

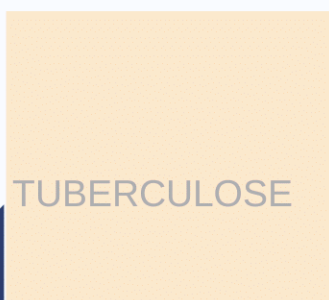


Coren^{PE}

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco



DIABETES



TUBERCULOSE



HIPERTENSÃO

Protocolo de Enfermagem NA ATENÇÃO BÁSICA



ARBOVIROSE



FERIDAS

Recife - Pernambuco

2020

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco

Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE

Coren-PE
Recife, 2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Agência Brasileira do ISBN - Bibliotecária Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P967 Protocolo de enfermagem na atenção básica do Coren-PE /
Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. —
Recife: COREN, 2020 (2ª Edição)
418 p. : il. ; 30 cm.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-80426-00-3

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Enfermagem -
Manuais, guias, etc. 3. Protocolos médicos. I. Conselho
Regional de Enfermagem de Pernambuco (COREN-PE). II.
Título.

CDD 610.73

Conselho Federal de Enfermagem
Lei 5.905 de 12 de julho de 1973
Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco
Filiado ao C.I.E. – Genebra

Diretoria

Presidente: Dra. Marcleide Correia e Sá Cavalcanti, Coren-PE 193.737-ENF;

Secretária: Dra. Luciana Patrícia Coêlho de Aguiar, Coren-PE 83.874-ENF;

Tesoureiro: Srº Fábio Roberto da Costa Lins, Coren-PE 265.382 -TE;

Conselheiros Efetivos do Quadro I

Dra. Marcleide Correia e Sá Cavalcanti, Coren-PE 193.737-ENF;

Dra. Luciana Patrícia Coêlho de Aguiar, Coren-PE 83.874-ENF;

Dra. Neide Silvério da Silva, Coren-PE 108.993-ENF;

Dra. Valdeísa Maria Pessoa Morais, Coren-PE 68.253-ENF.

Dra. Emanuela Rozeno de Oliveira, Coren-PE 147.837-ENF;

Conselheiros Efetivos dos Quadros II e III

Sr. Evandro Alves da Silva, Coren-PE 419.073-TE;

Sr Fábio Roberto da Costa Lins, Coren-PE 265.382 -TE;

Sr. Iraquitã Vereda dos Santos, Coren-PE 309.634-TE;

Sra. Jennifer Félix de Souza, Coren-PE 418.239-TE.

Conselheiros Suplentes do Quadro I

Dra. Eliane Fidelis Gomes, Coren-PE 66.061 – ENF;

Dra. Giselle Vieira Vidal, Coren-PE 301.794 – ENF;

Dra. Maria Angélica de França Telles, Coren-PE 119.368-ENF;

Dra. Andreia Gilzélia de Arruda Santana. Coren-PE 311445-ENF;

Dr. José Ronaldo Vasconcelos Nunes, Coren-PE 130.600 -ENF;

Conselheiros Suplentes dos Quadros II e III

Sr. Luciano de Moura Santos, Coren-PE 518.354-TE;

Sr. Fábio Martins Costa, Coren-PE 787.984-TE;

Sr. Rinaldo Espírito Santo de Lima, Coren-PE 432.736-TE;

Sr. Robson Lima de Freitas, Coren-PE 538.327 -TE.

Autores

Adriana Vitorino
Alexandra Waleska de Oliveira Aguiar
Ana Emília Ramos Romão de Menezes
Carla Carolina Alexandrino Vicente da Silva
Cláudia Fabiana Lucena Spindola
Ednalva Maria Bezerra de Lira
Eliane Maria Medeiros Leal
Emanuela Rozeno de Oliveira
Francijane Diniz de Oliveira
Grizielle Sandrine de Araujo Rocha
Ivna Costa Cabral
Joel Azevedo de Menezes Neto
Juliana Karla de Albuquerque Pinto Menezes
Karla Regina Viana Coutinho
Ligiana Nascimento de Lucena
Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros
Marly Valentim
Priscila Diniz de Carvalho Martins
Raphaela Santos do Nascimento Rodrigues
Sílvia Elizabeth Gomes de Medeiros
Thaysa Thatyana Aragão Guerra Mota

Coautores e Organizadores

Emanuela Rozeno de Oliveira
Conselheira do Coren-PE

Ivana de Andrade Carlos
Enfermeira fiscal do Coren-PE

Juliana Karla de Albuquerque Pinto Menezes
Enfermeira fiscal do Coren-PE

Diagramação

Juliana Salvador de Brito
Milena Rubens de Menezes
Ana Karla Leal Cavalcante Vasconcelos

PREFÁCIO

A atuação dos Enfermeiros na atenção básica é indispensável para consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Sua ação é pautada na gestão e execução das práticas preventivas, educativas e assistenciais, as quais estão previstas nas legislações que regem a profissão e nas normativas do Ministério da Saúde. Contudo, devido as diferenças regionais e as amplas ações que envolvem o cuidado fundamentado nas competências técnicas, científicas, éticas e legais, surgiu a necessidade de aprimorar a assistência de enfermagem no estado de Pernambuco.

Com o propósito de subsidiar e respaldar a atuação dos enfermeiros na atenção básica, de forma segura e fundamentada em literatura científica, a gestão do Coren-PE (2015-2017) teve a iniciativa de instituir comissão para elaboração do Protocolo da Atenção Básica do Coren-PE.

O protocolo foi uma experiência inovadora para Enfermagem Pernambucana, sua elaboração foi organizada por conselheiro e enfermeiros fiscais da autarquia, contando com a participação de 21 autores, enfermeiros e com expertises na área da gestão, saúde pública, ensino e pesquisa.

Com o objetivo de padronizar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos profissionais durante a consulta de enfermagem, o protocolo visa padronizar as ações sem engessá-las, propiciando o acompanhamento das suas condutas através da Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE.

O trabalho foi estruturado em fluxograma contendo um breve conceito sobre o tema, consulta de Enfermagem, tabela de diagnósticos, intervenções de Enfermagem, CIAP 02 e Referências Bibliográficas. A abordagem baseia-se nas seguintes áreas temáticas: Acolhimento; Abordagem familiar; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Saúde do Homem; Saúde do Adolescente; Saúde do Idoso; Saúde sexual e Planejamento Reprodutivo; IST/ AIDS; Saúde Mental; Hipertensão; Diabetes; Tuberculose; Hanseníase; Arboviroses; Covid-19; Feridas e Coberturas; Saúde da população Negra e Saúde da população em situação de Rua.

Marcleide Cavalcanti
Presidente do Coren-PE

Sumário

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO	1
PROTOCOLO DA FAMÍLIA COMO NÚCLEO DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA	8
PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER.....	26
CONSULTA DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA.....	26
CITOLOGIA ONCÓTICA/ROTEIRO PARA COLETA.....	33
ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO.....	40
AVALIAÇÃO DA MAMA	44
PRÉ- NATAL.....	49
PUERPÉRIO	73
PROTOCOLO DE SAÚDE DA CRIANÇA	87
PUERICULTURA	98
PROTOCOLO DE SAÚDE DO HOMEM	124
PROTOCOLO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	140
PROTOCOLO DO IDOSO.....	156
PROTOCOLO DE SAÚDE SEXUAL E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	176
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	188
PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL.....	218
PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO	226
PROTOCOLO DE DIABETES	247
PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE	275
PROTOCOLO DE HANSENÍASE	290
PROTOCOLO DE ARBOVIROSES.....	312
PROTOCOLO COVID-19	321
PROTOCOLO DE FERIDAS.....	339
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO NEGRA	395
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	409

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO

Francijane Diniz de Oliveira

INTRODUÇÃO

O acolhimento é um dispositivo que pretende reorganizar o atendimento nos serviços de saúde, modificando posturas profissionais e ampliando o acesso aos usuários, através do estabelecimento de relações mais humanas. Esse dispositivo/diretriz é previsto na Política Nacional de Humanização (PNH) com vistas a qualificar o acesso através da escuta qualificada e da criação de vínculos entre trabalhadores e usuários. Possui três dimensões constitutivas, sendo elas: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia do cuidado e dispositivo de (re) organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

A PNH propõe o acolhimento como uma ferramenta transversal para a organização dos serviços, das ações de saúde e do processo de trabalho nas equipes de saúde. (BRASIL, 2004).

O acolhimento é um elemento essencial para a oferta do cuidado e do processo de trabalho das equipes de saúde, visto que a partir dele identificam-se riscos e vulnerabilidades, possibilitando uma atenção à saúde mais humanizada, fundada no reconhecimento das necessidades e demandas de cada usuário. (DACOREGGIO *et al.*, 2006).

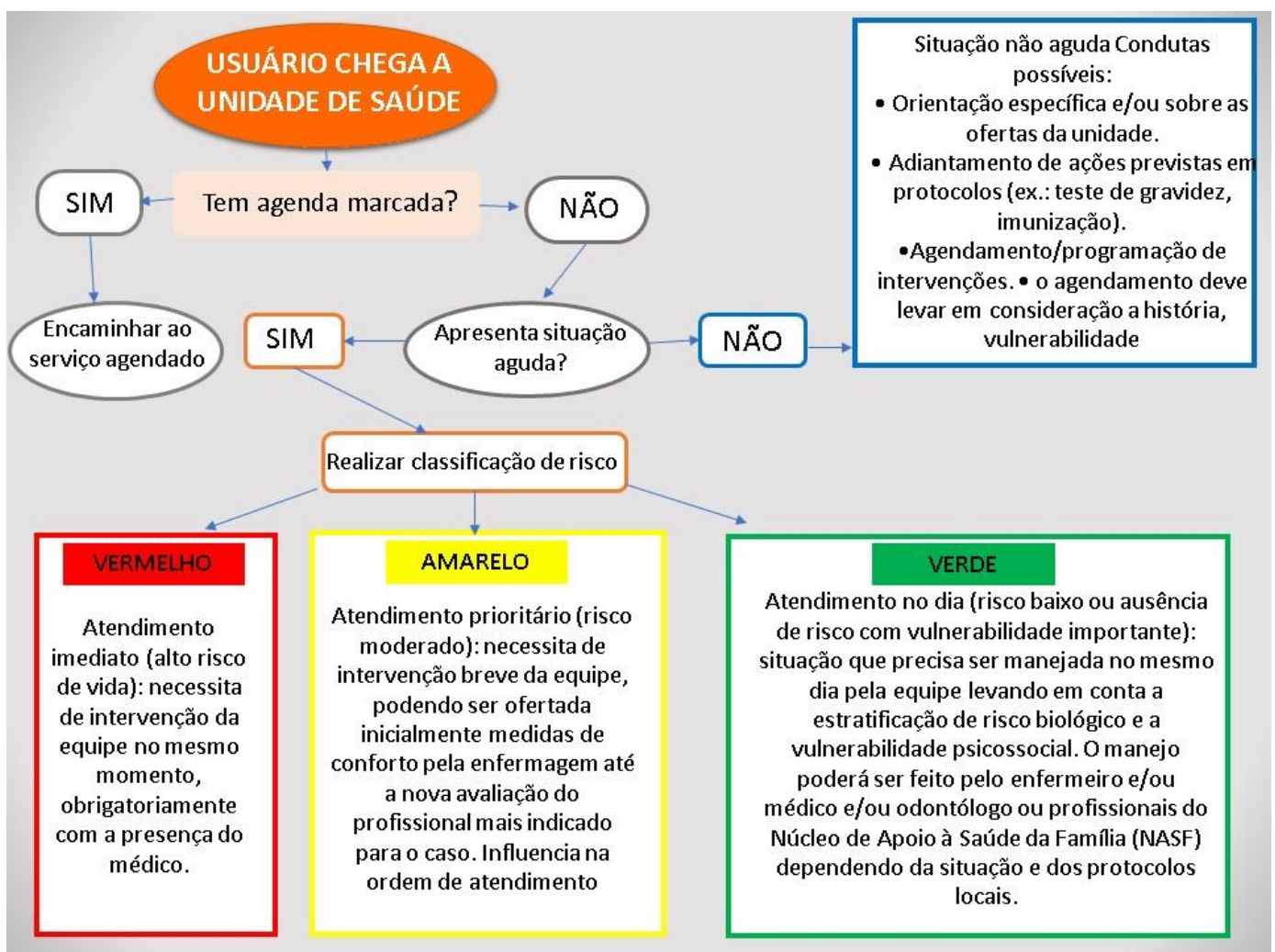
O acolhimento incorpora-se ao trabalho das equipes como um elemento transversal e de responsabilidade de todos os membros que a compõe, sendo capaz de reorganizar e redirecionar as condutas e a interação entre os profissionais a fim de qualificar e humanizar o atendimento ao usuário.

Acolher também deve levar em consideração a demanda espontânea de casos agudos de responsabilidade da atenção básica. A equipe deve estar preparada para receber, escutar e resolver casos agudos em seu cotidiano, o processo de trabalho da equipe deve levar em consideração a chegada dos atendimentos que precisarão de uma atenção imediata, por isso o Ministério da Saúde em seu caderno 28 de Atenção Básica

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

sugere uma classificação geral e sintética às demandas espontâneas da unidade de atenção básica, agudo ou não agudo, estas classificações devem estar correlacionadas com a avaliação de risco e vulnerabilidade aos modos de intervenção necessários. Este documento traz ainda a definição segundo a estratificação da necessidade do usuário, sugere-se classificá-los em “não agudos” (intervenções programadas) e “agudos” (atendimento imediato - Vermelho, prioritário - Amarelo ou no dia - Verde). Por tanto sugerimos neste protocolo, com base nos cadernos do MS para a atenção básica, o fluxograma a seguir para acolhimento dos usuários nas unidades de saúde.

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA



ANEXO

VERMELHO

1. Anafilaxia: com comprometimento de vias áreas superiores, dispneia grave, ausência de murmúrios vesiculares.
2. Cefaléia com rigidez de nuca, vômitos em jato, náuseas, alteração de estado mental, sinais neurológicos focais (paresia, afasia).
3. Crise epilética e epilepsia – em crise epilética.
4. Hipoglicemia moderada a grave (cefaleia, dor abdominal, visão turva, agressividade, confusão, tonturas dificuldades de falar).
5. Hiperglicemia (náuseas, vômitos, fraqueza muscular, dor abdominal com defesa, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia (pela acidose), hálito cetônico, sonolência ou extrema fraqueza associada a hiperglicemia confirmada com glicose capilar).
7. Diarréia com desidratação grave.
8. Vômitos com desidratação grave.
9. Dispneia em adultos com taquipneia, cianose central, incapacidade de beber, tiragem subcostal, presença de confusão mental, FR ≥ 30 , P. A. com sistólica menor que 90mmHg e diastólica ≥ 60 mmHg, idade maior de 65 anos; dispneia em criança menor que 2 meses, estridor em repouso, desnutrição grave, impossibilidade de ingestão de líquidos, doença de base debilitante, derrame pleural, abscesso pulmonar, pneumatocele, falha de terapêutica ambulatorial, apoio familiar não favorável ao tratamento domiciliar da criança com quadro agudo.
10. Asma – crise muito grave – dispneia em repouso, não consegue falar, apresenta confusão mental, FR ≥ 30 em adultos, pulso maior que 120.
11. Asma – crise grave – dispneia em repouso, fala palavras, apresenta-se agitado, frequência respiratória aumentada, pulso maior que 120.
12. Edema pulmonar agudo – comprometimento de vias áreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sinais de choque, pessoa não responsiva (Glasgow) *.
13. Gravidez maior que 20 semanas – apresentação de partes moles ou prolapso de cordão, metrorragia.
14. Dor torácica – com duração superior a 30 minutos sem melhora em repouso, dor em aperto com irradiação para um ou ambos os membros superiores, de intensidade forte acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos, podendo ter queimação epigástrica, perda de consciência com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes.

15. AVC – hemiparesia aguda – grande déficit neurológico com duração menor que 4 horas.
16. Hipertensão grave associada a complicações agudas como doença cerebrovascular, circulatórias ou renais.
17. Crise hipertensiva na gestação.
18. TCE.

AMARELO

1. Disúria forte.
2. Dor abdominal aguda.
3. Crise de asma leve/moderado.
4. Doença causada por vírus.
5. Diarréias sem desidratação.
6. Suspeitas de doenças transmissíveis.
7. Problemas de saúde mental que não permitem a execução de atividades de vida diária – transtornos do humor.
8. Hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de traumas.
9. Dores de dente.
10. Suspeita de violência.
11. Urticária (alergias).
12. Cefaléias sem sinais descritos na classificação vermelha, porém com intensidade moderada a intensa, podendo ter alteração de nível de consciência, dor muito forte, alteração de visão, tonturas e vertigens.
13. Queimaduras de 2º e 3º grau de áreas não críticas e menores que 10% de área corporal; queimaduras de 1º grau com maior que 10% de área não crítica; queimaduras de 1º grau se: face, períneo, mãos e pés.
14. Dor torácica – que não se encaixa nos descritos como vermelhos.
15. Lesões de pele – com dor/prurido intenso e/ou urticária, exantema ou febre.
16. Dor de ouvido com história de TCE, hematoma auricular, otorragia leve, vertigens e perda aguda de audição.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

17. Dor de garganta com história prévia de infecção amigdaliana, seguido de manifestações cardiológicas, artrite, presença de coreia e hematúria.
18. Dor lombar moderada.
19. Hipertensão arterial sistêmica com dor torácica que piora ao tossir ou respirar, vômitos persistentes.
20. Alergias sem sinais que se encaixam no vermelho, porém com exposição a substâncias tóxicas.
21. Mordedura de animais.
22. Síndromes gripais - febre, presença de fator de risco, grupo de risco.
23. Sangramento Genital Anormal - dor intensa sangramento abundante sem sinais de choque.

VERDE

1. Cefaléia - com dor leve, história de febre.
2. Crise epiléptica, epilepsia - história de crise, apresentando febre ou cefaléia leve.
3. Diabetes descompensada - com outros sinais agudo no momento do atendimento e que não se encaixam no amarelo ou vermelho.
4. Diarréia e Vômito - com dor ou outro problema agudo.
5. Dispnéia.
6. Asma - crise leve.
7. Disúria leve ou outro problema associado no momento.
8. Doença de Pele - dor, prurido leve outro problema associado no momento.
9. Dor abdominal - sintomas recentes, dor leve ou história de febre, outro problema associado.
10. Dor de ouvido - associado a outro problema, febre, dor leve.
11. Dor de Garganta - associado a outro problema, febre, dor leve.
12. Dor lombar - dor leve, outro problema recente.
13. Dor Torácica - dor leve sem sinais associados.
14. Hipertensão Arterial Sistêmica - vômito ou outro sintoma associado.
15. Intoxicação Aguda por plantas ou medicamentos - história de exposição aguda a substância não tóxica.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

16. Queimaduras - dor leve, lembrar que a dor pode estar ausente em queimaduras de 3º grau.

17. Síndromes gripais - história de tosse, febre dispnéia leve, e outros problemas recentes.

18. Sangramento Genital Anormal - história de sangramento aumentado, mas ausente no momento.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW					
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientada (Balbucio se < 5 anos)	5	Obedece Comando verbal (Movimentos espontâneos)	6
Ordem Verbal	3	Confuso (Choro irritado se < 5 anos)	4	Localiza a dor (retira ao toque se < 5 anos)	5
Dor	2	Palavras inapropriadas (choro e dor se < 5 anos)	3	Reação inespecífica (retira à dor se < 5 anos)	4
Sem resposta	1	Sons (Gemidos à dor se < 5 anos)	2	Flexão anormal (decorticação) (Flexão normal se < 5 anos)	3
		Sem resposta	1	Extensão a dor (descerebração) (Flexão anormal se < 5 anos)	2
				Sem resposta	1
CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO					
☛ Resultado ≤ 8 - significa TCE Grave (a vítima está em coma);					
☛ Resultado compreendido entre 9 a 13 - significa TCE Moderado;					
☛ Resultado compreendido entre 14 a 15 - significa TCE Leve;					

QUADRO 2: Regra dos nove (Wallace), para cálculo da superfície queimada em adultos e crianças a partir de 10 anos de idade

Segmento Corporal	Porcentagem (SC)
Cabeça e pescoço	9
Cada membro superior	9 (x 2)
Cada quadrante do tronco	9 (x 4)
Cada coxa	9 (x 2)
Cada perna e pé	9 (x 2)
Genitais e perineo	1
Total	100

SC: superfície corporal total.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.

DACOREGGIO, S. T. K et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Revista Espaço para a saúde, Rio de Janeiro, v.8, p. 7-12, dez, 2006.

PROTOCOLO DA FAMÍLIA COMO NÚCLEO DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Francijane Diniz de Oliveira

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo concebida como a principal ação indutora de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, desde sua implantação com programa saúde da família em 1994.

Pensar em cuidado à família nos parece óbvio quando se presta assistência na Estratégia Saúde da Família, mas a verdade é que encoberta pela perspectiva individual e biológica do processo saúde doença, compreender a família como núcleo de cuidado foi ficando cada vez menos óbvio.

A família pode ser concebida com uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos de adoção, interesse e ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível socioeconômico (ELSEN, ALTHOFF; MANFRINI, 2001).

O Enfermeiro na ESF tem como uma de suas funções assistir a família, uma vez que esta é considerada o objeto do cuidado da ESF. Para assistir a família o enfermeiro deve conhecer o funcionamento, os fatores que influenciam as suas experiências de saúde e de doença e o sentido de assistir famílias. Entender a saúde da família como estratégia de mudança significa repensar as práticas, valores e conhecimento de todos os grupos envolvidos no processo de produção social da saúde, respeitando suas culturas (ANGELO; BOUSSO, 2001 b).

Com posse destes conhecimentos o enfermeiro deve identificar os diagnósticos que servirão de base para o planejamento e implementação do cuidado, sempre considerando os valores individuais e sociais da família.

Assistir família é pensar a família na construção do plano assistencial, a atuação do enfermeiro à família é de natureza ética, legal e política, defendendo as famílias que podem estar em extrema vulnerabilidade para falarem por si mesmas, de modo a interferirem em políticas e ações assistenciais que beneficiam a família e a sociedade como um todo, o objetivo fim da enfermeira na ESF é realizar o cuidado centrado na família (ANGELO; BOUSSO,2001 b).

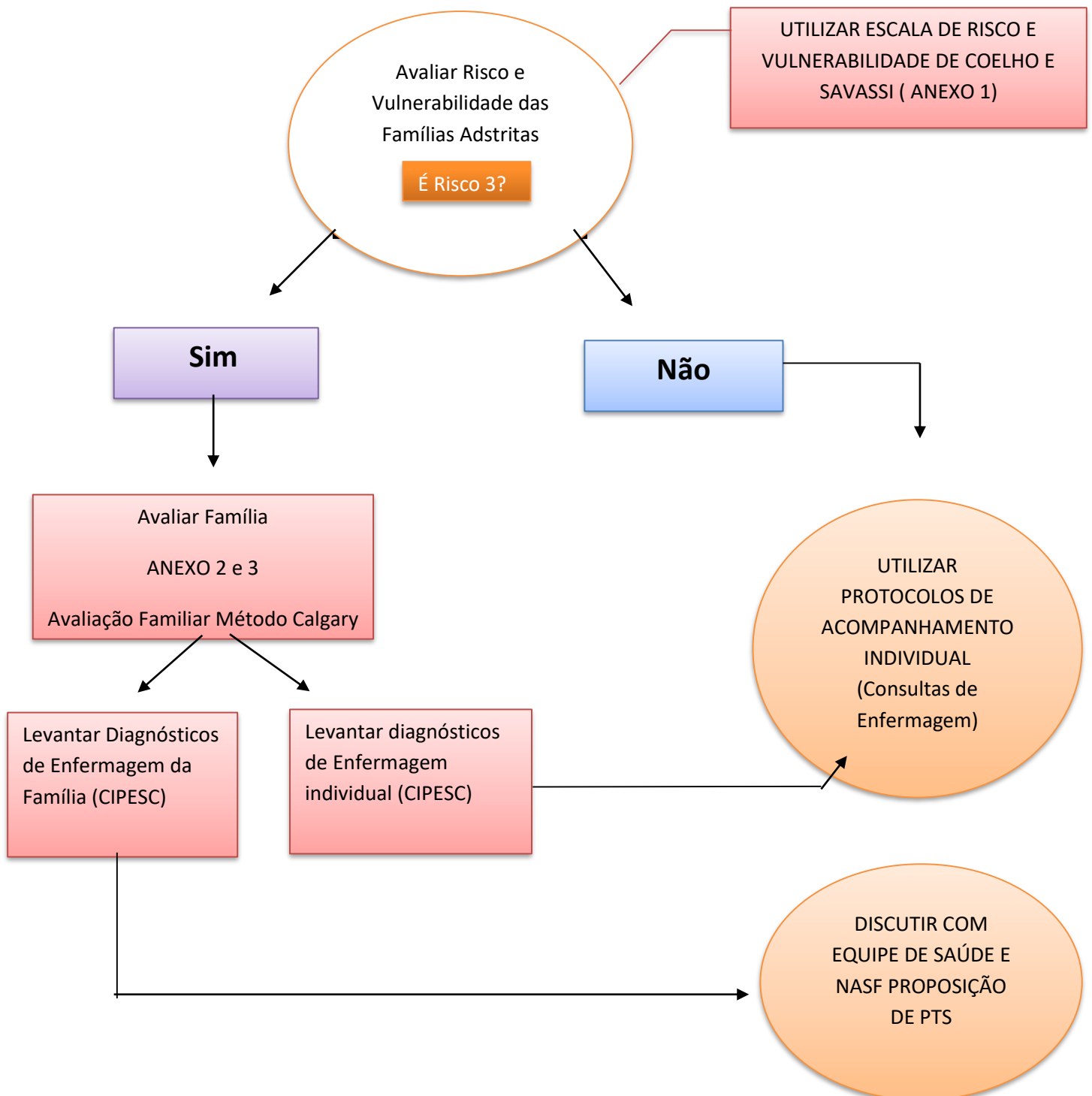
O cuidado centrado na família traz como pressupostos centrais a dignidade e o respeito. Os enfermeiros ouvem e respeitam as perspectivas e escolhas dos pacientes e famílias, valores, conhecimentos, crenças e culturas dos pacientes e famílias são incorporadas ao processo de planejamento das ações de enfermagem. A informação é compartilhada de uma maneira completa e imparcial de maneira a oportunizar o conhecimento, em vistas a efetivação do cuidado e a efetiva participação da família no processo.

Construir o cuidado centrado na família, não se configura uma tarefa simples, o profissional enfermeiro deve estar munido de tecnologias e instrumentos que o auxiliem no alcance deste objetivo.

A PNAB orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Este protocolo tem como objetivo apresentar ferramentas que auxiliem o enfermeiro a realizar o cuidado de enfermagem às famílias e suas singularidades na perspectiva dos princípios orientadores da Atenção Básica.

ABORDAGEM FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA - CIPESC

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP 2
Apoio familiar Prejudicado	<p>Auxiliar a reflexão sobre as formas de transmissão e contágio</p> <p>Conscientizar a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento</p> <p>Discutir com a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento</p> <p>Encaminhar a família para grupos de auto-ajuda</p> <p>Esclarecer a família sobre a doença</p> <p>Esclarecer a família sobre o tratamento</p> <p>Investigar o nível de compreensão da família sobre a doença</p> <p>Investigar o nível de compreensão e aceitação da família sobre a doença</p> <p>Oferecer folderes educativos</p> <p>Orientar a família sobre a interação medicamentosa com bebidas alcoólicas</p> <p>Reforçar sobre a adesão ao tratamento</p>	Z14 - Problema por doença familiar
Relacionamento Familiar conflituoso	<p>Acolher o usuário conforme suas necessidades</p> <p>Assegurar respeito aos direitos do usuário</p> <p>Conhecer a família</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo</p> <p>Envolver família/pessoa significativa nos cuidados</p> <p>Esclarecer dúvidas do paciente</p> <p>Estabelecer relação de confiança com o usuário paciente</p> <p>Estimular o paciente/família a procurar ajuda</p> <p>Estimular relatos de experiência nos grupos de atenção a Mulher</p> <p>Identificar rede de apoio familiar e comunitária</p> <p>Levantar suas dificuldades frente à situação relatada</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p>	Z 20 - Problemas por relacionamento familiar
Relacionamento Familiar restabelecido	<p>Manter vínculo com a família o usuário</p> <p>Estimular o paciente a promover a manutenção das relações Familiares</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p>	
Relacionamento interpessoal comprometido	<p>Encaminhar para grupos de auto-ajuda</p> <p>Estimular a socialização</p> <p>Estimular atividades físicas e de lazer</p> <p>Identificar as relações sociais do paciente e estilo de vida</p> <p>Identificar rede de apoio familiar e comunitária</p> <p>Levantar suas dificuldades frente à situação relatada</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p>	Z 20 - Problemas por relacionamento familiar
Vínculo conflituoso	<p>Encaminhar para grupos de auto-ajuda</p> <p>Estimular o amor próprio</p> <p>Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos</p> <p>Identificar rede de apoio familiar e comunitária</p> <p>Levantar suas dificuldades frente a situação relatada</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p>	Z 20 - Problemas por relacionamento familiar
Vínculo familiar presente	<p>Acolher o usuário/família em suas necessidades</p> <p>Manter vínculo com a família do usuário</p> <p>Identificar suas necessidades frente à situação presente</p>	

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Vínculo familiar ausente	<p>Acolher o usuário/família em suas necessidades</p> <p>Conhecer a família</p> <p>Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos</p> <p>Identificar suas necessidades frente à situação presente</p> <p>Levantar suas dificuldades frente à situação relatada</p> <p>Orientar sobre os problemas da família</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p>	<p>Z 20 - Problemas por relacionamento familiar</p>
Vínculo mãe e filho comprometido	<p>Acionar recursos comunitários</p> <p>Apoiar a paciente em suas necessidades</p> <p>Avaliar a qualidade do cuidado materno</p> <p>Avaliar fatores de risco para a violência ao conceito e ao Recém - Nato</p> <p>Estimular a mãe a brincar com a criança</p> <p>Conhecer a família</p> <p>Estimular a mãe a conversar com a criança</p> <p>Estimular a mãe a demonstrar carinho à criança nos cuidados</p> <p>Despertar o interesse da mãe para o relacionamento com a criança</p> <p>Encaminhar para consulta médica</p> <p>Favorecer vínculo e proximidade com a paciente para que esta possa expressar suas necessidades</p> <p>Identificar rede de apoio familiar e comunitário</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p>	<p>Z 20 - Problemas por relacionamento familiar</p>
Vínculo mãe e filho preservado	<p>Apoiar a paciente em suas necessidades</p> <p>Identificar a necessidade de rede de apoio familiar e comunitário</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p> <p>Reforçar a importância do vínculo para o desenvolvimento infantil</p> <p>Reforçar orientações sobre o apoio da família na continuidade da relação</p>	
Adaptação/enfrentamento inadequado	<p>Auxiliar a reflexão sobre seu papel na família e sociedade</p> <p>Auxiliar na reflexão sobre as relações familiares</p> <p>Encorajar a identificação de pontos fortes e capacidades</p> <p>Enfatizar a importância do diálogo e de uma relação positiva e de respeito entre os membros da família e o Enfermeiro</p> <p>Estabelecer vínculo entre US, escola e família</p> <p>Estimular a participação em atividades sociais (ex: gincanas, festas típicas, etc)</p> <p>Estimular a frequentar a escola</p> <p>Identificar com o usuário situações de enfrentamento anteriores e estratégias de superação</p> <p>Orientar a participação em cursos extracurriculares e participação em trabalhos voluntários</p> <p>Orientar a prática de esporte</p> <p>Estimular a participar de cursos profissionalizantes</p> <p>Estimular a participar de grupos de adolescentes</p> <p>Estimular a participar de trabalhos voluntários</p> <p>Estimular a praticar esportes</p> <p>Estimular o usuário a refletir seu papel na família e sociedade</p>	<p>Z 20 - Problemas por relacionamento familiar</p> <p>Z 29 - Problema social NE</p>
Adaptação (enfrentamento) inadequada ou ausente	<p>Avaliar ambiente, história familiar contexto familiar</p> <p>Encaminhar o usuário ou a família para grupos de auto-ajuda</p> <p>Encaminhar para: atendimento especializado; atendimento psicológico; consulta médica; equipamentos sociais da comunidade na área de saúde mental; maternidade de referência; oficinas e grupos educativos</p> <p>Estimular o paciente/família a procurar ajuda</p> <p>Favorecer o suporte psicológico para enfrentamento da doença</p> <p>Investigar o nível de compreensão e aceitação da família sobre a doença</p> <p>Monitorar através de visita domiciliar</p>	

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	Oferecer apoio emocional Orientar sobre os problemas da família	
Apoio familiar prejudicado	Avaliar ambiente, história familiar, contexto familiar Encaminhar o usuário ou a família para grupos de auto-ajuda Esclarecer a família sobre: a doença; a sintomatologia apresentada, o tratamento; ao uso de drogas Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos Informar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. Monitorar através de visita domiciliar Orientar sobre os problemas da família	Z 20 - Problemas por relacionamento familiar
Conhecimento insuficiente	Encaminhar para: atendimento especializado; atendimento psicológico; consulta médica; equipamentos sociais da comunidade na área de saúde mental; maternidade referência; oficinas e grupos educativos Esclarecer a família sobre: a doença; a sintomatologia apresentada, o tratamento; ao uso de drogas Informar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. Investigar o nível de compreensão e aceitação da família sobre a doença Monitorar através de visita domiciliar Oferecer apoio emocional Orientar sobre os problemas da família Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/ família. Selecionar as informações mais importantes e repassá-las de forma clara para a mulher/família	
Direito de cidadania limitado	Encaminhar o usuário ou a família para grupos de auto-ajuda Encaminhar para Delegacia /Hospital de Referência Encaminhar para órgãos competentes para solicitação de benefício Encaminhar para serviços de apoio Incentivar e promover socialização Incentivar interação social Investigar interação social e familiar Monitorar através de visita domiciliar Oferecer apoio emocional	Z 29 - Problema social NE Z 08 - Problema relacionado com sistema de segurança social
Processo de informação limitado	Encaminhar para: atendimento especializado; atendimento psicológico; consulta médica; equipamentos sociais da comunidade na área de saúde mental; maternidade de referência; oficinas e grupos educativos Esclarecer a família sobre: a doença; a sintomatologia apresentada, o tratamento; ao uso de drogas Investigar o nível de compreensão e aceitação da família sobre a doença Monitorar através de visita domiciliar Oferecer as informações de maneira clara e centrada na dúvida presente Oferecer folderes educativos Orientar o uso correto da medicação ao paciente/família Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/ família. Selecionar as informações mais importantes e repassá-las de forma clara para a mulher/família	45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta
Relacionamento familiar conflituoso	Avaliar ambiente, história familiar contexto familiar Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos Investigar interação social e familiar Oferecer apoio emocional Orientar sobre os problemas da família	Z 20 - Problemas por relacionamento familiar
Relacionamento interpessoal comprometido	Avaliar ambiente, história familiar contexto familiar Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos	Z 20 - Problemas por relacionamento familiar

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Vínculo conflituoso	<p>Avaliar ambiente, história familiar contexto familiar Encaminhar o usuário ou a família para grupos de auto-ajuda Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos Oferecer apoio emocional Orientar sobre os problemas da família</p>	Z 20 - Problemas por relacionamento familiar
Vínculo familiar ausente	<p>Avaliar ambiente, história familiar, contexto familiar Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos Monitorar através de visita domiciliar Oferecer apoio emocional Orientar sobre os problemas da família</p>	Z 20 - Problemas por relacionamento familiar
Relacionamento familiar restabelecido	<p>Auxiliar a reflexão sobre seu papel na família e sociedade Auxiliar na reflexão sobre as relações familiares Conhecer a família Conscientizar a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento Discutir com a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento Discutir sobre experiências atuais Enfatizar a importância do diálogo e de uma relação positiva e de respeito entre os membros da família Envolver a família/pessoa significativa nos cuidados Estimular a participação e comunicação familiar Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável Estimular o fortalecimento do vínculo terapêutico Estimular o paciente a promover a manutenção das relações familiares Estimular vínculo comunitário</p>	
Vínculo familiar presente	<p>Auxiliar a reflexão sobre seu papel na família e sociedade Auxiliar na reflexão sobre as relações familiares Conhecer a família Conscientizar a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento Discutir com a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento Discutir sobre experiências atuais Enfatizar a importância do diálogo e de uma relação positiva e de respeito entre os membros da família Envolver a família/pessoa significativa nos cuidados Estimular a participação e comunicação familiar Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável Estimular o fortalecimento do vínculo terapêutico Estimular o paciente a promover a manutenção das relações familiares Estimular vínculo comunitário</p>	

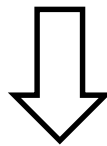
ANEXO I

AVALIAÇÃO DE RISCO (VULNERABILIDADE) COELHO E SAVASSI

APLICAR TABELA DE COELHO E SAVASSI

Dados da ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento e/ou higiene		3
Risco para desnutrição >P10		2
Uso de drogas lícitas e ilícitas		2
Desemprego		2
Doença crônica		2
Violência familiar		2
Analfabetismo		1
Menor de um ano		1
Maior de setenta anos		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore total	Classificação de risco	
Escore \geq 1	R1	
Escore 7 a 8	R2	
Escore maior que 9	R3	

NASCIMENTO, FG *et al.* Ciênc. saúde coletiva. 2010



COMO FAZER?

Propostas de sistematização de critérios

- Exemplo:

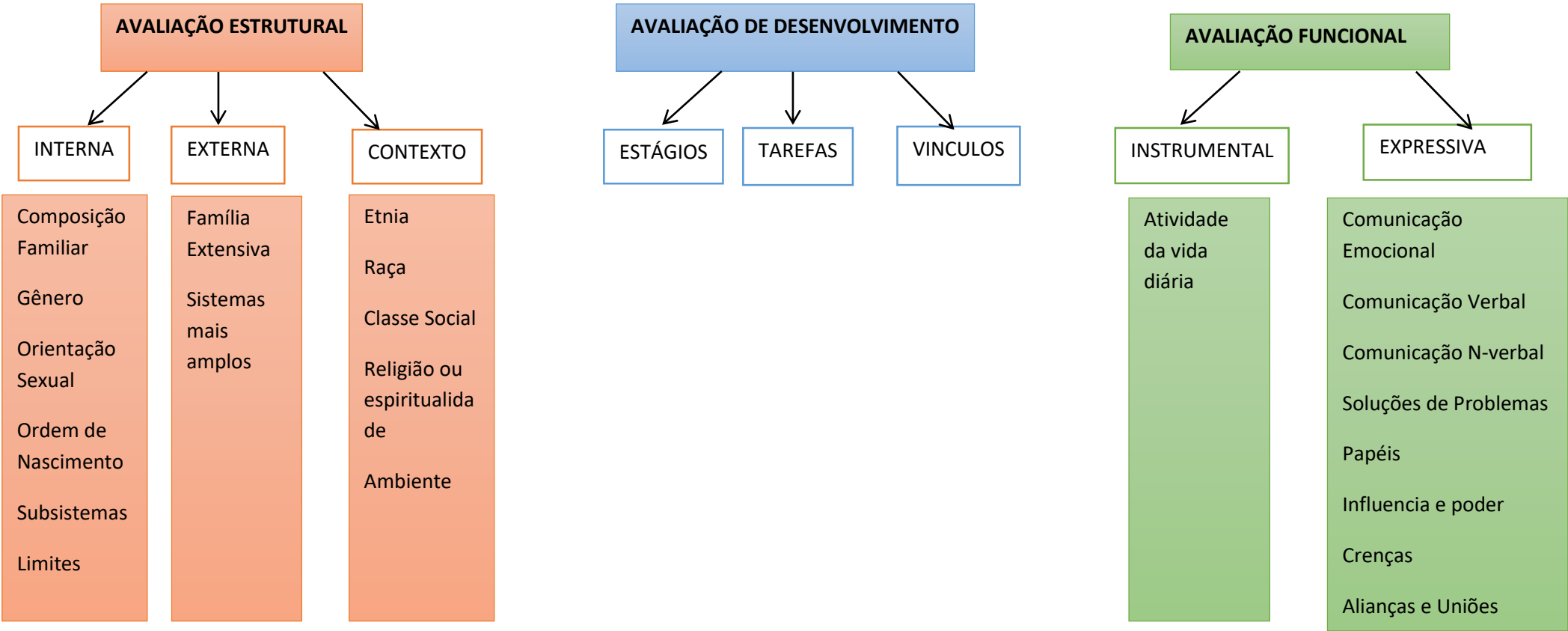
“Uma família possui 2 acamados, sendo que um deles é um idoso de 75 anos de idade e hipertenso. O outro acamado é deficiente físico (amputação traumática de membros inferiores). Ambos são analfabetos. Não existem outras sentinelas de risco nesta família.”

Escore familiar= 14 (3+3 + 1+2 + 3 + 1+1)

Savassi, Lage & Coelho (2011)

ANEXO II

AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA METODO CALGARY



ANEXO III

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR - MODELO CONFECCIONADO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA -UPE – NÚCLEO DE ENFERMAGEM- EMBASADO NA AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA PELO METODO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

ORIENTAÇÃO: Identificação/histórico familiar

ENDEREÇO: _____

EQUIPE: _____ **MICROÁREA:** _____ **ACS:** _____ **DATA:** _____

ENTREVISTADO: _____

ESTRUTURA INTERNA

1. Quem faz parte da família?

Nome	Idade	Parentesco	ocupação

2. Ocorreu algum aborto?

3. Vocês planejaram o nascimento dos filhos?

4. Como foi o comportamento do pai (mãe) após o nascimento dos filhos? (Mudou? Se Sim. Como?)

5. Como são divididas as tarefas em casa? (Há divisão por sexo?)

6. O fato de você fazer estas coisas lhe incomodam?

7. Gostaria que alguém lhe ajudasse nestas tarefas?

8. Quem tem mais influência (poder) perante os filhos e quem eles obedecem?

9. Quando eles estão com problemas a quem eles recorrem?

10. Você observa divisão de grupos na família em situação de conflito ou problema?

11. Qual o efeito que eles causam sobre o nível de estresse familiar?

12. Existe alguém com quem você pode conversar sobre os problemas familiares? Se Sim. Quem?

13. Quem você procura quando se sente feliz e/ou triste?

ESTRUTURA EXTERNA

1. Você ainda possui pais vivos? Se Sim onde moram? tem contato com eles?
2. Você possui marido/esposa vivos? Se Sim onde moram? tem contato com eles?
3. Você tem irmãos/irmãs? Se Sim fale sobre eles.
4. Qual de seus parentes é o mais próximo de você? Fale sobre ele?
5. A quem você pede ajuda quando surge problemas em sua família? Que tipo de ajuda?
6. Você estaria disponível se eles precisassem de você?
7. Quais os profissionais da instituição estão envolvidos com sua família?
8. Com quais instituições sua família interage (igreja, escola, creche...)
9. O que significa saúde para você?
10. O que você considera saudável?
11. O que lhe parece mais positivo em sua família?
12. Sua situação financeira influencia de algum modo nas condições de saúde de sua família? De que forma?
13. Você participa de alguma igreja/religião? Se Sim Qual?
14. De alguma forma suas crenças influenciam seu comportamento em relação a família?
15. De alguma forma suas crenças influenciam seu comportamento em relação a saúde?
16. Suas crenças religiosas é um recurso para você e sua família? Se Sim como? Conhece associações/serviços comunitários onde você mora?
17. Existe algum (a) associações/serviços comunitários que você faz parte ou gostaria de conhecer? Se Sim. Qual?

DESENVOLVIMENTO

1. De que maneira o diagnóstico/problema de saúde influencia sua ligação com seu(a) companheiro(a)/ filho/(a)....?
2. Quantas horas/dia você gasta tomando conta de....?
3. Algum outro membro da família ajuda a cuidar de....? Se Sim. Quem?
4. Quando você relembra sua vida, quais os aspectos que você mais gosta?
5. Quais você mais lamenta?
6. Qual é a sua expectativa em relação ao futuro de sua família?

FUNCIONAL

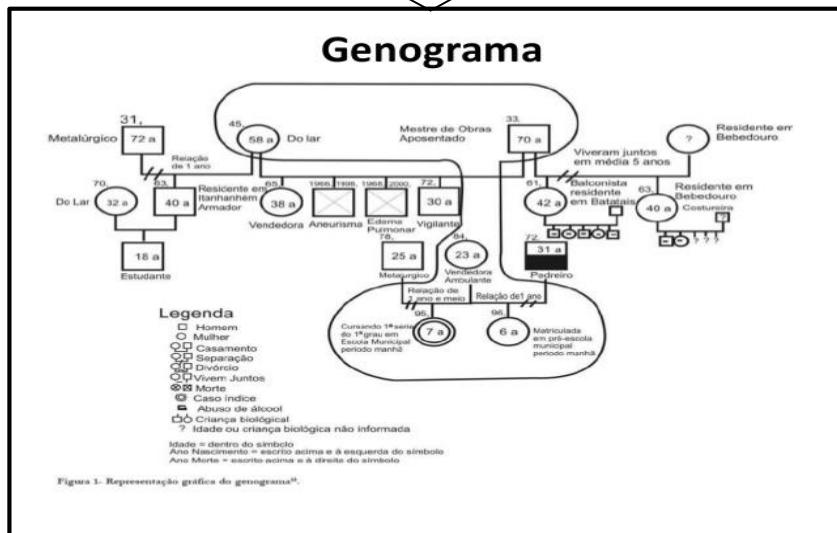
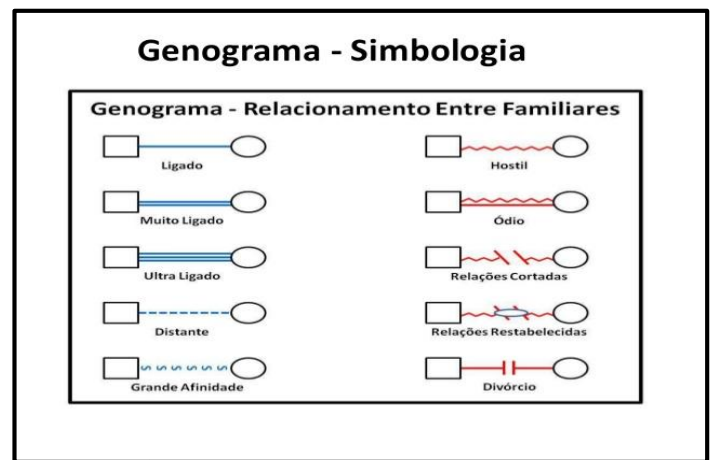
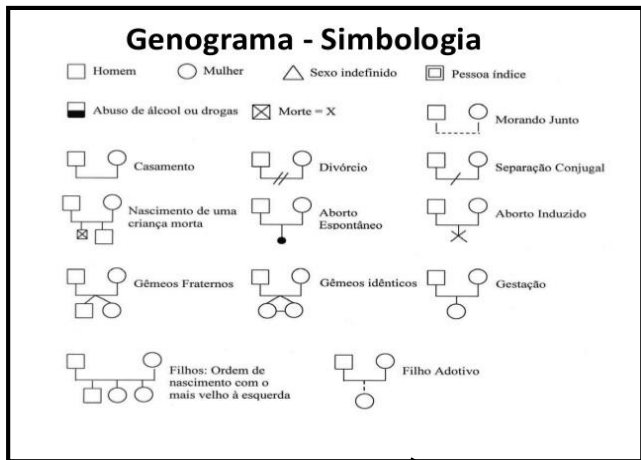
Funcionamento instrumental

1. Quem na família, geralmente inicia as conversas sobre sentimentos?
2. Quando seu(sua) esposo(a) está feliz de que maneira ele(a) expressa isso?
3. Quando seu(a) esposo(a) está com raiva de que maneira ele(a) expressa isso?
4. Quem se comunica de forma mais clara e direta?
5. Quais maneiras vocês encontram para manter boas conversações diretas?

FUNCIONAMENTO EXPRESSIVO

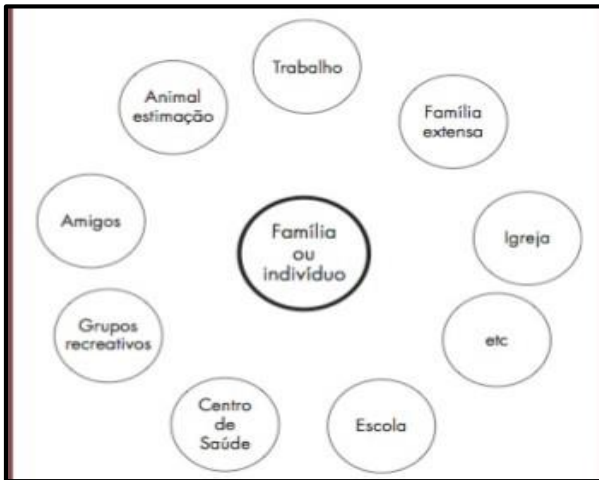
1. Quem foi o primeiro a perceber o problema?
2. É esta pessoa que normalmente percebe os problemas?
3. Quando você fala sobre os problemas de saúde de....., que efeito isto provoca em você?
4. Até que ponto você acha que sua família controla a doença de?
5. A doença de tem afetado a família? Se Sim. Como?
6. Os profissionais de saúde tem ajudado a enfrentar o problema de? Como?
7. O problema de saúde de.... aproximou ou afastou a família?

GENOGRAMA



O genograma é a representação gráfica da família. Nele são representados os diferentes membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades. Podem ser acrescentados dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade e dados relevantes da família, entre outros, de acordo com o objetivo do profissional. Enfim, é um diagrama no qual está representada a estrutura familiar (<http://virtual.ufms.br/objetos/Genograma>).

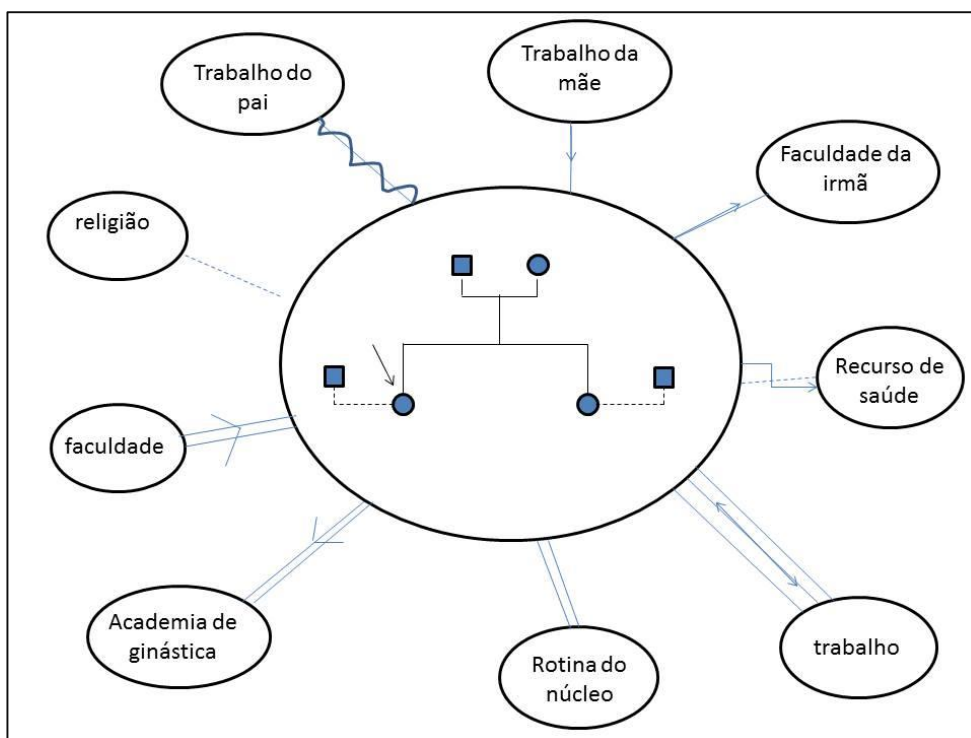
ECOMAPA



Ecomapa

- _____ linhas contínuas: ligações fortes, relações sólidas
- - - - - - linhas tracejadas: ligações frágeis, relações tênues
- ___//___ linhas com barras ou talhadas: aspectos estressantes, relações conflituosas
- → ← ↔ setas: fluxo de energia e/ou recursos
- Ausência de linhas: ausência de conexão

Horta, TG et al.



ANEXO IV

GENOGRAMA



ECOMAPA



ANEXO V

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2012. 110 p.

BOUSSO, Regina Szylit; ANGELO, Margareth. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 172-179, Jun. 2001.

BOUSSO, Regina Szylit; ANGELO, Margareth. Fundamentos da Assistência à Família em saúde. In: BRASIL: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 250 p.

ELSEN Ingrid, ALTOFF Colleta R, MANFRINI Gisele C. Saúde da família: desafios teóricos. Saúde Família e Desenvolvimento. 2001 Jul/Ago; 3 (2):89-97.

LORRAINE MW; MAUREEN L. Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. 4ª. ed. São Paulo: Roca; 2009.

NASCIMENTO, Fernanda Gomes do et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, ago. 2010.

SAVASSI, LCM, LAGE, JL; COELHO, FLG. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a escala de risco familiar de COELHO-SAVASSI JMPHC. v. 3, n. 2 (2012).

SAVASSI, LCM. Produção de Cuidado na ESF: Estratificação da Vulnerabilidade familiar. In Seminário de Atenção Domiciliar e Estratégia Saúde da Família. Cascavél, 2015.

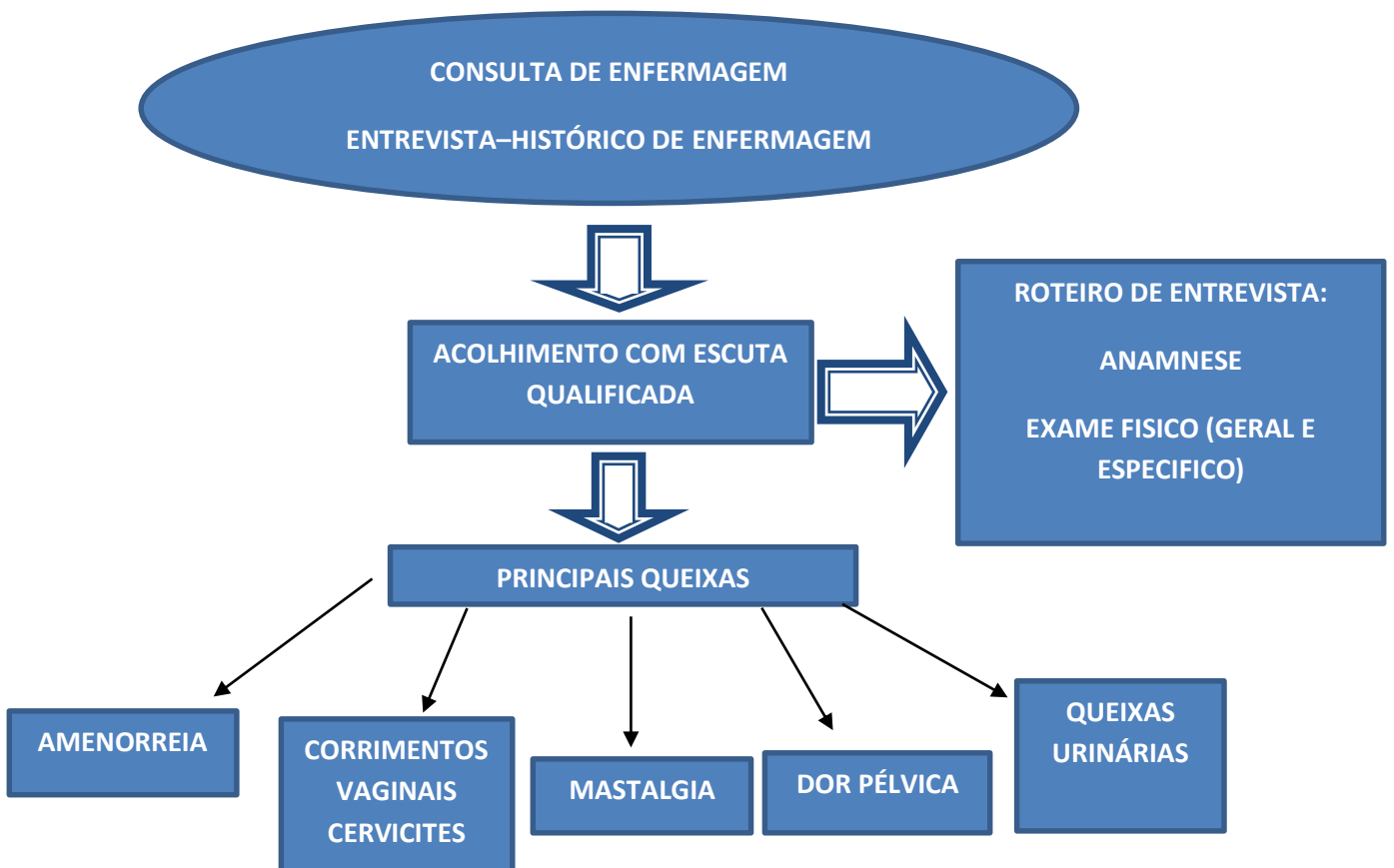
PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER

Ana Emília Ramos R. de Menezes,
Karla Regina Viana Coutinho e
Ligiana Nascimento de Lucena

INTRODUÇÃO

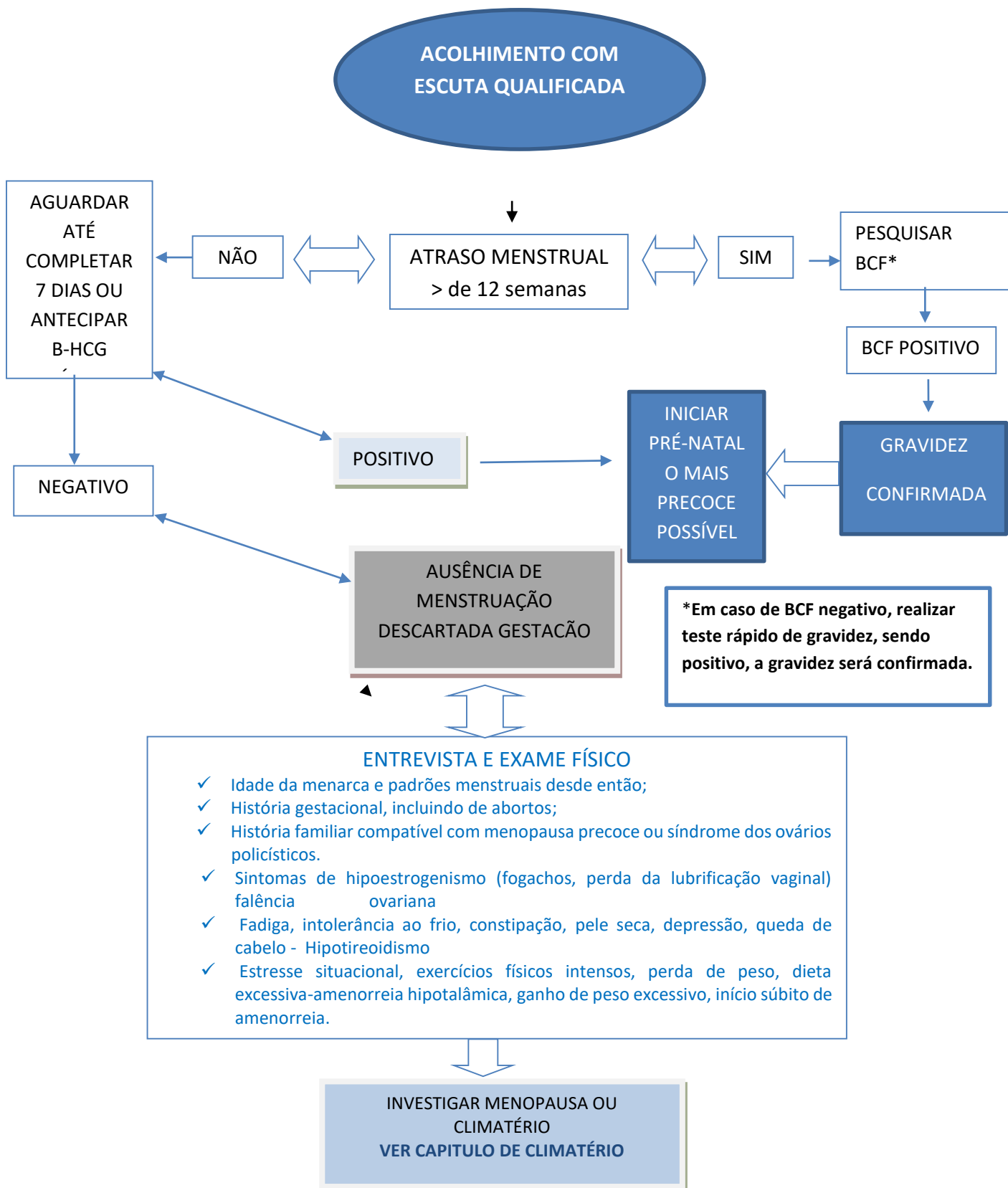
A Atenção básica tem, entre suas propostas, a execução das atividades programáticas voltadas à assistência da saúde da mulher nas diferentes fases do ciclo de vida, que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do SUS e como lócus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

CONSULTA DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

AMENORREIA



CORRIMENTOS VAGINAIS E CERVICITES

ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA

ENTREVISTA:

- ✓ Fluxo vaginal: quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados.
- ✓ Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia.
- ✓ Antecedentes clínicos/ ginecológicos: uso de antibiótico de amplo espectro, diabetes, gravidez.
- ✓ Fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo,
- ✓ Múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- ✓ Expectativas: com relação às consequências, acredita ter se exposto a IST, medo de ter IST.

EXAME FÍSICO

- ✓ Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio.
- ✓ Exame ginecológico.
- ✓ Exame especular: observar características do colo/sinais de cervicite; coletar material para teste de amins e, se disponível, microscopia a fresco.
- ✓ Toque vaginal: dor à mobilização do colo (cervicite); dor à mobilização do útero e anexos (DIP ou sinais de endometrite/pelveperitonite secundária a aborto/parto).

ENCAMINHAMENTOS

ENCAMINHAR PARA REFERÊNCIA

SOLICITAR CONTRA-REFERÊNCIA

AGENDAR CITOLOGIA ONCÓTICA

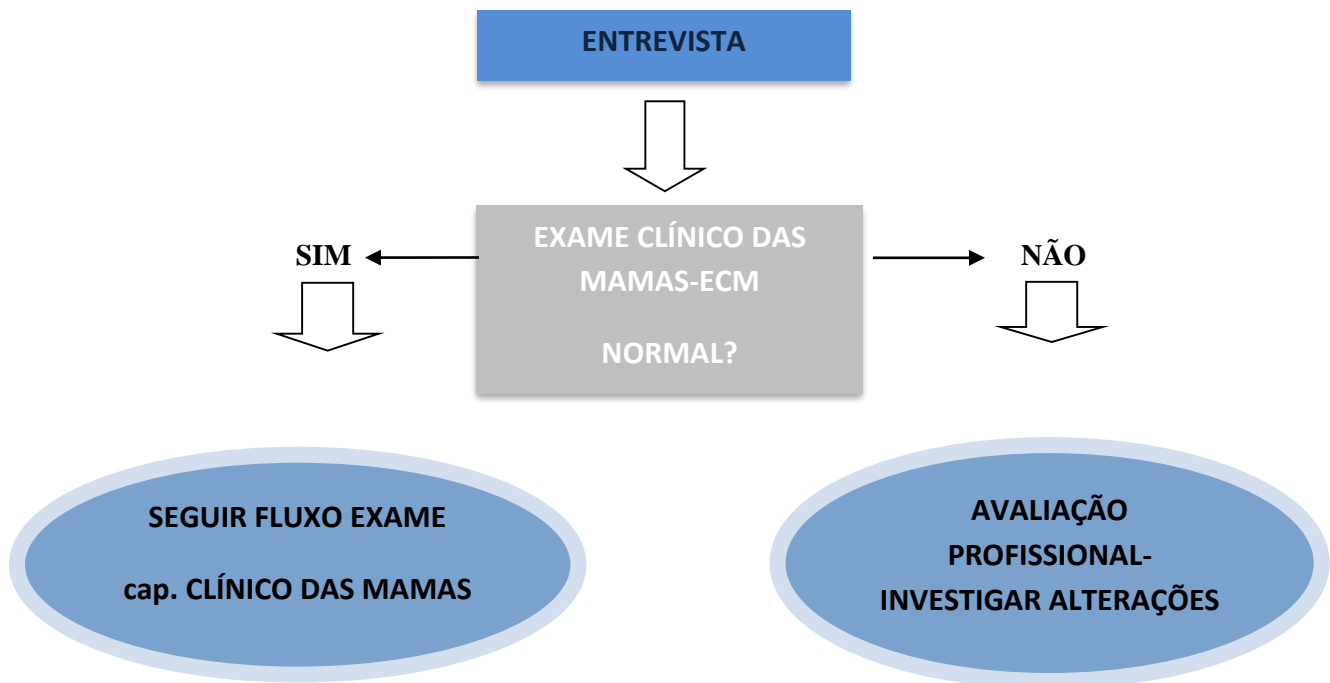
VER CAPÍTULO CÂNCER COLO UTERINO

CONSULTA MÉDICA E/OU ENFERMAGEM

ABORDAGEM SINDRÔMICA

VER CAP. SAÚDE SEXUAL E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

MASTALGIA



DOR PÉLVICA

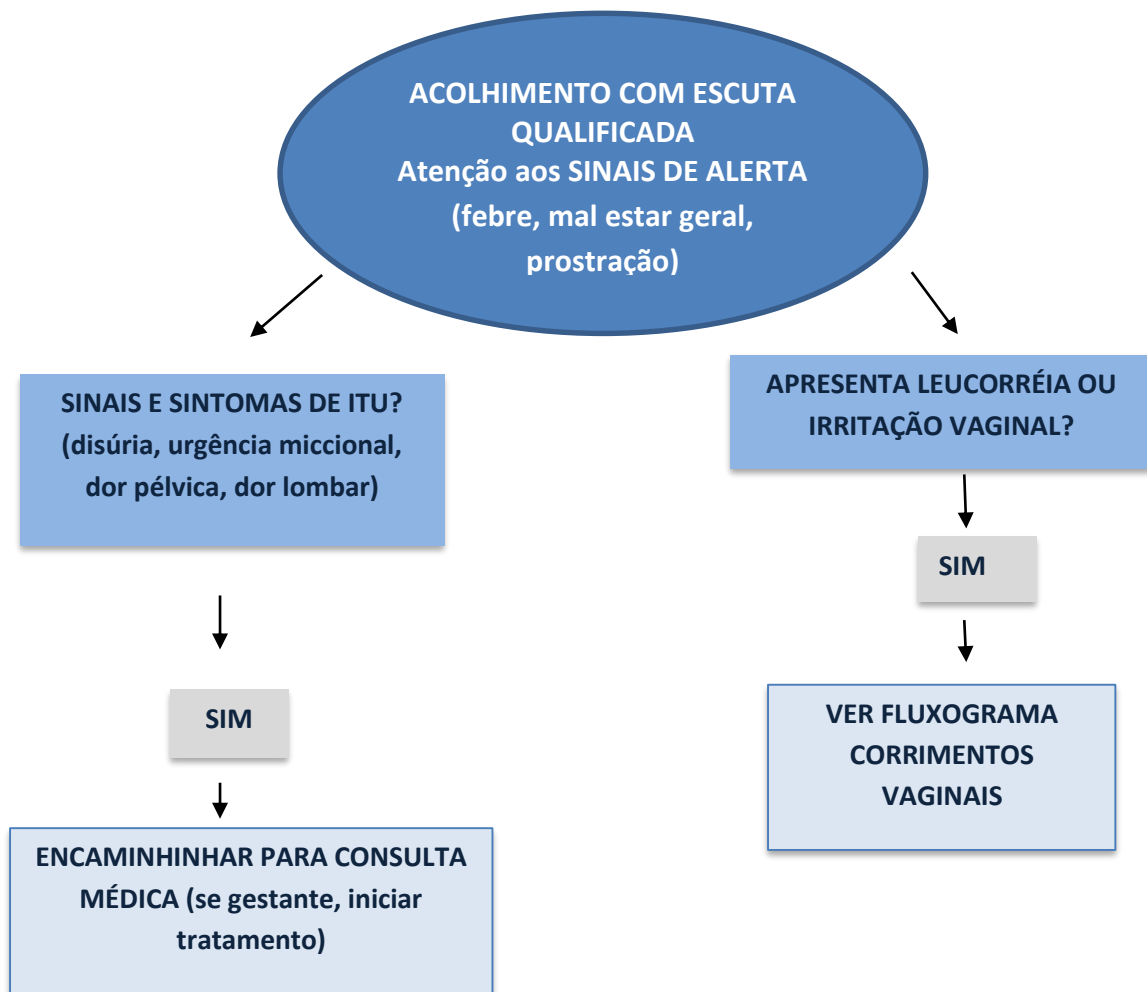


*No caso de dor pélvica aguda, realizar teste rápido para gravidez, antes de encaminhar para urgência.

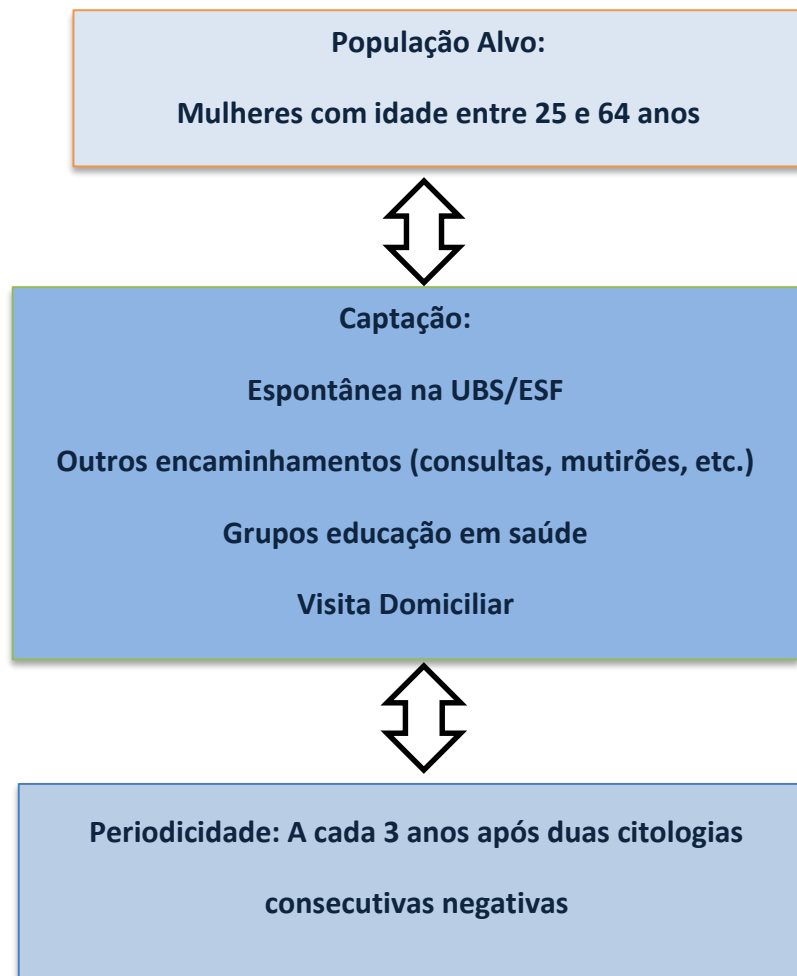
SINAIS DE ALERTA

- ATRASO MENSTRUAL, AMENORREIA OU GRAVIDEZ CONFIRMADA
- PARTO OU ABORTAMENTO RECENTES
- FEBRE, CALAFRIO, HIPOTENSÃO, TAQUICARDIA E TAQUIPNEIA
- DISTENSÃO OU RIGIDEZ ABDOMINAL, SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
- HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL TAQUIPNEIA

QUEIXAS URINÁRIAS



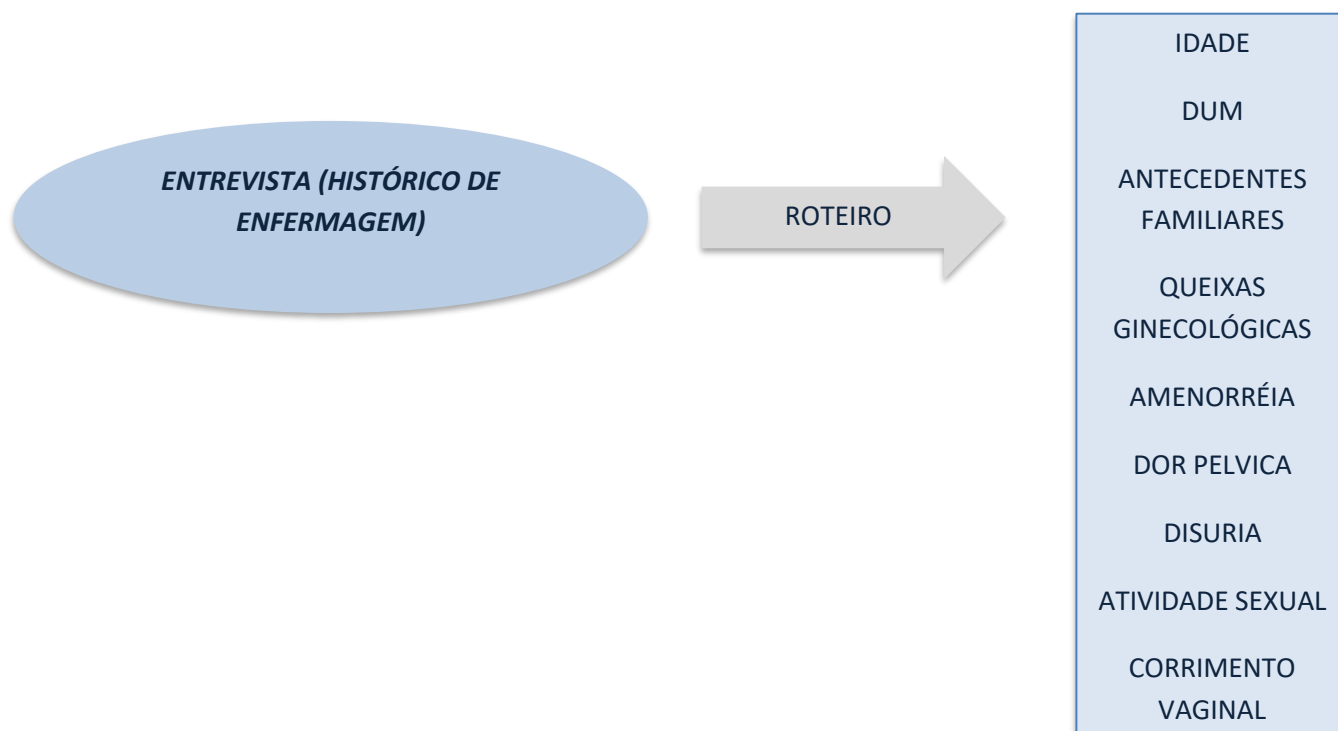
AGENDAMENTO PARA CITOLOGIA ONCÓTICA / ROTINA DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO – EXAME CITOPATOLÓGICO



Recomendações prévias ao exame:

- 1 – Não usar creme vaginal, ducha, nem realizar USG transvaginal 48h antes do exame;
- 2- Não ter relações sexuais 24h antes do exame;
- 3- Não estar menstruada;
- 4- Pacientes com sangramento ininterrupto devem ser examinadas e colhido material, pois podemos estar diante de um carcinoma invasor;
- 5- Melhor período para coleta é entre 15 e 25 dias do ciclo. A citologia não deve ser colhida até 6 a 8 semanas do pós-parto, se possível, para permitir a cicatrização.

