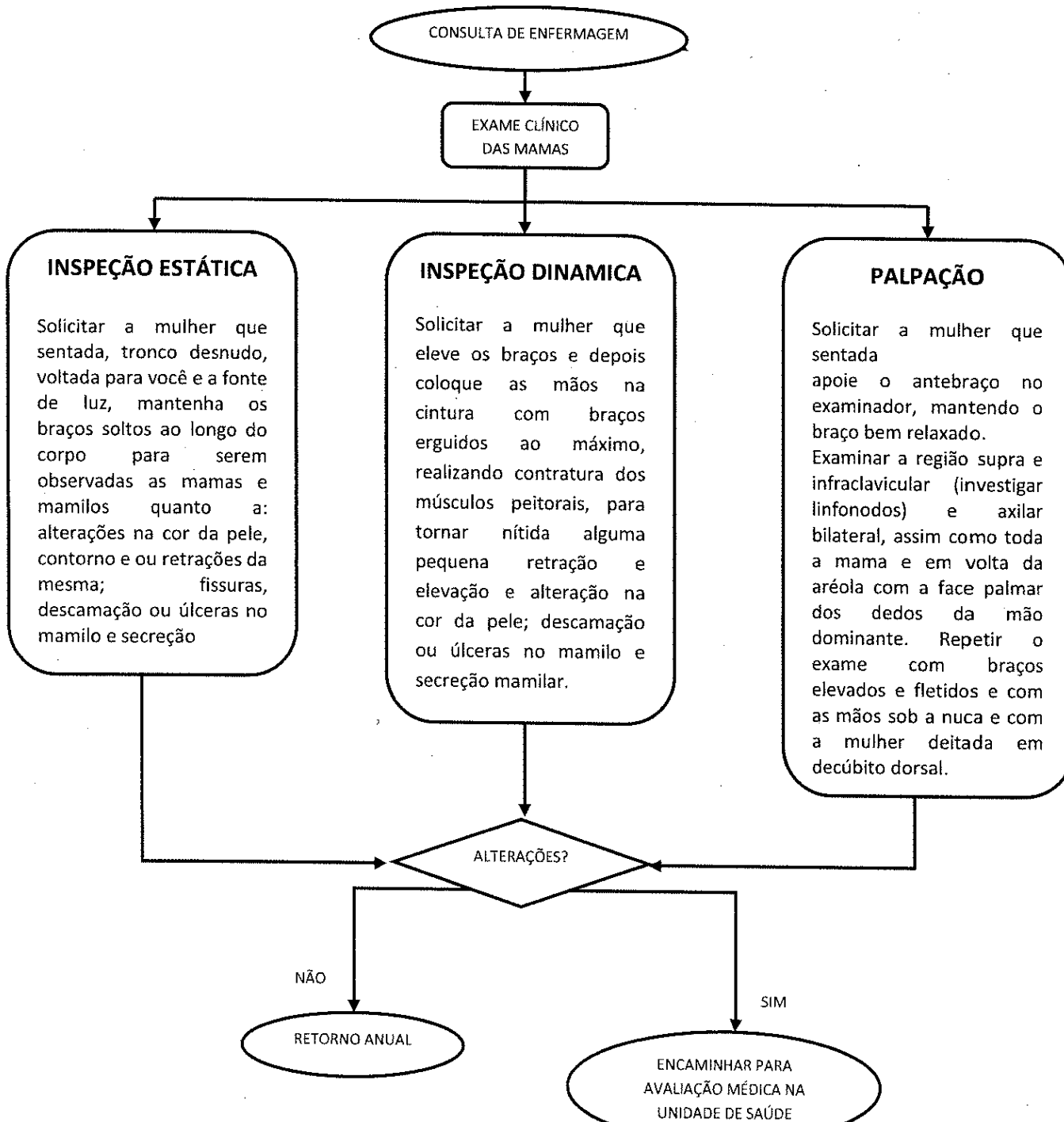
Fluxograma 13: Atendimento de Enfermagem à Saúde da Mulher



Fonte: Baseado no Caderno de Atenção Básica número 13 – Controle dos Cânceres de Cérvix e da Mama.



Fluxograma 14: Avaliação e exame clínico das Mamas



Fonte: Baseado no Caderno de Atenção Básica número 13 – Controle dos Cânceres de Colo do Útero e da Mama.

Condutas na avaliação das Mamas

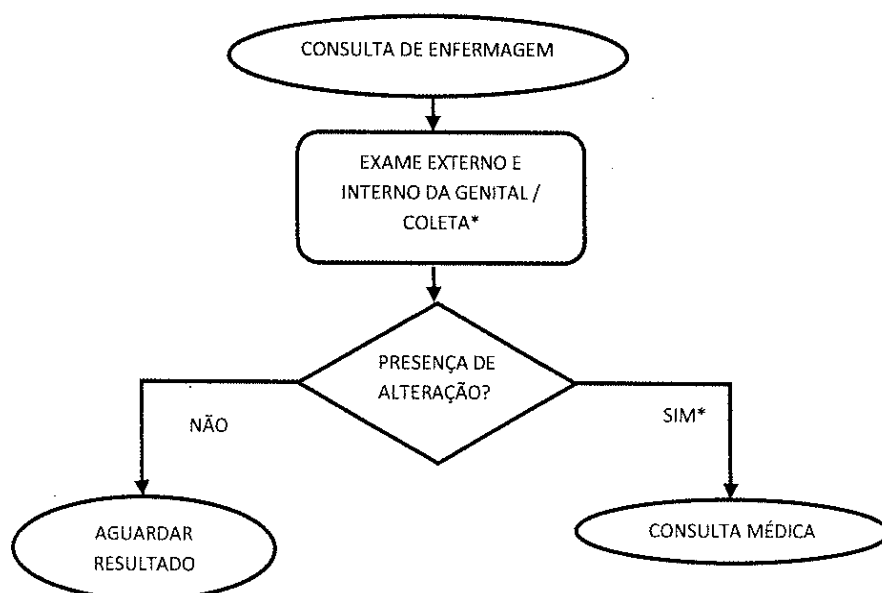
* Anotar em prontuário número, simetria, volume, forma, consistência, contorno, modificações da pele da mama e do mamilo e número, tamanho, consistência e mobilidade dos glânglios axilares e supra e infraclaviculares.

* Registrar alterações quanto a: localização (quadrante), consistência, tamanho, textura, sensibilidade.

* O ECM (Exame Clínico da Mama) é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas, independente da faixa etária, mas com finalidade de rastreamento do câncer de mama a partir de 40 anos (BRASIL, 2004 C).

* Orientar e Encaminhar ao profissional médico, pacientes a partir dos 35 anos com risco elevado de desenvolver câncer de Mama para a realização do exame clínico e mamografia.

Fluxograma 15: Avaliação do Colo Úterino



Fonte: Baseado no Caderno de Atenção Básica número 13 – Controle dos Cânceres de Colo do Útero e da Mama.

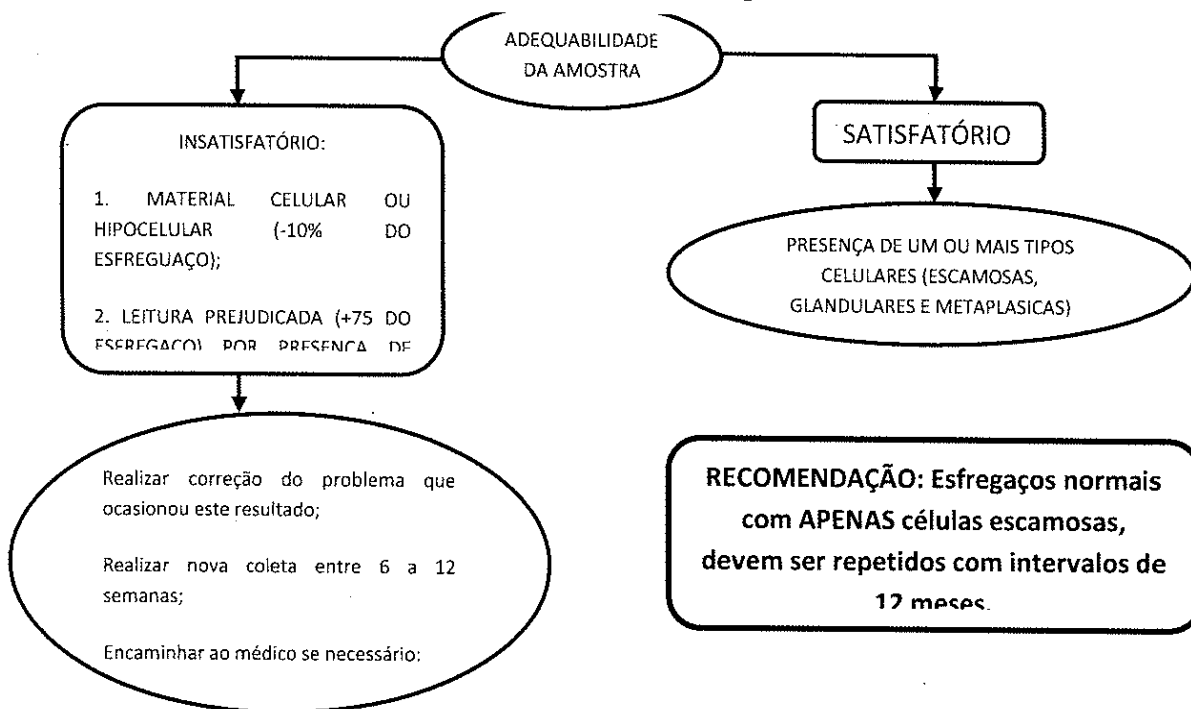


*** Alterações e Condutas:**

- Se houver sintomatologia importante ou o exame físico for conclusivo para algumas alterações específicas, tratar segundo o protocolo do Ministério de Saúde e/ou protocolo de enfermagem para DSTs. Caso contrário, aguardar o resultado.
- Observar e avaliar tamanho e forma do clitóris; presença de secreção no meato uretral e colo uterino; simetria, coloração, integridade de tecido e presença de secreções, lesões, condilomas, pólipos, ulcerações, edema, vermelhidão, tumoração nos grandes, pequenos lábios e colo uterino; protusão da parede anterior vaginal (cistocele – deslocamento da bexiga) e protusão da parede posterior vaginal (retocele - deslocamento do reto), integridade e aspecto da pele e musculatura perineal (rotura); presença de hemorróidas, fissuras, verrugas e prolapso na região anal.

EM GESTANTES CARACTERIZADAS COMO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO, REALIZAR APENAS A ECTOCERVICAL PREFERENCIALMENTE ATÉ O 7 MÊS

Fluxograma 16: Interpretações de resultados do citopatológico do colo uterino



Fonte: Baseado nas Diretrizes para o rastreamento do câncer de colo do útero, 2011



ATENÇÃO!

- A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

- A presença exclusiva de células escamosas deve ser avaliada pelo médico responsável. É muito oportuno que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº13 – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama;

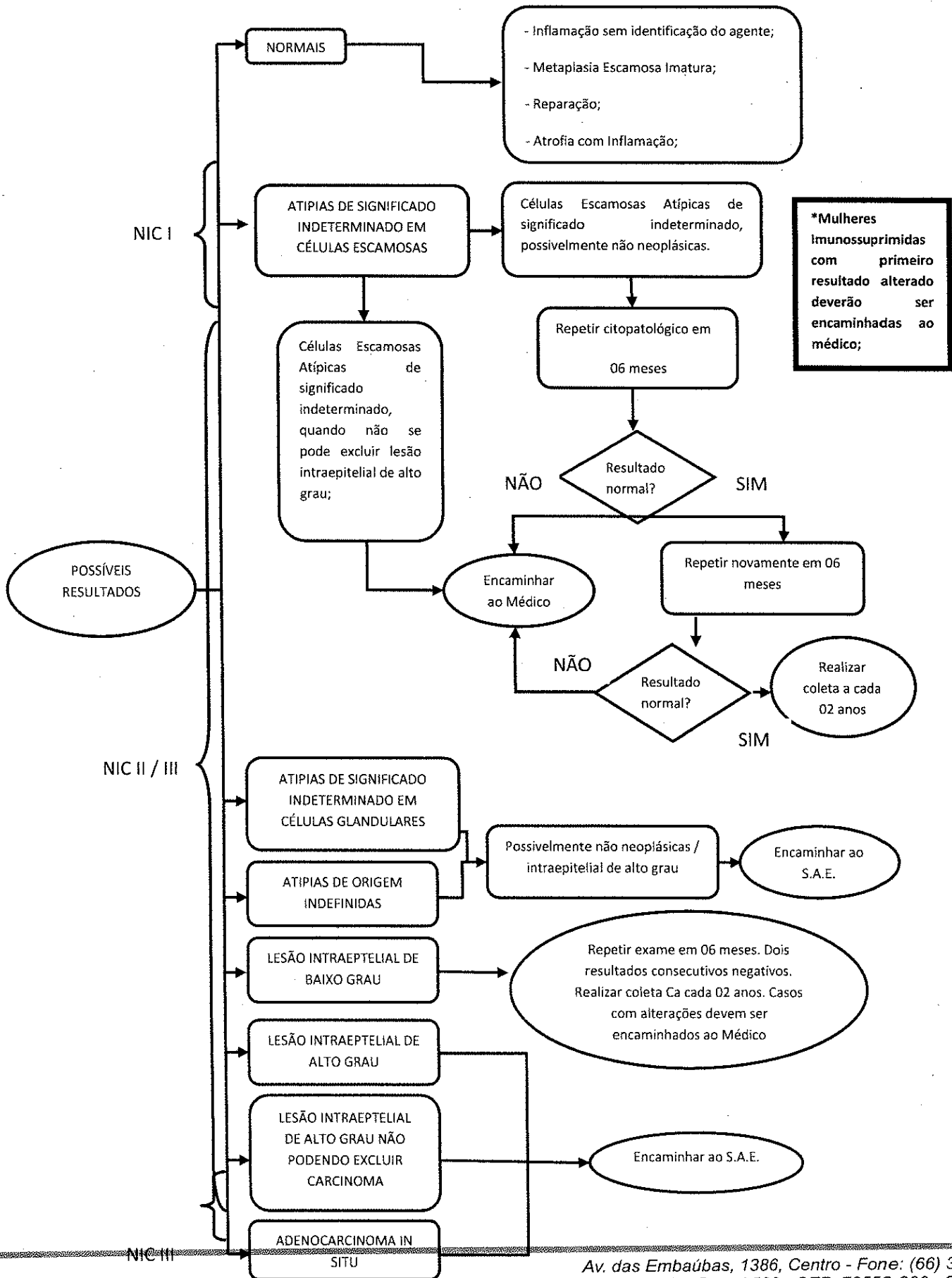
Tabela 14: Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

Classificação citológica de papanicolaou (1941)	Classificação histológica da oms (1952)	Classificação histológica de richart (1967)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
CLASSE I	-	-	-
-----	-	-	ALTERAÇÕES BENIGNAS
CLASSE II	-	-	ATIPIAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO
CLASSE III	DISPLASIA LEVE DISPLASIA MODERADA E ACENTUADA	NIC I NIC II E NIC III	LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAIXO GRAU (LSIL) LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRAU (HSIL)
CLASSE IV	CARCINOMA IN SITU	NIC III	HSIL ADENOCARCINOMA IN SITU
CLASSE V	CARCINOMA INVASOR	CARCINOMA INVASOR	CARCINOMA INVASOR

Fonte: Diretrizes para o rastreamento do câncer de colo do útero, 2011



Fluxograma 17: Interpretação do Resultado do Citopatológico



Fonte: Baseado nas Diretrizes para o rastreamento do câncer de colo do útero, 2011

Recomendações

- **O intervalo entre os exames deve ser de três anos após dois exames negativos com intervalo anual;**
- **O início da coleta deve ser realizado para mulheres que realizaram atividade sexual;**
- **Os exames devem seguir até os 64 anos e interrompidos após dois resultados negativos anuais;**
- **Para mulheres que nunca realizaram o exame, devem ser realizados pelo menos dois exames com intervalo de 01 a 03 anos e podem ser dispensadas após dois resultados negativos.**

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº13 – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama;

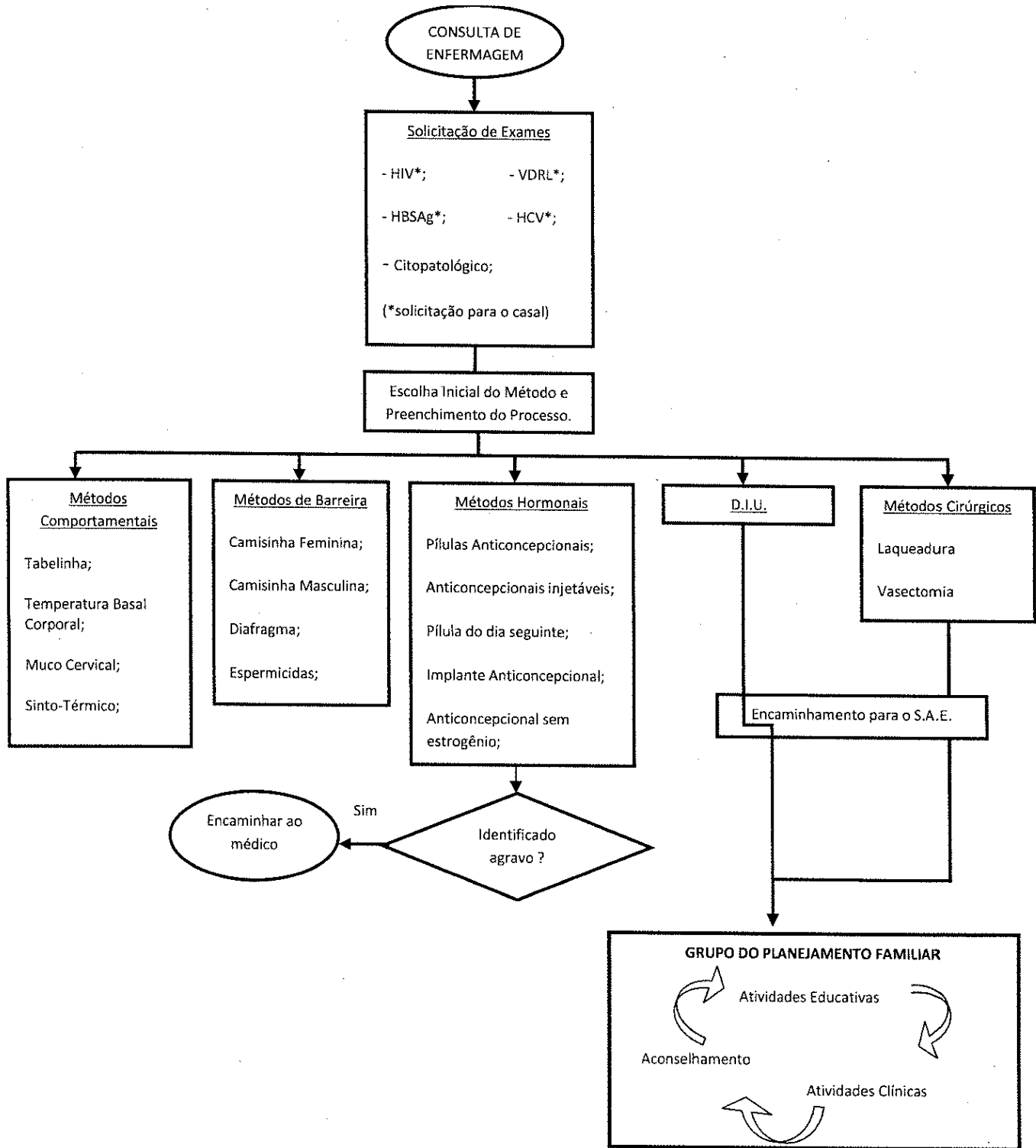
ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Constituição Federal (Lei nº 9263 de 12/01/96) entende o “Planejamento familiar como direito de todo cidadão, como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem e/ ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral”. “No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência ao planejamento familiar dever ser organizada para atender as reais necessidades da população feminina e masculina em idade fértil, através dos conhecimentos técnicocientíficos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis” (BRASIL, 2001).

O programa de planejamento familiar envolve a assistência à anticoncepção através de atividades educativas, oferecendo ao usuário conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis na rede básica de saúde pública, aconselhamento para participação ativa do casal e avaliação clínica para averiguar a adequação ao método, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.



Fluxograma 18: Assistência ao Planejamento Familiar



Fonte: Baseado no Manual Técnico – Assistência em Planejamento Familiar, 2002



IMPORTANTE

1. São de responsabilidade do enfermeiro e da equipe o completo preenchimento do processo do Planejamento Familiar, bem como as informações prestadas, orientações, aconselhamento e o recolhimento das assinaturas do casal, mulher ou homem;
2. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
 - 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;
 - Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.
 - É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.
 - É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

Fonte: Lei nº 9623/96

Escolha Do Método Anticoncepcional

- Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

- A escolha da mulher, do homem ou do casal;
- Características dos métodos;
- Fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método;

- Características Dos Métodos:

- Eficácia.
- Efeitos secundários.



- Aceitabilidade.
- Disponibilidade.
- Facilidade de uso.
- Reversibilidade.
- Proteção à Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV.

- Eficácia

Todos os métodos anticoncepcionais apresentam uma taxa de falha que é calculada como número de gestações não desejadas entre os usuários de um determinado método anticoncepcional os primeiros 12 meses de uso.

- Efeitos Secundários

Todos os métodos anticoncepcionais apresentam uma taxa de falha que é calculada com o número de gestações não desejadas entre os usuários de um determinado método anticoncepcional nos primeiros 12 meses de uso.

- Disponibilidade

O acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é condição fundamental para que a escolha do método se realize livremente, sem restrições.

- Facilidade do Uso

De nada adiantará a indicação de um método que tenha todas as qualidades anteriormente descritas se sua utilização for difícil, complexa ou não assimilada por grande parte da população. No entanto, é igualmente verdade que a maior parte das dificuldades relacionadas ao uso do método podem ser resolvidas com o adequado suporte do profissional de saúde.

- Fatores individuais relacionados aos usuários do método

- Condições econômicas.
- Estado de saúde.