CITOLOGIA ONCÓTICA/ROTEIRO PARA COLETA



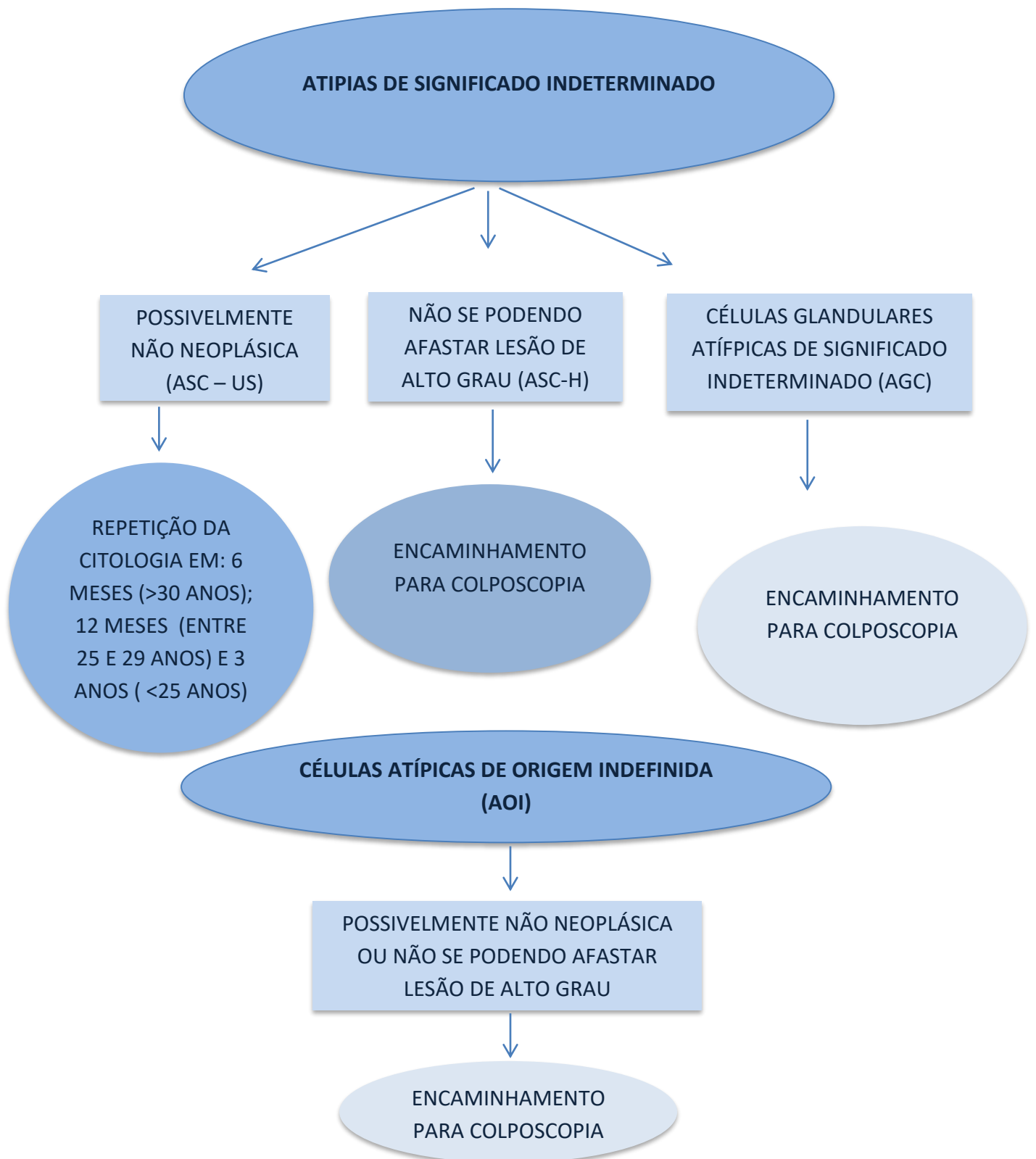
QUADRO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS

SITUAÇÕES ESPECIAIS	RECOMENDAÇÕES
GESTANTES	O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres
PÓS-MENOPAUSA	Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres
HISTERECTOMIZADAS	Submetidas à histerectomia total por lesões benignas, podem ser excluídas do rastreamento
MULHERES SEM HISTÓRIA DE ATIVIDADE SEXUAL	Não há indicação para rastreamento
IMUNOSSUPRIMIDAS	Intervalos semestrais no primeiro ano, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão

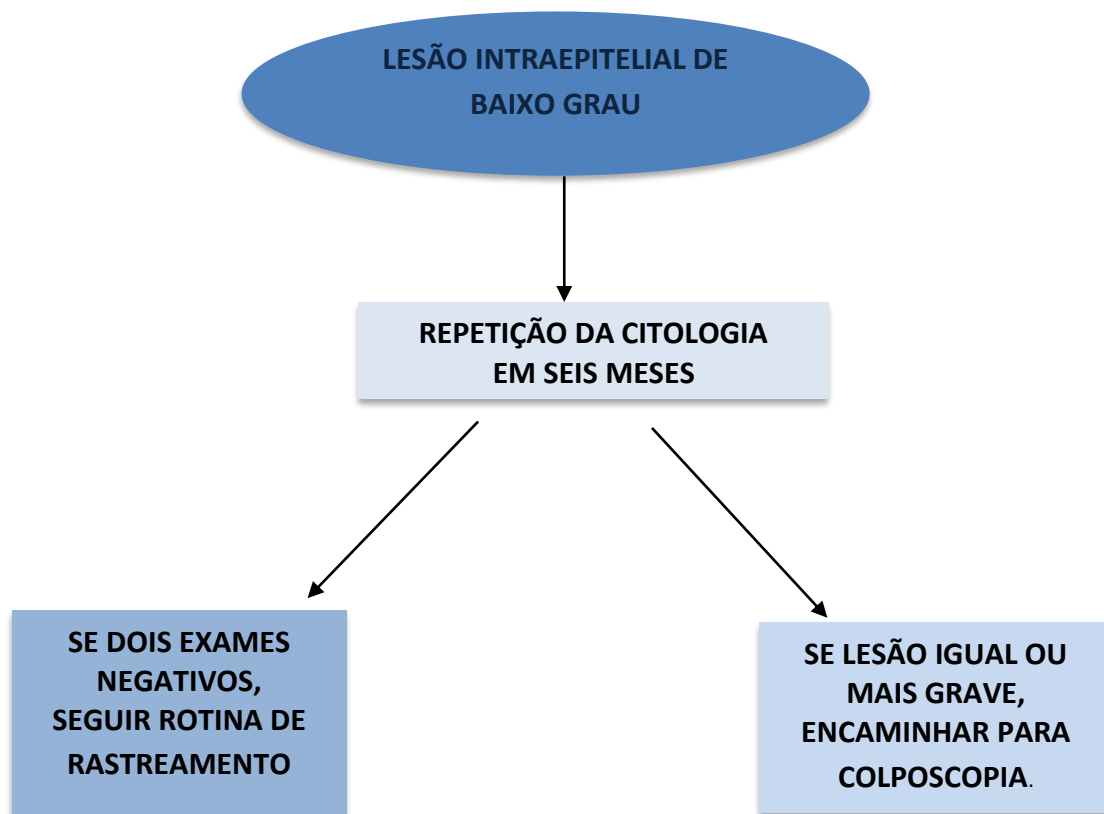
A. RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS NORMAIS



B. RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS ANORMAIS



B.1. LESÃO DE BAIXO GRAU



B.2 LESÕES DE ALTO GRAU



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

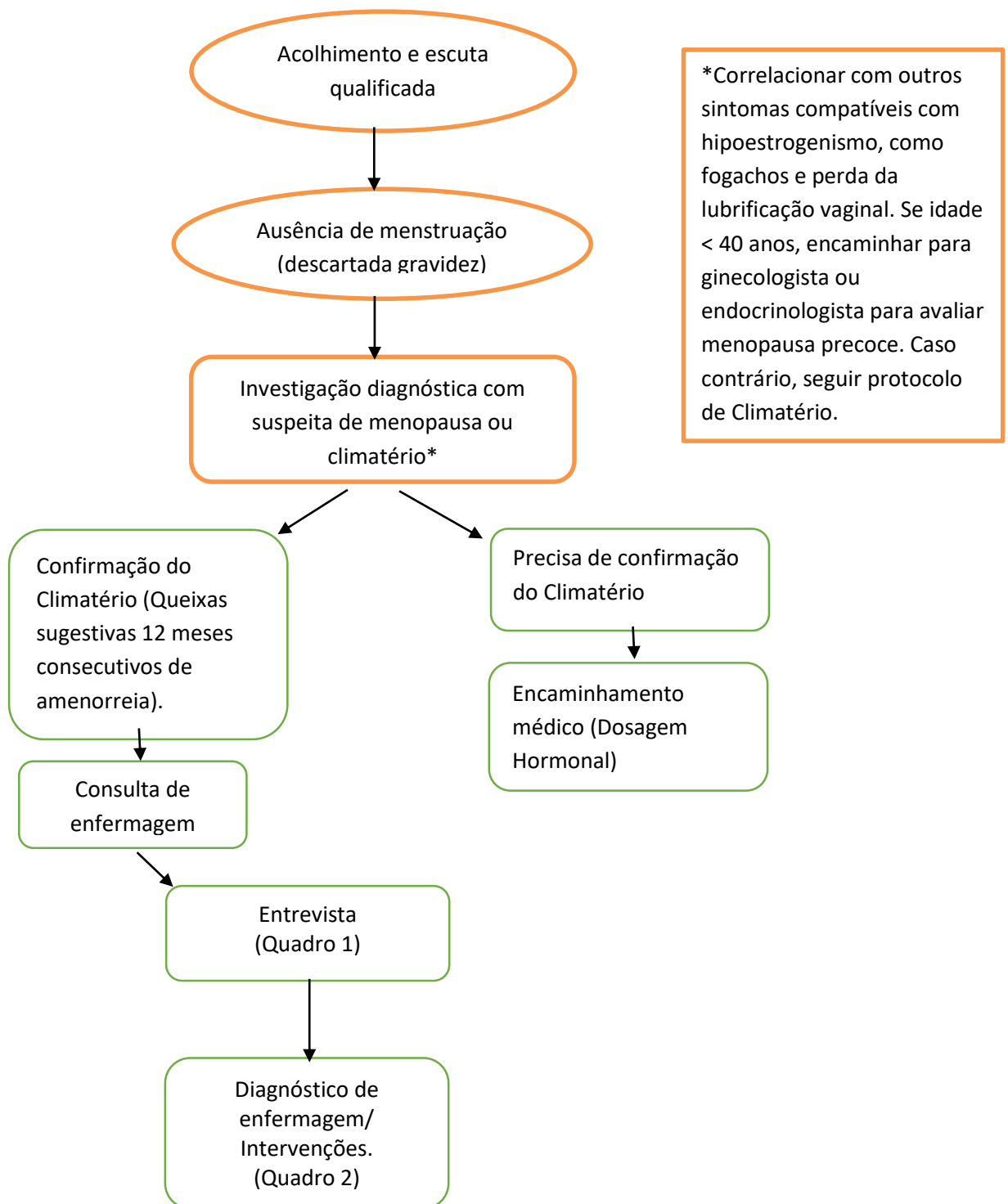
DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP 2
ELIMINAÇÃO URINÁRIA COMPROMETIDA	<p>Agendar consulta médica</p> <p>Beber 2 litros de água de água por dia</p> <p>Orientar coleta de urina para exame laboratorial</p> <p>Orientar higiene íntima</p> <p>Orientar ingestão hídrica</p> <p>Orientar retorno no dia e horário agendados</p>	<p>UD1-disúria /micção dolorosa</p> <p>UD2-micção frequente/urgência urinária/polaciúria</p> <p>U05-outros problemas com a micção</p> <p>U07-outros sinais/sintomas urinários</p>
CORRIMENTO VAGINAL	<p>Captar parceiro para tratamento Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado</p> <p>Indicar banho de assento</p> <p>Investigar o tempo de aparecimento do corrimento</p> <p>Orientar ingestão de alimentos</p> <p>Orientar o controle do uso de medicação</p>	<p>X14-secreção vaginal</p>
ATIVIDADE SEXUAL INSATISFATÓRIA	<p>Encaminhar para equipe multidisciplinar</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo</p> <p>Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual</p> <p>Identificar a importância do afeto</p> <p>Identificar os efeitos da medicação na sexualidade</p> <p>Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual</p> <p>Investigar fatores que interferem na relação sexual</p> <p>Investigar vulnerabilidade para HIV</p> <p>Oferecer folder educativo sobre atividade sexual Enfermeiro</p> <p>Orientar sobre atividade sexual incluindo o sexo seguro</p> <p>Orientar sobre consultas ginecológicas/urológicas anualmente</p> <p>Promover ambiente de privacidade</p> <p>Realizar acompanhamento por uma equipe multidisciplinar</p>	<p>X04-relação sexual dolorosa na mulher</p>
	<p>Encorajar verbalizações, sentimentos, percepções e medos</p> <p>Estimular o autocuidado corporal</p> <p>Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável</p>	

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

HIGIENE DAS GENTÍLIAS ALTERADA	<p>Explicar os riscos à saúde devido às más condições de higiene pessoal e domiciliar</p> <p>Fazer exame especular</p> <p>Orientar hábitos de higiene</p> <p>Orientar uso correto do preservativo</p>	
DOR EM BAIXO VENTRE	<p>Colher material para citologia oncológica</p> <p>Encaminhar para atendimento especializado</p> <p>Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo</p> <p>Fazer exame especular</p> <p>Investigar fatores fisiológicos</p> <p>Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado</p>	
DOR À RELAÇÃO SEXUAL (DISPAREUNIA)	<p>Encaminhar para consulta médica</p> <p>Encorajar verbalizações, sentimentos, percepções e medo</p> <p>Fazer exame especular</p> <p>Investigar fatores fisiológicos que interferem na relação</p> <p>Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado</p>	X04 -relação sexual dolorosa na mulher
PRURIDO VAGINAL	<p>Captar parceiro para tratamento</p> <p>Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado</p> <p>Indicar banho de assento</p> <p>Investigar o tempo de aparecimento da queixa</p> <p>Orientar dieta alimentar</p> <p>Orientar o uso correto do preservativo</p> <p>Orientar sobre higiene das genitálias</p> <p>Realizar o exame preventivo de colo uterino</p>	X15 -sinais/sintomas na vagina
EXAME PREVENTIVO AUSENTE	<p>Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado</p> <p>Esclarecer sobre a importância do exame</p> <p>Esclarecer a paciente sobre o exame preventivo do câncer de colo de útero</p> <p>Estimular a confiança no atendimento prestado</p> <p>Orientar para coleta de preventivo periodicamente</p> <p>Realizar o exame preventivo de colo uterino</p> <p>Tranquilizar a paciente sobre o atendimento prestado</p>	49 -outros procedimentos preventivos
RESULTADO DE EXAME PREVENTIVO ALTERADO	<p>Apoiar a paciente em suas necessidades</p> <p>Encaminhar para consulta médica</p> <p>Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado</p> <p>Envolver família/pessoa significativa nos cuidados</p> <p>Esclarecer a paciente quanto ao resultado de exame alterado</p> <p>Realizar visita domiciliar para acompanhamento</p>	49 -outros procedimentos preventivos

ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO



QUADRO 1

Entrevista:

- Data da última menstruação;
- Uso de métodos anticoncepcionais;
- Tabagismo e história familiar de câncer de mama;
- Última coleta de citopatológico do colo do útero;
- Sangramento genital pós-menopausa;

*Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de ensino e pesquisa-Brasília: Ministério da Saúde, 2016

QUADRO 2

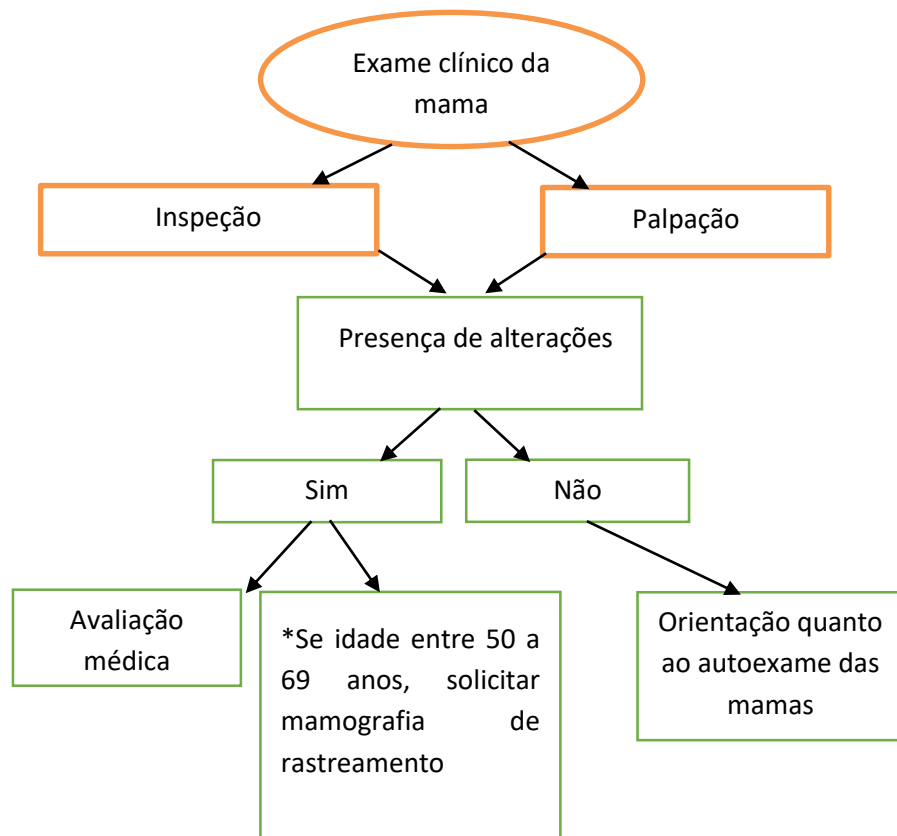
DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	CIAP 02
Ingestão alimentar alterada	Comer em pequena quantidade, várias vezes ao dia; Comer frutas, verduras e fibras; Evitar alimentos gordurosos e frituras; Orientar a importância de dieta fracionada; Orientar a importância de dieta fracionada; Orientar a importância da diminuição de ingestão de alimentos com grande teor de gordura.	A99 – Outras doenças gerais NE A29 – Outros sinais/sintomas gerais
Ingestão alimentar alterada	Comer em pequena quantidade, várias vezes ao dia; Comer frutas, verduras e fibras; Evitar alimentos gordurosos e frituras; Orientar a importância de dieta fracionada; Orientar a importância de dieta fracionada; Orientar a importância da diminuição de ingestão de alimentos com grande teor de gordura.	D07 – Dispepsia/indigestão A29 - Outros sinais/sintomas gerais
Repouso alterado	Buscar ambiente tranquilo e estabelecimento de horários para dormir; Evitar bebidas que contenham cafeína; Investigar hábitos e estilo de vida; Orientar sobre o repouso adequado; Orientar sobre técnicas de relaxamento.	N06 – Outras alterações da sensibilidade P06 – Perturbação de sono
Atividade Sexual insatisfatória	Encaminhar para equipe multidisciplinar Encorajar a verbalização de sentimentos, percepção e medo; Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual;	X04 – Relação sexual dolorosa na mulher X11 – Sinais/sintomas menopausa X15 – Sinais/sintomas vagina

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	Orientar o uso de lubrificantes vaginais a base de água na relação sexual.	X17 – Sinais/sintomas pélvis feminina X29 – Sinais/sintomas ap. genital feminina, outras
Sangramento vaginal inadequado	Avaliar sangramento; Encaminhar para consulta médica; Investigar quantidade e duração do sangramento; Orientar e agendar retorno.	X08 – Hemorragia intermenstrual X06 – Menstruação excessiva X12 – Hemorragia pós-menopausa X05 – Menstruação escassa/ausente
Tristeza	Acolher a usuária conforme suas necessidades; Encaminhar para grupo de autoestima; Identificar rede de apoio familiar e comunitário.	P03 – Sensação de depressão
Autoestima prejudicada	Encaminhar para atendimento psicológico; Estimular a autoestima da paciente; Estimular atividade física e de lazer.	P29 – Sinais/sintomas psicológicos, outros A18 – Preocupação com a aparência

AVALIAÇÃO DA MAMA

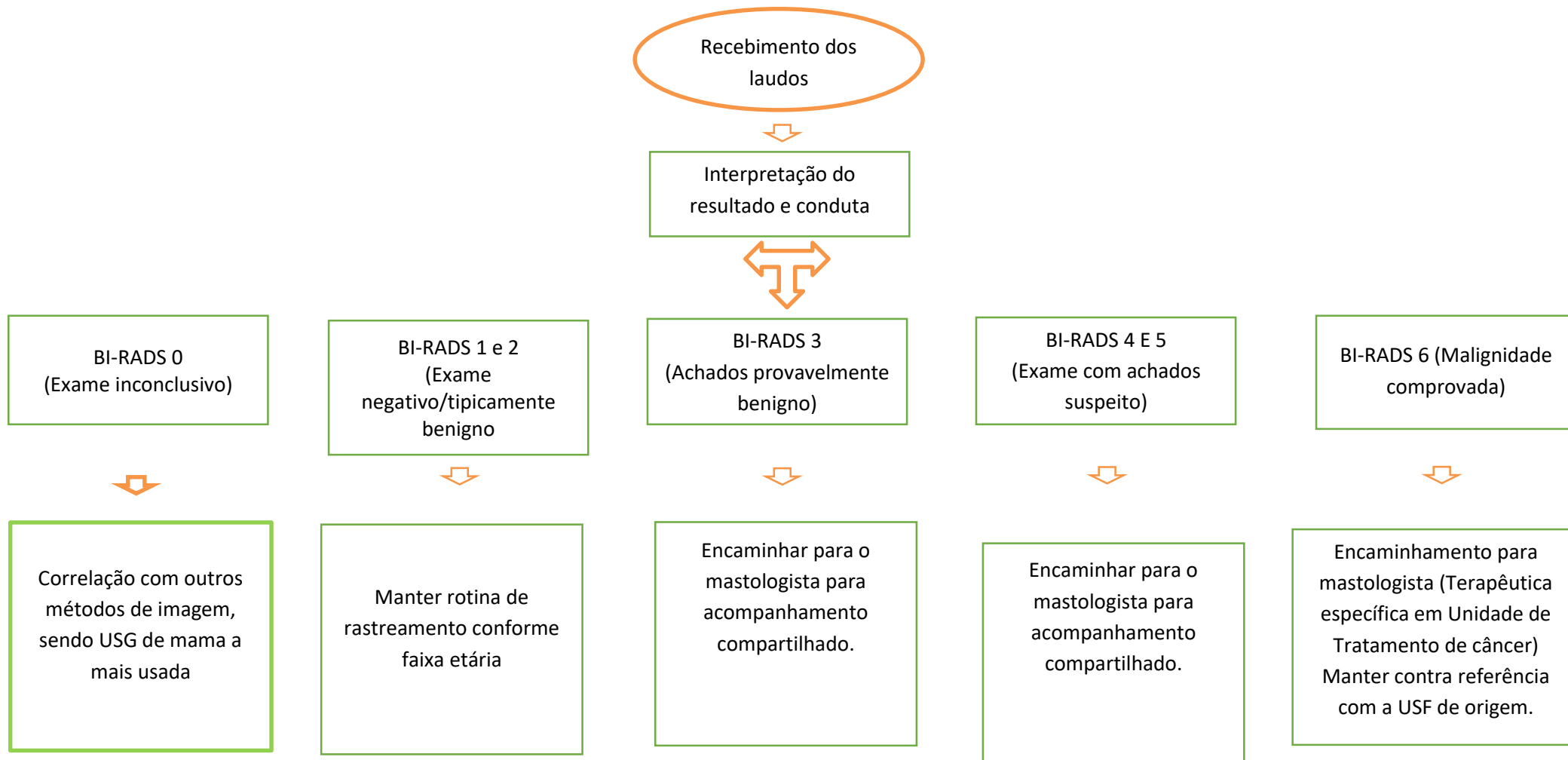


SINAIS DE ALERTA

- Nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas.
- Mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento).
- Desconforto ou dor em uma única mama que seja persistente.
- Mudanças no mamilo (retração e desvio).
- Secreção espontânea pelo mamilo, principalmente se for unilateral.

*O Instituto Nacional de Câncer entende que a pertinência da solicitação de mamografia de rastreamento pelo enfermeiro deve ser avaliada com base nos documentos citados, observando-se o protocolo estabelecido no Consenso para Controle do Câncer de Mama (INCA, 2004). No caso de mamografia diagnóstica, o enfermeiro deverá encaminhar ao médico as mulheres com lesões suspeitas para investigação e condução terapêutica.

CONSULTA PÓS RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO À MULHER COM ALTERAÇÃO NA MAMA

Diagnóstico enfermagem	de	Intervenções	CIAP 02
Higiene das mamas deficiente		Estimular a autoestima da paciente Estimular o autoexame das mamas Estimular o autocuidado corporal Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável Orientar hábitos de higiene	A29 – Outras sinais/sintomas gerais
Glândula mamária alterada		Acolher e apoiar a usuária conforme suas necessidades Controlar o uso de medicação Encaminhar para atendimento especializado Esclarecer dúvidas quanto ao autoexame das mamas Esclarecer dúvidas quanto ao câncer de mama e útero Fazer autoexame de mama 7 dias após menstruação Fazer autoexame de mamas mensalmente na data do aniversário (menopausa) Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar Investigar causa da dor Orientar o controle do uso de medicação Orientar uso correto de sutiã Realizar exame das mamas Realizar auto-exame das mamas Orientar usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	X18 – Dor na mama feminina X20 – Sinais/sintomas mamilo mulher X21 – Sinais/sintomas mama feminina, outros X26 – Medo cancro mama X22 – Preocupação aparência mama feminina
Glândula mamária com secreção		Coletar secreção de mamas Encaminhar para atendimento especializado Esclarecer dúvidas quanto ao autoexame de mamas Esclarecer dúvidas quanto ao câncer de mama e útero	X21 – Sinais/sintomas feminina X26 – Medo cancro mama

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Orientar coleta de secreção para exame</p> <p>Realizar exame das mamas</p> <p>Realizar autoexame das mamas</p> <p>Realizar higiene corporal</p> <p>Orientar usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados</p>	X20– Sinais/sintomas mamilo mulher
Auto-exame de mama presente	<p>Demonstrar técnica do autoexame de mama</p> <p>Orientar fazer autoexame de mamas sete dias após a menstruação</p> <p>Orientar fazer autoexame de mamas mensalmente na data do aniversário (menopausa)</p> <p>Orientar realizar exame clínico de mamas anualmente</p> <p>Reforçar as orientações relativas ao autoexame mamas</p>	58 (Procedimento) – Aconselhamento/ escuta terapêutica
Auto-exame de mama ausente	<p>Demonstrar técnica do autoexame de mama</p> <p>Esclarecer dúvidas quanto ao autoexame de mamas</p> <p>Esclarecer dúvidas quanto ao câncer de mama e útero</p> <p>Orientar fazer autoexame de mama sete dias após menstruação</p> <p>Orientar fazer autoexame de mamas mensalmente na data do aniversário (menopausa)</p> <p>Oferecer folder educativo sobre autoexame de mamas</p>	58 (Procedimento) - Aconselhamento/escuta terapêutica
Ansiedade decorrente do estado de saúde atual	<p>Acolher o usuário conforme suas necessidades</p> <p>Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente</p> <p>Envolver família/pessoa significativa nos cuidados</p>	P01- Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão X26 – Medo cancro mama X27 – Medo outra doença genital/mama

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

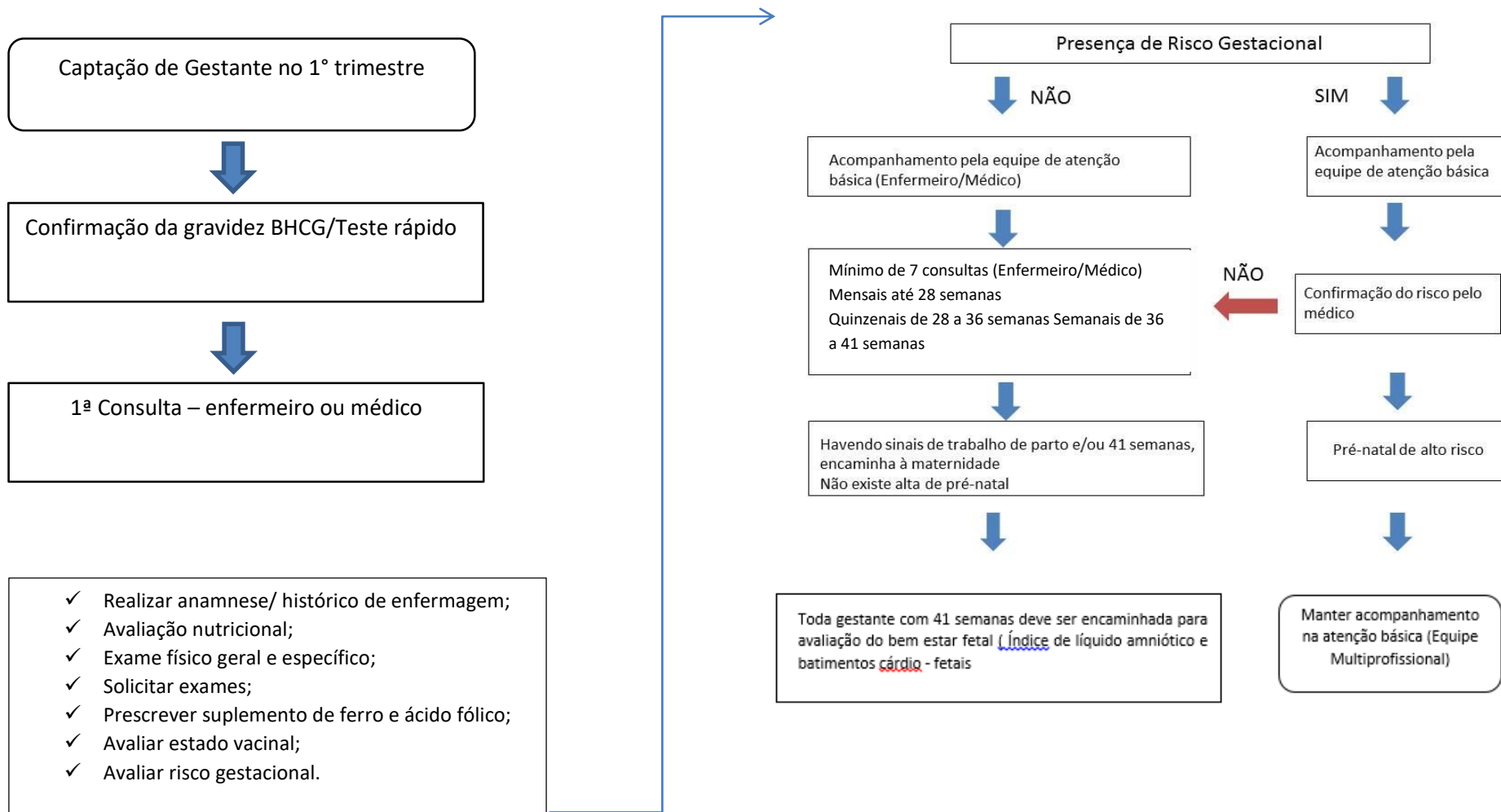
Ansiedade frente a resultado de exames	Acolher a usuária conforme suas necessidades Buscar compreender a expectativa apresentada Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo Esclarecer a usuária quanto aos achados em exames Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado Estabelecer relação de confiança com a paciente Estimular a confiança no atendimento prestado Orientar quanto terapêutica medicamentosa Orientar periodicidade do exame Tranquilizar a usuária durante a realização do procedimento Usar abordagem calma e segura	P01- Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão X26 – Medo cancro mama X27 – Medo outra doença genital/mama
---	--	--

PRÉ- NATAL

A assistência ao pré-natal de baixo risco/risco habitual com qualidade, visa reduzir danos, agravos e óbitos maternos, perinatais e neonatais. Este protocolo tem como objetivo guiar o enfermeiro da atenção básica, através do processo de enfermagem, em situações frequentes e relevantes na condução do pré-natal e na identificação das condições de risco do ciclo gravídico. Com o intuito de qualificar a atenção ao pré-natal e de orientar as condutas adequadas frente a situações que ponham em risco o binômio mãe-feto.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

FLUXOGRAMA PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

Diagnóstico de Enfermagem Foco CIPE/CIPESC	Enfermagem	Intervenções de	CIAP 02
Gravidez indesejada	Acolher a gestante conforme suas necessidades; Encaminhar para grupo de autoajuda; Encaminhar para suporte psicológico; Encorajar verbalização, sentimentos, percepções e medos; Envolver a família/pessoa significativa nos cuidados; Identificar rede de apoio familiar e comunitária; Realizar visita domiciliar.		W79 – gravidez não desejada
Regime de Cuidado Pré - Natal	Alterações de Movimentação Fetal	Realizar avaliação clínica com atenção aos batimentos cardíacos fetais; Orientar a realização de mobilograma diário; Reduzir intervalos entre as consultas.	W99 – outras questões sobre gravidez
	Alterações de Líquidos Amnióticos	Encaminhar imediatamente ao pré-natal de alto risco.	W84 – gravidez de alto risco
	Alterações na pressão Arterial	Identificar sinais de alerta (cefaleia, escotomas visuais, epigastralgia, edema excessivo, epistaxe, gengivorragia, reflexos tendíneos aumentados, PA > 160/110mmHg); Fazer triagem quanto aos níveis tensionais. Se pressão arterial >160/110 mmHg ou maior que 140/90 com sinais de alerta, encaminhar a urgência; Se pressão arterial entre 140/90mmHg e 160/110mmHg e assintomática, fazer proteinúria, agendar consulta médica imediata, solicitar USG e referenciar ao pré-natal de alto risco.	W84 – gravidez de alto risco W80 – toxemia gravídica
Peso Prejudicado/ Ingestão Alimentar inadequada da gestante	Baixo peso	Correlacionar o peso e altura com a idade gestacional; Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, doenças debilitantes, infecções e atentar risco de parto prematuro. Orientar sobre promoção de peso adequado e acompanhar em intervalos habituais com apoio NASF.	T08 – perda de peso
	Obesidade	Correlacionar o peso e altura com a idade gestacional; Oferecer folder educativo quanto a ingestão nutricional na gravidez; Verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrosomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; Orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF.	T07 – ganho de peso T83 – excesso de peso
Peso Eficaz	Correlacionar o peso e altura com a idade gestacional; Orientações sobre manutenção de peso		A97 – sem doença
Salivação excessiva	Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).		A97 – sem doença
Fraqueza/ Vertigem	Orientar que os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. No geral, as medidas		A04 – fraqueza geral

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

postural (tontura)	<p>profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante, são eficazes, sendo recomendado: Evitar a inatividade; Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar jejum prolongado; Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; Ingerir líquidos; Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.</p>		N17 – vertigens/tonturas
Dor	Nas mamas	<p>Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Orientar uso de sutiã com boa sustentação.</p>	X18 - dor na mama feminina
	Lombar	<p>Orientar sobre correção da postura ao se sentar e andar; Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica; Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas; Recomendar acupuntura; Indicar atividades de alongamento e orientação postural. Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol VO (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona VO (500-1.000 mg), de 6/6 horas</p>	L03 – sinais/sintomas da região lombar
	Abdominal/Pélvica (Cólicas)	<p>Tranquilizar a gestante quanto ao caráter fisiológico do sintoma; Certificar – se que não são contrações uterinas; Verificar se há sangramento vaginal, sintomas sistêmicos e/ou sinais de abdome agudo; Verificar se há dor intensa ou persistente, avaliar necessidade de uso de medicamentos (hioscina 10mg 8/8 horas);</p>	D01 – dor abdominal generalizada / cólicas
	Na cabeça (cefaleia)	<p>Afastar hipótese de Hipertensão arterial e pré - eclampsia; Orientar repouso em local com pouca luminosidade; Conversar sobre suas tensões e conflitos; Considerar uso de analgésico (Paracetamol VO 500-750mg de 6/6 horas ou Dipirona VO 500-1000mg de 6/6 horas); Referir a gestante para consulta médica se a queixa persistir.</p>	N01 - cefaleia
Hemorróidas	<p>Orientar dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; Banho de assento com água morna; Usar anestésicos tópicos, se necessário; Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.</p>		K96 - Hemorroidais
Desenvolvimento fetal adequado	<p>Encaminhar a gestante para oficinas educativas; Esclarecer dúvidas quanto ao desenvolvimento fetal adequado;</p>		A97 – sem doença

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Monitorar e registrar os batimentos cardíacos;</p> <p>Monitorar gráfico de peso e idade gestacional;</p> <p>Reforçar orientações sobre fases do desenvolvimento fetal durante a gestação;</p> <p>Relacionar o peso e altura com a idade gestacional.</p>		
Desenvolvimento fetal inadequado	<p>Relacionar o peso e altura com a idade gestacional;</p> <p>Encaminhar para consulta médica;</p> <p>Estimular a participação em oficinas;</p> <p>Investigar outras patologias pessoais e/ou familiares;</p> <p>Investigar o uso de medicamentos ou outras drogas;</p> <p>Monitorar e registrar os batimentos cardíacos;</p> <p>Monitorar gráfico de peso e idade gestacional;</p> <p>Orientar sobre fases do desenvolvimento fetal durante a gestação;</p> <p>Reforçar orientações acerca das dúvidas quanto ao desenvolvimento fetal adequado;</p> <p>Encaminhar a consulta médica.</p>		<p>W76 – malformação congênita que complica a gravidez</p> <p>W99 – outros problemas que afetam a gravidez</p>
Câimbra muscular	<p>Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);</p> <p>Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas;</p> <p>Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé;</p> <p>Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido;</p> <p>Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional</p>		L14 – câimbras em pernas
Sangramento	Vaginal	<p>Avaliar Sangramento, instabilidade hemodinâmica e presença de dor abdominal; Encaminhar a maternidade de referência para identificação da causa do sangramento;</p> <p>Encaminhar ao pré-natal de alto risco;</p> <p>Orientar repouso;</p> <p>Monitorar sinais vitais de mãe e feto.</p>	A10 - sangramento / hemorragia
	Gengival	<p>Orientar a escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental;</p> <p>Orientar a realização de massagem na gengiva;</p> <p>Realizar bochechos com soluções antissépticas.</p> <p>Agendar atendimento odontológico sempre que possível.</p>	D19 – sinais/sintomas dos dentes /gengivas
	Nasal	<p>Orientar leve compressão na base do nariz.</p> <p>Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.</p>	R06 – sangramento nasal/ epistaxe
Constipação Intestinal e ou Flatulência	<p>Orientar quanto aos hábitos alimentares;</p> <p>Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras – em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – e frutas cítricas;</p> <p>Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/ dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja); Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação;</p>		D08 - Flatulência/gases/eructações

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas);</p> <p>Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações);</p> <p>Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Dimeticona VO (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência; Hioscina VO (10 mg) de 8/8 horas, para dor abdominal; Supositório de glicerina.</p>	
Eliminação Intestinal adequada	<p>Orientar beber em média 2 litros de água por;</p> <p>Esclarecer dúvidas sobre funcionamento do sistema digestivo na gravidez e puerpério;</p> <p>Reforçar a orientação sobre a dieta alimentar em quantidade, frequência e qualidade;</p> <p>Reforçar a orientação sobre alimentação compatível com a idade;</p> <p>Reforçar a orientação sobre o aumento de ingestão de alimentos ricos em fibras, verduras, legumes e frutas;</p> <p>Reforçar a orientação sobre o aumento de ingestão de líquidos;</p> <p>Reforçar a orientação sobre os hábitos de higiene;</p> <p>Reforçar as orientações quanto a frequência e características das evacuações de acordo com a idade; Reforçar orientação sobre higiene íntima após evacuações.</p>	A97 – sem doença
Congestão Nasal	Orientar o uso nasal de soro fisiológico;	R07 – espirro/ congestão nasal
Náuseas e vômitos	<p>Esclarecer dúvidas sobre funcionamento do sistema digestivo na gravidez e puerpério;</p> <p>Monitorar gráfico de peso e idade gestacional;</p> <p>Verificar frequência, intensidade e outras causas;</p> <p>Verificar se há sinais de alerta (distúrbio metabólico, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio);</p> <p>Orientar dieta fracionada (3/3hs);</p> <p>Dar preferências a alimentos pastosos e secos;</p> <p>Evitar alimentos gordurosos e condimentados;</p> <p>Evitar alimentos com odor forte;</p> <p>Evitar líquidos durante as refeições;</p> <p>Avaliar necessidade de medicamentos: Dimeticona 50mg + cloridrato de piridoxina VO 10mg de 6/6 horas (não exceder 400mg/dia) ou cloridrato de metoclopramida 10mg (8/8h); Ondansetrona – 8mg VO a cada 12 horas, seu uso deve ser restrito para casos refratários às terapias anteriores, devendo ser evitado no primeiro trimestre.</p>	W05 – vômitos/náuseas durante a gravidez
Eliminação Urinária Comprometida	<p>Verificar se há sintomas de infecção urinária;</p> <p>Verificar se há sinais sistêmicos;</p> <p>Identificar se há bacteriúria assintomática (urocultura positiva e ou sumário de urina sugestivo de infecção urinária);</p> <p>Tratar bacteriúria assintomática (Nitrofurantoína VO, 100mg, 6/6 horas por 10 dias; Ampicilina 500mg VO de 6/6 horas; Cefalexina VO, 500mg, 6/6 horas, de 7 a 10 dias; Amoxicilina VO 500mg, 8/8 horas de 7 a 10 dias e repetir urocultura 7 a 10 dias após o tratamento, na apresentação do segundo episódio de bacteriúria assintomática ou infecção urinária não complicada, encaminhar para avaliação médica);</p> <p>Orientar sobre as alterações fisiológicas da gravidez;</p>	<p>U02 – Micção frequente/urgência urinária/polaquiúria</p> <p>U04 – incontinência urinária</p> <p>U07 – outros sinais/sintomas urinário</p>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

		U08 – retenção urinária
Pirose	<p>Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);</p> <p>Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições;</p> <p>Ingerir líquido gelado durante a crise;</p> <p>Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto);</p> <p>Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes;</p> <p>Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação.</p> <p>Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Hidróxido de alumínio comprimido de 200mg ou suspensão oral 35,6 mg + 37mg/ml dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons. Avaliar sinais de Pré-eclâmpsia.</p>	D03 – azia/queimação
Corrimento Vaginal	<p>Orientar: O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido;</p> <p>Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST. Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal; em caso de IST, captar parceiro para tratamento, Orientar o uso correto do preservativo.</p>	X14 – secreção vaginal
Exame preventivo ausente	Realizar exame preventivo para câncer de colo do útero	X86 – esfregaço de Papanicolau /Colpocitologia oncológica anormal
Sono inadequado	<p>Avaliar o período e o histórico do sono individual e familiar;</p> <p>Buscar ambiente tranquilo e estabelecimento de horários para dormir;</p> <p>Estimular a padronização de horários para atividades diárias e a realização de atividade física;</p> <p>Evitar o uso de computadores, vídeos games e assistir televisão próximo ao horário de dormir;</p> <p>Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir;</p> <p>Orientar evitar a ingestão de café, chá preto e chá-mate;</p> <p>Orientar a vestir roupa confortável e adequada à temperatura.</p>	P06 – perturbação do sono
Sono adequado	Orientar para manter medidas que auxiliam em padrão de sono.	A97 – sem doença
Sono excessivo	Explicar que é uma queixa comum no início da gestação.	P06 – perturbação do sono
Atividade Sexual Satisfatória	<p>Reforçar orientações acerca das dúvidas referentes à atividade sexual;</p> <p>Reforçar orientações sobre atividade sexual incluindo o sexo seguro.</p>	P06 – perturbação do sono
Atividade Sexual insatisfatória	<p>Reforçar orientações acerca das dúvidas referentes à atividade Sexual;</p> <p>Reforçar orientações sobre atividade sexual incluindo o sexo seguro;</p> <p>Encaminhar para equipe multidisciplinar;</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo;</p> <p>Orientar identificação da importância do afeto;</p> <p>Orientar identificação dos efeitos da gestação na sexualidade;</p> <p>Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual;</p> <p>Orientar investigação fatores que interferem na relação sexual;</p> <p>Investigar vulnerabilidade para IST.</p>	P08 – diminuição de satisfação sexual

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Glândula mamária íntegra	Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês; Orientar a gestante para a prevenção de fissura nos mamilos; Orientar usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados.		A97 – sem doença	
Estado vacinal adequado	Orientar quando será próximas doses vacinais; Reforçar a importância da imunização; Reforçar orientações sobre a importância de guardar o comprovante de vacinas.		A 97 – sem doença 44 – vacinação/medicação preventiva	
Estado vacinal atrasado	Atualizar esquema vacinal; Orientar sobre a importância de guardar o comprovante de vacinas; Reforçar a importância da imunização		44 – vacinação/medicação preventiva	
Retorno venoso prejudicado	Avaliar uso correto de meias compressivas; Orientar elevar MMII várias vezes ao dia conforme orientação; Orientar evitar a permanência na mesma posição por mais de 20 minutos; Orientar fazer uso de meias compressivas conforme prescrição médica; Inspeccionar retorno venoso em MMII; Investigar o tempo de aparecimento e características do edema; Observar aparecimento de varizes, edema, alteração de cor nas pernas; Orientar usar calçados confortáveis.		K07 – tornozelos inchados/edema	
Violência à mulher	Assegurar respeito aos direitos da mulher; Atender os casos de violência contra a mulher, conforme Protocolo do MS; Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência; Estabelecer relação de confiança com a paciente; Identificar rede de apoio familiar e comunitário; Notificar casos de violência conforme protocolo do MS.		Z25 – ato/acometimento violento	
Abuso sexual	Acolher a usuária conforme suas necessidades; Apoiar a mulher vítima de violência; Assegurar respeito aos direitos da mulher; Atender os casos de violência contra a mulher, conforme protocolo; Acompanhamento em conjunto com NASF.		Z25 – ato/acometimento violento	
Uso de álcool e outras drogas	Esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas; Estabelecer relação de confiança com a paciente; Identificar rede de apoio familiar e comunitário; Acompanhamento com equipe de referência ou NASF; Inserir o paciente em atividades recreativas e educativas da US; Investigar o uso de medicamentos ou outras drogas; Monitorar através de visita domiciliar; Orientar os prejuízos do uso de drogas para a mãe e bebê.		P15 – abuso crônico de álcool P19 – abuso de drogas	
Uso de drogas	Encaminhar para consulta médica; Encaminhar para grupo de autoajuda; Esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas na gestação; Estabelecer relação de confiança com a paciente; Identificar rede de apoio familiar e comunitário Investigar o tipo de substância utilizado e tempo de uso; Realizar visita domiciliar.		P19 – abuso de drogas	
Tabagismo	Encaminhar para grupo de autoajuda; Estimular a redução do uso de cigarros diários; Identificar rede de apoio familiar e comunitário; Identificar desejo da gestante em parar de fumar; Monitorar gráfico de peso e idade gestacional; Orientar danos decorrentes do tabagismo.		P19 – abuso de drogas	
Fenômeno relativo a diagnóstico	Tipagem Sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh	Solicitar o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando	31 – exame médico/avaliação de

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	desconhecido	for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.	saúde - parcial
VDRL	VDRL positivo	Tratar a gestante e seu parceiro. Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega). Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI. Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI. Realize exame mensal para controle de cura As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para um centro de referência, para que se realize a dessensibilização. A penicilina é a única droga treponêmica que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto. As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
Teste Rápido para Sífilis	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
Sumério de Urina e Urocultura – 1º e 3º trimestres	Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por ml (UFC/ml). Urocultura positiva: >	Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes: Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação); Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias; Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	100.000 UFC/ml. Antibiogram a: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	Repetir urino cultura sete a dez dias após o término do tratamento. Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição. Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico. Para orientações referentes à coleta da urino cultura	
	Hematúria	Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
	Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
Hemograma	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Glicemia de jejum: Início do Pré-Natal <20 semanas	Solicitar glicemia de jejum imediatamente. Glicemia de jejum \geq 126 mg/dL ou glicemia de jejum entre 92 a 125 mg/dL Glicemia de jejum < 92 mg/dL	Encaminhar para avaliação médica. Continuar na consulta de pré-natal e, quando tiver entre 24 a 28 semanas, solicitar TOTG 75g	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
Início do Pré-Natal entre 20 a 28 semanas	-	Entre 24 a 28 semanas solicitar TOTG 75g	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
Início do Pré-Natal > 28 semanas	-	Solicitar imediatamente TOTG 75g	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
TOTG 75g dosagem: Jejum, 1ª hora e 2ª hora	Valores de TOTG 75g Jejum < 92mg/dL 1ª hora < 180mg/dL 2ª hora < 153mg/dL Ao menos um valor de: Jejum 92 a 125mg/dL 1ª hora \geq 180 mg/dL 2ª hora 153 a 159 mg/dL Ao menos um valor de: Jejum \geq 126mg/ dL 2ª hora \geq 200mg/dL	Continuar a consulta de enfermagem de pré-natal Encaminhar para consulta médica Encaminhar para consulta médica	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial
Teste Rápido para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento	31 – exame médico/avaliação de

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

			ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência	saúde - parcial	
		TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial	
	Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial	
		Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial	
	Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial	
		Teste negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial	
	Sorologia para toxoplasmose	1ª consulta 3º trimestre	<p><u>IgG e IgM reagentes:</u> avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; avidez forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame.</p> <p><u>IgM reagente e IgG não reagente:</u> doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas.</p> <p><u>IgM não reagente e IgG</u></p>	<p>Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: lavar as mãos ao manipular alimentos; lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os</p>	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial

			<p><u>reagente:</u> doença prévia – não repetir o exame. <u>IgM e IgG não reagente:</u> suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre.</p>	<p>utensílios utilizados; não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pазinha; alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; lavar bem as mãos após o contato com os animais.</p>	
	Parasitológico de fezes	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	<p><u>Negativo:</u> ausência de parasitos</p> <p><u>Positivo:</u> conforme descrição de parasitos.</p>	<p>O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de</p>	31 – exame médico/avaliação de saúde – parcial

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

				parasitoses intestinais.	
	Eletroforese de Hemoglobina	1ª consulta	<p><u>HbAA</u>: sem doença falciforme;</p> <p><u>HbAS</u>: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme.</p> <p><u>HbAC</u>: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme.</p> <p><u>HbA</u> com variante <u>qualquer</u>: sem doença falciforme;</p> <p><u>HbSS</u> ou <u>HbSC</u>: doença falciforme</p>	<p>As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica.</p> <p>As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde ofertar).</p>	31 – exame médico/avaliação de saúde - parcial

INTERPRETAÇÃO DE RESULTADO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA *

PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E CONDUTAS
1º trimestre	Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A). Quando indicada, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, Preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. Datação da idade gestacional por ultrassonografia: Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez. Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no primeiro trimestre, mas se for solicitado, considerar os seguintes aspectos: Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nugal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso positivos e falso-negativos (grau de recomendação B). Deve-se também ponderar sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.
2º trimestre	Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). Entre 18 e 22 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo.
3º trimestre	Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A). Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação. Os achados relacionados com a indicação ou não de cesárea, os quais costumam provocar indicações inadequadas de cesárea, estão descritos no Quadro 12.

*NOTA

A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A). Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

ANEXOS

ROTEIRO PARA 1ª CONSULTA PRÉ-NATAL

- ANAMNESE/HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- **Dados sociodemográficos** (tipo de moradia, condições de saneamento, quantidade de pessoas que residem no domicílio, coleta de lixo, renda, profissão/ocupação, situação conjugal, nível de escolaridade, idade).

- **História familiar** (Hipertensão, Diabetes, Malformações, gemelaridade, CA de mama e de colo, hanseníase, tuberculose, doença de chagas, parceiro sexual portador de HIV).

- **História clínica** (Doenças preexistentes, cirurgias, tratamentos anteriores, uso de medicações, alergias, história de doenças infecciosas, transfusão sanguínea, desvios nutricionais, saúde bucal, doenças infecciosas tais como: tuberculose, hanseníase, arboviroses).

- **História ginecológica e obstétrica** (DUM, paridade, regularidade dos ciclos, uso de anticoncepcional, planejamento reprodutivo, intercorrências em gestações anteriores, histórias prévia de infecções sexualmente transmissíveis, atividade sexual, história de violência, história pessoal e familiar de doenças hereditárias/malformações, cirurgias ginecológicas, doenças ginecológicas, cirurgias ginecológicas, aleitamento materno em gestação anterior, hipertensão ou diabetes em gestação anterior, intercorrências em gestações e/ou partos anteriores, história de prematuridade, malformações congênitas, gemelaridade).

- **Hábitos de vida** (atividade física, alimentação, tabagismo, uso de drogas, etilismo).

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Consiste na tomada de medida do peso e altura para cálculo do IMC (índice de massa corpórea)

$$\text{IMC: } \text{Peso (kg)} / \text{altura (m)} \times \text{altura (m)}$$

A partir do estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal, estima-se o ganho de peso durante a gestação que irá variar de acordo com o IMC da gestante.

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (Kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo peso (<18,5Kg/m ²)	0,5 (0,44 - 0,58)	12,5 - 18,0
Adequado (18,5 - 24,9 Kg/m ²)	0,4 (0,35 - 0,50)	11,5 - 16,0
Sobrepeso(25-29,9 Kg/m ²)	0,3 (0,23 - 0,33)	7,0 - 11,5
Obesidade (≥ 30 Kg/m ²)	0,2 (0,17 - 0,27)	5,0 - 9,0

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS

Cardiopatias

Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada)

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)

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, tumores anexiais e outras)

Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com Mal formação fetal) e outras ISTs (condiloma)

Hanseníase

Tuberculose

Anemia grave (hemoglobina < 8)

Isoimunização Rh

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

Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas)

Esterilidade/infertilidade

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

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL
Restrição do crescimento intrauterino.
Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
Gemelaridade.
Malformações fetais ou arritmia fetal.
Evidência laboratorial de proteinúria.
Diabetes <i>mellitus</i> gestacional.
Desnutrição materna severa.
Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
NIC III.
Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
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 IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA.

Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional.

Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica.

Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$ (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria.

Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.

Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escótomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.

Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).

Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.

Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).

Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.

Crise hipertensiva (PA $> 160/110$)

Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.

Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas)

IG a partir de 41 semanas confirmadas

Hipertermia (t.ax $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.

Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes

Investigação de prurido gestacional/icterícia

Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas

Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre

Restrição de crescimento intrauterino

Oligodrâmnio

Óbito fetal

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

ROTEIRO PARA A SOLICITAÇÃO DE EXAMES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Eletroforese de hemoglobinas Urocultura + urina tipo I Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (a partir da 24ª semana, repetir a cada 4 semanas se resultado negativo)
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

VACINAÇÃO DE ROTINA PARA GESTANTES

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	Esquema vacinal desconhecido Não vacinada	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª dose dT (qualquer idade gestacional) • 2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira) • 3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 20ª e 36ª semana de gestação) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa • A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores.
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 20ª e 36ª semana de gestação	
	Esquema com três doses de dT	Uma dose dTpa	Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 20ª e 36ª semana de gestação	

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	Vacinação completa	Uma dose dTpa	Reforço preferencialmente entre a 20 ^a e 36 ^a semana de gestação.	
Hepatite B	Esquema vacinal desconhecido Não vacinada HBsAg (-) e Anti-HBs < 10	Três doses	1 ^a dose 2 ^a dose (após 30 dias da primeira) 3 ^a dose (após seis meses da primeira)	
	Esquema Incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes	
Influenza	Em qualquer período gestacional	Dose única	Dose única	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério.

PUERPÉRIO

Captação da puérpera no puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto)

Visita Domiciliar

- Realizar entrevista/histórico de enfermagem;
- Informações e possíveis intercorrências;
- Se RH negativo, verificar se fez uso de imunoglobulina anti-D; Caso não tenha sido administrado, encaminhar ao serviço de referência;
- Colher informações sobre alta do recém-nascido.

Realizar exame físico: mamas, abdome, involução uterina, ferida operatória; em caso de parto vaginal com lacerações e episiotomia, verificar dor, presença de secreções e sinais flogísticos.

Identificar situações de risco:

- Febre;
- Sangramento vaginal;
- Dor pélvica;
- Leucorréia fétida;
- Alterações na pressão arterial;
- Tonturas frequentes;
- Mamas doloridas e ingurgitadas.

Encaminhar para avaliação médica, caso necessário, encaminhar ao hospital.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO

Diagnóstico da Enfermagem	Intervenção	CIAP 02
Abortamento	Acolher a mulher Investigar sentimentos quanto ao desejo de ser mãe Investigar possíveis causas de abortamento Encaminhar para consulta médica Agendar esquema vacinal Averiguar testes sorológicos Orientar planejamento reprodutivo Averiguar lóquiós Averiguar sinais de infecção	W82 – abortamento espontâneo W83 – abortamento provocado
Abandono da criança	Acionar equipe multidisciplinar Avaliar estado emocional da mãe Identificar possíveis cuidadores Estimular vínculo mãe/filho	W99 - outros problemas relacionados ao parto
Adaptação Eficaz	Estimular vínculo mãe/filho	W 90 – parto sem complicações de nascidos vivos
Adaptação Ineficaz	Estimular vínculo mãe/filho Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades Sanar as dúvidas e anseios da usuária em relação aos cuidados com o RN Estimular a participação paterna no cuidado mãe e filho Encorajar a família a ajudar no cuidado ao RN Investigar tristeza, sentimento de incapacidade, descuido com si e com o RN Encaminhar a equipe multidisciplinar NASF Encaminhar a consulta médica Avaliar a necessidade em conjunto com médico e/ou NASF de encaminhamento para CAPS	W18 – sinais e sintomas do pós parto
Adesão ao Regime de reabilitação	Estimular vínculo mãe/filho durante	W18 – sinais e sintomas do pós parto
Adesão às precauções de segurança do RN	Acolher o usuário/família em suas necessidades Incentivar a manutenção de vínculo com a família do usuário Identificar suas necessidades frente à situação presente	W18 – sinais e sintomas do pós parto
Alimentação por mamadeira	Estimular amamentar exclusivamente até o 6º mês Identificar os motivos do uso da mamadeira Orientar os cuidados com fissuras mamárias Orientar os cuidados com mastite Orientar os cuidados com ingurgitamento mamário Encaminhar para banco de leite Orientar o risco de uso de fórmulas Estimular o uso de copinhos e colheres em caso de impossibilidade de amamentação Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas	W95- outros problemas da mama durante gravidez e parto
Amamentação Ineficaz	Estimular amamentar exclusivamente até o 6º mês	W95- outros problemas da mama

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Orientar a beber líquidos após e nos intervalos entre as mamadas, mínimo 2 copos</p> <p>Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno</p> <p>Orientar a limpeza do bico do seio com o próprio leite antes e após cada mamada</p> <p>Observar a amamentação e a pega.</p> <p>Observar rachaduras, dor e endurecimento das mamas</p> <p>Orientar a amamentação em uma das mamas até esvaziá-la e em seguida oferecer a outra.</p> <p>Reforçar a importância da amamentação.</p> <p>Reforçar a orientação da gestante sobre a amamentação</p> <p>Reforçar a orientação sobre os cuidados com as mamas e mamilos</p> <p>Reforçar a orientação sobre os fatores que favorecem ou prejudicam a produção de leite</p> <p>Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e o uso de drogas</p> <p>Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades relacionadas à amamentação</p> <p>Ensinar ordenha mamária</p> <p>Orientar a exposição dos mamilos aos raios solares: 15 minutos pela manhã até 10h00min horas, à tarde após 15h00min horas, ou lâmpada 40w</p> <p>Monitorar o peso da criança</p> <p>Observar rachaduras, dor e endurecimento das mamas</p> <p>Orientar a oferta do leite ordenhado ao bebê, com uma colher pequena ou Copinho (de café)</p> <p>Orientar sobre os fatores que favorecem ou prejudicam a produção de leite</p>	<p>durante gravidez e parto</p>
<p>Amamentação Eficaz/exclusiva</p>	<p>Estimular amamentar exclusivamente até o 6º mês</p> <p>Orientar beber líquidos após e nos intervalos entre as mamadas, mínimo 2 copos</p> <p>Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno</p> <p>Orientar a limpeza do bico do seio com o próprio leite antes e após cada mamada</p> <p>Observar a amamentação e a pega.</p> <p>Observar rachaduras, dor e endurecimento das mamas</p> <p>Orientar a amamentação em uma das mamas até esvaziá-la e em seguida oferecer a outra.</p> <p>Reforçar a importância da amamentação.</p> <p>Reforçar a orientação da gestante sobre a amamentação</p> <p>Reforçar a orientação sobre os cuidados com as mamas e mamilos</p> <p>Reforçar a orientação sobre os fatores que favorecem ou prejudicam a produção de leite</p> <p>Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e o uso de drogas</p>	<p>A97 - Sem doença</p>
<p>Angústia</p>	<p>Observar apoio familiar</p> <p>Estimular apoio familiar</p> <p>Estimular participação do pai no cuidado a criança</p> <p>Esclarecer dúvidas da mulher sobre cuidados com o RN</p> <p>Identificar situações de violência</p> <p>Identificar suas necessidades frente à situação presente</p> <p>Auxiliar a reflexão sobre as responsabilidades do cuidado ao RN</p> <p>Acionar NASF quando necessário</p>	<p>W18 – sinais e sintomas do pós-parto</p> <p>A13- receio/medo de morrer</p> <p>W27- medo de complicações na gravidez</p> <p>Z27- medo de problemas sociais</p>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Apoio Familiar Presente/ Ausente	<p>Observar apoio familiar</p> <p>Estimular apoio familiar</p> <p>Estimular participação do pai no cuidado a criança</p> <p>Esclarecer dúvidas da mulher sobre cuidados com o RN</p> <p>Identificar situações de violência</p> <p>Identificar suas necessidades frente à situação presente</p> <p>Auxiliar a reflexão sobre as responsabilidades do cuidado ao RN</p> <p>Acionar NASF quando necessário</p>	<p>A13- receio/medo de morrer</p> <p>W27- medo de complicações na gravidez</p> <p>Z27- medo de problemas sociais</p>
	<p>Acolher o usuário/família em suas necessidades</p> <p>Incentivar a manutenção de vínculo com a família do usuário</p> <p>Identificar suas necessidades frente à situação presente</p> <p>Auxiliar a reflexão sobre as responsabilidades do cuidado ao RN</p> <p>Avaliar a qualidade do cuidado materno</p>	A 97 – sem doença
Atitude em relação a cirurgia satisfatória	Acolher o usuário/família em suas necessidades	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Atitude em relação a cirurgia insatisfatória	<p>Acolher o usuário/família em suas necessidades</p> <p>Orientar adequada higiene corporal</p> <p>Orientar sinais de risco à infecção</p> <p>Orientar sinais de infecção</p> <p>Orientar limpeza do sítio cirúrgico sem infecção com álcool a 70%</p>	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Atitude em relação (Controle da medicação)	<p>Orientar o uso correto das intervenções prescritas</p> <p>Observar o grau de auto - cuidado para a administração correta da medicação</p> <p>Identificar erros na administração de medicamentos prescritos</p> <p>Corrigir erros na administração de medicamentos prescritos</p>	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Autocuidado eficaz	<p>Estimular a participação em oficinas</p> <p>Investigar hábitos e costumes de higiene</p> <p>Reforçar orientações sobre o desenvolvimento de hábitos de vida saudável</p>	A97- sem doença
Autocuidado ineficaz	<p>Estabelecer relação de confiança com a paciente</p> <p>Estimular a autoestima da paciente</p> <p>Estimular a reflexão sobre a importância dos hábitos de higiene e cuidados com seus pertences</p> <p>Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável</p> <p>Estimular os hábitos diários de higiene corporal</p> <p>Identificar rede de apoio familiar e comunitário</p> <p>Investigar hábitos e costumes de higiene</p> <p>Orientar sobre manter suas coisas organizadas</p> <p>Monitorar através de visita domiciliar</p> <p>Orientar os hábitos diários de higiene corporal</p>	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Banho por si própria	<p>Observar condição de auto cuidado</p> <p>Orientar higiene corporal</p> <p>Orientar quanto ao uso de produtos de higiene conforme condição socioeconômica da família</p> <p>Orientar o cuidado com a ferida operatória durante o banho</p>	<p>A 97- sem doença</p> <p>W18 – sinais e sintomas do pós-parto</p>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Baixa autoestima	Estimular vínculo mãe/filho Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades Sanar as dúvidas e anseios da usuária em relação aos cuidados com o RN Estimular participação da família no cuidado com a mulher e RN Identificar sinais de quadro de tristeza Identificar sinais de depressão pós-parto Construir PTS caso depressão pós-parto Avaliar a qualidade do cuidado materno	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Candidíase mamária	Encaminhar a consulta médica	S75 - monilíase oral/candidíase de pele
Capacidade de alimentar-se	Orientar a ingestão de alimentos a cada três horas Orientar sobre as restrições alimentares durante o puerpério para evitar o aparecimento de cólicas no RN. Orientar a ingestão hídrica adequada Orientar sobre a higiene adequada no preparo dos alimentos	A 97- sem doença W18 – sinais e sintomas do pós-parto Z 02 – problemas relacionados a água/alimentação T 05 – problemas alimentares do adulto
Capacidade para executar higiene presente	Orientar sobre a importância dos cuidados com a higiene Orientar uso de produtos de higiene adequados Estimular os hábitos diários de higiene corporal Identificar rede de apoio familiar e comunitário Investigar hábitos e costumes de higiene Orientar sobre manter suas coisas organizadas	A 97- sem doença W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Capacidade para executar higiene ausente	Orientar sobre a importância dos cuidados com a higiene Orientar uso de produtos de higiene adequados Estimular os hábitos diários de higiene corporal Identificar rede de apoio familiar e comunitário Investigar hábitos e costumes de higiene Orientar sobre manter suas coisas organizadas Identificar sinais que indiquem possível depressão pós-parto Construir junto com NASF o PTS Avaliar a qualidade do cuidado materno	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Capacidade para executar papel de mãe/cuidadora presente	Acolher o usuário/família em suas necessidades Incentivar a manutenção de vínculo com a família do usuário Identificar suas necessidades frente à situação presente	A97- SEM DOENÇA
Capacidade para executar papel de mãe/cuidadora ausente	Construir PTS Avaliar necessidade de acionar Conselho tutelar Avaliar necessidade de consulta médica Avaliar a qualidade do cuidado materno Avaliar ambiente, história familiar, contexto familiar Avaliar fatores de risco para a violência ao conceito e ao RN Encaminhar o usuário ou a família para grupos de auto-ajuda Encaminhar para: atendimento especializado; atendimento psicológico; consulta médica; equipamentos sociais da comunidade na área de saúde mental; maternidade de referência; oficinas e grupos educativos	W18 – sinais e sintomas do pós-parto

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Encaminhar para órgãos competentes para solicitação de benefício</p> <p>Encaminhar para serviços de apoio</p> <p>Encorajar a identificação de pontos fortes e capacidades</p> <p>Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos</p> <p>Encorajar o diálogo</p>	
Choro	<p>Estimular vínculo mãe/filho</p> <p>Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades</p> <p>Sanar as dúvidas e anseios da usuária em relação aos cuidados com o RN</p> <p>Estimular a participação paterna no cuidado mãe e filho</p> <p>Encorajar a família a ajudar no cuidado ao RN</p> <p>Investigar tristeza, sentimento de incapacidade, descuido com si e com o RN</p> <p>Encaminhar a equipe multidisciplinar NASF</p> <p>Encaminhar a consulta médica</p> <p>Avaliar a necessidade em conjunto com médico e ou NASF de encaminhamento para CAPS</p>	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Cicatrização de ferida eficaz	Orientar sobre limpeza da ferida e curativo	59 – outros problemas terapêuticos/pequena cirurgia NE
Cicatrização de ferida ineficaz	<p>Avaliar estado nutricional</p> <p>Avaliar processo cicatricial</p> <p>Avaliar necessidade de consulta médica para uso de medicamentos antimicrobianos</p> <p>Avaliar como está sendo feito curativo</p>	59 – outros problemas terapêuticos/pequena cirurgia NE
Cólica	<p>Aplicar calor local com média intensidade, em baixo ventre, enquanto tiver dor</p> <p>Orientar métodos para alívio da dor</p> <p>Avaliar e prescrever, se necessário, uso de medicamentos (hioscina 10mg 8/8 horas);</p>	D01- dor abdominal generalizada/cólicas
Condição habitacional precária	<p>Acionar o conselho Tutelar</p> <p>Acionar recursos comunitários</p> <p>Estimular o paciente/família a procurar ajuda</p> <p>Oferecer apoio emocional</p> <p>Investigar hábitos alimentares</p>	Z 29 – problema social NE
Desmame precoce do lactente	<p>Acolher a puérpera conforme suas necessidades</p> <p>Orientar a amamentação em uma das mamas até esvaziá-la e em seguida oferecer a outra.</p> <p>Orientar a ingestão de líquidos após e nos intervalos entre as mamadas, mínimo 2 copos. Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo</p> <p>Ensinar a ordenha mamária</p> <p>Envolver família/pessoa significativa nos cuidados</p> <p>Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês</p> <p>Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno</p> <p>Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e o uso de drogas</p> <p>Monitorar através de visita domiciliar</p>	W18 – sinais e sintomas do pós-parto W 19- problemas lactação

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Observar rachaduras, dor e endurecimento das mamas</p> <p>Orientar os cuidados com as mamas e mamilos conforme protocolo</p> <p>Orientar sobre os fatores que favorecem ou prejudicam a produção de leite</p>	
Contraceção presente	<p>Avaliar uso de contraceção</p> <p>Prescrever contraceção conforme protocolo de planejamento reprodutivo</p> <p>Esclarecer dúvidas sobre a importância do autoconhecimento Corporal</p> <p>Esclarecer sobre a importância da participação do parceiro</p> <p>Monitorar adaptação ao método</p> <p>Orientação sobre ao uso correto do método</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p> <p>Orientar retornar no dia e horário agendados</p>	W14 - contraceção/ outros
Contraceção ausente	<p>Avaliar uso de contraceção</p> <p>Prescrever contraceção conforme protocolo de planejamento reprodutivo</p> <p>Esclarecer dúvidas sobre a importância do autoconhecimento Corporal</p> <p>Esclarecer sobre a importância da participação do parceiro</p> <p>Monitorar adaptação ao método</p> <p>Orientação sobre ao uso correto do método</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p> <p>Orientar retornar no dia e horário agendados</p>	W14 - contraceção/ outros
Conhecimento sobre cuidados com o bebe (ou lactante)	<p>Avaliar conhecimento sobre manejo do RN</p> <p>Avaliar conhecimento sobre acompanhamento em puericultura</p> <p>Avaliar conhecimento sobre importância da vacinação</p> <p>Avaliar conhecimento sobre higiene do RN</p> <p>Avaliar conhecimento sobre a importância da amamentação</p> <p>Avaliar conhecimento sobre cuidados com o ambiente doméstico no cuidado com a o RN</p> <p>Orientar sinais de perigo em RN</p> <p>Orientar quando procurar os serviços de puericultura, urgência na atenção básica, urgência hospitalar e emergência.</p> <p>Identificar sinais de perigo à violência intradomiciliar ao RN</p> <p>Identificar perigos ambientais ao RN</p>	W18 – sinais e sintomas do pós-parto W19- problemas lactação
Conhecimento sobre cuidado com a ferida (coto umbilical)	<p>Orientar limpeza adequada com álcool a 70%</p> <p>Identificar sinais de infecção</p> <p>Identificar sangramento pelo coto umbilical</p> <p>Encaminhar para consulta médica, caso infecção e/ou sangramentos</p>	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Conhecimento sobre higiene oral do RN	<p>Orientar higiene oral adequada</p>	W18 – sinais e sintomas do pós-parto
Constipação	<p>Esclarecer dúvidas sobre funcionamento do sistema digestivo no puerpério</p> <p>Estimular aumento de ingestão de alimentos ricos em fibras, verduras, legumes e frutas</p> <p>Incentivar aumento da ingestão hídrica</p> <p>Incentivar deambulação e caminhadas</p> <p>Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência</p>	D18 - Alterações nas fezes/mov. intestinais

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Investigar uso de medicação</p> <p>Orientar dieta alimentar: quantidade, frequência e qualidade</p> <p>Orientar hábitos de higiene</p> <p>Orientar paciente sobre alimentação adequada</p> <p>Promover discussão sobre os determinantes da constipação</p>	
Contaminação de coto umbilical	<p>Orientar a técnica correta de higienização do coto umbilical</p> <p>Encaminhar a consulta médica</p> <p>Acompanhar caso por visita domiciliar ou consulta na unidade até sanar infecção ou até quando se fizer necessário a depender da avaliação de risco familiar</p>	W95- outros problemas durante gravidez e puerpério
Descarga (ou fluxo vaginal) presente	<p>Avaliar sangramento</p> <p>Encaminhar para consulta médica</p> <p>Encaminhar para maternidade de referência</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Orientar observação do sangramento</p>	A10- sangramento/hemorragia a NE
Desenvolvimento do Recém - Nascido prejudicado	<p>Esclarecer mãe/cuidador sobre as fases do desenvolvimento de acordo com a idade da criança</p> <p>Estimular mãe/cuidador a demonstrar carinho durante os contatos com a criança</p> <p>Investigar possibilidade de negligência à criança</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p> <p>Retornar no dia e horário agendados</p>	T10- atraso de crescimento
Dor nas mamas (mastalgia)	<p>Colocar a criança para sugar primeiro na mama menos dolorida</p> <p>Ensinar ordenha mamária</p> <p>Esgotar manualmente as mamas</p> <p>Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno</p> <p>Monitorar através de visita domiciliar</p> <p>Observar a amamentação e a pega</p> <p>Orientar a amamentação em uma das mamas até esvaziá-la e em seguida oferecer a outra.</p> <p>Oferecer o leite esgotado ao bebê, com uma colher pequena ou copinho (de café)</p> <p>Orientar manutenção do aleitamento, reduzindo o intervalo das mamadas</p> <p>Orientar uso correto de sutiã</p> <p>Verificar a presença de quadro febril, intensidade da dor e outras queixas associadas</p> <p>Orientar retornar no dia e horário agendado</p> <p>Encaminhar a consulta médica</p>	W19 - problemas lactação X18 – dor na mama
Emoção negativa	<p>Estimular vínculo mãe/filho</p> <p>Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades</p> <p>Sanar as dúvidas e anseios da usuária em relação aos cuidados com o RN</p> <p>Estimular a participação paterna no cuidado mãe e filho</p> <p>Encorajar a família a ajudar no cuidado ao RN</p> <p>Investigar tristeza, sentimento de incapacidade, descuido com si e com o RN</p> <p>Encaminhar a equipe multidisciplinar NASF</p> <p>Encaminhar a consulta médica</p> <p>Avaliar a necessidade em conjunto com médico e/ou NASF de encaminhamento para CAPS</p>	W96 – outras complicações do puerpério

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

<p>Esgotamento</p>	<p>Estimular vínculo mãe/filho Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades Sanar as dúvidas e anseios da usuária em relação aos cuidados com o RN Estimular a participação paterna no cuidado mãe e filho Encorajar a família a ajudar no cuidado ao RN Investigar tristeza, sentimento de incapacidade, descuido com si e com o RN Encaminhar a equipe multidisciplinar NASF Encaminhar a consulta médica Avaliar a necessidade em conjunto com médico e ou NASF de encaminhamento para CAPS</p>	<p>A04 - debilidade/ cansaço geral/fadiga</p>
<p>Estresse do cuidador</p>	<p>Estimular vínculo mãe/filho Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades Sanar as dúvidas e anseios da usuária em relação aos cuidados com o RN Estimular a participação paterna no cuidado mãe e filho Encorajar a família a ajudar no cuidado ao RN Investigar tristeza, sentimento de incapacidade, descuido com si e com o RN Encaminhar a equipe multidisciplinar NASF Encaminhar a consulta médica Avaliar a necessidade em conjunto com médico e ou NASF de encaminhamento para CAPS</p>	<p>P02 – reação aguda ao estresse</p>
<p>Exame físico normal</p>	<p>Estimular vínculo mãe filho Orienta cuidados com higiene Orientar limpeza de sítio cirúrgico (ferida limpa) Orientar sinais de infecção puerperal Orientar uso de produtos de higiene Orientar amamentação exclusiva até os seis meses Orientar cuidados com as mamas</p>	<p>A97 – sem doença</p>
<p>Eliminação urinária inadequada</p>	<p>Orientar a beber 2 litros de água por dia Orientar a técnica para coleta de urina Orientar a eliminar a urina sempre que sentir vontade Investigar a frequência e características das eliminações vesicais Investigar hipertermia, irritabilidade, desconforto</p>	<p>U02 – Micção frequente/urgência urinária/polaciúria U04 – incontinência urinária U07 – outros sinais sintomas urinário U08 – retenção urinária</p>
<p>Ferida cirurgia limpa</p>	<p>Orientar limpeza de sítio Orientar sinais de infecção Reavaliar na retirada de pontos/e ou em consulta agendada consulta na USF Evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura. Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial, a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas.</p>	<p>S 29 – Sinais e sintomas de pele, outros</p>
<p>Fissura mamária</p>	<p>Orientar o esgotar manualmente as mamas Orientar a exposição dos mamilos aos raios solares: 15 minutos pela manhã até 10h00min horas, a tarde após 15h00min horas, ou lâmpada 40 W a um palmo de distância</p>	<p>W19 - problemas lactação W95 - outros problemas da mama</p>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Orienta a limpeza do bico do seio com o próprio leite antes e após cada mamada</p> <p>Manter os mamilos e aréolas sempre limpas, evitando o uso de pomadas, cremes, etc.</p> <p>Monitorar através de visita domiciliar</p> <p>Observar a amamentação e a pega</p> <p>Oferecer o leite esgotado ao bebê, com uma colher pequena ou copinho (de café)</p>	durante gravidez/lactação
Flatulência	Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce	D08 – flatulência/gases/eructações
Hemorragia uterina	Encaminhar a urgência obstétrica ou ao hospital de referência	W17 - hemorragia pós-parto
Hipertensão arterial (DHEG)	<p>Identificar medicação em uso</p> <p>Questionar e orientar uso correto da medicação prescrita</p> <p>Agendar consulta médica para avaliação da terapêutica medicamentosa</p>	<p>W99- outros problemas da gravidez/parto</p> <p>W81- toxemia gravídica/DHEG</p>
Hipotensão arterial	<p>Identificar comorbidades prévias</p> <p>Orientar a alimentação de 3/3 horas</p> <p>Orientar repouso em conjunto com o RN</p> <p>Verificar sinais vitais</p> <p>Orientar a ingestão de dois litros de água ao dia</p> <p>Arejar o ambiente</p> <p>Agendar consulta médica</p> <p>Identificar uso de medicamentos hipotensores</p>	<p>K88 - hipotensão postural</p> <p>W99- outros problemas da gravidez/parto</p>
Infecção	<p>Avaliar sinais de infecção puerperal</p> <p>Encaminhar para consulta médica imediata</p>	W70 - infecção puerperal
Infecção ausente	<p>Estimular vínculo - mãe filho</p> <p>Orientar limpeza de sítio cirúrgico e ou períneo</p> <p>Orientar o reconhecimento de sinais de infecção</p>	A97 – sem doença
Ingurgitamento mamário	<p>Colocar a criança para sugar primeiro na mama menos dolorida</p> <p>Ensinar ordenha mamária</p> <p>Esgotar manualmente as mamas</p> <p>Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno</p> <p>Monitorar através de visita domiciliar</p> <p>Observar a amamentação e a pega</p> <p>Oferecer o leite esgotado ao bebê, com uma colher pequena ou copinho (de café)</p> <p>Orientar a amamentação em uma das mamas até esvaziá-la e em seguida oferecer a outra.</p> <p>Orientar manutenção do aleitamento, reduzindo o intervalo das mamadas</p> <p>Orientar uso correto de sutiã</p> <p>Verificar a presença de quadro febril, intensidade da dor e outras queixas associadas</p> <p>Retornar no dia e horário agendado</p> <p>Encaminhar a consulta médica</p>	W19 - problemas lactação

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Relação Sexual ausente/presente	<p>Encaminhar para equipe multidisciplinar</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo</p> <p>Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual</p> <p>Identificar a importância do afeto</p> <p>Identificar os efeitos da medicação na sexualidade</p> <p>Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual</p> <p>Investigar fatores que interferem na relação sexual</p> <p>Investigar vulnerabilidade para HIV</p> <p>Reforçar orientações acerca das dúvidas referentes a atividade sexual</p> <p>Reforçar orientações sobre atividade sexual incluindo o sexo seguro</p> <p>Oferecer folder educativo sobre atividade sexual</p>	<p>W99- outros problemas da gravidez/parto</p> <p>X24 - medo de disfunção sexual</p> <p>A97 – sem doença</p> <p>W14 contracepção /outros</p>
Regime de cuidados com as mamas presentes/ausentes	<p>Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês</p> <p>Expor as mamas a duchas de água fria</p> <p>Identificar o tipo de mamilo da gestante</p> <p>Reforçar orientações para a prevenção de fissura nos mamilos</p> <p>Reforçar orientações sobre o uso correto de sutiã</p>	<p>W19- problemas lactação</p> <p>W96 outras complicações gravidez e puerpério</p>
Renda Familiar ineficaz/Eficaz	<p>Encaminhar ao serviço de assistência social</p> <p>Avaliar cadastro em programas sociais</p> <p>Agendar retorno</p>	<p>Z27 - medo de problemas sociais</p>
Retenção Urinária	<p>Orientar a beber 2 litros de água de água por dia</p> <p>Orientar a técnica para coleta de urina</p> <p>Orientar a eliminar a urina sempre que sentir vontade</p> <p>Investigar a frequência e características das eliminações vesicais</p> <p>Investigar hipertermia, irritabilidade, desconforto, dor, ardência ao urinar</p> <p>Orientar higiene íntima</p> <p>Agendar Consulta médica</p>	<p>U08 - retenção urinária</p>
Sangramento Vaginal inadequado	<p>Avaliar sangramento</p> <p>Encaminhar para consulta médica</p> <p>Encaminhar para maternidade de referência</p> <p>Evitar relação sexual vaginal neste período</p> <p>Orientar fazer repouso</p> <p>Investigar quantidade e duração do sangramento</p> <p>Manter acompanhantes informados sobre o estado clínico e ações adotadas</p> <p>Monitorar sinais vitais</p> <p>Orientar e agendar retorno</p> <p>Orientar familiares para acompanhar paciente</p> <p>Orientar o uso de medicação</p> <p>Orientar observação do sangramento</p> <p>Orientar para realização do exame de avaliação especular</p> <p>Orientar sobre restrição às atividades</p> <p>Programar visita domiciliar</p>	<p>A10 - sangramento/Hemorragia NE</p>
Sangramento vaginal ausente	<p>Orientar sinais de perigo</p> <p>Identificar retorno de vida sexual</p> <p>Orientar sobre sexo desprotegido</p> <p>Orientar sobre possibilidade de gravidez mesmo em amamentação</p>	<p>A97 – sem doença</p>
Sono prejudicado	<p>Orientar descanso junto com RN</p>	<p>P06 - perturbação do sono</p>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

	<p>Auxiliar a identificação dos determinantes da inadequação do sono</p> <p>Buscar ambiente tranquilo e estabelecimento de horários para dormir</p> <p>Orientar evitar a ingestão de café, chá preto e chá-mate</p> <p>Vestir com roupa confortável e adequada à temperatura</p>	
--	--	--

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <<http://goo.gl/8p7xHp>>. Acesso em: 29 set. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama. Cadernos da Atenção Básica, n. 13. Brasília, 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção à mulher no Climatério/menopausa. Caderno 9, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BULECHEK, G.M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção à mulher no Climatério/menopausa. Caderno 9, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno da Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico de Gestão de Alto Risco. 5ª Ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio Libanês. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016.