- Características da personalidade da mulher e/ou do homem.
- Fase da vida.
- Padrão de comportamento sexual.
- Aspirações reprodutivas.
- Fatores outros, como medo, dúvidas e vergonha;

Tabela 15: Orientações para a prescrição de Anticoncepcionais

Método Contraceptivo	Considerações na 1ª Consultae/ou subsequentes
Tabelinha	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o período menstrual durante 6 a 12 ciclos; • Evitar o ato sexual nos períodos férteis; • Reavaliar o método a cada 06 meses e a aceitação pelo casal; • Incentivar o uso do preservativo e sua importância na prevenção das DST's;
Preservativo Masculino / Feminino	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre o uso correto, sua importância e disponibilidade no S.U.S.;
Diafragma	<ul style="list-style-type: none"> • O uso prolongado do espermicida aumenta o risco de infecção pelas DST's; • Agendar retorno dentro de 01 semana, orientando a mulher para que venha com o diafragma colocado; • Retorno subsequente em 30 dias e demais retornos anuais; • Mudanças corporais, partos, e alterações com o material do diafragma devem ser levadas em consideração para possível substituição; • O tamanho do diafragma deverá ser avaliado (dentro da técnica) na primeira consulta;
Geléia espermicida	<ul style="list-style-type: none"> • O uso prolongado do espermicida aumenta o risco de infecção pelas DST's; • Lembrar o casal que a geléia após a aplicação tem ação efetiva de até 02 horas; • O primeiro retorno deverá ser agendado após 01 mês; demais retornos anuais; • Investigar e acompanhar atentamente histórico e surgimento de D.I.P. e Cervicite;
Anticoncepcional Oral (Levonorgestrel +	<ul style="list-style-type: none"> • O comprimido deverá ser tomado de preferência sempre no mesmo horário;



Etinilestradiol)	<ul style="list-style-type: none">• No início da utilização do método, o primeiro comprimido deverá ser administrado sempre no primeiro dia da menstruação;• Recomenda-se a utilização de barreira mecânica (preservativo) nos 03 primeiros meses de uso;• Se a paciente esquecer de tomar um comprimido, mas o atraso for menor que 12 horas, deve-se ingeri-lo tão logo se lembre. Os comprimidos seguintes devem ser tomados no horário habitual.• Se a paciente esquecer de tomar um comprimido e o atraso for maior que 12 horas ou se tiverem sido esquecidos mais de um comprimido, a proteção contraceptiva pode ser menor. O último comprimido esquecido deve ser tomado tão logo se lembre, mesmo que isso signifique tomar 2 comprimidos num único dia. Os comprimidos seguintes devem ser ingeridos no horário habitual. Adicionalmente, um método contraceptivo não hormonal deve ser usado nos próximos 7 dias. Se esses 7 dias ultrapassarem o último comprimido na embalagem em uso, a próxima embalagem deve ser iniciada tão logo a anterior tenha acabado; não deve haver intervalo entre as embalagens. Isto previne um intervalo prolongado entre os comprimidos ingeridos que pode aumentar o risco de ocorrer ovulação• O intervalo entre o término de uma cartela e início da outra deverá ser de 07 dias, independente do surgimento do fluxo menstrual;
Anticoncepcional Oral (Noretisterona)	<ul style="list-style-type: none">• Tomar 1 comprimido ao dia, por via oral, sempre na mesma hora, ininterruptamente, iniciando o tratamento a partir do primeiro dia da menstruação. A medicação não deve ser interrompida durante o fluxo menstrual.• O primeiro ciclo de terapia deve ter início no primeiro dia do período menstrual.• Se ocorrer esquecimento de tomar o comprimido por mais de três horas além do horário habitual:<ol style="list-style-type: none">1. Tomar o comprimido assim que tenha se lembrado.2. Voltar a tomar o próximo comprimido no horário habitual, mesmo que isto signifique tomar 2 comprimidos em 1 dia.3. Utilizar um método anticoncepcional não hormonal adicional de segurança (preservativo, por exemplo) a cada vez que tiver relações sexuais nas 48 horas seguintes.4. Caso o esquecimento seja de dois ou mais comprimidos sequenciais, utilizar um método anticoncepcional não hormonal adicional de segurança



	<p>(preservativo, por exemplo) a cada vez que tiver relações sexuais e procurar o serviço médico para orientação.</p> <p><u>Uso após o Parto</u></p> <ul style="list-style-type: none">• As mulheres que não forem amamentar podem iniciar a terapia com contraceptivo oral à base de progestagênio puro imediatamente após o parto.• Aquelas que estão amamentando devem iniciarna 6º semanas após o parto. Entretanto, em mulheres que não estão amamentando exclusivamente com leite materno (mulheres que estão complementando com alguma fórmula ou alimento) a fertilidade pode retornar após 4 semanas do parto, sendo que a possibilidade de gravidez deve ser considerada quando for iniciado depois de 4 semanas pós parto. <p><u>Reações Adversas</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Náuseas e(ou) vômitos, que são usualmente as reações adversas mais comuns. Distúrbios gastrintestinais, como empachamento e cólicas abdominais; alterações no fluxo menstrual; dismenorréia; cloasma ou melasma, que podem ser persistentes; alterações mamárias, incluindo sensibilidade, aumento ou secreção; alteração de peso; erupção cutânea (alérgica); candidíase vaginal; alterações de curvatura de córnea; intolerância a lentes de contato.
Anticoncepcional Injetável (enantato de noretisterona + valerato de estradiol)	<ul style="list-style-type: none">• A aplicação deverá ser realizada no primeiro dia do ciclo menstrual, seguindo a via de administração;• Doses subseqüentes deverão respeitar intervalo de 30 dias, independentemente do fluxo e ciclo menstrual;
Anticoncepcional injetável (Acetato de Medroxiprogesterona)	<ul style="list-style-type: none">• Antes de cada aplicação, a solicitação de um BHCG deverá ser solicitado; <p>ESTA MEDICAÇÃO É TERATOGENICA.</p> <ul style="list-style-type: none">• As aplicações deverão respeitar intervalos entre 12 a 13 semanas;• A primeira aplicação deverá ser realizada no primeiro dia do ciclo menstrual;
Anticoncepcional Oral de Emergência (Levonorgestrel)	<ul style="list-style-type: none">• Deverá ser utilizado dentro de 72 horas, sendo que o segundo comprimido deverá ser administrado após 12 horas do primeiro comprimido;• O tratamento não deve ser tardio já que a eficácia pode declinar se o mesmo for iniciado após as primeiras 48 horas;• Se a medicação for usada em mais de uma ocasião, o índice de falha acumulativo será mais elevado;• Se ocorrer vômito dentro de 02 horas da dose, repetir a dose;
D.I.U.	<ul style="list-style-type: none">• A inserção do D.I.U. pelo profissional só será possível mediante a



capacitação e certificação do mesmo.

- No casos de Pós Aborto e Pós Parto, a mulher deverá ser encaminhada ao médico;
- A mulher deve ser orientada a procurar o serviço de saúde nas seguintes situações: ausência de menstruação; exposição a doença sexualmente transmissível; dor intensa no baixo ventre; sangramento volumoso; prazo de validade do DIU vencido e/ou se percebe um objeto de consistência dura na vagina ou no colo uterino.
- A mulher deve ser orientada a verificar se o DIU está no lugar: Uma vez por semana, durante o primeiro mês após a inserção. Periodicamente, após a menstruação. O DIU apresenta uma tendência maior a se deslocar durante a menstruação.
- A primeira consulta de retorno deverá ser após a primeira menstruação; consultas subseqüentes a cada 06 meses no primeiro ano. Demais consultas anuais;
- O prazo de validade deverá respeitar o descrito na bula;
- A sua inserção esta recomendada para mulheres acima de 20 anos;

Inserção:

- Mulher menstruando regularmente.
- O DIU pode ser inserido a qualquer momento durante o ciclo menstrual, desde que haja certeza de que a mulher não esteja grávida, que ela não tenha mal formação uterina e não existam sinais de infecção.
- O DIU deve ser inserido, preferencialmente, durante a menstruação devido à: Se o sangramento é menstrual, a possibilidade de gravidez fica descartada. – A inserção é mais fácil pela dilatação do canal cervical.
- Qualquer sangramento causado pela inserção não incomodará tanto a mulher.
- A inserção pode causar menos dor.

OBSERVACÕES

É necessário prática e treinamento adequados, sob supervisão direta, para aprender como inserir o DIU.

A mulher deve ser avaliada clinicamente antes da inserção do DIU.

Atenção especial no exame ginecológico de forma a afastar infecções vaginais, cervicais e pélvicas. Se houver infecção, tratar e agendar o retorno, para inserção, no próximo período menstrual. Para o diagnóstico e tratamento o profissional de



saúde deve se orientar pelo Manual de DST do Ministério da Saúde, 3ª edição, 1999, e utilizar os procedimentos preconizados na Abordagem Síndrômica das DST (capítulos “Corrimentos Vaginais e Dor Pélvica”). Cabe, aqui, a lembrança de que o maior número de casos de infecções associadas ao uso de DIU ocorre poucotempo após a inserção, por conta de infecções pré-existentes não diagnosticadas.

O provedor deve observar as medidas para prevenção de infecção. Todo DIU deverá estar esterilizado e embalado individualmente.

Não é necessário realizar ultra-sonografia, após a inserção, como rotina;

Não se deve recusar ou adiar desnecessariamente a remoção de um DIU quando

A mulher a solicita, seja qual for a razão do pedido.

Remoção

- O mesmo deverá ser retirado por indicação médica e / ou a pedido da própria paciente;

Fonte: Bulário Eletrônico, 2015. / Baseado no Manual Técnico – Assistência em Planejamento Familiar, 2002

Para os usuários inseridos no “Programa de Planejamento Familiar” a prescrição terá validade de 12 meses, sendo o medicamento dispensado mensalmente, desde que a primeira retirada aconteça dentro de 30 dias de sua emissão.

Fonte: Decreto Municipal nº274 de 08 de Dezembro de 2014

Contra Indicações ao Uso de Anticoncepcionais Orais / Injetáveis

- Presença ou história de processos trombóticos/tromboembólicos arteriais ou venosos, como por exemplo: trombose venosa profunda, embolia pulmonar, infarto do miocárdio; ou de um acidente vascular cerebral;
- Presença ou história de sintomas e/ou sinais prodrômicos de trombose (por exemplo: episódio isquêmico transitório, angina pectoris);
- Um alto risco para trombose venosa ou arterial (veja item “Advertências e Precauções”);
- História de enxaqueca com sintomas neurológicos focais;
- Diabetes mellitus com alterações vasculares;
- Hipertensão não controlada;



- Doença hepática grave, enquanto os valores da função hepática não retornarem ao normal;
- Presença ou história de tumores hepáticos (benignos ou malignos);
- Diagnóstico ou suspeita de neoplasias dependentes de esteroides sexuais (por exemplo, dos órgãos genitais ou das mamas);
- Sangramento vaginal não diagnosticado;
- Diagnóstico ou suspeita de gravidez;
- Fatores de risco para doença arterial, por exemplo, fumo, alteração do colesterol e suas frações, pressão alta ou obesidade;
- Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos componentes.
- Se qualquer uma das condições citadas anteriormente ocorrer pela primeira vez durante o uso de sua utilização deve ser descontinuada.
- Fumo;
- Idade (desaconselhável em pessoas acima de 35 anos);
- Histórico de AVC;
- Anemia falsiforme;
- Sinais de DST's;
- Depressão: mulheres utilizando contraceptivos orais combinados com história de depressão devem ser observadas criteriosamente e o medicamento deve ser suspenso se a depressão reaparecer em grau sério. As pacientes que ficarem significativamente deprimidas durante o tratamento com contraceptivos orais combinados devem interromper o uso do medicamento e utilizar um método contraceptivo alternativo, na tentativa de determinar se o sintoma está relacionado ao medicamento.
- O seu uso deve ser **interrompido imediatamente quando ocorrerem**: Instalação de enxaqueca ou agravamento das cefaléias já preexistentes; distúrbios agudos da visão, audição ou outras disfunções perceptivas; primeiros sintomas de tromboflebite ou tromboembolismo; desenvolvimento de icterícia (colestase), hepatite ou prurido generalizado; aumento de frequência de ataques epiléticos; elevação significativa da pressão arterial; gravidez.
- O uso concomitante de outras medicações deverá ser avaliado pelo profissional, a fim de descartar possíveis interações medicamentosas.



Reações Adversas Comuns

- Náuseas e (ou) vômitos, que são usualmente as reações adversas mais comuns. Distúrbios gastrintestinais, como empachamento e cólicas abdominais; alterações no fluxo menstrual; dismenorréia; cloasma ou melasma, que podem ser persistentes; alterações mamárias, incluindo sensibilidade, aumento ou secreção; alteração de peso; erupção cutânea (alérgica); candidíase vaginal; alterações de curvatura de córnea; intolerância a lentes de contato.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL NA 1º CONSULTA

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contra-indiquem uso do método;
- Fazer exame físico geral, exame de mamas e exame ginecológico, com especial atenção às condições que contra-indiquem o uso do método.
- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método (pílula combinada ou minipílula) de acordo com os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
- A primeira opção deve recair sempre para a pílula combinada de baixa dose (0,03 mg de etinilestradiol), face sua melhor tolerabilidade, alta eficácia e baixo custo.
- As pílulas de doses maiores podem ser utilizadas como medida de exceção em mulheres com perdas sangüíneas intermenstruais persistentes ou situações de interação medicamentosa.
- Esclarecer à mulher que é freqüente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses de uso da pílula combinada de baixa dose.



- Nessa situação, a mulher deve ser orientada a continuar o uso da pílula. Durante o período de uso da pílula, se o sangramento persistir por mais de 10 dias, a mulher deve procurar o serviço de saúde.
- Permanecendo o sangramento intermenstrual após 3 meses, em mulheres que usam a pílula corretamente, impõe-se a realização de exame ginecológico minucioso, para afastar outras etiologias.
- Recomendar à mulher que informe o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado.
- Orientar que é absolutamente necessária a procura de assistência médica imediata no serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos:
 - Aparecimento ou agravamento de cefaléia com sinais neurológicos.
 - Hemorragias.
 - Dor abdominal de causa indeterminada.
 - Alteração visual de aparecimento súbito.
 - Dor torácica ou de membros inferiores de aparecimento súbito.
 - Prescrever as pílulas para três meses de uso.
 - Agendar retorno dentro de 30 dias.
 - Reforçar o aconselhamento. A usuária do método deve ser orientada para uso de preservativo masculino ou feminino de forma a reduzir o risco de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção).

CONSULTAS DE RETORNO

- Devem ser feitas sempre pelo médico, desde que necessite de prescrição e de investigação de intercorrências clínicas e/ou do desenvolvimento de condições que possam constituir contra-indicações à continuidade de uso do método.
- Primeiro retorno – 30 dias; demais retornos anuais;



ATENÇÃO!

Orientações Gerais a todos os métodos empregados.

- Orientar sobre o uso correto do método, sua importância e disponibilidade no S.U.S.;
- Orientar o casal sobre as possíveis falhas do método;
- O seu uso deverá seguir as orientações fornecidas pelo fabricante;
- Recomenda-se o uso de preservativo na prevenção das DST's e durante a mudança e/ou início de um novo método;
- Avaliações periódicas devem ser necessárias;
- Nos anticoncepcionais orais e injetáveis o uso concomitante com antibióticos diminui significativamente a ação do método;
- A ausência de fluxo menstrual deverá ser investigada por meio de exames específicos, com o objetivo de se descartar gravidez;
- A Solicitação de BHCG antes de cada aplicação do anticoncepcional é fundamental;

ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO

O climatério compreende um período da vida biológica feminina que marca a transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo no qual ocorrem transformações endócrinas. A fase inicial ou precoce do climatério não tem limites bem definidos, admitindo-se, no entanto, iniciar-se aos 35 anos. A média de idade para climatério é de 50 anos (49 a 51 anos) e para a menopausa (última menstruação) precoce (<45 anos) e tardia (>55 anos). O climatério é caracterizado pelo hipoestrogenismo que causa alterações ósseas predispondo as fraturas e osteoporose (diminuição da densidade óssea), alterações oculares, psiquiátricas, dermatológicas e cardiovasculares (risco para infarto agudo do miocárdio) (BRASIL, 2001).

Sintomas do período pré e perimenopausa:

Os sintomas são fogachos (do tronco p/ cima; pode ou não ser acompanhado por cefaléia ou hipertensão), alteração do ciclo menstrual (polimenorragia – aumento da duração



e/ou quantidade e frequência do fluxo menstrual) ou proiomenorréia (redução do intervalo entre as menstruações), irritabilidade e labilidade emocional.

Diagnóstico:

a) clínico: sinais e sintomas e exame físico

Considera-se menopausa (6 meses a 2 anos - média = 1ano após o ultimo ciclo).

b) prova terapêutica com progesterogênio(Conforme prescrição médica)

Observar se há ou não sangramento.

c) sangramento aumentado:

O ovário ainda responde ao hiperestímuloendometrial com necrose vascular e descamação, que resulta em sangramento, porem sem ovulação. Neste caso considera-se climatério.

d) sangramento diminuído:

Cliente menopausada com ovário em falência, associado a atrofia de endométrio. Neste caso, pode-se iniciar tratamento.

Orientações de Rotina:

Observar se a paciente já realizou exames complementares, tais como:

- USG pélvico/ endovaginal: cavidade uterina, endométrio (na menopausadaaproximadamente5mm). (solicitação médica)

- Mamografia: a partir dos 40 anos de 2 em 2 anos; a partir dos 50 anos de 1 em 1 ano; a primeira mamografia a partir de 35 anos e anualmente em casos de câncer de mama na família. Orientar a mulher para guardar toda mamografia realizada para ser comparada os achado com a próxima a ser realizada.(solicitação médica)

- Papanicolau (colpocitológico): anual e com cytobrush, pois em menopausadas muitas vezes ocorre alteração do colo uterino com JEC (junção escamocolunar) endocervical.

- Densitometria óssea: indicada pelo risco aumentado de osteoporose (0.5 a 1% anual) após a menopausa.(solicitação médica)

Tabela 16: Exames de Rotina no Climatério

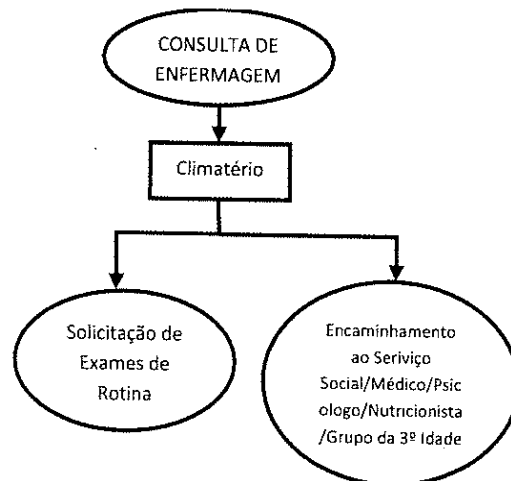
EXAMES DE ROTINA	
- Urina tipo 1	- Parasitológico de Fezes
- Hemograma	- DST's
- Citopatológico- Lipidograma	
- Glicemia	- TSH
- T3	- T4
- FSH	- FH
- Progesterona	- Sangue oculto nas fezes
- Urocultura	- TTG

Fonte: Manual de Atenção a Mulher no Climatério / Menopausa 2008

Anticoncepção:

Observa-se neste período uma diminuição da fertilidade, caracterizada por ciclos anovulatórios e diminuição da frequência das relações sexuais. Por isso os métodos anticoncepcionais são mais eficazes nesta faixa etária. A anticoncepção na perimenopausa tem grande importância, pois uma gravidez pode aumentar o risco de mortalidade materna e de anomalias fetais. De outro lado existe a preocupação com eventuais riscos que os métodos anticoncepcionais possam acarretar ao organismo feminino neste período de vida. Na presença de sintomas de hipostrogenismo e/ou principalmente níveis plasmáticos elevados de FSH, associados a amenorréia de pelo menos 12 meses, deve-se interromper a anticoncepção.

Fluxograma 19: Atendimento ao Climatério



Fonte: Baseado no Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás, 2003



Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **2004: Ano da Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Viva Mulher**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de mama**. Documento consenso. Abril de 2004c [online].

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica número 13. **Controle dos Cânceres de Colo do Útero e da Mama**. Brasília, DF. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006 [online].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa**. 1ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Bulário Eletrônico**. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Técnico – Assistência em Planejamento Familiar**. 4º ed. Brasília, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher/ **Assistência ao Planejamento Familiar** – 4ª ed. Brasília, 2001. 138p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2815, 29 de maio de 1998. **Diário oficial**, 2jun., 1998a. Seção 1. p.47-48.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem/Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Legislação**. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de informação, educação e comunicação**. Brasília: Projeto Nordeste/Ministério da Saúde, 1996.

BERNE, Robert M.; LEVY, Matthew N. **Fisiologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1034p.



BIGUELINI, CRISTINA POLL et al. **Como Elaborar um Protocolo para Enfermeiros em Saúde Pública: O Relato de uma Experiência**. 2ª ed. Francisco Beltrão - PR. Calgan – Editora Gráfica Ltda, 2002; 371p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Operacional. **Protocolo de Assistência ao Planejamento Familiar**. Betim (MG), 2000. 29 p (mimiografado)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Technical Report Series.N.854, 1995. In: BARROS A.L.B.L. *et al.* **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artemed, 2002

Decreto Municipal. **Lei nº274 de 08 de Dezembro de 2014**. Sinop. p.04., 2014.



SAÚDE DO HOMEM

INTRODUÇÃO

Os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morrem mais precocemente que as mulheres. Esta vulnerabilidade está relacionada à resistência dos homens em procurar a atenção primária em saúde. Por questões culturais, acreditam que o processo de adoecimento é um sinal de fragilidade e acabam até não percebendo os sintomas iniciais de problemas com a saúde. Além disso, enquanto provedores do lar, alegam que não possuem tempo para aguardar pelo atendimento médico nas unidades básicas porque não podem faltar ao trabalho. Como resultado, esta característica cultural se torna um fator de risco para a saúde, levando os homens a serem portadores de doenças crônicas que necessitam de tratamentos longos e com comprovada má adesão.

Aproximadamente 75% das enfermidades masculinas estão concentradas em 5 grandes áreas de especialização: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Por isso, a avaliação de enfermagem na saúde do homem deve considerar sinais de alerta dos agravos dentro destas áreas de especialização. Ainda há que se considerar a vulnerabilidade masculina à violência e aos acidentes de trânsito, que estão em primeiro lugar nas causas externas de morte.

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 devidos a agressão, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação as sofridas pelas mulheres.

Com relação ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas, os homens iniciam precocemente o consumo de álcool, tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação à saúde do que as mulheres. Quanto ao tabaco, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças bucais e outros.



Diante destes fatos apontados, o protocolo de enfermagem na saúde do homem tem como objetivo orientar o atendimento dedicado à população masculina, considerando os princípios da integralidade e equidade, primando pela humanização do atendimento. As atividades de prevenção e educação em saúde devem ser realizadas com o objetivo também de acolher os homens e captá-los para a atenção básica.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DO HOMEM

- Promover junto à equipe a reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, cuidado paterno e metodologias para trabalho com homens;
- Incluir os homens nas rotinas dos serviços e convidá-los para as consultas, exames e atividades de grupo relacionadas a paternidade responsável e planejamento familiar;
- Promover com os homens atividades educativas que discutam temas relacionados ao combate à violência, ao combate aos acidentes de trânsito e à discussão sobre a prevenção de doenças crônicas mais comuns aos homens;
- Acolher os homens, valorizando sua capacidade, escutando suas demandas e sugestões, oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde;
- Oferecer horários alternativos, tais como sábados e terceiro turno, para consultas e atividades educativas, facilitando a presença dos homens;
- Estabelecer parcerias com a comunidade para fortalecer a rede de apoio social;

IMPORTANTE

Na realização da consulta de enfermagem, fatores como o uso de drogas (incluindo o álcool), sinais de violência, vulnerabilidades na vida sexual, sinais de DST's, queixas urinárias, cartão vacinal, valores pressóricos, sinais de Diabetes Mellitus e estilo de vida devem ser levados em consideração.

Fonte: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2008.

Todo homem com mais de 40 anos de idade tem direito a realizar gratuitamente na rede do SUS exames para diagnóstico de câncer da próstata e deve ser encaminhado ao médico para realização do exame (toque retal).

Fonte: Lei nº 10.289/2001

Tabela 17: Exames de rotina na Saúde do Homem

EXAMES DE ROTINA	
- Urina tipo I	- Parasitológico de Fezes
- Hemograma	- Lipidograma
- DST's	- Glicemia
- ABO Rh	- PSA (acima dos 40 anos)**
- TGO*	- TGP*
- Uréia*	- Creatinina*
- Fosfatase alcalina*- Amilase*	
- Urocultura (quando necessário)	

Fonte: Baseado no Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás, 2003

*Exames a serem solicitados quando evidenciados abuso de drogas, ou sinais de H.A.S. / Diabetes.

** Solicitar quando houver indicação clínica

Sintomas Prostáticos

Na presença de sintomas prostáticos, aplicar a Escala Internacional de Avaliação dos Sintomas Prostáticos e adotar conduta conforme pontuação abaixo:

7 pontos: Solicitar exames de rotina e agendar consulta médica com prazo máximo de 7 dias;

8-19 pontos: sintomas moderados, necessita consulta médica imediata;

20-35 pontos: sintomas severos, necessita consulta médica imediata.