BULECHEK, G.M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro, 2010.

CUBAS, M.R.; ALBUQUERQUE, L.M. (orgs). Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. São Paulo, 2008.

GARCIA, T.R. Classificação Internacional da Prática de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GARCIA, T.R. Classificação Internacional da Prática de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2016.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde. Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Protocolos de Enfermagem na atenção primária a saúde. Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

PROTOCOLO DE SAÚDE DA CRIANÇA

*Ivna Costa Cabral e
Raphaela Santos do N. Rodrigues*

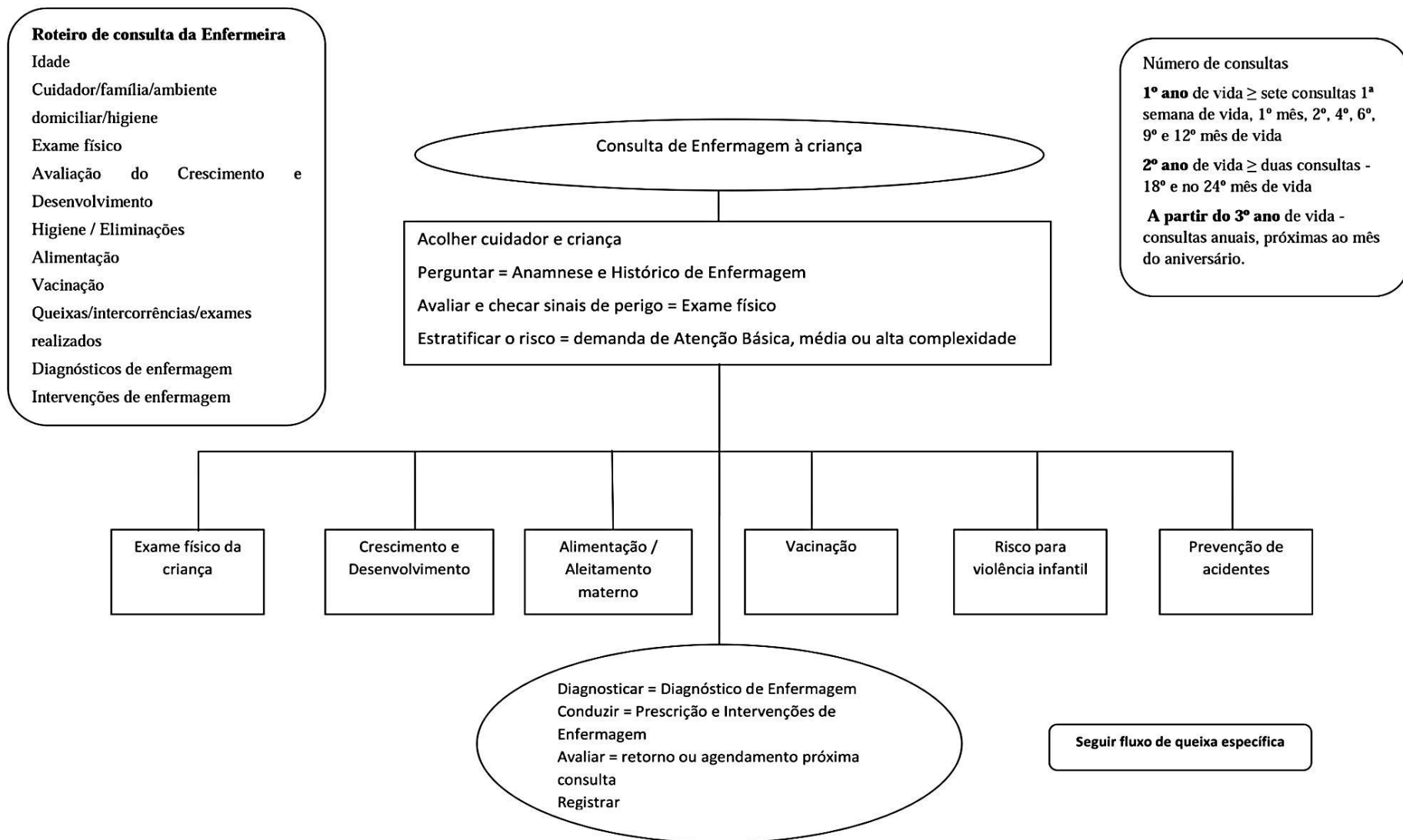
INTRODUÇÃO

A assistência à criança no Brasil tem se baseado nas premissas da promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e intervenção precoce para recuperação dos agravos na infância, em conjunto ao acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento. Essas ações são complementadas por atividades de controle das doenças prevalentes, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações (GUBERT et al, 2015).

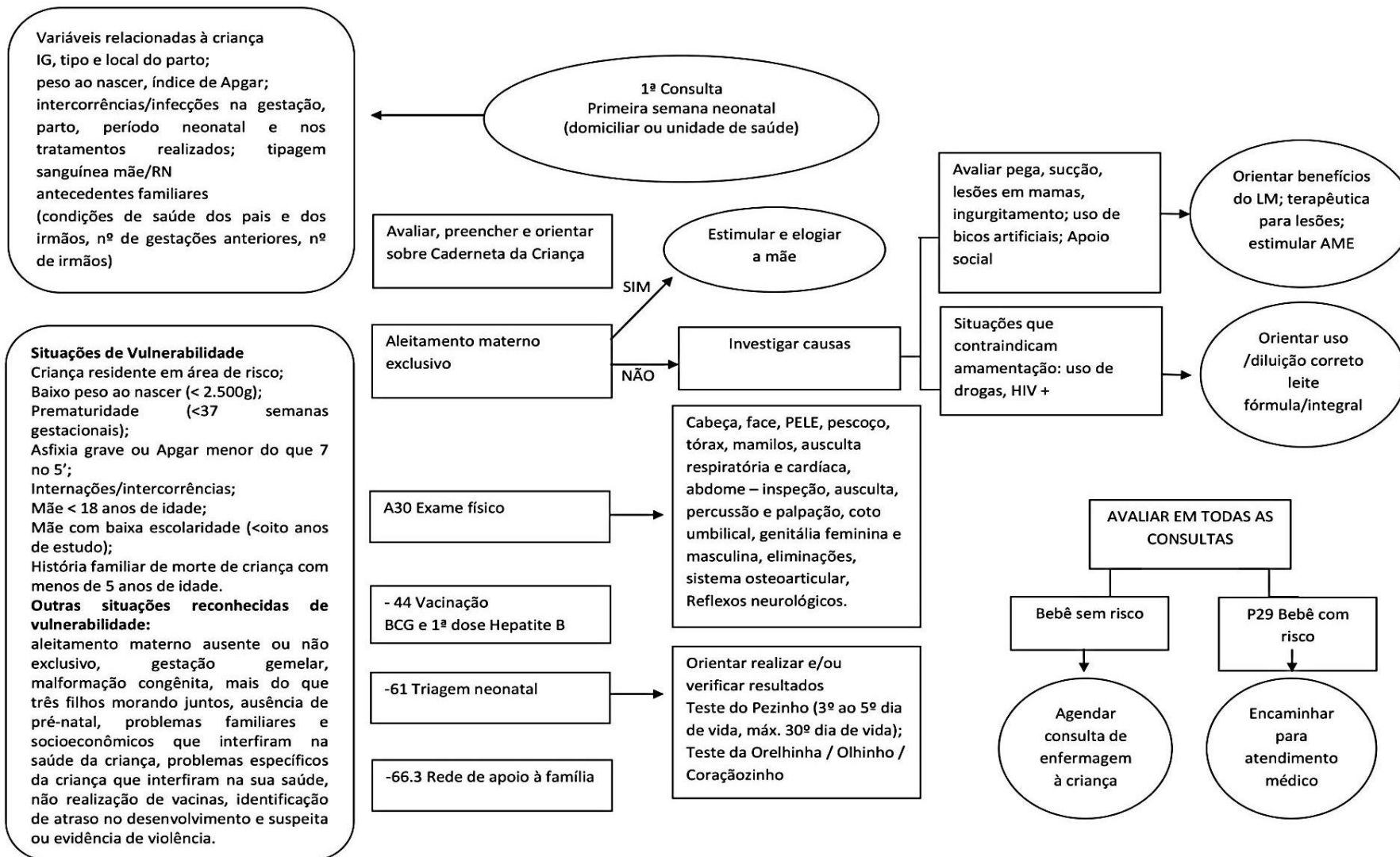
A consulta visa acompanhar o crescimento e o desenvolvimento; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família, procurando esclarecê-las; observar a cobertura vacinal; estimular a prática do aleitamento materno; orientar a introdução da alimentação complementar; e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (OLIVEIRA; CADETTE, 2009).

Rede Cegonha é uma estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. A prioridade da atenção à criança até 2 anos, prevista na Rede Cegonha, veio se somar ao “Brasil Carinhoso”, um conjunto de ações interministeriais, envolvendo saúde, educação, assistência social pela Primeira Infância Brasileira. A proposta é a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância (BRASIL, 2012).

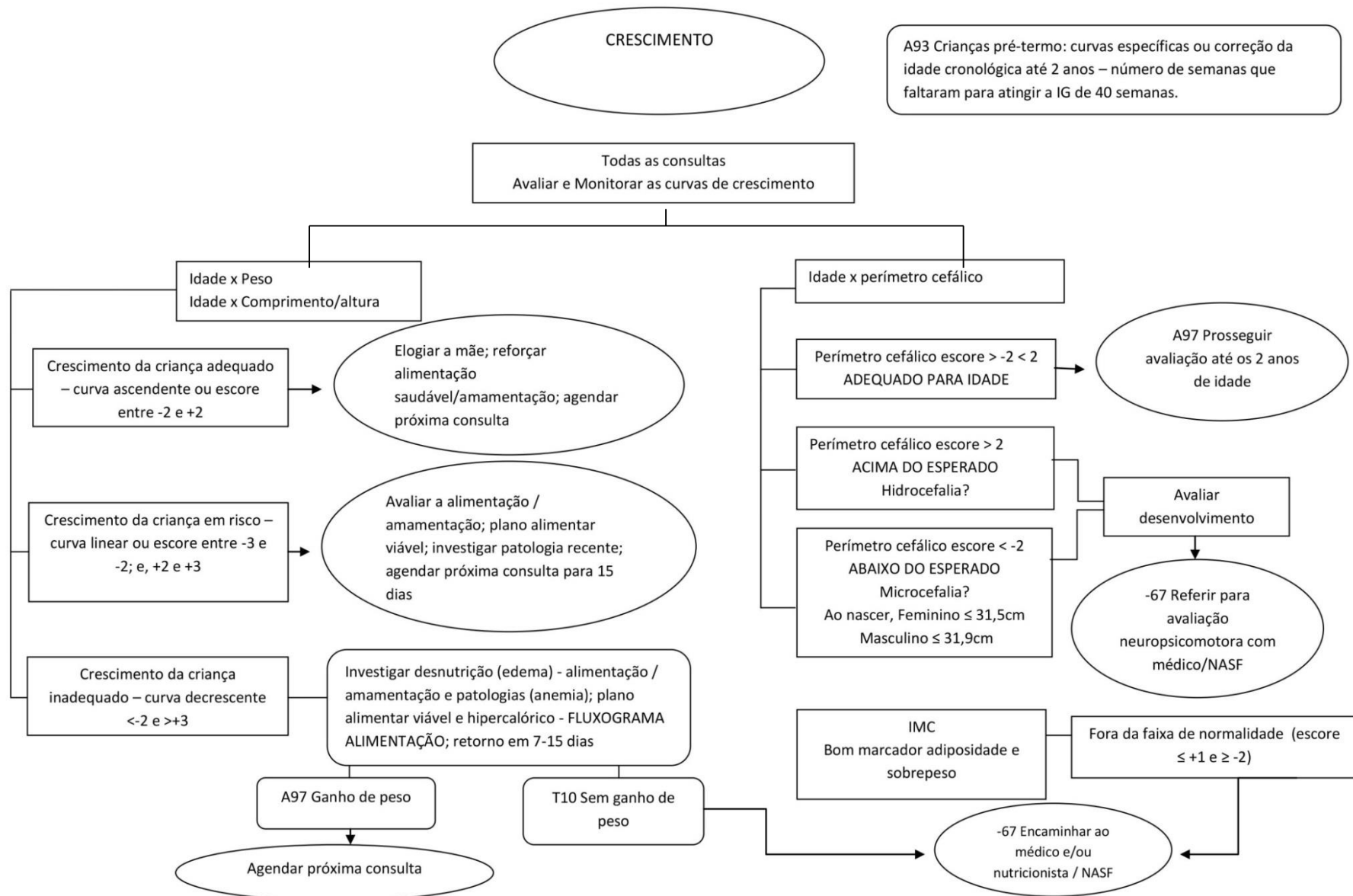
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



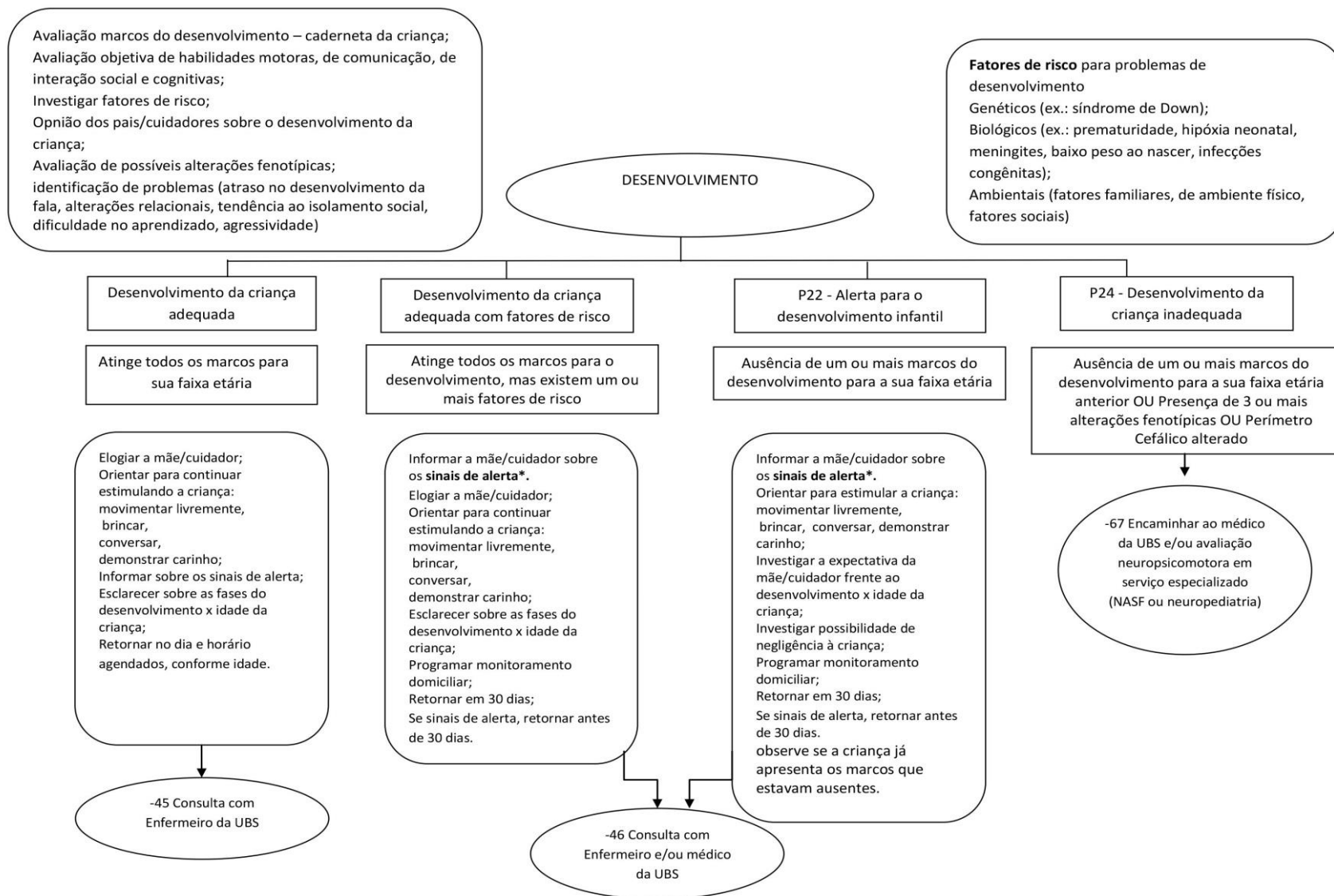
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

*SINAIS DE ALERTA

- Ao final do primeiro trimestre – olhar vago; ausência do sorriso social e de reações a ruídos fortes; sobressalto ao menor ruído; mãos fechadas persistentemente.
- Ao final do primeiro semestre – controle deficiente da cabeça; rigidez dos membros inferiores; lentidão dos movimentos; não reage e não vira a cabeça para localizar sons; movimentos bruscos (descarga motora); não dá risada.
- Aos nove meses (o momento de esclarecer dúvidas) – hipotonia do tronco (não senta sem apoio); hipotonia ou espasticidade dos membros inferiores; mãos fechadas persistentemente; ausência de preensão em pinça; incapacidade de localizar sons; ausência de balbucio; sorriso social pobre; desinteresse no jogo esconde-achou.
- Aos doze meses – criança parada; movimentos anormais; ausência de sinergia pés-mãos; cessação do balbucio e não fala sílabas; irritação, inércia, sorriso social pobre.

Criança deixa de fazer alguma habilidade que já fazia antes (1-3 anos de idade)

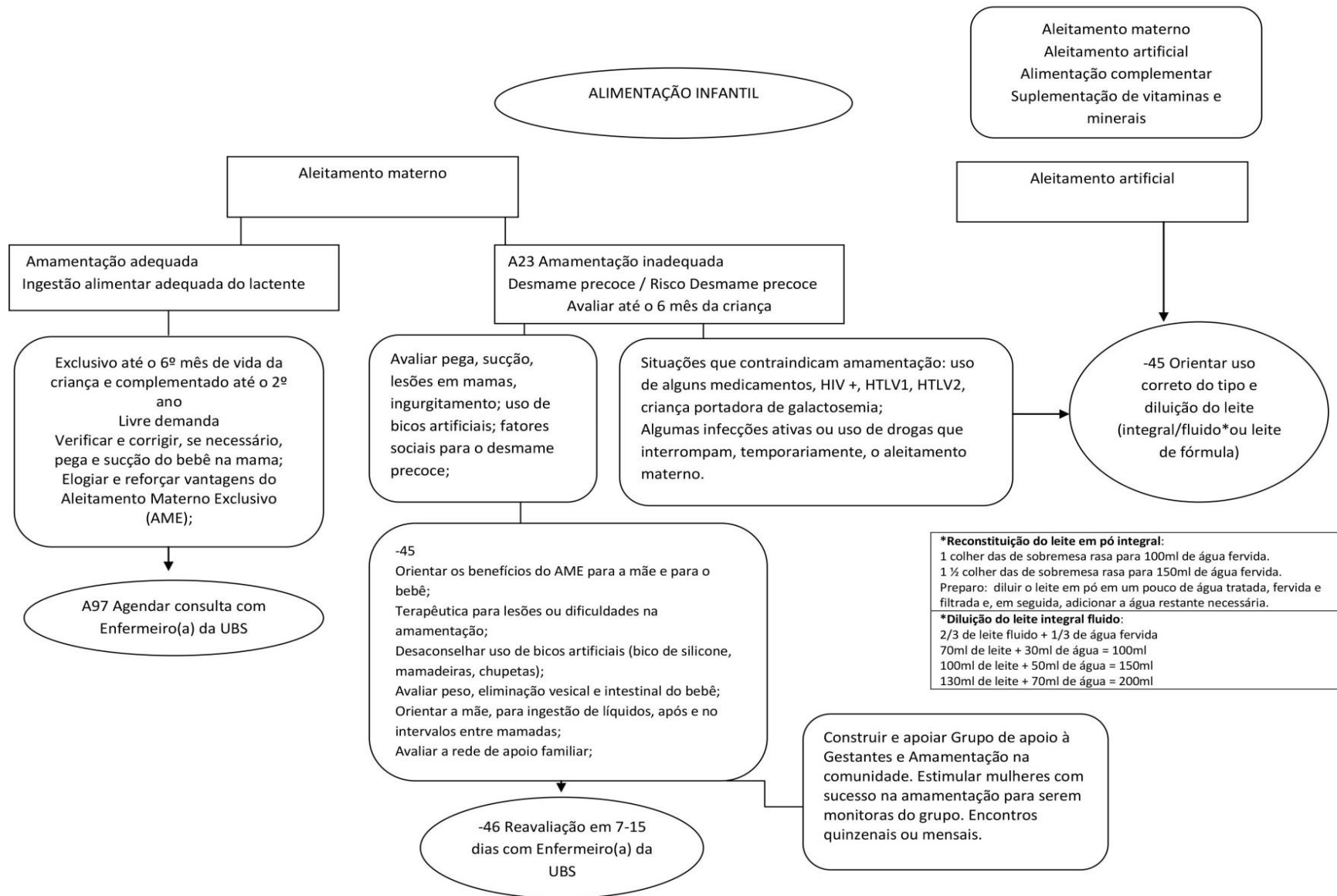
Desvios qualitativos na comunicação, interação social e no uso da imaginação.

P99 SINAIS DE AUTISMO

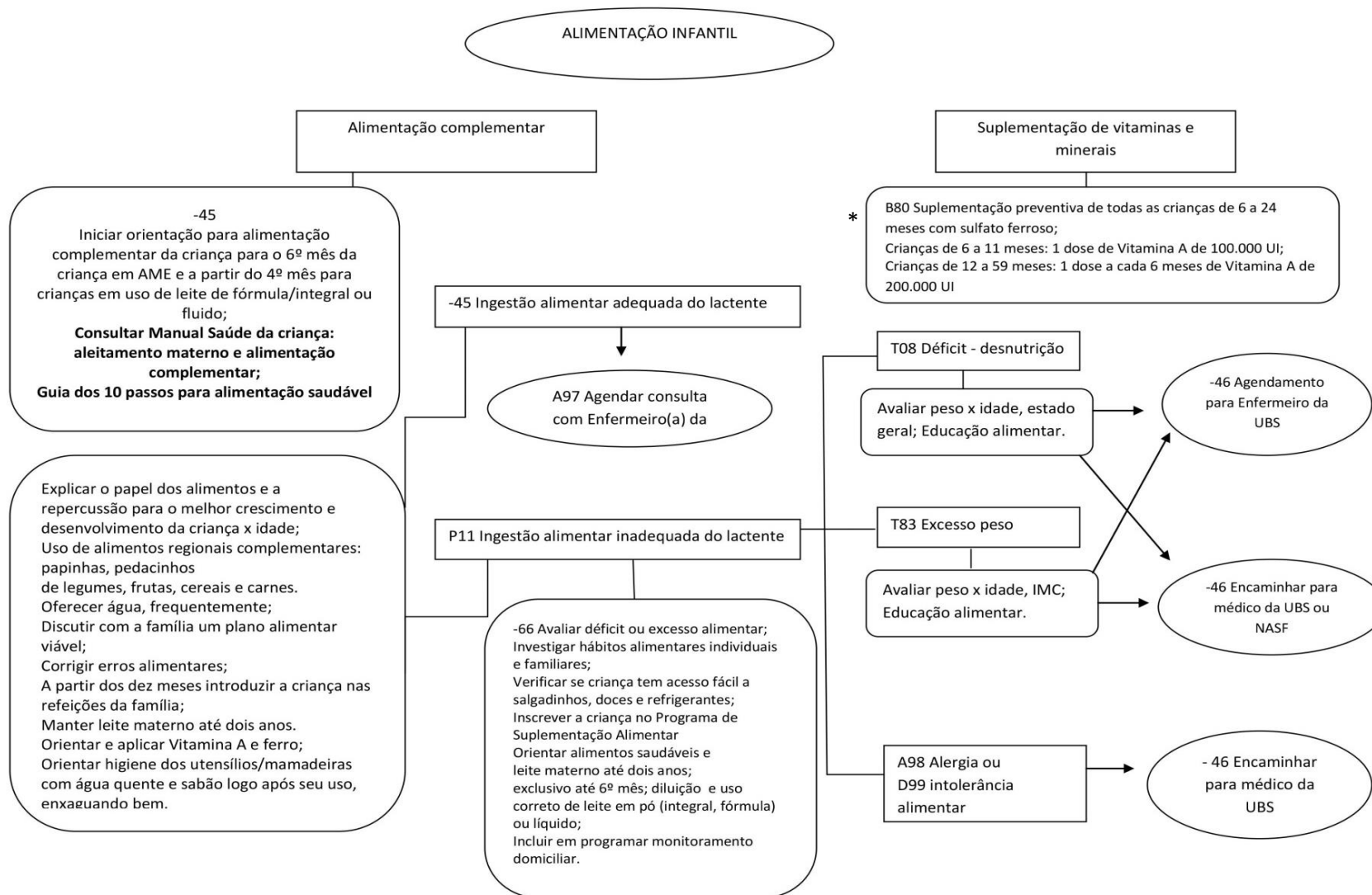
Alterações do sono variáveis e inespecíficas;
Indiferença em relação aos cuidadores, ausência do sorriso social, desconforto quando acolhido no colo e desinteresse pelos estímulos (brinquedos);
Ausência de atenção compartilhada e de contato visual, comportamentos estereotipados;
Ausência de resposta ao chamado dos pais/cuidadores, aparentando surdez; aversão ao contato físico;
Ausência de reação de surpresa ou dificuldade para brincar de faz de conta;
Hipersensibilidade aos sons e texturas.

-67 Encaminhar ao médico da UBS e/ou avaliação neuropsicomotora em serviço especializado (NASF ou neuropediatria)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



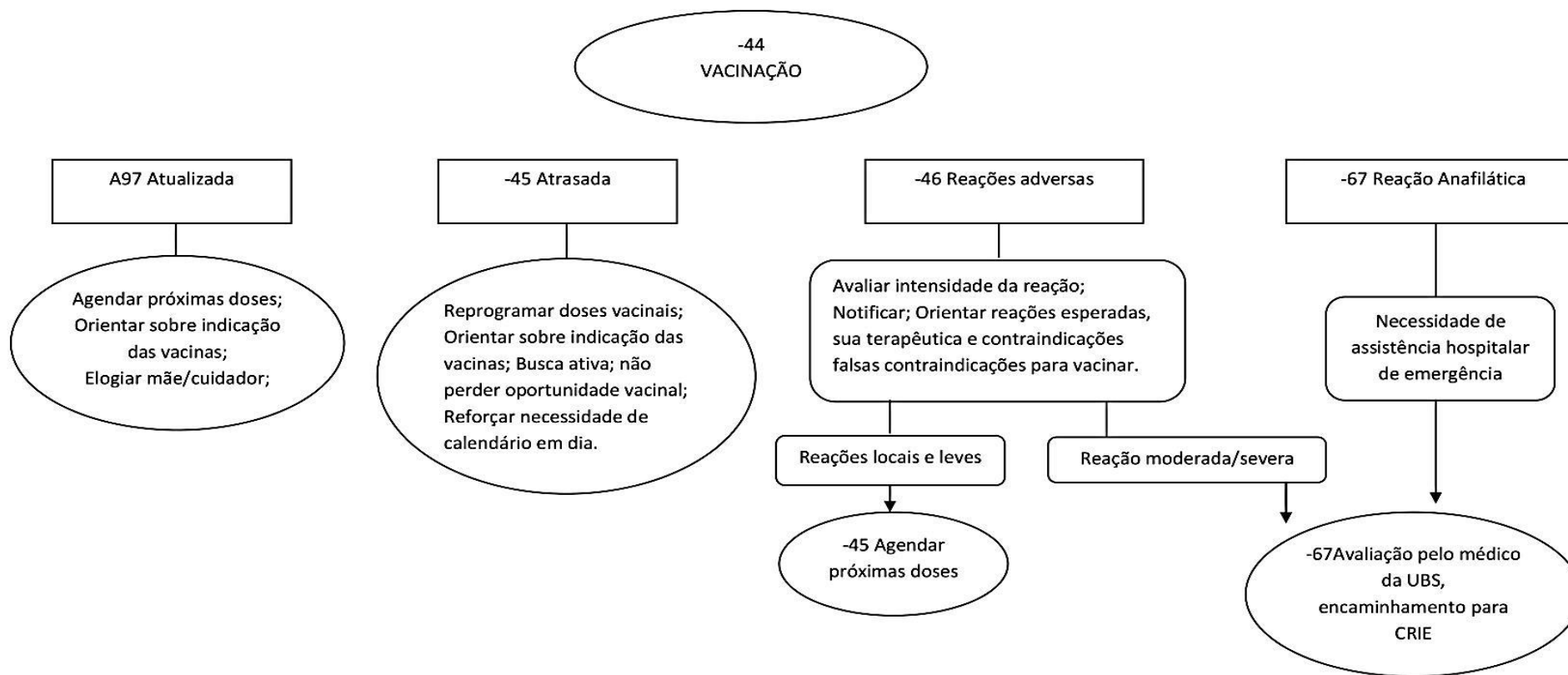
***NOTA:**

A recomendação vigente da Sociedade Brasileira de Pediatria orienta a suplementação profilática com dose de 1mg de ferro elementar/kg ao dia dos três aos 24 meses de idade , independentemente do regime de aleitamento.

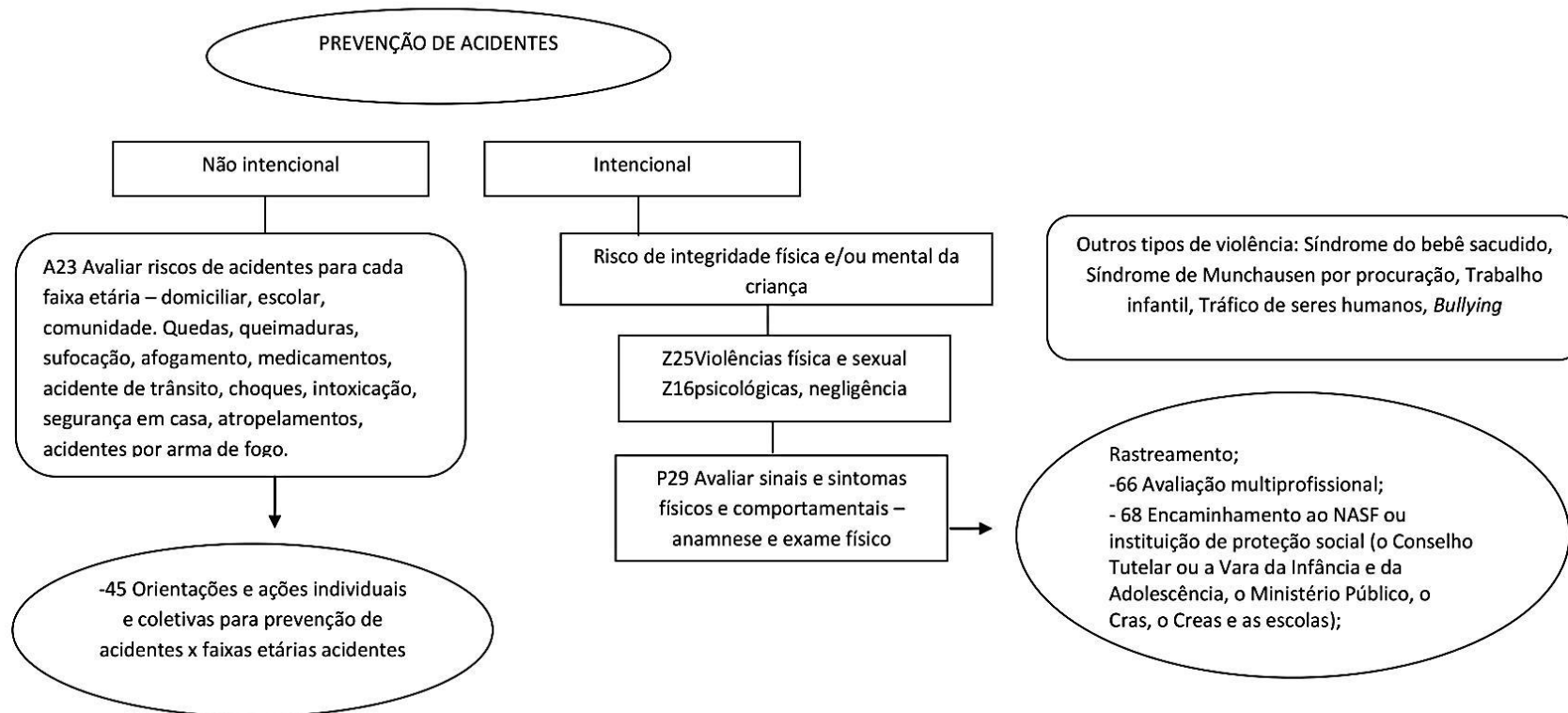
Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes: CONSENSO SOBRE ANEMIA FERROPRIVA:

MAIS QUE UMA DOENÇA, UMA URGÊNCIA MÉDICA! 2018.

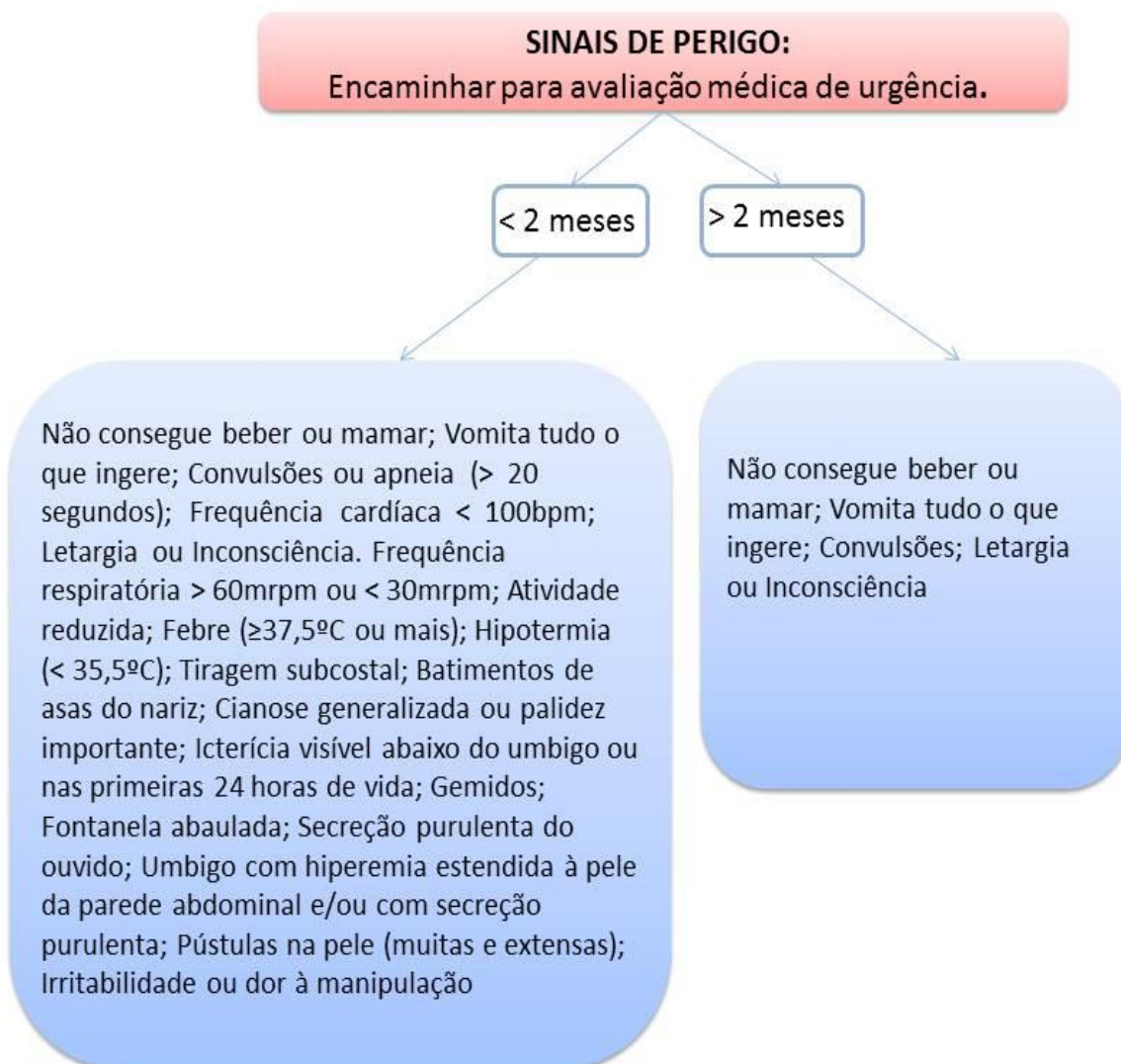
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

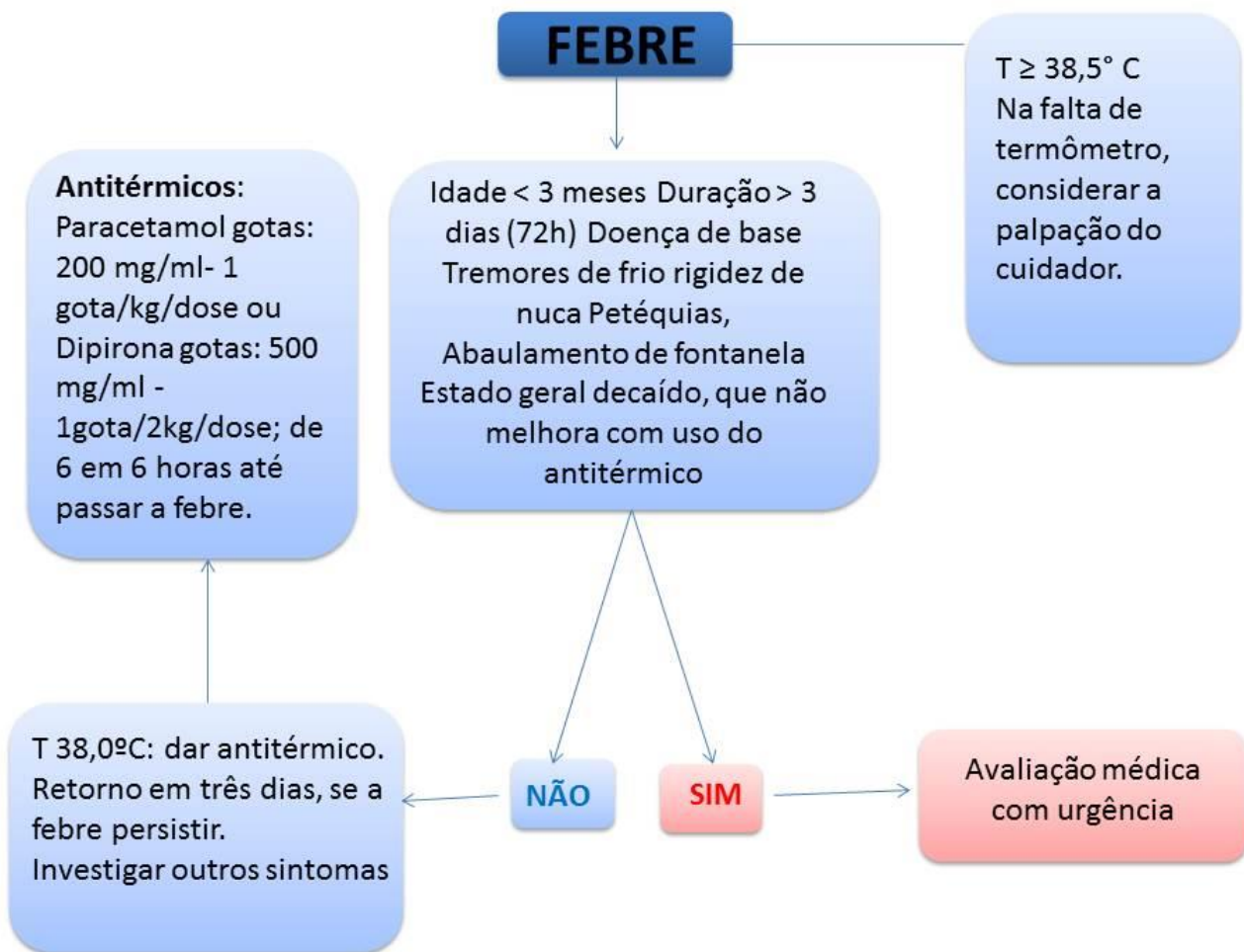


PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

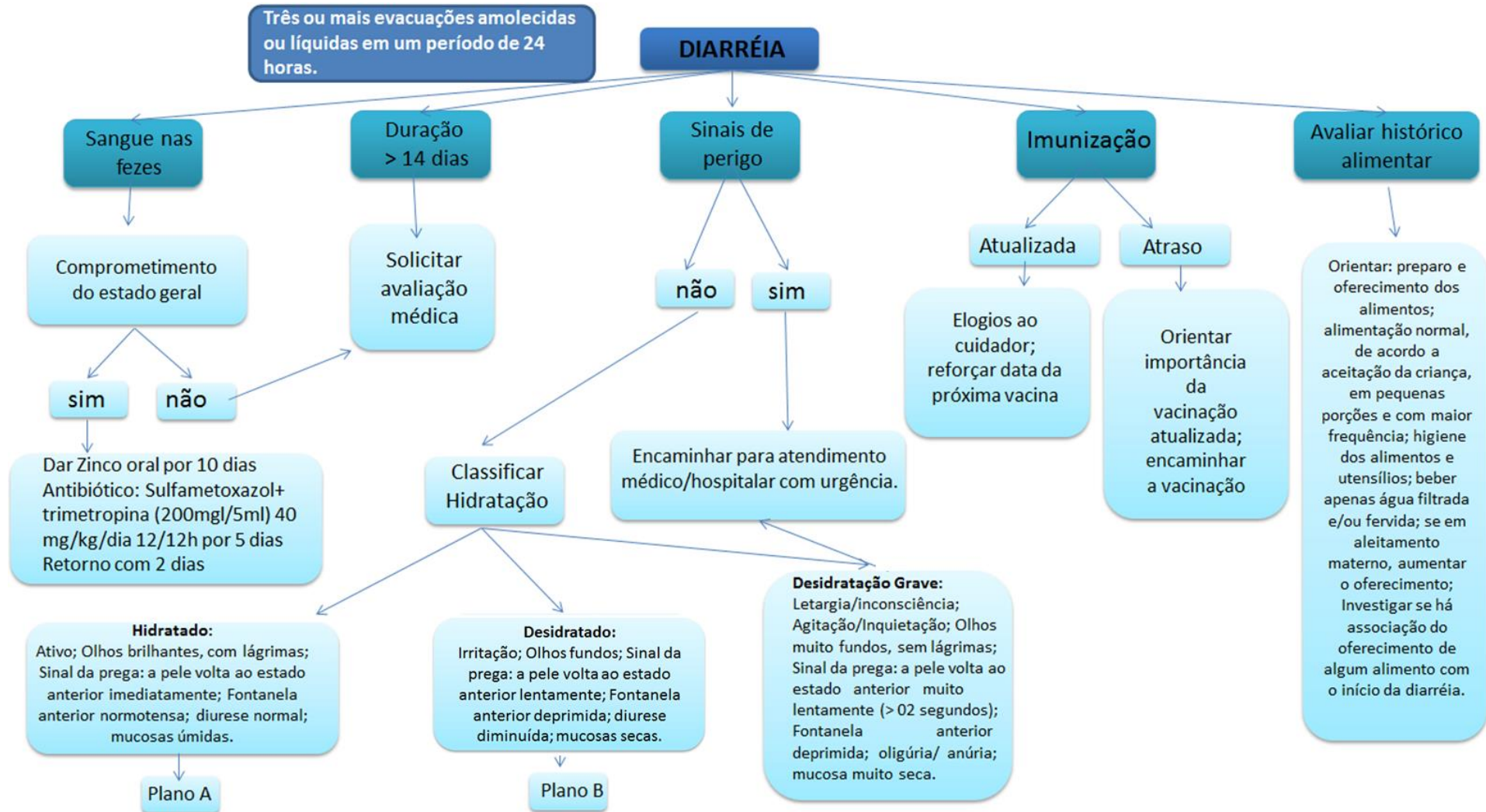


PUERICULTURA





PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



PLANO A

Dar líquidos adicionais até a diarreia parar (tanto quanto a criança aceitar): < 1 ano – 50 a 100ml depois de cada evacuação aquosa; ≥1 ano – 100 a 200ml depois de cada evacuação aquosa; amamentar com frequência e por tempo mais longo; em caso aleitamento materno exclusivo, dar SRO além do leite materno; sem aleitamento materno exclusivo, oferecer solução SRO, líquidos caseiros (tais como caldos, água de arroz, soro caseiro) ou água potável; ensinar o cuidador a preparar a mistura e dar SRO; administrar frequentemente pequenos goles de líquidos; em caso de vômito, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente; orientar alimentação normal; orientar retorno imediato se surgirem sinais de perigo ou novos sintomas; reavaliação em 05 dias, se não melhorar

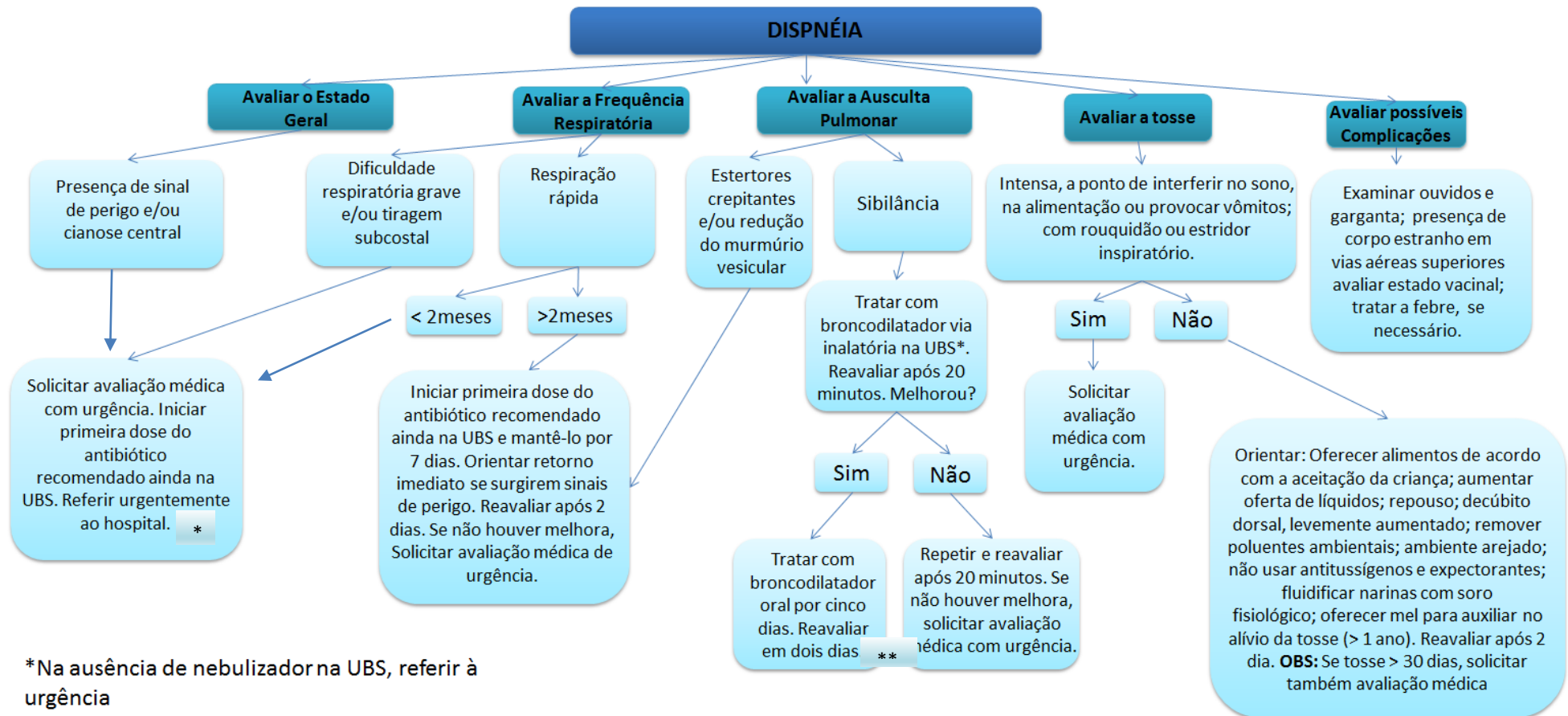
PLANO B

Permanecer no serviço de saúde durante um período de 4 horas ou até a reidratação completa, **administrando SRO** (ver tabela abaixo ou multiplicar o peso da criança, em Kg, por 75); se vômito, aguardar 10 min e continuar mais lentamente; aleitamento materno livre demanda; após 4 horas, ou antes, se necessário, classificar a desidratação e selecionar plano para continuar tratamento. Se não houver estrutura ou condições adequadas para manter observação na Unidade de Saúde, encaminhar para serviço de urgência.

Idade	<4m	4m -11m	12m-2a	2a-5ª
Peso	<6kg	6 a <10kg	10 a <12kg	12 a 19kg
SRO (ml)	220-400ml	400-700ml	700-900ml	900-1400ml

O local para TRO deverá: estar localizado onde o pessoal passe com freqüência, porém não em uma passagem. O pessoal pode observar o progresso da criança e encorajar à mãe; estar perto de uma fonte de água; estar perto de um banheiro e local para lavar as mãos; ser agradável e bem ventilado. O local para TRO deverá ter o seguinte mobiliário: uma mesa para misturar a solução de SRO e colocar os suprimentos; prateleiras para os suprimentos; um banco ou cadeiras onde a mãe possa se sentar comodamente com a criança no colo; uma mesa onde a mãe possa deixar o copo com a solução de SRO

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



*Na ausência de nebulizador na UBS, referir à urgência

TRATAMENTO DISPNEIA

* Posologia dos principais antimicrobianos para tratamento ambulatorial de pneumonia em crianças com idade de 2 meses a 5 anos (via oral): Amoxicilina 50mg/kg/dia, 8h/8h, sete a dez dias / Trimetopim + Sulfametoxazol 40 mg/kg/dia de sulfametoxazol. Dar de 12 em 12 horas durante 7 dias.

** Tratamento com broncodilatador
Via inalatória: Fenoterol (5 mg/ml);
1 gota para cada 3 kg/dose diluída em 3ml de soro fisiológico (máximo 10 gotas).
Via oral: Salbutamol Suspensão (2 mg/5 ml);
0,1 mg/kg/dose; três vezes ao dia, durante cinco dias

Frequência respiratória normal (OMS)	
Idade	mrpm*
0 a 2 meses	< 60
2 a 11 meses	<50
1 a 5 anos	<40
*movimentos respiratórios por minuto	

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

ICTERÍCIA

Idade gestacional ao nascer < 35 semanas;
Surgimento antes de 24-36 horas de vida; Extensão
ao nível ou abaixo da linha do umbigo.
Valores de Bilirrubina Total sérica >12mg/dL, em
qualquer idade pós-natal.
Duração > 01 semana no recém-nascido a termo
Duração > 02 semanas no prematuro

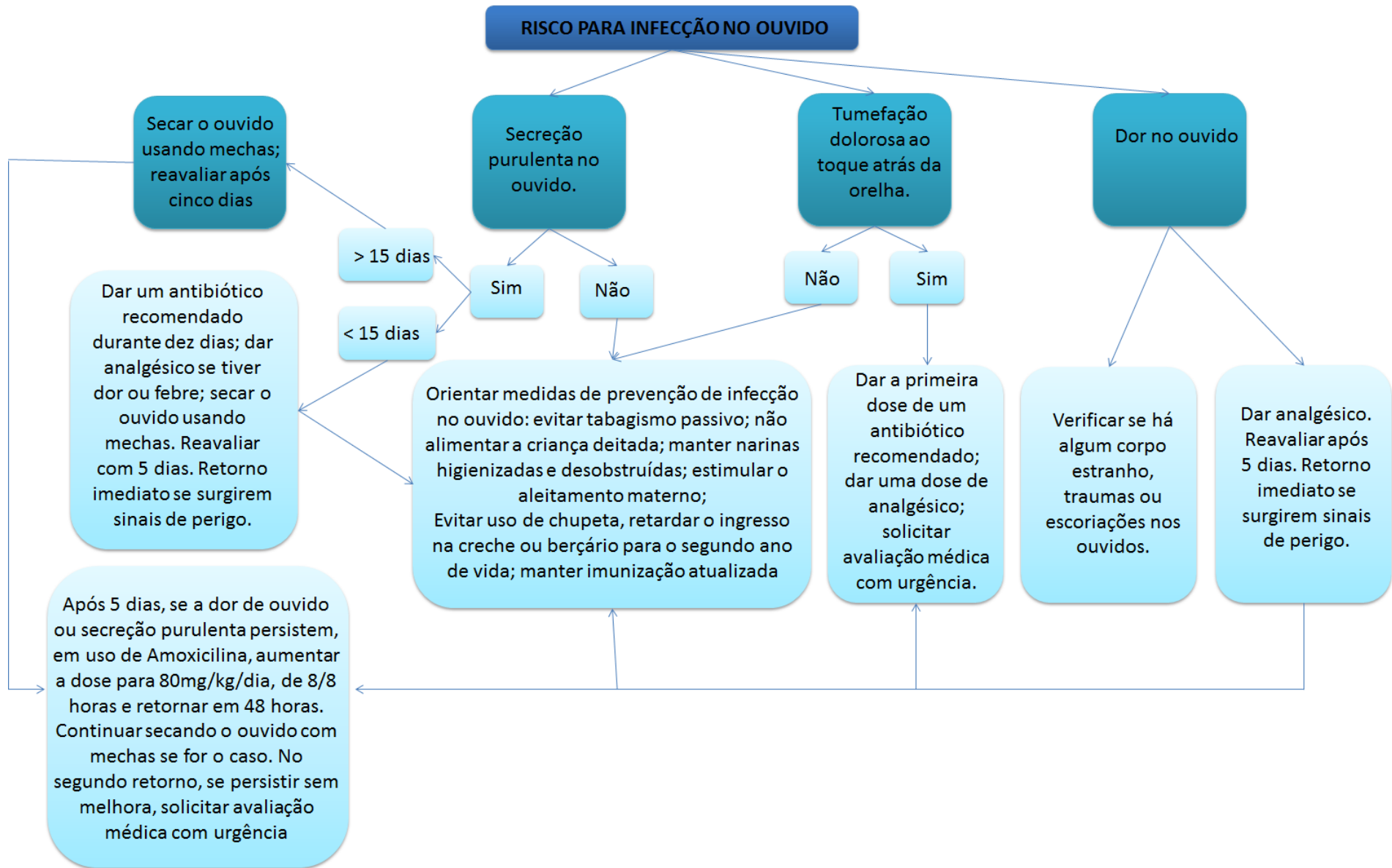
NÃO

SIM

Oferecer apoio e esclarecer dúvidas dos familiares;
Incentivar e apoiar o Aleitamento Materno
Exclusivo;
Orientar a exposição do recém-nascido à luz solar,
apenas em uso de fraldas, por
20-30 minutos, antes das 07 horas e depois das 16
horas diariamente;
Reavaliar a cada 48 horas até regressão da icterícia.

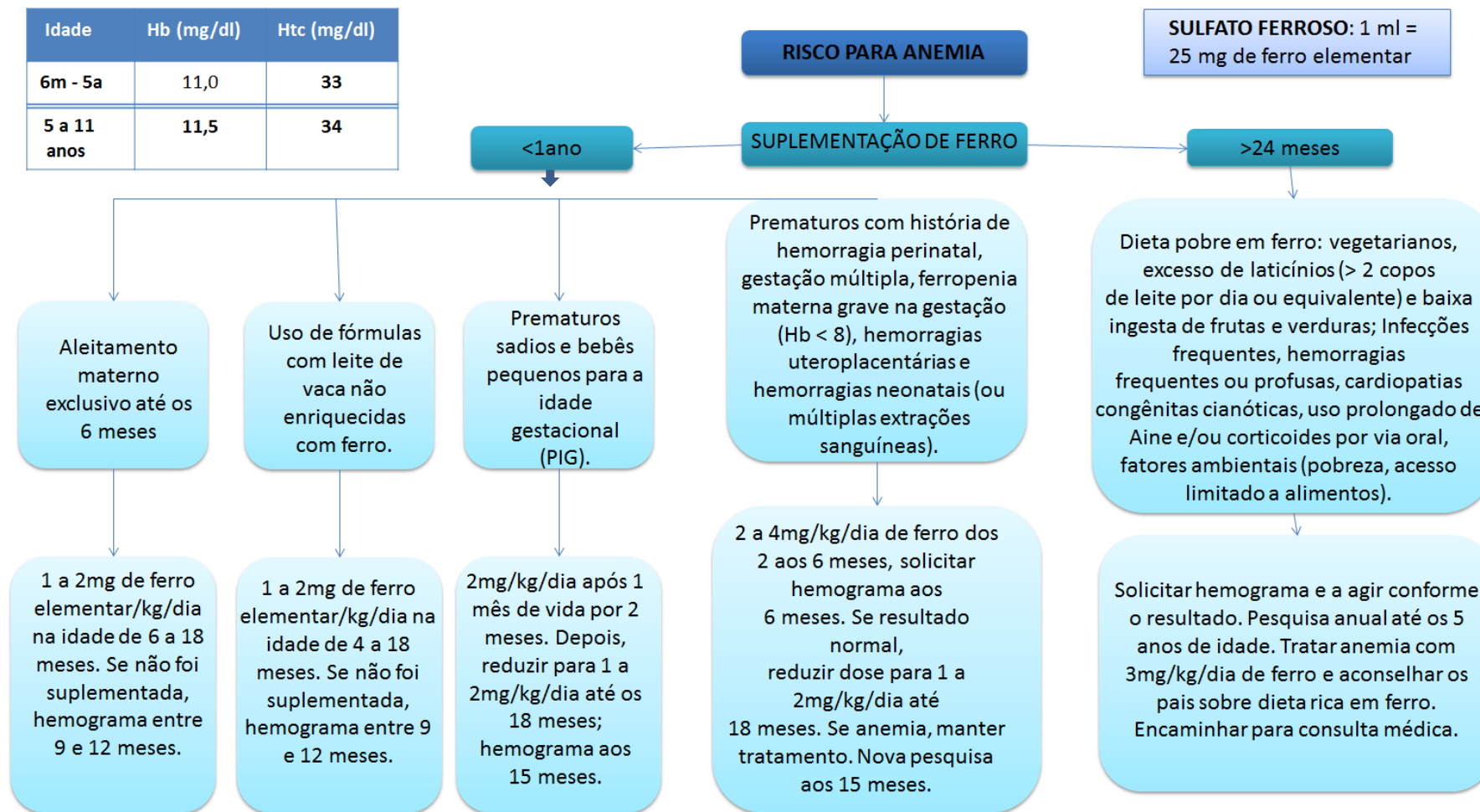
Encaminhar para avaliação médica com urgência.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Idade	Hb (mg/dl)	Htc (mg/dl)
6m - 5a	11,0	33
5 a 11 anos	11,5	34



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA INTEGRIDADE DA PELE COMPROMETIDA NA CRIANÇA

Diagnóstico de Enfermagem	Descrição da lesão	Intervenções	CIAP 02
Eritema de fraldas (Dermatite de área de fraldas)	Lesão eritematosa confluyente, brilhante, pápulas eritematosas com edema e leve descamação, os locais mais acometidos são superfícies convexas das nádegas, coxas, parte inferior do abdômen, púbis, grandes lábios e escroto, poupa dobras.	Orientar prevenção: troca de fraldas com intervalos < 4horas, higiene da pele da área da fralda apenas com água morna e algodão, usar sabonete com PH neutro após evacuações, evitar uso de lençóis umedecidos e enxaguar após se usá-los, secar bem a região das dobras, utilizar creme de barreira com óxido de zinco, dióxido de titânio e amido ou cremes com dexpanenol. Se eritema intenso, tratar com hidrocortisona 1% ou dexametasona, 1-2 vezes ao dia, por dois a três dias.	S89 – dermatite das fraldas)
Candidíase em área de fraldas	Placas eritematosas com descamação periférica e pústulas satélites eritematosas, pequenas pápulas rosadas encimadas por escamas, coalescentes, em regiões perineal anterior, perianal e dobras.	Nistatina ou Nitrato de Miconazol 1%, duas vezes ao dia, por sete a dez dias. Realizar tratamento para dermatite em área de fraldas. Investigar se há também monilíase oral. Orientar prevenção de dermatite de área de fraldas.	S75 – monilíase oral/candidíase na pele

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

<p>Monilíase oral (“sapinho”)</p>	<p>Placas brancas com halo avermelhado em língua, mucosa labial, gengivas e mucosa das bochechas, não removíveis com espátula.</p>	<p>Aplicar 1 ml de nistatina solução oral de 6/6h por 15 dias. Orientar higiene de bicos artificiais, se forem utilizados.</p>	<p>S75 - monilíase oral/candidíase na pele</p>
<p>Eczema atópico (Dermatite atópica em lactentes)</p>	<p>Prurido, xerose, lesões eczematosas principalmente na face, poupando nariz e boca, no couro cabeludo, no tronco e na região extensora dos membros, poupando a região de fraldas, são pápulas ou placas eritematosas pruriginosas, várias delas com exsudação e crosta hemática</p>	<p>Uso de roupas leves, de algodão, retirando as etiquetas e evitando os tecidos sintéticos, lavadas com sabão líquido neutro, sem branqueadores, amaciantes suaves sem corantes e dermatologicamente testados podem ser utilizado, temperaturas mais amenas, banho rápido, com água tépida, sabonetes líquidos com ph fisiológico (entre 5,0 e 5,5), sem corantes ou perfumes; secar a pele de forma suave, sem agredir e aplicar o hidratante imediatamente após o banho, pode-se utilizar óleos emulsificantes adicionados à água do banho. Se exacerbado, com prurido intenso, solicitar avaliação médica.</p>	<p>S02 - prurido S06 – erupção cutânea localizada S87- dermatite /eczema 786 atópico</p>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

<p>Dermatite seborreica em couro cabeludo (Crosta láctea)</p>	<p>Placas espessas, aderentes, amareladas, escamosas e oleosas, com ou sem prurido, que podem acometer a região retro auricular, fronte, supercílios, borda das pálpebras, canal auditivo externo e sulcos nasogenianos.</p>	<p>Manter a pele limpa e seca; uso de sabonete neutro; evitar calor; uso de roupas leves de tecido de algodão; aplicar óleo mineral ou de amêndoas na área afetada, deixar agir por 15 minutos, remover delicadamente as crostas com auxílio de uma fralda, pente ou escova macia, lavar bem a pele com sabonete neutro ou xampu infantil para remover todo o óleo e secar bem a pele. Na permanência por mais de 15 dias ou expansão, solicitar avaliação médica.</p>	<p>S86 – dermatite seborreica</p>
<p>Eritema tóxico</p>	<p>Pápulas ou pústulas firmes de 1 a 3mm, brancas ou amarelo-claras, de base eritematosa, mais comum em face, tronco e nádegas que duram em geral de 5 a 7 dias.</p>	<p>Não necessitam de tratamento específico. Acalmar os pais e orientar a higiene da pele com sabonete neutro, uso de roupas leves de algodão, não utilizar amaciante nas roupas</p>	<p>S29 – sinais/sintomas da pele, outros</p>
<p>Escabiose</p>	<p>Erupção eczematosa, diminuta, castanho-acinzentada, filiforme, com ponto negro na extremidade, pruriginosa, principalmente em mãos, membros superiores e nádegas, geralmente acompanhadas por escoriações resultantes do ato de coçar.</p>	<p>Aplicar permetrina a 5% em todo o corpo (exceto rosto e região genital) após higiene, à noite, antes de dormir. Repetir após 7 dias. Orientar troca e lavagem das roupas e roupas de cama, as quais devem ser lavadas, expostas ao sol e passadas a ferro quente. Tratar também os cuidadores e contatos intradomiciliares.</p>	<p>S72 – escabiose/ outros acaríases</p>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Estrófulo	Lesões papulares, podendo ser recobertas por vesículas ou escoriadas, resultante da picada de insetos, com prurido. Mais comum em rosto e membros.	Orientar uso de mosquiteiros e higiene ambiental para evitar insetos, uso de roupas com mangas longas e calças compridas de preferência de cor clara para proteção, fechar as janelas ao nascer e pôr do sol, repelentes tópicos infantis, não devendo ser utilizado durante o sono ou por períodos prolongados, não aplicar próximo de mucosas ou de lesões na pele e seguir as orientações do fabricante quanto à frequência de reaplicação. Não utilizar repelentes químicos em menores de 6 meses.	S12 – picada ou mordedura de inseto
Hemangiomas capilares	Tumores benignos de capilares que consistem em telangiectasias ou máculas vermelho-vivo com margens bem definidas que surgem nas primeiras semanas de vida.	Aferir e registrar a extensão do hemangioma nas consultas de puericultura. Se houver comprometimento vascular ou aumento significativo em pouco tempo, solicitar avaliação médica.	S04 – tumor/inchaço localizado S81 – hemangioma/lifangioma

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Impetigo	A lesão se inicia com mácula eritematosa de 1 a 2 mm que evolui para vesícula ou bolha de parede delgada com aréola eritematosa com líquido fluido amarelado e com grumos que formam uma crosta cor-de-mel ao ressecar.	Romper as vesículas como auxílio de dois cotonetes, remover as crostas com sabonete neutro, secar bem, aplicar solução de permanganato de potássio (1:10.000 - 1 comprimido de 100mg diluído em 2 litros de água), em seguida aplicar mupirocina, ácido fusídico ou neomicina, 4 vezes ao dia, por 7 a 10 dias. Caso não haja melhora 48 horas após o início do tratamento, encaminhar para avaliação médica.	S84 - impetigo
-----------------	---	---	----------------

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

<p>Eritema de calor (Miliária)</p>	<p>Cristalina: minúsculas vesículas não inflamatórias, sem eritema circunjacentes, assintomáticas, superficiais e podem ter a aparência de gotas de orvalho, mais comum em frente e parte superior do tronco.</p> <p>Rubra (Brotoeja): pápulas, vesículas ou pústulas eritematosas, não-foliculares, de 1 a 3mm, principalmente em face, pescoço e tronco. A miliária rubra ocorre mais tarde que a miliária cristalina, geralmente após a segunda semana de vida.</p>	<p>Ambiente fresco e arejado, uso de pouca roupa, roupas leves, de tecido de algodão e claras, banhos tépidos frequentes, uso de amido cozido com água na pele afetada várias vezes ao dia.</p>	<p>S06 – erupção cutânea localizada</p>
<p>Infestação de parasitas na cabeça (Pediculose)</p>	<p>Coceira intensa e irritação do couro cabeludo decorrente da infestação por piolhos.</p>	<p>Aplicar loção de permetrina 1% no couro cabeludo, especialmente retroauricular e nuca, deixar por 5-10 minutos e enxaguar. Repetir após 7 dias. As lêndeas devem ser retiradas com pente fino após aplicação de vinagre 1:1 em água morna. Orientar: desprezar na privada os piolhos e lêndeas retirados; ferver ou enxaguar com água quente a roupa de cama de quem estiver com a infestação; passar ferro quente; limpar bem as escovas e pentes usados e deixar separados das demais pessoas da casa.</p>	<p>S73 – pediculose / outras infecções da pele</p>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Ptíriase versicolor (Tínea Versicolor)	Máculas acrômicas ou hipopigmentadas, escamosas e de pequena dimensão, comuns em face e tórax. Superfície das lesões com fina descamação à distensão da pele.	Aplicar cetoconazol creme 2%, duas vezes ao dia, por 5 dias. Investigar presença de manchas em cuidador e contatos intradomiciliares; e encaminhá-los para avaliação médica, se necessário.	S21 – sinais/sintomas da textura da pele S29 – sinais/sintomas da pele, outros
---	---	---	---

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

OUTROS PROBLEMAS COMUNS IDENTIFICADOS NA PUERICULTURA

Diagnósticos de Enfermagem	Descrição do problema	Intervenções	CIAP 02
Granuloma Umbilical	Tecido de granulação em cicatriz umbilical após a queda do coto umbilical	Se a região umbilical está vermelha, edemaciada e com secreção fétida, indica onfalite, encaminhar para a emergência. Tecido periumbilical sadio, realizar cauterização com bastão de nitrato de prata a 2%: limpar com soro fisiológico, usando técnica de curativo; passar vaselina ao redor da cicatriz umbilical; usar bastão de nitrato de prata 2% em cima da lesão por 01 minuto contínuo, 01 vez ao dia, durante 03 dias. Se no final do 3º dia não houver cicatrização, solicitar avaliação médica. OBS2: nunca fornecer o bastão de Nitrato de Prata para a mãe fazer em casa.	S19 – outra lesão cutânea
Hérnia umbilical	Tumoração redutível, indolor, em região de cicatriz umbilical.	Se < 2cm digitais, observar até 2 anos. Se >2cm ou aumentar de tamanho, solicitar avaliação médica. Caso ocorra, ou já tenha ocorrido encarceramento anterior, encaminhar para avaliação médica. Tranquilizar os cuidadores e orientar não utilizar no local moedas, botões, esparadrapos, etc, pois não interferem na evolução da hérnia e podem provocar lesões de pele.	D91 – hérnia abdominal, outras

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Hérnia inguinal	Tumoração na região inguinal, redutível, com piora aos esforços, devido à protrusão do conteúdo abdominal.	Encaminhar para avaliação médica.	D89 – hérnia inguinal
Fimose	Estreitamento do orifício prepucial com impossibilidade de exteriorização da glândula e, às vezes, de visualização do meato uretral.	Fisiológica até 4 anos, devendo-se esperar. Devem ser evitados os exercícios ou massagens na tentativa de arregaçar o prepúcio, porque, além de causar dor, podem produzir traumatismo com sangramento, que levará a cicatrização com fibrose; contraindo o orifício por onde a glândula deveria passar, causando dificuldade para urinar e fazer a higiene. Caso apresente esforço miccional, jato urinário partido, postites, balanopostites ou infecção urinária, solicitar avaliação médica. Se, após 2 anos de idade, ainda não houver exteriorização da glândula, iniciar tratamento com pomada de corticóide de baixa potência (betametasona + hialuronidase) de 12/12h por 3 semanas e reavaliar. Caso persista a aderência ou ocorra alguma reação local encaminhar para avaliação médica.	Y81 – fimose/prepúcio redundante
Criptorquidia	Parada do testículo no trajeto, não alcançando a bolsa escrotal.	Expectar. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, encaminhar para avaliação médica.	Y83 – testículo não descido/criptorquidia/testículo ectópico

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

OUTROS PROBLEMAS COMUNS IDENTIFICADOS NA PUERICULTURA

Diagnósticos de Enfermagem	Descrição do problema	Intervenções	CIAP 02
Hidrocele	Acúmulo de líquido peritoneal em torno do testículo, evidenciado por tumoração cística em bolsa escrotal, em geral irreductível, com transiluminação positiva.	Expectar até 01 ano, quando deve haver regressão espontânea. Se houver aumento progressivo do volume da bolsa escrotal ou quando associada à hérnia, quando é gigante, ou quando tem dor local, encaminhar para avaliação médica. Para realizar a transiluminação, escurece-se a sala e coloca-se um foco luminoso por trás da bolsa escrotal. No caso de hidrocele, a imagem é translúcida e luminosa. No caso da hérnia vê-se uma sombra escura.	Y86 - hidrocele
		Encaminhar para avaliação médica.	X83 – malformações congênicas genitais

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Sinéquia vulvar (de pequenos lábios)	Fusão completa ou parcial dos pequenos lábios na linha média.		
Obstrução nasolacrimal congênita	Lacrimejamento, secreção mucopurulenta, aspecto de “olho melado” e dermatite na pálpebra inferior, com o olho calmo, sem sinais inflamatórios, surgindo até um mês de idade e piora quando há congestão nasal.	Tranquilizar os pais e orientar higiene para remoção da secreção em excesso com soro fisiológico ou água filtrada e orientar massagens contraindo o saco lacrimal com o dedo indicador no sentido inferior sempre que houver secreção. Na presença de sinais inflamatórios, encaminhar para avaliação médica. Expectar até 1 ano de idade, quando deve-se encaminhar para avaliação médica se persistir com secreção.	F80 – obstrução canal lacrimal da criança
Constipação	Dificuldade/dor para evacuar, ou evacuação de fezes secas, duras ou volumosas.	Orientar dieta rica em fibras e aumento da ingestão hídrica. Oferecer caldo de ameixa-preta com açúcar mascavo em pequenas porções ao longo do dia. Reavaliar após 24 horas. Se	D12 - obstipação

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

		<p>não melhorar, oferecer óleo mineral via oral 5ml/kg/dose, duas vezes ao dia (exceto para crianças que tenham refluxo gastroesofágico) até evacuação. Encaminhar para avaliação médica se não melhorar e/ou se for crônico.</p>	
--	--	---	--

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Risco para parasitose intestinal	Infecção do trato intestinal de alta prevalência nas populações de baixo nível socioeconômico, relacionada com precárias condições de vida e de higiene.	Orientar: uso de calçados; lavagem das frutas e verduras; proteger alimentos contra poeira e insetos; consumir apenas água fervida ou filtrada; cozinhar bem carnes; lavar as mãos antes de manipular alimentos e/ou alimentar-se; manter unhas limpas e curtas; evitar defecar no solo; desenvolver atividades educativas para a comunidade.. Administrar antiparasitários a partir de 1 ano, a cada 6 meses: < 2 anos - mebendazol (suspensão oral 20mg/ml) de 12/12h por 3 dias e repetir após 21 dias; ≥ 2 anos - albendazol 400mg via oral, dose única. Se a criança < 1 ano expelir vermes, solicitar avaliação médica.	Z01 – pobreza/problemas econômicos Z02 – problemas relacionados a água/alimentação
---	--	---	---

Referências

ALBANY BRAZ. Fimose: o que se deve saber a respeito. *Pediatria Moderna* Jul. 14 V 50 N 7. Pgs338-348.