Tabela 18: Escala Internacional de Avaliação dos Sintomas Prostáticos

No último mês, quantas vezes você...	Nenhuma vez	Menos de uma vez em cada cinco	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
1. Ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após urinar?	0	1	2	3	4	5
2. Teve que urinar novamente antes de 2hs depois de urinar?	0	1	2	3	4	5
3. Teve o jato urinário interrompido várias vezes enquanto urinava?	0	1	2	3	4	5
4. Teve dificuldade em controlar e evitar o desejo de urinar?	0	1	2	3	4	5
5. Teve que fazer força para iniciar o ato de urinar?	0	1	2	3	4	5
6. Observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
7. Na média, teve que levantar da cama para urinar a noite?	0	1	2	3	4	5
Escore Total						

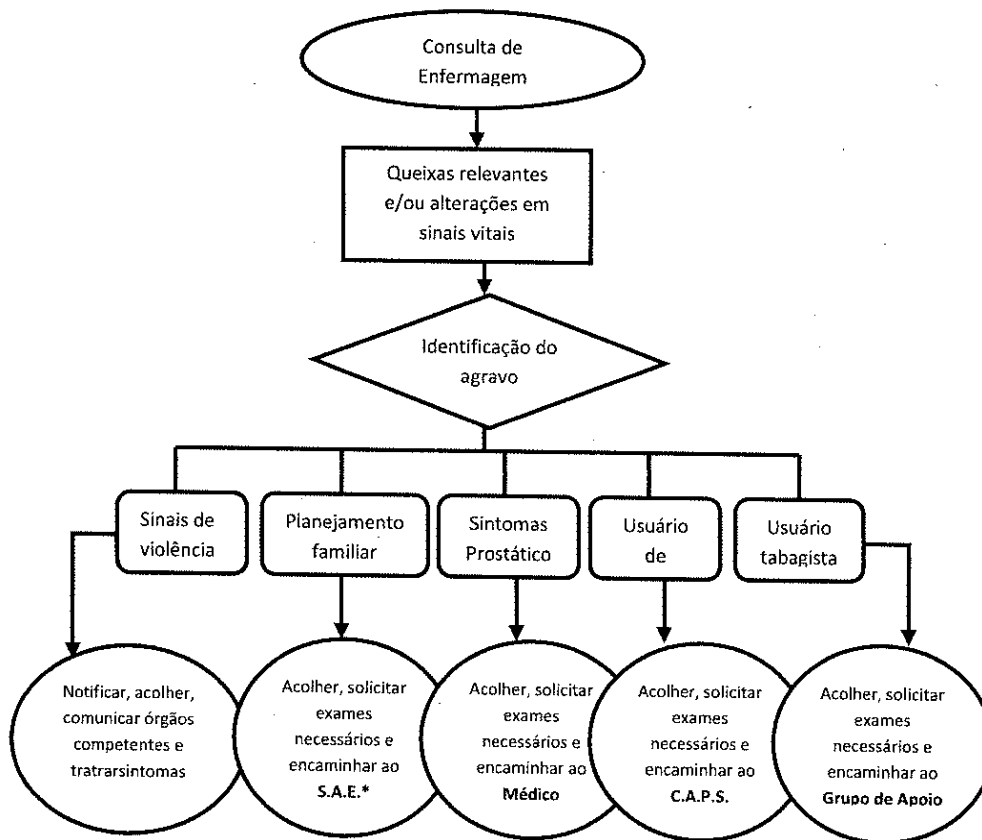
Fonte:Manual de Nefrologia e Urologia, Campinas, 2010

Orientações a serem trabalhadas

- No atendimento ao homem a caderneta a vacinação não deve ser esquecida;
- Nos homens com abuso de álcool, atentar para sinais de cirrose hepática alcoólica e distúrbios gastro intestinais como: icterícia, febre, hematótese, melena, ascite, edema nos membros superiores e inferiores, aumento das transaminases e das bilirrubinas.
- O PSA não é indicado como exame de rastreamento. Sua solicitação ou não deve estar relacionada a individualidade de cada atendimento e ao caso clínico do paciente;



Fluxograma 20: Atendimento à Saúde do Homem



Fonte: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2008.

*Vide fluxograma do Protocolo de Saúde da Mulher.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**. Brasília, 2009.

SMELTZER, Suzanne C. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. **Atenção Integral à Saúde do Homem**. Manual de Nefrologia e Urologia. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO874.pdf>. Acessado em 10.10.2013 as 14:23h.

PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO

APRESENTAÇÃO

A realização da assistência pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, contribuindo para o desenvolvimento saudável do bebê e para a redução de riscos maternos.

O acesso ao serviço de saúde deve ser garantido às gestantes, permitindo sua inclusão no serviço de pré-natal através do adequado acolhimento pela equipe de saúde da família.

O presente protocolo é instrumento dinâmico, passível de modificações sempre que necessárias. Ele objetiva nortear as ações de Enfermagem na assistência ao pré-natal de baixo risco, uniformizando as atividades atribuídas a este profissional e definindo os limites de sua atuação.

Atribuições Do Enfermeiro No Pré-Natal De Baixo Risco

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no Sis Pré-Natal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares;
- Realizar testes rápidos, quando disponíveis na unidade e quando o enfermeiro for capacitado para tanto e se sentir seguro para realizá-los;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal como sulfato ferroso (Portaria MS nº 730 de 2005 que instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Ferro) e ácido fólico, além de medicamentos



padronizados para tratamento das DSTs (conforme protocolo municipal da abordagem sindrômica);

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

Tabela 19: Roteiro da Primeira Consulta

ANAMNESE	<p>Os seguintes componentes da história clínica precisam ser abordados na primeira consulta: data precisa da última menstruação; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; detalhes de gestações prévias; uso de medicações; história prévia de doença sexualmente transmissível e outras doenças infecciosas; reações alérgicas; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; gemelaridade anterior; fatores socioeconômicos; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; vacinações prévias; história de violências.</p> <p>Os fatores de risco deverão ser identificados em destaque no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde.</p>
HISTÓRIA CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none">• Deve-se colher os dados de identificação da gestante e dados socioeconômicos com atenção também aos seus antecedentes familiares, individuais e ginecológicos, principalmente aqueles que podem indicar risco gestacional - Número de gestações; Número de partos; Número de abortamentos; Número de filhos vivos; Intervalo entre as gestações (em meses);



	<p>Isoimunização Rh; Número de recém-nascidos: pré-termo e pós-termo, com baixo peso e com mais de 4.000g; Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional; Mortes neonatais precoces e tardias; Natimortos; Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo- transfusões; Intercorrências ou complicações em gestações anteriores; Complicações nos puerpérios; Histórias de aleitamentos anteriores; Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida); Cálculo da idade gestacional e data provável do parto; Peso prévio e altura; Internação durante a gestação atual; Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas; Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;</p>
EXAME FÍSICO	<ul style="list-style-type: none">• Inspeção da pele e das mucosas; Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e pressão arterial. Palpação da tireóide, região cervical, supraclavicular e axilar; Ausculta cardiopulmonar; Exame do abdome; Exame dos membros inferiores; Determinação do peso e da altura, cálculo do IMC, avaliação do estado nutricional e registro na Carteira da Gestante. Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco). Palpação obstétrica; Medida e avaliação da altura uterina; Ausculta dos batimentos cardíofetais; Registro dos movimentos fetais; Exame clínico das mamas; Exame ginecológico.
CONDUTAS GERAIS	<p>Deve haver a interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico e a instituição de condutas específicas; orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional; incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses; fornecer todas as informações necessárias e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família; prescrever suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia; orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso; referenciar a gestante para atendimento odontológico; encaminhar a gestante para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a paciente não estiver imunizada; referenciar a gestante para serviços especializados quando o procedimento for indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica de saúde;</p>

FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco; 2012.

Calendário de Consultas

Até a 28ª semana – Mensal

De 28ª a 36ª semana – Quinzenalmente

De 36ª até a 41ª semana – Semanalmente

Consulta puerperal e acompanhamento – até a 42ª dia;

Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco; 2012.



ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

Nas consultas subsequentes é necessário:

1. Verificar os sinais vitais;
2. Avaliar o peso e o IMC;
3. Calcular a idade gestacional;
4. Realizar o exame físico geral;
5. Realizar o exame físico obstétrico (altura uterina, posição/situação fetal, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e movimentação fetal);
6. Fazer a leitura dos exames complementares, anotar na Caderneta da gestante e adotar conduta adequada;
7. Verificar esquemas vacinais;
8. Verificar uso do sulfato ferroso e do ácido fólico.
9. Avaliar o risco gestacional.

Na primeira consulta o Enfermeiro deve solicitar os exames de rotina no pré-natal de baixo risco e prescrever ácido fólico e sulfato ferroso.

Tabela 20: Prescrição de Ácido Fólico e Sulfato Ferroso

Suplemento	Posologia
Sulfato ferroso	1 comprimido de Sulfato Ferroso 200mg/dia. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar. Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por três meses.
Ácido fólico	1 comprimido de Acido Fólico 400µg/g dia nos dois meses anteriores e nos dois primeiros meses da gestação.

FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco; 2012.



Tabela 21: Exames de rotina no Pré Natal de Baixo Risco

1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Sorologia para HIV e Hepatite B; Anti-HBs (se não comprovar esquema vacinal); VDRL; Toxoplasmose IgM e IgG; Urina I e urocultura; Ultrassonografia Obstétrica; Citopatológico do colo de útero (se houver indicação clínica, sendo feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês); Exame de Secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Realizar testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B, quando disponíveis.
2º trimestre	Teste para tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realizar este exame preferencialmente entre 24º e a 28º semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma; Glicemia de jejum; Coombs indireto (se for Rh negativo); VDRL Sorologia para HIV e Hepatite B; Urina I e Urocultura; Repetir toxoplasmose (se IgG não for reagente); Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação).

FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco; 2012.

Tabela 22: Condutas Diante dos Resultados dos Exames Complementares de Rotina

Exame	Resultado	Conduta
Tipagem sanguínea	- Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicitar Coombs indireto e encaminhar para consulta médica.
Glicemia de jejum	85-119mg/dL	Solicitar novo exame. Se confirmado solicitar TTG na 24ª e na 28ª semanas.
	> 100 mg/dL	Repetir o exame, se o resultado for maior ou igual a 110mg/dL, encaminhar para consulta médica.



TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste Negativo
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	Teste Positivo; encaminhar a consulta médica (DM gestacional).
Sorologia para HIV	Positivo	Realizar aconselhamento pós-teste, notificar e encaminhar para o SAE.
	Negativo	Realizar aconselhamento pós-teste e repetir o exame no 3º trimestre
Sorologia para Hepatite B	Positivo	Solicitar marcadores sorológicos. Realizar aconselhamento pós-teste, notificar e encaminhar para o SAE.
	Negativo	Realizar aconselhamento pós-teste e repetir o exame no 3º trimestre. Se anti-HBs reagente, não há necessidade de repetição de exame.
Anti-HBs	Reagente	Gestante imune à Hepatite B.
	Não-reagente	Gestante não vacinada ou sem resposta vacinal. Realizar vacinação conforme protocolo.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Solicitar VDRL e realizar controle da titulação/ notificar e se necessário encaminhar ao S.A.E. / iniciar tratamento e convocar parceiros.
	TR Negativo	Realizar sorologia no 3º trimestre;
VDRL	Positivo	realizar controle da titulação/ notificar e se necessário encaminhar ao S.A.E. / iniciar tratamento e convocar parceiros.
	Negativo	Repetir o exame no 3º trimestre.
Toxoplasmose*	Positivo	Encaminhar para consulta médica.
	Negativo	Se o IgG for negativo, repetir no 3º trimestre.
Urina I e Urocultura	Proteinúria, cilindrúria,	Encaminhar para consulta médica com urgência
	Piúria, bacteriúria, hematúria Cultura positiva (>105col/ml)	Iniciar tratamento com Cefalexina 500mg (06/06 horas por 07 dias) independente do antibiograma. Segunda Opção – Ampicilina 500mg de 06/06 horas por 07



		dias Resultado de Antibiograma – tratá-la com o medicamento sensível e disponível na rede e ou encaminhar ao médico. 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
	Outros elementos	Não necessitam conduta especial.
Dosagem de hemoglobina	Hb > 11g/dL	Ausência de anemia. Suplementar ferro a partir da 20ª semana.
	Hb entre 8mg/dL e 11g/dL	Anemia moderada. - 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; - Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: <ul style="list-style-type: none">• 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.
	Hb < 8g/dL	Anemia grave. Encaminhar para consulta médica com urgência;

FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco; p.111, 2012.



***Nos casos de Toxoplasmose (IgG e IgM) negativos – a sorologia deverá ser repetida em cada consulta de Pré Natal; Casos que diferem ou acusem infecção recente a gestante deverá ser encaminhada com urgência para consulta médica.**

Importante!

Na avaliação e detecção de alguma DST (Úlcera genital, corrimento, HPV), deve-se seguir o Manual de Abordagem Sindrômica.

Tabela 23: Vacinação de Rotina para 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 dTpa	Preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana gestacional. Gestantes que moram em áreas de difícil acesso, antecipar para 20ª semana.	Pelo menos uma dose. Avaliar esquema e se necessário completar com dT.
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: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco; 2012 / Informe técnico para a implantação da Vacina dTpa, 2014

CRITÉRIOS DE RISCO GESTACIONAL

Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Dependência de medicamentos psicotrópicos;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;

História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);

Abortamento habitual;

Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;



- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

Evidenciado qualquer fator de risco relacionado a gestante, o profissional deverá encaminhá-la para acompanhamento com o médico da unidade.

A classificação do risco gestacional deve ser realizada em toda consulta.

Em caso de dúvida, encaminhar a consulta médica para confirmar ou descartar o risco.

CONDUTA DIANTE DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

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.

Em caso de acentuação dos sintomas a gestante deve ser encaminhada para consulta médica.

Náuseas, vômitos e tonturas

- Explicar que tais sintomas são comuns no início da gestação;
- Orientar a gestante a: (i) consumir uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); (ii) evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; (iii) evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; (iv) ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal; (v) ingerir alimentos gelados;



- Agendar consulta médica ou referir a gestante ao pré-natal de alto risco em caso de vômitos frequentes refratários às medidas citadas, pois podem provocar distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio.

Tabela 24: Tratamento Medicamentoso para Náuseas e Vômitos

Medicamentos	Posologia
Bromoprida 10mg cp	01 cp de 08/08h
Bromopridagts	01 a 02 gts por kg de 08/08 h
Metoclopramida	53 gts 08/08h 10 minutos antes das refeições
Ao persistirem os sintomas, a gestante deve ser encaminhada ao médico	

FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco; 2012

Pirose

Orientar a gestante a:

- Consumir dieta fracionada, evitando frituras;
- Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

Tabela 25: Tratamento Medicamentoso para Pirose

Medicamentos	Posologia
Hidroxido de Alumínio suspensão	10ml 30 min. após as refeições e ao deitar-se.
Hidroxido de Aluminiocp	02 a 03 cp 30 min. após as refeições e ao deitar-se
Ao persistirem os sintomas, a gestante deve ser encaminhada ao médico	

FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012



Sialorreia

- Explicar 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).

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.

Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;
- Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal:
- Orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
- Recomendar que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
- Recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;



Tabela 26: Tratamento Medicamentoso para Dor abdominal, Cólicas, Flatulência e Obstipação intestinal

Medicamentos	Posologia
<u>Gases</u> – Dimeticona	16gts de 08/08 hrs
<u>Obstipação</u> – Supositório de Glicerina	01 supositório ao dia
<u>Cólicas</u> – Hioscina	01 a 02cp (10-20mg) de 03 a 05 ao dia
Ao persistirem os sintomas, a gestante deve ser encaminhada ao médico	

FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012

Hemorroidas

Recomendar à gestante:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal.
- 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.
- Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

Corrimento vaginal

- Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;
- Agendar consulta se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido. Veja condutas no Manual de Abordagem Síndrômica

Queixas urinárias

- Explicar que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga). Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada;
- Solicitar exames (Urina I e Urocultura);
- Agendar consulta médica caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

Falta de ar e dificuldades 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.

- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso;
- Estar 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;
- Agendar consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.

Mastalgia

- Orientar a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas;
- Recomendar a gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;
- Orientar a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade.



Lombalgia

Recomendar 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.

Cefaléia

- Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação);
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores;
- Referir a gestante à consulta médica, se o sintoma persistir;
- Orientar a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.

Sangramento nas gengivas

- Recomendar a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes macia;
- Orientar a realização de massagem na gengiva;
- Recomendar o uso de fio dental;
- Agendar atendimento odontológico sempre que possível.



Varizes

Recomendar 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.

Câimbras

Recomendar 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.

Cloasma gravídico

- Explicar que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto;
- Recomendar que a gestante não exponha o próprio rosto diretamente ao sol e que use protetor solar.

Estrias

- Explicar que são resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem com o tempo a ficar com uma cor semelhante à da pele.
- Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.



Tabela 27: Medicamentos Indicados na Terapêutica das Helminthíases e Protozooses Intestinais Durante a Gestação

Helminthíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Ascaridíase Enterobíase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	Contra indicados: Tratar no Puerpério
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante dois dias seguidos.
Himenolepiase	Praziquantel Nictosamida	Contra indicados: Tratar no Puerpério
Teníase	Mebendazol	200mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante quatro dias seguidos.
Tricuríase	Mebendazol	100mg, duas vezes ao dia, por VO, durante três dias seguidos
Protozooses	Medicamentos	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias.
Giardiase	Metronidazol	250mg, três vezes ao dia, por VO, durante sete dias seguidos

FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco;p.233, 2012

**Não tratar no PRIMEIRO TRIMESTRE da
gestação**

INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

É imprescindível que a gestante receba durante o pré-natal incentivo para realizar o aleitamento exclusivo até os seis meses e de forma complementar até os dois anos de idade. Deve receber assim orientações sobre o preparo das mamas, posicionamento para amamentar, pega correta da criança e como agir diante dos problemas mais frequentes com as mamas. Conforme portaria GM nº 1920 de 2013 que instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde.

Conduas e orientaões no preparo das mamas para o aleitamento

- Avaliar as mamas nas consultas de pré-natal;
- Orientar a gestante a usar sutiã durante a gestaão;
- Recomendar banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas);
- Esclarecer que deve ser evitado o uso de sabões, cremes ou pomadas nos mamilos;
- Orientar que é contra-indicada a manipulaão excessiva e a expressão do peito durante a gestaão para a retirada do colostro.

Tabela 28: Conduas Diante dos Problemas com as Mamas

Problema	Conduta
Fissuras	Corrigir a posião e a pega; Orientar a manter as mamas secas, não usar sabonetes, cremes ou pomadas; Tratar as fissuras com o leite materno do final das mamadas e com banho de sol.
Ingurgitamento	Corrigir a posião e a pega; Orientar a ordenha manual das mamas se houver produão de leite superior a demanda e sempre que a mama estiver ingurgitada.
Mastite	Em caso de suspeita de mastite, encaminhar para consulta médica.

FONTE: Baseado no Caderno de Atenão ao Pré-Natal de Baixo Risco; 2012.

CONSULTA PUERPERAL

Anamnese:

Verificar o Cartão da Gestante e perguntar à mulher questões sobre:

- As condições da gestaão;
- As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Os dados do parto (data e tipo de parto);



- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto;
- O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).
- O 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;

Avaliação Clínico Ginecológica

- Verificar os sinais vitais;
- Avaliar o estado psíquico da mulher;
- Observar seu estado geral: a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e os membros inferiores;
- Examinar as mamas;
- Examinar o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examinar o períneo e os genitais externos;
- Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor no baixo- ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. Se presentes, encaminhar para avaliação médica imediata;
- Observar a formação do vínculo entre a mãe e o filho;
- Observar e avaliar a mamada para posicionamento e pega adequada da aréola;
- Identifique os problemas e as necessidades da mulher e do recém-nascido com base na avaliação realizada.



Condutas:

Orientar a puérpera sobre:

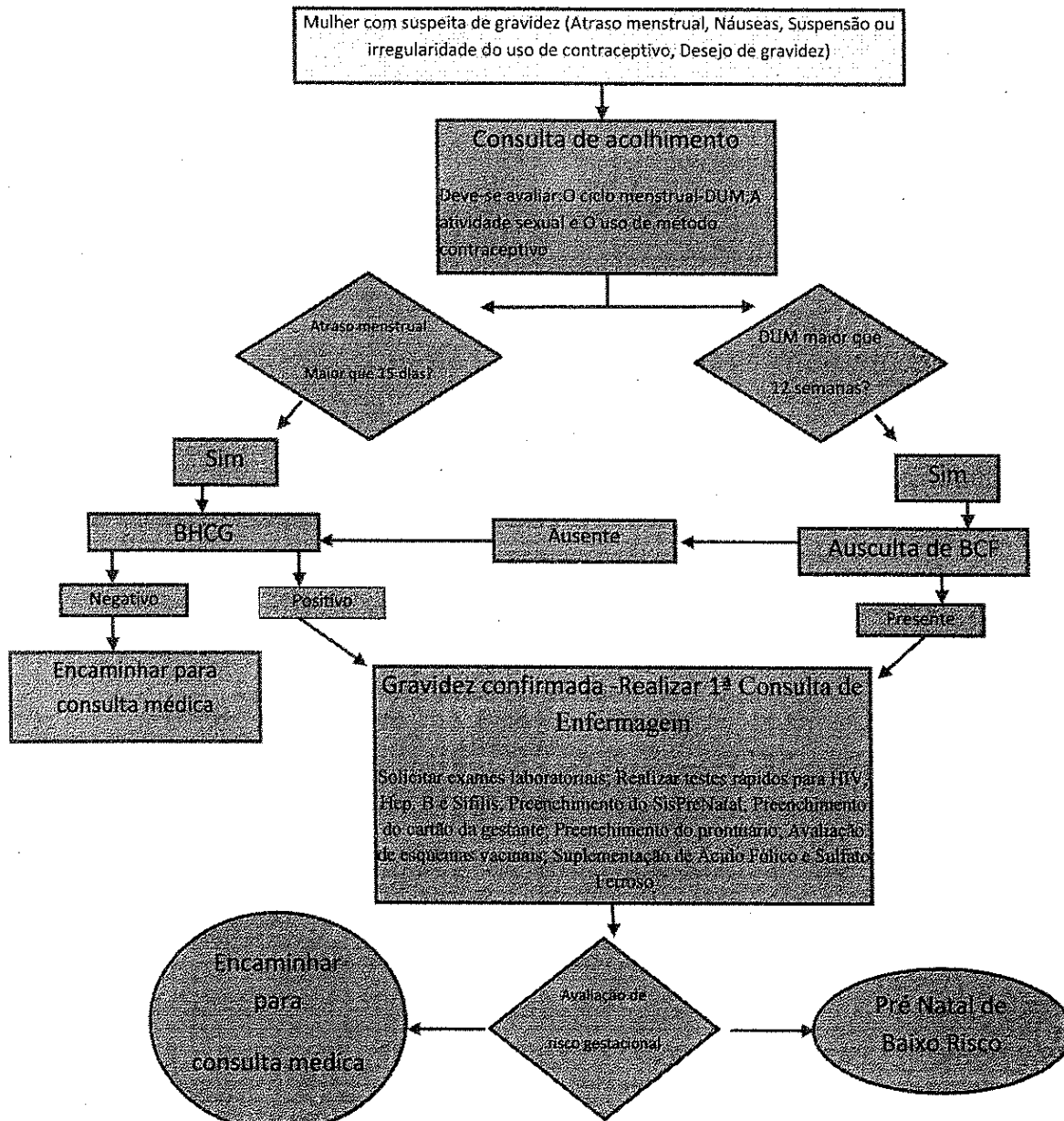
- Higiene, alimentação, atividades físicas;
- Atividade sexual, informando-a a respeito de prevenção de DST/Aids;
- Cuidados com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).

Demais condutas:

- Aplicar vacinas se necessário;
- Oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- Prescrever suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- Registrar informações em prontuário e inserir as informações do puerpério no Sis Pré-Natal.
- Orientar que as relações sexuais podem ser estabelecidas por volta de 20 dias após o parto.
- Oferecer métodos contraceptivos.



Fluxograma 21: Pré Natal de Baixo Risco



FONTE: Baseado no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco; 2012.

Importante

Alternar consultas médicas e de enfermagem

Monitorar os retornos

Realizar visitas domiciliares mensais (ACS e equipe)



REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25.06.86. **Lei do Exercício Profissional de Enfermagem**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, no. 32. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2001^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 730 de 2005. **Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.920, DE 5 DE SETEMBRO DE 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília, 2013.

REGO, José Dias. **Aleitamento Materno**. 2^o ed. rev. e ampl. Sao Paulo: Editora Ateneu, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto –dTpa**. Brasília.; 2014.

TUBERCULOSE E HANSENÍASE

TUBERCULOSE

Atribuições e Competências do Enfermeiro

- Aplicar a vacina BCG, desde que treinado, para prevenir formas graves de tuberculose, como dispõe a Portaria nº 452, de 06/12/76, do Ministério da Saúde e as recomendações dos manuais e notas técnicas do Programa Nacional de Imunização (PNI), do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) e do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNC);
- Fazer Busca Ativa de casos novos e identificar Sintomáticos Respiratórios (SR);
- Realizar mensalmente a anotação dos Sintomáticos Respiratórios identificados no livro de registro da unidade de saúde;
- Solicitar exame laboratorial (baciloscopia de escarro) ao SR, através de 02 amostras de escarro;
- Orientar quanto à coleta de escarro (ANEXO 01);
- Identificar os recipientes que contêm amostra, com o nome do paciente, data da coleta, tipo de amostra (1ª ou 2ª, diagnóstico ou controle), Unidade de Saúde;
- Realizar ou Encaminhar para Prova Tuberculínica;
- Realizar consulta de enfermagem;
- Notificar os casos confirmados de Tuberculose;
- Solicitar e/ou Encaminhar para Teste Rápido de HIV, VDRL, HCV e HBsAg;
- Aplicar o protocolo do Ministério da Saúde quando for caso novo de tuberculose pulmonar confirmada por BK+ na baciloscopia de escarro e/ou cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*;
- Iniciar o Tratamento Diretamente Observado (TDO);



- Encaminhar para atendimento médico na Unidade, pacientes com suspeita clínica (sintomatologia sugestiva), garantindo o agendamento, todo paciente com sintomas de tuberculose que tenha baciloscopia de escarro e cultura negativos. Neste caso, Solicitar Raio X de tórax PA e Perfil (se possível, com laudo);
- Convocar os comunicantes para investigação;
- Solicitar e encaminhar para a Prova Tuberculínica (PPD) todos os comunicantes dos casos de Tuberculose;
- Solicitar Raio X de tórax PA e Perfil (se possível, com laudo) dos comunicantes quando for necessário, de acordo com o Manual do Ministério da Saúde em Tuberculose;
- Encaminhar para consulta médica os comunicantes com resultado do Raio X de tórax e resultado da leitura da prova tuberculínica (se o comunicante for SR ele já deve levar o resultado do exame bacteriológico);
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na Unidade Básica de Saúde e quando indicado ou necessário no domicílio e/ ou nos demais espaços comunitários;
- Realizar Tratamento Diretamente Observado (TDO) de todo paciente em tratamento de tuberculose que resida na área de abrangência do enfermeiro (a);
- Acompanhar a ficha de Tratamento Diretamente Observado preenchida pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou Auxiliares/técnicos de enfermagem;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Orientar os Auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para acompanhamento dos casos em tratamento e/ou TDO;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas;



- Acompanhar os casos bacilíferos solicitando baciloscopia de controle ao final de cada mês: 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º mês e encaminhar para avaliação médica mensal;
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento e supervisionar as atividades dos ACS;
- Supervisionar o preenchimento da ficha do SIAB (B-TB) dos ACS;
- Verificar peso e altura quando do diagnóstico de tuberculose e calcular Índice de Massa Corpórea (IMC);
- Pesquisar o paciente mensalmente durante o tratamento, avaliar ganho ponderal e reajustar a dose do medicamento, se necessário;
- Realizar a prevenção da doença através da educação em saúde, consulta de enfermagem e controle do doente e dos comunicantes;
- Preencher mensalmente o livro de registro e acompanhamento dos casos de Tuberculose;
- Transferir o paciente da Unidade de Saúde, quando necessário, com impresso de transferência em duas vias, sendo uma para o paciente e outra para encaminhar para o Centro de Referência Municipal em Hanseníase e Tuberculose de Sinop;
- Encaminhar todo SR ou suspeito de tuberculose identificado em serviços 24h (UPA-24H e Hospitais), para a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de abrangência.
- Realizar a busca ativa dos casos faltosos e/ou abandono de tratamento;
- Encaminhar os demais pacientes ao término do tratamento, para atendimento médico na Unidade;
- Orientar e supervisionar a equipe de enfermagem quanto as anotações no cartão de aprazamento do cliente.
- Em caso de abandono de tratamento e/ou positividade do resultado de exame de BK, o enfermeiro deverá referenciar o paciente para o profissional médico da UBSF;



PREFEITURA DE
SINOP

- Enviar a referência em hanseníase e tuberculose de Sinop, mensalmente, as informações epidemiológicas (via relatórios) referentes à tuberculose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde.

Encaminhar ao médico para possível alta por cura quando os pacientes pulmonares, inicialmente positivos, apresentarem durante o tratamento, pelo menos duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento. A alta por cura deverá ser registrada em relatório específico, antes de 30 dias após a última dose supervisionada;

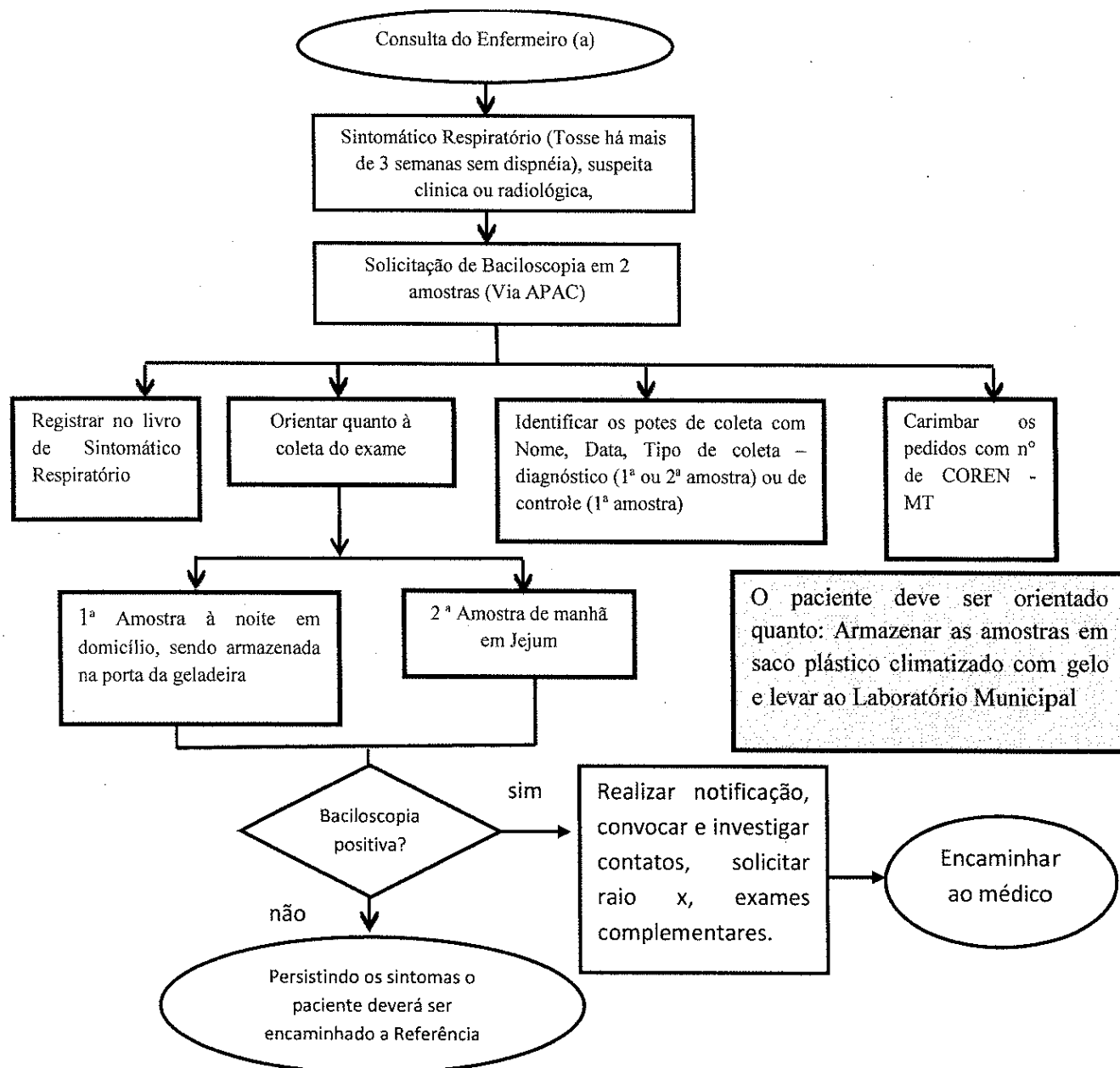
CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA SOLICITAÇÃO DE RAIOS X.

A solicitação de Raio X pelo profissional enfermeiro somente deverá ser realizada nos casos CONFIRMADOS de Tuberculose. A solicitação deste exame baseia-se na lei nº7498/86, no decreto 94.406/87.

Ainda, a Resolução COFEN nº195/1997 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros resolve:

Art. 1º O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Fluxograma 22: Atendimento ao Usuário com Suspeita de TB



Fonte: Baseado no Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2011.



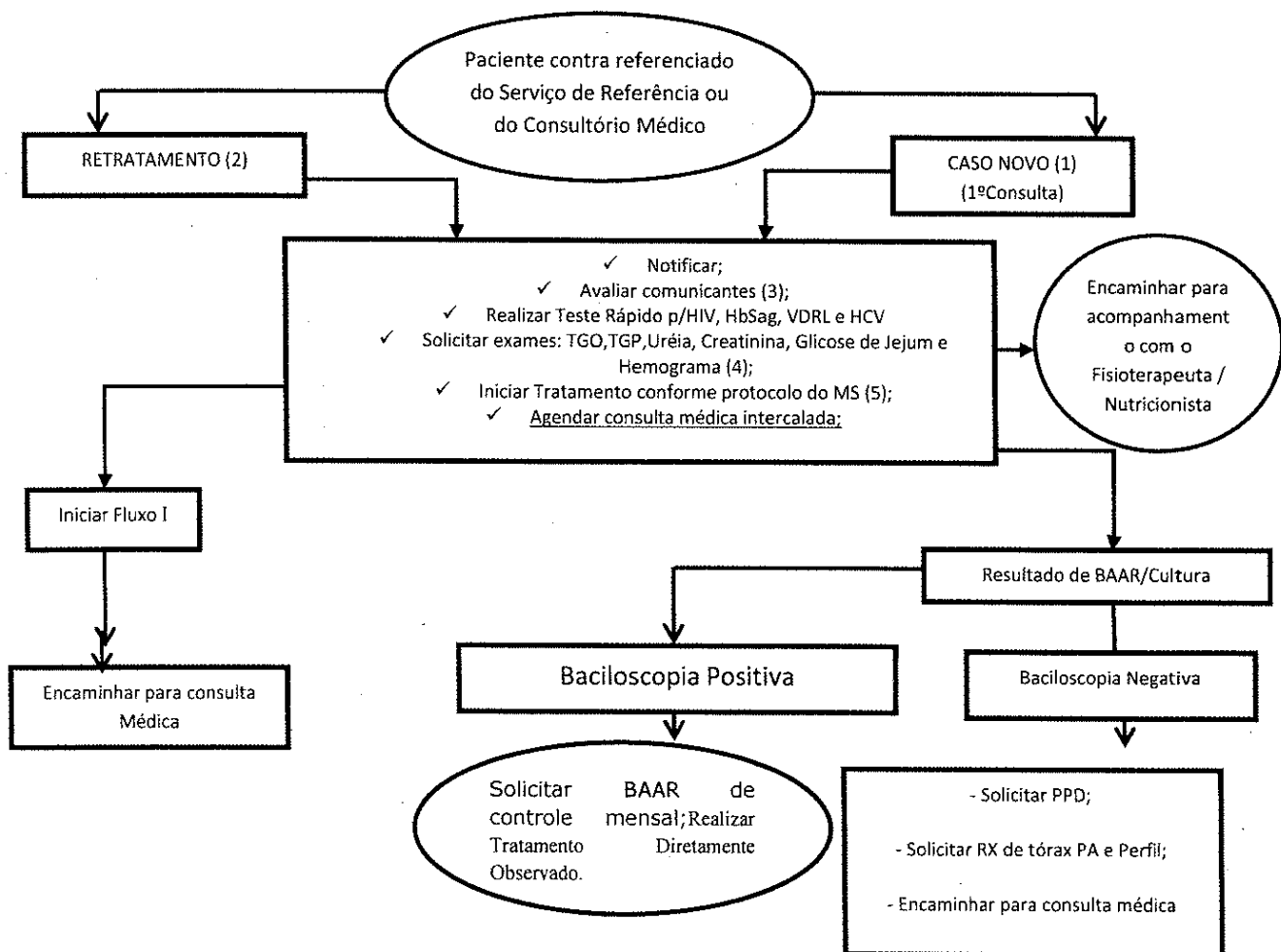
Atenção!

Para pacientes que apresentarem dificuldade na coleta do escarro ou que não apresentarem expectoração – indicado a realização da coleta de escarro induzido.

A técnica do escarro induzido, utilizando nebulizador ultrassônico e solução salina hipertônica (5ml de NaCl 3% a 5%), pode ser usada em pacientes com forte suspeita de tuberculose pulmonar e sem adequado material proveniente da árvore brônquica, tanto para a baciloscopia direta quanto para a cultura. Para a obtenção da solução a 3%, utilizar o seguinte recurso: 5ml de soro fisiológico 0,9% + 0,5ml de NaCl 20%. A primeira coleta poderá ser realizada no momento da consulta e a segunda no dia seguinte.

Fonte: Baseado no Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2011.

Fluxograma 23: Atendimento ao Usuário com TB



Fonte: Baseado no Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2011

Notas:



- 1- Caso Novo: paciente que nunca usou ou usa por menos de 30 dias medicamentos antituberculose;
- 2- Retratamento: recidiva ou retorno após abandono com doença ativa;
- 3- Solicitação de BAAR para sintomático respiratório, Rx PA e perfil e prova tuberculínica (PPD). Encaminhar para avaliação médica após resultado dos exames. Caso BAAR positivo, iniciar fluxo II como caso novo.
- 4- Mensalmente, e em resultados alterados encaminhar imediatamente para consulta médica;
- 5- Solicitar BAAR para controle mensalmente. Realizar Tratamento Diretamente Observado para todos os casos positivos, prioritariamente os bacilíferos;

Tabela 29: Exames de Rotina no Tratamento da TB

Exames de Rotina	Período do Tratamento
- HMG - TGO - TGP - Uréia - Creatinina - Glicemia - DST's - Raiox - BAAR de Escarro	1º Mês
- BAAR de Escarro; - Raio X;	2º/3º/4º/5º Mês
- HMG - TGO - TGP - Uréia - Creatinina - Glicemia - DST's - Raiox - BAAR de Escarro	6º Mês

Fonte: Baseado no Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, 2011

RECOMENDAÇÕES ESPECIFICAS NA AUSÊNCIA DO EXAME PROVA TUBERCULINICA.

Tratar ILTB independentemente da Prova Tuberculínica

Recém-nascido coabitante de caso índice bacilífero (tratar com isoniazida 6 meses e depois desse período vacinar para BCG);

Pessoa vivendo com HIV/aids com cicatriz radiológica sem tratamento prévio da infecção latente da tuberculose;

Pessoas vivendo com HIV/aids contato de caso de tuberculose pulmonar;

Pessoa vivendo com HIV/aids com registro documental de ter tido PT \geq 5mm e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião.



PREFEITURA DE
SINOP

Contatos de tuberculose sensível

Contatos sintomáticos- proceder com a investigação de tuberculose, caso exclua TB proceder conforme orientações abaixo:

Contatos \leq 15 anos assintomáticos - após exclusão da tuberculose, tratar a ILTB sem a PT, prioritariamente em crianças menores de 5 anos.

Contatos $>$ 15 anos assintomáticos - após exclusão da tuberculose, avaliar individualmente a indicação de profilaxia com isoniazida sem a PT. Levar em consideração o grau de exposição, a presença de comorbidades e o risco e benefício.














Fonte: Nota Informativa nº08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS



ANEXOS

Figura 3: Orientações para coleta de escarro - 1º Amostra

Coleta da primeira amostra na unidade de saúde



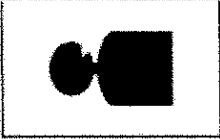

	1. lave a boca fazendo bochechos com bastante água. Não precisa estar de jejum;	
	3. abra o pote fornecido pela unidade de saúde.	
	2. fique sozinho em um local arejado, de preferência ao ar livre;	
4. force a tosse , do seguinte modo:		
a) inspire profundamente , isto é, puxe o ar pelo nariz e fique com a boca fechada; prenda a respiração por alguns instantes e solte o ar lentamente pela boca. Faça isso mais duas vezes.		
		
b) inspire profundamente mais uma vez, prenda a respiração por alguns instantes e solte o ar com força e rapidamente pela boca;		
		
c) inspire profundamente mais uma vez, prenda a respiração por alguns instantes e, em seguida, force a tosse para poder liberar o escarro que está dentro do pulmão.		
		
	5. escarre diretamente dentro do pote . Cuidado para o escarro não escorrer por fora;	
6. repita as orientações 4 e 5 por mais duas vezes , até conseguir uma quantidade maior de amostra;		
7. feche firmemente , proteja da luz solar, carregue sempre com tampa voltada para cima e entregue o pote para o profissional que orientou você.		
		

FONTE:Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, MS, 2010

Figura 4: Orientações para Coleta de Escarro - 2º Amostra

Coleta da segunda amostra
Para coletar a segunda amostra é importante que você:

1. no dia anterior à coleta
 - a) beba no mínimo 8 copos de líquidos (água, refrescos). A água ajuda a soltar o escarro que está no pulmão;
 - b) durma sem travesseiro. Isso também facilita a saída do escarro do pulmão, na hora da coleta.
2. no dia da coleta e assim que despertar
 - a) lave a boca fazendo bochechos com bastante água e, em jejum, force a tosse e escarre dentro do pote, seguindo as mesmas orientações da coleta da primeira amostra;
 - b) feche firmemente, coloque num saco plástico, proteja da luz solar, carregue sempre com a tampa voltada para cima e leve o pote imediatamente para o laboratório ou unidade de saúde.
 - c) leve também a requisição mas fora do saco plástico onde está o pote.



FONTE

:Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, MS, 2010

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, Brasil de 2010.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás. Goiás, 2010.

COFEN. Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/86 de 25 de junho de 1986. Legislação Básica para o Exercício Profissional da Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso; pg.30. Cuiabá, MT.

COFEN. Decreto n.º 94.406/87 de 08 de junho de 1987. Legislação Básica para o Exercício Profissional da Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso; pg.36. Cuiabá, MT.

COFEN. Resolução COFEN-195/1997. Legislação Básica para o Exercício Profissional da Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso; pg.55. Cuiabá, MT.



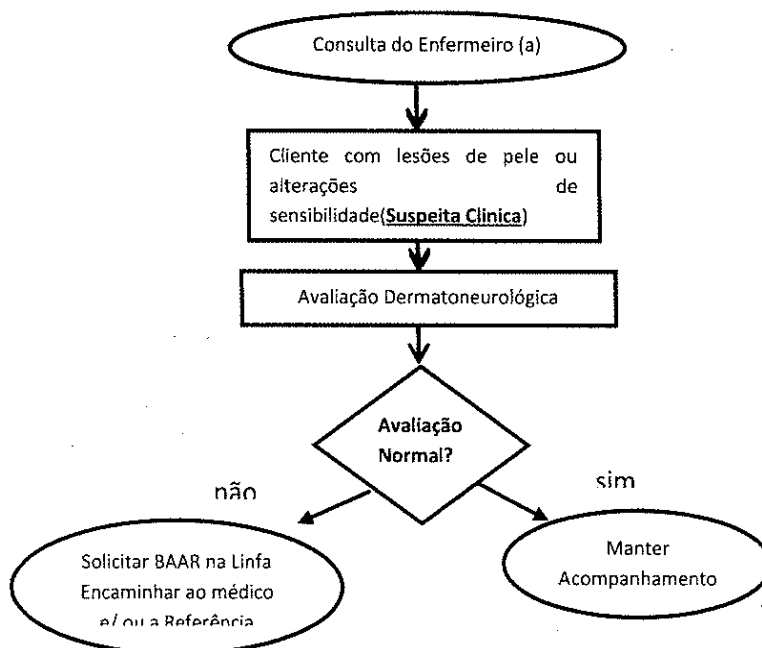
HANSENÍASE

Atribuições e Competências do Enfermeiro

- Identificar sinais e sintomas da hanseníase, e realizar exame dermatoneurológico nos casos suspeitos que procuram ou foram encaminhados à unidade de saúde, nas visitas domiciliares ou mediante os relatos dos Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Solicitar o exame baciloscopia de linfa (Baciloscopia de esfregaço intradérmico);
- Realizar consulta de enfermagem;
- Encaminhar o paciente para o profissional médico da Unidade de Saúde da Família, para avaliação e definição do tratamento, garantindo o agendamento;
- Notificar os casos confirmados de hanseníase;
- Garantir a administração da dose supervisionada (primeira dose de cada blister), observando a tomada da medicação ou delegando a função ao técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Realizar exame dermatoneurológico em todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, e orientá-los sobre a hanseníase e importância do auto-exame; registrar em formulário de investigação de contatos intradomiciliares, prontuários e fichas/boletins de acompanhamento, e realizar a vacinação com o BCG nos contatos sem sinais da doença (sem cicatriz – 1 dose de BCG ID, uma cicatriz – 1 dose de BCG ID, duas cicatrizes – nenhuma dose);
- Fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento e supervisionar as atividades dos ACS;
- Supervisionar o preenchimento da ficha do SIAB (B-HANS);
- Avaliar o grau de incapacidade física (GIF) de todos os portadores de hanseníase: no momento do diagnóstico e na alta para os paucibacilares, e a cada 6 meses no tratamento multibacilar; Utilizar o formulário de Avaliação Neurológica Simplificada e o formulário de Avaliação do Grau de Incapacidade;

- Realizar consulta de enfermagem mensal para os casos em tratamento, fazendo o exame dermatoneurológico e a dose supervisionada;
- Visitar os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada dentro de no máximo 30 dias, buscando continuar o tratamento e evitar o abandono;
- Encaminhar para consulta médica os pacientes com suspeita de reação hansênica;
- Realizar a prevenção da doença através da educação em saúde, consulta de enfermagem e controle do doente e dos comunicantes;
- Orientar e supervisionar a equipe de enfermagem quanto às anotações no cartão do paciente e prontuário;
- Encaminhar para avaliação médica e/ou para a Referência o paciente que concluiu tratamento para confirmação de alta por cura;
- Orientar o paciente e a família para a realização de auto-cuidados;
- Orientar e/ou realizar técnicas simples de prevenção de incapacidades físicas conforme o manual do ministério da saúde;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

Fluxograma 24: Atendimento ao Usuário com Suspeita de Hanseníase



Fonte: Baseado nos Cadernos de Atenção Básica nº 21 – Vigilância em Saúde, 2007



NOTAS:

1 – Se contatos: Realizar avaliação anual dos contatos por 5 anos;

2 – Se contatos: Indicar vacina BCG nos contatos sem sinais clínicos da doença (Sem cicatriz – 1 dose de BCG ID; Uma cicatriz – 1 dose de BCG ID; Duas cicatrizes – nenhuma dose).

Organize-se!

Para realizar ações de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e alta na hanseníase são importantes alguns materiais, tais como:

- materiais para testar a sensibilidade, tais como o conjunto de monofilamentos de náilon de Semmes – Weinstein (estesiômetros), chumaços de algodão, tubos com água quente e fria, caneta esferográfica;
- formulários específicos (ficha individual de notificação do SINAN, boletim de acompanhamento, cartão de aprazamento, cartão de acompanhamento, ficha de avaliação neurológica simplificada, formulários de controle de estoque e dispensação de medicamentos, formulários de referência e contra-referência);
- fio dental fino, sem sabor, com cera;
- tabela de Snellen (acuidade visual);
- lanterna clínica;
- régua;
- caneta nas cores azul, verde, vermelho e preta.