BART J. CURRIE, F.R.A.C.P. Scabies and Global Control of Neglected Tropical Diseases. *n engl j med* 373;24. December 10, 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual e condutas gerais. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança :crescimento e desenvolvimento. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33,) ISBN 978-85-334-1970-4

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Promoção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CHANG CC, CHENG AC, CHANG AB. Over-the-counter (OTC) medications to reduce cough as an adjunct to antibiotics for acute pneumonia in children and adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD006088. DOI:10.1002/14651858.CD006088.pub4.

DANIELS J. Is silver nitrate the best agent for the management of umbilical granulomas? Arch DisChild 2001;85:452

DE ARAUJO T, Schachner L. Erupções vesicopustulosas benignas no neonato. An Bras Dermatol.2006;(4):359-66.

DUCAN, BRUCE B. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.3ª ed, porto alegre: artmed, 2004.

FERNANDES JD, MACHADO MCR, OLIVEIRA ZNP. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas – Parte II An Bras Dermatol. 2009;84(1):47-54.

GUBERT, F.A. et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. Rev Rene. v. 16, n.1, p.:81-9, 2015.

HOCKENBERRY, MJ. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª ed., Elsevier, Rio de Janeiro, 2006.

KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE. DERMATITE ATÓPICA - O QUE O PEDIATRA DEVE SABER. SBP

KONING S, VAN DER SANDE R, VERHAGEN AP, VAN SUIJLEKOM-SMIT LWA, MORRIS AD, BUTLER CC, BERGER M, VAN DER WOUDE JC. Interventions for impetigo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1. Art. No.: CD003261. DOI: 10.1002/14651858.CD003261.pub3.

LIMA, EJM; SOUZA, MFT; BRITO, RCC. Pediatria Ambulatorial. MEDBOOK, Rio de Janeiro,2008.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Saúde da Criança: protocolo/. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 1. ed.-- Londrina, PR: [s.n],2006. Vários colaboradores.

MARIANNE HALD, MAIKEN C. ARENDRUP, ELSE L. SVEJGAARD, RUNE LINDSKOV, ERIK K. FOGED, DITTE MARIE L. SAUNTE. Evidence-based Danish Guidelines for the Treatment of Malasseziarelated Skin Diseases Acta Derm Venereol 2015; 95: 12–19.

MANFROL, A. Abordagem das Parasitoses Intestinais mais Prevalentes na Infância pelo Médico de Família e Comunidade.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série F. Comunicação e Educação em Saúde AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. 2.^a edição revista, Brasília, 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para os Profissionais de Saúde. INTERVENÇÕES COMUNS, ICTERÍCIA E INFECÇÕES. Volume 2, 2^a edição, Brasília, 201.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA - Queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II, Brasília, 2012.

MORENO G, CORBALÁN J, PEÑALOZA B, PANTOJA T. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD008973. DOI:0.1002/14651858.CD008973.pub2

MURAHOVSKI, J. Puericultura no ambulatório e no consultório. In: Murahovski J. et al. Pediatria diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 2003.

Murahovski J. A criança com febre no consultório - Jornal de Pediatria - Vol.79, Supl.1, 2003

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diretrizes: Consenso sobre Anemia Ferropriva. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2018. Disponível em <
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf>.

ODUWOLE O, MEREMIKWU MM, OYO-ITA, UDOH EE. Honey for acute cough in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD007094. DOI: 10.1002/14651858.CD007094.pub4.

OLIVEIRA, MAZOCCO & STEINER. Pitiríase Versicolor. An bras Dermatol, Rio de Janeiro,77(5):000-000, set./out. 2002.

OLIVEIRA VC, CADETTE MM. Nurses' notes on child growth and development. Acta Paul Enferm. v. 22, n. 3, p.:301-6, 2009.

PROTOCOLO DE SAÚDE DO HOMEM

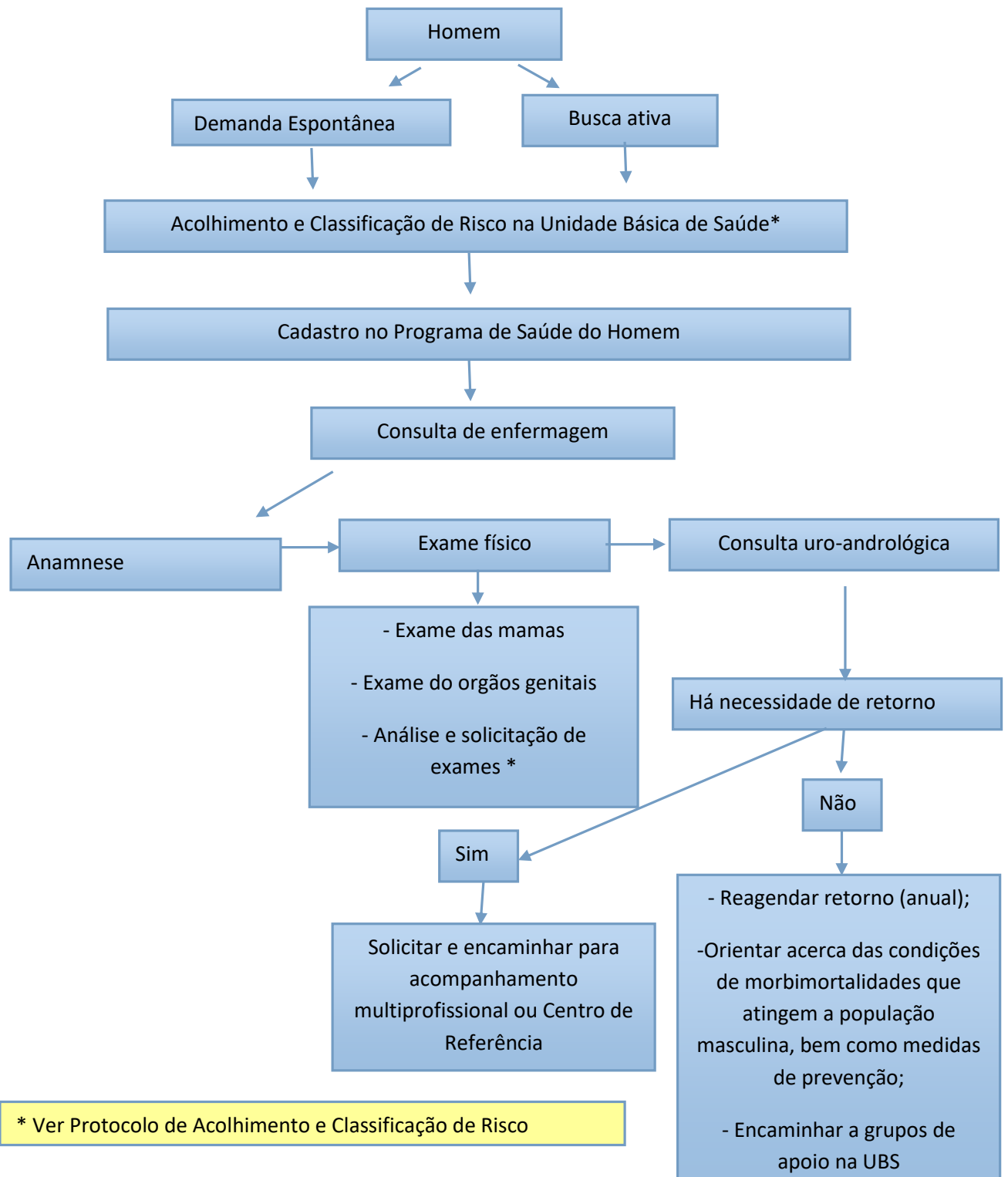
Sílvia Elizabeth Gomes de Medeiros

INTRODUÇÃO

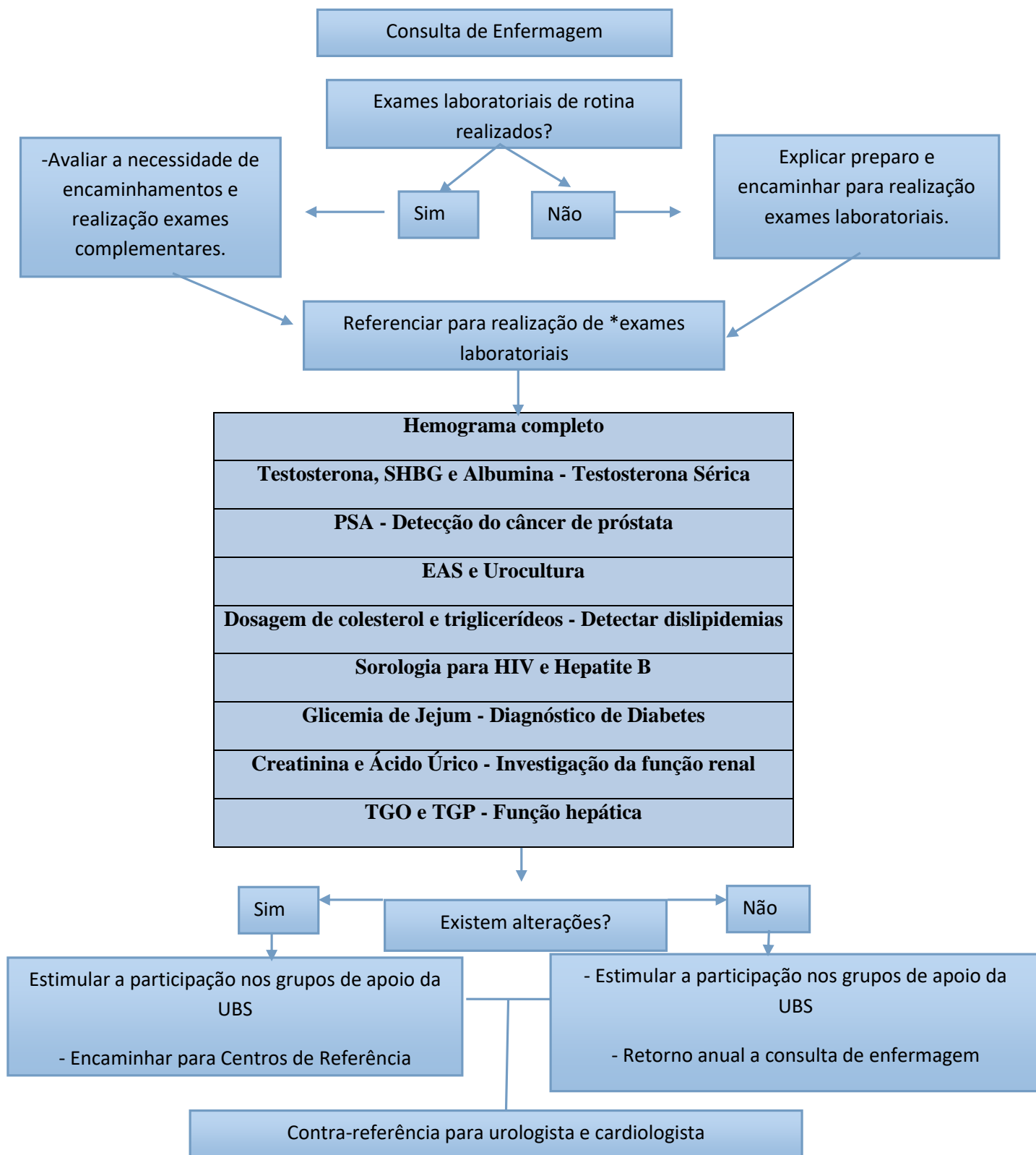
A Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem-PNAISH possui o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde do homem, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência à saúde. A PNAISH atua na perspectiva do cuidar, articulando os três níveis de atenção uma vez que a atenção básica é a porta de entrada para os homens no Sistema Único de Saúde - SUS. Diante dessa perspectiva a população masculina deve ser assistida de forma integral, levando-se em consideração a abrangência histórica, social, emocional, cultural e espiritual e, não meramente orgânica (BRASIL, 2009a).

A assistência de enfermagem em andrologia nas Unidades Básicas de Saúde compreende uma série de ações sistemáticas abrangendo: o acesso, acolhimento e classificação de risco; consulta de enfermagem com investigação holística do indivíduo, família e coletividade; levantamento de diagnósticos de enfermagem; intervenções e avaliação da assistência; encaminhamentos a consultas especializadas e aconselhamentos em grupos de apoio na unidade de saúde (COFEN, 2010).

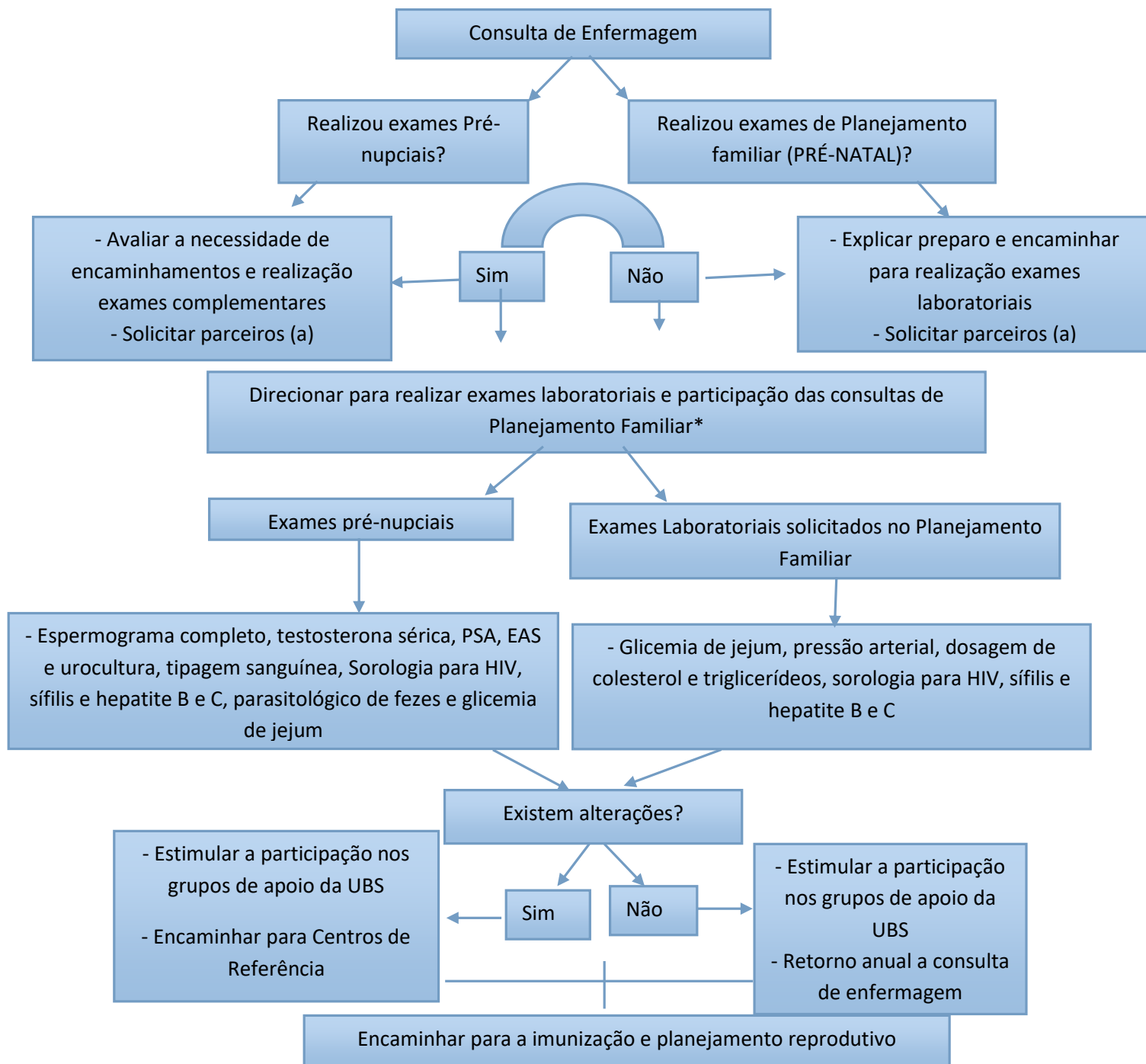
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS À POPULAÇÃO MASCULINA



EXAMES PRÉ-NUPCIAIS DO HOMEM E A PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR



* O enfermeiro deve estimular a participação paterna em todas as consultas do pré-natal e orientar acerca da Rede Cegonha, parto humanizado, cuidados com o bebê, gestante e parturiente.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO
HOMEM

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções	CIAP 02
Eliminação urinária prejudicada	<p>Cuidados na incontinência urinária:</p> <p>Identificar causas multifatoriais de incontinência (débito urinário, padrão miccional, função cognitiva, medicamentos, problemas urinários pré existentes). Explicar etiologia do problema e o motivo para suas ações. Auxiliar na seleção da roupa/proteção apropriada. Programar a administração de diuréticos para gerar menor impacto no estilo de vida. Limitar a ingestão de irritantes da bexiga (refrigerantes, café, chá e chocolate). Monitorar os hábitos intestinais. Encaminhar para especialista em continência urinária, conforme apropriado. Monitorar a efetividade de tratamentos cirúrgicos, farmacológicos e autoprescritos.</p> <p>Cuidados na retenção urinária:</p> <p>Realizar uma avaliação urinária abrangente (débito urinário, padrão miccional, função cognitiva, medicamentos, problemas urinários pré existentes). Monitorar os efeitos de medicamentos prescritos, como bloqueadores de canal de cálcio e anticolinérgicos. Sugerir estímulos para micção: abrir torneira da pia ou descarga no vaso sanitário. Orientar sobre formas de evitar constipação ou impactação das fezes.</p>	<p>U29 Sinais/sintomas aparelho urinário, outros U70 Pielonefrite U71 Cistite/outra infecção urinária U72 Uretrite</p>

<p>Incontinência urinária de esforço</p>	<p>Cuidados na incontinência urinária:</p> <p>Identificar causas multifatoriais de incontinência (débito urinário, padrão miccional, função cognitiva, medicamentos, problemas urinários pré-existentes). Explicar etiologia do problema e o motivo para suas ações. Auxiliar na seleção da roupa/proteção apropriada. Programar a administração de diuréticos para gerar menor impacto no estilo de vida. Limitar a ingestão de irritantes da bexiga (refrigerantes, café, chá e chocolate). Monitorar os hábitos intestinais. Encaminhar para especialista em continência urinária, conforme apropriado. Monitorar a efetividade de tratamentos cirúrgicos, farmacológicos e autoprescritos.</p> <p>Exercícios para a musculatura pélvica :</p> <p>Determinar a capacidade de o usuário reconhecer a urgência miccional. Orientar o usuário a enrijecer depois relaxar o anel do músculo ao redor da uretra e do ânus, como se estivesse tentando impedir a micção ou evacuação. Orientar o usuário a evitar contrair o abdome, coxas e nádegas, prender a respiração, ou fazer força durante o exercício. Assegurar que o usuário possa diferenciar entre a contração muscular direcionando o movimento para dentro e para cima e o esforço indesejado em sentido contrário. Orientar o usuário a realizar exercícios de fortalecimento, fazendo até 300 contrações por dia, mantendo as contrações por 10 segundos e repousando por pelo menos 10 segundos entre cada contração, de acordo com o protocolo da instituição. Informar ao usuário, que demora pelo menos 6 a 12 semanas para que os exercícios sejam efetivos. Fornecer feedback positivo por fazer os exercícios do modo prescrito. Orientar o usuário a monitorar a resposta aos exercícios tentando parar o fluxo de urina pelo menos uma vez por semana. SAÚDE. Informar sobre a existência do biofeedback ou estimulação elétrica para usuários quando indicado para identificar os músculos que devem contrair e/ou para desencadear a força desejada da contração muscular. Fornecer informações por escrito descrevendo a intervenção e o número recomendado de repetições. Criar um registro diário da continência com o usuário para promover a confiança do usuário.</p>	<p>U29 Sinais/sintomas aparelho urinário, outros</p>
<p>Retenção urinária</p>	<p>Cuidados na retenção urinária:</p> <p>Realizar uma avaliação urinária abrangente (débito urinário, padrão miccional, função cognitiva, medicamentos, problemas urinários pré-existentes). Monitorar os efeitos de medicamentos prescritos, como bloqueadores de canal de cálcio e anticolinérgicos.</p>	<p>U29 Sinais/sintomas aparelho urinário, outros U85 Malformação congênita do aparelho urinário</p>

	<p>Sugerir estímulos para micção: abrir torneira da pia ou descarga no vaso sanitário.</p> <p>Orientar sobre formas de evitar constipação ou impactação das fezes.</p>	
Estilo de vida sedentário	<p>Promoção do exercício:</p> <p>Avaliar as crenças de saúde do usuário quanto a exercício físico. Explorar as experiências anteriores com exercício.</p> <p>Determinar a motivação individual para começar/continuar o programa de exercícios.</p> <p>Auxiliar o usuário a desenvolver um programa de exercício adequado para atender às necessidades.</p> <p>Auxiliar o usuário a organizar períodos regulares para o programa de exercício em sua rotina semanal.</p> <p>Informar o usuário sobre os benefícios à saúde e os efeitos fisiológicos do exercício.</p> <p>Oferecer feedback positivo para os esforços dos usuários.</p>	<p>-49 Outros procedimentos preventivos.</p> <p>A98 Medicina preventiva/Manutenção da saúde</p>
Padrão de sexualidade ineficaz	<p>Aconselhamento sexual:</p> <p>Estabelecer um relacionamento terapêutico, baseado em verdade e respeito.</p> <p>Estabelecer a duração do relacionamento de aconselhamento.</p> <p>Proporcionar privacidade e garantir a confidencialidade;</p> <p>Informar ao usuário, logo no início do relacionamento, que a sexualidade é parte importante da vida e que a doença, medicamentos e estresse (ou outros problemas e eventos vivenciados pelo usuário) frequentemente afetam a função sexual. Encorajar o usuário a verbalizar temores e fazer perguntas sobre função sexual.</p> <p>Apresentar questões sobre sexualidade com uma afirmativa que diga ao usuário que muitas pessoas têm dificuldades sexuais.</p> <p>Começar pelos assuntos menos sensíveis e seguir para os mais sensíveis.</p> <p>Obter a história sexual do usuário, prestando bastante atenção aos padrões normais de função e aos termos usados pelo usuário para descrever a função sexual.</p> <p>Determinar a duração da disfunção sexual e potenciais causas.</p> <p>Monitorar quanto a estresse, ansiedade e depressão como possíveis causas de disfunção sexual.</p> <p>Determinar o nível de conhecimento do usuário, bem como sua compreensão acerca da sexualidade em geral.</p> <p>Fornecer informação sobre função sexual, conforme apropriado. Discutir o efeito da saúde e da doença sobre a sexualidade.</p> <p>Discutir o efeito das medicações e suplementos sobre a sexualidade, conforme apropriado.</p> <p>Discutir as modificações necessárias na atividade sexual, conforme apropriado.</p> <p>Auxiliar o usuário a expressar tristeza e raiva em relação as alterações envolvendo a aparência ou funcionamento do corpo, conforme apropriado.</p> <p>Apresentar ao usuário modelos de papéis positivos que tiveram êxito diante de problemas parecidos, conforme apropriado.</p> <p>Fornecer informação factual sobre mitos e informações equivocadas sobre sexo que o usuário possa verbalizar.</p>	<p>P07 Diminuição do desejo sexual</p> <p>P08 Diminuição da satisfação sexual</p> <p>Y07 Impotência</p> <p>Y08 Sinais/Sintomas da função sexual masculina, outros;</p>

	<p>Discutir formas alternativas de expressão sexual que sejam aceitáveis para o usuário, conforme apropriado</p> <p>Orientar o usuário quanto ao uso de medicamentos e dispositivos para aumentar a capacidade de desempenho sexual, conforme apropriado.</p> <p>Determinar o grau de culpa sexual associada à percepção do usuário dos fatores causais da doença.</p> <p>Evitar encerrar precocemente discussões sobre sentimentos de culpa, mesmo que estes pareçam ser irracionais.</p> <p>Incluir ao máximo outras pessoas significativas no aconselhamento, conforme apropriado.</p> <p>Fornecer encaminhamento ou consulta com outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.</p>	
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	<p>Aconselhamento nutricional:</p> <p>Discutir as necessidades nutricionais do usuário e suas percepções quanto à dieta prescrita.</p> <p>Auxiliar o usuário a registrar o que geralmente come em um período de 24 horas.</p> <p>Discutir os hábitos de compra de alimentos e as restrições orçamentárias.</p> <p>Discutir sobre o que o usuário gosta e não gosta de comer.</p> <p>Fornecer referência/consulta com outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.</p> <p>Estabelecer metas realistas em curto e longo prazo para a mudança no estado nutricional.</p> <p>Facilitar a identificação de comportamentos alimentares a serem mudados.</p>	<p>T07 Aumento do peso</p> <p>T82 Obesidade</p> <p>T83 Excesso de peso</p>
Sobrecarga de estresse	<p>Melhora do enfrentamento:</p> <p>Avaliar o impacto da situação de vida do usuário sobre os papéis e relações.</p> <p>Procurar compreender a perspectiva do usuário sobre uma situação estressante.</p> <p>Desencorajar a tomada de decisão quando o usuário está sob forte estresse.</p> <p>Encorajar atividades sociais e comunitárias.</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.</p> <p>Auxiliar o usuário a identificar as estratégias positivas para lidar com limitações e gerenciar o estilo de vida necessário ou mudança de papel.</p> <p>Promoção da resiliência:</p> <p>Encorajar a comunicação e suporte familiar.</p> <p>Encorajar o desenvolvimento e adesão às rotinas e tradições familiares (ex: nascimentos, feriados).</p> <p>Encorajar a frequência da família a serviços e/ou atividades religiosas.</p>	<p>P02 Reação aguda ao estresse</p> <p>P04 Sentir/comporta-se de forma irritável/zangada</p>
Repouso alterado	<p>Investigar hábitos e estilo de vida.</p> <p>Orientar sobre o repouso adequado.</p> <p>Orientar sobre técnicas de relaxamento.</p>	<p>P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão</p>
Sono inadequado	<p>Auxiliar a identificação dos determinantes da inadequação do sono. Avaliar o período e o histórico do sono individual e familiar.</p> <p>Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir.</p> <p>Estimular a padronização de horários para atividades diárias e a realização de atividade física</p>	<p>P06 Perturbação do sono</p>

	Orientar evitar a ingestão de café, chá-preto e chá-mate	
Ansiedade frente a coleta e resultado de exames	<p> Acolher o usuário conforme suas necessidades. Buscar compreender a expectativa apresentada. Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo. Esclarecer o usuário quanto aos achados em exames. Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado. Estabelecer relação de confiança com o usuário. Estimular a confiança no atendimento prestado. Orientar quanto terapêutica medicamentosa. Orientar periodicidade do exame. Tranquilizar o usuário durante a realização do procedimento. Usar abordagem calma e segura. Orientar sobre consultas urológicas anualmente. Promover ambiente de privacidade. </p>	<p> A13 receio/medo do tratamento A25 Medo de morrer/medo da morte </p>
Tabagismo	<p> Encaminhar para grupo de autoajuda ou operativos. Estimular a redução do uso de cigarros diários. Identificar rede de apoio familiar e comunitário. Orientar danos decorrentes do tabagismo. </p>	P17 Abuso do tabaco
Uso de álcool e outras drogas	<p> Auxiliar nas mudanças de hábitos. Esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas. Estabelecer relação de confiança com o usuário. Identificar rede de apoio familiar e comunitário. Inscrever no programa de saúde mental. Investigar o uso de medicamentos ou outras drogas. Monitorar através de visita domiciliar. Orientar sobre grupos de autoajuda: AA, ALANON. Orientar sobre as crises de abstinência. Solicitar o comparecimento dos familiares para esclarecimentos da doença. </p>	<p> P15 Abuso Crônico do álcool P16 Abuso agudo do álcool P19 Abuso de drogas </p>

ANEXO I

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO HOMEM

Anamnese

Durante a entrevista alguns aspectos devem ser abordados como características sociodemográficas, antecedentes pessoais e familiares, história de afecções uroandrológicas, queixas, enfermidade ou situação de saúde atual, perfil masculino e cobertura vacinal.

Exame físico geral

O exame físico na consulta andrológica consiste no levantamento das condições globais do paciente, tanto físicas quanto psicológicas, no sentido de buscar informações significativas que possam subsidiar a assistência prestada ao paciente. Constitui no exame externo do homem devendo incluir suas condições gerais como: estado geral, postura, estado mental, expressão facial, sinais vitais. Compreende também a análise do exame neurológico, avaliação da função motora, dilatação pupilar, função sensitiva, cerebelar e avaliação dos nervos cranianos. Examinar a cabeça e o pescoço, tórax (aparelho respiratório e circulatório), abdome (aparelho digestivo e urinário), genitais, avaliação da locomoção e estado nutricional.

EXAME FÍSICO DA MAMA MASCULINA

INSPEÇÃO ESTÁTICA - HOMEM EM POSIÇÃO SENTADA

Avaliar localização, divisão, forma e mamilos. Atentar para a circulação venosa superficial, alterações na coloração da pele (hiperemia, edemas ou úlceras), retrações ou afundamentos. Relatar se os mamilos são protusos, planos ou invertidos.

INSPEÇÃO DINÂMICA - HOMEM EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA

- Solicitar que o homem eleve os braços e após coloque as mãos no quadril, imprimindo os movimentos e as contrações musculares.



PALPAÇÃO

- **Mamas:** Homem em decúbito dorsal horizontal, com as mãos na nuca, palpar os quatro quadrantes mamários.
- **Linfonodos:** O paciente deve estar em decúbito dorsal com as mãos repousando sobre as laterais do corpo favorecendo o relaxamento da musculatura peitoral. Os linfonodos cervicais, supra claviculares, intraclaviculares e axilares.

EXAME FÍSICO DO GENITAL MASCULINO

INSPEÇÃO: HOMEM EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA OU EM DECÚBITO DORSAL*

- **Região pubiana:** analisar a distribuição dos pêlos, presença de parasitas, pesquisar a presença de vermelhidão, escoriações, lesões, nódulos ou massas.
- **Pênis:** Observar presença de vermelhidão, escoriações, lesões, edema. Na glande, pesquisar a presença de nódulos, sinais de inflamação, lesões, cicatrizes. 1- Pedir que o paciente retraia o prepúcio para analisar a presença de fimose, parafimose, esmegma, hipospádia, epispádia e condições de higiene.
- **Escroto e testículos:** 1- Pedir que o paciente segure pênis para que seja feita a inspeção da pele do sacro escrotal, observando também a superfície posterior. Pesquisar a presença de parasitas na base dos pelos, coloração, sinais de escoriação, contorno, edema, simetria, lesões, nódulos ou veias. Geralmente o testículo esquerdo situa-se aproximadamente um centímetro abaixo do direito

*para a pesquisa de varicocele é necessário que o homem esteja em pé.



PALPAÇÃO: HOMEM EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA OU EM DECÚBITO DORSAL*

- **Região pubiana:** Pesquisar por massas, nódulos, escoriações ou cistos.
- **Pênis:** Utilizando o polegar e os dedos indicador e médio palpe todo o pênis se certificando que a pele esteja lisa, pouco firme e móvel. Comprima suavemente, entre o dedo polegar e indicador a glande observando a presença de secreções.
- **Escroto e testículos:** Palpar com delicadeza cada um dos testículos e epidídimos, utilizando o polegar na face anterior e movimente o testículo entre os dedos, pesquisar tamanho, formato, consistência, nódulos, massas e hipersensibilidade.

TRIAGEM

- **Verificar e registrar circunferência abdominal:** A medida da circunferência abdominal deve ser mensurada do maior perímetro entre a última costela e a crista ilíaca (WHO, 2003).

Classificação do risco aumentado para doenças cardiovasculares de acordo com a circunferência de cintura

	Valor de circunferência da cintura
Homens	> ou igual a 94,0 cm

Fonte: Brasil, 2008

Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens

Idade (anos)	Risco estimado			
	Baixo Risco (cm)	Moderado Risco (cm)	Alto Risco (cm)	Risco Muito Alto (cm)
20 a 29 anos	< 0,83	0,83 - 0,88	0,89 - 0,94	> 0,94
30 a 39 anos	< 0,84	0,84 - 0,91	0,92 - 0,96	> 0,96
40 a 49 anos	< 0,88	0,88 - 0,95	0,96 - 1,0	> 1,0
50 a 59 anos	< 0,90	0,91 - 0,98	0,97 - 1,02	> 1,02

Fonte: WHO, 2003

Verificar e registrar IMC= peso (kg)/ altura² (m)

Valores de IMC com as respectivas classificações e risco de comorbidades

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de Comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Eutrófico	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	> ou igual a 25,0	-
Pré-obesidade	25,0 a 29,9	Aumentado
Obesidade de classe I	30,00 a 34,9	Moderado
Obesidade de grau II	35,0 a 39,9	Grave
Obesidade de grau III	> ou igual a 40	Muito Grave

Fonte: WHO, 2000.

Verificar e registrar a glicemia capilar:

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

Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: duas horas depois de 75g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina Glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	< 140	<200	
Glicemia alterada	> 110 e < 126			
Tolerância diminuída à glicose		> ou igual a 140 e < 200		
Diabetes Mellitus	> ou igual a 126	> ou igual a 200	200 (com sintomas clássicos***)	> 6,5%

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

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

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

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

Verificar e registrar os valores da Pressão Arterial (PA)

Classificação da pressão arterial para homens maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 -139	85-89
Hipertensão de estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão de estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão de estágio 3	> ou igual a 180	> ou igual a 110

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

Verificar e registrar presença de dislipidemias

Recomendações dos teores de lipídios ou gorduras no sangue

Lipidograma	Recomendação
Triglicerídeos	< 150 mg/dl
HDL - colesterol	Para homens: >40 mg/dl Para mulheres: > 50 mg/dl
LDL - colesterol	< 160 mg/dl

Fonte: Brasil, 2008.

Referências

BARROS & COLS A.L.B.L. Anamnese e exame físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Artmed. 3ª Edição. Porto Alegre, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Homem: Pré-natal masculino. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/pre-natal-masculino>. Acessado em: 10 de junho de 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Maternidade Rede Cegonha. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/gestacao/rede-cegonha>. Acessado em: 05 de agosto de 2016d.

COSTA et al. Saúde do adulto e a Saúde da Família: saúde do homem e dos trabalhadores. São Luís, 2014. MOURA E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2012.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO IV. Hipertensão Arterial Sistêmica. Rev. Brasileira Hipertensão. Rio de Janeiro, 2010.

SILVA. A. A. DIRETRIZES BRASILEIRA DE DIABETES. 3ª Ed- Itapevi, São Paulo, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. . WHO Obesity Technical Report Series, n. 284. Geneva, 2000.

PROTOCOLO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

Priscila Diniz de Carvalho Martins

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência é delimitada como o período entre os 10 e 20 anos incompletos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita adolescentes entre 12 e 18 anos.

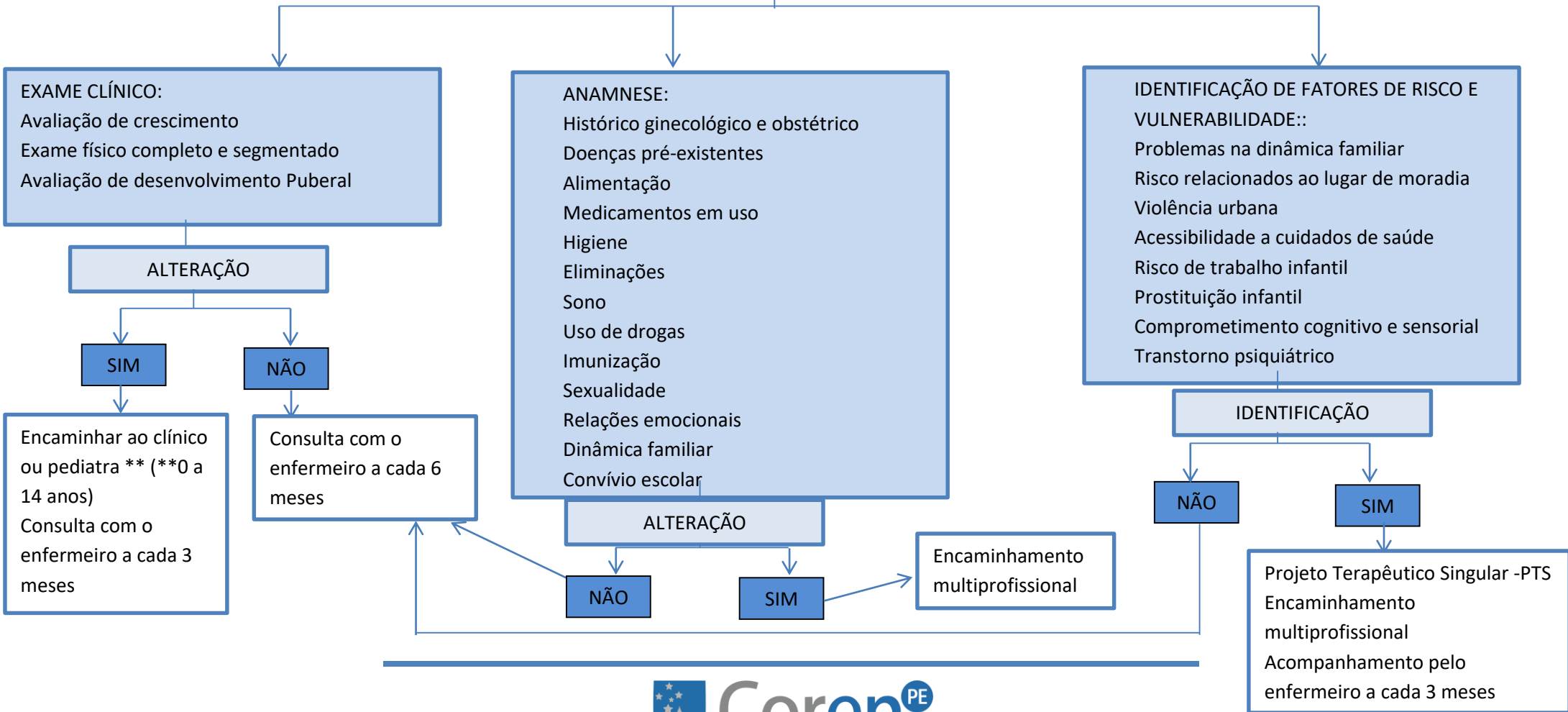
É importante considerar a adolescência e a juventude como processos complexos de emancipação, com fronteiras plásticas e móveis, que não se restringem à passagem da escola para o trabalho e envolvem três dimensões interdependentes: a macrosocial, na qual se situam as desigualdades sociais como as de classe, gênero e etnia; a dimensão dos dispositivos institucionais que reúne os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho e, finalmente, a dimensão biográfica, ou seja, as particularidades da trajetória pessoal de cada indivíduo (BRASIL, 2010).

É bom enfatizar que os Adolescentes têm direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências. (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE A MULHER, 1995).

Um dos grandes desafios que as equipes de atenção básica possuem é trazer o adolescente a unidade de saúde, estes geralmente não costumam comparecer ao serviço, possuem dúvidas, medos, e desafios de uma etapa da vida com turbilhões de sentimentos, emoções e grandes oscilações hormonais. É de grande importância saber cativar estes adolescentes, traçar metas para atrair estes às unidades de saúde para promover uma melhor qualidade de saúde e prevenir futuros problemas.

ATENDIMENTO GERAL

CONSULTA ADOLESCENTE



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (CIPESC)	INTERVENÇÃO	CIAP 02
<p>Processamento de informação limitado</p>	<p>Avaliar contexto familiar</p> <p>Disponibilizar as informações através de recursos didáticos</p> <p>Estabelecer escuta ativa</p> <p>Estabelecer vínculo entre US, escola e família</p> <p>Estimular a participação em oficinas</p> <p>Manter vínculo com o usuário</p> <p>Oferecer as informações de maneira clara e centrada na dúvida presente</p> <p>Orientar a participação em oficinas e grupos educativos</p> <p>Programar monitoramento domiciliar</p> <p>Orientar retorno no dia horário agendados</p> <p>Selecionar as informações mais importantes e repassa-las de forma clara para a mulher/família</p>	<p>Z07- Problemas relacionados a educação</p>
<p>Relacionamento Familiar conflituoso</p>	<p>Acolher o usuário conforme suas necessidades</p> <p>Assegurar respeito aos direitos do usuário</p> <p>Conhecer a família</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo</p>	<p>Z20- Problema relacionado com familiares</p>

- Envolver família/pessoa significativa nos cuidados
- Esclarecer dúvidas do paciente
- Estabelecer relação de confiança com o usuário paciente
- Estimular o paciente/família a procurar ajuda
- Estimular relatos de experiência nos grupos de atenção ao adolescente
- Identificar rede de apoio familiar e comunitária
- Levantar as dificuldades frente a situação relatada
- Programar monitoramento domiciliar

<p>Relacionamento interpessoal comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para grupos de auto-ajuda Estimular a socialização Estimular atividades físicas e de lazer Identificar as relações sociais do paciente e estilo de vida Identificar rede de apoio familiar e comunitária Levantar as dificuldades frente a situação relatada Programar monitoramento domiciliar 	<p>Z24- Problemas de relacionamento com amigos</p>
--	--	--

Auto-estima prejudicada

- Acolher o usuário conforme suas necessidades
- Apoiar a mulher vítima de violência
- Encaminhar para atendimento psicológico
- Estabelecer relação de confiança com a paciente
- Estimular a auto-estima do paciente
- Estimular a participação em grupos de auto-ajuda
- Estimular atividade física e de lazer
- Favorecer o suporte psicológico para enfrentamento da doença
- Identificar rede de apoio familiar e comunitário
- Realizar visita domiciliar

P29- Sinais e sintomas psicológicos/outros

Adaptação/enfrentamento inadequado

- Auxiliar a reflexão sobre seu papel na família e sociedade
- Auxiliar na reflexão sobre as relações familiares
- Encorajar a identificação de pontos fortes e capacidades
- Enfatizar a importância do diálogo e de uma relação positiva entre os membros da família
- Estabelecer vínculo entre US, escola e família

P23- Sinais e sintomas relacionados ao comportamento do adolescente

	<p>Estimular a participação em atividades sociais (ex: gincanas, festas típicas, etc)</p> <p>Frequentar a escola</p> <p>Identificar com o usuário situações de enfrentamento anteriores e estratégias de superação</p> <p>Orientar a participação em cursos extracurriculares e participação em trabalhos voluntários</p> <p>Orientar a prática de esporte</p> <p>Orientar a participação de cursos profissionalizantes</p> <p>Orientar a participação em grupos de adolescentes</p> <p>Refletir seu papel na família e sociedade</p>	
--	---	--

Imagem corporal alterada

- Encaminhar para atendimento psicológico
- Encaminhar para grupo de auto – ajuda
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo
- Estimular a participação em oficinas
- Estimular a participação em grupos de auto ajuda
- Estimular atividade física e de lazer
- Estimular o autocuidado corporal

A18- Preocupação com aparência

- Estimular o controle da ingestão alimentar
- Estabelecer escuta ativa
- Monitorar gráfico de peso e altura
- Orientar o controle do uso de medicação
- Orientar sobre fases do desenvolvimento fetal durante a Gestação
- Realizar visita domiciliar
- Relacionar os fatores desencadeantes das mudanças corporais

Sono inadequado

- Auxiliar a identificação dos determinantes da inadequação do sono
- Avaliar o período e o histórico do sono individual e familiar
- Relacionar as horas de sono e repouso com a idade
- Estimular a padronização de horários para atividades diárias e a realização de atividade física
- Evitar o uso de computadores, vídeos games e assistir televisão próximos ao horário de dormir
- Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir
- Orientar a oferta de chá de erva – cidreira, camomila Orientar evitar a ingestão de café, chá preto e chá-mate

P06- Perturbações do sono

Uso de álcool e outras drogas

Auxiliar nas mudanças de hábitos

P15- Abuso Crônico de álcool

Orientar o comparecimento diário à US para uso de medicamentos, controle da PA e hidratação

P16- Abuso Agudo de álcool

Encaminhar para grupo de auto-ajuda

P19- Abuso de Drogas

Esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas

Estabelecer relação de confiança com a paciente

Identificar rede de apoio familiar e comunitário

Inscriver no programa de saúde mental

Inserir o paciente em atividades recreativas e educativas da US

Investigar o uso de medicamentos ou outras drogas

Monitorar através de visita domiciliar

Orientar os prejuízos do uso de drogas para a mãe e bebê

Orientar sobre grupos de auto-ajuda: AA, ALANON

Orientar sobre as crises de abstinência

Realizar visita domiciliar

Solicitar o comparecimento dos familiares para esclarecimentos da doença

ANEXO I

ROTEIRO DA CONSULTA DO ADOLESCENTE

DATA: __/__/_____

ANAMNESE

NOME: _____

SEXO: () Feminino () Masculino () Outro _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/_____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ **ESTADO:** _____

TELEFONE: _____

ACS: _____ **PRONTUÁRIO:** _____

ESTUDA: () Sim () Não

ESCOLA: _____

SÉRIE: _____ **TURNO:** _____

PATOLOGIA(S):

USO DE MEDICAMENTO: () Sim () Não Quais _____

PROCEDIMENTO CIRURGICO: () Sim () Não Quais _____

ALERGIA: () Sim () Não Quais _____

TIPO DE SANGUE: _____

IMUNIZAÇÃO: (colocar datas)

dt	Hepatite B	Tríplice viral	HPV	Influenza	Meningocócica B	Febre amarela	Hepatite A

HABITAÇÃO

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO: () alvenaria () madeira () material alternativo

Nº DE CÔMODOS: ____

ÁGUA: () rede () poço () outra

ESGOTO: () rede () céu aberto () fossa () outra

DESTINO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS: () coleta pública 3 x ou + / semana () coleta pública 2 x / semana () coleta pública 1 x / semana () queima () outro: ____

ILUMINAÇÃO ELÉTRICA: () sim () não

HÁBITOS DE VIDA

ALIMENTAÇÃO HABITUAL: refeições/dia: _____

principais alimentos: _____

TABACO: () Sim () Não Quantidade/dia: _____

ÁLCOOL: () Sim () Não Quantidade/dia: _____

OUTRAS DROGAS: () Sim () Não Qual: _____

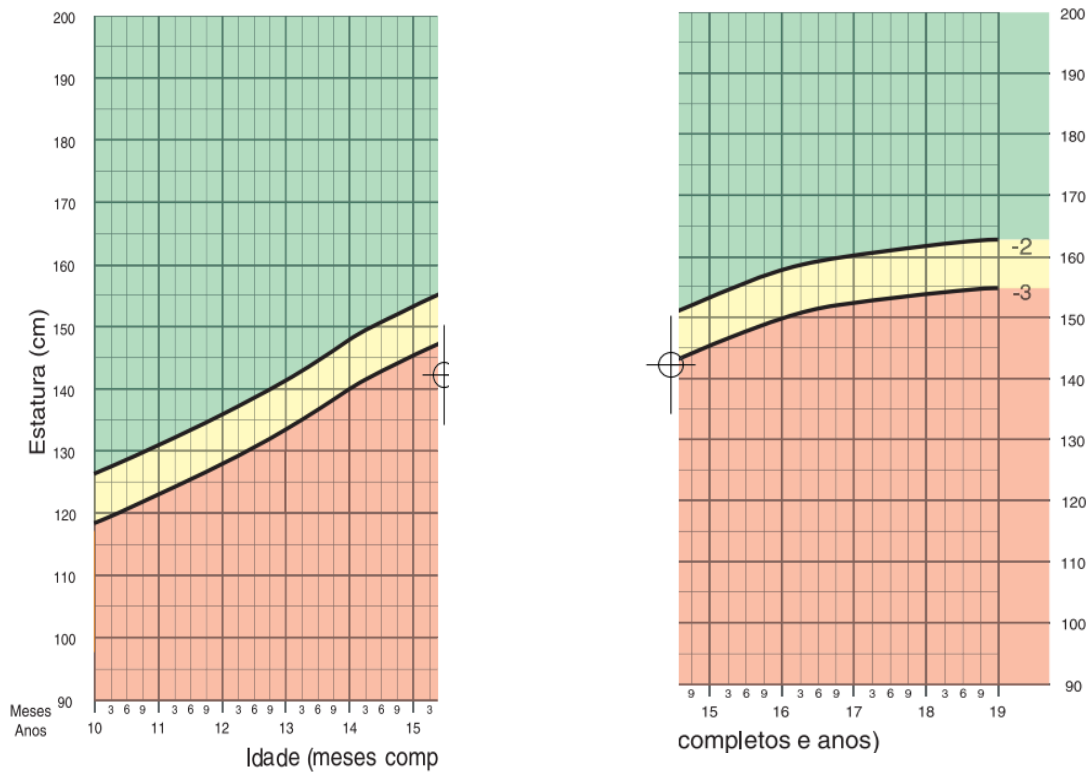
ATIVIDADE FÍSICA: () Sim () Não Qual: _____ Frequência: _____

SONO: () Calmo () Agitado () Insônia () Aumento de sono Horas por dia: _____

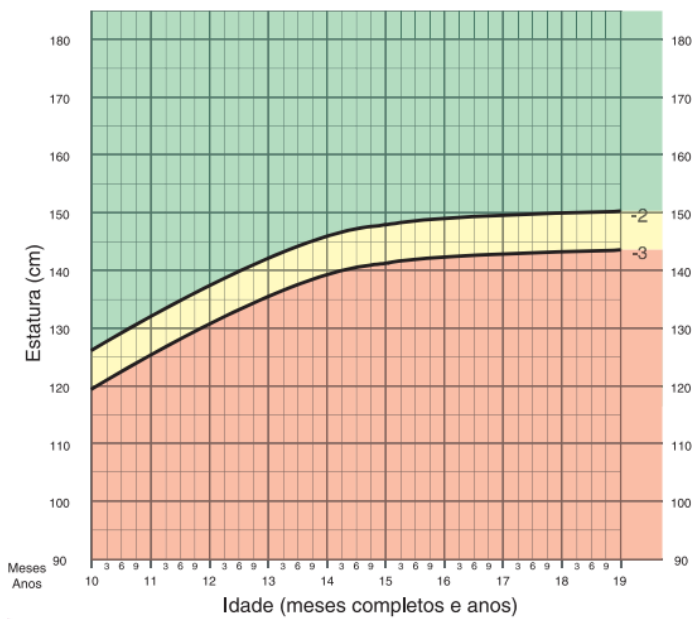
EXAME FÍSICO

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____

MENINOS



MENINAS



P.A: _____ GLICEMIA: _____
CABEÇA: () Sem alterações () Alterações _____
FACE: () Sem alterações () Alterações _____
MAMAS: () Sem alterações () Alterações _____
ACV: () Sem alterações () Alterações _____
AR: () Sem alterações () Alterações _____
AD: () Sem alterações () Alterações _____
AGU: () Sem alterações () Alterações _____
PELE: () Sem alterações () Alterações _____

MATURAÇÃO SEXUAL

GENITAL: G1 () G2() G3() G4() G5()
MAMAS: M1 () M2() M3() M4() M5()
PELOS PUBLIANOS: P1 () P2() P3() P4() P5() P6()

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

MENARCA: _____
INTENSIDADE: () POUCO () MODERADO () MUITO
DURAÇÃO: () 1 A 3 DIAS () 4 A 6 DIAS () ACIMA DE 6 DIAS
DUM: ____/____/_____

GESTAÇÕES: _____ PARTOS: _____ ABORTOS: _____
CESARIANAS: _____ PARTOS NORMAIS: _____
IDADE DO PRIMEIRO COITO: _____
QUANTIDADE DE PARCEIROS: _____
METODO CONTRACEPTIVO: () CODONS () ACO () ACI () COITO INTERROMPIDO
() OUTROS METODOS DE BARREIRA _____
() METODOS NATURAIS _____
() OUTROS MÉTODOS HORMONAIS _____
() OUTROS _____

FATORES DE RISCO E VULNERABILIDADE

PROBLEMAS NA DINÂMICA FAMILIAR

() Sim () Não Quais _____

RISCO RELACIONADOS AO LUGAR DA MORADIA

() Sim () Não

VIOLÊNCIA URBANA

() Sim () Não

ACESSIBILIDADE A CUIDADOS DE SAÚDE

() Sim () Não

RISCO DE TRABALHO INFANTIL

() Sim () Não

RISCO DE PROSTITUIÇÃO INFANTIL

() Sim () Não

COMPROMETIMENTO COGNITIVO E SENSORIAL

() Sim () Não Quais _____

TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO

() Sim () Não Quais _____

CONDUTAS

HD: _____

ENCAMINHAMENTOS: _____

SOLICITAÇÃO DE EXAMES: _____

RETORNO: _____

ANEXO II

Tabela 1 - Características dos estágios de maturação sexual

Genitais (sexo masculino)	
G1	Pênis, testículos e escroto de tamanho e proporções infantis.
G2	Aumento inicial do volume testicular (>4ml). Pele escrotal muda de textura e torna-se avermelhada. Aumento do pênis mínimo ou ausente.
G3	Crescimento peniano, principalmente em comprimento. Maior crescimento dos testículos e escroto.
G4	Continua crescimento peniano, agora principalmente em diâmetro, e com maior desenvolvimento da glândula. Maior crescimento dos testículos e do escroto, cuja pele se torna mais pigmentada.
G5	Desenvolvimento completo da genitália, que assume tamanho e forma adulta.
Mamas (sexo feminino)	
M1	Mama infantil, com elevação somente da papila.
M2	Broto mamário: aumento inicial da glândula mamária, com elevação da aréola e papila, formando uma pequena saliência. Aumenta o diâmetro da aréola, e modifica-se sua textura.
M3	Maior aumento da mama e da aréola, mas sem separação de seus contornos.
M4	Maior crescimento da mama e da aréola, sendo que esta agora forma uma segunda saliência acima do contorno da mama.
M5	Mamas com aspecto adulto. O contorno areolar novamente incorporado ao contorno da mama.
Pêlos púbicos (ambos os sexos)	
P1	Ausência de pêlos pubianos. Pode haver uma leve penugem semelhante à observada na parede abdominal.
P2	Aparecimento de pêlos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, principalmente na base do pênis (ou ao longo dos grandes lábios).
P3	Maior quantidade de pêlos, agora mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se esparsamente pela sínfise púbica.
P4	Pêlos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas.
P5	Pilosidade pubiana igual a do adulto, em quantidade e distribuição, invadindo a face interna das coxas.
P6	Extensão dos pêlos para cima da região púbica.

DATA	IDADE	ESTATURA	PESO	IMC	MATURAÇÃO SEXUAL	PRESSÃO ARTERIAL

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. 1. ed. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 2010.

CHIPKEVITCH, E. Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. *Jornal de Pediatria* - Vol. 77, Supl.2. Rio de Janeiro, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A MULHER, 4., 1995, Pequim. Anais... [S.l.]: ONU, [1995]. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>

DIGIÁCOMO, M. J. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado. Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 6ª Edição. Paraná, 2013.

PROTOCOLO DO IDOSO

Alexandra Waleska de Oliveira Aguiar

INTRODUÇÃO

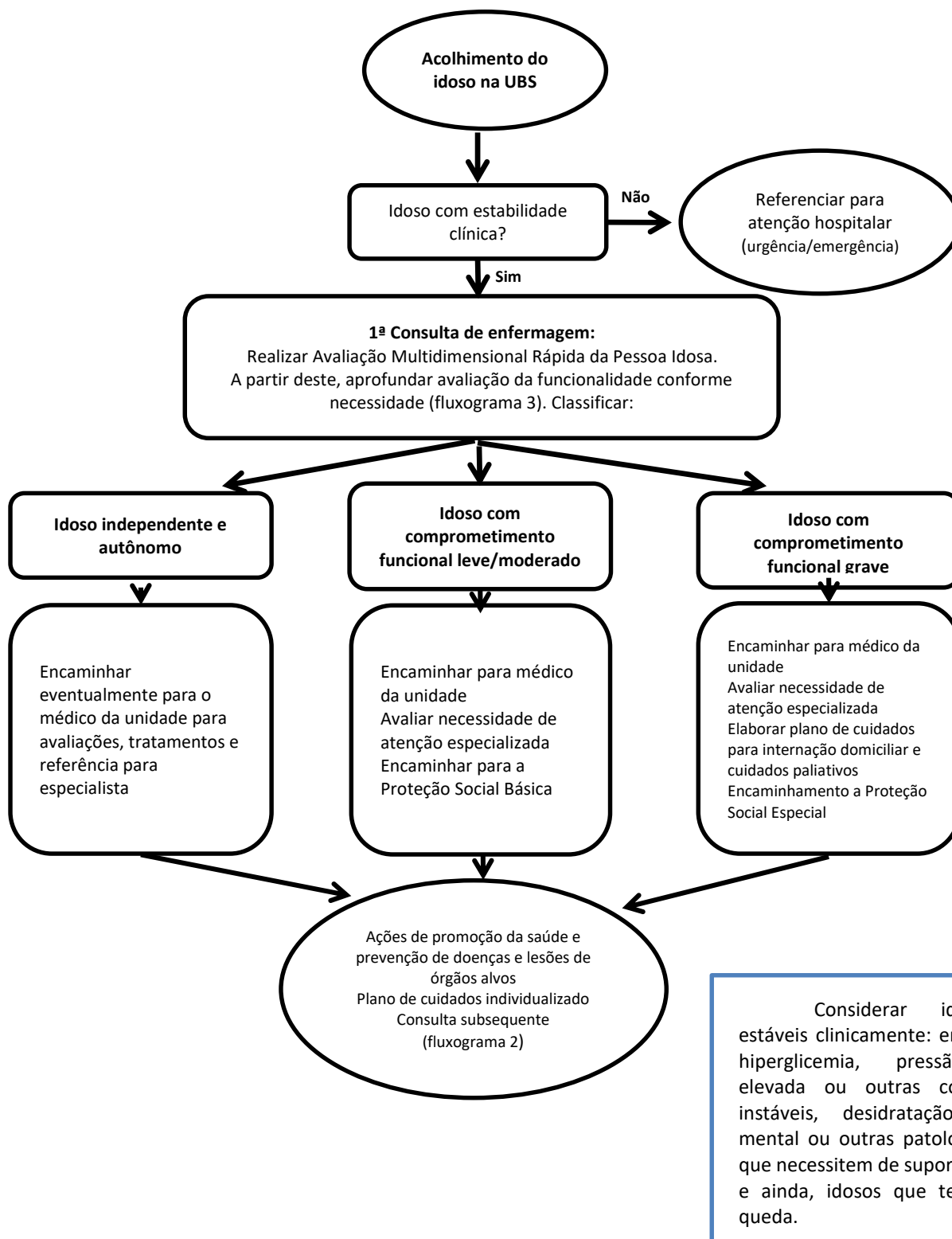
O eixo adotado pela Organização Mundial de Saúde para o desenvolvimento de políticas públicas integradas que possam contribuir para a saúde da população idosa (pessoas com pelo menos 60 anos de idade) encontra-se no conceito de envelhecimento ativo. Brasil (2010) reforça esta ideia quando diz que: “mais do que prevenir doenças, o foco para este grupo etário deve ser a melhoria da autonomia, da inclusão na família e na comunidade e tudo aquilo que melhore a qualidade de vida”.

Neste sentido, este protocolo pretende abranger de forma simples o rastreamento da autonomia e independência do idoso com a finalidade de promover melhor qualidade de vida desta clientela e seus familiares, atendendo assim as políticas de saúde vigentes que perpassam por esta população.

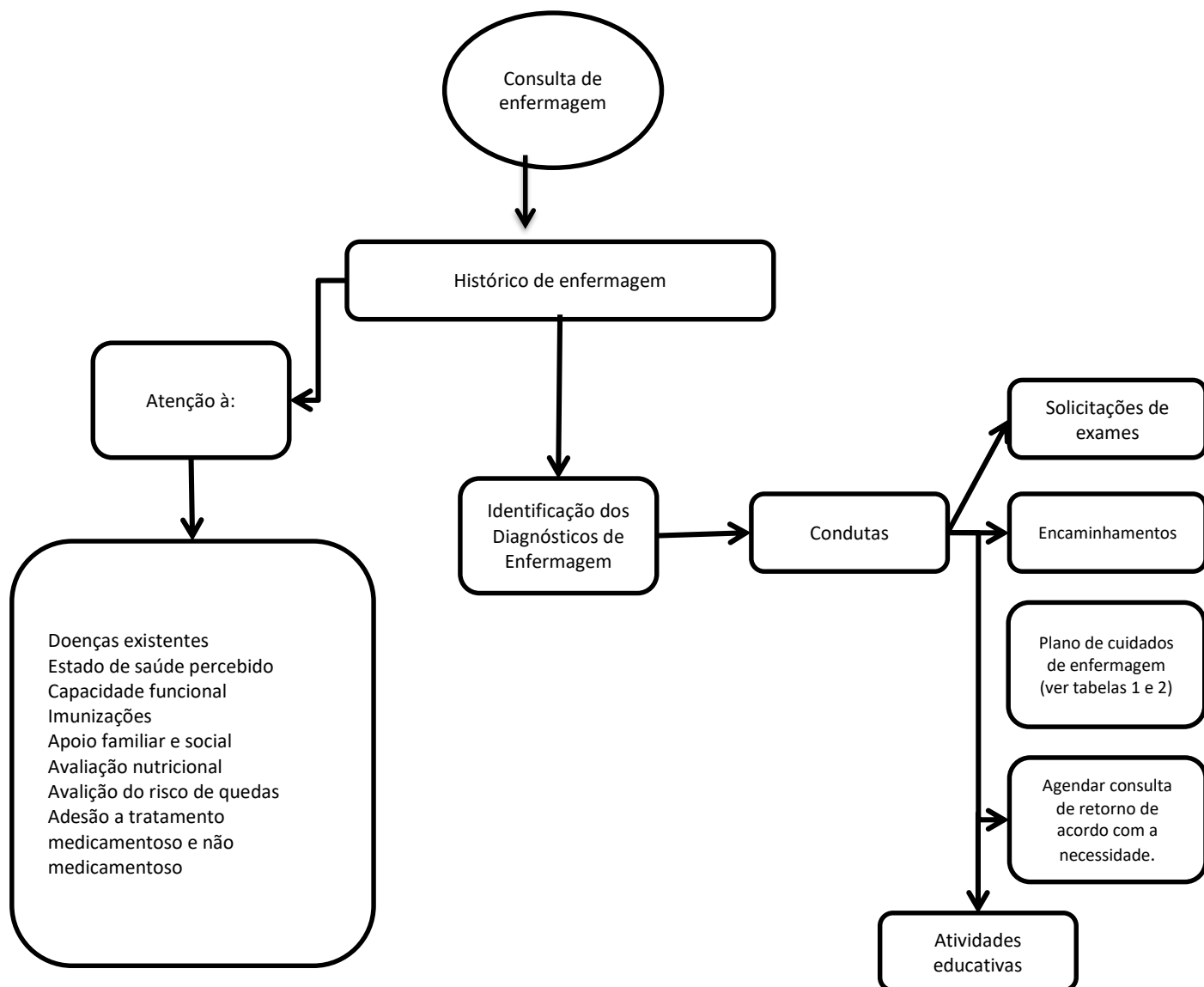
ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

O estabelecimento das prioridades deverá ser dada em função da estratificação dos idosos pela funcionalidade, considerando a avaliação da capacidade cognitiva, de comunicação e de mobilidade.

ATENDIMENTO INICIAL AO IDOSO. IDENTIFICANDO GRUPOS PRIORITÁRIOS E CONDUTAS IMEDIATAS.



CONSULTA DE ENFERMAGEM

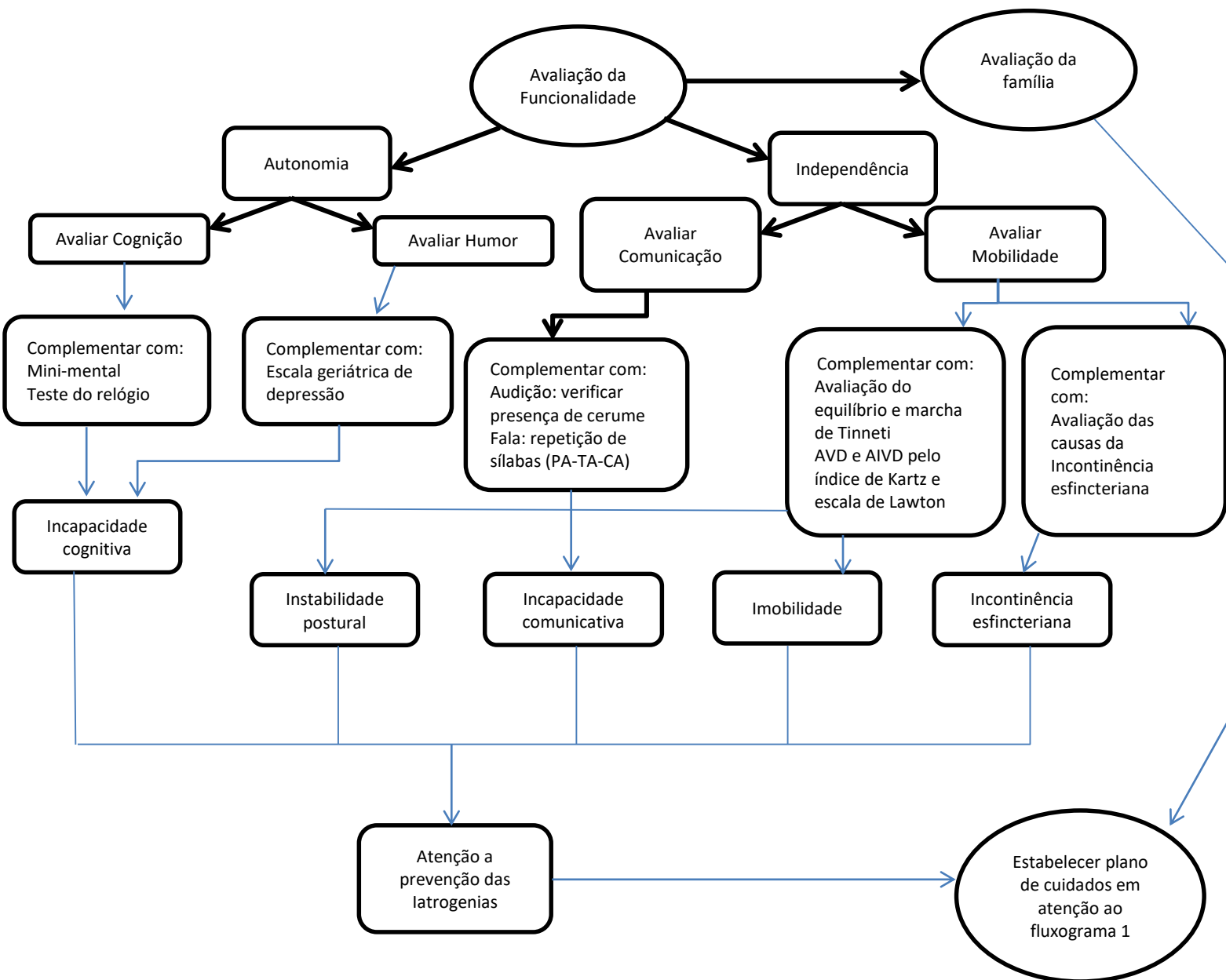


Os exames laboratoriais a serem solicitados devem levar em consideração o rastreamento de doenças agudas e crônicas conforme as queixas encontradas, bem como o das doenças crônicas pré-existentes nesta população, como:

Hemograma	Glicemia de jejum	Colesterol total e frações	Triglicérides
Ureia	Ácido úrico	Creatinina	Sódio
Potássio	Cálcio	ALT	AST
Fosfatase alcalina	Bilirrubina total	PSA	Sumário de urina

Observação: Nos casos de diagnóstico médico de hipertensão e/ou diabetes, seguir seus respectivos protocolos.

INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES PARA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE



Fonte: Modificado de Moraes (2008)

DIAGNÓSTICOS/ INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM SEGUNDO NECESSIDADES PISCICOBIOLOGICAS

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	CIAP 02
Padrão respiratório ineficaz	<p>Auscultar sons pulmonares.</p> <p>Avaliar as condições respiratórias.</p> <p>Ensinar a tossir de forma eficiente.</p> <p>Manter vias aéreas limpas.</p> <p>Orientar repouso com cabeceira da cama elevada.</p> <p>Orientar quanto a importância de ambiente arejado e ventilado, assim como o controle de poeira e sujeira do ambiente</p>	<p>R02 – Dificuldade respiratória/Dispneia</p> <p>R28 – Limitação Funcional/Incapacidade</p>
Desidratação	<p>Identificar o grau e a causa da desidratação.</p> <p>Discutir o conhecimento do idoso sobre sua necessidade de ingerir líquidos.</p> <p>Orientar ingestão de líquido, especialmente água, várias vezes ao dia.</p> <p>Orientar soro de reidratação oral em pequenas quantidades, várias vezes ao dia, conforme aceitação.</p> <p>Orientar a administração da terapia de reidratação oral.</p> <p>Programar monitoramento domiciliar.</p>	T11 - Desidratação
Excesso de peso; Hiperglicemia; Peso corporal aumentado; Peso corporal diminuído; Deglutição prejudicada.	<p>Avaliar os conhecimentos sobre padrão alimentar.</p> <p>Discutir a cerca da alimentação saudável.</p> <p>Discutir a relação entre ingestão alimentar, exercícios, aumento e perda de peso.</p> <p>Discutir com o idoso e com os cuidadores sobre os hábitos, os costumes, os fatores culturais e hereditários relacionados à alimentação.</p> <p>Educar sobre o padrão alimentar satisfatório</p> <p>Ensinar o idoso a prender a respiração ao engolir.</p> <p>Fazer controle mensal do peso corporal.</p> <p>Informar sobre os riscos de estar com aumento do peso corporal ou excesso de peso.</p> <p>Orientar a alimentar-se lentamente, assegurando que a porção anterior de alimentos tenha sido engolida.</p> <p>Orientar a não falar durante o ato de se alimentar.</p> <p>Orientar para que o idoso se concentre na tarefa de deglutir.</p> <p>Reforçar alimentação, cuidados alimentares, hidratação e uso de medicamentos. (Ver protocolo para diabetes.)</p>	<p>T07 – Aumento peso</p> <p>T89 – Diabetes insulino dependente</p> <p>T90 – Diabetes não insulino dependente</p> <p>T83 – Excesso peso</p> <p>T08 – Perda peso</p> <p>D21 – Problemas deglutição</p>

<p>Disúria; Eliminação urinária adequada; Eliminação urinária prejudicada; Incontinência urinária; Retenção urinária; Risco de incontinência urinária de urgência;</p> <p>Constipação; Diarreia; Incontinência intestinal; Risco de constipação.</p>	<p>Avaliar se há desidratação (ver item hidratação).</p> <p>Determinar a causa física ou psicológica da incontinência intestinal.</p> <p>Discutir a importância do controle miccional.</p> <p>Discutir sobre os sinais e sintomas da infecção urinária.</p> <p>Estimular a ingestão de líquidos durante o dia, quando não contraindicado.</p> <p>Incentivar a micção frequente a cada 2 a 3 horas, esvaziando a bexiga por completo.</p> <p>Orientar quanto aos exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical para suprir a instabilidade e aumentar a capacidade vesical por meio de técnicas de fortalecimento.</p> <p>Orientar sobre o uso de fraldas a noite.</p> <p>Ensinar o idoso a massagear seu abdome uma vez ao dia para ajudar no peristaltismo intestinal.</p> <p>Identificar fatores que possam contribuir para constipação.</p> <p>Incentivar deambulação e caminhadas.</p> <p>Orientar seleção de dieta rica em fibras.</p> <p>Orientar dieta sem alimentos formadores de gases.</p> <p>Orientar sobre o uso de fraldas a noite.</p>	<p>U01 – Disúria/micção dolorosa</p> <p>U05 – Outros problemas com a micção</p> <p>U04 – Incontinência urinária</p> <p>U08 – Retenção urinária</p> <p>U05 – Outros problemas com a micção</p> <p>D12 – Obstipação</p> <p>D11 – Diarreia</p> <p>D17 – Incontinência fecal</p>
<p>Sono prejudicado</p>	<p>Avaliar o padrão de sono do idoso para identificar problemas fisiológicos ou emocionais subjacentes.</p> <p>Orientar a redução das distrações ambientais no período noturno.</p> <p>Recomenda a diminuição de estímulos recebidos, e a evitar alimentos e bebidas contendo cafeína durante a noite.</p> <p>Recomendar a família sobre a importância de seguir uma rotina simples de horário para dormir e descansar.</p>	<p>P06 – Perturbação do sono</p>
<p>Fadiga; Intolerância à atividade.</p>	<p>Auxiliar a identificar as prioridades e eliminar as atividades não essenciais.</p> <p>Encorajar o andar em intervalos regulares.</p> <p>Estimular a atividade física regular.</p> <p>Explicar ao idoso e cuidador as causas da fadiga.</p> <p>Orientar caminhar em locais seguros e apropriados.</p>	<p>A04 – Debilidade/Cansaço geral/Fadiga</p>

	<p>Promover discussão sobre os determinantes da ausência da realização de atividades físicas.</p> <p>Orientar e estimular uso de calçado leve e confortável para caminhadas e passeios.</p> <p>Orientar e estimular uso roupa leve e confortável.</p>	
<p>Disfunção sexual;</p> <p>Padrão de sexualidade ineficaz.</p>	<p>Avaliar o conhecimento do idoso sobre seu padrão de sexualidade.</p> <p>Discutir o impacto das doenças crônicas ou efeitos das medicações sobre a sexualidade.</p> <p>Encaminhar à equipe multidisciplinar.</p> <p>Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual.</p> <p>Investigar fatores que interferem na relação sexual.</p> <p>Investigar vulnerabilidade para HIV e orientar quanto a prevenção das ISTs.</p>	<p>Y07 – Impotência NE</p> <p>P07 – Diminuição do desejo sexual</p> <p>P08 – Diminuição da satisfação sexual</p>
<p>Andar prejudicado;</p> <p>Capacidade de executar atividades pessoais prejudicada;</p> <p>Capacidade de transferir-se prejudicada;</p> <p>Capacidade de usar o vaso sanitário prejudicada.</p>	<p>Ajudar e orientar o idoso e a família a modificar o ambiente e ampliar a quantidade de atividades que possam ser desempenhadas independentemente.</p> <p>Avaliar resposta a deambulação.</p> <p>Capacitar o idoso e cuidador ao uso de tecnologias assistidas para o sanitário.</p> <p>Determinar a força muscular e resistência do idoso ao se transferir.</p> <p>Discutir sobre a importância da adaptação do ambiente de modo a oferecer segurança.</p> <p>Elogiar a aprendizagem de capacidade para se alimentar.</p> <p>Encorajar a deambulação frequente com auxílio, se instável.</p> <p>Encorajar a deambulação dentro de limites seguros.</p> <p>Elogiar as tentativas efetivas de uso sanitário.</p> <p>Ensinar métodos de transferência da cama para poltrona, para o sanitário e para posição em pé.</p> <p>Orientar adaptações que facilitem a chegada ao banheiro.</p> <p>Informar sobre recursos auxiliares para deambulação.</p>	<p>L28 – Limitação funcional/incapacidade</p>
<p>Capacidade de se vestir/despir e arruma-se efetiva;</p> <p>Capacidade de se vestir/despir e</p>	<p>Avaliar as atitudes face ao autocuidado de vestir-se, despir-se e arrumar-se.</p> <p>Educar para o autocuidado pessoal no chuveiro.</p> <p>Educar para o cuidado com a higiene pessoal.</p>	<p>L28 - Limitação funcional/incapacidade</p>

<p>arruma-se prejudicada;</p> <p>Capacidade de tomar banho prejudicada;</p> <p>Capacidade para cuidar da higiene pessoal satisfatória;</p> <p>Capacidade para cuidar da higiene corporal prejudicada;</p> <p>Capacidade para fazer a higiene oral efetiva;</p> <p>Incapacidade de melhorar o autocuidado;</p> <p>Incapacidade para cuidar da higiene pessoal.</p>	<p>Elogiar a aprendizagem em cuidar da própria higiene, tentativas e desempenho em executar as atividades de vestir/despir, arrumar-se.</p> <p>Incentivar a independência, mas interferir quando o idoso não conseguir realizar a atividade.</p> <p>Investigar a possibilidade de negligência.</p> <p>Investigar hábitos e costumes de higiene.</p>	
<p>Mucosa oral prejudicada;</p> <p>Risco de lesão por pressão;</p> <p>Lesão por pressão;</p> <p>Úlcera venosa.</p>	<p>Ver protocolo de feridas.</p>	
<p>Dor;</p> <p>Dor aguda;</p> <p>Dor crônica;</p> <p>Dor por artrite;</p> <p>Acuidade visual prejudicada;</p> <p>Percepção auditiva prejudicada.</p>	<p>Avaliar a dor com uso de recursos complementares.</p> <p>Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência.</p> <p>Avaliar resposta psicossocial ao ensino sobre o tratamento da dor.</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre as respostas ao controle e tratamento da dor.</p> <p>Avaliar os estímulos ambientais que influenciam a dor.</p> <p>Considerar as influências culturais sobre a resposta a dor e controla-las (temperatura ambiente, iluminação, ruído).</p> <p>Avaliar as características da dor, incluindo início, duração, frequência, qualidade, intensidade e fatores precipitantes.</p>	<p>L20 – Sinais/Sintomas articulações NE</p> <p>F05 – Outras perturbações visuais</p> <p>H02 – Problemas de audição</p>

	<p>Encaminhar para atendimento médico especializado.</p> <p>Identificar alterações da visão.</p> <p>Investigar o impacto da dor sobre a capacidade de realizar atividades da vida diária.</p> <p>Monitorar os sinais de dor.</p> <p>Observar sinais não verbais de dor.</p> <p>Orientar uso de óculos.</p> <p>Prover informações ao idoso sobre a falta progressiva da audição, mudanças na gustação e na percepção visual que ocorre com a idade.</p> <p>Reforçar importância do uso de aparelhos auditivos, quando necessário.</p>	
Pressão sanguínea alterada	Ver protocolo para Hipertensão arterial.	K85 – Pressão arterial elevada
Risco de falta de segurança no ambiente físico	<p>Avaliar o ambiente onde vive a pessoa idosa.</p> <p>Gerir a segurança do ambiente.</p>	
Capacidade para gerir o regime terapêutico prejudicada	<p>Disponibilizar informações de forma gráfica, conforme necessário a compreensão pelo idoso e ou cuidador.</p> <p>Ensinar ao cuidador o regime terapêutico.</p> <p>Mostra-se disposto a ajudar sempre que houver dúvida acerca do regime terapêutico.</p> <p>Orientar o uso de medicação conforme prescrição.</p> <p>Programar monitoramento domiciliar.</p> <p>Proporcionar reforço positivo para seus esforços.</p> <p>Reforçar para a família e ou cuidador a importância da manutenção do tratamento.</p>	N28 – Limitação funcional/incapacidade
<p>Depressão;</p> <p>Risco de depressão;</p> <p>Autoestima baixa;</p> <p>Confusão aguda;</p> <p>Confusão crônica;</p> <p>Falta de apoio familiar;</p> <p>Memória prejudicada;</p> <p>Risco de lesão;</p> <p>Risco de queda;</p>	<p>Auxiliar o idoso a verbalizar sobre a presença de desesperança em sua vida.</p> <p>Conversar com os membros da família sobre as condições do idoso.</p> <p>Desencorajar o uso de roupas de dormir durante o dia.</p> <p>Discutir razões para viver.</p> <p>Elogiar treino da memória.</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.</p> <p>Enfatizar a importância do apoio familiar para o bem estar do idoso.</p> <p>Identificar causas de tristeza e dos sentimentos negativos.</p>	<p>P03 – Sensação de depressão</p> <p>N29 – Sinais/sint. do sistema neurológico, outros.</p> <p>Z20 – Problema relacional com familiares</p> <p>P20 – Alterações de memória</p>

	<p>Identificar possíveis fatores envolvidos e o nível de depressão.</p> <p>Informar ao idoso e/ou cuidador sobre os hábitos de lazer para evitar o isolamento social como estratégia de enfrentamento.</p> <p>Informar sobre exercícios de relaxamento por meio da respiração controlada.</p> <p>Manter idoso orientado no tempo e no espaço.</p> <p>Oferecer informações verbais e escritas.</p> <p>Promover o uso de dispositivos auxiliares de memória.</p> <p>Usar televisão, rádio ou a música como parte do programa de estímulos planejado.</p> <p>Encorajar o idoso a solicitar auxílio durante a noite.</p> <p>Ensinar estratégias de manutenção de cuidados de saúde, de modo a manter a própria saúde física e mental.</p> <p>Incentivar a interação social.</p> <p>Investigar causa de quedas.</p> <p>Investigar déficits sensoriais e motores.</p> <p>Monitorar as respostas físicas, emocionais e sociais às atividades físicas e de lazer.</p> <p>Observar sinais de ansiedade, nervosismo e medo.</p> <p>Rastrear riscos de quedas e outros acidentes no domicílio.</p>	
<p>Vínculo familiar ausente;</p> <p>Relacionamento familiar prejudicado;</p> <p>Risco de solidão;</p> <p>Risco de violência doméstica;</p> <p>Violência doméstica evidente.</p>	<p>Identificar se é possível contar com ajuda de um familiar como cuidador.</p> <p>Ajudar a família a identificar e a resolver conflitos que têm causado prejuízos.</p> <p>Comunicar os casos de violência às autoridades competentes.</p> <p>Discutir a importância da socialização.</p> <p>Identificar os sinais de violência, avaliando os diferentes estágios de cicatrização, lacerações, hematomas, fraturas, falta de cabelos, couro cabeludo sensível e marcas de mordidas humanas.</p> <p>Promover apoio e fornecer informações necessárias para o idoso ter acesso aos locais de denúncia por maus-tratos.</p> <p>Reconhecer as dificuldades do cuidador.</p> <p>Sugerir a divisão das atividades com outros familiares.</p>	<p>Z20 – Probl. relacional com familiares</p> <p>Z25 – Acto ou acontecimento violento</p>
<p>Atividade recreativa deficiente;</p> <p>Atividade de vida diária prejudicada;</p>	<p>Auxiliar a escolher atividades de lazer compatíveis com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais.</p> <p>Descrever benefícios dos momentos de lazer.</p>	<p>A28 – Limitação funcional/incapacidade NE</p> <p>L28 – Limitação funcional/incapacidade</p>

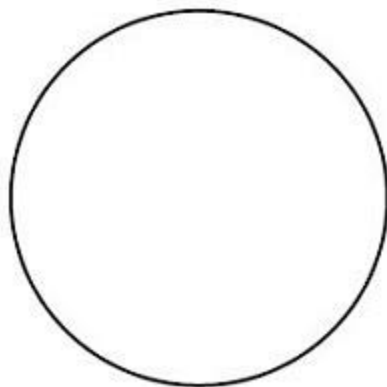
<p>Capacidade para fazer compras e/ou preparar alimentos e/ou tomar conta da casa prejudicada.</p>	<p>Elogiar quando da realização das atividades de lazer. Encorajar a continuidade das atividades de realizar compras, preparar alimentos e/ou tomar conta da casa de acordo com seu nível de capacidade. Encorajar a frequentar cerimônias religiosas. Identificar as atividades de lazer favoritas. Incentivar reuniões familiares que proporcionem momentos de bem-estar.</p>	
--	---	--

Fonte: CUBAS e NÓBREGA, 2015; CIPESC, s/ano.

ANEXOS

ANEXO 1 - Teste do relógio

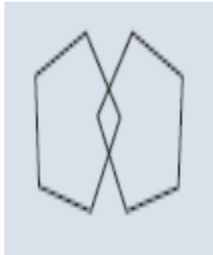
TESTE DE DESENHO DO RELÓGIO <i>(score de shulman)</i>	0	Inabilidade para representar o relógio
	1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave
	2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso
	3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
	4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
	5	Relógio perfeito



Avaliação dos resultados: Se o paciente desenha um mostrador pequeno, onde não cabem os números, já há evidencia preliminar de uma dificuldade com o planejamento. Na negligência unilateral, os números serão colocados apenas na metade do relógio. Pacientes com disfunção executiva (lesão frontal) podem apresentar dificuldade para colocar os ponteiros.

ANEXO 2 - Mini exame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Em que dias estamos?	Ano	1
		Mês	1
		Dia do mês	1
		Dia da semana	1
		Semestre/hora aproximada	1
Orientação espacial (5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
Repita as palavras (3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
Cálculo (5 pontos)	O (a) Sr (a) faz cálculos?		
	Sim:	93	1
	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	86 79 72 65	1 1 1 1
	Não:	O	1
	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	D N U M	1 1 1 1
	Memorização	Repita as palavras que disse a pouco	Caneca Tijolo Tapete

Linguagem (3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá	1
Linguagem (2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
Linguagem (1 ponto)	Peça para o idoso escrever uma frase completa		1
Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho		1

Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19.1 a 3 anos de escolaridade = 23.4 a 7 anos de escolaridade = 24. > 7 anos de escolaridade = 28.

Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

ANEXO 3 – Escala genérica da depressão

1. Está satisfeito(a) com sua vida?
Sim () Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades?
Sim () Não ()
3. Acha sua vida vazia?
Sim () Não ()
4. Aborrece-se com frequência?
Sim () Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?
Sim () Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?
Sim () Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?
Sim () Não ()
8. Sente-se desamparado com frequência?
Sim () Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
Sim () Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?
Sim () Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?
Sim () Não ()
12. Sente-se inútil?
Sim () Não ()
13. Sente-se cheio/a de energia?
Sim () Não ()
14. Sente-se sem esperança?
Sim () Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?
Sim () Não ()

Avaliações dos resultados: Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.

Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

ANEXO 4 - Índice de Katz

<p>Banho - A avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfrega-se em qualquer uma das situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberam algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo, como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.</p>		
<p>Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é utilizada para banho) ()</p>	<p>Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas e pernas) ()</p>	<p>Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. ()</p>
<p>Vestir – para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito.</p>		
<p>Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.</p>	<p>Pega as roupas e se vestem sem assistência, exceto para amarrar o sapato.</p>	<p>Recebe assistência para pegar roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.</p>
<p>Banheiro – a função “ir ao banheiro” compreende ao ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas.</p>		
<p>Vai ao banheiro, higieniza-se e veste após as eliminações sem assistência (pode usar bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).</p>	<p>Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.</p>	<p>Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.</p>
<p>Transferência – a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa.</p>		
<p>Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)</p>	<p>Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.</p>	<p>Não sai da cama.</p>
<p>Continência – “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar.</p>		
<p>Tem controle sobre as funções urinar e evacuar</p>	<p>Tem acidentes ocasionais – perdas urinárias ou fecais.</p>	<p>Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.</p>

Alimentação – a função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca.		
Alimenta-se assistência.	sem	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.
		Recebe assistência para alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

Avaliação	
A	Independente em todas as funções
B	Independente em cinco funções
C	Independente em todas exceto lavar-se e outra
D	Independente em todas exceto lavar-se, vestir-se e outra
E	Dependente em todas exceto, lavar-se, vestir-se, ir ao banheiro e outra
F	Independente em todas exceto lavar-se, vestir-se, ir ao banheiro, mobilizar-se e outra
G	Dependente em todas as funções
OUTROS	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classifica em C,D, E e F.

ANEXO 5 - Escala de Lawton

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

Avaliações dos resultados: Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

ANEXO 6 - Escala de avaliação de equilíbrio e da marcha de Tinetti

Equilíbrio			
Comece a avaliação com a pessoa idosa sentada em uma cadeira sem braços. As seguintes manobras serão testadas			
1	Equilíbrio sentado	Escorrega Equilibrado	0 1
2	Levantar	Incapaz Utiliza os braços com apoio Levanta-se sem apoiar os braços	0 1 2
3	Tentativas para levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Tentativa única	0 1 2
4	Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável mas utiliza suporte Estável sem suporte	0 1 2
5	Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou pés afastados (base de sustentação) >12 cm Sem suspeita e base estreita	0 1 2
6	Teste dos três campos (o examinador empurra levemente o externo da pessoa idosa que deve ficar com os pés juntos)	Começa a cair Garra ou balança (braços) Equilibrado	0 1 2
7	Olhos fechados (pessoa idosa em pé, com os pés juntos)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 1
8	Girando 360°	Passos descontínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0 1 2
9	Sentado	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Utiliza os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 1 2
Pontuação do equilíbrio			___/ 16

Avaliações dos resultados: Quanto menor a pontuação maior o problema. Pontuação menor que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas.

Providências com os achados/resultados: Escores muito baixo indicam necessidade de avaliação fisioterápica e/ou início de programa de reabilitação.

REFERÊNCIAS

BORGES, A.P.A., COIMBRA, A.M. (Org) Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CUBAS, M., CUBAS, M.M.L.N. Atenção primária em saúde: diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MORAES, E.N. Avaliação multidimensional do idoso: instrumento de rastreio. Belo Horizonte: Foliun, 2008.

PROTOCOLO DE SAÚDE SEXUAL E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Thaysa Thatyana Aragão Guerra Mota

INTRODUÇÃO

A Atenção à Vida Sexual e Reprodutiva tem como base a Constituição Brasileira de 1988 e a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263/1996. Dessa forma, a legislação brasileira garante os direitos sexuais e reprodutivos da população em todos os níveis de atenção, em todos os ciclos vitais, na garantia da atenção integral à saúde (BRASIL, 1996).

No âmbito da atenção à saúde reprodutiva, segundo Brasil (2013), o termo planejamento reprodutivo é mais adequado que planejamento familiar, uma vez que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família.

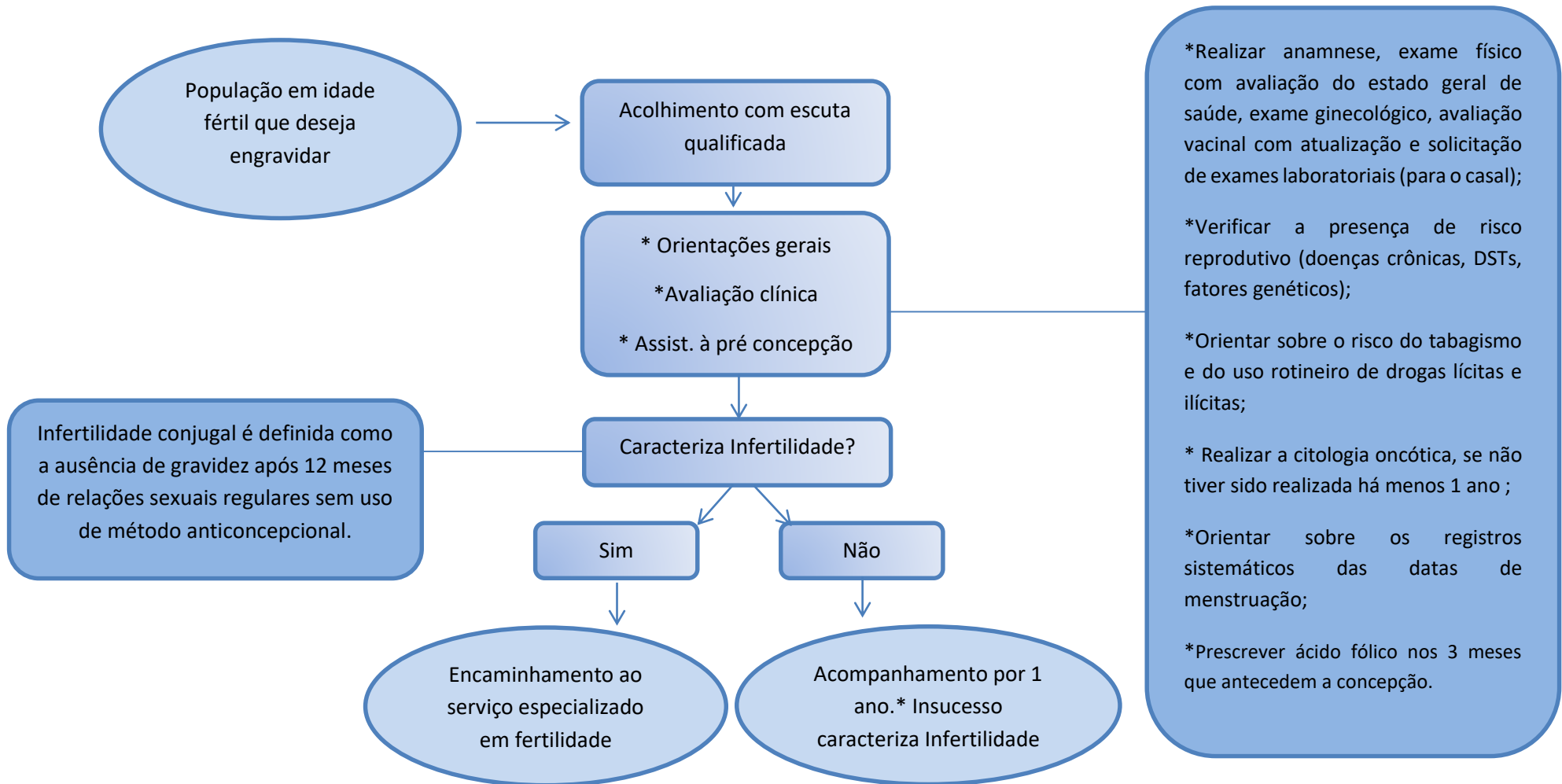
O planejamento reprodutivo é definido como um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e englobam adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual (HEILBORN, 2019). De acordo com Brasil (2016), as ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade.

O papel da enfermagem neste contexto é imprescindível já que acesso à informação e a facilidade de obtenção de meios contraceptivos sob a orientação adequada é a única maneira de preservar a saúde das pessoas, evitando o aumento dos casos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações indesejadas, diminuindo o número de gestações de alto risco, abortos inseguros e conseqüentemente reduzindo a mortalidade materna e infantil. Bem como também auxiliar na melhor condução de uma concepção segura e planejada.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ANTICONCEPÇÃO



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO AUXÍLIO À CONCEPÇÃO



MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS PELO SUS

Métodos Reversíveis		
Métodos de Barreira		
Diafragma	Preservativo masculino	Preservativo feminino
Métodos Hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais Orais	Combinado (monofásico) - AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg
Método Mecânico		
DIU – Dispositivo Intra Uterino Tcu – 380 A (DIU T de cobre)		
Métodos Irreversíveis		
Feminino – Laqueadura tubária		Masculino - Vasectomia

SITUAÇÕES DE CONTRA INDICAÇÕES, SEGUNDO O TIPO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO

Método contraceptivo	Contra indicações
Métodos Reversíveis	
Métodos de Barreira	
Diafragma	Não há contra indicações
Preservativos masculino e feminino	Não há contra indicações
Métodos Hormonais Oraís	
Pílulas orais combinadas	<ul style="list-style-type: none"> * Durante a gravidez; * Lactentes com menos de 6 semanas pós parto; * Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (mais de 20 cigarros/dia); * Hipertensão arterial com doença vascular; * Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado; * Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada; * Cardiopatia isquêmica; * Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC); * Doença cardíaca valvular complicada * Cefaleia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais * Câncer de mama atual * Cirrose hepática descompensada; * Hepatite viral em atividade; * Tumores de fígado malignos ou benignos;
Minipílula	<ul style="list-style-type: none"> * Gravidez * Câncer de mama atual
Anticoncepcional de emergência	Qualquer mulher pode usar a anticoncepção oral de emergência, desde que não esteja grávida.
Métodos hormonais injetáveis	
Anticoncepcional injetável trimestral	<ul style="list-style-type: none"> * Gravidez * Câncer de mama atual *Sangramento vaginal inexplicado

<p>Anticonceptivo injetável mensal</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Durante a gravidez; * Lactentes com menos de 6 semanas pós parto; * Hipertensão arterial grave ou com doença vascular; * Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado; * Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada; * Cardiopatia isquêmica no passado ou atual; * Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC); * Doença cardíaca valvular complicada * Cefaleia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais; * Câncer de mama atual;
<p>Método Mecânico</p>	
<p>DIU de cobre</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Gravidez; * Sepses puerperal; * Após aborto séptico; * Sangramento vaginal inexplicado; * Câncer de colo uterino, de ovário ou de endométrio; * Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses * Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos 3 meses * Doença trofoblástica gestacional maligna; * Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina; * Tuberculose pélvica;
<p>Métodos irreversíveis</p>	
<p>Laqueadura tubária</p>	<p>Não há contra indicações. Em todas as situações fora do período gravídico puerperal, deve ser feita no período pós-menstrual e pré-ovulatório, para evitar realizar o procedimento numa gestação inicial. Pode ser feita em qualquer período se a mulher estiver usando um método contraceptivo eficaz ou em abstinência sexual.</p>
<p>Vasectomia</p>	<p>Não há contra indicações.</p>

Fonte: Brasil, 2002 (adaptado)

PERIODICIDADE DE RETORNO DAS CONSULTAS, SEGUNDO O TIPO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO REVERSÍVEL ESCOLHIDO.

Método contraceptivo	Retorno de consulta
Métodos de Barreira	
Diafragma	Primeiro retorno uma semana após a primeira consulta. Retorno subsequente após 30 dias. Demais retornos anuais.
Preservativo feminino	Primeiro retorno depois de um mês. Demais retornos anuais.
Preservativo masculino	Primeiro retorno depois de um mês para avaliar uso correto, efeitos secundários e orientações que se fizerem necessárias. Demais retornos anuais.
Métodos Hormonais Orais	
Pílulas orais combinadas	Retorno inicial em 30 dias. Retornos subsequentes anuais.
Minipílula	Retorno inicial em 30 dias. Retornos subsequentes anuais.
Métodos Hormonais injetáveis	
Anticonceptivo injetável trimestral	Retorno inicial em três meses. Retornos subsequentes anuais.
Anticonceptivo injetável mensal	Primeiro retorno 30 dias. Retorno seguinte em três meses. Retornos subsequentes anuais.
Método mecânico	
DIU de cobre	Primeiro retorno após a primeira menstruação depois da inserção. Retornos subsequentes a cada 6 meses no primeiro ano. Demais retornos anuais.

Fonte: Brasil, 2002 (adaptado)

CARACTERIZAÇÃO DOS MÉTODOS COMPORTAMENTAIS (NATURAIS)

Métodos Naturais	Características
Método de Ogino-Knaus (Tabelinha)	<p>Este método possibilita a determinação do período fértil da mulher. A ovulação ocorre entre 11 e 16 dias antes do início do ciclo menstrual. O óvulo, após ter sido liberado, tem uma sobrevivência de aproximadamente 24 horas.</p> <p>O espermatozoide, após sua inoculação no trato genital feminino, tem capacidade para fecundar um óvulo em até 48 ou 72 horas. O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 a 12 meses.</p>
Método da Temperatura Basal Corporal	<p>O método fundamenta-se no fato que, por um ou dois dias próximo da ovulação, a temperatura em repouso da mulher aumenta um pouco. Esse aumento é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem efeito termogênico. O método permite, portanto, através da mensuração diária da temperatura basal, a determinação da fase fértil (ovulatória) e infértil (pós-ovulatória).</p>
Método de Billing (muco cervical)	<p>Este método baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva. O muco cervical, no início do ciclo, é espesso, grumoso, dificultando a ascensão dos espermatozoides pelo canal cervical. Na fase ovulatória, com a ação estrogênica, o muco fica mais elástico, transparente, escorregadio e fluído, semelhante a clara de ovo, indicando o período de fertilidade. Nesse período, o muco garante umidade e lubrificação a vulva e ao canal vaginal, facilitando a relação sexual e a ascensão dos espermatozoides pelo canal cervical.</p>
Método Sinto-Térmico	<p>Consiste na combinação dos múltiplos indicadores de ovulação (temperatura basal corporal e muco cervical), com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.</p>

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE SEXUAL E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	CIAP 02
Estado vacinal atrasado	Esclarecer dúvidas frente à importância do estado vacinal completo; Atualizar esquema vacinal; Orientar sobre a importância de guardar o comprovante de vacinas.	A98 – Medicina preventiva/ manutenção de saúde
Risco para aborto	Eliminar o uso de tabaco e álcool; Investigar o uso de drogas; Orientar sexo seguro.	W29 – Sinais/sintomas de gravidez, outros W84 – Gravidez W99 – Out. prob. gravidez/parto
Infertilidade	Investigar a história clínica do casal; Orientar sobre fatores relacionados à infertilidade; Orientar acerca de serviços disponíveis na rede e realizar os encaminhamentos necessários.	W15- Infertilidade/ subfertilidade Y10 – Infertilidade / subfertilidade masculina
Uso de contraceptivo inadequado	Dispensar método contraceptivo; Esclarecer dúvidas quanto aos métodos contraceptivos; Estimular a participação em atividades educativas; Examinar mamas anualmente; Executar ações de prevenção do câncer de mama e colo de útero; Inspeccionar retorno venoso em MMII; Oferecer folderes educativos sobre auto exame de mamas; Orientar para realização do exame preventivo; Reforçar orientação quanto ao uso correto do contraceptivo adotado; Sensibilizar para uso de preservativos; Verificar pressão arterial e peso mensalmente;	W14 – Contracepção/outras

	Retornar no dia e horário agendados.	
Prevenção da gravidez: métodos de barreira	Monitorar adaptação ao método; Orientar quanto uso correto do diafragma; Orientar quanto uso correto do preservativo masculino e feminino; Orientar sobre o uso de método contraceptivo escolhido; Reforçar a importância de usar o método combinado; Programar monitoramento domiciliar; Orientar retorno no dia e horário agendados.	W14 -Contraceção/outras
Prevenção da gravidez: métodos cirúrgicos	Monitorar adaptação ao método; Orientar sobre o método contraceptivo escolhido; Orientar acerca da participação do parceiro; Orientar acerca dos critérios de acesso ao método cirúrgico; Solicitar exames conforme protocolo existente; Programar monitoramento domiciliar; Orientar retorno no dia e horário agendados.	W13 – Esterilização Y13 – Esterilização masculina
Prevenção da gravidez: métodos hormonais	Dispensar o contraceptivo; Encaminhar para consulta médica; Monitorar adaptação ao método; Orientar o controle de peso e pressão arterial; Orientar as possíveis interações com outros medicamentos; Orientação sobre ao uso correto do anticoncepcional oral/injetável; Programar monitoramento domiciliar; Orientar retorno no dia e horário agendados.	W10 – Contraceção pós-coital W11 – Contraceção oral W14 – Contraceção/outras
Prevenção da gravidez: métodos comportamentais	Esclarecer dúvidas sobre a importância do autoconhecimento corporal;	W14 - Contraceção/outras

	<p>Esclarecer sobre a importância da participação do parceiro; Monitorar adaptação ao método; Orientação sobre ao uso correto do método; Programar monitoramento domiciliar; Orientar retorno no dia e horário agendados;</p>	
<p>Atividade Sexual Insatisfatória</p>	<p>Encaminhar para equipe multidisciplinar; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo; Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual; Identificar a importância do afeto; Identificar os efeitos da medicação na sexualidade; Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual; Investigar fatores que interferem na relação sexual; Investigar vulnerabilidade para HIV e outras DSTs.</p>	<p>X23 – Medo doença transmissão sexual</p> <p>X28 – Limitação funcional/incapacidade</p> <p>X29 – Sinais/sintomas ap. genital feminino, outra</p> <p>X99 – Doença genital feminina outro</p> <p>Y28 – Limitação funcional / incapacidade</p> <p>Y99 – Doença genital masculina / outra</p>

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 9.263. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, n. 261. ed., Brasília: 2013. 300 p.

CUBAS, M.R.; ALBUQUERQUE, L.M. (orgs). Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. São Paulo.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Relatório sobre contraceptivos hormonais orais. São Paulo: FEBRASGO, 1981. 32 p.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de orientação de reprodução humana. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2011. 114 p.

HEILBORN, M. L., et al. Assistência em contracepção e planejamento produtivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, 2009.

POLI, M.E.H., et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. Femina, Setembro, vol 37, n. 9, 2009.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Ednalva Maria Bezerra de Lira

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em mais de 1 milhão de casos novos de IST diariamente em todo mundo. Cerca de 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A presença de sífilis ou gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de adquirir ou transmitir a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV (BRASIL, 2016).

No Brasil as IST possuem altas taxas de incidência e prevalência, apresentam complicações mais graves em mulheres e facilitam a transmissão do HIV. Podem, ainda, estar associadas a culpa, estigma, discriminação e violência, por motivos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (BRASIL, 2017). A prevenção dessas infecções impulsiona a continuidade de projetos pessoais, como relacionamentos, filhos(as) e vida sexual saudável. Para que a prevenção ocorra com maior eficácia, deve-se usufruir de todos os avanços científicos existentes.

O Centro Europeu de Prevenção e Controle das Doenças - ECDC, detectou em 2016 a resistência da *Neisseria gonorrhoeae* que consta na lista de “patógenos prioritários” resistentes a antibióticos da Organização Mundial da Saúde – OMS.

No Brasil, a rede nacional de vigilância para monitorar a resistência antimicrobiana da *N. gonorrhoeae*, através do Projeto SenGono, constatou alta resistência desse patógeno à penicilina, à tetraciclina e ao ciprofloxacino. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias preventivas e de intervenção terapêutica imediata. Através da Prevenção Combinada (Figura 1), o profissional de saúde utiliza a mandala na orientação sobre prevenção às pessoas sob risco de IST, HIV e hepatites virais.

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: BRASIL, 2018

ABORDAGEM SINDRÔMICA

A abordagem Síndrômica, que se baseia nos aspectos clínicos para classificar os principais agentes etiológicos e definir o tratamento, tem o objetivo de interromper a cadeia de transmissão das IST, evitando as complicações e suspendendo os sintomas de forma efetiva e imediata, porém, não possui cobertura completa nos diferentes aspectos das IST. Dessa forma, sempre que possível, os testes laboratoriais ou rápidos devem ser utilizados para auxiliar na definição do diagnóstico. Além disso, sempre que disponíveis no serviço, devem ser realizados exames para triagem de gonorreia, clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C.

A abordagem síndrômica oferece aos profissionais de saúde, sobretudo os trabalhadores da atenção básica um conhecimento fácil, rápido e efetivo no tratamento e seguimento aos portadores das IST, pressupõe: acompanhamento, investigação, rastreamento de outras IST, seguimento dos casos, abordagem de parcerias sexuais, promoção de incentivo ao uso de preservativo, notificação e oferta de exames; utiliza-se de fluxogramas que auxilia os profissionais de saúde através de uma sequência lógica identificar as causas de uma determinada síndrome tornando o tratamento mais acessível. O rastreamento das IST não identifica apenas uma pessoa; ao contrário, estará sempre ligado a uma rede de transmissão.

O Quadro 1 descreve o rastreamento de IST recomendado por subgrupo populacional, respeitando o limite estabelecido pela prevenção quaternária (GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2006).

RASTREAMENTO DE IST

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^c
Adolescentes e jovens (≤30 anos)	Anual		Ver recomendação para pessoas com prática sexual anal receptiva sem uso de preservativos	-
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No início do 3º trimestre (28ª semana); No momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores		Na primeira consulta do pré-natal	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) Hepatite C: de acordo com o histórico de comportamento de risco para exposição ao HCV ^F
Gays e HSH Profissionais do sexo Travestis/transsexuais Pessoas que usam álcool e outras drogas	Semestral		Ver recomendação para pessoas com prática sexual anal receptiva sem uso de preservativos	Semestral
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diag. e 4 a 6 semanas após o diag. de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico		-	-
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico		-	-

HIV	-	Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativo	Semestral			-
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	Semestral
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial e 6 meses após exposição	

	exposição e 3 meses após exposição			
Pessoas em uso de PEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição		No atendimento inicial e 6 meses após exposição

^a HIV: preferencialmente com teste rápido.

^b Sífilis: preferencialmente com teste rápido para sífilis. Para pessoas com história de sífilis, iniciar rastreamento com teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR).

^c Clamídia e gonococo: detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: em urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital, swab anal e amostras faríngeas.

^d Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Recomenda-se vacinar toda pessoa susceptível a hepatite B. Pessoa susceptível é aquela que não foi vacinada, ou que foi vacinada, mas apresenta títulos de anti-HBs inferiores a 10mUI/mL e HBsAg não reagente (ou teste rápido não reagente).

^e Hepatite C: preferencialmente com teste rápido.

^f É recomendada a realização da sorologia em gestantes com fatores de risco para infecção por HCV, como: infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, realização de hemodiálise e elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente.

Fonte: BRASIL, 2018

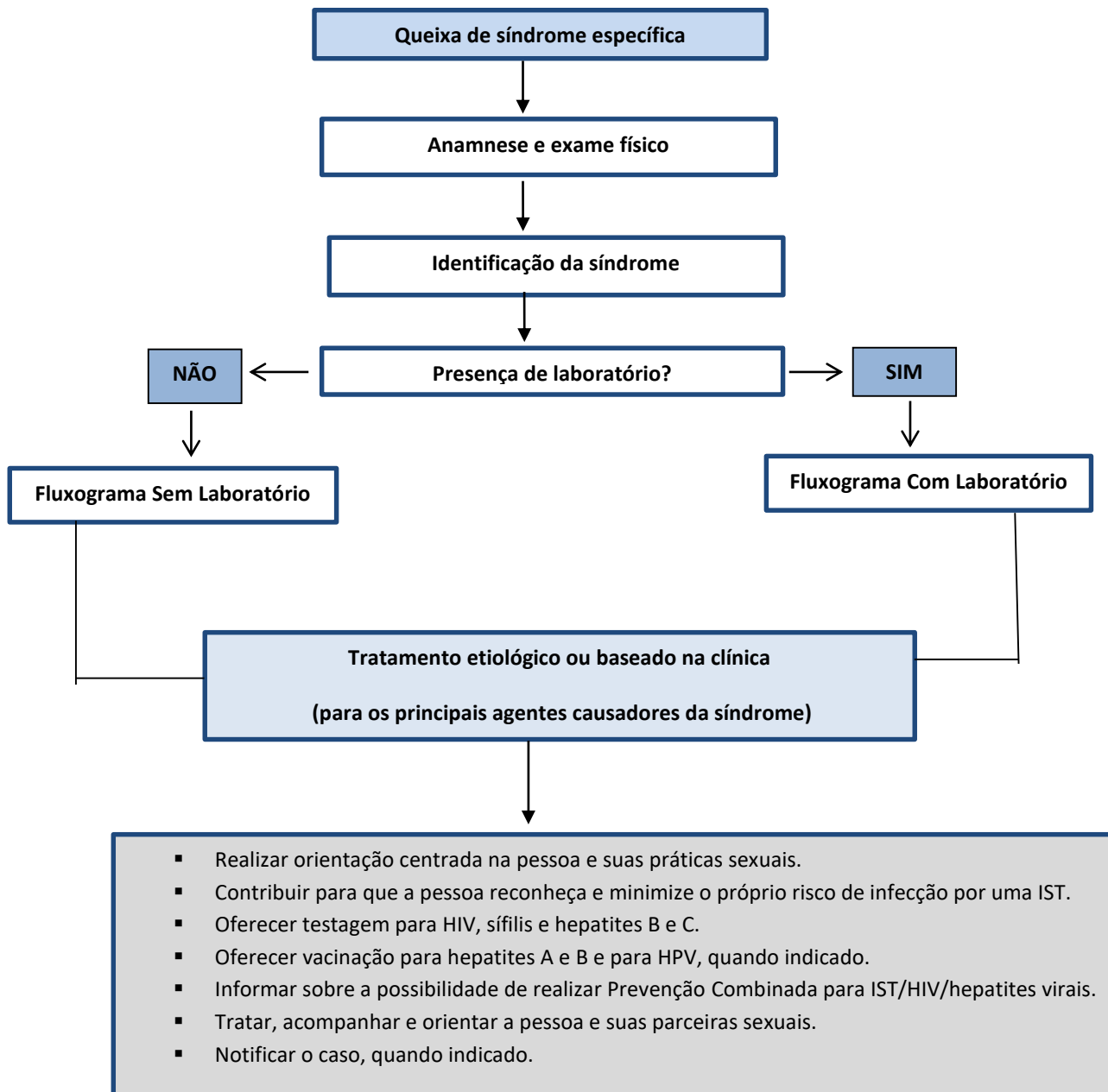
PRINCIPAIS SÍNDROMES EM IST

Síndrome – Úlcera anogenital		
Agente etiológico	Infecção	Sinais e Sintomas
Chlamydia trachomatis	Linfogranuloma venéreo (LGV)	Linfadenopatia inguinal e/ou femoral. 1-Fase de inoculação: pápula, pústula ou exulceração indolor. 2- Fase de disseminação linfática regional: linfadenopatia inguinal. 3- Fase de sequelas: linfonodos individualizados, parcialmente fundidos em uma grande massa.
Haemophilus ducreyi	Cancroide	Lesões dolorosas, geralmente múltiplas e devidas com borda é irregular, contornos eritemato-edematosos e fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico amarelado com odor fétido.

Vírus do Herpes simplex (tipo 2)	Herpes genital ^a	Primo-infecção herpética: lesões eritemato-papulosas, vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas com conteúdo citrino, raramente turvo, corrimento vaginal e corrimento uretral. Recorrências: prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital.
Klebsiela granulomatis	Donovanose	Ulceração de borda plana ou hipertrófica delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração podendo tornar-se vegetante ou úlcero-vegetante. As lesões costumam ser múltiplas, nas bordas cutâneas e/ou mucosas.
Treponema pallidum	Sífilis	Primária: Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais. Secundária: Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos. Terciária: Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.
Síndrome – Corrimento uretral/vaginal		
Agente etiológico	Infecção	Sinais e Sintomas
Candida albicans	Candidíase vulvovaginal ^b	Clássico: Prurido, ardência, corrimento geralmente grumoso, sem odor, dispareunia de introito vaginal e disúria externa. Característicos: eritema e fissuras vulvares, corrimento grumoso, com placas aderidas, cor branca, edema vulvar, escoriações e lesões satélites por vezes, pustulosas pelo ato de coçar.
Chlamydia trachomatis	Clamídia	Corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica.
Neisseria gonorrhoeae	Gonorreia	Ao exame físico, podem encontrar dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab.
Trichomonas vaginalis	Tricomoníase	Corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vez acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe) e prurido eventual, sinusiorragia, dispareunia, edema vulvar e disúria.
Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^b	Corrimento vaginal com odor fétido, corrimento perolado bolhoso. Obs.: Aumenta o risco de contrair HIV e pode trazer complicações as cirurgias ginecológicas e à gravidez, aumenta o risco de doenças inflamatória pélvica (DIP).
Síndrome – Verruga anogenital		
Agente etiológico	Infecção	
Papilomavírus humano (HPV)	Condiloma acuminado ^a	
Notas:		
^a Não são infecções curáveis, porém tratáveis.		
^b São infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal, não sendo consideradas IST.		

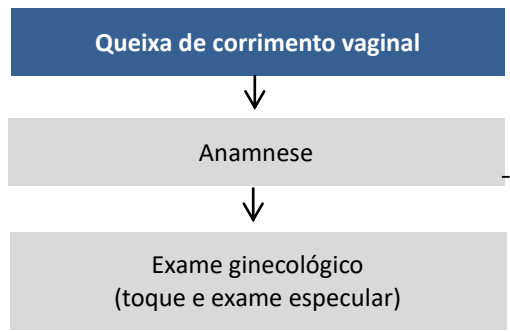
Fonte: BRASIL, 2018

CONSULTA DE ENFERMAGEM - IST SINTOMÁTICAS



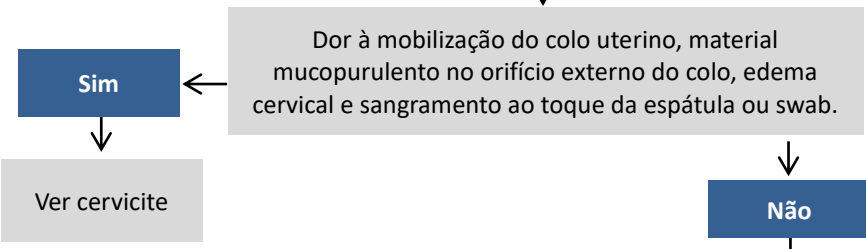
Fonte: Brasil, 2020

CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

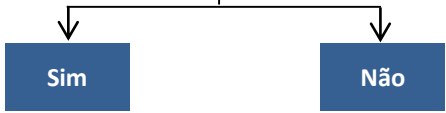


História clínica: avaliar práticas sexuais e fatores de risco para IST, data da última menstruação, práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos e/ou outros potenciais agentes irritantes locais.
Fluxo vaginal: consistência, cor e alterações no odor do corrimento, presença de prurido e ou irritação local.

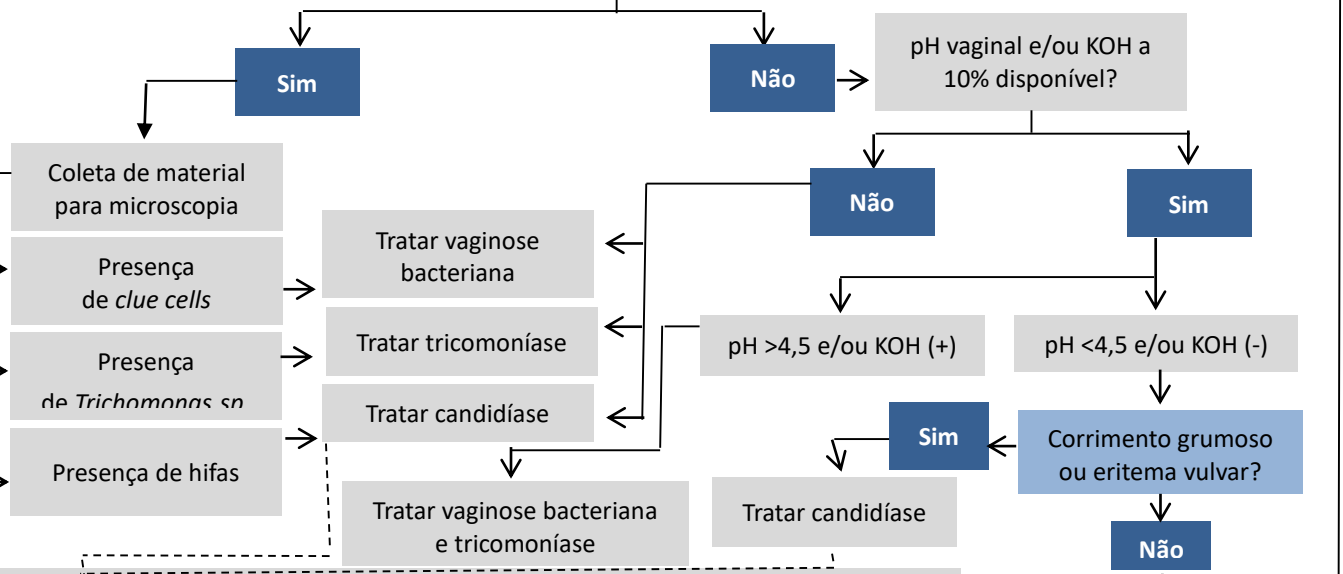
- Fatores de risco para IST**
- Idade abaixo dos 30 anos
 - Novas ou múltiplas parcerias sexuais
 - Parcerias com IST
 - História prévia/presença de outra IST
 - Uso irregular de preservativos



Corrimento vaginal confirmado?



Microscopia disponível na consulta?



Fonte: BRASIL, 2020

- Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais.
- Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST.
- Oferecer testagem para HIV, sífilis, e hepatite B e C.
- Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e para HPV, quando indicado.
- Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/hepatites virais.
- Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais.
- Notificar o caso, quando indicado.

TRATAMENTO PARA CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

Agente etiológico	Tratamento medicamentoso
<p>Clamídia Clamídia trachomatis</p>	<p>Azitromicina, 1g, VO, dose única; ou Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 a 10 dias (contraindicado em gestantes, nutrizes e menores de 10 anos);</p>
<p>Gonorreia Neisseria Gonorrhoeae</p>	<p>Ceftriaxona 500 mg IM , dose única mais Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.</p>
<p>Infecção gonocócica disseminada</p>	<p>Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única</p>
<p>Conjuntivite gonocócica no adulto Ceftriaxona 1g, IM, dose única</p>	<p>Conjuntivite gonocócica no adulto Ceftriaxona 1g, IM, dose única</p>
<p>Tricomoníase Trichomonas vaginalis</p>	<p>*Metronidazol 2g VO dose única; ou Metronidazol 400 a 500 mg VO a cada 12 horas, por 7 dias; ou Metronidazol 250 mg VO a cada 8 horas, por 7 dias; ou Secnidazol 2 g VO dose única; ou Tinidazol 2 g VO dose única.</p>

Fonte: Brasil,2018

Observações:

Trichomonas vaginalis: Orientar quanto ao efeito antabuse e o uso de álcool com todas as três drogas, não fazer uso bebida alcóolica antes, durante e após o tratamento;
TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única;
50% dos casos são assintomáticos.

Gonorreia e Clamídia: TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única, devido a possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos;
As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

TRATAMENTO PARA CORRIMENTO VAGINAL (VAGINOSE) E CERVICITE
GESTANTES E NUTRIZES

Agente etiológico	Tratamento medicamentoso
<p>Clamídia Chlamydia trachomatis</p>	<p>Primeira escolha Azitromicina, 1g, VO, dose única Segunda escolha Amoxiciclina 500 mg, VO a cada 8 horas por 7 dias; ou Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 6 horas, por 7 dias ou Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias</p>
<p>Gonorreia Neisseria Gonorrhoeae</p>	<p>Primeira escolha Ceftriaxona 500 mg, IM dose única; Segunda escolha Espectinomicina 2g IM dose única; ou Ampicilina 2 ou 3 g + Probenecida 1 g VO dose única ou Cefixima 400 mg dose única.</p>
<p>Tricomoniase Trichomonas vaginalis</p>	<p>Primeiro trimestre: Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias Após primeiro trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido VO, 3x/dia, por 7 dias</p>

Fonte: Brasil,2018

Agente etiológico	Tratamento medicamentoso	Gestante/nutriz	Observação
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Candida sp</i> • <i>Candida albicans</i> (é a mais frequente) 	<p>1 -A primeira escolha é a via vaginal: Miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias.</p> <p>2 - A via oral (2º esquema): Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; OU Itraconazol, 200 mg, VO, a cada 12 horas, por 1 dia.</p> <p>3 – CVV complicada ou recorrente: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> •miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU • Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias; 	<p>A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais – reforçar medidas higiênicas, investigar doenças imunossupressoras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol, 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses; OU • Itraconazol, 400 mg, VO, 1x/mês, por 6 meses;

Fonte: Brasil,2018

VAGINOSE BACTERIANA

Agente etiológico	Tratamento medicamentoso	Observação
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Via oral (1ª opção): Metronidazol, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias;	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.
<i>Mobiluncus sp</i>	OU	Orientar quanto ao efeito
<i>Bacteroides sp</i>	Via intravaginal (2ª opção): Metronidazol gel vaginal, 100mg/g, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 5 dias;	<i>antabuse</i> – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento.
<i>Mycoplasma hominis</i>	OU	Puérperas e nutrizes: mesmo esquema terapêutico das gestantes.
<i>Peptococcus e outros anaeróbios</i>	Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 7 dias.	

Fonte: Brasil, 2018

Observações:

O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.

Orientar quanto ao efeito *antabuse* não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento.

Puérperas e nutrizes: mesmo esquema terapêutico das gestantes.

Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais.

Manter o tratamento durante a menstruação

Particularidades: tricomoníase

a) Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas habituais, mas atentar para a interação medicamentosa entre o metronidazol e o ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos, reduzindo a adesão aos antirretrovirais. Para evitar tal ocorrência, recomenda-se intervalo de duas horas entre as ingestas do metronidazol e ritonavir.

b) A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após três meses, para avaliar se as alterações persistem.

Particularidades: vaginose bacteriana

a) VB recorrente: o triplo regime (metronidazol gel dez dias + ácido bórico 21 dias + metronidazol gel duas vezes por semana, por quatro a seis meses) parece promissor, porém requer validação com estudo prospectivo randomizado e controlado. O papel do ácido bórico é remover o “biofilme” vaginal que facilitaria a persistência das bactérias patogênicas

b) O uso de antissépticos, pré-bióticos e pró-bióticos e a reposição de lactobacilos vem sendo estudada, mas há ainda longo caminho a percorrer, pois a reposição deve ser realizada com as espécies que habitam a vagina e produzem H₂O₂, características primordiais para a proteção contra várias infecções, inclusive VB (YUDIN; MONEY, 2008; MACHADO et al., 2016).

c) Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas habituais, mas atentar para interação medicamentosa entre o metronidazol e o ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos, reduzindo a adesão aos antirretrovirais. Para evitar tal ocorrência, recomenda-se intervalo de duas horas entre as ingestas do metronidazol e ritonavir.

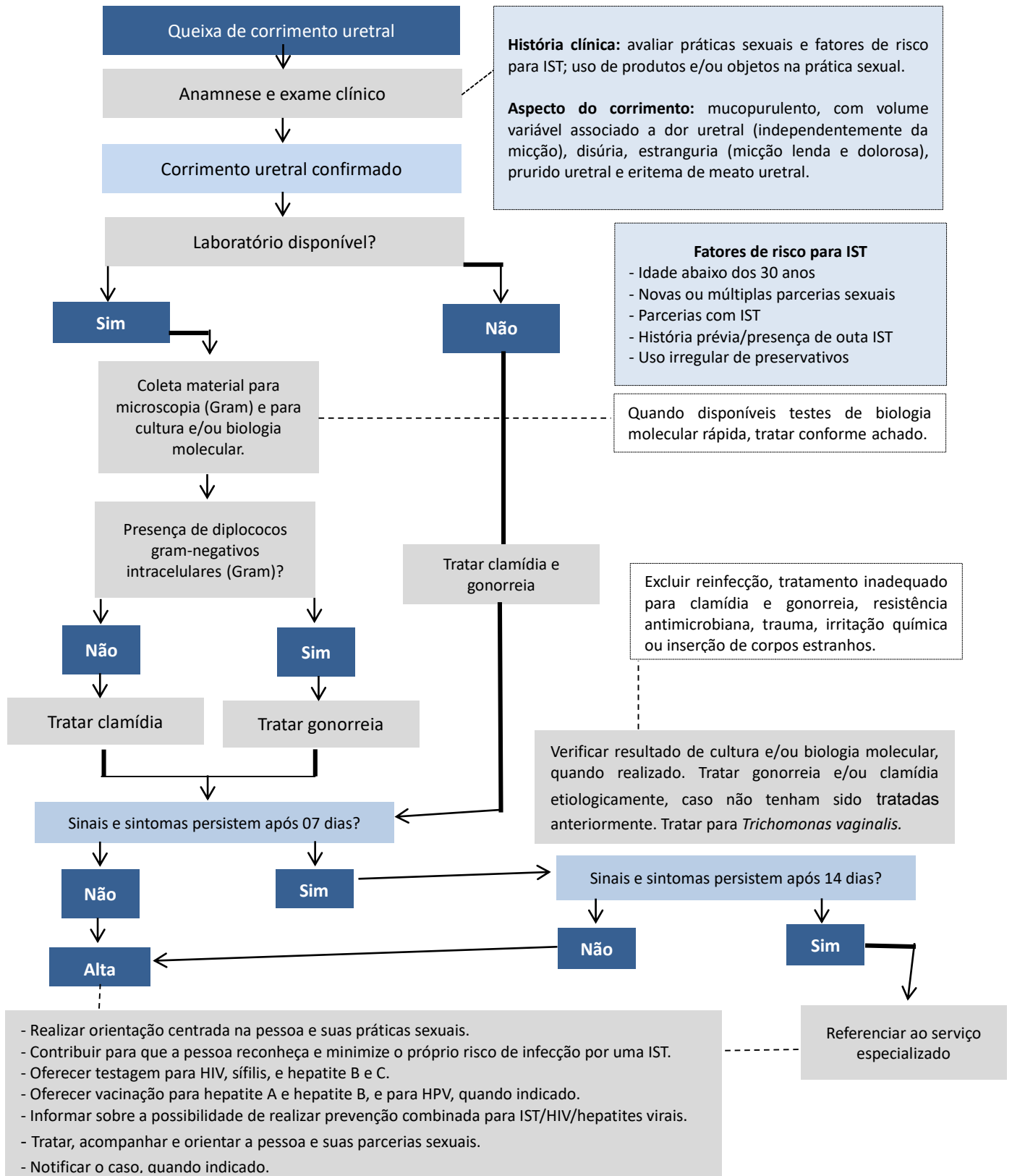
Particularidades: candidíase vulvovaginal

a) Nos casos recorrentes ou de difícil controle, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV e uso de corticoides).

b) Dentre as reações adversas raras (entre 0,01% e 0,1%) do uso do fluconazol, citam-se agranulocitose, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anafilaxia, angioedema, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipocalemia, toxicidade e insuficiência hepática.

c) Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas habituais.

MANEJO DE CORRIMENTO URETRAL



Fonte: BRASIL, 2020

TRATAMENTO PARA CORRIMENTO URETRAL

Condição clínica	Primeira	Segunda opção	Comentários
Uretite sem isolamento do agente etiológico	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	-
Uretrite gonocócica	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina – 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Uretrite não gonocócica	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais
Uretrite por Mycoplasma genitalium	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Uretrite por Trichomonas vaginalis	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	-
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Faringite gonocócica	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	As falhas de tratamento foram observadas após terapia única para infecções orofaríngeas gonocócicas e, portanto, recomenda-se terapia dupla. Essa recomendação aplica-se a gestantes

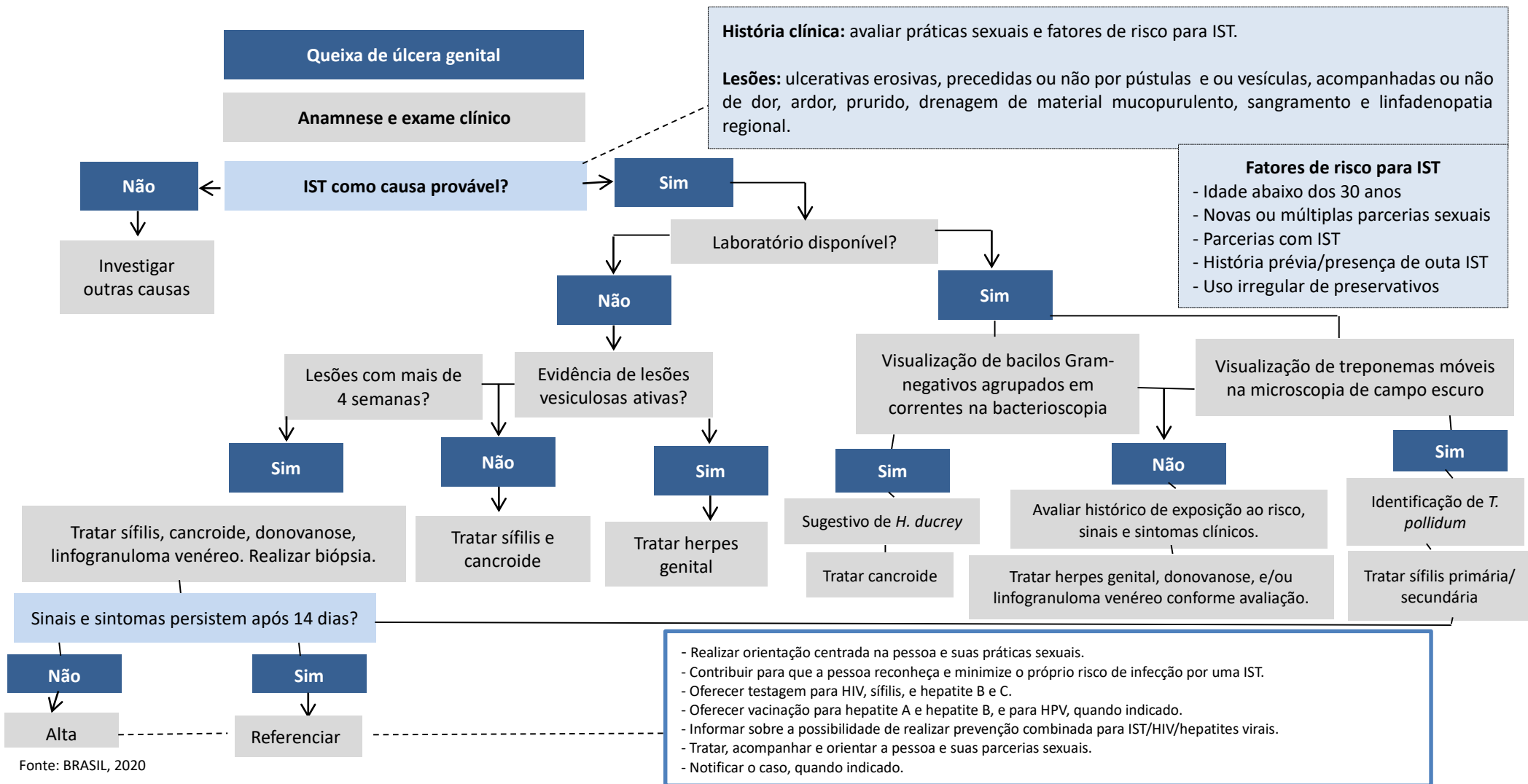
Infeção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única	-	-
Infeção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)	-	-

Fonte: Brasil,2018

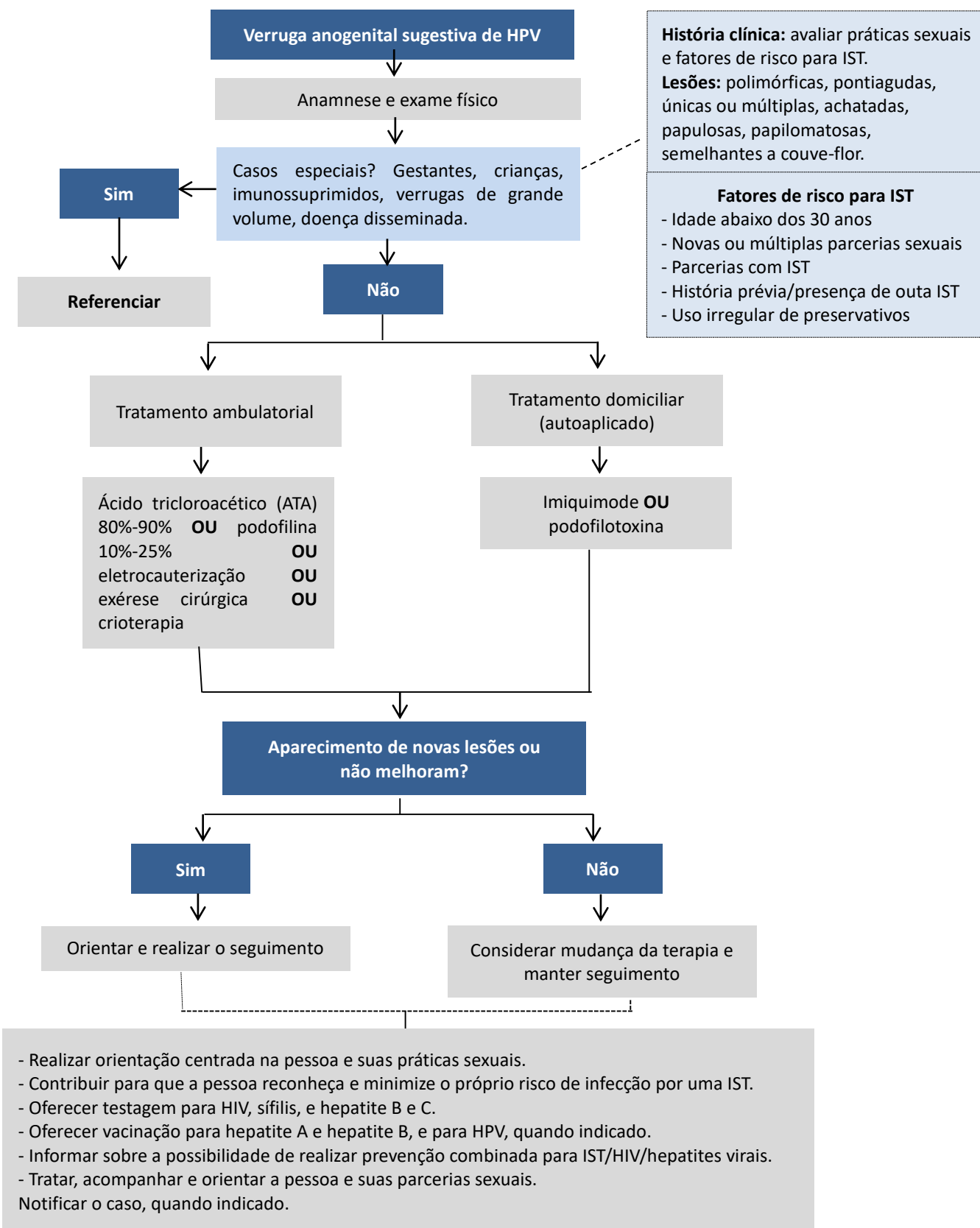
Notas:

- Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g).
- Os pacientes e os contatos devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos os parceiros esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).

MANEJO DE INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL



MANEJO DE VERRUGAS ANOGENITAIS



Fonte: BRASIL, 2020

TRATAMENTO PARA ÚLCERA GENITAL

IST	Primeira Opção	Segunda Opção	Comentários
Cancróide	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única OU Ciprofloxacina ¹ 500 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 3 dias.	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina ² 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x dia, por 21 dias.	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina ² 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.

<p>Donovanose</p>	<p>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões</p>	<p>Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões OU Ciprofloxacina 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg) OU Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões</p>	<p>Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, 3xdia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões Em PVHA, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos, e o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves. O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica. Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento das parcerias sexuais.</p>
-------------------	--	--	--

Fonte: Brasil,2018

NOTAS:

- Pessoa Vivendo com HIV/AIDS- PVHA com cancroide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer em qualquer dos esquemas recomendados.
- 1- A ciprofloxacina está contraindicada para gestantes, lactantes e crianças.
- 2- A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

TRATAMENTO PARA HERPES GENITAL

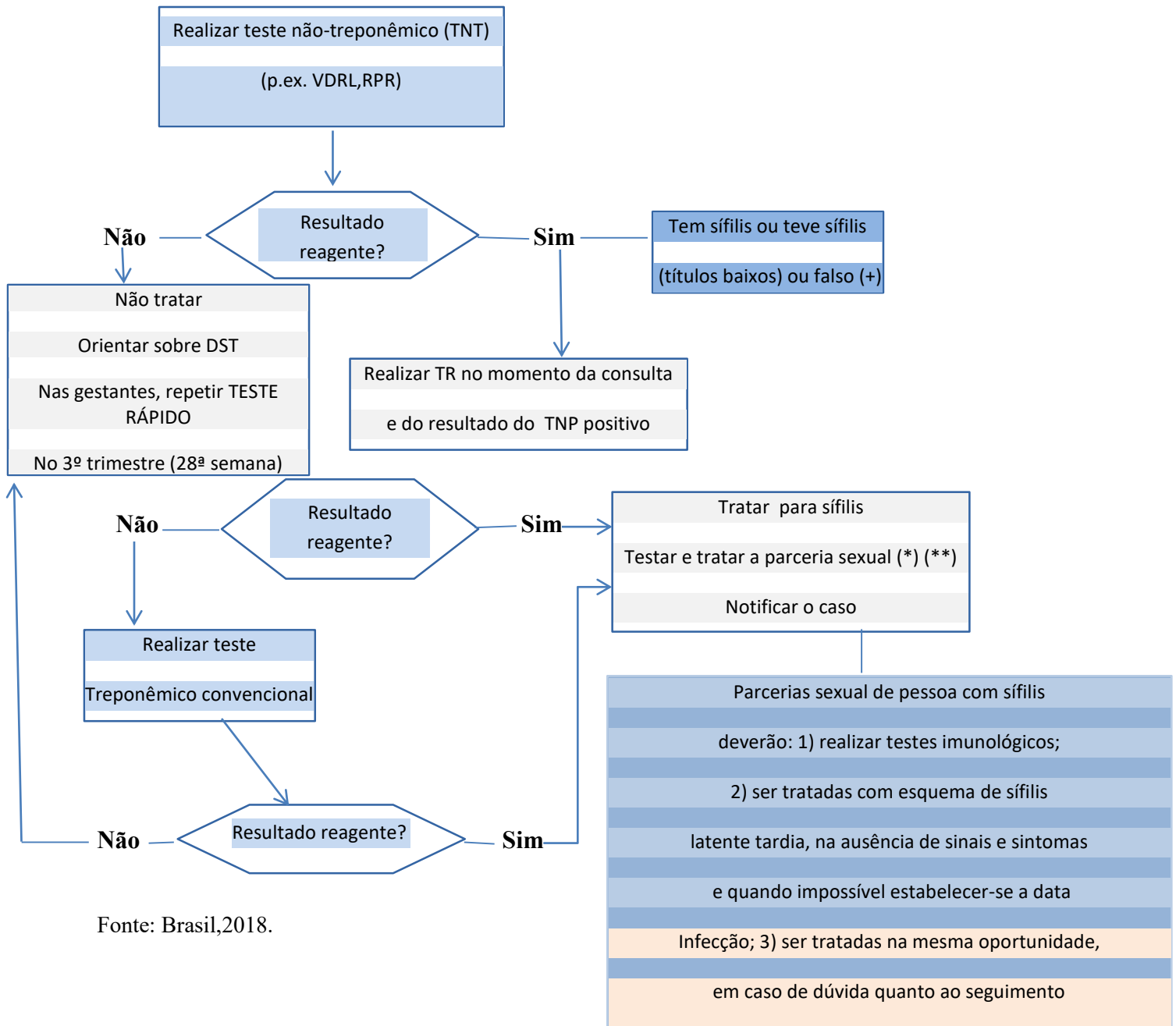
IST	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por sete dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200 mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodromico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital)
Supressão de herpes genital (seis ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até dois anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com surtos repetidos de herpes genital (mais de seis surtos ao ano) Indicada avaliação periódica de função renal e hepática
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHA), pode-se optar pelo tratamento endovenoso
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio	

Fonte: Brasil, 2018

Notas:

- O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente;
- O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões;
- Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário;
- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões;
- A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados;
- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.

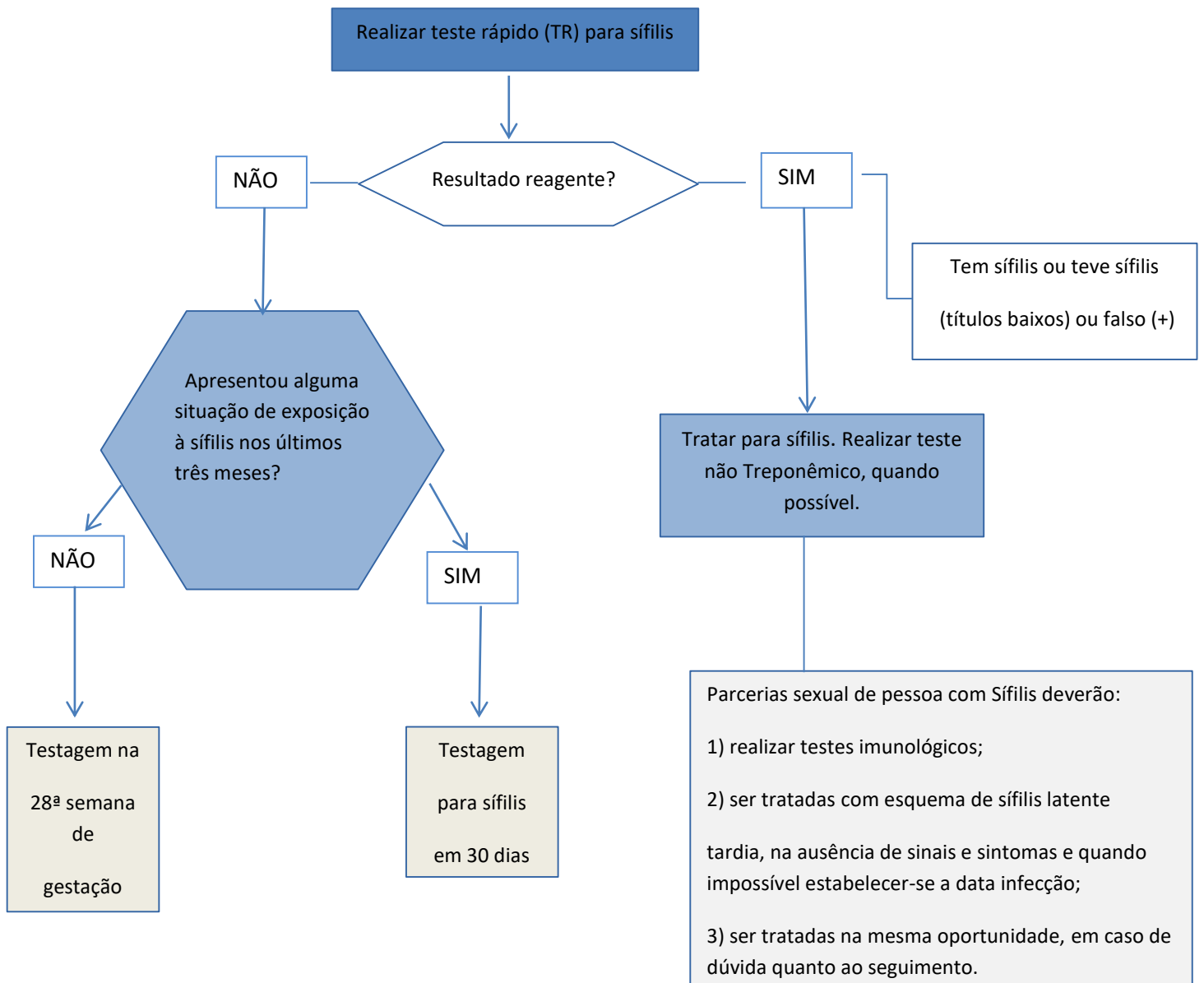
MANEJO DA SÍFILIS, UTILIZANDO TESTE NÃO TREPONÊMICO INICIAL COM TESTE RÁPIDO CONFIRMATÓRIO



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

(**) As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

MANEJO DA SÍFILIS, UTILIZANDO APENAS TESTE RÁPIDO (GESTANTE)



Fonte: Brasil,2018.