Tabela 30: Ações Desenvolvidas nas Diferentes Etapas do Acompanhamento ao Portador e Contato da Hanseníase

AÇÕES	ETAPAS		
	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO – DOSES SUPERVISIONADAS MENSAS	ALTA
ANAMNESE	X	X	X
EXAME FÍSICO	X	X	X
AVALIAÇÃO DERMATO – NEUROLÓGICA	X	X*	X
PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES	X	X	X
BACIOSCOPIA	X		
EXAME DERMATO-NEUROLÓGICA DE CONTATOS	X**		
VACINAÇÃO DE CONTATOS - BCG	X***		

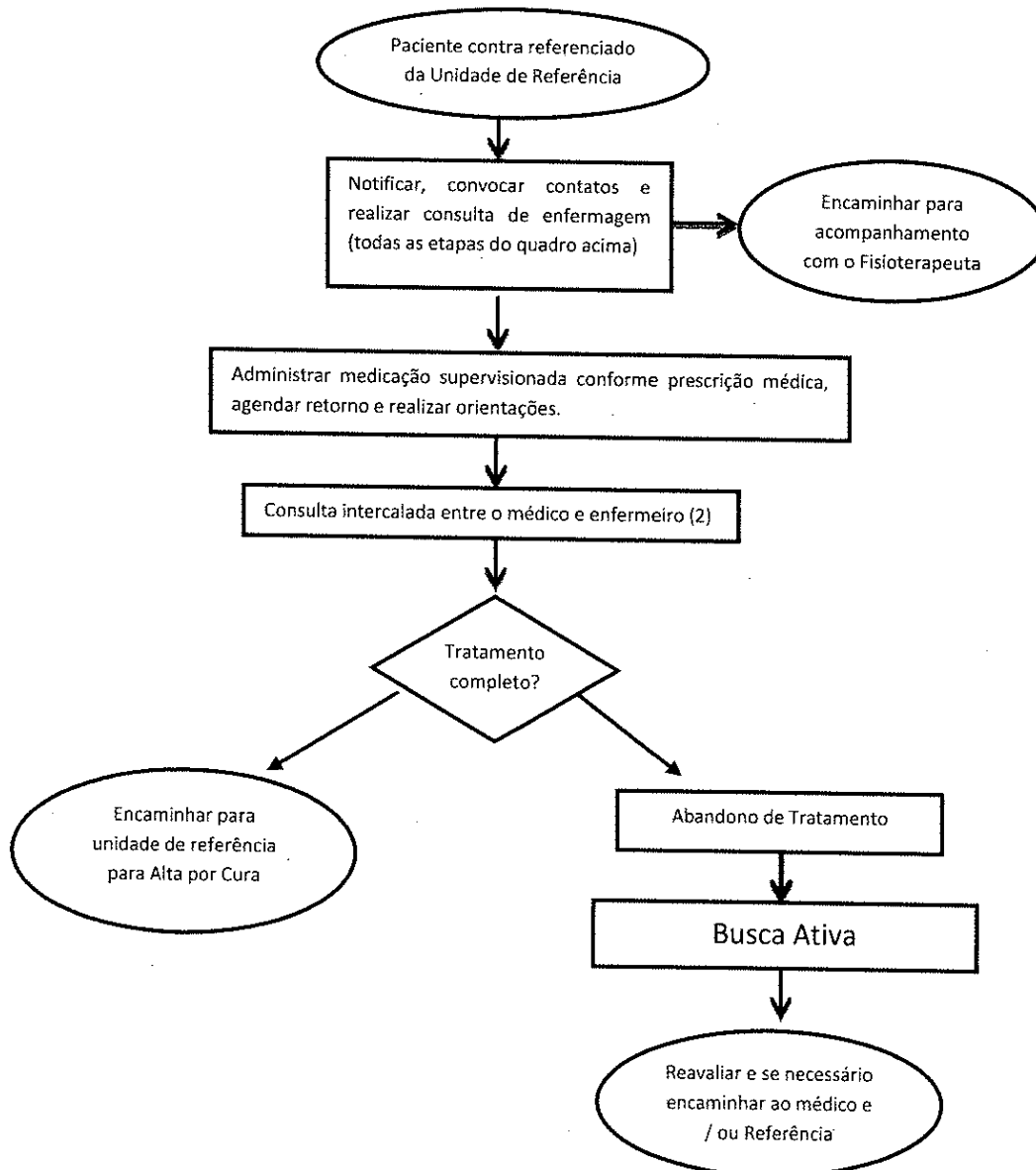
(*) A avaliação dermatoneurológica deverá ser feita a cada 03 meses, ou semanal ou quinzenal no caso de reações com neurites.
(**) Orientação de retornar na presença de sinais e sintomas de Hanseníase
(***) Após exame dermatoneurológico os contatos deverão ser encaminhados para BCG.

Fonte: Baseado no Protocolo de Atendimento em Hanseníase, D.F., 2007



No ato do comparecimento à unidade de saúde para receber a medicação específica preconizada, supervisionada, o paciente deve ser submetido à revisão sistemática por médico e ou enfermeiro responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico, objetivando identificação de estados reacionais, efeitos colaterais ou adversos aos medicamentos em uso e surgimento de dano neural.

Fluxograma 25: Atendimento ao Usuário com Hanseníase



Fonte: Baseado nos Cadernos de Atenção Básica nº 21 – Vigilância em Saúde, 2007



NOTAS:

- 1 – Relacionadas à prevenção de incapacidades e tratamento supervisionado;
- 2 – Se detectar sinais e sintomas de surto reacional, encaminhar imediatamente ao médico;
- 3 – Realizar avaliação dermatoneurológica de contatos por no mínimo 5 anos;
- 4 – Paucibacilares – tratamento de no máximo 09 meses; Multibacilares – 18 meses; Ultrapassando estes prazos o paciente deverá ser encaminhado ao médico e / ou referência;
- 5 – Suspeitas de recidiva deverão ser encaminhadas ao serviço de referência;

Tabela 31: Exames de Rotina na Avaliação de Hanseníase

Exames	
- HMG;	- Glicemia;
- Uréia;	- Creatinina;
- TGO;	- TGP;
-DST's;	
Realizar sempre no Início, Meio e Final do Tratamento	

Fonte: Baseado na rotina da instituída pela unidade de referência.



PREFEITURA DE
SINOP

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica Número 10: **Guia para o Controle da Hanseníase.** Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção à Saúde. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. **Protocolo de Atendimento em Hanseníase.** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília., 2007.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás. Goiás, 2010.



Hipertensão Arterial

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido.

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como:

- Doença cérebro-vascular
- Doença arterial coronariana
- Insuficiência cardíaca
- Doença renal crônica
- Doença arterial periférica

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento.

DEFINIÇÃO

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



Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante.

Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais.

A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

Tabela 32: Classificação de P.A. em Adultos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

Fonte: Cardeno de Atenção Básica nº15 – Hipertensão Arterial Sistêmica

- O Valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo

- Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio

CLASSIFICAÇÃO*

A Hipertensão Arterial Sistêmica em indivíduos maiores de 18 anos foi classificada em 03 estágios (leve, moderada e grave), além da Hipertensão Sistólica Isolada. Os níveis normais de pressão arterial também foram subdivididos em PA ótima, normal e normal limítrofe (ou normal-elevada).



Avaliação Clínica Inicial

A pressão arterial é um parâmetro que deve ser avaliado continuamente, mesmo em face de resultados iniciais normais.

Investigação Clínico-Laboratorial

A investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso objetiva explorar as seguintes condições:

- Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico.
- Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo.
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global.
- Diagnosticar doenças associadas à hipertensão.
- Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.
- Para atingir tais objetivos, são fundamentais as seguintes etapas:
- História clínica.
- Exame físico.
- Dados relevantes da história clínica dirigida ao paciente hipertenso
- Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
- História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronária: sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellito; 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, doença pulmonar obstrutiva crônica.



- História pregressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca.
- 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, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
- Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína.
- Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticoesteróides, anti-inflamatórios, anorexígenos, anti-depressivos, hormônios).
- Atividade física.

No exame físico do paciente hipertenso deve-se prestar especial atenção a algumas recomendações:

- Obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal e aferição do perímetro da cintura.
- Inspeção: fâcies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária.
- Sinais vitais: medida da PA e frequência cardíaca.
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência jugular e palpação de tireóide.
- Exame do precórdio: ictus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo: arritmias; 3ª bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4ª bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.
- Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncocal e sibilos.



- Exame do abdome: massa abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais.
- Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou retardo do pulso das artérias femorais sugerem coarctação da aorta ou doença arterial periférica.
- Avaliação de edema.
- Exame neurológico sumário.
- Exame de fundo do olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

Em atendimento primário, o paciente hipertenso deverá ser submetido aos seguintes exames subsidiários:

Tabela 33: Solicitação de Exames em Atendimento Primário

EXAMES DE ROTINA	
- EAS*;	- Potássio;
- Uréia;	- Creatinina;
- HMG;	- Glicemia;
- Perfil Lipídico;	
- Eletrocardiograma;	

Fonte: Cardeno de Atenção Básica nº15 – Hipertensão Arterial Sistêmica

***Presença de Proteinúria na Urina – Encaminhar ao médico**

IMPORTANTE

A SOLICITAÇÃO DE EXAMES NAS DEMAIS CONSULTAS, DEVERÁ SER REALIZADA DE ACORDO COM A NECESSIDADE DO PACIENTE E / OU DE ACORDO COM A ROTINA DA UNIDADE DE SAÚDE.



Outros métodos para aferição da pressão arterial

Há outros métodos para caracterizar a pressão usual dos indivíduos. A Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é o registro da pressão arterial por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite, durante 4-5 dias, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho com aparelhos validados. São consideradas anormais na MRPA as médias, de pelo menos 12 medidas, de pressão arterial acima de 135/85 mm Hg.

SCORE DE FRAMINGHAM

Este método é o mais utilizado para avaliar o risco cardíaco. Inicialmente são coletadas informações sobre idade, LDL-C, HDL-C, pressão arterial, diabete e tabagismo. A partir da soma dos pontos de cada fator é estimado o risco cardiovascular em 10 anos. Este método mede o risco de uma pessoa apresentar angina, infarto do miocárdio ou morrer de doença cardíaca em 10 anos. O risco é considerado baixo quando o score é inferior a 10%, intermediário quando está entre 10 e 20% e alto quando é superior a 20%.



Tabela 34: Escore de Framingham Revisado para Homens

Idade	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

DIABETES	
Pontos	
NÃO	0
SIM	2

LDL - COLESTEROL	
mg/dl	Pontos
<100	-3
100-129	0
130-159	0
160-169	1
>=190	2

TABAGISMO	
Pontos	
NÃO	0
SIM	2

HDL - COLESTEROL	
mg/dl	Pontos
<35	2
35-44	1
45-49	0
50-59	0
>=60	-1

SISTOLICA	DIASTOLICA				
	<80	80-84	85-89	90-99	≥100
<120	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3
130-139	1	1	1	2	3
140-159	2	2	2	2	3
≥160	3	3	3	3	3

SOMA DOS
PONTOS

Total de Pontos	Risco de ECV - 10 anos
≤-3	1%
-2	2%
-1	3%
0	4%
1	4%
2	6%
3	7%
4	9%
5	11%
6	14%
7	18%
8	22%
9	27%
10	33%
11	40%
12	47%
13	56%
≥14	≥56%

Fonte: Caderno Atenção Básica nº14 – Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Renais, 2006

Tabela 35: Classificação de Risco Global, Segundo Escore de Framingham

Categoria	Evento Cardiovascular Maior (ECV)
Baixo	<10%/10anos
Moderado	10-20%/10anos
Alto	>20%/10anos

Fonte: Caderno Atenção Básica nº14 – Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Renais, 2006



Tabela 36: Escore de Framingham Revisado para Mulheres

Idade	Pontos
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

DIABETES	
	Pontos
NÃO	0
SIM	4

LDL - COLESTEROL	
mg/dl	Pontos
<100	-2
100-129	0
130-159	0
160-169	2
>=190	2

TABAGISMO	
	Pontos
NÃO	0
SIM	2

HDL - COLESTEROL	
mg/dl	Pontos
<35	5
35-44	2
45-49	1
50-59	0
>=60	-2

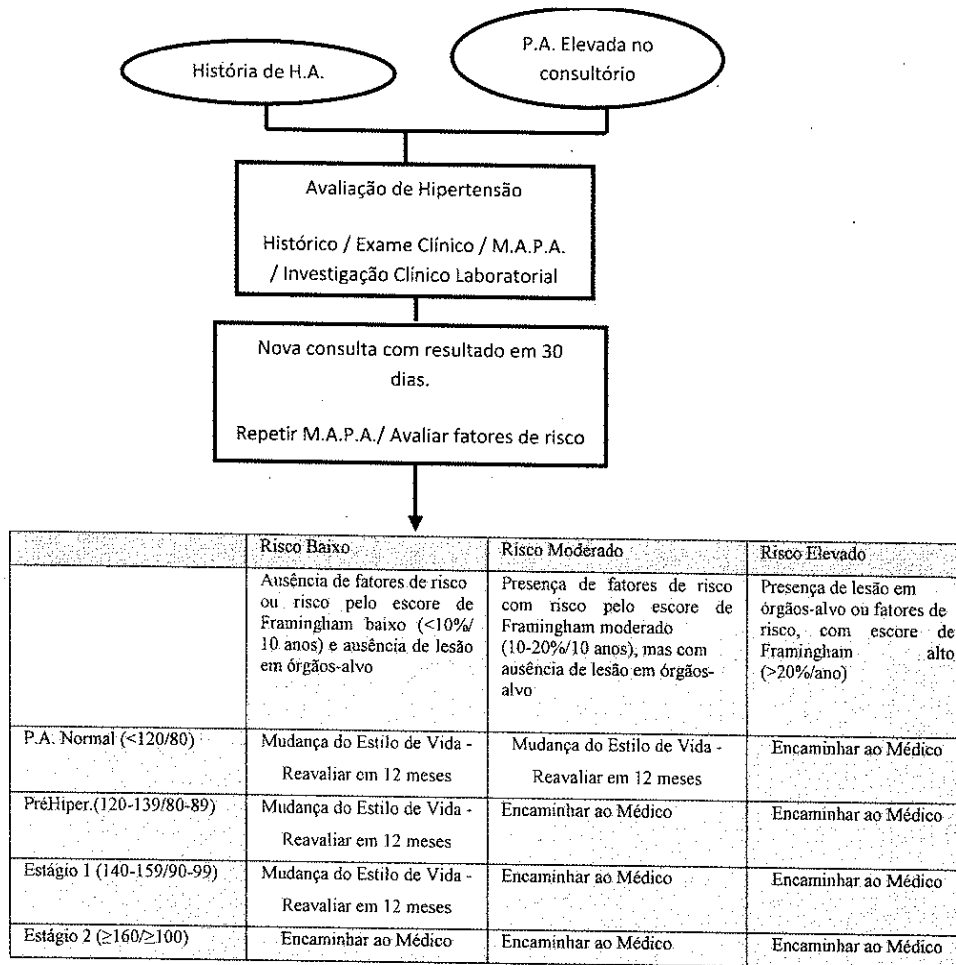
SISTÓLICA	DIASTÓLICA				
	<80	80-84	85-89	90-99	≥100
<120	-3	0	0	2	3
120-129	0	0	0	2	3
130-139	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	3
≥160	3	3	3	3	3

Total de Pontos	Risco de ECV - 10 anos
<=2	1%
-1	2%
0	2%
1	2%
2	3%
3	3%
4	4%
5	5%
6	6%
7	7%
8	8%
9	9%
10	11%
11	13%
12	15%
13	17%
14	20%
15	24%
16	27%
≥17	≥32%

Fonte: Caderno Atenção Básica nº14 – Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Renais, 2006



Fluxograma 26: Avaliação Diagnóstica e Decisão Terapêutica na H.A.S.



Fonte: Cardeno de Atenção Básica nº15 – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2006

Obs: Todo paciente deverá ser encaminhado para avaliação com o profissional Nutricionista.

Importante

O enfermeiro deverá dentro das suas atribuições estar apto a identificar, fatores de riscos para poder encaminhar o paciente ao médico. Além disso, compete ao mesmo, o incentivo a mudança do estilo de vida, adesão ao tratamento medicamentoso, realização de atividades educativas junto a equipe, acompanhar de perto os paciente "descompensados", garantir um acompanhamento efetivo e contínuo por toda a equipe, bem como solicitar os exames mínimos, nas consultas iniciais.



INTRODUÇÃO:

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos.

Rastreamento e Prevenção do Diabetes

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável.

CRITÉRIOS PARA O RASTREAMENTO DO DM EM ADULTOS ASSINTOMÁTICOS

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:
História de pai ou mãe com diabetes; Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL); Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; obesidade severa; acanthosis nigricans; Síndrome de ovários policísticos; História de doença cardiovascular; Inatividade física;

Ou

Idade ≥ 45 anos

OU

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



IMPORTANTE

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

Fonte: Cadernos de Atenção Básica nº36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013

DIAGNÓSTICO DE DIABETES E DA HIPERGLICEMIA INTERMEDIÁRIA

Principais Sintomas da Diabetes

Os sintomas clássicos de diabetes são:

poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”).

Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição.

Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco para o diabetes .

Tabela 37: Valores Preconizados para o Diagnóstico de D.M. tipo 2 e seus Estágios Pré-Clínicos

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

Fonte: Cadernos de Atenção Básica nº36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013

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



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

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

Observações a respeito dos exames.

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.

Não havendo urgência, é preferível solicitar uma glicemia de jejum medida no plasma por laboratório. Pessoas com glicemia de jejum alterada, entre 110 mg/dL e 125 mg/dL, por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer segunda avaliação por TTG-75 g.

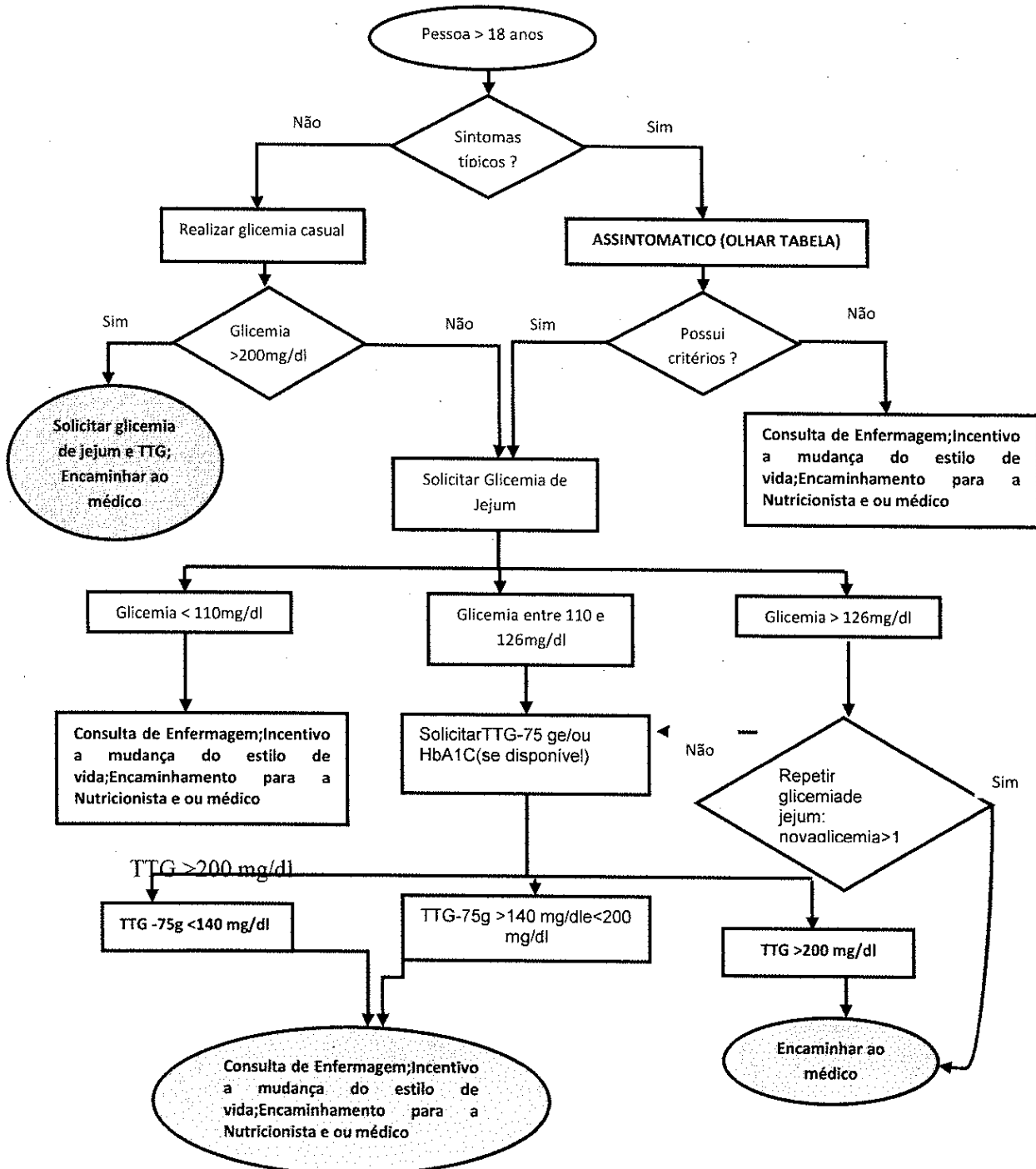
No TTG-75 g, Uma glicemia de duas horas pós-sobrecarga maior ou igual a 200 mg/dL é indicativa de diabetes e entre 140 mg/dL e 200 mg/dL, indica tolerância à glicose diminuída.

Pessoas com hiperglicemia intermediária (glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/dl, e duas horas pós-carga de 140 mg/dl a 199 mg/dl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%), também denominadas de 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, bem como reavaliação anual com glicemia de jejum.

A hemoglobina glicada, hemoglobina glicosilada ou glico-hemoglobina, também conhecida pelas siglas A1C e HbA1C, indica o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose. Como ele reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos dois a três meses, é recomendado que seja utilizado como um exame de acompanhamento e de estratificação do controle metabólico. Tem a vantagem de não necessitar de períodos em jejum para sua realização.



Fluxograma 27: Rastreamento e Diagnóstico para o DM tipo 2



Fonte: Baseado no Cadernos de Atenção Básica nº36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, p. 33; 2013



OBSERVAÇÕES

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.

Recomenda-se a utilização do escore de Framingham para estratificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2010), descrito no capítulo 2 do Cadernos de Atenção Básica, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, desta Coleção. Esta classificação considera que toda pessoa com diagnóstico de DM possui alto risco cardiovascular.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica nº36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, p. 34;2013

AValiação INICIAL

Avaliação clínica inicial de pacientes com diabetes

- História
- Resultados de exames relacionados ao diagnóstico de diabetes ou do controle metabólico.
- Sintomas de diabetes (apresentação inicial, evolução, estado atual). Frequência, gravidade e causa de cetose e cetoacidose.
- História ponderal, padrões alimentares, estado nutricional atual; em criança e adolescente, crescimento e desenvolvimento.
- Tratamentos prévios, incluindo dieta e auto-medicação, e tratamento atual.
- História familiar de diabetes (pais, irmãos).
- Infecções prévias e atuais; atenção especial à pele, pés, dentes e trato urinário.
- Uso de medicamentos que alteram a glicemia.
- História de atividade física.
- Fatores de risco para aterosclerose.
- Estilo de vida e outros aspectos que podem afetar o manejo do diabetes.
- História obstétrica.



- Presença de complicações crônicas do diabetes.

Exame Físico:

- Peso, altura e cintura.
- Maturação sexual (diabetes tipo 1).
- Pressão arterial.
- Fundo de olho (diabetes tipo 2).
- Tireóide.
- Coração.
- Pulsos periféricos.
- Pés (tipo 2).
- Pele (acantose nigricans).

Tabela 38: Exames de Rotina para o Paciente Recém Diagnosticado

Exames de Rotina	
- HMG**;	- GLICEMIA DE JEJUM*;
- URÉIA**;	- CREATININA**;
- PERFIL LIPIDICO**;	- EAS**;
- TTG**;	- HEMOGLOBINA GLICADA*;
- MICROALBUMINURIA***	
- ECG***	

Fonte: Cadernos de Atenção Básica nº36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, p. 41;2013

*Exames solicitados duas vezes ao ano (pacientes que se encontram dentro da meta glicêmica estabelecida); e a cada três meses se acima da meta pactuada;

**Exames solicitados anualmente;

*** Exames solicitados apenas quando houver indicação clínica ou queixa;

ATENÇÃO

- SUSPEITAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 (CRIANÇAS E ADOLESCENTE) GESTANTES – DEVEM SER ENCAMINHADAS AO MÉDICO DA UNIDADE;
- SENDO EVIDENCIADO COMPLICAÇÕES DA DM TIPO 2 – O PACIENTE DEVERÁ SER ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA CONSULTA MÉDICA;



MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA NO DIABETES TIPO 2

- A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes, podendo reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2%.
- A quantidade energética ingerida deve ser adequada à atividade física e ser fracionada em 5 a 6 refeições/lanches diários.
- A ingestão diária deve conter de 50 a 60% de carboidratos, a maior parte em forma complexa. Para tanto, os pacientes devem ser encorajados a comer alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais.
- A ingestão diária deve conter no máximo 30% de gorduras, sendo não mais de um terço sob a forma de ácidos graxos saturados; não exceder a 300 mg/dia de colesterol.
- Alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para preveniros oscilações acentuadas da glicemia. Quando consumidos, o limite é de 20 a 30g por dia de açúcar de forma fracionada e substituindo outro carboidrato para evitar o aumento calórico. A recomendação não é encorajá-los a comer doces, mas, auxiliá-los a, quando usar esses alimentos, fazê-lo de modo que não os prejudique.
- A ingestão de álcool, quando consumido, deve ser moderada e de preferência com as refeições. O limite diário é de uma a duas doses, isto é, 10-20g de álcool/dia. Um copo (90ml) de vinho contém 1,1 doses, uma lata de cerveja (350ml) 1,7 doses, e uma dose (35ml) de destilados 2 doses de álcool. Pacientes com hipertrigliceridemia ou mau controle metabólico não devem ingerir bebidas alcoólicas.
- O uso moderado de adoçantes não-calóricos (ciclamate, sucralose, sacarina, aspartame, acesulfame, e stévia) é seguro quando consumido em quantidades adequadas. Os alimentos dietéticos podem ser recomendados, mas, é preciso ficar atento sobre seu conteúdo calórico e de nutrientes. Alimentos diet são isentos de sacarose, quando destinados a indivíduos diabéticos, mas, podem ter valor calórico elevado, por seu teor de gorduras ou outros componentes).



- Alimentos light são de valor calórico reduzido em relação aos alimentos convencionais. Os refrigerantes e as gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero e podem ser consumidos. Por outro lado, chocolate, sorvete, alimentos com glúten (pão, macarrão, biscoitos), mesmo quando diet, são calóricos e seu uso não deve ser encorajado. Adoçantes calóricos como a frutose (p.ex., o mel), devem ser usados com restrição, respeitando as limitações indicadas na orientação dietética.
- Cerca de 80% dos pacientes recém-diagnosticados são obesos. Para esses, as medidas para o controle de peso adquirem uma importância ainda maior. Alguns aspectos merecem destaque:
 - A perda de peso é recomendada para todos os pacientes com sobrepeso ou obesidade.
 - A abordagem primária para alcançar a perda de peso é mudanças de estilo de vida, incluindo não apenas a redução da ingestão calórica, mas, também, o aumento da atividade física. É importante salientar que perdas modestas de peso da ordem de 5% a 10% trazem benefícios metabólicos significativos.
 - A dieta deverá apresentar redução de 500kcal a 1.000kcal do valor energético diário previsto, que permitem perdas ponderais de 0,5kg a 1kg por semana.
 - Para a maioria dos pacientes, a perda de peso pode ser alcançada com uma dieta com 1.000-1200kcal/dia (mulheres) e 1.200-1.600kcal/dia (homens).
 - Pacientes que não conseguem emagrecer podem estar precisando de maior suporte emocional ou orientação nutricional mais individualizada para vencer o desafio da mudança de estilo de vida.
 - Pacientes que utilizam insulina devem procurar manter seu padrão alimentar mais ou menos constante a cada dia, incluindo o valor energético total, a quantidade de carboidratos e a distribuição nas diferentes refeições.



Atividade Física

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária.

As orientações de exercícios seguem as recomendações para adultos saudáveis observando, no entanto, algumas especificidades:

O exercício deve ser iniciado de forma gradual, como caminhadas por 5 a 10 min em terreno plano, aumentando semanalmente até alcançar 30 a 60 min diários, 5 a 7 dias por semana. Nesse processo, qualquer aumento de atividade física deve ser valorizado como um ganho de saúde e não como uma meta final não alcançada.

Os calçados devem ser confortáveis, evitando bolhas e calosidades.

A intensidade de atividade física deve ser aumentada progressivamente, tendo como objetivo atingir intensidade moderada (60 e 80% da frequência cardíaca máxima). Na prática, a mudança progressiva da intensidade pode ser orientada pelo teste da fala da seguinte maneira: a intensidade é leve quando ainda é possível cantar, moderada quando ainda é possível conversar confortavelmente, e intensa quando a pessoa fica ofegante, limitando a conversação.

Indivíduos com perda significativa de sensibilidade nos pés devem evitar caminhar em esteiras ou ao ar livre, correr, etc. Nesses casos, os exercícios mais recomendados são natação, ciclismo, remo e exercícios realizados na posição sentada. Casos com retinopatia proliferativa não tratada ou tratada recentemente devem evitar exercícios que aumentam a pressão intra-abdominal, que têm efeito semelhante à manobra de Valsalva, que englobam movimentos rápidos da cabeça ou que envolvem risco de traumatismo ocular.

Antes de iniciar um exercício vigoroso, é necessário afastar complicações como retinopatia proliferativa, neuropatia autonômica e doença cardíaca importante. Indivíduos com risco cardiovascular >10% em 10 anos ou com sintomas de neuropatia autonômica que desejam praticar exercício vigoroso, se eram anteriormente sedentários, devem ser encaminhados ao cardiologista para orientação.



As atividades ao gosto do paciente, como caminhar e dançar, devem ser incentivadas, especialmente quando programas estruturados não estão disponíveis.

Um programa estruturado de atividade física em pacientes com diabetes deve partir de uma prescrição individualizada de exercícios, de preferência acompanhada de demonstrações práticas, em sessões formais (recomenda-se pelo menos duas) de condicionamento físico, nas quais sejam contempladas todas as etapas que compõem uma sessão padrão de exercício, incluindo aquecimento, parte principal e desaquecimento-relaxamento (volta à calma). Na ausência de contra-indicações, deve ser encorajada também a prática de exercício de resistência 3 vezes por semana, nos principais grupos musculares.

As seguintes informações são importantes para pacientes com diabetes menos estável, especialmente casos de diabetes tipo 1:

- Evitar aplicar insulina em local que será muito exercitado (p.ex., quando faz trabalho de fortalecimento de quadríceps, caminhada e corrida evitar aplicação na perna, fazendo-a no abdômen), pois pode afetar sua velocidade de absorção.
- Se possível, realizar controle metabólico (glicemia capilar) antes da atividade.
Postergar o início do exercício com glicemia > 250 mg/dL no tipo 1.
- Ingerir um alimento contendo carboidrato se a glicemia for inferior a 100 mg/dL.
- Ingerir carboidratos de fácil digestão antes, durante e depois de exercício prolongado.
- Diminuir a dose de insulina ou aumentar a ingesta de carboidrato (para cada 30 minutos de exercício, 10 a 15g) quando for praticar exercício.
- Evitar exercitar-se no pico de ação da insulina.
- Evitar exercícios de intensidade elevada e de longa duração (mais que 60 minutos).
- Carregar consigo um alimento contendo carboidrato para ser usado em eventual hipoglicemia.
- Estar alerta para sintomas de hipoglicemia durante e após o exercício.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos.
- Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades.
- Realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários, definindo claramente a presença do risco e encaminhado ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário.
- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não-medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário.
- Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de pacientes diabéticos).
- Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
- Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.
- Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
- Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.
- Encaminhar os pacientes portadores de diabetes, seguindo a periodicidade descrita neste manual, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos não-aderentes, de difícil controle, portadores de lesões em órgãos-alvo ou com co- morbididades) para consultas com o médico da equipe.



- Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco.
- Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto aoportador de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso).
- Organizar junto ao médico, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes.
- Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.



PREFEITURA DE
SINOP

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus.** Brasília. D.F., 2013.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT): ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

INTRODUÇÃO

O atendimento de pacientes com IST (s) (Infecções Sexualmente Transmissíveis) tem algumas particularidades. Ele visa interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível. Visa, ainda, evitar as complicações advindas da(s) IST (s) em questão, e a cessação imediata dos sintomas. O objetivo desse atendimento é tentar prover, **em uma única consulta de Enfermagem** (Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87 de 08 de junho de 1987): exames laboratoriais, diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados (Resolução COFEN-195/1997).

A conduta, no entanto, não deverá depender de processos demorados de realização e/ou interpretação dos exames (Abordagem Síndrômica – ANEXO 1). Não se quer dizer com isto que o laboratório seja dispensável, ao contrário, tem papel fundamental principalmente em unidades de saúde de maior complexidade, que servirão como fontes para a definição do perfil epidemiológico das diferentes IST e de sua sensibilidade aos medicamentos preconizados. De acordo o **MANUAL DE CONTROLES DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST's (Ministério da Saúde, 2006, p.18)**, “Os exames laboratoriais devem ser colhidos na mesma oportunidade, sempre que possível, mas a conduta não deve ser postergada aguardando seus resultados.”

Segundo o mesmo Manual:

Para propiciar o diagnóstico precoce e tratamento imediato, propõe-se o uso de abordagem síndrômica, que se baseia em fluxogramas de conduta. A literatura



mostra que os fluxogramas para úlceras genitais e corrimentos uretrais são bastante eficientes. Entretanto, não se observa o mesmo desempenho para corrimentos vaginal e cervical (Sanganiet al., 2004, Vuylsteke 2004). Para aumentar sua capacidade preditiva dos verdadeiros casos de infecção, propõe-se a inclusão de insumos como fitas de pH vaginal e hidróxido de potássio (KOH) na diferenciação das causas de corrimento e a utilização de critérios de risco para endocervicite (WHO 2005).

Fluxogramas específicos, já desenvolvidos e testados (MS), são instrumentos que auxiliarão o profissional que realiza o atendimento na tomada de decisões. Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional Enfermeiro, ainda que não especialista, estará habilitado a: determinar um diagnóstico baseado em uma abordagem sindrômica e implementar o tratamento imediato. Além disso, deverá realizar aconselhamento para estimular a adesão ao tratamento, para a redução de riscos, para a convocação, orientação e tratamento de parceiros, promoção de incentivo ao uso de preservativos, dentre outros aspectos.

O exame físico e a anamnese do paciente e de seus contatos sexuais devem constituir-se nos principais elementos diagnósticos das IST (s).

Os profissionais Enfermeiros (as) deverão aproveitar o ensejo para incluir na consulta de enfermagem o exame clínico-genital minucioso. Nesta oportunidade, deverão orientar quanto à necessidade da redução de comportamentos de risco, cuidados higiênicos, oferta dos testes rápidos para HIV, Hepatites Virais e sífilis bem como a oferta da vacinação para a Hepatite B (nota técnica nº 02/2013/CGPNI/DEVEP e CGDHRV/DST – AIDS/SVS/MS), aconselhamento (em grupo ou individualizado) e estímulo à adesão ao tratamento, além da promoção do uso de preservativos (masculinos adulto/adolescentes efeminino), dispensação dos mesmos, convocação dos parceiros sexuais e a notificação do caso. Ressalta-se que a utilização dos testes rápidos deverão ser utilizados dentro dos parâmetros e de acordo com a portaria PORTARIAMS/GM nº 77, de 12 de janeiro de 2012.

Sempre que possível deverá ser realizada pesquisa e observação de achados que possam identificar outras doenças, por meio do exame físico e anamnese. A oferta do colpocitologia oncológica e inspeção das mamas são fundamentais dentro da abordagem das IST's. O Aconselhamento como ação preventiva torna-se uma estratégia fundamental em todo o processo da avaliação/ação do enfermeiro. Define-se como Aconselhamento, de acordo com



o **MANUAL DE CONTROLES DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**
– DST's (Ministério da Saúde, 2006, p.19):

Um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/ Aids.

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada neste Protocolo, em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan – Americana da Saúde (OPAS), pela sociedade científica e por alguns países. Nesse contexto, alerta-se a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sintomas, o que aponta para estratégias de atenção integral, eficaz e resolutiva.

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

PROCEDIMENTOS PARA COMUNICAÇÃO DE PARCEIROS

Serão considerados parceiros, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o cliente relacionou-se sexualmente **entre 30 e 90 dias**, segundo a tabela abaixo, excluindo-se os parceiros de mulheres com corrimento por vaginose bacteriana e candidíase. A estratégia para convocação de parceiros sexuais é recomendado, e deverá ser escolhida pela equipe de saúde.



Tabela 39: Condições Clínicas e Tempo de Contato Sexual para Comunicação aos Parceiros

	Úlceras	Corrimento uretral ou infecção cervical	Tricomoníase	DIP	Sífilis
Tempo de contato sexual	90 dias	60 dias	Parceiro atual	60 dias	Latente: 12 meses Secundária: 06 meses

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

***É imprescindível convocar as parceiras grávidas de homens portadores de qualquer DST pelos riscos de transmissão congênita de diversas destas infecções.**

Manejo clínico de parceiros

Ao chegar ao serviço de saúde, o parceiro deve ser considerado um portador da mesma síndrome ou doença que acometeu o cliente-índice, mesmo que não apresente nenhumsintoma ou sinal, e receber o mesmo tratamento recomendado para a sua condiçãoclínica.

NOTIFICAÇÕES

Apenas a sífilis em gestante, sífilis congênita, a AIDS e a infecção pelo HIV em gestantes / crianças expostas são doenças de transmissão sexual de notificação compulsória. Para as outras ISTs, recomenda-se a notificação universal baseada em síndromes, via SINAN, que aumenta a sensibilidade e a agilidade do sistema (WHO 1997).

IDENTIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES

Embora as IST sejam causadas por muitos microrganismos diferentes, estes apenas determinam um número limitado de síndromes. Uma síndrome é constituída por um grupo de sintomas referidos pelo paciente e sinais que podem ser observados durante o exame.

As principais características da abordagem sindrômica são:

- Classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por

- eles causados;
- Utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- Indica o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome;
- Inclui o tratamento dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos;
- Inclui a oferta da sorologia para sífilis, hepatites Virais e para HIV.
- Realizar as notificações.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Aconselhar, oferecer e realizaros testes rápidos / sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis (portaria Nº 77, DE 12 DE JANEIRO DE 2012).
- Realizar Consulta de enfermagem.
- Informar a pessoa aconselhada e testada sobre sua situação sorológica.
- Solicitar exames complementares conforme protocolo municipal.
- Prescrever as medicações conforme protocolo municipal e / ou encaminhar o paciente para o Serviço de referência do Município;
- Notificar as doenças de caráter compulsório ou não;
- Ofertar e vacinar contra hepatite B dentro da faixa etária permitida ou dos grupos priorizados (nota técnica nº 02/2013/CGPNI/DEVEP e CGDHRV/DST – AIDS/SVS/MS).
- Ofertar a vacina HPV de acordo com critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- 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; e encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros(as) sexuais. Fornecer ao paciente cartões de convocação para parceiros(as) devidamente preenchidos.
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.

SÍNDROMES CLÍNICAS PRINCIPAIS

As síndromes são apresentadas, a seguir, com seus fluxogramas, propostas terapêuticas, seguidas por esclarecimentos e orientações para situações especiais. Torna-se fundamental ao profissional Enfermeiro a solicitação e realização dos testes rápidos para as principais IST, bem como a informação da situação sorológica, frente a estas síndromes.

Tabela 40: Síndromes Clínicas. Seus Agentes, Transmissão e Cura

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curavel
Úlceras	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	bactéria	sim	sim
	Crancro Mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	bactéria	sim	sim
	Herpes	<i>Herpes simplex vírus (HSV-2)</i>	vírus	sim	não
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Linfogranuloma	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
Corrimentos	Vaginose bacteriana	múltiplos	bactéria	não	sim
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	fungo	não	sim
	Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	bactéria	sim	sim
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	protozoário	sim	sim
Verrugas	Condiloma	<i>Papilomavírus Humano</i>	vírus	sim	não

Fonte: Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST



Tabela 41: Sinais e Sintomas das Principais Síndromes de IST e suas Etiologias mais Comuns

Síndrome	Sintomas Mais Comuns	Sinais Mais Comuns	Etiologias Mais Comuns
Corrimento Vaginal	Corrimento vaginal Prurido Dor à micção Dor durante relação sexual Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva Corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa: Tricomoníase Vaginose Bacteriana Candidíase Cervicite: Gonorréia Infecção por Clamídia
Corrimento Uretral	Corrimento uretral Prurido Estrangúria Polaciúria Odor fétido	Corrimento uretral (se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	Gonorréia Infecção por Clamídia Tricomoníase Mycoplasma Ureaplasma
Úlcera Genital	Úlcera genital	Úlcera genital Aumento de linfonodos inguinais	Sífilis Cancro mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou Dor Pélvica na Mulher	Desconforto ou Dor Pélvica Dor durante relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor à mobilização do colo Temperatura > 38°C	Gonorréia Infecção por Clamídia Infecção por germes Anaeróbios

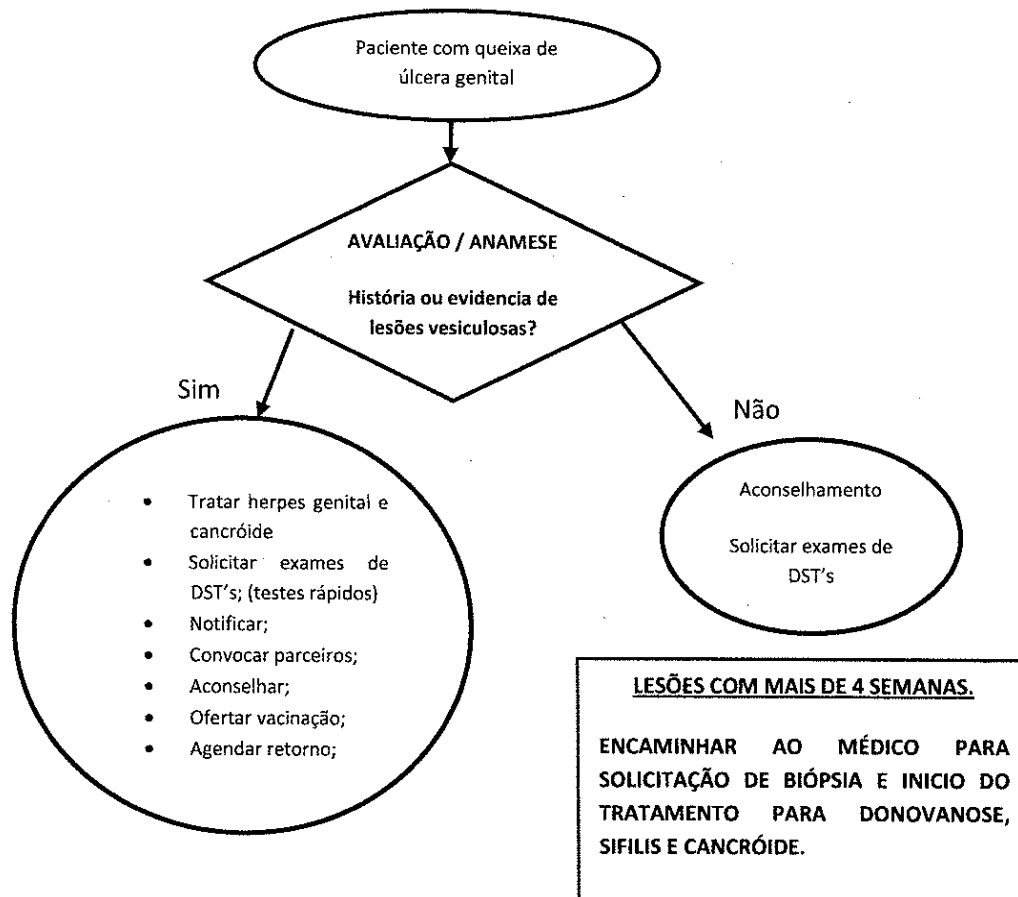
Fonte: Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde de Goiás



ULCERAS GENITAIS

Abordagem sindrômica

Fluxograma 28: Úlceras Genitais



Fonte: Baseado no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

Tabela 42: Tratamento de Herpes Genital

FARMACO	PRIMEIRO EPISÓDIO
01ª ESCOLHA	Aciclovir 200 mg, 02cp, VO, 8/8 horas, por 7 dias

FONTE: Baseado no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

Observação: Em caso de Recorrências, Recidivas, Gestantes e Pacientes acometidos de HIV. Estes deverão ser encaminhados ao Médico e/ou Serviço de Referência.



Na ausência de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento presuntivo para três causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis, o cancroide e donovanose.

Tabela 43: Tratamento de Sífilis, Cancróide e Donovanose

	1º ESCOLHA	2º ESCOLHA	OBSERVAÇÕES
SÍFILIS	Penicilina Benzatina, 2.4 milhões UI , via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega), por 03 semanas (totalizando 7,2 milhões)	Obs: relatado alergia medicamentosa, o paciente deverá ser encaminhado ao médico e/ou serviço de referência	
CANCROÍDE	Azitromicina 500mg, 02cp, VO em dose única;OU Ceftriaxona 250 mg, IM , dose única;	Ciprofloxacina 500mg, 01cp, V.O. , dose única.	O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.
DONOVANOSE	Doxiciclina 100mg, 01cp, V.O. , 2x ao dia por pelo menos 21 dias;	Azitromicina 500mg, 02cp, V.O. 01x por semana, por 03 semanas; Ou Ciprofloxacina 500mg, 1 e ½ cp, V.O. , 02x ao dia por 21 dias; Ou Sulfa + Trimetopim 400/80mg, 02cp V.O. , 02x ao dia por 03 semanas.	Não é necessário tratar parceiros sexuais.

Fonte: Baseado no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

CONSIDERAÇÕES SOBRE A SÍFILIS

- No momento da avaliação, aconselhamento e conduta do profissional enfermeiro, caberá ao mesmo solicitar VDRL Quantitativo durante o tratamento e após sua conclusão. A titulação deverá permanecer baixa (cicatriz sorológica). É fundamental durante o processo de acolhimento, orientar o casal sobre a abstinência sexual durante o tratamento.
- Sendo interrompido o tratamento ou evidenciado atraso nas doses, o esquema terapêutico deverá ser reiniciado.
- Sendo evidenciado o aumento ou a permanência da mesma titulação, o mesmo deverá ser encaminhado ao médico e/ou serviço de referência. Elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas.
- **Em pacientes NÃO GESTANTES:** O controle após a cura deverá **ser trimestral** por meio do VDRL quantitativo, considerando resposta adequada ao tratamento, manutenção ou declínio dos títulos. Recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de 3 em 3 meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses.
- Gestantes com VDRL positivo deverão ser encaminhadas ao médico e/ou serviço de referência para melhor acompanhamento. Ressalta-se que o enfermeiro deverá notificar, prescrever e tratar o casal durante o encaminhamento.
- **Referenciar não exige a equipe de saúde da família de acompanhar e solicitar exames de “controle”, como exemplo, o VDRL quantitativo, que deverá ser solicitado em toda consulta de pré-natal.**
- De acordo com a PORTARIA/MS Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011, art.01º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado.

Segundo o MANUAL DE CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DST, p.45:

As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas se não houver resposta ou se houver aumento de pelo menos duas diluições na titulação.

❖ **O não tratamento da parceria sexual implica “tratamento inadequado da mãe” e conceito será considerado como “sífilis congênita”.**

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CANCRÓIDE

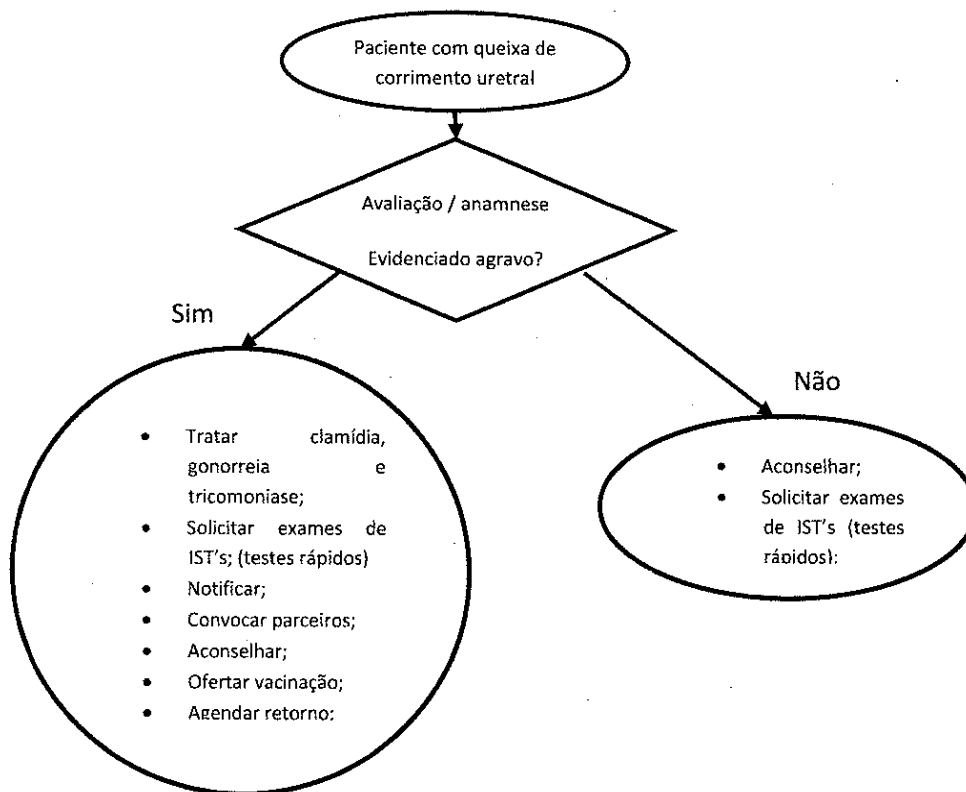
- O tratamento sistêmico deve ser sempre acompanhado por medidas de higiene local.
- O paciente **deve ser reexaminado 07 dias** após início da terapia, devendo, ao fim desse período, haver melhora dos sintomas e da própria lesão.
- O seguimento deve ser feito até a involução total das lesões.
- O tratamento dos parceiros sexuais está recomendado mesmo que a doença clínica não seja demonstrada, pela possibilidade de existirem portadores assintomáticos, principalmente entre mulheres.