RESULTADOS DE TESTES TREPONÊMICOS E NÃO TREPONÊMICOS DE SÍFILIS, INTERPRETAÇÃO E CONDUTA

Primeiro Teste	+	Teste complementar	Possíveis interpretações	Condutas
Teste treponêmico reagente	+	Teste não treponêmico reagente	<p>- Diagnóstico de sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. <p>- Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p>	<p>- Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>- Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>
Teste treponêmico Reagente	+	Teste não treponêmico Não reagente	<p>- Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. 	<p>- Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>- Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>- Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
Teste não treponêmico Reagente	+	Teste treponêmico Reagente	<p>- Diagnóstico de sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. <p>- Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p>	<p>- Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>- Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>

Fonte: Brasil, 2018

ESQUEMA TERAPÊUTICOS PARA SÍFILIS E SEGUIMENTO

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Alternativos ^a
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x dia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1x dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x dia, por 30 dias(exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1x dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona ^d 2 g, IV ou IM, 1x dia, por 10 a 14 dias.

Fonte: Brasil,2018.

NOTAS:

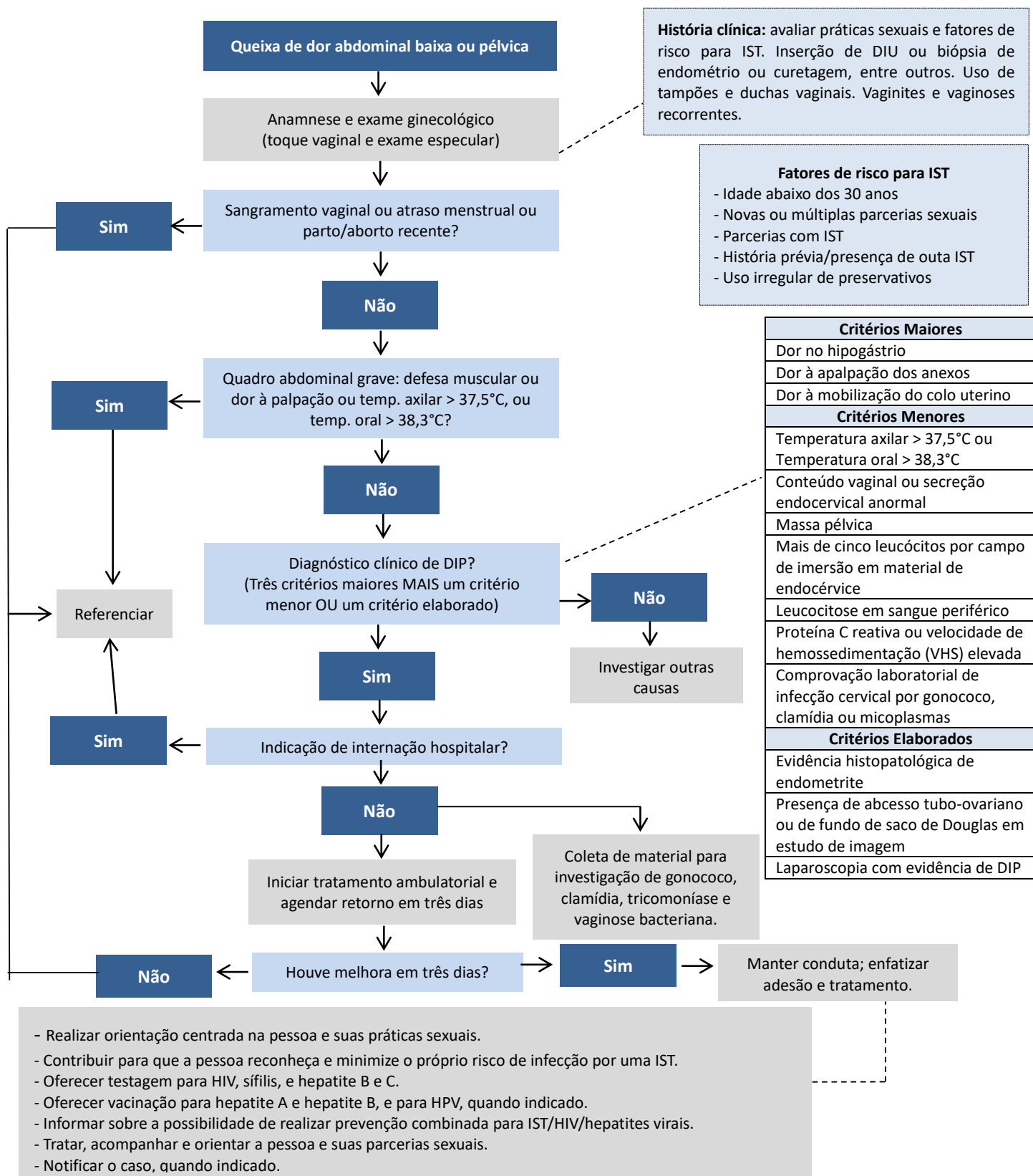
^a Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente.

^b Embora não exista evidência científica que uma segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais a recomendam.

^c Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

^d Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

MANEJO CLÍNICO DA DIP



Fonte: BRASIL. 2020

TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Tratamento	Primeira Opção	Segunda Opção
Ambulatoria I	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias MAIS Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias	Cefotaxima 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias MAIS Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias

Fonte: BRASIL/MS, 2018.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	CIAP O2
Corrimento vaginal	Enfatizar a importância de convocar e tratar o parceiro e o uso correto da medicação; Evitar a relação sexual no período de tratamento caso não seja possível, fazer uso do preservativo; Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado; Indicar banho de assento; Investigar o tempo de aparecimento do corrimento; Orientar ingestão de alimentos; Orientar o uso correto do preservativo; Orientar sobre higiene das genitálias; Explicar os mecanismos de transmissão.	X14 – Secreção vaginal
Prurido vaginal	Captar parceiro para tratamento; Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado; Preparo e utilização de banho de assento com camomila; Orientar o modo correto da higiene dos genitais; Orientar o uso de roupas mais folgadas e de algodão que facilitem a ventilação e a diminuição da umidade no local; Evitar uso de talco e outros produtos perfumados; Evitar o uso do papel higiênico perfumado, áspero e colorido Orientar o risco de ter vários parceiros sem o uso do preservativo Investigar o tempo de aparecimento da queixa; Orientar dieta alimentar.	X15 – Sinais/sintomas vagina X72 – Candidíase genital feminina X84 – Vaginite/vulvite NE

Dor em baixo ventre	<p>Colher material para citologia oncológica; Encaminhar para atendimento especializado; Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo; Fazer exame especular; Investigar fatores fisiológicos; Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado.</p>	<p>X01 – Dor genital X99 – Doença genital feminina, outra</p>
Dor à relação sexual (dispareunia)	<p>Encorajar verbalizações, sentimentos, percepções e medo; Fazer exame especular; Investigar fatores fisiológicos que interferem na relação; Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizada; Enfatizar a importância de convocar e tratar o parceiro e o uso correto da medicação; Evitar a relação sexual no período de tratamento caso não seja possível, fazer uso do preservativo; Encaminhar para consulta médica.</p>	<p>X04 – Relação sexual dolorosa na mulher X99 – Doença genital feminina, outra Y01 – Dor no pênis Y99 – Doença genital masculina, outra</p>
Higiene das genitálias alterada	<p>Encorajar verbalizações, sentimentos, percepções e medos; Estimular o autocuidado corporal e hábitos de higiene; Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável; Explicar os riscos à saúde devido às más condições de higiene pessoal e domiciliar; Fazer exame especular; Orientar uso correto do preservativo.</p>	
Atividade Sexual insatisfatória	<p>Encaminhar para equipe multidisciplinar; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo; Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual; Identificar a importância do afeto; Identificar os efeitos da medicação na sexualidade; Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual; Investigar fatores que interferem na relação sexual; Investigar vulnerabilidade para HIV; Oferecer folder educativo sobre atividade sexual; Orientar sobre atividade sexual incluindo o sexo seguro; Orientar sobre consultas ginecológicas/urológicas anualmente.</p>	<p>X04 – Relação sexual dolorosa na mulher X24 – Medo disfunção sexual Y07 – Impotência NE Y08 – Sinais/sint. função sexual masculina, outros Y24 – Medo disfunção sexual masculina</p>
Controle do regime terapêutico inadequado	<p>Estimular o autocuidado; Identificar um agente cuidador; Incentivar a socialização; Investigar o uso da medicação; Observar efeitos adversos da medicação; Orientar o uso correto da medicação ao paciente/ família.</p>	<p>A13 – Receio/medo do tratamento</p>

<p>Adaptação/enfrentamento no portador de HIV</p>	<p>Reforçar orientações sobre a possibilidade do usuário estar em janela imunológica e necessitar de um novo teste. Reforçar práticas seguras. Orientar o uso correto do preservativo.</p>	<p>A13 – Receio/ medo do tratamento A27 – Medo de outra doença NE Z11 – Problema relacionado com estar doente</p>
<p>Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/ sífilis</p>	<p>Encaminhar a gestante com VDRL e FITA Abs reagentes ao serviço de referência de pré-natal de alto risco. Encaminhar para a oficina de gestante. Encaminhar para maternidade de referência de pré-natal de alto risco. Fazer seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, conforme protocolo. Monitorar a gestante quanto a presença nas consultas do serviço de referência e uso correto da medicação. Notificar à epidemiologia. Orientar esquema terapêutico. Realizar visita domiciliar. Registrar no prontuário e cartão da gestante. Usar preservativo em todas as relações sexuais</p>	<p>A13 – Receio / medo do tratamento Z11 – Probl. Relacionado com estar doente</p>
<p>Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/ HIV</p>	<p>Encaminhar para a oficina de gestante; Encaminhar para maternidade de referência de pré-natal de alto risco.; Monitorar a gestante quanto a presença nas consultas do serviço de referência e ao uso correto da medicação; Notificar à epidemiologia; Orientar a importância de não amamentar; Orientar a importância do sexo seguro através do preservativo; Orientar casal/mulher para o planejamento familiar; Orientar esquema terapêutico;</p>	<p>Z11 - Probl. Relacionado com estar doente</p>

Fonte: Brasil, 2018

ANEXO I

ORIENTAÇÕES GERAIS NA ABORDAGEM SINDRÔMICA

Teste de Whiff: (teste das aminas ou do “cheiro”)

→ Lâmina com uma gota de KOH 10%(hidróxido de potássio) sobre uma a duas gotas de conteúdo vaginal, considerando o resultado positivo se o cheiro for de peixe podre).

Fazer teste do swab do conteúdo cervical:

→ Colher swab endocervical com cotonete e observar se é muco purulento contrapondo em papel branco.

Se houver muco purulento endocervical (teste do swab positivo), colo friável, dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco,

→ Encaminhar à consulta para o tratamento como cervicite (gonorreia e clamídia).

Obs.: Na vaginose bacteriana – os parceiros não precisam ser tratados.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 16 janeiro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília 2017. Ministério da Saúde, 2017. 121p. <<http://conitec.gov.br>>. acessado em 18 janeiro 2018.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I: Definições e Classificação 2015-2017. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012, PloS One, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2664654>. acesso em janeiro 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Estratégia Mundial do Sector da Saúde para o VIH para 2016-2021, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2016 (WHO/VIH/2016.05). Disponível em: <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-08/AFR-RC67-7>. acesso em janeiro 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde: Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família. Série Enfermagem – 4. ed. - São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretaria/saude>

WONCA, Organização Mundial de Médicos de Família. Classificação Internacional de Cuidados Primários. 2ª ed. 1999, Edição revista em Junho 2011 Oxford University Press.

PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL

Eliane Maria Medeiros Leal

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde apresenta dados de que cerca de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Dentre os problemas mais prevalentes, destacam-se os de natureza comportamental, ex. autismo, transtornos do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, esquizofrenia, anorexia, bulimia, transtornos pelo uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (FEITOSA *et al*, 2011; MENEZES, MELO, 2010).

Neste documento serão apresentados aspectos da Política Nacional de Saúde Mental para nortear as ações do enfermeiro no contexto da área da Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica no Brasil.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL

Acolhimento

Realizar escuta qualificada, que possibilita reconhecer sinais e sintomas, significação de sentimentos, condições familiares e sociais

Consulta de Enfermagem
PTS- Plano Terapêutico
Singular Singular)

Visita domiciliar

1 – Escolher espaço com recursos físicos e matérias para a realização da consulta, com iluminação e ventilação adequadas, além de considerar a privacidade.

2 – Preparar o ambiente de forma acolhedora.

3 – Se apresentar ao paciente e convidar para o ambiente da entrevista.

4 – Avaliar a necessidade ou não da presença de um familiar/pessoa que possua vínculo para acompanhar a consulta. Se houver necessidade, é importante ouvir o usuário primeiramente e sempre dar espaço para a verbalização.

5 – A entrevista deve ser pouco diretiva, permitindo a livre expressão do paciente ou acompanhante.

6 – Após a exposição inicial do usuário/ acompanhante, o entrevistador deve adotar um papel mais ativo e observar linguagem não verbal. A avaliação psiquiátrica começa antes mesmo do início da entrevista, com a observação da expressão facial e corporal do paciente, trajes, movimentos e maneira de se apresentar.

Recurso facilitador no estabelecimento de vínculo entre usuário, família e equipe e tem como objetivo compreender a dinâmica familiar, identificar as possibilidades de envolvimento da família no projeto terapêutico singular e na corresponsabilização de seu tratamento.

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	CIAP 02
Estilo de vida sedentário (Todos os participantes)	Estimular a participação nas atividades físicas. Proporcionar caminhadas. Incentivar a deambulação.	45 – Obs./educ. Saúde/ Aconselhamento/ Dieta
Déficit no autocuidado para banho/higiene (Todos os sujeitos)	Orientar cuidados com a pele. Orientar como deve ser feita a higiene corporal e oral. Incentivar o autocuidado. Incentivar a valorização do “Eu”. Incentivar a participação nas atividades grupais sobre autocuidado.	45 – Obs./educ. Saúde/ Aconselhamento/ Dieta A-18 Preocupação cm a aparência
Privação de sono	Atentar para alteração de humor ou comportamento. Observar quantidade de horas dormidas. Atentar para reações adversas à medicação. Estimular participação nas atividades propostas. Estimular a saída do leito durante o dia	P 06- Perturbação de sono P29- Sinais/ Sintomas psicológicos, outros
Mucosa oral prejudicada	Estimular aumento da ingesta hídrica Hidratar os lábios com lubrificante aquoso Incentivar bochecho com água	D 20 – Sinais/ Sintomas boca/ língua/lábios D 83- Doença boca/ língua/lábios
Volume de líquidos deficiente	Observar a quantidade de líquido ingerido Verificar sinais de ressecamento na pele Orientar para que comunique a equipe de saúde quando o débito urinário estiver alterado	A 29 – Outros Sinais/Sintomas gerais T 11- Desidratação
Constipação	Estimular ingesta de alimentos ricos em fibras Incentivar a ingesta hídrica Auscultar ruídos hidroaéreos Observar tempo de constipação Incentivar prática de exercícios físicos	D 12- Obstipação D 29 -Outros Sinais/Sintomas Digestivos
Processo de pensamento perturbado	Auxiliar na interpretação precisa do ambiente Auxiliar a identificar o real e o imaginário Trazer a paciente à realidade Observar hipovigilância e hipervigilância Abordar a paciente com tranquilidade e respeito Identificar foco da ansiedade ou preocupação Orientar a paciente sobre seu papel no tratamento	D 29 -Outros Sinais/Sintomas Digestivos P 99 – Outras Perturbações psicológicas
Enfrentamento ineficaz	Incentivar a avaliar seu próprio comportamento. Mobilizar para um aumento gradual das atividades. Investigar a capacidade de relatar os fatos. Incentivar o relacionamento interpessoal.	P 29- Sinais/ Sintomas psicológicos, outros

Enfrentamento Familiar comprometido	Incentivar a aproximação da família com a paciente. Ressaltar a importância da família no tratamento. Valorizar suas atitudes positivas. Orientar sobre a melhor maneira de se cuidar	Z 21 – Probl. Comportamental familiar
Manutenção ineficaz da saúde	Estimular interesse na melhora comportamental. Identificar grau de prejuízo cognitivo. Potencializar conhecimentos do controle pessoal, orientando no reconhecimento dos sintomas individuais. Estabelecer plano para diminuir o número de cigarros fumados por dia. Identificar as situações que a levam a fumar. Discutir os malefícios do tabaco.	A P 29- Sinais/ Sintomas psicológicos, outros P 99 – Outras Perturbações psicológicas P 25- Problemas fase vida do adulto
Controle do regime terapêutico familiar ineficaz	Orientar a família sobre necessidade de ter alguém responsável por administrar as medicações em casa. Orientar sobre a necessidade de respeitar a paciente. Esclarecer dúvidas sobre doença do familiar internado	Z 21 – Probl. Comportamental familiar P 74- Distúrbio ansioso/estado ansiedade
Ansiedade	Observar insônia. Esclarecer dúvidas sobre o tratamento. Identificar o foco da ansiedade. Estabelecer contato verbal terapêutico. Observar alterações fisiológicas. Observar sinais vitais.	P 01- Sensação de ansiedade/ nervosismo/ tensão
Manutenção do lar prejudicada	Incentivar a participação nas atividades de manutenção e limpeza da unidade; Orientar sobre a importância do ambiente limpo; Reabilitar a paciente nas atividades diárias;	Z 20 -Probl. Relacional com familiares

ANEXOS

Atuação do enfermeiro nas ações de saúde mental e psiquiatria na Atenção Básica

1. Acolhimento

Objetivo: Realizar escuta qualificada, que possibilita reconhecer sinais e sintomas, significação de sentimentos, condições familiares e sociais para organizar as intervenções necessárias. Na unidade básica essa ação é fundamental para a formação de vínculo entre o enfermeiro e o usuário. Além de mostrar que a unidade está disponível para acolher, acompanhar e, se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços. Com esse conhecimento, o enfermeiro tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade.

2. Implementar o processo de enfermagem em saúde mental por meio da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem determinou por meio da **Resolução 358/2009** que “O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”, sendo que cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem também em Saúde Mental.

Para que o processo de enfermagem se configure o enfermeiro deverá iniciar fazendo a consulta de enfermagem para possibilitar a construção do PTS. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Portanto cada usuário terá um PTS singular, ou seja, individualizado, de acordo com suas necessidades evidenciadas no processo de enfermagem.

Como sugestão para facilitar a compreensão da possível operacionalização da realização da consulta de enfermagem e PTS, seguem as orientações para a realização da consulta de enfermagem:

- 1 – Escolher espaço que possua recursos físicos e matérias para a realização da consulta, com iluminação e ventilação adequadas, além de considerar a privacidade.
- 2 – Preparar o ambiente de forma acolhedora.
- 3 – Se apresentar ao paciente e convidar para o ambiente da entrevista.
- 4 – Nesse momento, cabe ao enfermeiro avaliar a necessidade ou não da presença de um familiar ou pessoa que possua vínculo para acompanhar a consulta. Se houver necessidade desta presença é importante ouvir o usuário primeiramente e sempre dar espaço para a verbalização.

5 – O início da entrevista deve ser pouco diretiva, permitindo a livre expressão do paciente ou acompanhante.

6 – Após a exposição inicial do usuário ou acompanhante, o entrevistador deve adotar um papel mais ativo e observar linguagem não verbal. Vale destacar que, a avaliação psiquiátrica começa antes mesmo do início da entrevista, com a observação da expressão facial e corporal do paciente, trajas, movimentos e maneira de se apresentar.

7 – Depois desse contato, o enfermeiro deve proceder o Processo de Enfermagem que

compreende 5 etapas (Resolução COFEN 358/2009, BRESSAN, 2013):

A) **Coleta de dados (ou Histórico de Enfermagem):** Esta etapa compreende a realização da anamnese/entrevista, exame psíquico, exame físico e comentários/ observações do enfermeiro. No caso de pacientes com transtornos mentais, é nessa etapa que se chama atenção para a observação da fala do indivíduo, como ele se comporta durante a entrevista, os dados trazidos por ele durante a consulta, memória, orientação e presença de delírios e alucinações, pois, muitas vezes, esses dados oferecem subsídios para a avaliação do estado psíquico a serem coletados. Nesse espaço, podem surgir informações preciosas de situações percebidas, como o relacionamento entre o sujeito e família, comportamentos e atitudes manifestados pelo indivíduo.

B) **Diagnóstico de Enfermagem e Prescrição de enfermagem:** Essas etapas compreendem a interpretação e agrupamento dos dados coletados na entrevista para levantar as necessidades do usuário e da família. Essas informações auxiliam a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetivam alcançar os resultados esperados pelo usuário e família no território. O enfermeiro tem autonomia para escolher a taxonomia que entender mais adequada para pensar o processo.

Segundo CANABRAVA (2012), as atividades e responsabilidades inerentes ao enfermeiro tornaram-se explícitas bem como a importância da consulta de enfermagem no processo de trabalho.

C) **Implementação:** compreende a realização das ações propostas no PTS.

D) **Avaliação de Enfermagem:** compreende um processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa e família para determinar se o resultado das ações ou intervenções do PTS foram alcançados.

Realizar visitas domiciliares (VD)

A visita domiciliar constitui um recurso facilitador no estabelecimento de vínculo entre usuário, família e equipe e tem como objetivo compreender a dinâmica familiar, identificar as possibilidades de envolvimento da família no projeto terapêutico singular e na responsabilização de seu tratamento.

Hoje a enfermagem psiquiátrica tem contribuído para a ressocialização dos usuários, por meio da orientação desses e familiares, intervenção em situação de crise, consulta de enfermagem em saúde mental, acolhimento, entre outras modalidades assistenciais, que já fazem parte do seu cotidiano. Sendo assim, acredita-se que as visitas domiciliares de enfermagem, interagindo com o usuário em seu ambiente familiar, orientando a família, contribuem para que ambos possam conquistar condições de viver, trabalhar e produzir, convivendo com o transtorno mental de forma satisfatória (REINALDO, ROCHA; 2002).

Referências

FEITOSA, H.N; RICOU, M.; REGO, S.; NUNES, R. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. Revista de Bioética., v.9, n.1, p.259 -75, 2011.

MENEZES TT, MELO VJ. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. Adolescência & Saúde, v.7, n.3, p.38-46, 2010.

CANABRAVA, D. S. *et al.* Diagnóstico e intervenções à pessoa com transtorno mental com base na consulta de enfermagem. Cogitare Enfermagem, v. 17, n.4, pág. 661-8, 2012.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol. 4, nº 2, p.36 – 41, 2002.

PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO

Cláudia Fabiana Lucena Spindola

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). Deste modo, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) referem que os fatores de risco para a HAS são: a idade (>60 anos), Gênero (mais prevalente em homens), Raça (mais comum em não brancos), excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal, ingestão de álcool por períodos prolongados, sedentarismo, genética e fatores socioeconômicos.

RASTREAMENTO

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la aferida e registrada.

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 200/100 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente, com

intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida dever ser realizada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a classificação da hipertensão em adultos maiores de 18 anos está apresentada na Tabela 1, abaixo:

TABELA 1- CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO, RECIFE, 2016

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85- 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110

Fonte: SBC, 2010.

Assim, a consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde. Tem o objetivo de trabalhar o processo de educação em saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares. O acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizado por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HIPERTENSÃO

Representa importante instrumento de estímulo à adesão às ações na Atenção Básica e tem sido fundamental no acompanhamento de pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, sensibilizando-as sobre a sua condição de saúde e pactuando com elas metas e planos de como seguir o cuidado.

Desta forma, a consulta de enfermagem para pessoas com pressão arterial limítrofe tem o objetivo de trabalhar o processo de educação em Saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida (QUADRO 1) e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares.

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, entre outros. Hábitos saudáveis de vida devem ser estimulados para toda a população desde a infância, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

QUADRO 1- MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA (MEV) PARA MANEJO DA HAS, RECIFE, 2016.

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução do peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ²	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica por 30 minutos, pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação do consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: Brasil, 2010.

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham (Ver anexo C). A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDL e LDL. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo Risco Cardiovascular - RCV. Se apresentar ao menos um fator de alto RCV, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV.

O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário (BRASIL, 2013). Os achados clínicos encontram-se no quadro 2 abaixo:

QUADRO 2 – ACHADOS CLÍNICOS INDICATIVOS DE RISCO DE DCV, RECIFE, 2016

BAIXO RISCO E INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
Tabagismo; Hipertensão; Obesidade; Sedentarismo; Sexo masculino; História familiar de evento; Cardiovascular prematuro (homem < 55 anos; Mulheres (< 65 anos); Idade > 65 anos.	Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio; Infarto agudo do Miocárdio (IAM) prévio; Lesão periférica – Lesão de órgão- alvo (LOA); Ataque isquêmico transitório (AIT); Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo (HVE); Nefropatia; Retinopatia; Aneurisma de aorta abdominal; Estenose de carótida sintomática; Diabetes Mellitus.

Fonte: Brasil, 2013.

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDL, HDL, PA e tabagismo. Em seguida, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres (BRASIL, 2013), como mostrado na Tabela 2.

TABELA 2 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR, SEGUNDO O ESCORE DE FRAMINGHAM E SUGESTÃO DE PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO EM CONSULTA MÉDICA, DE ENFERMAGEM E ODONTOLÓGICA, RECIFE, 2016

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	<10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: Brasil, 2013.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Anamnese e Histórico de Enfermagem

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC;
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Pulso radial e carotídeo;
- Alterações de visão;
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas);
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico);
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen;
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

EXAME FÍSICO

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado);
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde); Queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores;
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado;
- Medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais;
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas;
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas);
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse);
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares:
 - Doenças cardíacas; hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca; episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico; doença vascular arterial periférica; retinopatia hipertensiva.

Pontos importantes no planejamento/intervenção da assistência para abordar/orientar:

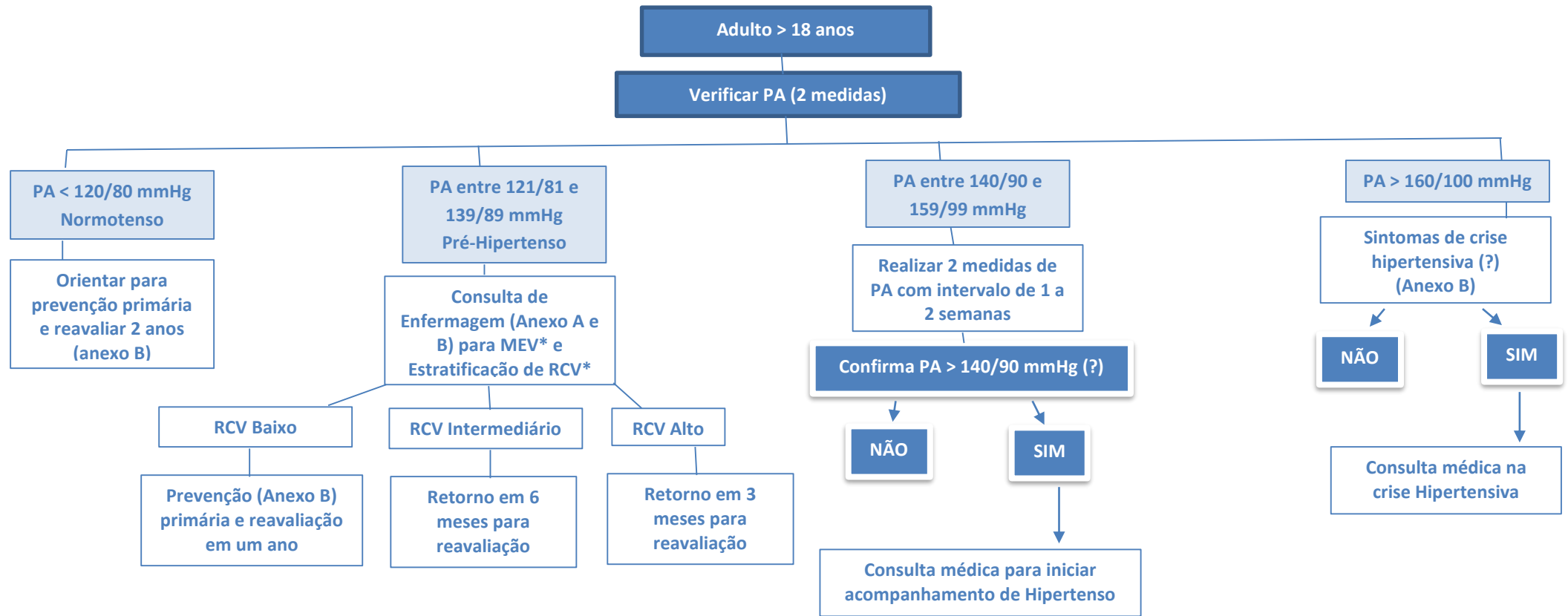
- A doença e o processo de envelhecimento;
- Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);
- Percepção de presença de complicações;
- Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais);
- Solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local.

Diagnóstico/Resultados e Planejamento/Intervenções de Enfermagem

Avaliação do Processo de Cuidado

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento (BRASIL, 2013).

MANEJO PÓS-AFERIÇÃO DE PA EM MAIORES DE 18 ANOS



- RCV = Risco Cardiovascular
- MEV = Mudança do Estilo de Vida

- Anexo A: Instrumento de consulta de Enfermagem
- Anexo B: Diagnóstico/implementação de Enfermagem (CIPE/CIPESC)

**DIAGNÓSTICO/ INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Diagnósticos	Intervenções	CIAP
<p>Padrão Respiratório Adequado</p> <p>Padrão Respiratório Prejudicado</p>	<p>Agendar retorno a UBS; Encaminhar o hipertenso para consulta médica; Ensinar técnica de respiração lenta (10 respirações/min por 15 minutos, uma vez ao dia); Incentivar o hipertenso a parar de fumar; Orientar sobre complicações do uso do tabaco; Realizar exame do aparelho respiratório do hipertenso; Verificar e registrar os sinais vitais do hipertenso.</p>	<p>A97 – Sem doença</p> <p>R04 – Outros problemas respiratórios</p>
<p>Adesão ao regime dietético</p> <p>Capacidade para preparar alimentos saudáveis</p> <p>Capacidade prejudicada para preparar alimentos saudáveis</p> <p>Emagrecimento saudável</p> <p>Emagrecimento</p> <p>Excesso de peso</p> <p>Hiperglicemia</p> <p>Hipoglicemia</p>	<p>Acompanhar dados do hipertenso: peso, altura, PA, Circunferência abdominal em todas as consultas; Adequar os alimentos ricos em proteínas e/ou minerais de acordo com a condição financeira do hipertenso; Agendar retorno do hipertenso na UBS, conforme risco DCV; Avaliar medicação do hipertenso; Se paciente diabético (seguir também protocolo de diabetes);</p>	<p>A97 – Sem doença</p> <p>T05 – Problemas alimentares adulto</p> <p>T07 – Aumento de peso</p> <p>T08 – Perda de peso</p> <p>T87 – Hipoglicemia</p> <p>T89 – Diabetes insulino dependente</p> <p>T90 – Diabetes não insulino dependente</p>

<p>Ingestão de alimentos deficitária</p>	<p>Calcular e registrar o IMC do Hipertenso; Desencorajar a ingestão de alimentos ricos em gorduras, doces, refrigerantes e guloseimas; Elogiar o hipertenso no cumprimento do regime dietético;</p>	<p>T29 – Sinais/sint. endoc/met/nutricionais, outros</p>
<p>Ingestão de alimentos excessiva</p>	<p>Encaminhar hipertenso para avaliação de saúde bucal, se necessário;</p>	<p>T82 – Obesidade</p>
<p>Falta de adesão ao regime dietético</p>	<p>Encaminhar hipertenso para avaliação médica, se necessário;</p>	
<p>Obesidade</p>	<p>Encorajar hipertenso a adoção do regime dietético;</p>	
<p>Peso corporal adequado</p>	<p>Encorajar o hipertenso a manutenção do peso; Ensinar o hipertenso e sua família sobre alimentação saudável;</p>	
<p>Peso corporal diminuído</p>	<p>Incentivar a participação das atividades de grupo da UBS;</p>	
<p>Risco de ingestão de alimentos excessiva</p>	<p>Medir e registrar circunferência abdominal; Monitorar o regime dietético do hipertenso;</p>	<p>T03 – Perda de apetite</p>
<p>Risco de ingestão nutricional elevado</p>	<p>Orientar a higiene das mãos antes de manusear alimentos; Orientar a não usar temperos prontos na preparação de alimentos;</p>	<p>T07 – Aumento do peso</p>
<p>Sobrepeso</p>	<p>Orientar a redução do sódio na preparação de alimentos; Orientar a retirada da gordura aparente de carnes antes de cozinha-las; Orientar o hipertenso aos benefícios do MEV; Orientar o hipertenso quanto a prática de exercícios; Solicitar exames laboratoriais para avaliação (uréia, creatinina, colesterol total, ácido úrico, glicemia, conforme protocolo do MS).</p>	

<p>Sono adequado</p> <p>Sono prejudicado</p>	<p>Orientar o paciente sobre ambiente livre de ruídos; Reforçar a importância de descanso satisfatório para recuperação da saúde; Ensinar ao hipertenso técnicas de relaxamento; Informar o hipertenso sobre serviços de terapia comunitária, se houver; Investigar causas de interferências do sono.</p>	<p>A97 – Sem doença</p> <p>P06 – Perturbação de sono</p>
<p>Adesão ao regime de exercícios;</p> <p>Falta de capacidade para gerir regime de exercícios;</p> <p>Falta de adesão aos exercícios;</p> <p>Risco de trauma (queda);</p> <p>Trauma (queda).</p>	<p>Aferir padrão de exercícios; Elogiar a execução do exercício físico; Estimular o hipertenso a participação de exercícios coletivos; Explicar sobre os efeitos dos Exercícios físicos na hipertensão; Incentivar a prática de exercícios regulares sob orientação; Incluir o hipertenso em programas de reabilitação (NASF); Orientar o hipertenso e familiares sobre a adaptações do ambiente domiciliar; Orientar o paciente sobre riscos de traumas.</p>	<p>A98 – Outras psicoses NE</p> <p>L76 – Outras fraturas</p>

Controle de sintomas da hipertensão arterial efetivo;	Agendar retorno do hipertenso de acordo com RCV	K86 – Hipertensão sem complicações
Controle de sintomas da hipertensão arterial ineficaz;	Anotar sinais vitais em caderneta, cartão e prontuário do hipertenso;	K87 – Hipertensão com complicações
Edema periférico;	Avaliar a necessidade de uso de medicação de urgência;	
Edema periférico melhorado;	Cadastrar o hipertenso no programa HIPERDIA, na primeira consulta;	K07 – Tornozelo inchados/edema
Frequência cardíaca alterada;	Elogiar o hipertenso sobre os valores normais da pressão;	
Frequência cardíaca diminuída;	Encaminhar o hipertenso para consulta médica para reavaliar medicação, se necessário;	K79 – Taquicardia paroxística
Hipertensão arterial;	Encaminhar o hipertenso para serviço de referência de urgência, se necessário;	K80 – Arritmia cardíaca NE
Hipotensão;	Orientar a gestante quanto a alteração da pressão arterial;	
Risco de edema periférico;	Orientar o hipertenso quanto a posologia da medicação;	K85 – Pressão arterial elevada
Risco de hemorragia.	Orientar o hipertenso quanto a indicação de dieta hipossódica;	
	Orientar o hipertenso sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso; Orientar sobre a MEV;	K99 – Outras doenças do aparelho circulatório
	Verificar a pressão arterial do paciente com AVC 3 vezes na semana no domicílio.	

<p>Adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Adesão ao regime medicamentoso;</p> <p>Falta de adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Falta de adesão ao regime medicamentoso.</p>	<p>Elogiar o hipertenso quanto a adesão ao regime medicamentoso; Encorajar a adesão ao regime terapêutico; Encorajar a adesão ao regime medicamentoso; Facilitar acesso ao tratamento; Informar ao hipertenso sobre os serviços oferecidos na UBS; Informar quais medicamentos hipertensivos são oferecidos na UBS; Orientar o hipertenso a voltar a UBS em caso de efeito adverso do medicamento; Orientar o hipertenso sobre a periodicidade do acompanhamento; Orientar o hipertenso e família sobre o acondicionamento dos medicamentos; Orientar hipertenso e família sobre o regime terapêutico; Orientar hipertenso e família sobre uso e horários do medicamento; Transcrever medicamentos subsequentes, conforme protocolo; Solicitar exames laboratoriais para avaliação, conforme protocolo.</p>	<p>A98 – Medicina preventiva/manutenção de saúde</p>
<p>Aceitação do Estado de Saúde</p>	<p>Estabelecer vínculo com o hipertenso; Informar sobre as atividades de promoção e prevenção da UBS; Parabenizar o hipertenso pela aceitação e modificação do estado de saúde.</p>	

<p>Falta de apoio social;</p> <p>Falta de apoio familiar</p>	<p>Encaminhar hipertenso para terapia de grupo de apoio (referencia/NASF); Estabelecer, junto a equipe, estratégias que possam favorecer atividades de apoio social; Informar o hipertenso sobre ações sociais desenvolvidas na comunidade; Sensibilizar a familiar a apoiar o hipertenso a seguir o regime terapêutico e medicamentoso.</p>	<p>Z29 – Problema social NE</p> <p>Z20 – Problema relacional com familiares</p>
<p>Conhecimento adequado sobre a hipertensão arterial;</p> <p>Falta de conhecimento sobre a hipertensão arterial;</p> <p>Manutenção da saúde prejudicada;</p> <p>Habilidade para desempenhar a manutenção da saúde;</p> <p>Comportamento de busca de saúde.</p>	<p>Agendar retorno de hipertenso, conforme protocolo; Incentivar o hipertenso a manutenção da MEV; Informar ao hipertenso sobre as atividades de promoção e prevenção promovidas pela ESF; Orientar estratégias para a manutenção da saúde; Orientar a família sobre o cuidado durante o atendimento domiciliar; Orientar o hipertenso e família sobre o fluxograma na UBS; Promover ações educativas de promoção da saúde.</p>	<p>A98 - Medicina preventiva/manutenção de saúde</p>

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HIPERTENSÃO

1. Identificação

Nome:

CNS:

Idade (anos):

Gênero: () Fem () Masc () Outro

Raça:

Estado Civil:

Escolaridade:

Nº de Filhos:

2. Anamnese/ Histórico:

Profissão:

Moradia: Própria () Alugada () Emprestada ()

Mora com quem? _____

Esgoto tratado? () sim () não
Água que faz uso: () encanada () de poço/cisterna () outros ()

Fuma? () sim () não. Quantos cigarros ao dia? _____

Bebe? () sim () não. Frequência: _____

Apresenta alguma doença? _____

Alguém da sua Família tem pressão alta ou doença no coração? _____ quem? _____

Faz _____ algum tratamento? _____ Qual medicamento toma e como? _____

Deixou de tomar algum desses medicamentos alguma vez? _____ Motivo:

() esquecimento () acabaram () sentiu-se mal

() outros: _____

Onde obtém os remédios? _____

Tem dificuldade de consegui-los? _____ qual? _____

Utiliza algum meio para controlar a pressão alta? _____ Qual?

Sente algum (uns) desses sintomas:

() dores de cabeça () formigamento nos membros

() dores no peito

Alimenta-se de algum desses alimentos e qual a frequência?

Frutas () sempre () as vezes () nunca

Verduras e legumes () sempre () as vezes () nunca

Cereais () sempre () as vezes () nunca

Carnes () sempre () as vezes () nunca

Gordura animal () sempre () as vezes () nunca

Diminuiu a ingestão de sal? _____

Pratica alguma atividade física? _____ Qual? _____

Frequência:

() 1x/semana () 2x/semana () 3x/semana () mais

de 3x/semana

Tem alguma dificuldade de comparecer as consultas ou reuniões de grupo? _____

Qual? _____

3. Exame Físico

Peso (kg): _____

IMC: _____

Altura (m): _____

PA (mmHg): _____x

T (°C): _____

Pulso (Bpm): _____

Circunferência Abdominal: _____

Cabeça

Couro cabeludo: () limpo () com sujidade () íntegro () com lesão
() alopecia () seborreia

Olhos

Acuidade Visual: () uso de lentes corretivas () sem alteração
Presença de secreção? _____ Aspecto? _____ Pupilas:
() simétricas () assimétricas

Nariz

Secreção? _____ Aspecto? _____
Congestão? _____
Epistaxe? _____

Boca

Mucosa: () corada () descorada () íntegra
() com lesão
Dentição: () completa () incompleta com prótese ()
incompleta sem prótese

Pescoço

() pele íntegra () com lesão ()
nódulos. Aspecto? _____ ()
êxtase jugular

Tórax

() simétrico () assimétrico Ausculta
Cardíaca: Bulhas _____
Ausculta Respiratória: () MV + () RA. Tipo: _____

Abdômen

() plano () globoso () protuso ()
() flácido () distendido
() dolorido a palpação

Sistema Gênilo-Urinário

() dismenorreia () presença de corrimento vaginal? Tipo _____

() alterações urinárias? _____

() IST? Aspecto: _____

Membros Inferiores

() pele íntegra () lesões. Tipo: _____

() perfusão mantida () cianose

() edema () varizes () deambula?

ESCORE DE FRAMINGHAM

Escore de Framingham Revisado para Homens

ETAPA 1

IDADE	pontos
Anos	
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7


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

Diabete	pontos
Não	0
Sim	2

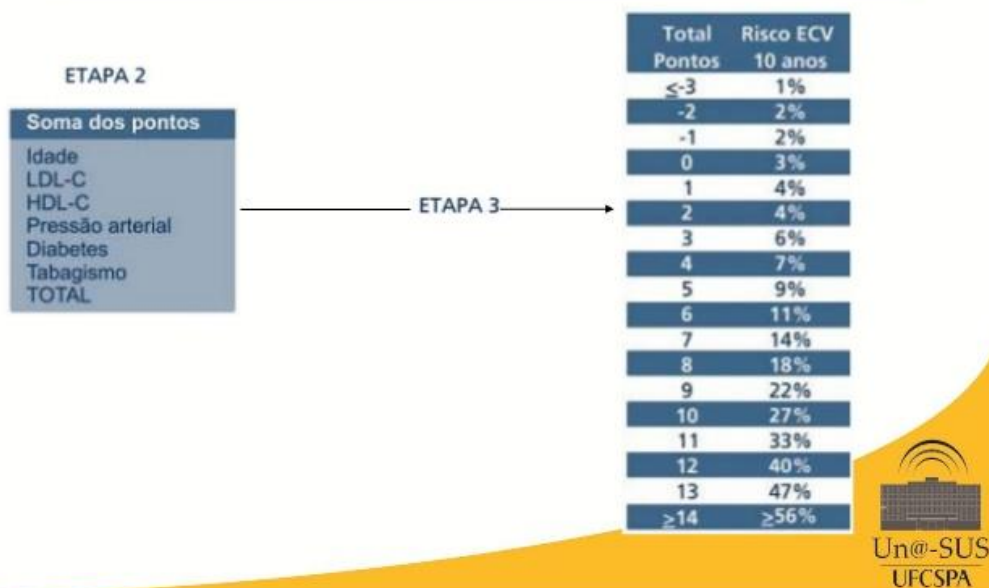
HDL- colesterol	pontos
mg/dl	
<35	2
35-44	1
45-49	0
50-59	0
>=60	-1

Tabagismo	pontos
Não	0
Sim	2

Pressão Arterial	Sistólica					Diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	>100	<80	80-84	85-89	90-99	>100
<120	0	0	1	2	3	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3	0	0	1	2	3
130-139	1	1	1	2	3	0	0	1	2	3
140-159	2	2	2	2	3	0	0	1	2	3
>=160	3	3	3	3	3	0	0	1	2	3



Escore de Framingham Revisado para Homens



Fonte: Una-SUS

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BEZERRA et al. Ações de enfermagem identificadas no projeto cipesc® e encontradas na prática Educativa de pacientes hipertensos. Online Brazilian Journal of Nursing, Vol 5, No 2 (2006).

CODOGNO L, TOLEDO VP, DURAN ECM. Consulta de enfermagem e hipertensão arterial na estratégia saúde da família: proposta de instrumento. Rev. Rene, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):1059-65.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n°358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.

NÓBREGA RV. Proposta de Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para Hipertensos na Atenção Básica. 2012. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011.

PROTOCOLO DE DIABETES

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

INTRODUÇÃO

Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica, do grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, que ocorre ou quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não pode usar eficazmente a insulina que produz. (OMS, 2016). A longo prazo, como consequências do DM pode ocorrer disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Pode ser classificado nas seguintes categorias gerais:

1. Diabetes *Mellitus* tipo 1 - Inicia-se antes dos 30 anos de idade, mas pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária. Ocorre devido à destruição de células beta pancreáticas, geralmente levando a deficiência absoluta da insulina. (Ver Tabela “Metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM tipo 1.”)

2. Diabetes *Mellitus* tipo 2 - Caracteriza-se pelo defeito progressivo dos secretores de insulina sob resistência insulínica. (Ver Tabela “Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos”). Geralmente é diagnosticado após os 30 anos em indivíduos com história familiar positiva, mas sua incidência tem aumentado em crianças e adolescentes devido a crescente prevalência da obesidade.

3. Diabetes gestacional - diabetes diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. Considerando o período gravídico-puerperal, é possível a ocorrência de hiperglicemia tanto em mulheres já sabidamente diagnosticadas como portadoras de DM previamente à gestação, quanto em gestantes sem esse diagnóstico prévio.

Pode-se, portanto, definir:

- Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): mulher com hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gravidez, com níveis glicêmicos sanguíneos que não atingem os critérios diagnósticos para DM.

- Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação: mulher sem diagnóstico prévio de DM, com hiperglicemia detectada na gravidez e com níveis glicêmicos sanguíneos que atingem os critérios da OMS para a DM na ausência de gestação.

São considerados fatores de risco para o diabetes gestacional: Idade (aumento progressivo do risco com o aumentar da idade), Sobrepeso/obesidade ($IMC \geq 25Kg/m^2$), Antecedentes familiares de DM (primeiro grau), Antecedentes pessoais de alterações metabólicas: $HbA1c \geq 5,7\%$, Síndrome dos ovários policísticos, Hipertrigliceridemia, Hipertensão arterial sistêmica, Acantose nigricans, Doença cardiovascular aterosclerótica, Uso de medicamentos hiperglicemiantes e entre os Antecedentes obstétricos: Duas ou mais perdas gestacionais prévias, Diabetes Mellitus gestacional, Polidrâmnio, Macrossomia, Óbito fetal/neonatal sem causa determinada, Malformação fetal.

4. Tipos Específicos de Diabetes - devido a outras causas, por exemplo, síndromes de diabetes monogênicas (tais como o diabetes neonatal e diabetes do início da maturidade dos jovens), pâncreas exócrino (tais como fibrose cística), endocrinopatias (acromegalias, síndrome de Cushing), infecções (citomegalovírus, rubéola congênita) e diabetes químico-induzido (tal como o tratamento de HIV/AIDS ou após transplante de órgão).

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM pode ser realizada por meio da aplicação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) e a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2), com o fim de sistematizar a assistência de enfermagem que objetiva, primordialmente, nos cuidados primários à saúde e a educação em saúde para o autocuidado, voltada para um processo que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde, e desenvolva habilidades para superar possíveis queixas, mantendo autonomia.

Dessa forma, apresenta-se a seguir o protocolo da consulta de enfermagem na atenção primária à saúde para o rastreamento, acompanhamento, e prevenção de complicações de pessoas com DM.

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

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

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, Ministério da Saúde (2013). Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; World Health Organization (2006).

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

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

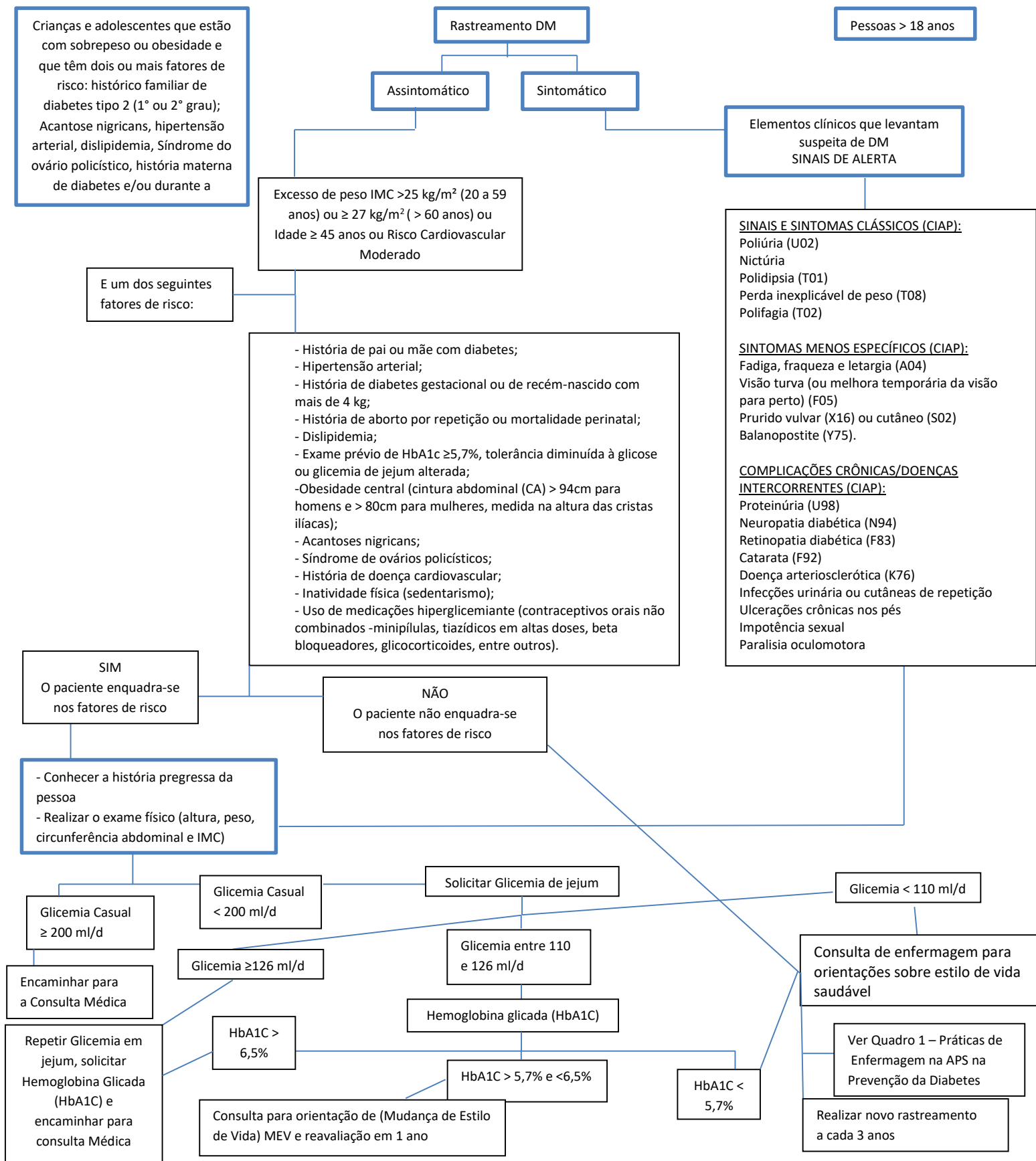
***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia.

Tabela - Metas de controle glicêmico para crianças e adolescentes com DM tipo 1

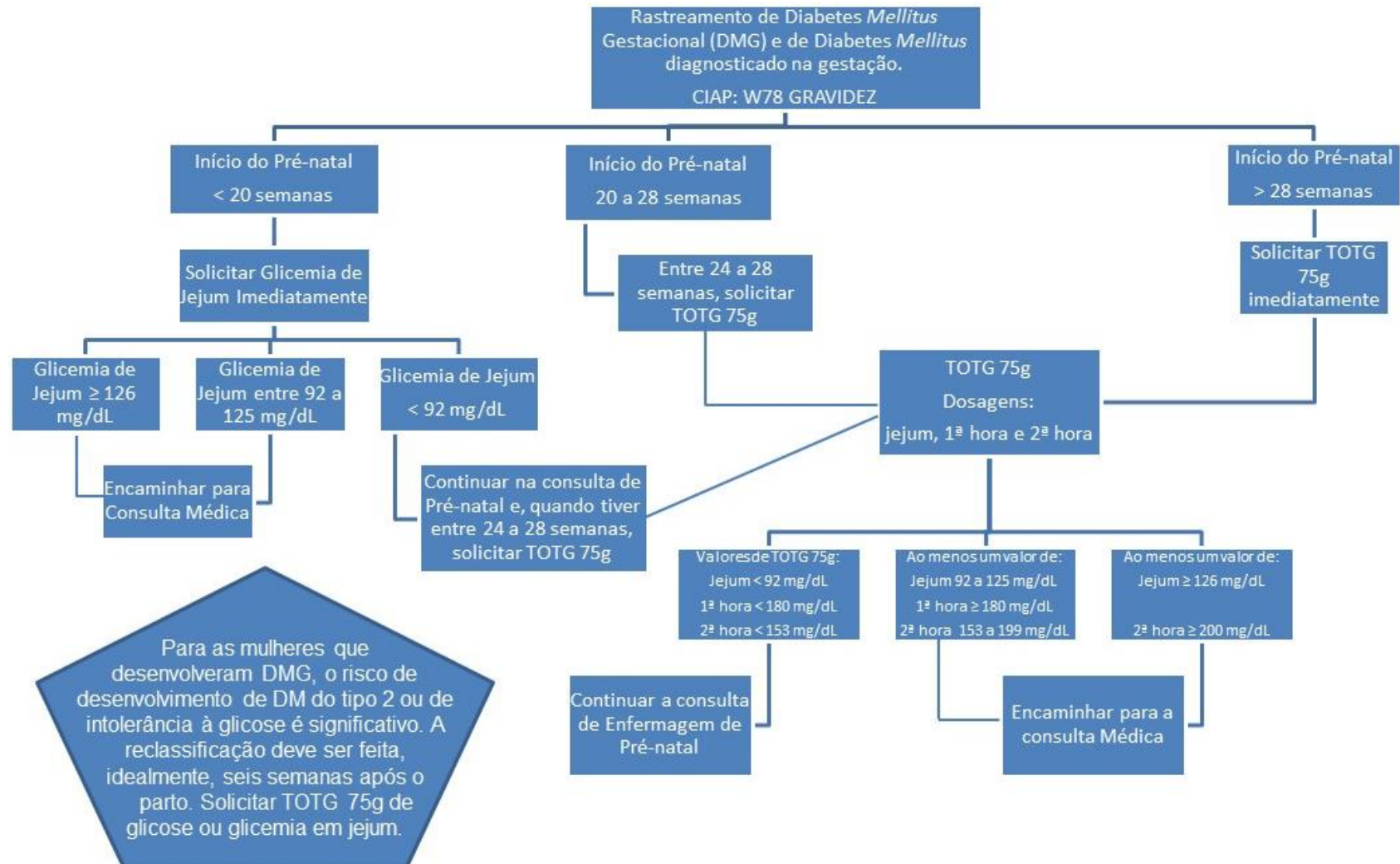
Valores por faixa etária	Glicemia pré-prandial (mg/dl)	Glicemia ao deitar/à noite (mg/dl)	HbA1C (%)
Lactentes e pré-escolares (0 a 6 anos)	100 - 180	110 - 200	<8,5%
Escolares (6 a 12 anos)	90 - 180	100 - 180	<8%
Adolescentes e adultos jovens (13 a 19 anos)	90 - 130	90 - 150	<7,5%

Fonte: Cadernos de Atenção Básica (2013). American Diabetes Association, 2013.

RASTREAMENTO DM



RASTREAMENTO DIABETES GESTACIONAL

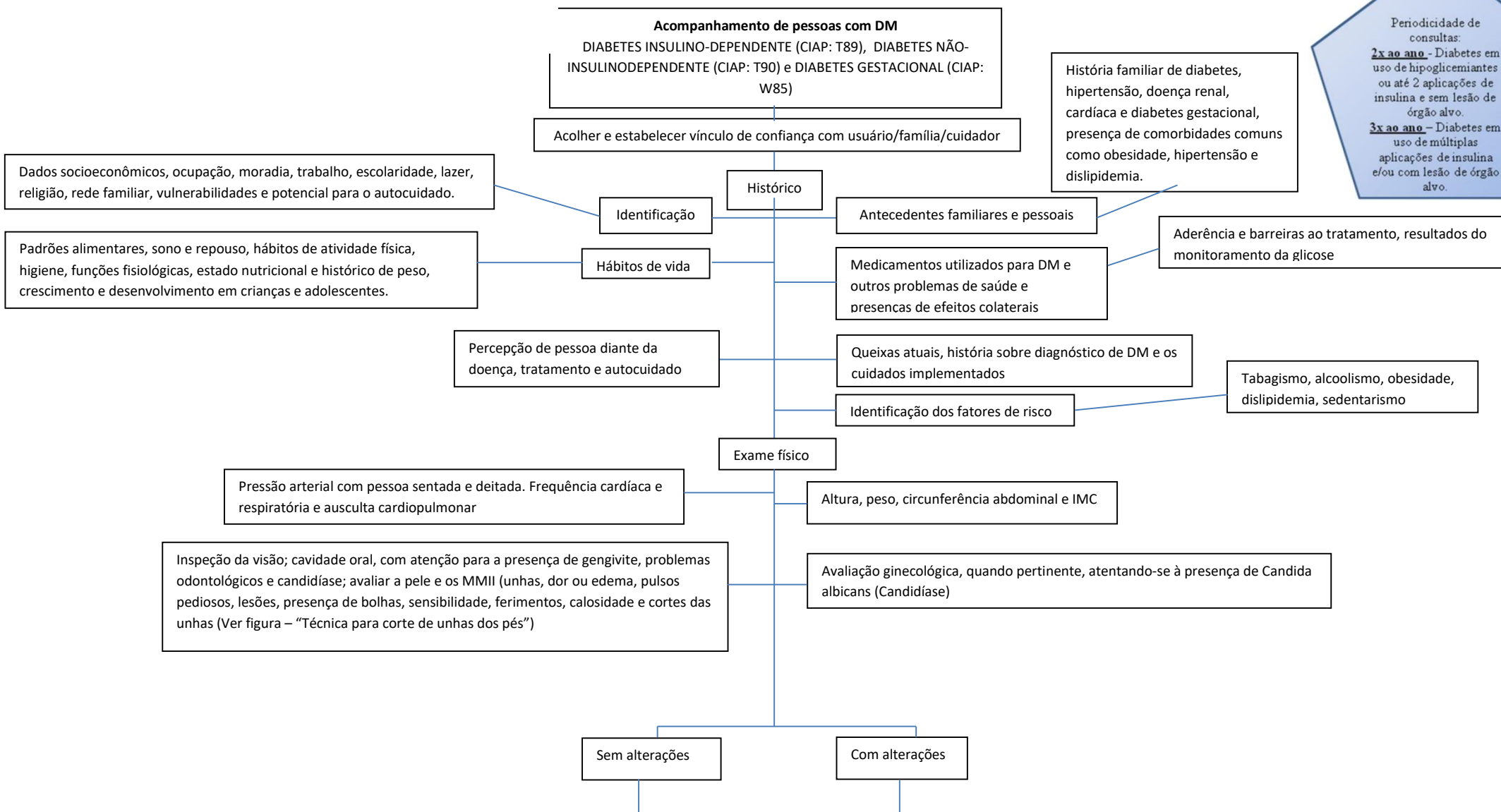


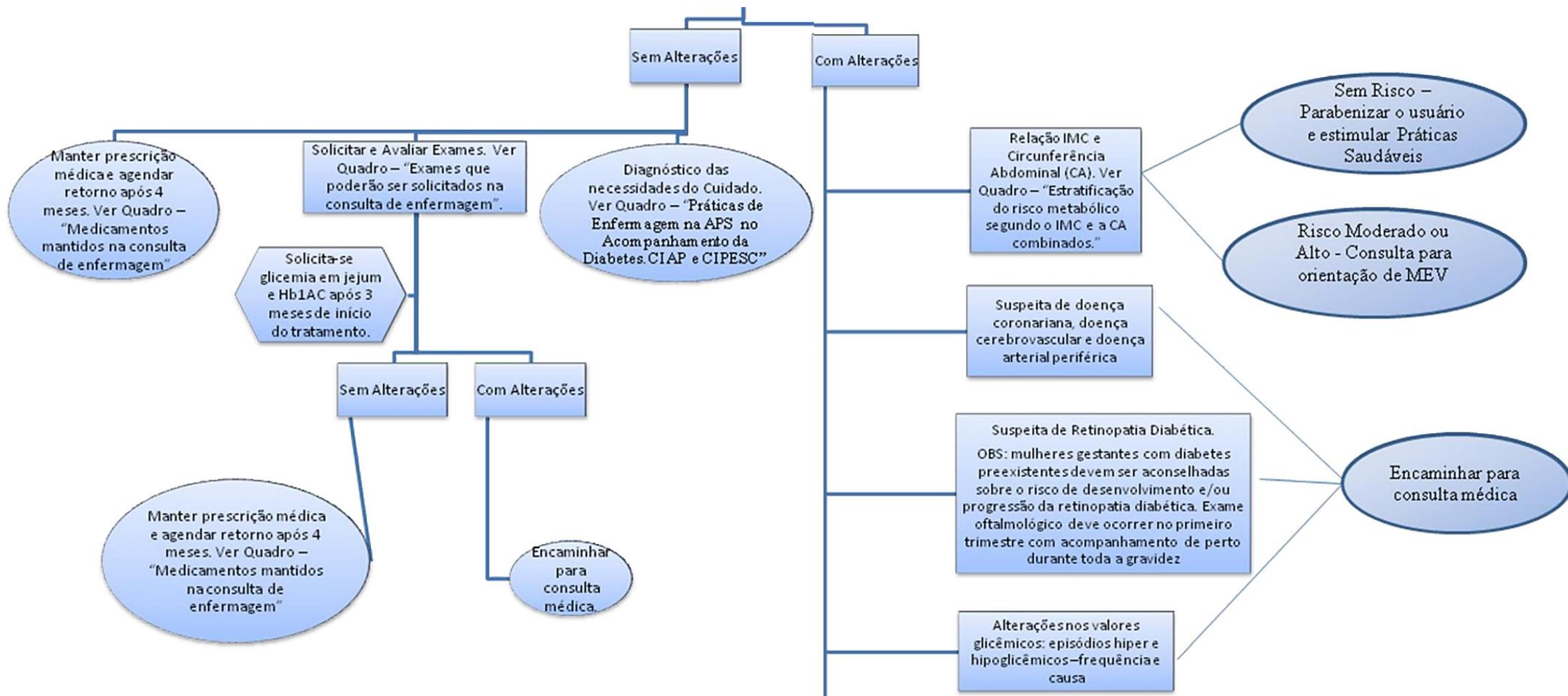
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NO RASTREAMENTO DA DIABETES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP 02
Sobrepeso	Incentivar a reeducação alimentar. Investigar hábitos alimentares. Investigar história familiar. Monitorar peso semanalmente. Mudar hábitos alimentares. Orientar dieta alimentar. Orientar os riscos de saúde causados pela obesidade. Orientar modificações do estilo de vida (MEV): Alimentação saudável: Dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Orientar diminuir ingesta de sal (máximo de 6g/sal/dia ou 2,3g de sódio/dia.	T83 Excesso de peso T07 Aumento de peso
Gestação	Solicitar glicemia em jejum na primeira consulta, e curva glicêmica a partir da 24ª semana até a 28ª semana.	W78 Gravidez
Tabagismo	Encaminhar para grupo de auto ajuda. Estimular a redução do uso de cigarros diários. Identificar rede de apoio familiar e comunitário. Identificar desejo em parar de fumar. Orientar danos decorrentes do tabagismo.	P17 Abuso do Tabaco
Atividade Física inadequada	Incentivar atividade física de acordo com a limitação de cada usuário, encaminhando para o Educador físico lotado no NASF (se possível). Incentivar passeios e caminhadas. Orientar que ausência de exercício constitui fator de risco de doença vascular, respiratória, metabólica e diminuição da mobilidade intestinal.	A23 Fator de Risco

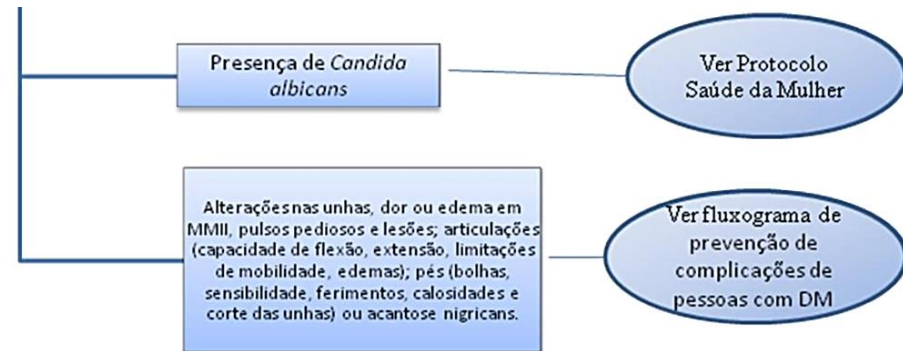
Uso de Álcool e outras drogas	<p>Orientar limites da ingestão diária de bebidas alcoólicas para não mais de 30g/dia de etanol para homens (625ml de cerveja; 312,5 ml de vinho; 93,7ml de uísque) e 15g/dia para mulheres e pessoas magras.</p> <p>Encaminhar para grupo de auto ajuda.</p> <p>Estabelecer relação de confiança com a paciente.</p> <p>Inserir o paciente em atividade recreativa e educativas da UBS.</p> <p>Investigar o uso de medicamentos ou drogas.</p> <p>Monitorar através de visita domiciliar.</p> <p>Orientar sobre as crises de abstinência.</p> <p>Solicitar o comparecimento dos familiares para esclarecimento da doença.</p>	<p>P15 Abuso crônico de álcool</p> <p>P16 Abuso agudo de álcool,</p>
--------------------------------------	--	--

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM DM





Atenção: O enfermeiro nunca deve iniciar o tratamento para pessoas com diabetes. Na consulta de enfermagem poderá manter a prescrição médica, dando continuidade ao acompanhamento dos usuários controlados. Dessa forma, resguarda-se o enfermeiro quanto ao exercício ético e legal da profissão.



DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM DIABETES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP 02
Acuidade visual prejudicada	Identificar alterações da visão. Orientar sobre complicações da diabetes. Encaminhar para oftalmologia.	F05 Outras perturbações visuais
Ingestão Alimentar excessiva	Estimular o consumo de frutas e verduras. Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência. Programar monitoramento domiciliar. OBS. A intervenção nutricional deve ser adaptada de acordo com a idade de cada paciente, tipo de diabetes, tratamento farmacológico e níveis lipídicos. As recomendações devem centra-se na redução de gordura trans, insaturados e aumento de ácidos graxos, ômega-3 e fibra viscosa (tal como aveia, leguminosas e frutas cítricas),	T02 Apetite excessivo
Sensibilidade periférica prejudicada	Explicar sobre a alteração da sensibilidade devido a diabetes	N94 Neurite/ Nevrite/Neuropatia periférica
Edema postural de MMII em pessoas com diabetes	Avaliar ingestão hídrica Esclarecer dúvidas do paciente/família Evitar alimentos salgados. Investigar o edema e outras patologias de base familiares /ou pessoal Orientar atividade física. Orientar o uso de meias compressivas. Orientar quanto ao uso de medicamentos prescritos.	K07 Edema

	<p>Ensinar, programar e supervisionar o auto monitoramento da glicemia capilar: é recomendada a monitoração da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas as pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2 em uso de insulina em doses múltiplas; em pessoas com bom controle pré prandial, porém com HbA1c elevada, a monitoração da glicemia capilar duas horas após as refeições, pode ser útil. Em pessoas com DM tipo 2 em uso de hipoglicemiantes orais a monitoração da glicemia capilar não é recomendada rotineiramente.</p>	
<p>Ansiedade frente a coleta e resultado de exames</p>	<p>Acolher o usuário conforme suas necessidades. Buscar compreender a expectativa apresentada. Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo. Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado. Estabelecer relação de confiança com paciente. Estimular a confiança no atendimento prestado. Tranquilizar o usuário durante a realização do procedimento. Usar abordagem calma e segura</p>	<p>A13 Receio/ Medo do tratamento</p> <p>T27 Medo de outra doença endócrino/metabólica</p>
<p>Controle do regime terapêutico inadequado</p>	<p>Manter a prescrição médica em pacientes estáveis, desde que o paciente seja reavaliado periodicamente pelo médico. Estimular o auto cuidado. Investigar o uso a medicação. Orientar o uso correto da medicação ao paciente/família. Pesquisar a cetonúria, se a glicemia permanecer alta (>250mg/dL) em testes consecutivos. Orientar para o armazenamento, transporte, preparação e aplicação da insulina (ver quadro: “Armazenamento, transporte, preparação e aplicação da insulina”). Observar efeito adverso da medicação (ver quadro: “ Principais efeitos adversos dos hipoglicemiantes orais e insulinas”).</p>	<p>T87 Hipoglicemia</p> <p>A85 Efeito adverso de fármaco dose correta</p> <p>A 87 Complicações de tratamento médico</p>

Quadro Efeitos adversos dos hipoglicemiantes orais e insulinas

Denominação genérica	Efeitos adversos
Cloridrato de Metformina	Hipotensão postural, hipertensão de rebote na retirada, sedação, distúrbio do sono, cefaleia, vertigens e tonturas, depressão, sinais e sintomas psicóticos, diminuição da libido, xerostomia, hepatotoxicidade, anemia hemolítica, febre.
Glibenclamida	Hipoglicemia, particularmente em idosos, distúrbios gastrintestinais, cefaleia, reações cutâneas, distúrbios hepáticos, alterações hematológicas, aumento de peso. Hipersensibilidade pode ocorrer nas seis primeiras semanas de tratamento.
Gliclazida	Hipoglicemia, particularmente em idosos, distúrbios gastrintestinais, reações cutâneas, distúrbios hepáticos.
Insulinas (NPH e regular)	Hipoglicemia, aumento de peso, edema, lipodistrofia, hipersensibilidade cutânea, reação no local de aplicação.

Fonte: Cadernos da Atenção Básica (2013). BRASIL, 2010.

Quadro - Estratificação do risco metabólico segundo o IMC e a Circunferência Abdominal (CA) combinados

Combinação da medida de CA e IMC para avaliar risco de DM tipo 2			
Classificação do peso	IMC	Circunferência abdominal (cm)	
		Homem: 94 - 102 Mulher: 80 - 88	>102 >88
Baixo peso	<18,5	-	-
Peso saudável	18,5 - 24,9	-	Risco aumentado
Sobrepeso	25 - 29,9	Risco aumentado	Risco alto
Obesidade	≥30	Risco alto	Risco muito alto

Fonte: Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde (2013). SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2005.

Quadro Exames que poderão ser solicitados na consulta de enfermagem no acompanhamento do paciente com diabetes

Exames	Periodicidade
Curva Glicêmica ou Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) – para gestantes	A partir da 24ª semana até 32ª semana
Glicemia de Jejum	A cada 4 meses
Hemoglobina Glicada (HbA1c)	A cada 6 meses
Colesterol total	Anual
Triglicerídeos	
HDL e LDL	
Creatinina	
Exame de urina: Elementos e Sedimentos Anormais (EAS)	
AST ou TGO e ALT ou TGP	
Proteína e Creatinina em amostra de urina	

Quadro Medicamentos mantidos na consulta de enfermagem

Medicamentos	Dose mínima (mg)	Dose máxima (mg)
Glibenclamida 5 mg	2,5	20
Insulinas NPH e Regular	Conforme prescrição médica	
Metformina 500 e 850 mg	500	2.550

Quadro - Manejo da hipoglicemia pelo paciente, família e serviço de saúde.

Paciente	Ingerir 10 g a 20 g de carboidrato de absorção rápida: 150ml de suco de laranja ou refrigerante comum, uma colher de sopa de açúcar ou mel ou duas balas. Reavaliar o manejo e repetir em 10 a 15 minutos, se necessário.
Amigo ou Familiar	Se a pessoa não conseguir engolir, não forçar. Pode-se colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e levá-lo imediatamente a um serviço de Saúde.
Serviço de Saúde	Se existirem sinais de hipoglicemia grave, administrar 25 mL de glicose a 50% via endovenosa em acesso de grande calibre, com velocidade de 3 ml/min e manter veia com glicose a 10% até recuperar plenamente a consciência ou glicemia maior de 60 mg/dL; manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina; pacientes que recebem sulfonilureias devem ser observados por 48h a 72h para detectar possível recorrência. Marcar retorno após recuperação.

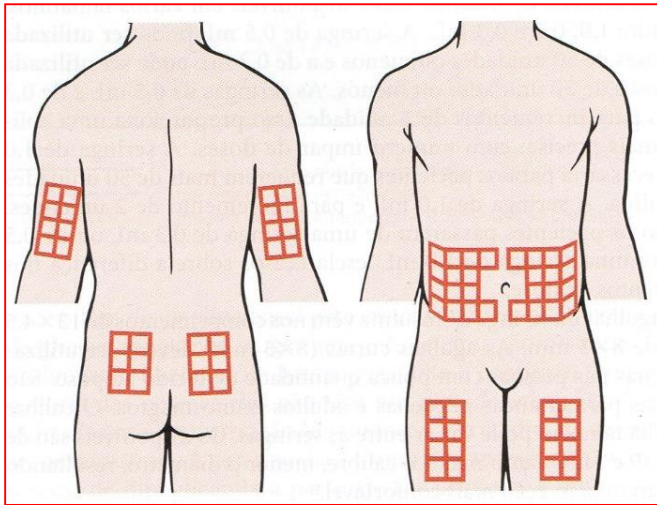
Fonte: Cadernos da Atenção Básica 36 e 28 (2013); BRASIL, 2010; BRASIL, 2012.

Quadro – Recomendações para o armazenamento, transporte, preparo e aplicação da insulina

Armazenamento	As insulinas lacradas precisam ser mantidas refrigeradas entre 2°C a 8°C; após aberta, o frasco pode ser mantido em temperatura entre 15°C e 30°C para minimizar dor no local da injeção, ou também em refrigeração, entre 2°C a 8°C; não congelar a insulina; como a porta da geladeira é a região de maior oscilação de temperatura, com isso o melhor lugar para guardar a insulina na geladeira é acima da gaveta de legumes, evitando colocar em recipientes que possam comprometer a conservação, como caixas de isopor; após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira. Por isso, é importante orientar que a pessoa anote a data de abertura no frasco; orientar sobre o aspecto normal das insulinas e sua observação antes da aplicação, descartando o frasco em caso de anormalidades.
Seringas e agulhas	Apesar de serem descartáveis, as seringas com agulhas acopladas podem ser reutilizadas pela própria pessoa, desde que a agulha e a capa protetora não tenham sido contaminadas; o número de reutilizações é variável, de acordo com o fabricante, mas deve ser trocada quando a agulha começar a causar desconforto durante a aplicação; considera-se adequada a reutilização por até oito aplicações sempre pela mesma pessoa; a seringa e a agulha em uso podem ser mantidas em temperatura ambiente; após o uso, a seringa deve ser “recapada” pela pessoa. Não se recomenda higienização da agulha com álcool; o descarte da seringa com agulha acoplada deve ser realizado em recipiente próprio para material perfurocortantes, ou em recipiente rígido resistente, como frasco de amaciante; não é recomendado o descarte do material em garrafa PET devido a sua fragilidade; quando o recipiente estiver cheio, a pessoa deve entregar o material na UBS para que a mesma faça o descarte adequado.
Preparação	Lavar as mãos com água e sabão antes da preparação da insulina; o frasco de insulina deve ser rolado gentilmente entre as mãos para misturá-la, antes de aspirar seu conteúdo; em caso de combinação de dois tipos de insulina, aspirar antes a insulina de ação curta (Regular) para que o frasco não se contamine com a insulina de ação intermediária (NPH).
Métodos e locais de aplicação	Não é necessária a realização da antissepsia do local de aplicação com álcool; o local deve ser pinçado levemente entre dois dedos e a agulha deve ser introduzida completamente, em ângulo de 90 graus; Em crianças ou indivíduos muito magros esta técnica acima pode resultar em aplicação intramuscular, com absorção mais rápida da insulina. Nestes casos podem-se utilizar agulhas mais curtas ou ângulo de 45 graus; não é necessário puxar o êmbolo para verificar a presença de sangue; deve-se esperar cinco segundos após a aplicação antes de ser retirar a agulha do subcutâneo, para garantir injeção de toda a dose de insulina; a aplicação subcutânea pode ser realizada nos braços, abdômen, coxas e nádegas (Ver figura – “Locais de aplicação de insulina”); a velocidade de absorção varia conforme o local de aplicação, sendo mais rápida no abdômen, intermediária nos braços e mais lenta nas coxas e nádegas; no caso de necessidade do uso da insulina regular, útil no tratamento da hiperglicemia pós-prandial, a administração deve ocorrer 30 minutos antes da refeição. A insulina regular também pode ser aplicada por via intravenosa e intramuscular, em situações que requerem um efeito clínico imediato; é importante mudar sistematicamente do local de aplicação de insulina de modo a manter uma distância mínima de 1,5 cm entre cada injeção; orientar a pessoa a organizar um esquema de administração que previna a replicação no mesmo local em menos de 15 a 20 dias, para prevenção da ocorrência de lipodistrofia.
Transporte e viagens	Colocar o frasco em bolsa térmica ou caixa de isopor, sem gelo comum ou gelo seco; na ausência de bolsa térmica ou caixa de isopor, o transporte pode ser realizado em bolsa comum, desde que a insulina não esteja exposta à luz solar ou calor excessivo; em viagens de avião, não despachar o frasco com a bagagem, visto que a baixa temperatura no compartimento de cargas pode congelar a insulina.

Fonte: Adaptado dos Cadernos da Atenção Básica 36 e 28 (2013)

Figura – Locais de aplicação de insulina



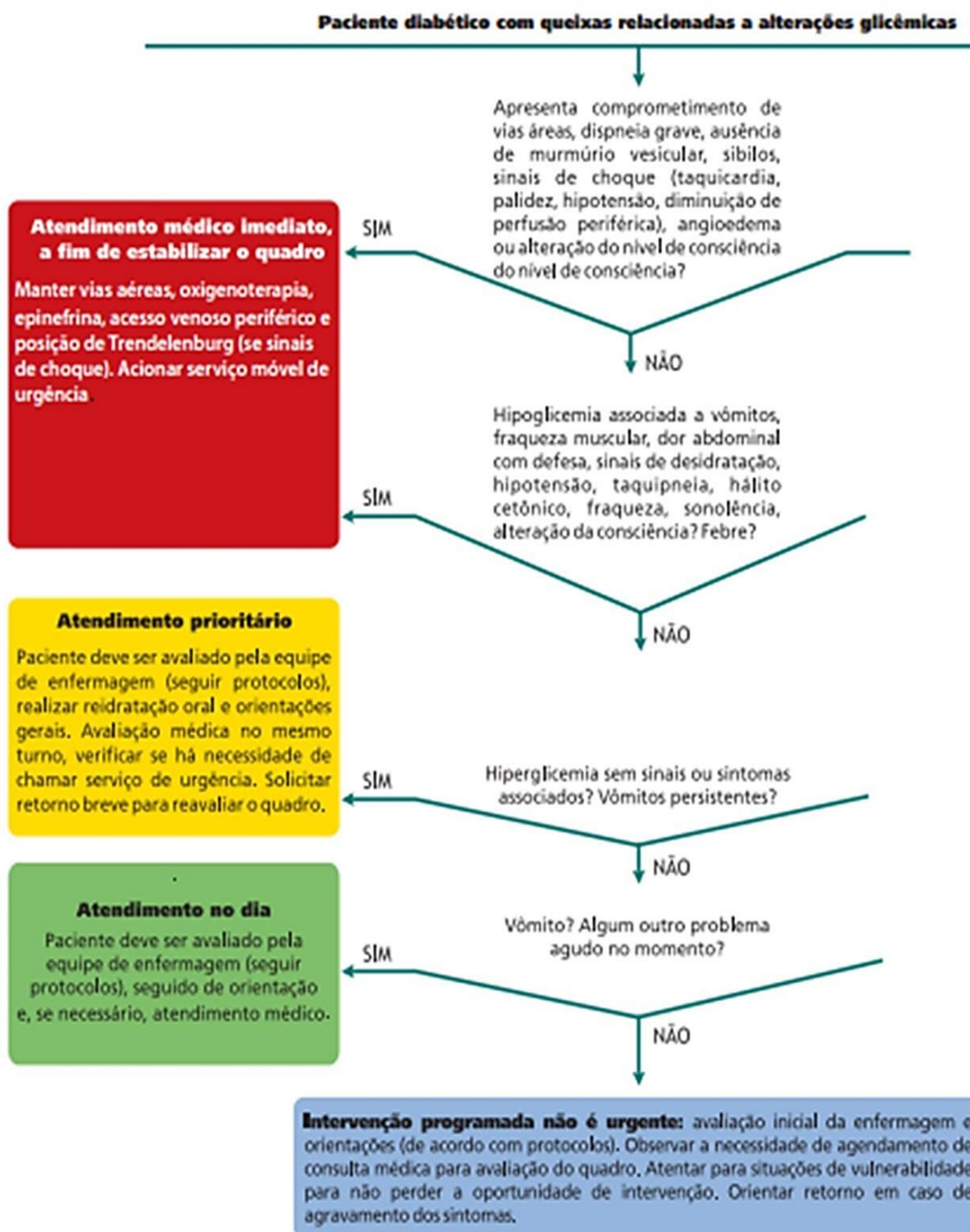
Fonte: MICHEL, 2013.

Figura – Técnica para corte de unhas dos pés



Fonte: BRASIL, 2016. Ministério da Saúde. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade das pessoas com diabetes que procuram atendimento por demanda espontânea



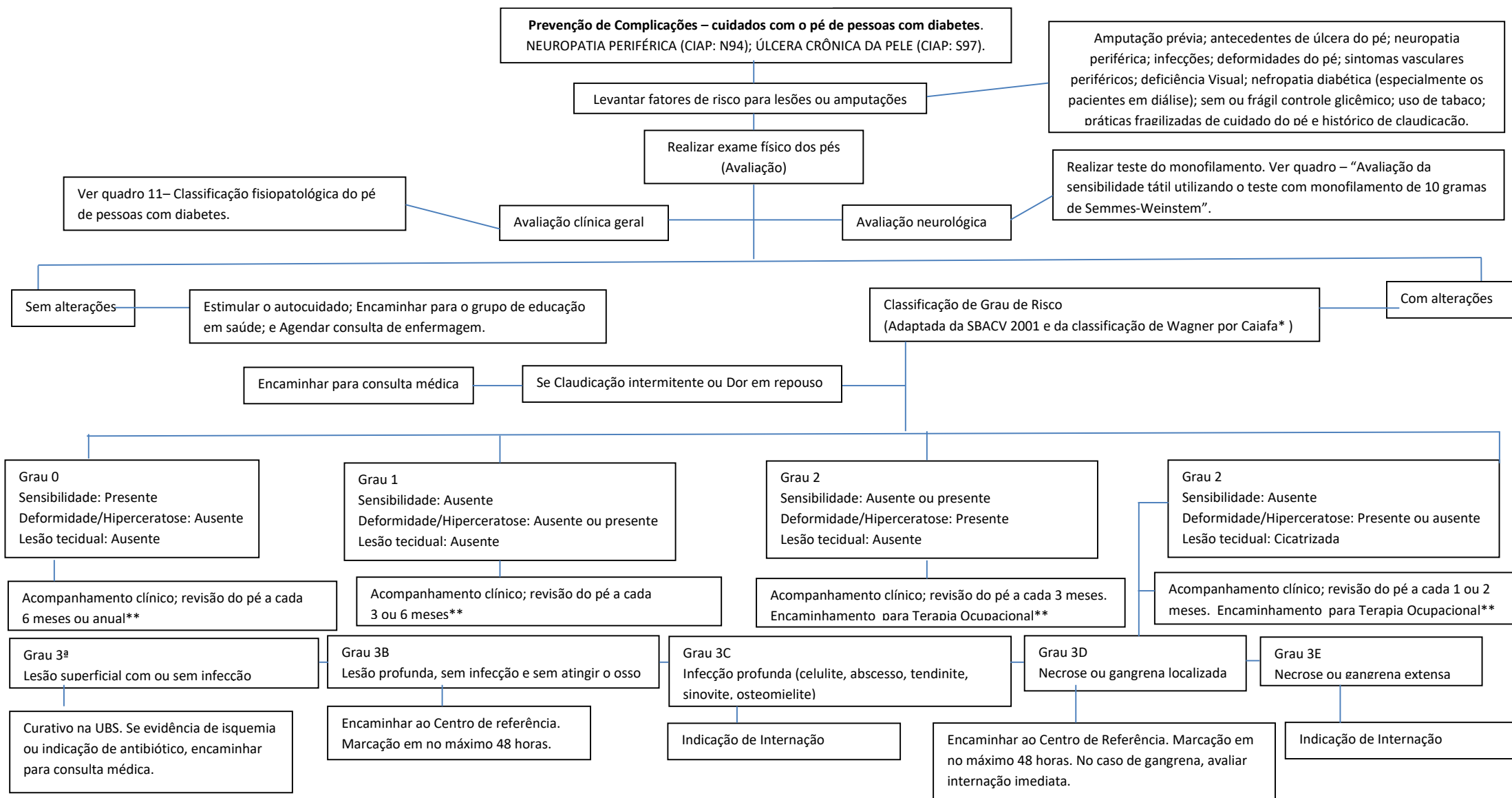
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

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

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

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

PREVENÇÕES DE COMPLICAÇÕES – CUIDADOS COM O PÉ DE PESSOAS COM DIABETES



Quadro 1.1 – Classificação fisiopatológica do Pé Diabético, segundo sinais e sintomas

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

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

Quadro – Avaliação da sensibilidade tátil utilizando o teste com monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstem

Material	Monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstem*
Método de avaliação	Ver quadro – “Método de avaliação da sensibilidade tátil utilizando o teste com monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstem”.
Técnica de aplicação	O filamento é aplicado sobre a pele perpendicularmente produzindo uma curvatura no fio. Essa curvatura não deve encostar-se à pele da pessoa, para não produzir estímulo extra. Ver figura – “Técnica de aplicação do teste com monofilamento de Semmes-Weinstem”.
Locais para avaliação	Ver figura – “Locais para avaliação do teste com monofilamento de Semmes-Weinstem”.

Fonte: BRASIL, 2016. Ministério da Saúde. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.

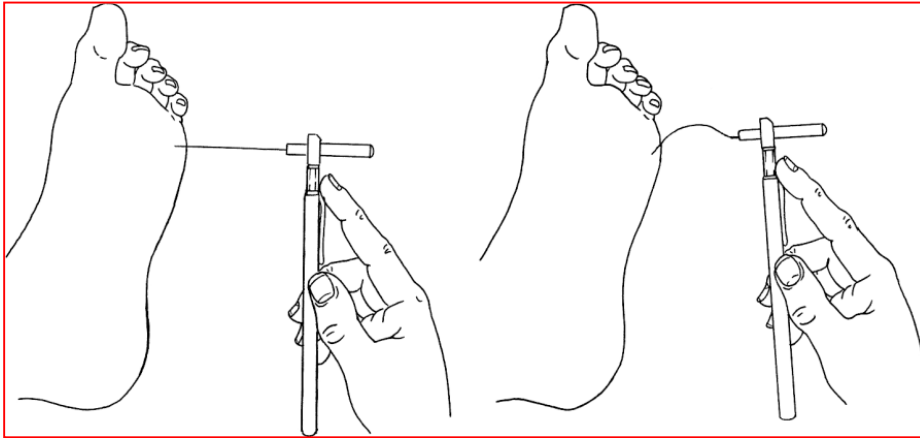
*O monofilamento não é de uso individual ou descartável. Recomenda-se que seja realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso. É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada dez pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 gramas. A vida útil do produto, em geral, é de 18 meses (BRASIL, 2013).

Quadro – Método de avaliação da sensibilidade tátil utilizando o teste com monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstem

1º - Paciente sentado ou deitado com os pés apoiados.
2º - Esclarecer o paciente sobre o teste.
3º - Solicitar ao mesmo que feche os olhos e diga “sim” cada vez que perceber o contato com o monofilamento.
4º - Aplicar o monofilamento perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque.
5º - Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele.
6º - O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento a sua remoção não deve exceder 2 segundos.
7º - Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde está sendo tocado (Pé Direito ou Esquerdo).
8º - Serão pesquisados quatro pontos, em ambos os pés.
9º - Aplicar duas vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação.
10º - A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
11º - A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

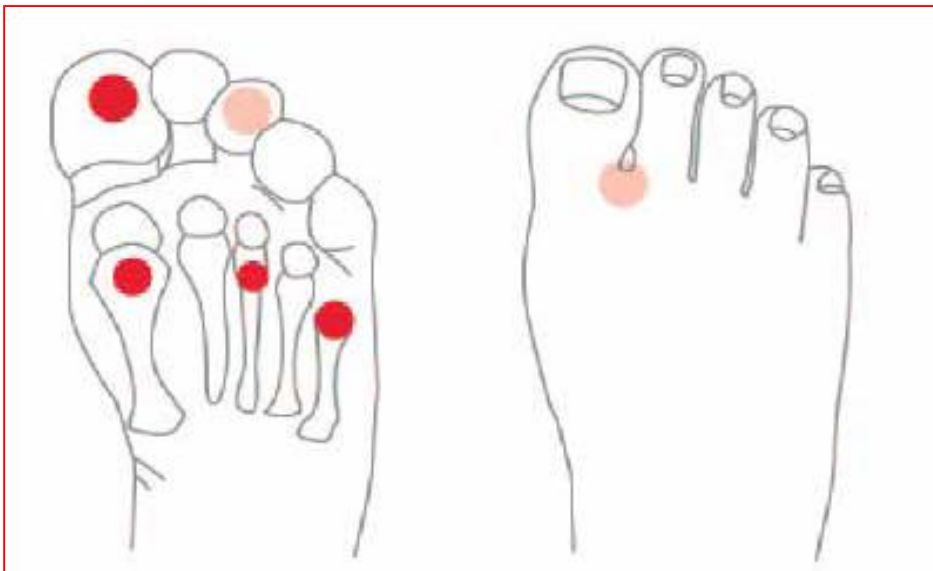
Fonte: Adaptado de OCHOA-PACE, 2005; APELQVIST *et al.*, 2008 apud BRASIL, 2016

Figura - Técnica de aplicação do teste com monofilamento de Semmes-Weinstem



Fonte: APELQVIST *et al.*, 2008 apud BRASIL, 2016.

Figura - Locais para avaliação do teste com monofilamento de Semmes-Weinste



Fonte: BOULTON *et al.*, 2008 apud BRASIL, 2016

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA APS NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES - CUIDADOS COM O PÉ DE PESSOAS COM DIABETES

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	CIAP
Sensibilidade da pele prejudicada	<p>Explicar sobre as alterações da sensibilidade devido a diabetes;</p> <p>Orientar prevenção de acidentes;</p> <p>Orientar uso de calçados adequados: pessoas com deformidades ósseas (por exemplo: martelo, proeminente cabeça dos metatarsos, joanetes) podem precisar de sapatos extra largos ou profundos. Pessoas com deformidade óssea extrema (por exemplo, pé Charcot) que não podem ser acomodadas com calçado terapêutico comercial podem precisar sapatos moldados.</p> <p>Orientar uso de vestiário adequado;</p> <p>Avaliar o pé do paciente diabético e orientar sobre os cuidados;</p> <p>Pacientes com lesões nos pés: realizar acompanhamento e supervisionar os curativos, iniciando o tipo de cobertura para cada caso, exceto nos casos de curativos compressivos onde a indicação deve ser feita pelo médico. (ver protocolo feridas);</p> <p>Estimular a participação em grupos educativos (ver paródia, “cuidados com o pé diabético”, e quadro “dez passos para uma alimentação saudável para pessoa com DM”.</p>	<p>N 94 Neurite/Nervrite/ Neuropatia Periférica</p> <p>S 97 Úlcera Crônica da pele</p> <p>K 92 Doença Vascular periférica</p> <p>L 17 Sinais/Sintomas do pé/dedos pé</p> <p>N 05 Formigamento/parestesia nos dedos das mãos/pés</p>

ANEXOS

Paródia:

CUIDADOS COM O “PÉ DIABÉTICO” -

É PRECISO AMAR OS SEUS PÉS

(É preciso saber viver – Titãs)

(Autora: ACS Marileide Ximenes Borges Silva –

USF Byron Sarinho – Recife-PE)

Lave seus pés diariamente

Com água morna e sabão

Não precisa de água quente

Para não queimá-los não

Enxugar bem os seus pés

Especialmente entre os dedos

Vai ter sempre seus pés perfeitos

Aplicar creme hidratante

Para evitar as rachaduras

Examinando bem seus pés

Cuidar bem de suas unhas

Ter cuidados com os dedos

Unhas encravadas ou arranhões

Para não ter complicações

Refrão: É preciso olhar bem os pés

É preciso amar os seus pés

É preciso cuidar bem dos pés

Cuidar bem dos pés

Não cortar as suas unhas

Com tesoura ou alicates

Para não ferir a pele

E causar deformidade

Ter cuidados com sapatos

Que possam apertar seus pés

E não ande descalço também

Trocar as meias todo dia

É uma boa opção

Quadro – Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com DM

1. Realize 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.
2. Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como os <i>diet, zero ou light</i> . Utilize adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas! Leia os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.
3. Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais. O ideal é consumir seis porções diárias (uma porção = 1 pão francês ou 2 fatias de pão de forma ou 4 colheres de sopa de arroz).
4. Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus. Recomenda-se ingerir, pelo menos, três porções diárias (uma porção de verduras = 3 colheres de sopa; e de legumes = 2 colheres de sopa). Lembre-se: legumes como batata, mandioca e cará não são recomendados.
5. Consuma frutas diariamente. O ideal são três porções diárias (uma porção = 1 maçã média ou 1 banana ou 1 fatia média de mamão ou 1 laranja média). Para evitar o aumento da glicemia, prefira consumir as frutas acompanhadas com leite, aveia, linhaça, granola <i>diet</i> ou como sobremesa após as refeições, sendo preferencialmente com casca ou bagaço, por possuírem maiores quantidades de fibras.
6. Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, <i>chips, sopas e molhos prontos</i> etc.). Prefira temperos naturais como alho e <i>ervas aromáticas</i> . Use pouco sal para cozinhar.
7. Diminua o consumo de alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguiça, suã etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga). Prefira leite semidesnatado ou desnatado e carnes magras (músculo, acém, lombo etc.).
8. Consuma peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana.
9. Reduza a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evite o uso da banha de porco. Prefira alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.
10. Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício!

Fonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste II.

Nota: No *Cadernos de Atenção Básica, nº 38 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Obesidade* você encontrará anexas tabelas por grupos alimentares com a lista de equivalência das porções de alimentos em gramas, medidas usuais e correspondentes de consumo com o seu respectivo conteúdo calórico.

Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. In Standards of Medical Care in Diabetesd2015. Diabetes Care 2015;38(Suppl. 1):S8–S16

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

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

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

CAIAFA. J.S. et. al. - Atenção integral ao portador de Pé Diabético - J Vasc Bras 2011, Vol. 10, Nº 4, Suplemento 2

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

COREN-PB. Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Estado da Paraíba. 2. ed. João Pessoa, 2015.

MICHEL, Brenda. Condutas de Enfermagem: DIABETES MELITO. In: LEWIS, Sharon L. et al. Tratado de enfermagem médico - cirúrgica: Avaliação e assistência dos problemas clínicos. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Cap. 49. p. 1219-1255.

MILECH. A.et. al. - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il.

OPAS:Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHAT IS DIABETES? - <http://www.who.int/diabetes/en/> - acess in 27/09/2016

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE

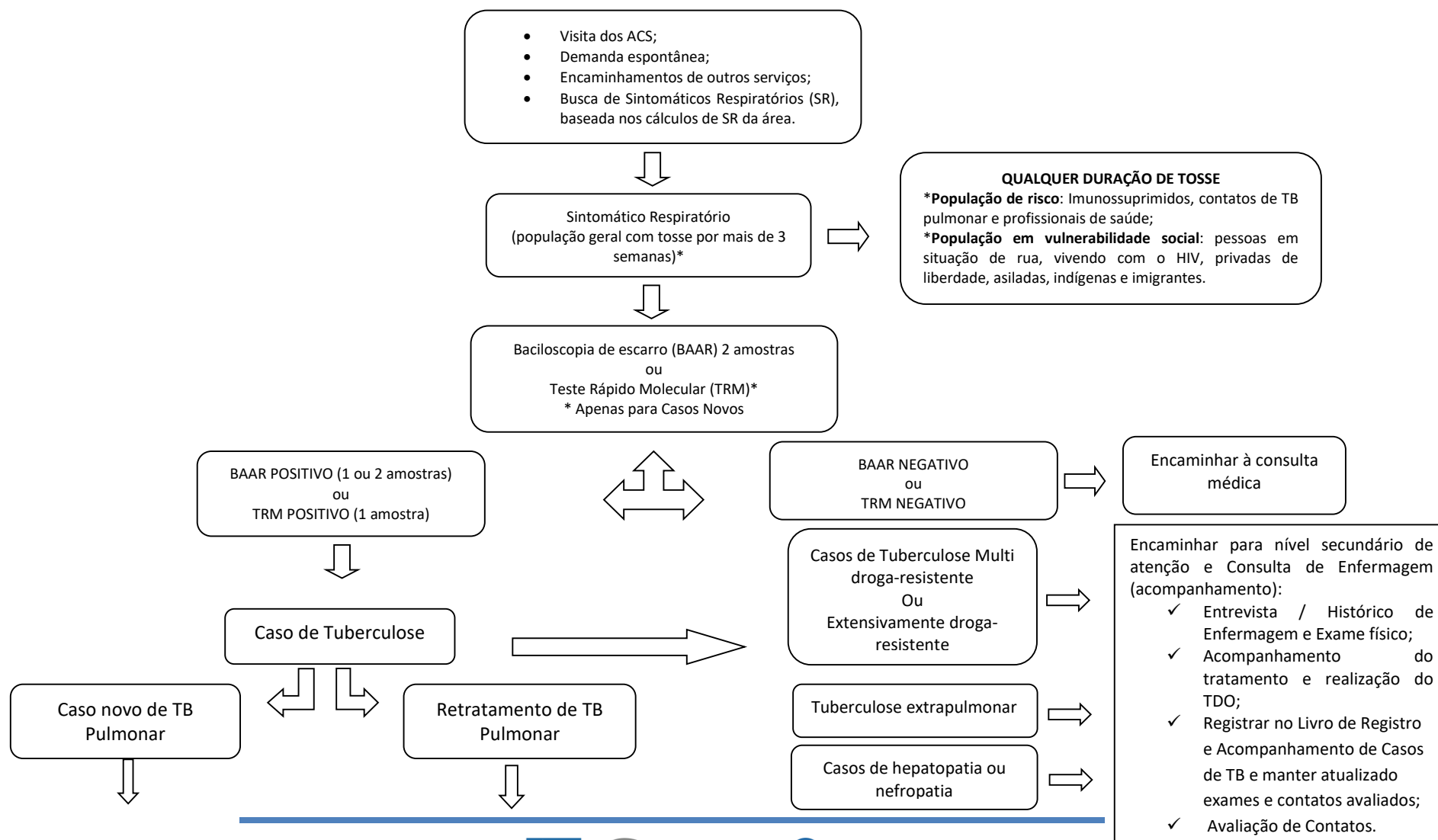
Grizelle Sandrine de Araújo Rocha

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, causada por um microrganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose (TB) pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2011).

É um dos principais problemas de saúde mundo, sendo a doença infecciosa mais mortal existente, tendo superado o HIV em número de mortes, sendo a suscetibilidade à infecção praticamente universal (Global Tuberculosis, 2015). O Brasil é um dos 22 países que detém uma alta carga de tuberculose, estando na 18ª posição mundial (BRASIL, 2011). É notória a necessidade de ações efetivas de detecção, controle e combate da doença no país.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA BUSCA E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM ADOLESCENTES MAIORES DE 10 ANOS E ADULTOS

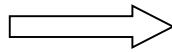


Consulta / Acompanhamento de Enfermagem:

- ✓ Entrevista / Histórico de Enfermagem e Exame físico;
- ✓ Orientação quanto à coleta de escarro;
- ✓ Solicitação de baciloscopia (mensal para TB Pulmonar), Raio X (no início, 2º e 6º mês de tratamento), aconselhamento e testagem anti- HIV ;
- ✓ Solicitação de Cultura de BK e Teste de Sensibilidade antimicrobiano (TS) para **TODOS OS CASOS** com suspeita de TB, independentemente do resultado da baciloscopia;
- ✓ Iniciar tratamento segundo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, prioritariamente em Tratamento Diretamente Observado (TDO);
- ✓ Notificar o caso;
- ✓ Registrar no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e manter atualizado exames e contatos avaliados (Livro verde);
- ✓ Avaliação de Contatos;
- ✓ Educação em Saúde;
- ✓ Avaliar quais Diagnósticos de Enfermagem baseado na tabela CIPESC se adéquam ao paciente (em anexo);
- ✓ O paciente deverá ser encaminhado ao médico para alta ao final do tratamento com exames de RX e baciloscopia.

TRATAMENTO PARA INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE (ILTB)

Consulta e acompanhamento da equipe de saúde*;
Prescrição da quimioprofilaxia pelo profissional médico.



Consulta / Acompanhamento de Enfermagem:

- ✓ Entrevista / Histórico de Enfermagem e Exame físico;
- ✓ Notificação do caso;
- ✓ O tratamento para adultos e adolescentes (>10 anos de idade) com **ISONIAZIDA***: 5 a 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 300mg/dia;
- ✓ Para crianças (< 10 anos de idade): 10 mg/Kg/dia de peso até dose máxima de 300mg/dia;
- ✓ Tempo de tratamento de 6 a 9 meses e o paciente deverá ser acompanhado mensalmente;
- ✓ O tratamento para adultos e adolescentes (>10 anos de idade) com **RIFAMPICINA***: 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600mg/dia;
- ✓ Para crianças (< 10 anos de idade): 10 mg/Kg/dia de peso até dose máxima de 600mg/dia;
- ✓ Tempo de tratamento de 4 meses e o paciente deverá ser acompanhado mensalmente.

*Escolha à critério médico.

*Indicações para o tratamento de ILTB:

1. Crianças < 10 anos contatos de casos pulmonares:

• PT* igual ou superior a 5mm ou IGRA** positivo – em crianças, independentemente do tempo decorrido da vacinação por BCG.

* Prova tuberculínica

**Dosagem sanguínea de interferon gama

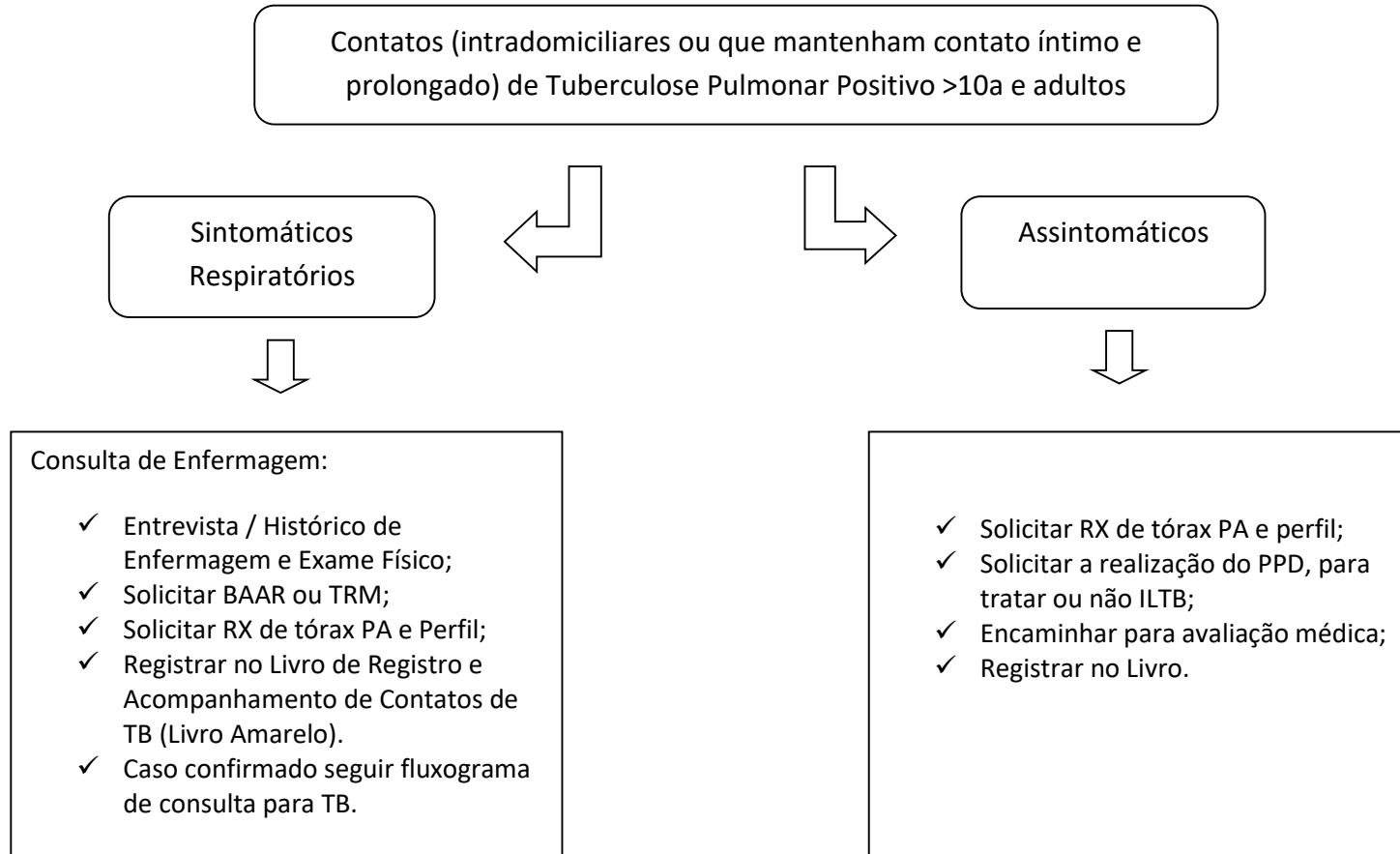
2. Adolescentes (>10 anos) e adultos:

PT ≥ 5mm ou IGRA positivo	PT ≥ 10mm ou IGRA positivo	Conversão*
HIV/AIDS**	Silicose	Contatos de TB confirmadas por critério laboratorial
Contatos adultos e adolescentes (≥ 10 anos)	Neoplasias com quimioterapia imunossupressora	Profissional de saúde
Uso de inibidores do TNF-a	Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas	Profissional de laboratório de micobactéria
Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB	Insuficiência renal em diálise	Trabalhador de sistema prisional
Uso de corticosteróides (>15mg/dia de prednisona por >1mês) e Pré-transplante que fará uso de terapia imunossupressora	Diabetes mellitus; baixo peso (20 cigarros/dia); Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia.	Trabalhadores de instituições de longa permanência

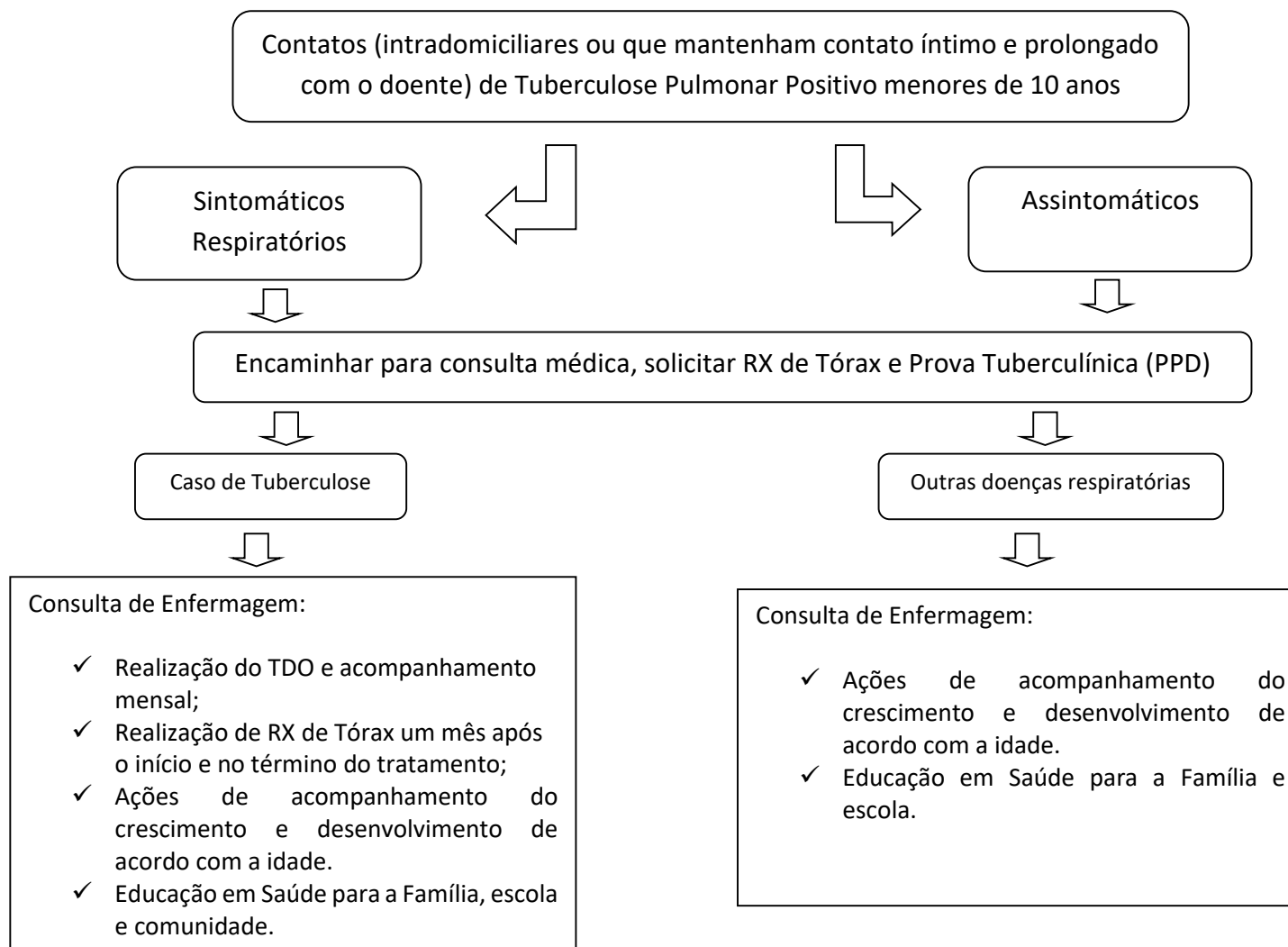
Notas: * Conversão do PT - segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT.

** Especificidades na condução do paciente com HIV/AIDS.

EXAME DE CONTATOS PARA ADOLESCENTES MAIORES DE 10 ANOS E ADULTOS



EXAME DE CONTATOS PARA CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS



TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM ADOLESCENTES MAIORES DE 10ANOS E ADULTOS (ESQUEMA BÁSICO PARA TUBERCULOSE PULMONAR E RETRATAMENTO)

Regime	Fármaco	Faixa de peso	Unidade / dose	Meses de tratamento
2 RHZE* Fase intensiva ou de ataque	Rifampicina: 150 mg Isoniazida: 75 mg Pirazinamida: 400 mg Etambutol: 275 mg	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		51 a 70 kg	4 comprimidos	
		> 70 kg	5 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	Rifampicina: 300/150 mg** Isoniazida: 150/75 mg	20 a 35 Kg	1 comp 300/150mg ou 2 comp 150/75mg	4
		36 a 50 Kg	1comp 300/150mg + 1comp de 150/75mg ou 3 comp 150/75mg	
		51 a 70 Kg	2 comp 300/150mg ou 4 comp 150/75mg	
		Acima de 70 Kg	2 comp 300/150mg + 1comp de 150/75mg ou 5 comp 150/75mg	

*R = Rifampicina; H = Isoniazida; Z = Pirazinamida; E = Etambutol.

**Nova apresentação 300/150mg em comprimido.

Obs.: O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e está recomendado o uso de Piridoxina (50mg/dia) durante a gestação pela toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido.

TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM CRIANÇAS MENORES DE 10ANOS

Regime	Fármaco*	Faixa de peso						
		Até 20 kg	> 21 a 25 kg	> 26 a 30 kg	> 31 a 35 kg	>36 a 39 kg	> 40 a 44 kg	> 45 kg
		mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia
2 RHZ* Fase intensiva ou de ataque	R	15 (10- 20)	300	450	500	600	600	600
	H	10 (7- 15)	200	300	300	300	300	300
	Z	35 (30- 40)	750	1000	1000	1500	1500	2000
4 RH Fase de manutenção	R	15 (10- 20)	300	450	500	600	600	600
	H	10 (7- 15)	200	300	300	300	300	300

*R = Rifampicina; H = Isoniazida; Z = Pirazinamida.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES PARA PESSOAS COM TUBERCULOSE

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES	CIAP 02
Respiração alterada em suspeito de tuberculose	<p>Esclarecer sobre formas de transmissão da tuberculose;</p> <p>Estimular aumento da ingestão hídrica;</p> <p>Investigar perda de peso e sudorese noturna;</p> <p>Investigar tosse: frequência e tipo de expectoração;</p> <p>Orientar coleta de escarro para exame;</p> <p>Orientar o usuário a proteger a boca com lenço ao tossir;</p> <p>Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado, mantendo as janelas abertas;</p> <p>Orientar repouso com a cabeceira elevada;</p> <p>Orientar o usuário a retornar em dia e horário agendados;</p> <p>Solicitar BAAR.</p>	<p>A70 Tuberculose</p> <p>A03 Febre</p> <p>A13 Problemas de sudorese</p> <p>R05 Tosse</p> <p>T03 Perda de apetite</p> <p>T08 Perda de peso</p>
Emagrecimento	<p>Avaliar condições de moradia e ambiente familiar;</p> <p>Estimular aumento da ingestão hídrica;</p> <p>Comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades;</p> <p>Encaminhar para consulta médica;</p> <p>Estimular o consumo de frutas, verduras, vitaminas, sucos, farelo, aveia, leite;</p> <p>Investigar hábitos alimentares individuais e familiares;</p> <p>Monitorar peso corporal;</p> <p>Participar das atividades da Unidade de Saúde;</p> <p>Preparar os alimentos dando uma boa aparência;</p> <p>Programar monitoramento domiciliar;</p> <p>Promover discussão sobre os determinantes do emagrecimento;</p> <p>Verificar a necessidade de suplementação alimentar.</p>	<p>A70 Tuberculose</p> <p>T03 Perda de apetite</p> <p>T08 Perda de peso</p>

<p>Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/tuberculose</p>	<p>Encaminhar para a oficina de gestante; Encaminhar para maternidade de referência de pré-natal de alto Risco; Monitorar a gestante: presença nas consultas no serviço de referência e uso correto da medicação; Notificar à epidemiologia; Orientar a amamentação mesmo que haja sangramento em fissura mamilar mamária; Orientar esquema terapêutico; Orientar medidas de prevenção de transmissão até três semanas de tratamento; Realizar baciloscopia de controle mensalmente; Fazer busca ativa dos contatos; Realizar visita domiciliar; Registrar no prontuário e carteira de gestante; Orientar a retornar no dia e horário agendados; Orientar a tomada a medicação conforme prescrito.</p>	<p>A70 Tuberculose A85 Efeitos secundários de um fármaco R05 Tosse</p>
<p>Controle do regime terapêutico adequado de tuberculose</p>	<p>Estimular o aumento da ingestão hídrica; Investigar a coloração da urina; Orientar ao paciente sobre a interação medicamentosa com o álcool; Parabenizar o usuário pela melhora apresentada; Reforçar a importância da manutenção do tratamento para cura; Reforçar a orientação sobre o horário da medicação; Reforçar a orientação sobre possíveis efeitos colaterais; Orientar a retornar no dia e horário agendados.</p>	<p>A70 Tuberculose A85 Efeitos secundários de um fármaco A25 Medo de morrer</p>
<p>Controle do regime terapêutico inadequado de tuberculose</p>	<p>Encorajar o paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e as dificuldades para adesão ao tratamento; Estimular o aumento da ingestão hídrica; Investigar coloração da urina; Investigar sobre efeitos colaterais;</p>	<p>A70 Tuberculose A85 Efeitos secundários de um fármaco R05 Tosse R 24 Hemoptise A03 Febre</p>

	<p>Orientar ao paciente sobre a interação medicamentosa com o álcool/outras medicamentos; Orientar o paciente sobre a importância do uso da medicação no horário e doses prescritas; Programar monitoramento domiciliar; Reforçar a importância da manutenção do tratamento para cura; Orientar a retornar na data e horário agendados.</p>	<p>A13 Problemas de sudorese T03 Perda de apetite T08 Perda de peso A25 Medo de morrer A13 Receio ou medo do tratamento</p>
Ansiedade frente a coleta e resultado de Exames	<p>Acolher o usuário conforme suas necessidades; Buscar compreender a expectativa apresentada; Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo; Esclarecer o usuário quanto aos achados em exames; Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado; Estabelecer relação de confiança com a paciente; Estimular a confiança no atendimento prestado; Orientar quanto terapêutica medicamentosa; Orientar periodicidade do exame; Tranquilizar o usuário durante a realização do procedimento; Usar abordagem calma e segura.</p>	<p>A70 Tuberculose A85 Efeitos secundários de um fármaco</p>
Ansiedade decorrente do estado de saúde Atual	<p>Acolher o usuário conforme suas necessidades; Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente; Envolver família/pessoa significativa nos cuidados; Esclarecer sobre sintomatologia apresentada; Estabelecer relação de confiança com a paciente; Estimular a participação em grupos de apoio e lazer; Estimular o apoio familiar e comunitário; Estimular o fortalecimento do vínculo terapêutico; Identificar rede de apoio familiar e comunitário; Identificar as causas da ansiedade; Identificar fatores precipitantes;</p>	<p>A70 Tuberculose A25 Medo de morrer A13 Receio ou medo do tratamento</p>

	<p>Incentivar a socialização através de atividades físicas e de lazer; Monitorar através de visita domiciliar; Orientar quanto às técnicas de relaxamento; Realizar visita domiciliar.</p>	
Processamento de informação limitado	<p>Avaliar contexto familiar; Disponibilizar as informações através de recursos didáticos; Estabelecer escuta ativa; Estabelecer vínculo entre Unidade de Saúde, escola e família; Estimular a participação em oficinas; Manter vínculo com o usuário; Oferecer as informações de maneira clara e centrada na dúvida presente; Participar de oficinas e grupos educativos; Programar monitoramento domiciliar; Retornar no dia horário agendados; Selecionar as informações mais importantes e repassá-las de forma clara para a família.</p>	A70 Tuberculose
Compreensão comprometida	<p>Disponibilizar as informações de forma gráfica, conforme necessário a compreensão pelo paciente/família; Estabelecer escuta ativa; Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/família; Programar monitoramento domiciliar; Retornar no dia e horário agendados; Solicitar visita da equipe para reforçar as orientações recebidas.</p>	A70 Tuberculose
Conhecimento insuficiente	<p>Disponibilizar as informações através de recursos didáticos; Estabelecer vínculo com o usuário; Estimular a participação em oficinas;</p>	A70 Tuberculose

	<p>Estabelecer escuta ativa; Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/família; Programar monitoramento domiciliar; Retornar no dia e horário agendados; Solicitar visita da equipe para reforçar as orientações recebidas.</p>	
--	---	--

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2011.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global tuberculosis report 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 20 de junho de 2016.

PROTOCOLO DE HANSENÍASE

Carla Carolina Alexandrino Vicente da Silva

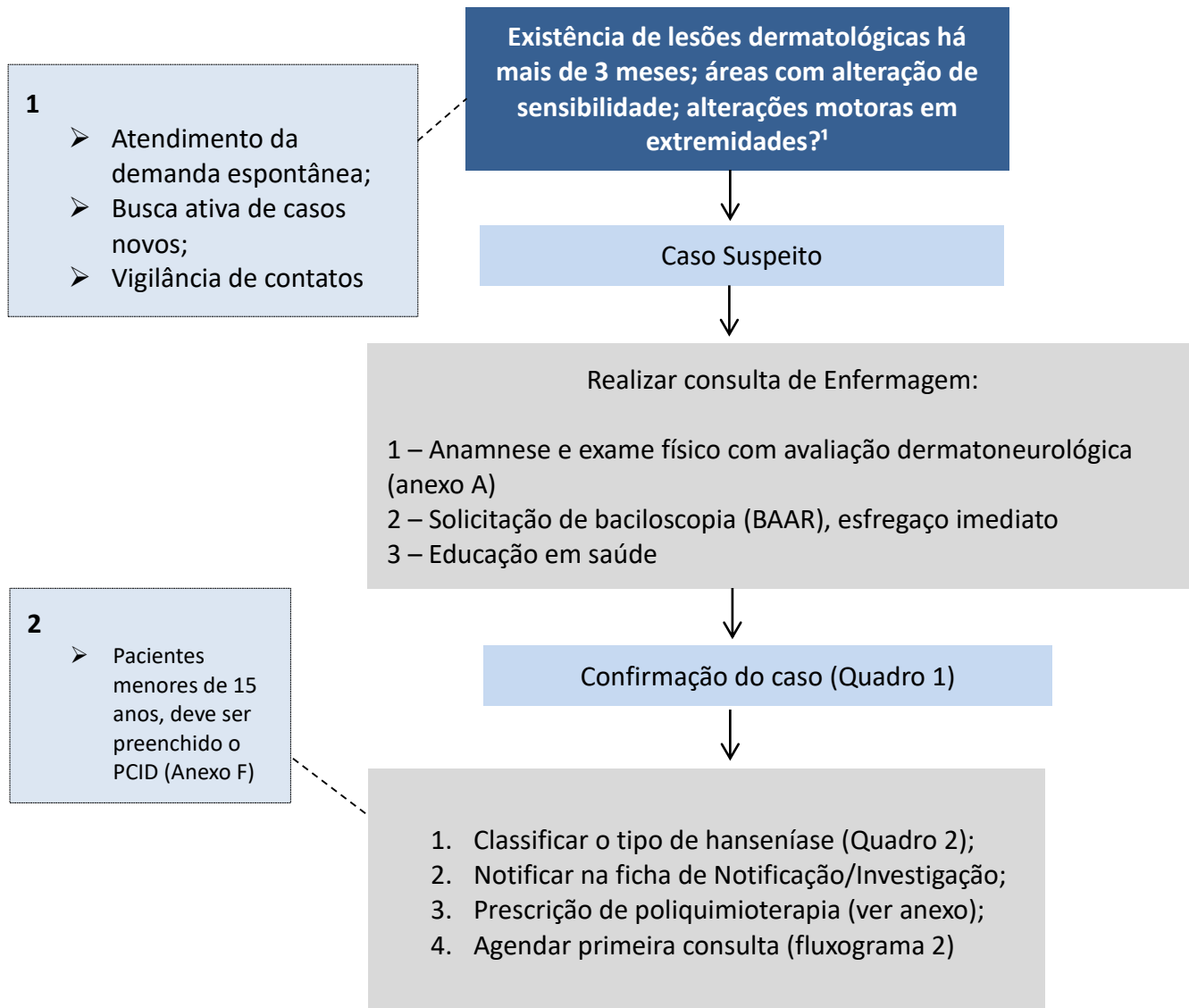
INTRODUÇÃO

Hanseníase representa um importante problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência, bem como evolução crônica, capacidade de provocar lesões incapacitantes ou deformantes e facilidade de proliferação de focos de infecção.

A estratégia saúde da família se constitui em um dos principais eixos responsáveis por realizar medidas preventivas e curativas para controle e eliminação das doenças, uma vez que está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência à saúde.

Dentro desse contexto o enfermeiro na atenção à pessoa com hanseníase tem papel fundamental, entre eles: assistir o paciente desde o momento do diagnóstico, até o acompanhamento pós-alta, com uma assistência individualizada e sistematizada, possibilitando melhor interação, maior adesão ao tratamento, promoção do autocuidado e redução das incapacidades físicas consequentes à doença (DUARTE, AYRES, SIMONETTI; 2009).

SUSPEIÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE



PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CASO CONFIRMADO DE HANSENÍASE

Primeira consulta de caso confirmado de hanseníase



1. Consulta de Enfermagem (anamnese, histórico psicossocial, exame físico geral e dermatoneurológico) – (Anexo A);
2. Avaliação do grau de incapacidades¹ - (Anexo B e Quadro 5);
3. Administrar a dose supervisionada e fornecer a autoadministrada;
4. Agendar retorno para 28 dias/Consulta subsequente (Fluxograma 3)
5. Averiguar necessidade e encaminhar para especialidades, quando necessário;
6. Agendamento e avaliação dos contatos intradomiciliares (Fluxograma 4);
7. Educação em saúde (autocuidado).

(VER ANEXO)

¹ Deve ser realizado no diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta por cura.

(VER ANEXO)

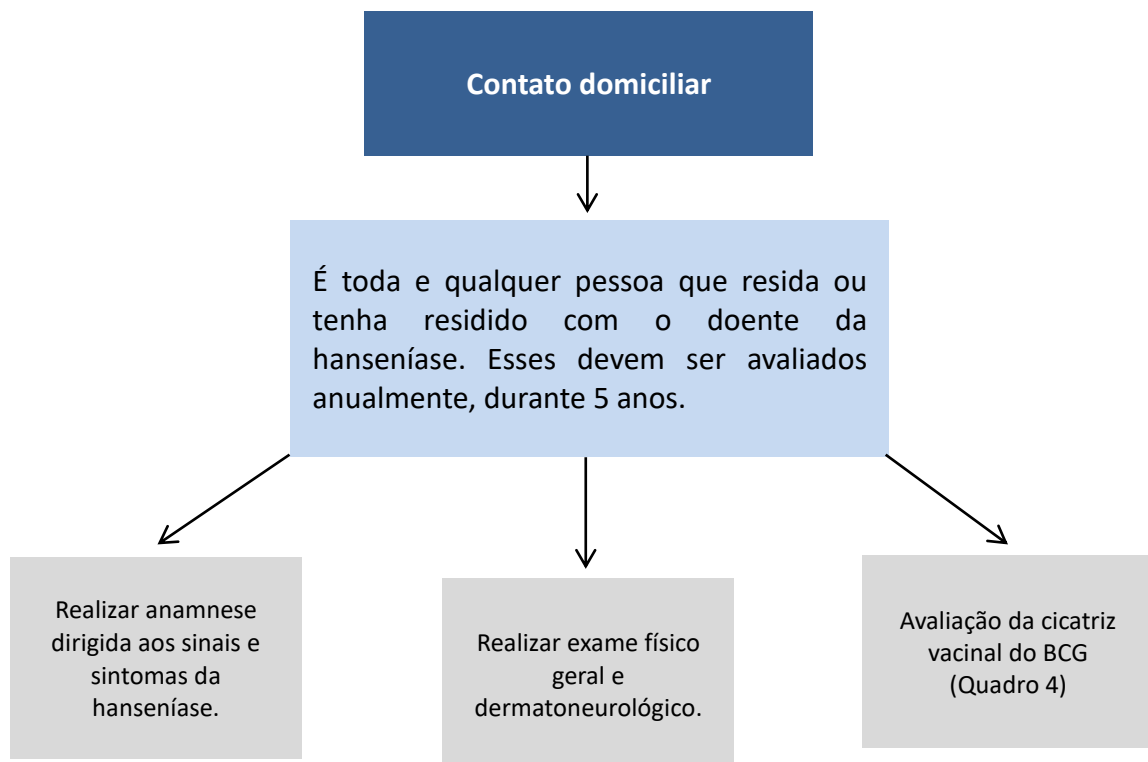
CONSULTA SUBSEQUENTE DE ENFERMAGEM DO CASO CONFIRMADO DE HANSENÍASE

Consulta subsequente



1. Anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica em todas as consultas (Anexo C, B);
2. Avaliação neurológica simplificada a cada 3 meses (Anexo D);
3. Investigar possíveis sinais e sintomas de efeitos colaterais da PQT e/ou reação hansênica (Fluxograma 5);
4. Suspender PTQ e encaminhar para consulta médica, em casos de reações adversas à PTQ;
5. Encaminhar para consulta médica, em caso de reação hansênica.

CONSULTA DE ENFERMAGEM DOS CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE



CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM REAÇÃO HANSÊNICA

Suspeição de estado reacional
(Quadro 6)



Encaminhar para consulta médica



Confirmada reação hansênica 1 ou 2



Consulta de Enfermagem



1. Anamnese e exame físico;
2. Orientar sobre autocuidado;
3. Orientar quanto à prescrição medicamentosa (adesão, horários, posologia);
4. Realizar o controle de PA, glicemia, peso (IMC), e avaliação dermatoneurológica mensalmente;
5. Encaminhar ao médico em piora do quadro;
6. Encaminhar ao Terapeuta Ocupacional os casos de reação hansênica.

**DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE
COM HANSENÍASE**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP 02
Controle do regime terapêutico/Hanseníase adequado	Investigar contatos domiciliares; Orientar uso da medicação conforme prescrição; Orientar sobre a doença e as formas de transmissão; Orientar sobre possíveis efeitos colaterais; Reforçar a importância da manutenção do tratamento para cura	A 78 Hanseníase e outras doenças infecciosas
Controle do regime terapêutico inadequado	Estimular o autocuidado; Investigar o uso da medicação; Observar o efeito adverso da medicação; Orientar o uso correto da medicação ao paciente/família;	A 13 Receio/medo do tratamento A 85 Efeito adverso de fármaco dose correta
Autocuidado inadequado	Estimular o paciente na participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade; Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente; Oferecer a assistência até que o paciente seja totalmente capacitado a assumir o autocuidado; Orientar a família/cuidador a importância de estimular o autocuidado.	A 28 Limitação funcional/incapacidade
Autocuidado adequado	Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente	-
Escoriação da pele	Avaliar a situação do ferimento (ver protocolo de feridas); Esclarecer dúvidas quanto às lesões encontradas; Estimular o autocuidado corporal; Orientar sobre cuidados com o ferimento.	S 01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele

Dor	Avaliar frequência, intensidade e localização da dor; Estimular a confiança no atendimento prestado.	N 06 Outras alterações de sensibilidade S 01 Dor e sensibilidade dolorosa da pele
Sensibilidade periférica prejudicada	Orientar prevenção de acidentes; Orientar uso de calçados adequados	S 01 Dor e sensibilidade dolorosa da pele
Ansiedade decorrente do estado de saúde atual	Acolher o usuário conformes suas necessidades; Esclarecer sobre sintomatologia apresentada; Estimular o fortalecimento do vínculo terapêutico	P 24 Dificuldades específicas de aprendizagem
Autoestima prejudicada	Estabelecer relação de confiança com o paciente; Estimular a autoestima do paciente; Favorecer o suporte psicológico para enfrentamento da doença	A 18 Preocupação com a aparência
Conhecimento insuficiente	Disponibilizar as informações através de recursos didáticos; Estabelecer vínculo com o usuário; Estabelecer escuta ativa; Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/família; Solicitar visita da equipe para reforçar as orientações recebidas.	Z 04 Problemas sócio-cultural
Relacionamento interpessoal comprometido	Estimular socialização; Estimular atividade físicas e de lazer; Identificar as relações sociais do paciente e estilo de vida; Levantar suas dificuldades frente a situação relatada.	Z 11 Problema relacionado com o estar doente
Imagem corporal alterada	Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; Estimular a atividade física e de lazer; Estimular o autocuidado corporal; Estabelecer escuta ativa; Orientar o controle do uso de medicação; Relacionar os fatores desencadeantes da mudanças corporais	A 018 Preocupação com a aparência

ANEXO A

**Formulário para primeira consulta de enfermagem ao portador de hanseníase –
Caso Novo**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Data: ____/____/____

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Prontuário: _____

Sexo: () Estado civil: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Anos completos de estudo: _____

Data do Diagnóstico: ____/____/____ Forma clínica: _____

Situação do Tratamento: _____ Data da alta por cura: ____/____/____

2. AMBIENTE

2.1. Condições de habitação: () alvenaria () madeira () material alternativo

Nº de cômodos: ____ Relação morador/quarto: _____

Iluminação: () ótima () boa () regular () ruim

Aeração: () ótima () boa () regular () ruim

Água: () rede () poço () mina () outra

Esgoto: () rede () céu aberto () fossa () outra

Destino dos resíduos sólidos: () coleta pública 3 x ou + / semana () coleta pública 2 x / semana () coleta pública 1 x / semana () queima () outro: ____

Iluminação elétrica: () sim () não

Há alguma condição no seu ambiente que o desagrada? _____

2.2. Condições de trabalho: Onde trabalha? _____

Ocupação: _____

Como realiza o trabalho? _____

Como é o ambiente de trabalho? (relação espaço físico/trabalhador; iluminação; aeração, presença de ruídos).

Há alguma condição no ambiente que o incomoda _____

3. QUEIXAS _____

4. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

Apresenta alguma outra doença?

HAS () DM () Cardiopatias () Dislipidemias () Neoplasias () Outras _____

Medicamentos em uso: _____

Apresenta alguma doença na família? HAS () DM () Neoplasias () Outras: _____

5. INVESTIGAÇÃO DOS APARELHOS:

Sistema nervoso: cefaléia (); tonturas (); desmaios (); outros _____

Sistema cardiorrespiratório: falta de ar (); palpitações (); dor pré-cordial(); outros _____

Sistema Digestivo: náuseas (); vômitos (); queimação (); dor (); outros _____

Eliminação urinária: frequência _____;

sintomas: _____

Eliminação intestinal: frequência: _____; consistência: _____ sintomas: _____

G P A: _____ DUM: ___/___/___ CO: ___/___ Menopausa ___/___/___

Padrão sexual: vida sexual ativa () sim () não Alterações após o aparecimento da doença? _____

Imunização: dT: esquema completo? sim () última dose ___/___/___ não ()

Hepatite B: sim () não () N/I ()

6. HÁBITOS DE VIDA

6.1. Alimentação habitual: refeições/dia: _____

principais alimentos: _____

6.2. Tabaco: () Sim () Não Quantidade/dia: _____

6.3 Álcool: () Sim () Não Quantidade/dia: _____

6.4 Outras drogas: () Sim () Não Qual: _____

6.5. Ativ. Física: () Sim () Não Qual: _____ Frequência: _____

6.6 Ativ. de lazer (frequência): _____

6.7 Sono: () Calmo () Agitado () Insônia () Aumento de sono

Repouso/dia: () Sim () Não

7. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS/COMUNICANTES/ REDE DE APOIO

7.1 Casa própria () Casa cedida () Casa alugada () Outra: _____

7.2 Quem reside/residiu nos últimos 5 anos na sua casa?

Nome	Grau de parentesco	Renda	BCG	Dose/data

Renda familiar aproximada: _____ Per capita: _____

7.3 Como é sua relação com a família? Tem atritos constantes com alguém? _____

7.4 Como é sua relação no trabalho? Tem atritos constantes com alguém? _____

7.5 Quem você procura quando precisa de ajuda? Com quem você pode contar? _____

8. CONHECIMENTO SOBRE A HANSENÍASE

8.1 O(a) Sr(a). sabe o nome da doença para a qual está fazendo este tratamento? _____

8.2 O que o(a) Sr(a). sabe sobre ela? _____

8.3 Teve contato com outras pessoas portadoras de Hanseníase/que tratavam de alguma doença de pele?
Quem? _____

9. REAÇÕES FRENTE AO DIAGNÓSTICO

9.1 Como o Sr(a) recebeu o diagnóstico de hanseníase? _____

9.2 O que significa para o(a) Sr(a) ter/ ter tido hanseníase? _____

10. SOBRE O TRATAMENTO ATUAL (adesão/dificuldades)

10.1 Tem tido dificuldades em comparecer às consultas médicas/Enfermagem/coleta de exames?

() Sim () Não Qual? _____

10.2 Tem tido alguma dificuldade com os remédios da Hanseníase? _____

10.3 Como tem tomado? _____

10.4 Em que situações deixa de tomar? _____

EXAME FÍSICO

Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm IMC = _____

PA ↑→: _____ Braço () Cardíaco: _____

Pulmonar: _____ Abdominal: _____

Outros achados: _____ Exame dermatológico: _____

Inspeção das mãos: _____ Inspeção dos pés: _____

N. Radial D: _____ N. Radial E: _____ N. Cubital D: _____

N. cubital E: _____ N. Mediano D: _____ N. Mediano E: _____

N. Fibular D: _____ N. Fibular E: _____ N Tibial Posterior D: _____

N. Tibial posterior E: _____

ANEXO B

Avaliação do grau de incapacidades

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA
NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT

Nome do paciente: _____ Data de
 Nascimento: ___/___/___ SINAN: _____
 Ocupação: _____
 Município: _____ UF: _____
 Data diagnóstico ___/___/___ Classificação Operacional () PB () MB
 Data Cura ___/___/___

Grau	Olhos	Mãos		Pés					
		D	E	D	E				
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual ≥ 0,1 ou 6/60			Força muscular das mãos preservadas E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (Ilás) ou o toque da ponta de caneta esterográfica			Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (Ilás) ou o toque da ponta de caneta esterográfica		
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar			Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (Ilás) ou o toque da ponta de caneta esterográfica			Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (Ilás) ou o toque da ponta de caneta esterográfica		

2	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central, indociclite. E/OU Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6/60, excluídas outras causas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contração, feridas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contração, feridas.		
	MAIOR GRAU OLHOS	(a)	(b)	MAIOR GRAU MÃOS	(c)	(d)	MAIOR GRAU PÉS	(e)	(f)
<p>Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: ___/___/___</p> <p>GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= _____ (valor de 0-12)</p> <p>Grau de Incapacidades NA ALTA PQT Data da avaliação: ___/___/___</p> <p>GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= _____ (valor de 0-12)</p> <p>Assinatura e carimbo avaliador:</p>									

ANEXO C

Formulário sugestão para Consulta Subsequente de Enfermagem ao portador de hanseníase – Caso Novo

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Data: ____/____/____

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Prontuário: _____

Sexo: () Estado civil: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Anos completos de estudo: _____

Data do Diagnóstico: ____/____/____ Forma clínica: _____

Situação do Tratamento: _____ Data da alta por cura: ____/____/____

2. QUEIXAS _____

3. SOBRE O TRATAMENTO ATUAL (adesão/dificuldades)

3.1 Tem tido dificuldades em comparecer às consultas médicas/Enfermagem/coleta de exames?

() Sim () Não Qual? _____

3.2 Tem tido alguma dificuldade com os remédios da Hanseníase? _____

3.3 Como tem tomado? _____

3.4 Em que situações deixa de tomar? _____

EXAME FÍSICO

Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm IMC = _____

PA ↑→: _____ Braço () Cardíaco: _____

Pulmonar: _____ Abdominal: _____

Outros achados: _____ Exame dermatológico: _____

Inspeção das mãos: _____ Inspeção dos pés: _____

N. Radial D: _____ N. Radial E: _____ N. Cubital D: _____

N. cubital E: _____ N. Mediano D: _____ N. Mediano E: _____

N. Fibular D: _____ N. Fibular E: _____ N Tibial Posterior D: _____

N. Tibial posterior E: _____

ANEXO D

Formulário para avaliação neurológica simplificada

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação




FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ Data Nasc. ____/____/____
 Ocupação _____ Sexo: M F
 Município _____ Unidade Federada _____
 Classificação Operacional PB B Data início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

FACE	1ª		2ª		3ª	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Fenda (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fechos olhos a/força (mm)						
Fechos olhos c/força (mm)						
Tríquias (S/N) Estrópio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						







Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho Extensão do punho (nervo radial) 						

Legenda: 5=Força D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado



Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Constatamento (S): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
 Garra móvel M Garra rígida R Resistência: ■■■ Fenda: ○







MEMBROS INFERIORES	1ª / /	2ª / /	3ª / /
Questão principal			
Palpação de nervos	D	E	D E
Fibular			
Tibial			



Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /	2ª / /	3ª / /
	D	E	D E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 			
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo tibial) 			

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª	2ª	3ª
D	E	D E
		
		

Legenda: Caratofilamento lilás (Jg): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Garras móveis M Garras rígidas R Reabsorção:  Ferida 

Quadro 1 - Definição de caso de hanseníase

A pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT):

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou
- b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou
- c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele.

Quadro 2 - Classificação Operacional da Hanseníase

Deve ser feita pelos critérios clínicos (história clínica e epidemiológica e exame dermatoneurológico). Quando disponível a baciloscopia, o seu resultado positivo classifica o caso como MB, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase e também não classifica obrigatoriamente o doente como PB.

São classificados em:

- A) **paucibacilar (pb)** – casos com até cinco lesões de pele.
- B) **multibacilar (mb)** – casos com mais de cinco lesões de pele.

Quadro 3A - Esquema terapêutico para casos paucibacilares

Adulto:

Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.

Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.

Criança:

Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.

Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Duração: 6 cartelas em até 9 meses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento está **concluído com 6 cartelas em até 9**

meses. Na dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

Quadro 3B - Esquema terapêutico para casos multibacilares

Adulto:

Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.

Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg auto administrada.

Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg auto administrada.

Criança:

Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.

Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg auto administrada.

Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg auto administrada em dias alternados.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará **concluído com 12 cartelas em até**

18 meses. Na 12ª dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

Quadro 4 - Esquema de vacinação BCG

Ausência cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever

A vacina BCG deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independente da classificação operacional do caso índice.

Quadro 5 - Critérios para avaliação do grau de incapacidade física

Grau	Características
0	<p>Olhos: Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas e conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60.</p> <p>Mãos: Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p> <p>Pés: Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p>
1	<p>Olhos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.</p> <p>Mãos: Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p> <p>Pés: Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p>
2	<p>Olhos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central; iridociclite e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $< 0,1$ ou 6:60, excluídas outras causas.</p> <p>Mãos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratatura, feridas.</p> <p>Pés: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratatura, feridas.</p>

Quadro 6 - Diagnóstico de reação Hansênica.

Reação tipo 1 ou reação reversa	Reação tipo 2
<p>Aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).</p>	<p>Eritema Nodoso Hansênico (ENH), caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como: febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).</p>

ANEXO V

PCID

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

1 - Unidade de Saúde: _____

2 - Município: _____ 3 - UF: _____

4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____

6 - Nome da Mãe: _____

7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos

9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____

11 - Há quanto tempo reside neste município? _____

12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
 Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano

13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim
 Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____

15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____

17 - Tipos/características de lesões:
 Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Placas eritematomatosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar): _____

18 - Cicatriz de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais

19 - Existem áreas com rarefação de pelo? não sim Onde? _____

20 - Existem nervos acometidos? não sim Quantos? _____

21 - Teste de Histamina:
 não realizado realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	O L H O			M Ã O			P E		
	Sinais e/ou Sintomas	O	H	Sinais e/ou Sintomas	O	H	Sinais e/ou Sintomas	O	H
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda de sensibilidade			Diminuição ou perda de sensibilidade			Diminuição ou perda de sensibilidade		
	Lagrímulas ou eczema			Lesões tocas ou lesões traumáticas			Lesões tocas ou lesões traumáticas		
2	Tigulae			Garras			Garras		
	Opacidade cornea central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 8/1 ou não conta dedos a 5m			Mão caída			Não caída		
							Contratura do tornozelo		

24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim

25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: PB MB

26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____

27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAH E ENCAMINHAR À SMS

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 out 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Pessuto. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 100-107, Mar. 2009 .

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Passuto. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. spe, p. 767-773, Nov. 2008.

FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima et al. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. spe, p. 757-763, Nov. 2008.

RODRIGUES, Francisco Feitosa et al . Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 2, p. 297-304, Abril. 2015.

SILVA JUNIOR, Fernando José Guedes da et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. spe, p. 713-717, Nov. 2008.

PROTOCOLO DE ARBOVIROSES

Adriana Vitorino

INTRODUÇÃO

Dengue, Febre do chikungunya e o Zika vírus, são doenças causadas pelos mosquitos do gênero *Aedes*, sendo chamadas de arboviroses.

Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem prestar o primeiro atendimento aos casos suspeitos de dengue, zika e chikungunya dentro de seu território de abrangência e encaminhar aqueles que necessitarem de procedimentos hospitalar e/ou monitoramento laboratorial para as unidades de referência de seu município.

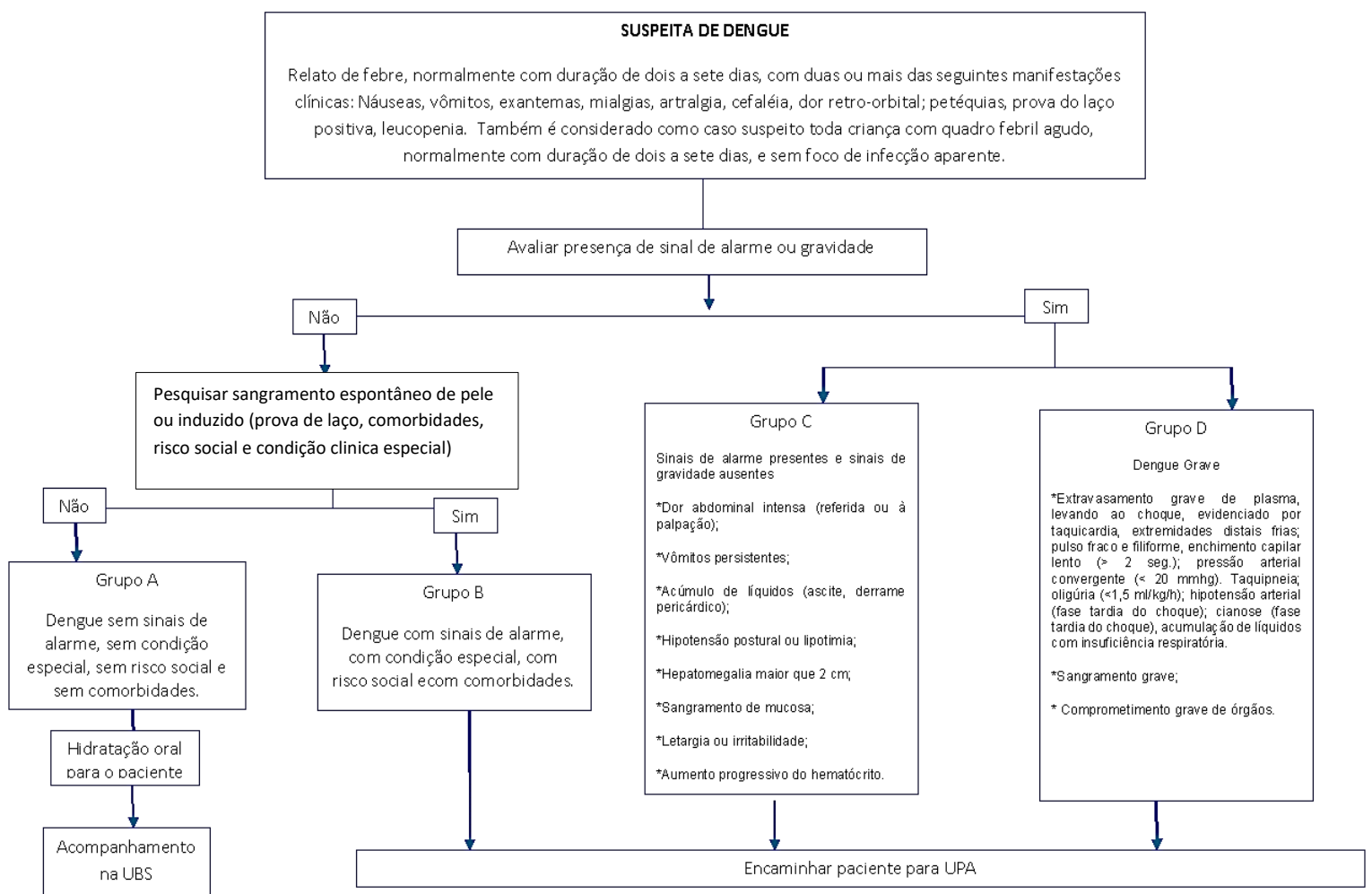
O fluxograma de atendimento da população deve priorizar os pacientes com sinais de alarme, portadores de co-morbidades (diabéticos, asmáticos, hipertensos, portadores de autoimunes e outras), com risco individual aumentado para essas enfermidades. O soro de reidratação oral (SRO), aferição da pressão arterial e a prova do laço devem fazer parte dos procedimentos iniciados já na sala de espera para os casos suspeitos de dengue.

Além da assistência direta às pessoas com suspeita diagnóstica, os profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) devem desenvolver ações de prevenção e controle das arboviroses, promovendo mudanças de hábitos da comunidade, contribuindo para manter o ambiente doméstico livre do *Aedes aegypti*. Além dessa ação educativa, os profissionais da APS contribuirão para aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância por meio da notificação compulsória da ocorrência de casos, diagnóstico e tratamento precoce, com o encaminhamento das formas graves para a rede de referência, resultando na redução de letalidade.

DENGUE

É uma doença causada pelo vírus flavivírus, com 4 sorotipos (DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4). A infecção pelo vírus da dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico, variando desde formas oligossintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito.