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente para o médico.



CORRIMENTO URETRAL – ABORDAGEM SINDRÔMICA

Fluxograma 29: Corrimento Uretral



Fonte: Baseado no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

O diagnóstico da uretrite é baseado em presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento.



Tabela 44: Opções Terapêuticas para corrimento Uretral e Cervicite

	1º OPÇÃO	2º OPÇÃO
Uretrite gonocócica e por Clamídia não complicada (uretrite e proctite)	Ciprofloxacina 500mg, 1cp, VO, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2cp, VO, dose única OU Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2cp, VO, dose única	Ceftriaxona 500 mg IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2cp, VO, dose única OU Cefotaxima 500 mg, IM, dose única
Infeção anogenital não complicada (uretra, colo do útero e reto)	Em menores de 18 anos e gestantes: Ciprofloxacina é contraindicada, e a droga de escolha é ceftriaxona	Cefotaxima 1000 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.

Fonte: Baseado no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

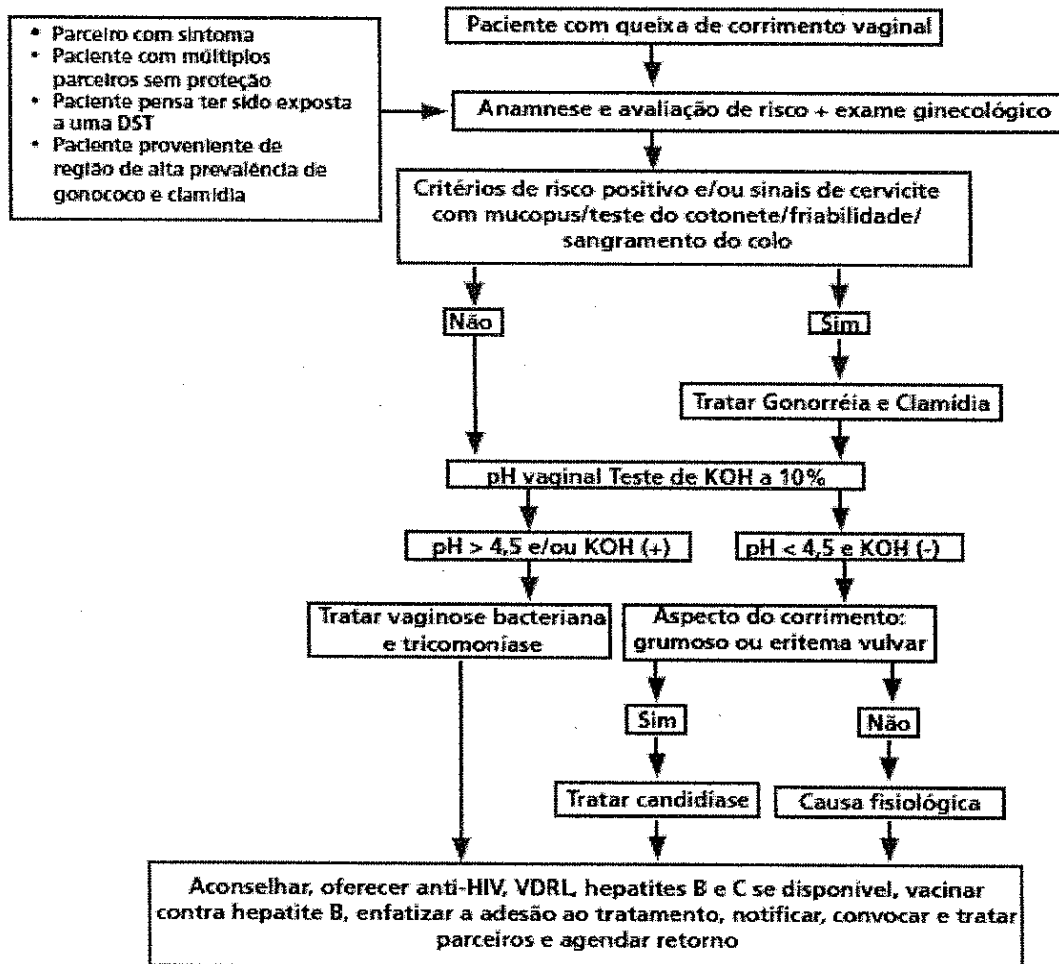
Orientações específicas

- Não ordenhar a uretra durante ou após tratamento.
- **No retorno (7 a 10 dias)**, em caso de existência do corrimento ou recidiva, se o tratamento para gonorreia e clamídia do paciente e de seus parceiros foi adequado, deverá ser oferecido tratamento para agentes menos frequentes (micoplasma, ureaplasma, T. vaginalis).
- **O critério de cura no homem é basicamente clínico.**
- Pacientes infectados pelo HIV com uretrite gonocócica recebem o mesmo tratamento que os não infectados por esse vírus.
- A maioria das uretrites são sexualmente transmissíveis. Abstinência sexual e uso de preservativos é recomendado durante o tratamento. Em alguns casos é importante também tratar o parceiro, mesmo que este seja assintomático, para evitar uma nova contaminação do paciente.
- Não apresentando melhora ou mantendo as mesmas queixas após o tratamento, o paciente, deverá ser encaminhado ao médico e/ou serviço de referência.



CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE – ABORDAGEM SINDRÔMICA

Fluxograma 30: Corrimento Vaginal e Cervicite (sem Microscopia)



Fonte: Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

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.

Não estando disponíveis a medida do pH vaginal e o teste das aminas, e sendo visualizado o corrimento vaginal durante o exame especular, a paciente deve ser tratada para todas as possíveis enfermidades que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidose.



Fonte: Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, p.57, 2006.

Tabela 45: Critérios de Risco para Infecção Cervical (WHO.RTI, 2004)

- 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 (> 10%) e clamídia (> 20%)

Fonte: Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, 2006.

O exame ginecológico é parte essencial do fluxograma de conduta e deve ser **MUITO** bem realizado. Algumas orientações como:

- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo).
- Colher material para realização da bacterioscopia quando disponível e para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, considerando o resultado positivo se o cheiro for de peixe podre).
- Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical (colher swabendocervical com cotonete e observar se muco purulento contraído em papel branco). Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos, pesquisa de clamídia.

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

Parceiros sexuais: devem ser tratados, **preferencialmente com medicamentos de dose única**. Pacientes portadores de HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas acima referidos.

Tabela 46: Opções Terapêuticas para Corrimentos Vaginais

	Primeira opção	Segunda opção	Tratamento em Gestantes	Casos recorrentes	Comentários
Candidíase Vulvovaginal	Miconazol@ creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, a noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias	Fluconazol 150 mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 1 dia	Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação.	Mesmas opções do tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias OU Fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x /semana, por 6 meses	Comentários As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. É comum durante a gestação, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.
Vaginose Bacteriana	Metronidazol # 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias&	Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias&	Primeiro trimestre: Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias& Após primeiro trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido VO, 3x dia, por 7 dias	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.
Tricomoníase	Metronidazol# 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g)9, VO, dose única OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 7 dias		Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) OU Metronidazol 400mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 7 dias OU Metronidazol 250 mg, 1 comprimido, VO, 3x dia, por 7 dias		As parcerias sexuais não devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.

Notas:
 PVHA devem ser tratadas com os mesmos esquemas terapêuticos recomendados acima
 Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool, pelo "efeito antabuse", caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca
 Cremes vaginais com metronidazol não são recomendados pela baixa eficácia
 Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais
 Manter o tratamento se a paciente menstruar

@ Outros derivados imidazólicos creme ou óvulos (ex: clotrimazol creme vaginal 1% ou óvulos 100mg, fluconazol creme vaginal 6,5% ou óvulos 300mg) têm eficácia semelhante ao miconazol creme vaginal a 2%, que é a opção terapêutica disponível na Rename (2013).
 # Outros derivados imidazólicos via oral (ex: tinidazol, que é contraindicado na gestação e lactação) têm eficácia semelhante quando comparados ao metronidazol comprimido, opção terapêutica disponível na Rename (2013).
 & A clindamicina creme vaginal, alternativa ao metronidazol gel vaginal, não se encontra disponível na RENAME (2013)

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015



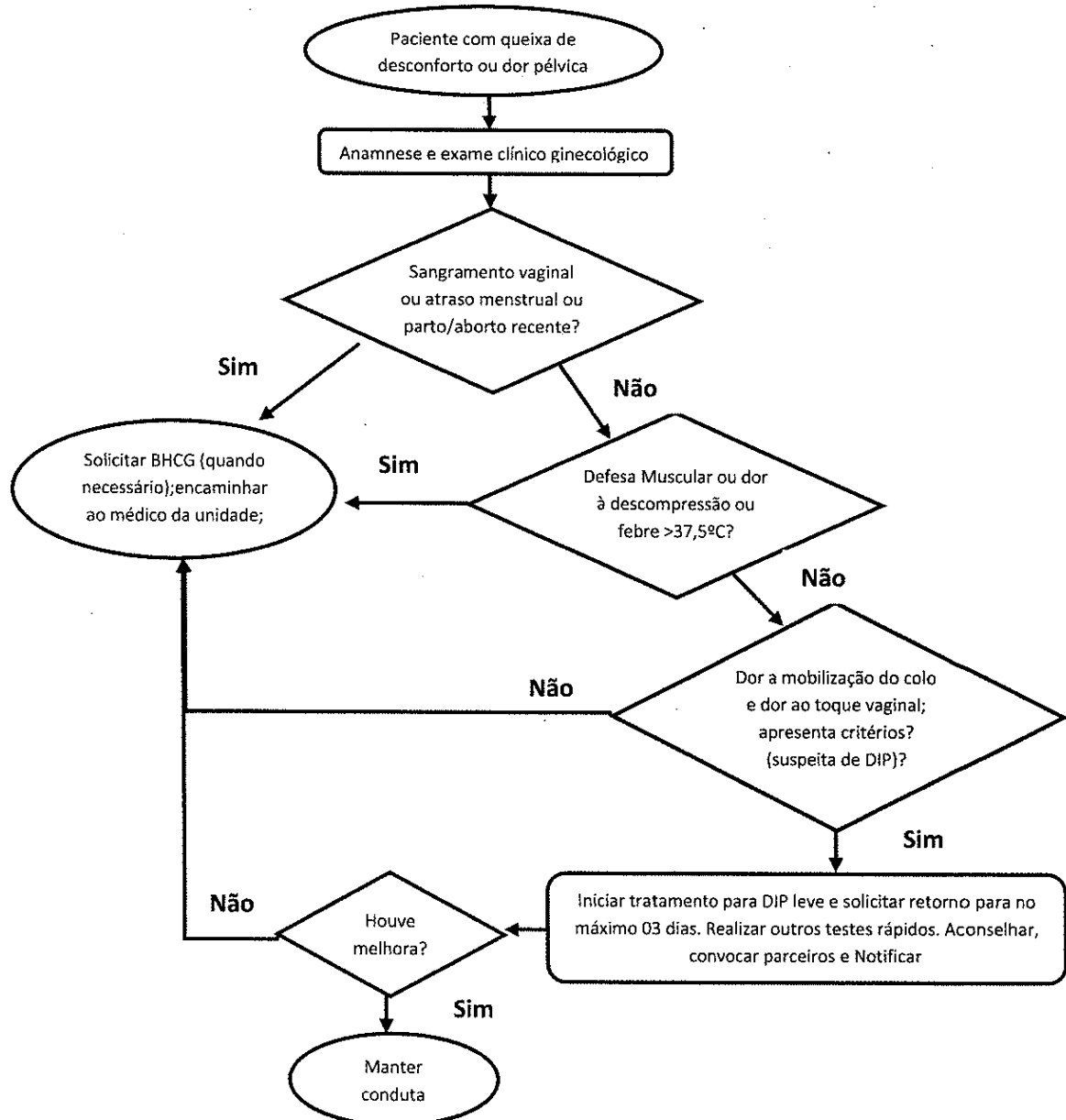


Considerações

- A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas (Infecções do Trato Reprodutivo – ITR). Assim, apenas os parceiros de mulheres com tricomoníase, devem ser tratados com o mesmo medicamento em dose única, porque esta é considerada uma IST.
- Mulheres vivendo com HIV/AIDS: Encaminhar ao médico e / ou serviço de referência.
- **Nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase no resultado do Preventivo, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 3 meses, para avaliar se as alterações persistem.**
- Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais.
- Nos casos de recidiva / recorrência das patologias, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação médica.



Fluxograma 31: Desconforto e Dor Pélvica



Fonte: Baseado no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

Para a confirmação clínica de DIP, é necessária a presença de:

- Três critérios maiores **MAIS** um critério menor

OU

- Um critério elaborado

Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade do diagnóstico clínico de

DIP.



Tabela 47: Critérios Elaborados para o Diagnóstico de D.I.P.

Critérios Maiores
dor no hipogástrio
dor à palpação dos anexos
dor à mobilização de colo uterino
Critérios Menores
Temperatura axilar > 37,5oC ou temperatura > 38,3oC
Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal
Massa pélvica
Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice
Leucositose em sangue periférico
Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada
Comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas
Critérios Elaborados
Evidência histopatológica de endometrite
Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem
Laparoscopia com evidência de DIP

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

Os exames laboratoriais e de imagens elencados abaixo são úteis para auxílio no diagnóstico de DIP:

- Hemograma completo;
- VHS;
- Proteína C reativa ;
- Exame bacterioscópico para Vaginose Bacteriana;
- Cultura de material de endocérvice com antibiograma ou NAAT para *Neisseria gonorrhoeae*;
- Pesquisa de Clamídia no material de endocérvice, da uretra, de laparoscopia ou de punção do fundo de saco posterior ;
- Exame qualitativo de urina e urocultura (para afastar hipótese de infecção do trato urinário)
- Hemocultura;
- Teste de gravidez (para afastar gravidez ectópica) ;
- Exames de imagem (solicitado apenas pelo médico) – ultrassonografia transvaginal e pélvica é método acessível e não invasivo no diagnóstico de complicações relacionadas à DIP, como: abscesso tubo-ovariano, cistos ovarianos, torção de ovário. O principal achado ultrassonográfico na DIP é a presença de uma fina camada líquida, preenchendo a trompa, com ou sem a presença de líquido livre na pelve.



Tabela 48: Opções Terapêuticas para DIP LEVE, sem Sinais de Peritoniso ou Febre (Tratamento Ambulatorial).

Tratamento	Primeira opção	Segunda opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias E Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias	Cefotaxima 500mg, IM, dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias E Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015

As parcerias sexuais dos últimos dois meses, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra *Neisseriagonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

- O exame ginecológico deve seguir os mesmos passos já descritos no fluxograma de corrimento vaginal.
- Limpar o colo uterino e observar se existe mucoposendocervical (teste do cotonete) ou friabilidade do colo.
- Ao toque vaginal, pesquisar hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos, e a presença de massas ou coleções.
- 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 ou / e ao médico para 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.
- Outras possíveis causas da dor ou desconforto pélvico 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 ao médico.



- 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.
- Pacientes com uso de DIU devem ser encaminhadas ao médico.
- A paciente deve ser orientada a manter repouso e abstinência sexual.
- O retorno deverá ser agendado com três dias de tratamento, se a mesma 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 o médico.
- Devem ser investigado outras IST's, solicitando sorologias ou realizando testes rápidos e notificando caso seja necessário;
- Parceiros sexuais (dos últimos 60 dias, devem ser comunicados / convocados);
- A dor pélvica é classicamente dividida em aguda e crônica. A aguda tem início súbito e geralmente é intensa o 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. Neste segundo caso a paciente deverá ser encaminhada ao médico.
- Caberá ao enfermeiro na 1ª consulta a solicitação de exames laboratoriais como o Hemograma, EAS e o teste de gravidez (para afastar gravidez ectópica).

Tabela 49: Exames de Rotina no Citopatológico (Suspeita de DIP)

- HMG;	- EAS;
- BHCG;	- SEVA*;
- VHS*;	- PCR*;
- DST'S;	- Hemocultura*;
- Urocultura;	

Fonte: Baseado no Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST

*Exames solicitados na suspeita de D.I.P.;

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite.

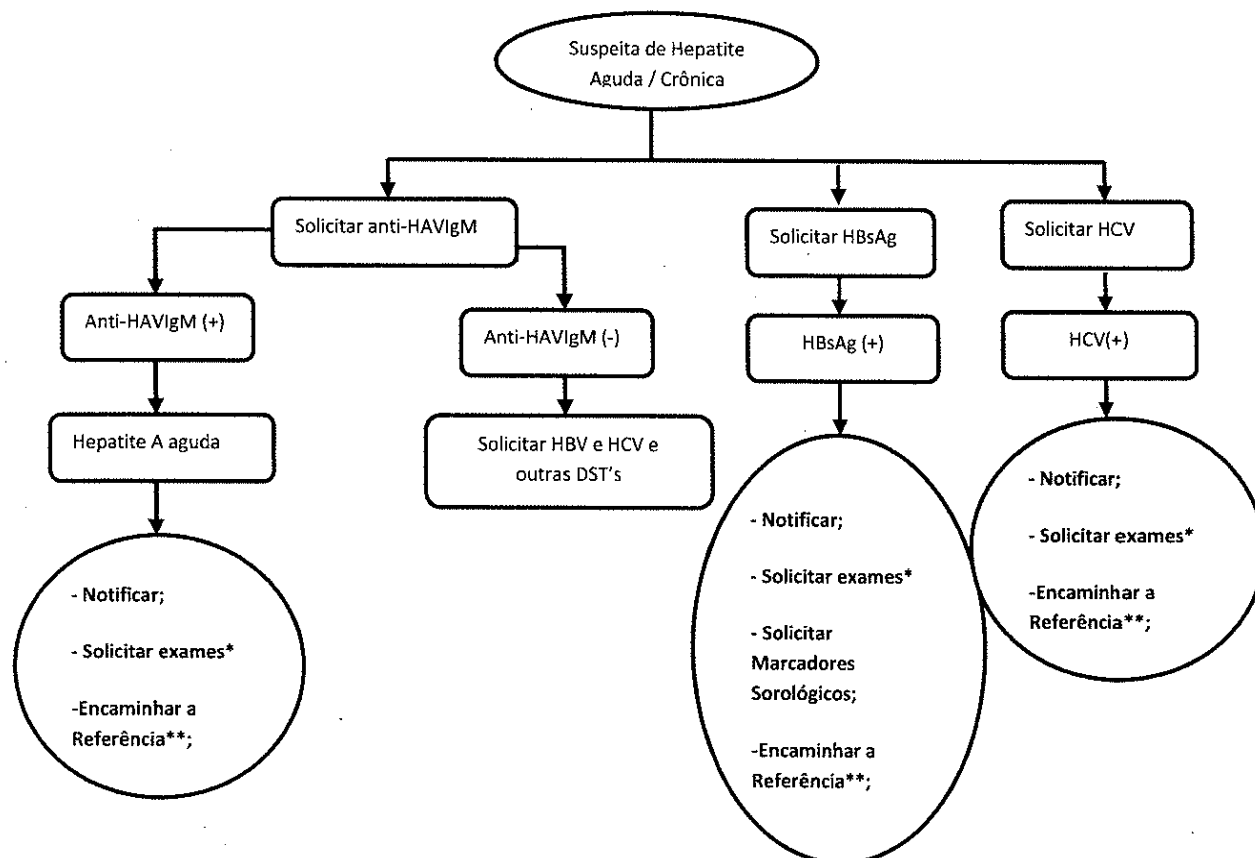


Tabela 50: Interpretação dos Resultados Sorológicos da Hepatite A.

Anti-HAV Total	Anti-HAV IgM	Interpretação
(+)	(+)	Infecção recente pelo vírus da hepatite A.
(+)	(-)	Infecção passada pelo vírus da hepatite A.
(-)	(-)	Ausência de contacto com o vírus da hepatite A, não imune.

Fonte: Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST

Fluxograma 32: Diagnóstico para Hepatites A/B/C



Fonte: Baseado no Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST

*Solicitar AST (TGO), ALT(TGP), Bilirrubina Direta, Indireta e DST's;

**Em pacientes adultos, a patologia pode ser fulminante. Neste caso o paciente deverá ser encaminhado com urgência para o médico ou unidade de referência – S.A.E.



Tabela 51: Significado dos Marcadores Sorológicos – Hepatite B Aguda

Marcador	Significado
HBsAg	É o primeiro marcador que aparece no curso da infecção pelo HBV. Na hepatite aguda, ele declina a níveis indetectáveis rapidamente.
Anti-HBc IgM	É marcador de infecção recente, encontrado no soro até seis meses após a infecção.
Anti-HBc IgG	É marcador de longa duração, presente nas infecções agudas e crônicas. Representa contato prévio com o vírus.
HBeAg	É marcador de replicação viral. Sua positividade indica alta infectiosidade.
Anti-HBe	Surge após o desaparecimento do HBeAg, indica o fim da fase replicativa.
Anti-HBs	É o único anticorpo que confere imunidade ao HBV. Está presente no soro após o desaparecimento do HBsAg, sendo indicador de cura e imunidade. Está presente isoladamente em pessoas vacinadas.

Fonte: Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST

Tabela 52: Significado dos Marcadores Sorológicos - Hepatite B Crônica

Marcador	Significado
HbsAg	Sua presença por mais de seis meses é indicativa de hepatite crônica
HbeAg	Na infecção crônica está presente enquanto ocorrer replicação viral, exceto nas cepas com mutação pré-core (não produtoras da proteína "e").
Anti-Hbe	Sua presença sugere redução ou ausência de replicação viral.

Fonte Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis –DST



Tabela 53: Interpretação dos Resultados Sorológicos e Fase de Infecção - Hepatite B

Interpretação	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG**	Anti-HBe	Anti-HBs
Susceptível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Incubação	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Fase aguda	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
Fase aguda final ou hepatite crônica	(+) (+) (+)	(+) (-) (-)	(-) (-) (-)	(+) (+) (+)	(-) (+) (-)	(-) (-) (-)
Início fase convalescente	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)
Imunidade, infecção passada recente.	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)
Imunidade, infecção passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)
Imunidade, resposta vacinal	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

*Perfis sorológicos atípicos podem ser encontrados no curso da infecção pelo HBV, tais circunstâncias necessitam da avaliação de um especialista (Hepatologista ou Infectologista).

**Devido à pequena disponibilidade comercial desse marcador, pode-se utilizar o anti-HBc total em seu lugar.

Fonte Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Não existe tratamento específico para as hepatites;
- O uso de medicações sintomáticas para vômitos e febre deve ser realizado quando pertinente;
- Devem-se evitar medicamentos hepatotóxicos;
- Aconselhar sobre a restrição do uso do álcool;
- O acompanhamento clínico e a alta deverá ser atribuição médica para as hepatites aguda e crônica. O enfermeiro deverá aconselhar, diagnosticar, notificar, solicitar ou realizar outras sorologias (teste rápidos), agendar consultas quinzenais no primeiro mês e mensais nos outros meses até a resolução do problema;



- No momento do aconselhamento solicitar exames complementares como TGO, TGP, aminotransferases, TP, bilirrubinas e albumina, gama-GT, fosfatase alcalina e proteínas totais e frações.
- A solicitação dos marcadores sorológicos poderá ser realizada pelo enfermeiro.
- Todos os casos devem ser encaminhados ao médico e ao setor de referência, após o primeiro atendimento e ACONSELHAMENTO.
- Ao sinal de algum critério de gravidade (vômitos repetidos, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, asterixe – “flapping”, torpor e coma)), encaminhar ao setor de referência;

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE TIPO B

A imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAB), disponível nos Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), sendo solicitado pelo médico da unidade e é indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus da hepatite B nas seguintes situações:

- Vítimas de abuso sexual;
- Comunicantes sexuais de caso agudo de hepatite B;
- Vítimas de exposição sanguínea (acidente perfuro-cortante ou exposição de mucosas), quando o caso fonte for portador do HBV ou de alto risco;
- Recém-nascidos de mãe sabidamente portadora do HBV.

Pacientes que receberam a IGHAB devem iniciar ou completar o esquema de imunização contra a hepatite B.

O ACONSELHAMENTO E A OFERTA DOS EXAMES SOROLÓGICOS / TESTES RÁPIDOS / DIAGNOSTICO E O TRATAMENTO ADEQUADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM É FUNDAMENTAL PARA A QUEBRA DA CADEIA DE TRANSMISSÃO.



INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Na forma clínica condilomatosa, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, mais frequentemente, no homem, na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Menos frequentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos.

Pacientes que têm verrugas genitais podem estar infectados simultaneamente com vários tipos de HPV.

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia. A biópsia está indicada quando:

- Existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- As lesões não responderem ao tratamento convencional;
- As lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento;
- O paciente for imunodeficiente.

Nos casos de biópsia, o paciente deverá ser encaminhado ao médico da unidade;

As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncológica, devendo ser avaliadas pela colposcopia, teste de Schiller (iodo) e biópsias dirigidas.

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das lesões condilomatosas, o que leva a cura da maioria dos pacientes. Nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecerem inalterados, ou aumentar em tamanho ou número.

Nenhum dos tratamentos disponíveis é superior aos outros, e nenhum tratamento será o ideal para todos os pacientes nem para todas as verrugas, ou seja, cada caso deverá ser avaliado para a escolha da conduta mais adequada. Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são: o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde. Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor a terapêutica tópica (ATA, podofilina) que as verrugas em superfícies secas. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não



melhorar substancialmente depois de três aplicações ou se as verrugas não desaparecerem após seis sessões.

OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- Podofilina 10-25% em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim: A podofilina contém uma série de substâncias com ação antimitótica. Além da irritação local, sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. Nunca usar durante a gravidez. Aplicar em cada verruga, e deixar secar. Repetir semanalmente se necessário. Recomenda-se a utilização de até 0,5 ml em cada aplicação ou a limitação da área tratada a 10 cm² por sessão. Outros sugerem que a solução seja retirada por lavagem em 1-4 horas depois da aplicação. **(NUNCA USAR NA GESTAÇÃO).**
- Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% em solução alcoólica: O ATA é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo protéico. Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, após o que a lesão ficará branca. Deve ser aplicada com cuidado, deixando secar antes mesmo do paciente mudar sua posição para que a solução não se espalhe. Se a dor for intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário. Esse método poderá ser usado durante a gestação, quando a área lesionada não for muito extensa. Do contrário, deverá ser associado a exérese cirúrgica.

Considerações

- Ressalta-se que não havendo resposta satisfatória ou sendo necessária a necessidade da utilização de outras técnicas (Eletrocauterização, Criocauterização, Vaporização à LASER, Exérese cirúrgica), o paciente deverá ser encaminhado ao médico.
- Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser notificados das possibilidades de recorrência, que frequentemente ocorre nos três primeiros meses.



- As mulheres devem ser aconselhadas quanto à necessidade de submeterem-se ao rastreamento de doenças pré-invasivas do colo uterino. A presença de condilomas genitais sem lesão macroscópica cervical ou suspeita colpocitológica (Papanicolaou) de lesão pré-invasiva, ou teste de Schiller (+) não é indicação para colposcopia. As mulheres tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina, após tratamento, pelo exame ginecológico com ácido acético 2%, teste de Schiller e citologia oncológica a cada 3 meses, por 6 meses; em seguida, a cada 6 meses, por 12 meses e após este período, anualmente, se não houver recorrência.
- Os parceiros sexuais de pacientes com condilomas devem ser buscados, uma vez que poderão se beneficiar de exame clínico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados, ou de outras DST. Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir, o risco de transmissão para parceiros não infectados.
- GESTANTES devem ser encaminhadas ao médico e/ou serviço de referência.
- Na presença de lesão intra-epitelial, o paciente deve ser referido a serviço especializado e o tratamento será feito em função do grau da doença.
- Pacientes com lesões intraepiteliais de alto grau (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion - HSIL) ou displasias moderada ou acentuada, ou carcinoma in situ NIC II ou NIC III devem ser referidos a serviço especializado para confirmação diagnóstica, para afastar possibilidade de carcinoma invasivo e realização de tratamento especializado.

PREVENÇÃO DA DST NA VIOLÊNCIA SEXUAL

Define-se como estupro o ato de constranger a mulher de qualquer idade ou condição à conjunção carnal (relação com penetração vaginal, anal), por meio de violência ou grave ameaça, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro. O estupro deve ser diferenciado do atentado violento ao pudor, que consiste em constranger alguém mediante



violência ou grave ameaça a praticar ou permitir que se pratique ato libidinoso diverso da conjugação carnal, o que também é crime (artigo 214).

Cabe a equipe multiprofissional o atendimento a vítima da violência, não sendo aceitável a recusa que pode gerar infração segundo o artigo 13, § 2º do Código Penal Brasileiro (qualquer consequência para saúde física e mental decorrente da omissão de atendimento). Os casos de violência sexual contra a mulher devem ser notificados pelos serviços que prestam atendimento segundo Lei 10.778/03.

Os pacientes devem ser informados sobre os efeitos físicos e psicológicos do abuso sexual e da necessidade de:

- profilaxia da gravidez (nos casos de coito desprotegido para mulheres em período fértil);
- início da antibioticoprofilaxia para DST que deverá ser **responsabilidade médica;**
- coleta imediata de sangue ou realização de testes rápidos para sífilis, HIV, hepatite B e C (para conhecimento do estado sorológico no momento do atendimento para posterior comparação);
- e agendamento do retorno para acompanhamento psicológico e realização de sorologia para sífilis (após 30 dias) e para o HIV (após no mínimo 3 meses).
- Vacina e imunoterapia passiva para hepatite B .
- Profilaxia do HIV.

Os casos que forem detectados na unidade de saúde devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de referência –S.A.E.. O acolhimento da USF deverá ocorrer, bem como a notificação, vacinação contra hepatite B e a realização dos testes rápidos. A conduta referente à terapêutica, neste caso deverá ser médica.

DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV

Os testes rápidos apresentam resultados em um tempo inferior a 30 minutos e podem ser realizados no momento da consulta de enfermagem, por meio da coleta de uma amostra por punção da polpa digital do indivíduo. A utilização desses testes permite que em um mesmo momento - o da consulta - o paciente receba o aconselhamento pré e pós-teste, tenha o seu teste realizado e obtenha conhecimento do resultado do mesmo. Trata-se de uma



estratégia de grande efetividade. No Brasil, Os Testes Rápidos fazem parte dessas estratégias e, por suas características de fácil execução e interpretação, podem ser utilizados fora do ambiente laboratorial por profissionais capacitados para essa metodologia. É importante enfatizar que, além do cuidado na coleta e execução dos testes, é fundamental que o processo de aconselhamento antes e depois do teste seja feito de forma cuidadosa, para que o resultado seja corretamente interpretado, tanto pelo profissional de saúde como pelo paciente, gerando atitudes que visem a promoção da saúde nos indivíduos testados. Os profissionais de saúde aptos a realizarem os testes rápidos como diagnósticos da infecção pelo HIV deverão ser capacitados exclusivamente por multiplicadores treinados para a replicação da técnica. Cabe ressaltar que o programa de capacitação deverá ser definido pelo Ministério da Saúde em parceria com Programas Estaduais de DST/AIDS.

Considerações

- Os testes rápidos para HIV e sífilis deverão ser realizados por profissionais da saúde de nível superior, devidamente capacitados para realização da metodologia, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/ SVS/ MS. (PORTARIAMS/GM nº 77, de 12 de janeiro de 2012).
- Compete às equipes de Atenção Básica realizar testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. (PORTARIAMS/GM nº 77, de 12 de janeiro de 2012).
- O teste rápido deverá seguir todas as etapas e o fluxograma definido pelo ministério da saúde (vide P.O.P).
- O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio do parecer normativo nº001 de 2013, aprovou a competência do profissional Enfermeiro para realizar testes rápidos para diagnósticos de HIV, sífilis e outros agravos.



PREFEITURA DE
SINOP

QUIMIOPROFILAXIA APÓS A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO.

O profissional de saúde exposto deverá ser encaminhado para um Serviço de Assistência Especializado (SAE) nas primeiras horas (idealmente dentro de 1 a 2 horas) após o acidente, **quando houver indicação para a quimioprofilaxia.**

Considerações

- Após a exposição ocupacional à material biológico, consultar o manual de condutas “Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV” do Ministério da Saúde.
- A prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal medida para que não ocorra contaminação por patógenos de transmissão sanguínea nos serviços de saúde. **Precauções básicas ou precauções padrão** são normatizações que visam reduzir a exposição aos materiais biológicos. O uso de EPI é fundamental.
- Após o acidente, o profissional enfermeiro deverá notificar e considerar alguns aspectos como: tipo de exposição (percutânea, mucosa, cutânea e mordedura humana) e o tipo de material biológico envolvido (sangue, líquido de serosas, suor, lagrima, urina fezes entre outro). Cuidados imediatos ao acidente devem ser realizados. Neste caso recomenda-se a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão nos casos de exposições percutâneas ou cutâneas. Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica.
- A quimioprofilaxia deve ser recomendada aos profissionais de saúde que sofreram exposições com risco significativo de contaminação pelo HIV.
- **Todo acidente deverá ser notificado e o serviço de referência deverá ser comunicado imediatamente. A comunicação deverá ser registrada no prontuário do paciente.**
- No momento da consulta de enfermagem, deverá ser ofertado e realizado os testes rápidos do paciente fonte (quando houver) e da pessoa envolvida, avaliação do acidente, oferta da vacinação contra a hepatite b e comunicação



imediate ao serviço de referência e encaminhamento dos envolvidos. Em profissionais de saúde do sexo feminino em idade fértil, o risco de gravidez deve ser indagado, sendo recomendável a realização de testes de gravidez sempre que houver dúvida.

A indicação ou não de PEP (Profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV) requer a avaliação do risco da exposição, o que inclui:

- A definição do tipo de material biológico envolvido;
- A gravidade e o tipo da exposição;
- A identificação ou não do paciente-fonte e de sua condição sorológica anti-HIV;
- As condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente-fonte identificado como infectado pelo HIV/aids.

Os critérios de gravidade na avaliação do risco do acidente são dependentes do volume de sangue (quanto maior volume e extensão, maiores chances de contaminação) e da quantidade de vírus presente (representado por pacientes-fonte com infecção pelo HIV/aids em estágios avançados da doença ou com infecção aguda pelo HIV).



BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Nota técnica conjunta nº 02/2013/CGPNI/DEVEP e CGDHRV/DST – AIDS/SVS/MS.** Dispõe sobre a ampliação da oferta da vacina da hepatite B para a faixa etária de 30 a 49 anos em 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento da Vigilância das Doenças Transmissíveis. 2013

BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria nº 77, DE 12 DE JANEIRO DE 2012.** Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Legislação Federal. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011.** Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Legislação Federal. 2011

BRASIL.MANUAL DE CONTROLES DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST's. 4. ed. Série Manuais nº68. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2006, p.18.

BRASIL.MANUAL DE CONTROLES DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST's4. ed. Série Manuais nº68. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2006, p.19.

BRASIL.RECOMENDAÇÕES PARA ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO: HIV E HEPATITES B e C. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf . Acessado em 11 de Outubro de 2013 as 14:33 horas.

COFEN. **Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/86 de 25 de junho de 1986.** Legislação Básica para o Exercício Profissional da Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso; pg.30. Cuiabá, MT.

COFEN. **Decreto nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987.** Legislação Básica para o Exercício Profissional da Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso; pg.36. Cuiabá, MT.



PREFEITURA DE
SINOP

COFEN. Resolução COFEN-195/1997. Legislação Básica para o Exercício Profissional da Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso; pg.55. Cuiabá, MT.



PREFEITURA DE
SINOP

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DENGUE

DEFINIÇÃO DE CASOS

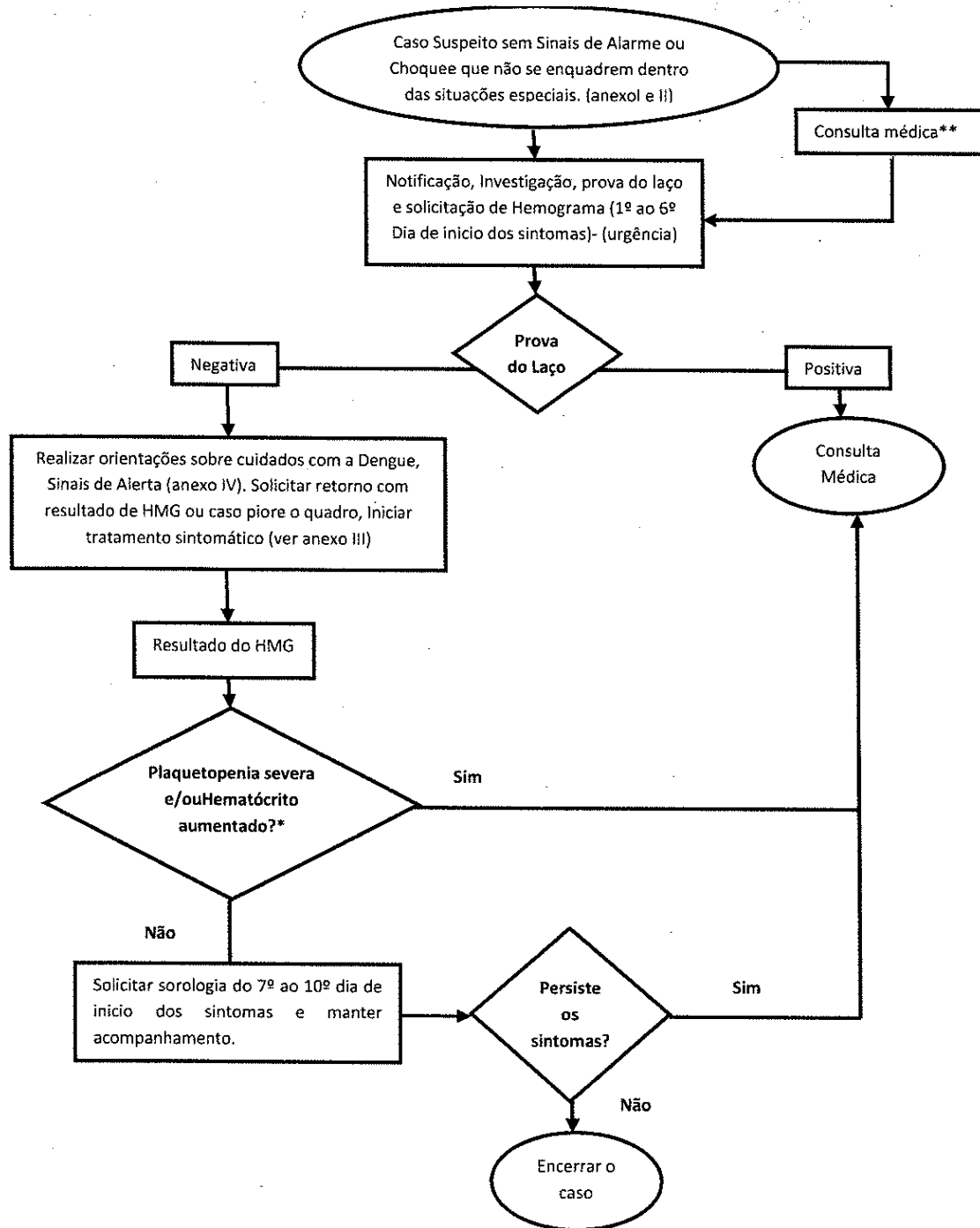
Dengue Clássico– paciente com febre com duração de 01 a 07 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema. Além de ter estado, nos últimos 15 dias em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *aedesaegypti*.

Febre Hemorrágica do Dengue (FHD)– é todo caso suspeito de Dengue Clássico, com vômitos importantes, dor abdominal intensa, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, letargia, derrames cavitários e queapresente também manifestações hemorrágicas, variando desde prova do laçopositiva até fenômenos mais graves como hematêmese, melena e outros.

A ocorrência de manifestações hemorrágicas, acrescidas de sinais e sintomas de choque cardiovascular (pulso arterial fino e rápido ou ausente, diminuição ou ausência de pressão arterial, pele fria e úmida, agitação), leva à suspeita de Síndrome do Choque do Dengue (SCD).



Fluxograma 33: Atendimento ao Paciente Suspeito de Dengue



Fonte: Baseado no Manual de Enfermagem do Adulto e Criança – DENGUE, 2008

*Notificar ao médico sempre que o resultado da plaqueta for menor ou igual a 100.000 e o hematócrito maior do que 10% em relação ao valor basal ou anterior.

**A consulta médica deverá ocorrer sempre para uma avaliação inicial, juntamente com o enfermeiro, e para a prescrição medicamentosa.



Paciente com hematócrito aumentado $\geq 5\%$ acima do valor basal ou, na ausência deste, com as seguintes faixas de valores:

- crianças: $\geq 38\%$ e $\leq 42\%$
- mulheres: $\geq 40\%$ e $\leq 44\%$
- homens: $\geq 45\%$ e $\leq 50\%$ e/ou plaquetopenia entre 50 e 100.000 cels/mm³ e/ou leucopenia < 1.000 cels/mm³

PACIENTES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Gestantes
- Idosos (> 65 anos)
- Crianças (< 12 anos)
- Portadores de hipertensão arterial
- Portadores de diabetes melitus
- Portadores de asma brônquica
- Portadores de doença hematológica ou renal crônica
- Portadores de doenças severas do sistema cardiovascular
- Portadores de doença ácido-péptica ou doença auto-imune
-

TRATAMENTO SINTOMÁTICO –PRESCRIÇÃO MÉDICA

- Prescrever analgésico de 06 em 06 horas. Usa-se habitualmente paracetamol ou dipirona. Não utilizar medicamentos à base de ácido – acetilsalicílico, pelo potencial de agravamento do quadro hemorrágico;
- Hidratação por via oral (01 copo de líquido de 01 em 01 hora);
- Orientar repouso domiciliar (permanecer no leito de 05 a 07 dias);
- Incentivar alimentação de 02 em 02 horas;
- Evitar a ingestão de álcool;

SINAIS DE ALERTA DA DENGUE

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes



PREFEITURA DE
SINOP

- Hipotensão postural
- Pressão diferencial < 20 mmHg (PA convergente)
- Hepatomegalia dolorosa
- Hemorragias importantes
- Extremidades frias, cianose
- Pulso rápido e fino
- Agitação ou letargia
- Diminuição da diurese
- Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia
- Aumento repentino do hematócrito.
- Desconforto respiratório



PREFEITURA DE
SINOP

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde – **Fundação Nacional de Saúde. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis. **Guia para Diagnóstico, Assistência Clínica e Terapêutica ao Paciente com Dengue.** Goiânia, 2003,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: Manual de enfermagem – adulto e criança/-**Brasília : Ministério da Saúde, 2008. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).



PREFEITURA DE
SINOP

Leishmaniose Tegumentar Americana

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

É uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoários do gênero leishmania, de transmissão vetorial, que acomete pele e mucosas. A doença cutânea apresenta-se classicamente por pápulas, que evoluem para úlceras com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, que podem ser únicas ou múltiplas, mas indolores. Também podem manifestar-se como placas verrucosas, papulosas, nodulares, localizadas ou difusas. A forma mucosa, secundária ou não à cutânea, caracteriza-se por infiltração, ulceração e destruição dos tecidos da cavidade nasal, faringe ou laringe. Quando a destruição dos tecidos é importante, podem ocorrer perfurações do septo nasal e/ou palato.

A suspeita clínico-epidemiológica associada à pesquisa de leishmaniose é importante para confirmação do caso.

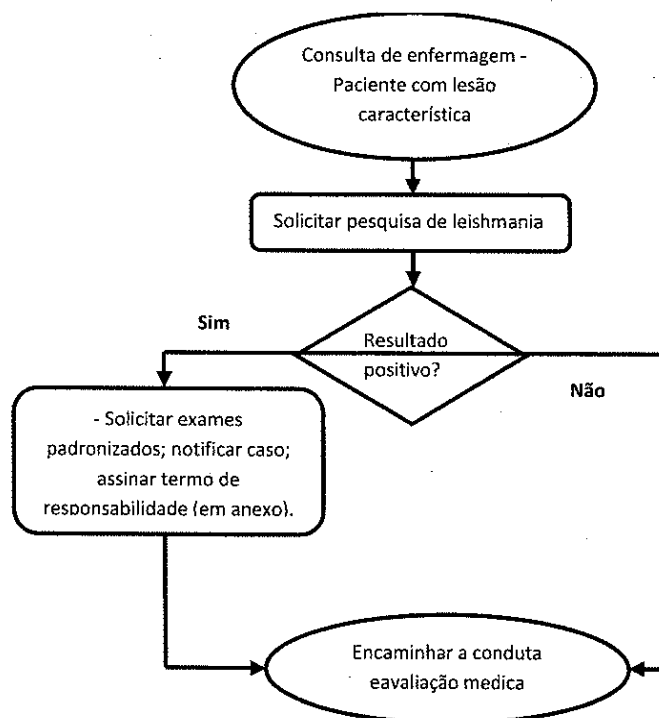
DEFINIÇÃO DE CASO

Leishmaniose cutânea - Indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura.

Leishmaniose mucosa- Indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração, ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios, palato e nasofaringe.



Fluxograma 34: Casos Suspeitos de Leishmaniose



Fonte: Baseado no Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana, 2010

Tabela 54: Exames de Rotina para Leishmaniose

EXAMES DE ROTINA PARA LEISHMANIOSE	
- HMG;	- Lipidograma;
- Uréia;	- Creatinina;
- Amilase;	- Lipase;
- AST;	- ALT;
- VHS;	- ASLO;
- Bilirrubina;	- Fosfatase Alcalina;
- Glicemia;	- Eletrocardiograma;
- DST's;	

Fonte: Baseado no Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana, p. 81, 2010

*Exames solicitados no início, final e quando surgirem queixas/sintomas;



IMPORTANTE!

Pacientes com prescrição maior do que três ampolas dia e resistentes a Glucantime encaminhar ao SAE.

LEMBRE-SE

Todas as reações adversas graves ou potencialmente graves **DEVEM SER NOTIFICADAS** conforme descrição abaixo, às autoridades sanitárias:

- Arritmias cardíacas e/ou outras manifestações de cardiotoxicidade;
- Insuficiência renal aguda ou elevação dos níveis séricos de uréia e creatinina e/ou outras manifestações de nefrotoxicidade;
- Icterícia e/ou elevação de enzimas hepáticas e/ou outras manifestações de hepatotoxicidade;
- Pancreatite aguda e/ou hiperamilasemia;
- Outras não citadas acima;

Não há nenhum impedimento de que se notifiquem casos que não se encaixem na classificação acima, apenas não é imperativo que tais notificações sejam feitas. As notificação devem ser feitas no site: www.anvisa.gov.br, no link [dafarmacovigilância](#)

NA DÚVIDA, NOTIFIQUE!

Fonte: Baseado no Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana, 2010

CRITÉRIOS DE CURA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

O paciente deve retornar mensalmente à consulta durante três meses consecutivos após o término do esquema terapêutico para ser avaliada a cura clínica. Uma vez curado, ele deverá ser acompanhado de dois em dois meses até completar 12 meses após o tratamento. Se não houver cicatrização completa em até três meses (12 semanas) após o término do tratamento, o paciente deverá ser reavaliado e, se necessário, o esquema terapêutico deverá ser repetido, prolongando-se, dessa vez, a duração da série para 30 dias. Em caso de não



resposta, utilizar uma das drogas de segunda escolha. O critério de cura da LTA é definido da seguinte maneira:

Forma cutânea: definido pela epitelização das lesões ulceradas, regressão total da infiltração e eritema, até três meses após a conclusão do esquema terapêutico. Entretanto, nos casos com evidência de cicatrização progressiva das lesões sem cumprir completamente com os critérios acima, sugere-se o prolongamento da observação até completar seis meses.

Forma mucosa: definido pela regressão de todos os sinais e comprovado pelo exame otorrinolaringológico, até seis meses após a conclusão do esquema terapêutico. Na impossibilidade ou dificuldade de realização de rinoscopia anterior e oroscopia, o paciente deve ser encaminhado ao serviço de referência para avaliação de cura.

CONDUTA FRENTE ÀS SITUAÇÕES ESPECIAIS NO DECORRER DO TRATAMENTO

Caso o paciente tenha utilizado menos de 50% das doses prescritas, o que caracteriza um tratamento irregular, iniciar de imediato o esquema terapêutico completo, a não ser que se apresente clinicamente curado. Em caso de abandono do tratamento (não comparecimento até 30 dias após o terceiro agendamento para avaliação de cura), deve ser iniciado novo esquema terapêutico com antimonial pentavalente, a não ser que se apresente clinicamente curado.



PREFEITURA DE
SINOP

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.444 p. : Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.224 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 22)