CONDUTA CASO SUSPEITO DE DENGUE



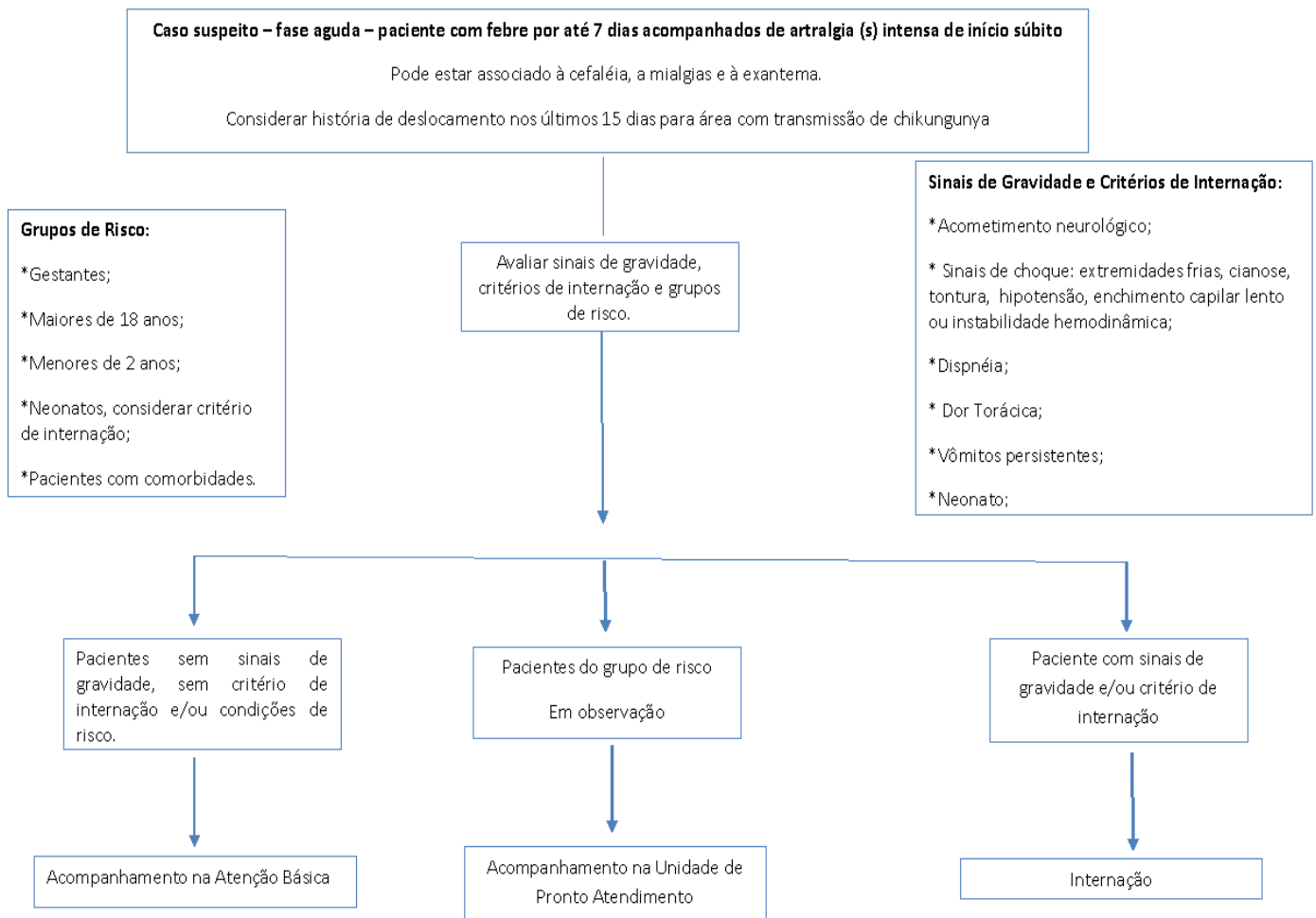
Condições Clínicas Especiais e/ou risco social ou co- morbidades: lactentes (<2anos), gestantes, adultos com idade > 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal, doença ácida péptica e doenças autoimunes. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.

CHIKUNGUNYA

É uma doença causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus.

A chikungunya se divide em três fases: aguda, subaguda e crônica. A fase aguda dura em média 10 dias. A Subaguda normalmente dura de 10 a 90 dias e é caracterizada pelo desaparecimento da febre, persistência ou agravamento da artralgia; Edema; Astenia, prurido generalizado e exantema. A fase crônica pode durar de 90 dias até 3 anos, sendo caracterizada pelo comprometimento das articulações, dor com ou sem edema; limitação do movimento e deformidade.

CONDUTA EM CASO SUSPEITO DE CHIKUNGUNYA



ZIKA

É uma doença causada pelo vírus Flavivírus transmitida principalmente por mosquitos, cujos sintomas desaparecem em até 7 dias. Somente 18% dos pacientes irão apresentar os sintomas clássicos descritos. O diagnóstico da doença ocasionada pelo vírus Zika é feito através de testes laboratoriais que permitam diferenciar entre chikungunya e zika, já que as manifestações clínicas produzidas são parecidas

As gestantes com suspeita de Zika segue um fluxo diferente do que foi descrito, onde toda gestante com exantema deve ter como conduta a coleta para pesquisa de Zika Vírus, através do PCR até o 5º dia de início dos sintomas, amostra de sangue, e até o 8º dia amostra, de urina. (protocolo de microcefalia).

PCR (Biologia Molecular)	
Exame	Espécime clínico/ Quantidade
Zika vírus Dengue Toxoplasmose Citomegalovírus	Sangue periférico (tubo EDTA – 5 ml) e Urina (mínimo – 3 ml)

CONDUTA CASO SUSPEITO ZIKA VÍRUS

CASO SUSPEITO: Paciente que apresente exantema e/ou febre baixa (37,8 a 38,5 °C) E um ou mais dos seguintes sintomas (que não se explica por outras condições médicas): artralgia ou mialgia; conjuntivite não purulenta ou hiperemia conjuntival; cefaléia ou mal estar; edema periarticular ; prurido.

Seguir tratamento Sintomático, conforme prescrição Médica.

Em caso de gestante, a mesma deve continuar realizando o pré-natal no serviço de atenção básica, exceto em situações que modifiquem a classificação do risco obstétrico.

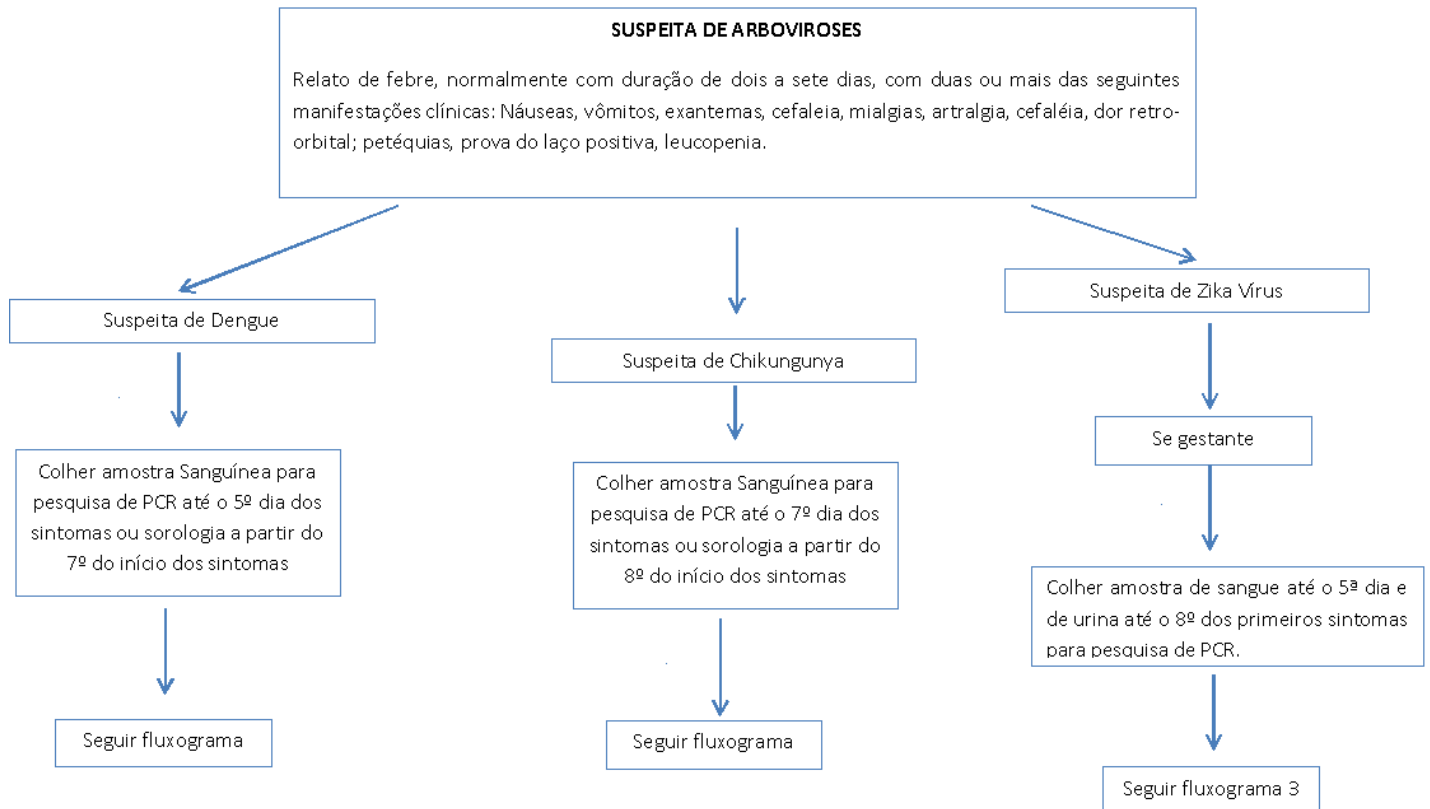
OBS: De acordo com a portaria 204 de 17/02/2016 do Ministério da Saúde, as arboviroses são doenças de notificação compulsória. A dengue é de notificação mediata, passando a ser imediata em caso de suspeita de óbito pela mesma. A chikungunya, também é de notificação mediata, quando se detecta caso suspeito em área de transmissão do mosquito, passando a ser imediata quando se suspeita do caso em área onde não há transmissão do mosquito e também em caso de óbito com suspeita da mesma. O Zika Vírus é de notificação imediata quando se suspeita do óbito e também quando se suspeita em gestantes.

QUADRO I: CARACTERIZAÇÃO DA ARBOVIROSE

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Sem febre ou subfebril \leq 38°C (1-2 dias subfebril)	Febre alta > 38°C (2-3 dias)
Manchas na pele (Frequência)	Surge a partir do quarto dia 30-50% dos casos	Surge no primeiro ou segundo dia 90-100% dos casos	Surge 2-5 dia 50% dos casos
Dor nos músculos (Frequência)	+++ / +++	++ / +++	+ / +++
Dor na articulação (frequência)	+ / +++	++ / +++	+++ / +++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50-90% dos casos	30%
Cefaleia (Frequência e intensidade)	+++	++	++
Prurido	Leve	Moderada/Intensa	Leve
Hipertrofia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	ausente	Leve
Acometimento Neurológico	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em Neonatos)

Por se tratar de sintomas semelhantes, geralmente ao atender um paciente com as características referidas, suspeita-se das três doenças, sendo chamadas de arboviroses.

RESUMO DE ATENDIMENTO A UM PACIENTE COM SINTOMATOLOGIA PARA ARBOVIROSES



**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE
COM SUSPEITA DE ARBOVIROSE**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP 02
Febre de Início súbito	Controle da temperatura de 4/4h. Estimular a ingesta hídrica. Observar diurese. Administrar/orientar medicação prescrita.	A03 Febre
Prurido exantema	Aplicar compressas, umedecidas em água, na pele do paciente. Manter unhas aparadas e lixadas. Orientar banho e higiene com uso de sabonete neutro. Administrar/orientar medicação prescrita. Realizar prova do laço.	S02 Prurido S08 Alterações da cor da pele S29 Sinais/Sintomas de pele, outros
Dores	Orientar a evitar ambientes claros. Estimular o repouso relativo. Utilizar a escala de dor para tomada de conduta. Administrar/orientar medicação prescrita	N01 Cefaléia F01 Dor no olho L18 Dores Musculares L19 Sinais/Sintomas musculares NE L20 Sinais/Sintomas articulares NE
Náuseas e Vômitos	Avaliar sinais de desidratação. Terapia de reidratação oral. Observar e estimular a ingesta de alimentos e de líquidos. Monitorar o peso e diurese do paciente.	D09 Náusea D10 Vômito
Risco de Choque	Realizar a prova do laço. Verificar sinais vitais. Transferir paciente ao serviço de urgência ao identificar clínica sugestiva de choque.	N29 Sinais/sint. Do sistema neurológico, outro

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adultos e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Febre de chikungunya: manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco.** Versão N° 02. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria estadual de Saúde. Secretaria executiva de vigilância em saúde. **Plano de Enfrentamento das Doenças Transmitidas pelo *Aedes aegypti* no estado de Pernambuco.** Versão N° 01. Pernambuco, novembro de 2015. **1º edição – Pernambuco, 2015.)**

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, nota técnica nº38/2015 – Circulação do Vírus Chikungunya no estado de Pernambuco – orientações aos serviços de saúde.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, atualização nota técnica nº59/2015 – Zika Vírus – orientações para vigilância e assistência a saúde.

55° Consejo Directivo, 68° Sesión Del Comité De La OMS para Las Américas, Actualización Sobre El Vírus Del Zika En La Región De Las Américas, EUA, Washinton D.C., 2016

PROTOCOLO COVID-19

Juliana Karla de Albuquerque e Emanuela Rozeno

INTRODUÇÃO

A infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose o qual é classificado como um Betacoronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo. A transmissão entre humanos ocorre principalmente por contato com pessoas sintomáticas e contaminadas, através das gotículas respiratórias, sendo as mãos não adequadamente higienizadas e o contato com objetos ou superfícies contaminadas, um dos veículos de maior potencial de transmissibilidade.

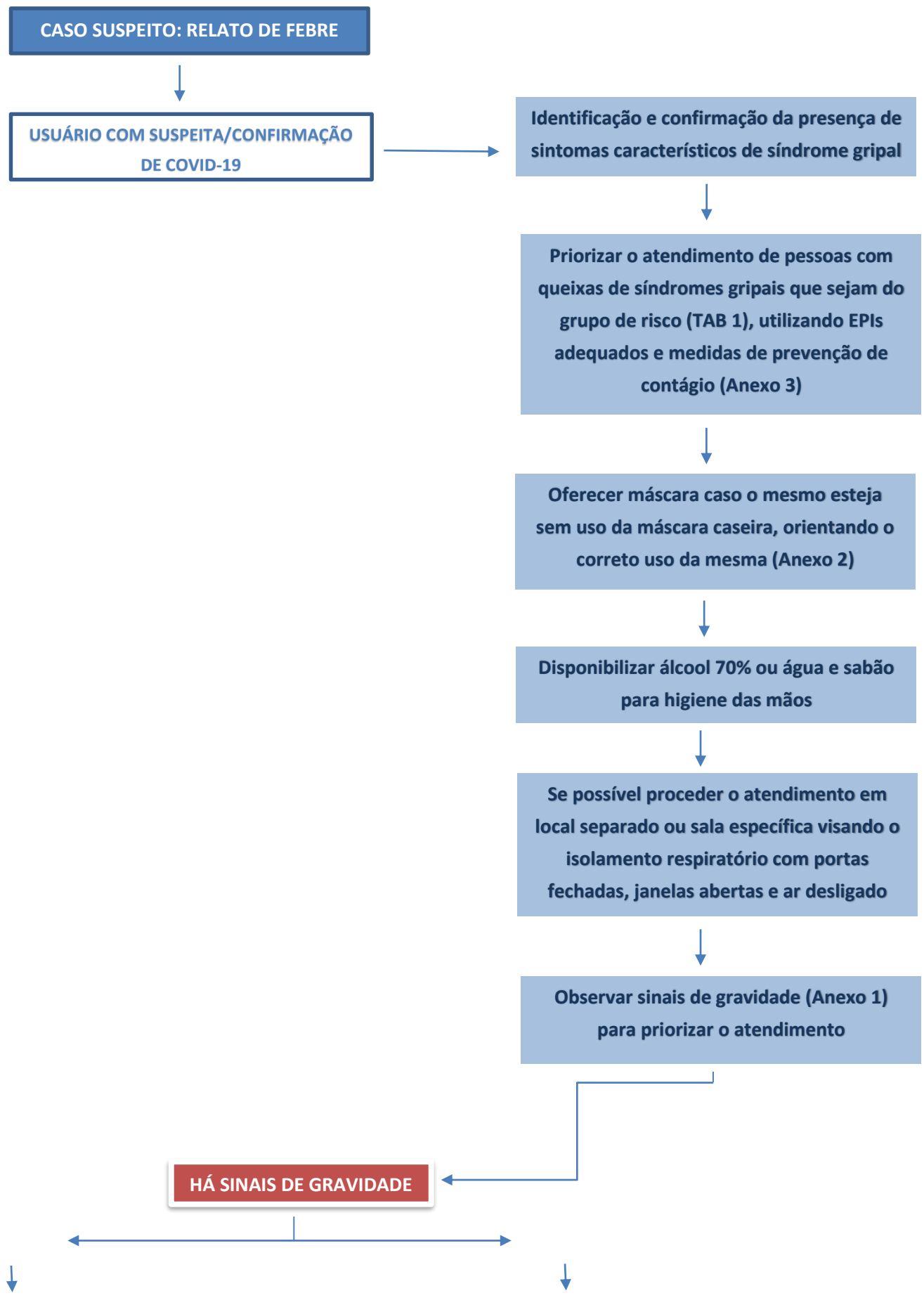
O período médio de incubação da infecção por SARS-CoV-2 é estimado em 5 a 6 dias, com intervalo que pode variar de 0 a 14 dias.

Em 20 de março de 2020 foi decretado, através da Portaria GM/MS n. 454 o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (Covid-19) e diante desse contexto epidemiológico se faz necessário estabelecer fluxo de atendimento de casos suspeitos/confirmados pelo novo coronavírus na Atenção Básica oferecendo instrumento os enfermeiros na porta de entrada do SUS.

RESUMO DE ATENDIMENTO PARA CASOS SUSPEITOS/CONFIRMADOS DE SARS-COV-2 (COVID-19)

Casos suspeito: Relato de febre (> ou = 37,8 C) de início súbito, mesmo que referida, persistente (3-4 dias) acompanhada de tosse (com ou sem produção de catarro) ou dor de garganta ou dificuldade respiratória E pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaléia, fadiga, dispneia, mal estar, mialgia ou artralgia, sintomas respiratórios do trato superior, sintomas gastrointestinais (raros) como diarreia, náuseas e vômitos ou anorexia.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de Síndrome Gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.





- Garantir a estabilização clínica conforme o suporte disponível na unidade
- Fazer anamnese com especial atenção aos pacientes do grupo de risco (Tabela 1)
- Realizar exame físico contemplando a aferição da pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação do oxigênio, peso, temperatura e glicemia capilar (em diabético)
- Solicitar avaliação clínica do médico da unidade para definir encaminhamento do paciente considerando as condições clínicas de risco que indicam a necessidade de avaliação da síndrome gripal em centro de referência/atenção especializada (Tabela 2)
- Transportar aos centros de referência ou serviços de urgência/emergência ou hospitais (verificar a disponibilidade de veículo no município para realizar o transporte seguro do paciente)
- Proceder com os registros no prontuário do paciente realizando a sistematização da assistência de enfermagem (Tabela 8)
- Monitorar isolamento domiciliar após a alta, até contemplar 14 dias após o início dos sintomas. Monitorar, preferencialmente por meio telefônico, o isolamento domiciliar como medida de prevenção comunitária e vigilância ativa devendo a ser a cada 24 horas para pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48 horas nos demais
- Caso seja necessário, realizar o atendimento presencial, idealmente no domicílio após a alta



- Fazer anamnese com especial atenção aos pacientes do grupo de risco (Tabela 1)
- Realizar exame físico contemplando a aferição da pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação do oxigênio, peso, temperatura e glicemia capilar (em diabético)
- Encaminhar para avaliação do médico caso algum parâmetro esteja alterado (Tabelas 3 e 4)
- Solicitar exames tendo como referência a quantidade de dias que iniciaram os sintomas (Tabela 4)
- Encaminhar paciente do grupo de risco para o médico da unidade para avaliar a necessidade de prescrever Oseltamivir (Tabela 5 e 6)
- Verificar situação vacinal para gripe) se grupo de risco – gestante, crianças, puérperas e idosos) e vacinar se necessário
- Recomendar isolamento até 14 dias após o início dos sintomas com as devidas medidas de cuidados domésticos (Tabela 7)
- Encaminhar para atendimento médico para atestado até o fim do isolamento
- Orientar o paciente quanto a necessidade de procurar a equipe de saúde quando do surgimento de algum novo sintoma ou piora dos sintomas já presentes para reavaliação
- Orientar ao paciente que durante o isolamento domiciliar ele permaneça em quarto isolado e bem ventilado até o fim do período sintomático
- Orientar sobre higiene respiratória e necessidade de boa alimentação e hidratação
- Orientar quanto a higiene respiratória e os hábitos saudáveis de alimentação
- Orientar para que todos os contatos domiciliares do paciente também permaneçam isolamento domiciliar por 14 dias e na ocasião de surgirem sintomas, deverão entrar em contato com a equipe de saúde para receber atendimento
- Proceder com os registros no prontuário do paciente realizando a sistematização da assistência de enfermagem (Tabela 8)
- Monitorar, preferencialmente por meio telefônico, o isolamento domiciliar como medida de prevenção comunitária e vigilância ativa devendo ser a cada 24hs para pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48hs nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas
- Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, idealmente no domicílio.

Proceder, via plataforma do e-SUS VE (<https://notifica.saude.gov.br>), com a notificação do caso suspeito/confirmado sendo necessário presença de febre para a notificação.

NOTAS

- 1. Classificação por CIAP, pode-se utilizar o CIAP-2 r74 (infecção aguda de aparelho respiratório superior).**
- 2. Casos notificados de síndrome gripal, que posteriormente apresentaram teste para COVID-19 positivo, devem ser renotificados como casos confirmados, informando o resultado do teste.**
- 3. Também é considerado caso confirmado de COVID-19 a pessoa com síndrome gripal e histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.**
- 4. Pessoas com síndrome gripal e exame negativo para COVID-19 são consideradas casos descartados.**

TABELA 1 – CONDIÇÕES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES EM CASOS DE SÍNDROME GRIPAL

CONDIÇÕES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES
RECOMENDAÇÃO DO USO DE OSELTAMIVIR
<ul style="list-style-type: none"> • Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal). • Adultos \geq 60 anos. • Crianças $<$ 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade). • População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso. • Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye). • Indivíduos que apresentem: <ul style="list-style-type: none"> › Pneumopatias (incluindo asma). › Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação). › Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica). › nefropatias. › hepatopatias. › Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme). › Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus). › Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares). › Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide \geq 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros. › Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC \geq 40 em adultos).

Fonte: Ministério da Saúde, maio/2020

TABELA 2 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO QUE INDICAM AVALIAÇÃO DA SÍNDROME GRIPAL EM CENTRO DE REFERÊNCIA/ ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO QUE INDICAM AVALIAÇÃO EM CENTRO DE REFERÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA
<ul style="list-style-type: none"> ● Doenças cardíacas descompensadas ● Doença cardíaca congênita ● Insuficiência cardíaca mal controlada ● Doença cardíaca isquêmica descompensada ● Doenças respiratórias descompensadas ● dPoC e asma mal controlados ● Doenças pulmonares intersticiais com complicações ● Fibrose cística com infecções recorrentes ● Displasia broncopulmonar com complicações ● Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade ● Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) ● Pacientes em diálise ● Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea ● Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos) ● Portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down) ● Diabetes (conforme juízo clínico) ● Gestante de alto risco ● Doença hepática em estágio avançado ● Obesidade (IMC ≥ 40)

Fonte: Ministério da Saúde, maio/ 2020.

TABELA 3 – FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (POR MINUTO) EM CRIANÇAS

IDADE	FREQUÊNCIA
1 a 12 meses	30 a 53
1 a 2 anos	22 a 37
3 a 5 anos	20 a 28
Escolar	18 a 25
Adolescente	12 a 20

Fonte: Ministério da Saúde, maio/ 2020.

TABELA 4 - FREQUÊNCIA CARDÍACA (POR MINUTO) EM CRIANÇAS

IDADE	FREQUÊNCIA EM VIGÍLIA	FREQUÊNCIA EM SONO
Recém-nascido	100 a 205	90 a 160
1 a 12 meses	100 a 180	90 a 160
1 a 2 anos	98 a 140	80 a 120
3 a 5 anos	80 a 120	65 a 100
Escolar	75 a 118	58 a 90

Fonte: Ministério da Saúde, maio/ 2020

TABELA 5 - MANEJO FARMACOLÓGICO DA SÍNDROME GRIPAL ACOMPANHADA NA AB

MANEJO TERAPÊUTICO NA APS	
MEDIDAS FARMACOIÓGICAS	MEDIDAS CLÍNICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição de fármacos para o controle de sintomas, caso não haja nenhuma contraindicação, com possibilidade de intercalar os fármacos antitérmicos em casos de difícil controle da febre. • Antitérmico via oral: 1a opção: Paracetamol (200 mg/ml ou 500mg/cp), a cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência de febre ou dor. <ul style="list-style-type: none"> • Crianças: 10-15 mg/kg/dose (máximo de 5 doses ao dia) • Adultos: 500-1000 mg/dose (máximo de 3mg/dia) 2a opção: dipirona (solução gotas 500mg/ml ou 500mg/cp) em caso de dor ou febre, de 6/6 horas. <ul style="list-style-type: none"> • Crianças: > 3 meses: (lactentes 10 mg/kg/dose; pré- escolares: 15 mg/kg/dose) • Adultos: 500-1000 mg VO (dose máxima no adulto 4 gramas) • Oseltamivir: Indica-se o uso de oseltamivir para todos os casos de síndrome gripal que tenham situações de risco para complicações [ver tabela 1]. Essa recomendação independe da situação vacinal do paciente, mesmo sendo acompanhado pela APS. O medicamento deve ser iniciado em até 48hs após o início dos sintomas. Reforça-se que é necessário que o paciente procure ajuda médica em casos de agravamento, mesmo em uso do oseltamivir. <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: 75mg de 12/12h por 5 dias. • Criança maior de 1 ano: ≤15 kg 30 mg, 12/12h, 5 dias > 15 kg a 23 kg 45 mg, 12/12h, 5 dias > 23 kg a 40 kg 60 mg, 12/12h, 5 dias > 40 kg 75 mg, 12/12h, 5 dias • Criança menor de 1 ano de idade: 0 a 8 meses 3 mg/Kg, 12/12h, 5 dias 9 a 11 meses 3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento domiciliar por 14 dias a contar da data de início dos sintomas • revisão a cada a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, preferencialmente por telefone. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, idealmente no domicílio. Manter repouso, alimentação balanceada e boa oferta de líquidos. • Isolamento de contatos domiciliares por 14 dias (ver tabela 7)

Fonte: Ministério da Saúde, maio/2020

TABELA 6 - DOSE DE OSELTAMIVIR PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL

DOSE DE OSEITAMIVIR PARA PACEINTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL		
CLEARANCE DE CREATININA	TRATAMENTO 5 DIAS	PROFILAXIA 10 DIAS
Leve Clearance >60-90 ml/min	75 mg 12/12 h	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**
Moderado Clearance >30-60 ml/min	30 mg 12/12 h	
Severo Clearance >10-30 ml/min	30 mg 1 vez ao dia	
Pacientes em hemodiálise Clearance	30 mg após cada sessão de hemodiálise*	
Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial – dPCaClearance	única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise	
<p>*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.</p> <p>**Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, em que ocorrerão apenas duas sessões de diálise.</p>		

Fonte: Ministério da Saúde, 2020

TABELA 7- MEDIDAS DE ISOLAMENTO DOMICILIAR E CUIDADOS DOMÉSTICOS PARA TODOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME GRIPAL

CUIDADOS DOMÉSTICOS DO PACIENTE EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR 14 DIAS DESDE A DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS DE SINDROME GRIPAL		
SEMPRE REPORTAR À EQUIPE DE SAÚDE QUE ACOMPANHA O CASO O SURGIMENTO DE ALGUM NOVO SINTOMA OU PIORA DOS SINTOMAS JÁ PRESENTES		
ISOLAMENTO DO PACIENTE	PRECAUÇÕES DO CUIDADOR	PRECAUÇÕES GERAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer em quarto isolado e bem ventilado; • Caso não seja possível isolar o paciente em um quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente. Dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos); Limitar a movimentação do paciente pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados; • Utilização de máscara todo o tempo. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; trocar máscara sempre que esta estiver úmida ou danificada; • Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara; • Realizar higiene frequente das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro; • Sem visitas ao doente; • O paciente só poderá sair de casa em casos de emergência. Caso necessário, sair com máscara e 	<ul style="list-style-type: none"> • O cuidador deve utilizar uma máscara quando estiver perto do paciente. Caso a máscara fique úmida ou com secreções, deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos; • Deve ser realizada higiene das mãos toda vez que elas parecerem sujas, antes/depois do contato com o paciente, antes/depois de ir ao banheiro, antes/depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas; • Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida; • Caso alguém do domicílio apresentar sintomas de SG, iniciar com os mesmos 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida; • Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. lavar as mãos e jogar as máscaras após o uso; • evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis; • Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 99 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes;

evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível.	cuidados de precaução para pacientes e solicitar atendimento na sua ub. realizar atendimento domiciliar dos contactantes sempre que possível.	<ul style="list-style-type: none"> Lave roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90oC, deixe secar.
--	---	---

Fonte: Ministério da Saúde, maio/2020

DIAGNÓSTICOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A COVID

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (CIPESC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CIAP O2
Respiração alterada	<p>Estimular aumento da ingestão hídrica</p> <p>Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado</p> <p>Orientar repouso com a cabeceira elevada</p> <p>Etiqueta respiratória ao tossir</p> <p>Acompanhar a evolução do quadro, de preferência, por telefone, a cada 48h, e se grupo de risco, a cada 24h.</p>	<p>R02 – Dificuldade respiratória, dispneia.</p> <p>A 77 – Outras doenças virais NE.</p>
Padrão respiratório ineficaz	<p>Auscultar sons pulmonares.</p> <p>Avaliar as condições respiratórias.</p> <p>Ensinar a tossir de forma eficiente.</p> <p>Manter vias aéreas limpas.</p> <p>Orientar repouso com cabeceira da cama elevada.</p> <p>Orientar quanto a importância de ambiente arejado e ventilado, assim como o controle de poeira e sujidade do ambiente</p>	<p>R02 – Dificuldade respiratória, dispneia.</p> <p>A 77 – Outras doenças virais NE.</p>
Diarreia	<p>Avaliar grau de desidratação (se necessário)</p> <p>Correlacionar o número de evacuações, aspecto e odor das fezes ao relato do desconforto digestivo</p> <p>Incentivar aumento da ingestão hídrica e do soro caseiro</p> <p>Investigar uso de medicação</p>	<p>D 11 - Diarreia</p> <p>A 77 – Outras doenças virais NE.</p>

<p>Náusea</p>	<p>Orientar ingestão de alimentos</p> <p>Orientar a ingestão alimentar fracionada e várias vezes ao dia</p> <p>Orientar Retornar à Unidade de Saúde caso aumento das náuseas ou Vômito</p>	<p>D 09 - Náusea</p> <p>D 10 - Vômito</p> <p>A77 – Outra doenças virais NE.</p>
<p>Controle do regime terapêutico inadequado</p>	<p>Estimular o autocuidado</p> <p>Identificar um agente cuidador</p> <p>Investigar o uso da medicação</p> <p>Observar efeito adversos da medicação</p> <p>Orientar o uso correto da medicação ao paciente/ família</p>	<p>A13 – Receio/ Medo do tratamento</p> <p>A77 – Outra doenças virais NE.</p>
<p>Ansiedade frente a coleta e resultado de Exames</p>	<p>Acolher o usuário conforme suas necessidades</p> <p>Buscar compreender a expectativa apresentada</p> <p>Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo</p> <p>Esclarecer o usuário quanto aos achados em exames</p> <p>Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado</p> <p>Estabelecer relação de confiança com a paciente</p> <p>Estimular a confiança no atendimento prestado</p> <p>Orientar quanto terapêutica medicamentosa</p> <p>Orientar periodicidade para realizar exame (se necessário)</p> <p>Tranquilizar o usuário durante a realização do procedimento</p> <p>Usar abordagem calma e segura</p>	<p>P 01 – Sensação de ansiedade/ nervosismo /tensão</p> <p>A 25 – Medo de morrer/ Medo da morte</p> <p>A77 – Outra doenças virais NE.</p>

<p>Ansiedade decorrente do estado de saúde atual</p>	<p>Acolher o usuário conforme suas necessidades</p> <p>Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente</p> <p>Envolver família/pessoa significativa nos cuidados</p> <p>Esclarecer sobre sintomatologia apresentada</p> <p>Estabelecer relação de confiança com a paciente</p> <p>Estimular o fortalecimento do vínculo terapêutico</p> <p>Identificar rede de apoio familiar e comunitário</p> <p>Identificar as causas da ansiedade</p> <p>Identificar fatores precipitantes</p> <p>Monitorar através de contato telefônico ou da visita domiciliar, quando extremamente necessário.</p> <p>Orientar quanto à técnicas de relaxamento</p>	<p>P 01 - Sensação de ansiedade/nervosismo /tensão</p> <p>P02 – Reação aguda / stress</p> <p>P03 – Sensação de depressão</p> <p>A77 – Outra doenças virais NE.</p>
<p>Recuperação adequada</p>	<p>Observar os sinais e sintomas de melhora;</p> <p>Enfatizar o paciente e/ou cuidador quanto à participação no cuidado para promoção e recuperação de saúde;</p> <p>Orientar manutenção os cuidados de higiene;</p>	<p>A 97 – Sem doença</p> <p>A98 – Medicina preventiva/ manutenção de saúde</p>

Fonte: Albuquerque M.L. e Cubas M.R.; Nóbrega RV, Nóbrega MML, Silva KL. 2011.

ANEXOS

Anexo 1 - Sinais e sintomas de gravidade para Síndrome Gripal

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE	
ADULTOS	CRIANÇAS
<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de ar ou dificuldade para respirar; ou • Ronco, retração sub/intercostal severa; ou • Cianose central; ou • Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; ou • Taquipneia (>30 mpm); <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas de hipotensão (hipotensão arterial com sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg); ou • Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piora nas condições clínicas de doenças de base; • Alteração do estado mental, como confusão e letargia; • Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril. 	<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de ar ou dificuldade para respirar; • Ronco, retração sub/intercostal severa; • Cianose central; • Batimento da asa de nariz; • Movimento paradoxal do abdome; • Bradipneia e ritmo respiratório irregular; • Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; • taquipneia (tabela 6). • Déficit no sistema cardiovascular: • Sinais e sintomas de hipotensão ou; • Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e Sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inapetência para amamentação ou ingestão de líquidos; • Piora nas condições clínicas de doenças de base; • alteração do estado mental • Confusão e letargia; • Convulsão.

Fonte: Ministério da Saúde, maio/2020.

Anexo 2 - Uso de máscaras cirúrgicas

ORIENTAÇÕES PARA USO DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS

- Coloque a máscara com cuidado para cobrir a boca e o nariz e amarre com segurança para minimizar as lacunas entre o rosto e a máscara;
- Enquanto estiver utilizando a máscara, evite tocá-la;
- Remova a máscara usando técnica apropriada (ou seja, não toque na frente, mas remova o laço ou nó da parte posterior);
- Após a remoção, ou sempre que tocar em uma máscara usada, higienize as mãos com água e sabão ou álcool gel, se visivelmente suja;
- Substitua a máscara por uma nova máscara limpa e seca assim que estiver úmida ou danificada;
- Não reutilize máscaras descartáveis;
- Descarte em local apropriado as máscaras após cada uso;
Troque de máscara quando ela estiver úmida ou quando o profissional atender na sala de isolamento.

Fonte: Ministério da Saúde, maio/2020.

Anexo 3 - Medidas para evitar contágio por vírus causadores de Síndrome Gripal nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde

MEDIDAS DE CONTROLE PRECOCE

PROFISSIONAIS DA SAÚDE	PACIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Contenção respiratória • Máscara cirúrgica*; • Uso de luvas, óculos ou protetor facial e aventais descartáveis**; • Lavar as mãos com frequência; • Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer máscara cirúrgica; • Isolamento com precaução de contato em sala isolada e bem arejada

Fonte: Ministério da Saúde, maio/2020.

*Somente para procedimentos produtores de aerossóis usar máscara N95/PFF2.

**Uso destes EPIs durante atendimento do paciente em consultório. Não é necessário o uso na recepção/triagem, desde que mantida distância de 1 metro.

Anexo 4 - Exames para diagnóstico laboratorial

Exame	Quando Pedir	Objetivo	Metodologia	Amostra
RT-PCR (Biologia molecular)	sintomáticos na fase aguda (entre o 3o e 7o dia da doença)	Identificar a presença do vírus SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe até o 8o dia de início dos sintomas	Transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase	Secreções respiratórias coletadas por meio de swabs de orofaringe (garganta) ou nasofaringe (nariz)
Teste rápido	caso suspeito ou contato de caso confirmado de COVID-19, a partir do 8o (oitavo) dia do início dos sintomas	Detecção de anticorpo IgM e/ou anticorpo IgG	Imunocromatografia	Sangue, soro ou plasma
Teste enzimaimunoensaio - ELISA IgM	caso suspeito ou contato de caso confirmado de COVID-19, a partir do 8o (oitavo) dia do início dos sintomas	Detecção de anticorpo IgM e/ou anticorpo IgG	Reação enzimática	Sangue, soro ou plasma
Imunoensaio por eletroquimioluminescência - ECLIA IgG	caso suspeito ou contato de caso confirmado de COVID-19, a partir do 8o (oitavo) dia do início dos sintomas	detecção de anticorpo IgM e/ou anticorpo IgG	Reação antígeno-anticorpo visível por uma reação química	Sangue, soro ou plasma

Referência

Protocolo de manejo clínico do coronavírus(COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde, Maio/2020. Disponível em: https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2020/05/lsp_92dc9ee4372c7d620a7096175c29ef53_110520-061433.pdf

Orientações Do Ministério Da Saúde Para Manuseio Medicamentoso Precoce De Pacientes Com Diagnóstico Da Covid-19. Minsitério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/COVID-FINAL-16JUNHO-LIvreto-1-V3.pdf>

Testes para Covid-19: perguntas e respostas, ANVISA, 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Perguntas+e+respostas+-+testes+para+Covid-19.pdf/9fe182c3-859b-475f-ac9f-7d2a758e48e7>

Albuquerque M.L. e Cubas M.R. Consulta de Diagnóstico de Enfermagem, extraído do livro Cipescando em Curitiba: Construção e implementação da nomenclatura ;

Nóbrega RV, Nóbrega MML, Silva KL. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 501-10.

PROTOCOLO DE FERIDAS

Joel Azevedo de Menezes Neto

INTRODUÇÃO

As lesões de pele constituem-se em um sério problema de saúde pública, em função de um grande número de pessoas acometidas, por necessitar cuidados, avaliação e tratamentos adequados para favorecer a diminuição das dores e a resposta da cicatrização. Estas por sua vez provocam ausência do usuário em seu trabalho, ou perda do emprego, contribuindo para onerar o gasto público, além de provocar o sofrimento das pessoas e interferência direta em sua qualidade de vida.

A enfermagem deve oferecer apoio educativo para o cuidado com as lesões de pele de acordo com as necessidades individuais e evitando os riscos de complicações. ^(1,2) Considerando a importância de um atendimento adequado e satisfatório a esta população, a equipe multiprofissional é indispensável para uma propedêutica eficaz, esta que está inserida o profissional Enfermeiro que se destaca para prestação de um atendimento direcionado, individual, assistindo o paciente como um todo, levando seu olhar clínico e direcionado a doença de base que levou o desenvolvimento das feridas.

As feridas podem ser classificadas de várias etiologias, classificadas de acordo com o sua etiologia, comprometimento tecidual, estágios, graus, carga microbiana, etapas e processo de cicatrização, comprimento, extensão e profundidade, exsudato. Levando em consideração também as doenças de base que o usuário já possui e algumas lesões são desenvolvidas como respostas de complicações destas. A importância de um plano de atendimento para avaliar e tratar as feridas é de suma importância para que assim o profissional seja claro, objetivo e desta forma tenha um diagnóstico e elabore a prescrição de cuidados para as lesões de acordo com seu julgamento de enfermagem, obtido na consulta.

A proteção do corpo humano é conhecida como uma camada sedosa e forte denominada tegumento. A pele é o maior órgão do corpo humano, correspondendo a aproximadamente 16% do peso corporal. Apresenta-se em duas camadas principais: epiderme e derme, que estas são unidas entre si. Uma terceira camada denominada hipoderme, é constituída por tecido conjuntivo subcutâneo, esta ficando abaixo das duas primeiras camadas.

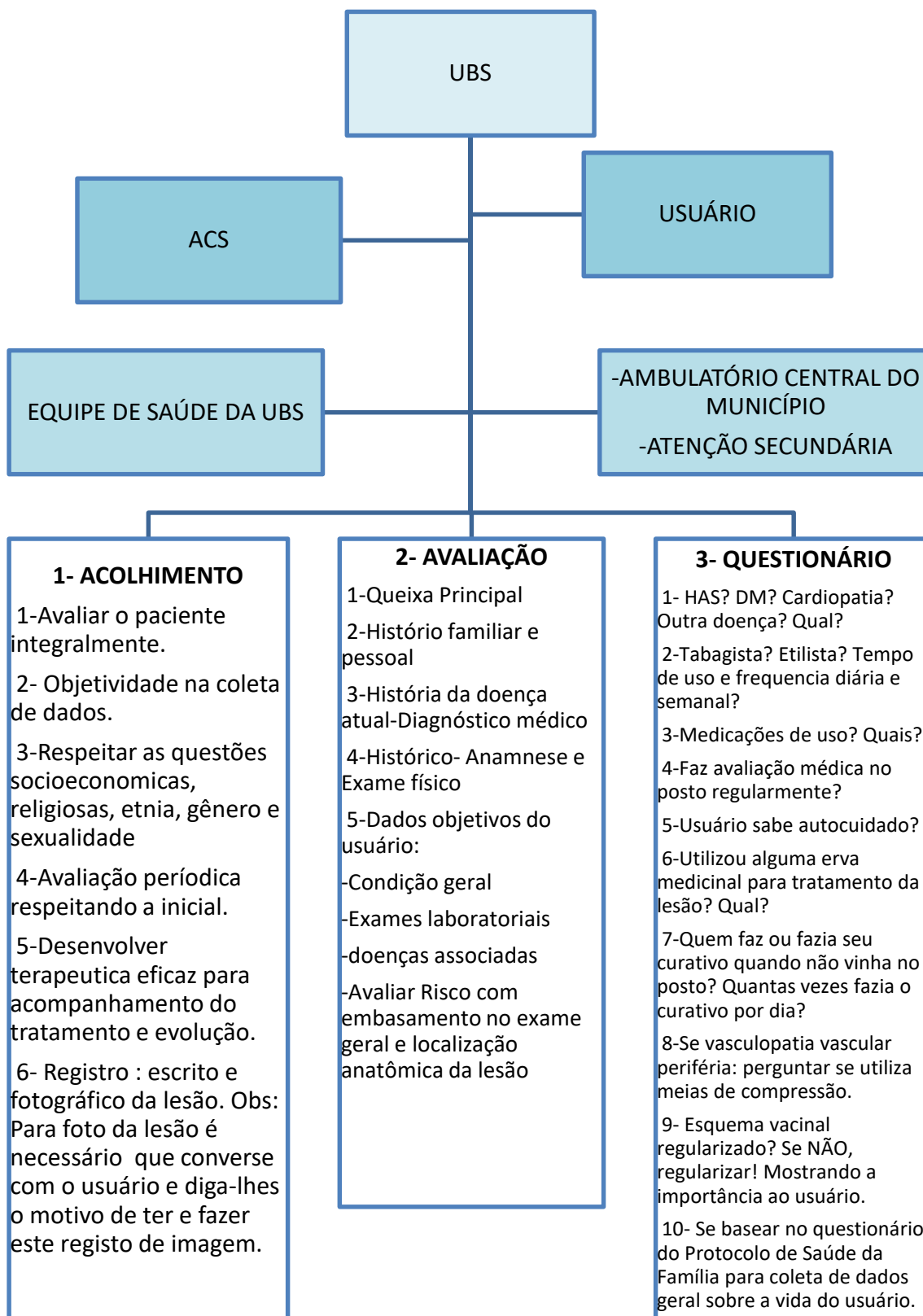
Epiderme é constituída predominantemente por células dispostas em camadas sendo um epitélio estratificado escamoso ceratinizado. Os principais componentes deste estrato são os ceratinócitos; as camadas basal, espinhosa, granulosa, córnea ou lúcida, também estão presentes nesta cama os melanócitos, células de Merkel e células de Langerhans. A *Derme* composta predominantemente por fibras de sustentação como colágeno e fibras elásticas, e sangue; por sua vez é constituída pela membrana basal, folículo piloso, glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas; esta por sua vez tem como principais constituintes dessa rede as fibras de colágeno e as fibras elásticas, terminações nervosas.

FUNÇÕES DA PELE

- **Proteção das estruturas internas:** Impedindo agressões dos órgãos e tecidos por agentes físicos como: radiações, agentes mecânicos, frio e calor; e agentes biológicos: bactérias, fungos e vírus.
- **Manutenção da homeostase:** Proporcionando harmonia e normalidade das funções fisiológicas como regulação da temperatura e o equilíbrio hidroeletrólítico, por meio das suas secreções, que contêm água e eletrólitos. Sua impermeabilidade impede a saída de água do organismo.
- **Percepção:** Percepção do meio externo como tato, pressão, calor, frio, dor.
- **Metabolismo:** Síntese da vitamina D em uma reação fotoquímica, crucial para o metabolismo do cálcio e fósforo.

É importante que o profissional Enfermeiro em seu acolhimento, atendimento; no processo da anamnese e exame físico tenha uma visão holística do usuário, colhendo informações pertinentes que possam chegar a um julgamento clínico, e um diagnóstico preciso, para traçar desta forma o plano de cuidados adequados. O momento da consulta deve ser produtivo, obtendo desta forma um bom relacionamento com o paciente, dando-lhe segurança, afim de obter respostas produtivas na evolução e cicatrização, como um bom relacionamento com o usuário.

ACOLHIMENTO

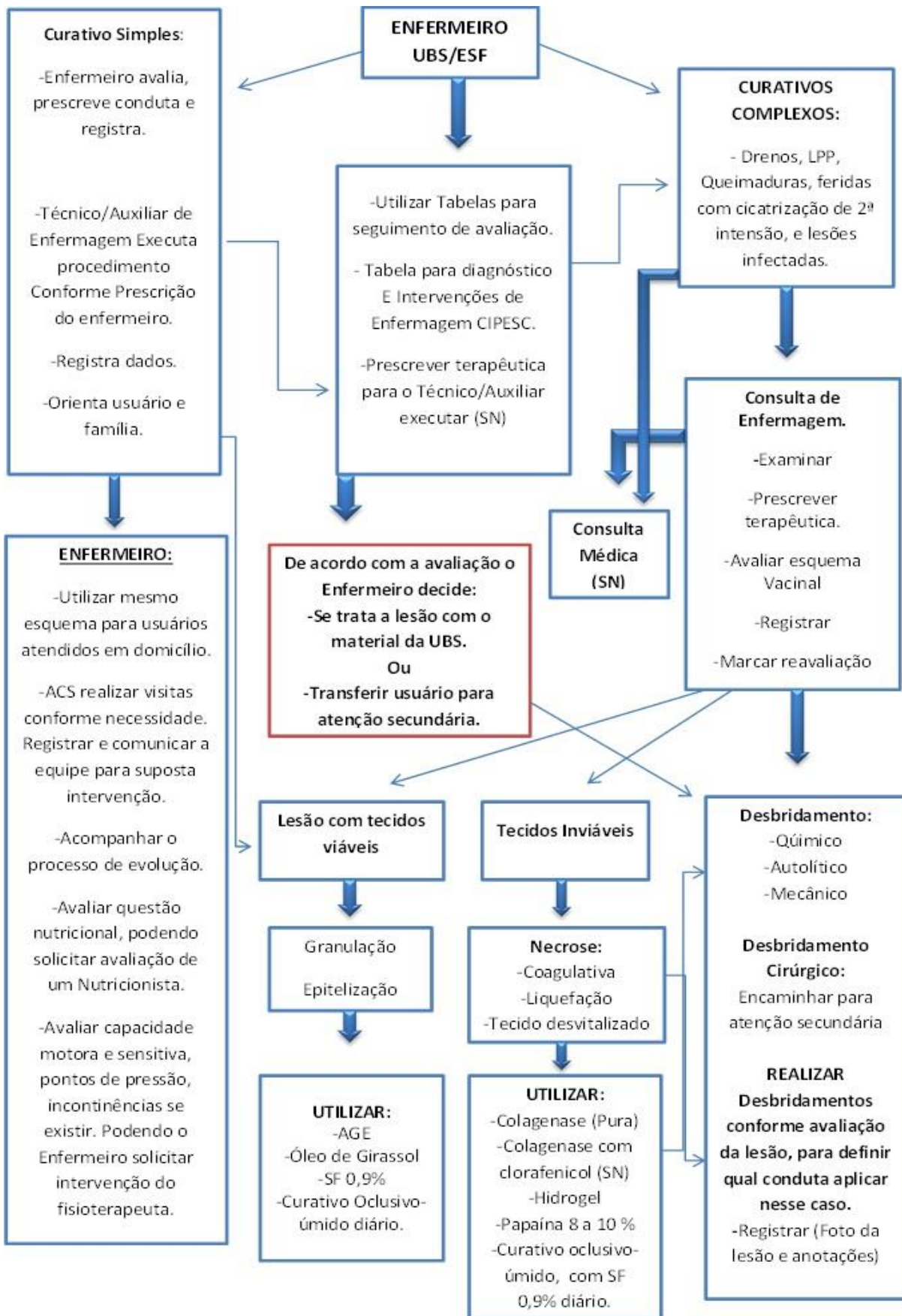


AVALIAÇÃO PELO ENFERMEIRO

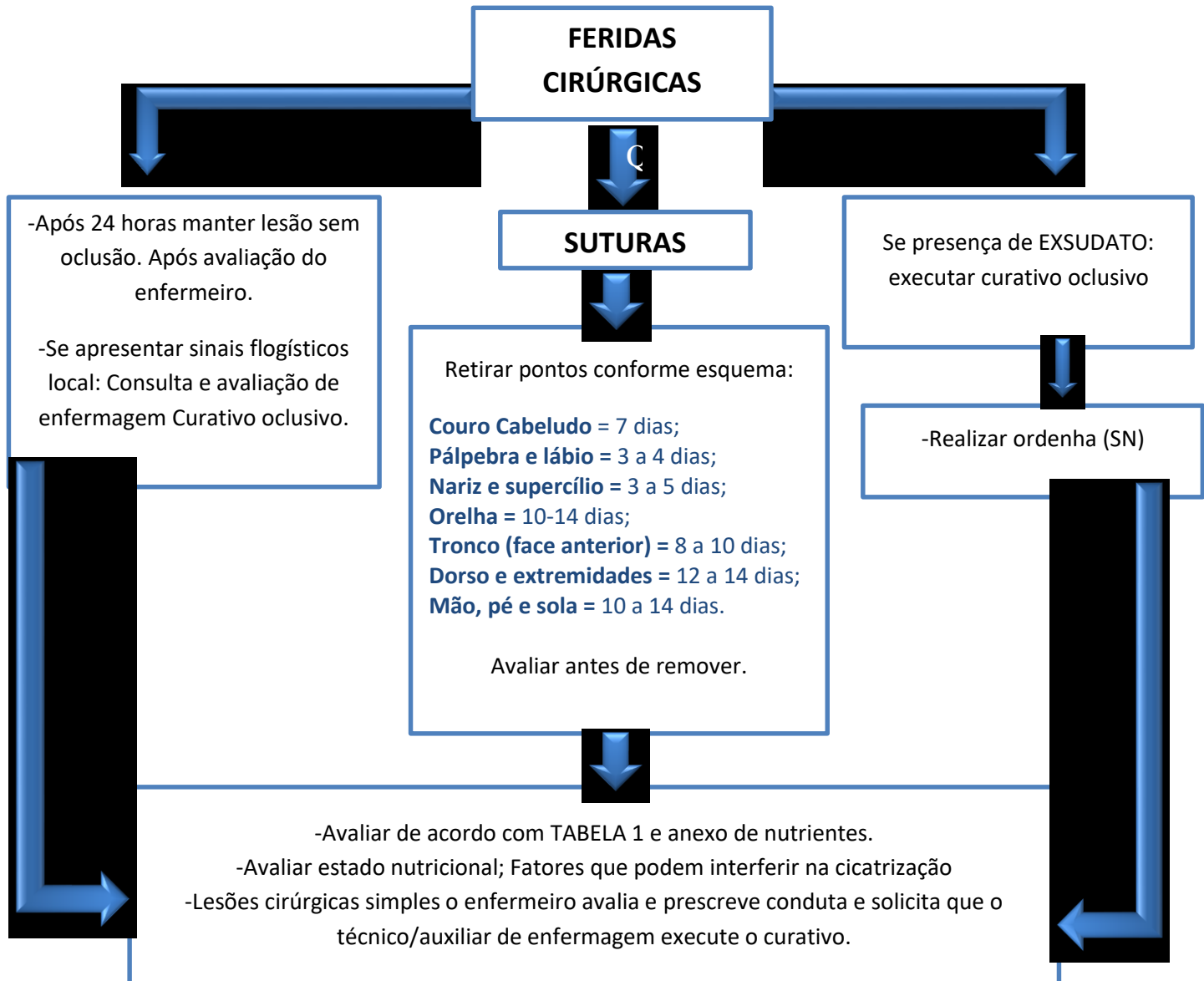


A dor é um fator predominante associado à lesão que deve ser considerada na avaliação. E a intervenção deverá reduzir o quadro de dor.

ATENDIMENTO



ATENDIMENTO

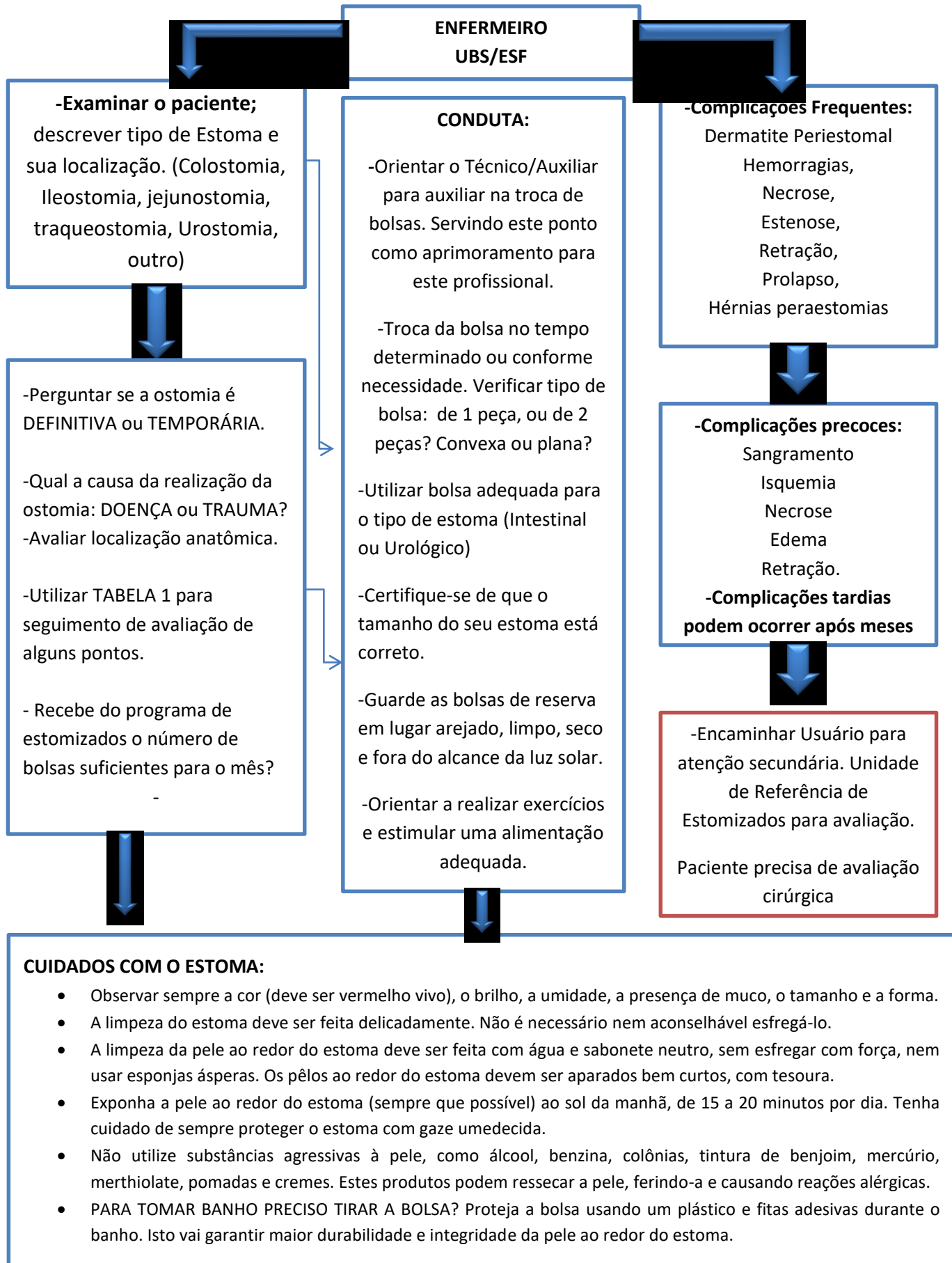


ATENDIMENTO AO USUÁRIO ESTOMIZADO

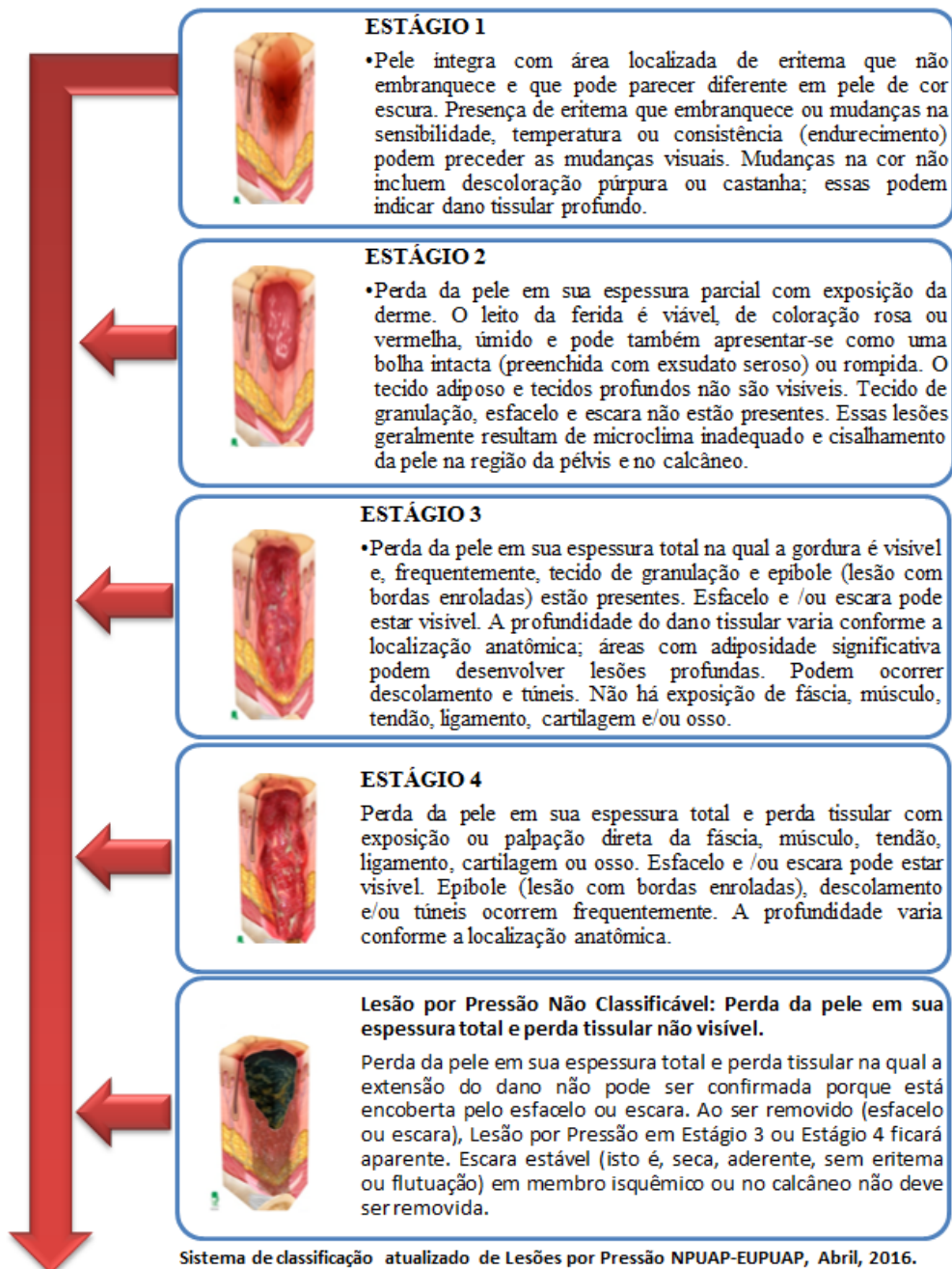
TIPO DE OSTOMIA	LOCALIZAÇÃO	TIPO DE OSTOMIA
Ileostomia	Quadrante inferior direito	Consistência inicial líquida passando à pastosa. Efluente com pH alcalino, altamente corrosivo à pele. Eliminação frequente e de grande volume.
Colostomia no cólon ascendente	Quadrante inferior direito	Apresenta efluente líquido a pastoso.
Colostomia no cólon transverso	Quadrante inferior direito, podendo localizar-se também no quadrante superior direito ou esquerdo.	Efluente pastoso a semiformado
Colostomia no cólon Descendente e sigmóide	Quadrante inferior esquerdo	Efluente sólido e formado.
Urostomia	Região Hipogástrica	Colocado um estoma para saída de urina

Quadro 1: Identificação do tipo de estoma e características.

ATENDIMENTO AO USUÁRIO ESTOMIZADOS

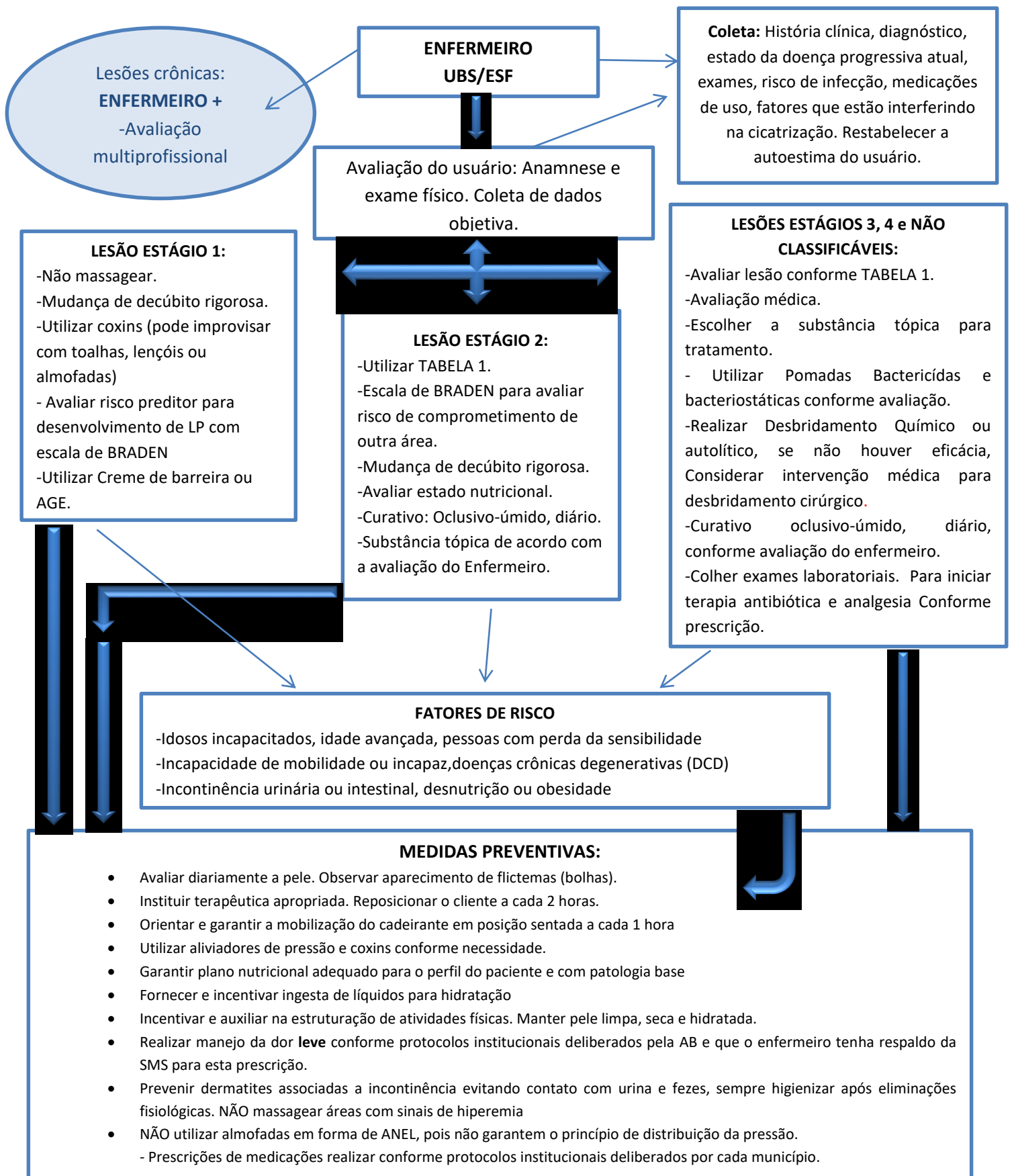


RECONHECIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO



A Lesão por Pressão ocorre em virtude de mudanças degenerativas da pele e/ou tecido subcutâneo expostos às forças de pressão e cisalhamento. O cisalhamento é o fenômeno de deformação da pele que ocorre quando as forças que agem sobre ela provocam um deslocamento em planos diferentes.

ATENDIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO



DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA (DAI)

A dermatite associada à incontinência (DAI) está englobada num conjunto de alterações cutâneas provocadas pela presença de umidade, sendo que se caracteriza pela exposição prolongada da pele a fezes e/ ou urina. O principal fator de risco para a DAI é a presença de incontinência. Dermatite associada à incontinência (DAI) é um tipo de dermatite de contato irritativa que provoca um processo inflamatório da pele associado à exposição à urina e às fezes de pacientes incontinentes, sendo frequentemente acompanhado por erosão e havendo risco de infecções secundárias, entre elas, infecções fúngicas e bacterianas.

FATORES PARA O DESENVOLVIMENTO DA DAI

- 1-Tolerância do tecido cutâneo
- 2-Ambiente perineal
- 3- Modo de limpeza e higiene dessa região

INCONTINÊNCIA URINÁRIA (IU)	INCONTINÊNCIA FECAL/ ANAL (IF / IA)
<p>Incontinência urinária é definida pela queixa de qualquer perda involuntária de urina. Classificada em três tipos:</p> <p>IU de urgência: Antecipada por um desejo repentino de urinar difícil de inibir.</p> <p>IU de esforço: Estimulada por espirro, tosse, risada, atividades ou por exercício.</p> <p>IU mista: Associação das duas acima citadas</p>	<p>Consiste na perda da capacidade de controlar a eliminação de fezes, sejam líquidas, pastosas, sólidas ou flatos, em tempo e local apropriados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudos apontam que 2% A 7% da população possui algum grau de IF. ○ De causa desconhecida, doenças do intestino ou devido a polifarmácia que esta demonstra um fator potencial. ○ Tratamento reparação do esfíncter e cirúrgica.

Fonte: BITENCOURT, SANTANA (2019), GRECO (2017).

FATORES CORRELACIONADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA DAI

- Idade
- Admissão por trauma
- Neoplasia prévia
- Incontinência fecal e urinária
- Várias trocas de fraldas ao dia
- Rubor , prurido, dor, erosão e eritema,
- Fungos
- Homens em tratamento de câncer de próstata (radioterapia – braquiterapia)
- Medicções (polifarmácia que pode aumentar a probabilidade de IU e IF).
- Fezes pastosas, líquidas e isolamento de contato.

FONTE: COSTA (2018).

TRÊS FATORES PARA O DESENVOLVIMENTO DA DAI

- 1- Tolerância do tecido cutâneo,
- 2- Ambiente perineal, e
- 3- Modo de limpeza e higiene dessa região.

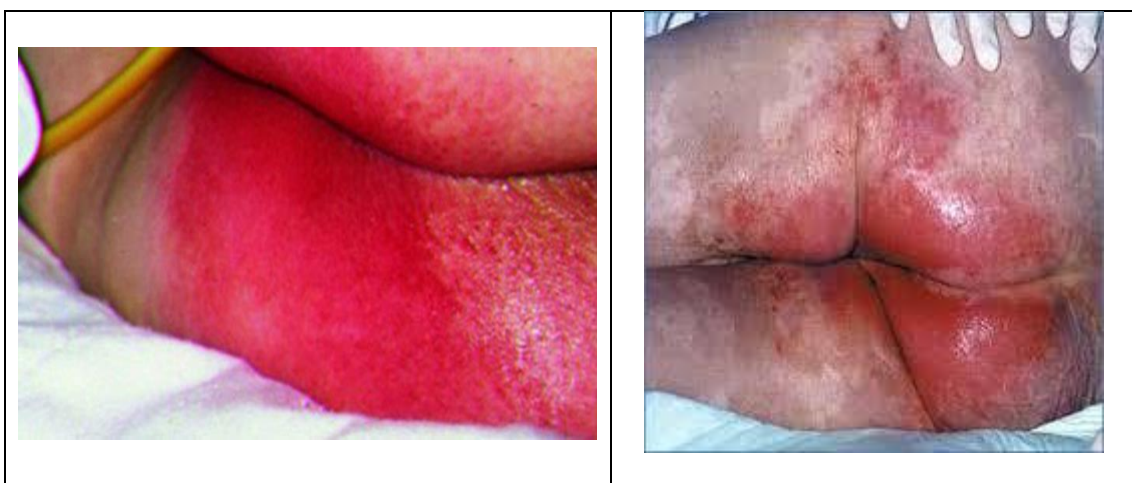
Fonte: COSTA (2018).

Quadro 1: AVALIAÇÃO E APRESENTAÇÃO DA PELE

Causa	Contato com fezes e urina
Localização	Região perineal, perigenital, perianal e adjacentes
Formato	Difuso
Profundidade	Superficial
Coloração	Rósea e geralmente uniforme

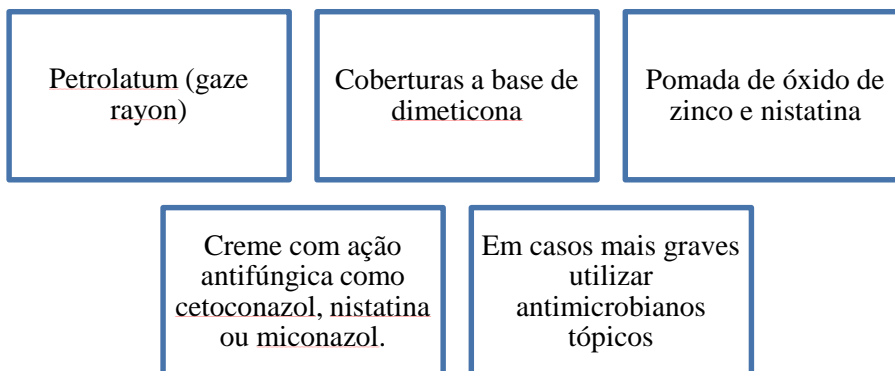
Fonte: RAMOS (2018), LAGE (2019).

Quadro 2: IMAGEM DEMONSTRANDO A DAI



Fonte: imagens Google

TRATAMENTO DA DAI



GERENCIAMENTO E OBSERVAÇÕES

- Sistematizar - detectar – intervir com métodos de eficácia para a melhora
- Prever as necessidades do paciente e reconhecer o que o levou a desenvolver a DAI e corrigir a causa.
- Utilizar escalas avaliativas conforme protocolo institucional
- Avaliar e reavaliar – instituir plano terapêutico preventivo e para tratamento.
- Educação continuada para fornecer treinamentos para os demais profissionais para manejo adequado e detecção da DAI
- Orientação aos familiares e ao paciente sobre autocuidado.
- Após cada eliminação fisiológica deve ser realizado limpeza pois o tempo de exposição aumenta o risco de DAI.
- Avaliar a necessidade de cateterismo vesical de demora.
- O número da quantidade de trocas de fraldas aumenta o risco para DAI e dermatite de fralda.
- A DAI aumenta o risco de Lesão por pressão e lesões por fricção – com isso o enfermeiro deve saber diferenciar ambas.
- Sempre que precisar de um produto que não tenha em sua unidade o enfermeiro pode solicitar ou prescrever para que o usuário possa pegar na farmácia básica/central do município – SMS. E ver a viabilidade deste material ter em seu posto conforme demanda deste perfil de lesão ser presente.

FERIDAS ONCOLÓGICAS

As feridas neoplásicas são tipos de lesões cutâneas que acometem pacientes com câncer, estas são caracterizadas pela quebra da integridade dos estratos da pele, levando à formação de uma ferida evolutivamente exofítica. Isso se dá em decorrência da proliferação celular descontrolada, que é provocada pelo processo de oncogênese. Esse tipo de ferida, conhecida também como ferida neoplásica, fungoide ou tumoral, apresentando características peculiares como sangramento, exsudato intenso e odor moderado a fétido na maioria das vezes, geralmente exigindo cuidados para aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família, em função da reduzida chance de cura¹.

TRÊS FATORES CORRELACIONADOS A FERIDA NEOPLÁSICA

- Crescimento do tumor – leva ao rompimento da pele.
- Neovascularização – provimento de substratos para o crescimento tumoral.
- Invasão da membrana basal das células saudáveis – há um processo de crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida.

QUADRO 1: CLASSIFICAÇÃO DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS CONFORME SEUS ASPECTOS

FERIDAS ULCERATIVAS MALIGNAS	FERIDAS FUNGOSAS MALIGNAS	FERIDAS FUNGOSAS MALIGNAS ULCERADAS
Quando estão ulceradas e formam crateras rasas	Quando são semelhantes à couve-flor	União do aspecto vegetativo e partes ulceradas


Fonte: INCA, 2009

Quadro 2: CLASSIFICAÇÃO DO ODOR

ODOR GRAU I	ODOR GRAU II	ODOR GRAU III
Sentido ao abrir o curativo	Sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo	Sentido no ambiente, sem abrir o curativo. É caracteristicamente forte

Fonte: INCA, 2009

QUADRO 3: ESTADIAMENTO CLASSIFICATÓRIO DAS FERIDAS ONCOLÓGICAS

<p style="text-align: center;">ESTADIAMENTO 1</p> 	<p>Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada ou de aspecto violácea. Apresentação do nódulo visível e delimitado. É assintomático.</p>
<p style="text-align: center;">ESTADIAMENTO 1N</p>	<p>Ferida de aspecto fechada ou com abertura superficial por orifício que apresenta drenagem de exsudato límpido, de coloração amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, ferida seca ou úmida. Dor ou prurido ocasionais. Sem odor.</p>
<p style="text-align: center;">ESTADIAMENTO 2</p>	<p>Ferida de apresentação aberta envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais. Por vezes, friáveis e sensíveis à sua manipulação. Exsudato ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor da ferida, coleção instalada. Dor e odor ocasionais.</p>

<p>ESTADIAMENTO 3</p>	<p>Ferida espessa envolvendo tecido subcutâneo. Profundidade regular, com saliência e formação irregular. Características: friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato. Lesões satélites em risco de ruptura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada (tecido desvitalizado aparente).</p>
<p>ESTADIAMENTO 4</p>	<p>Ferida invadindo estruturas anatômicas profundas. Profundidade expressiva. Por vezes, não se visualiza seu limite. Em alguns casos, com exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.</p>

Fonte: INCA, 2009; LIMA, OLIVEIRA, 2019

ABORDAGEM DA FERIDA

- Avaliar a ferida (usar quadro demonstrativo de avaliação em anexo)
- Verificar sinais de infecção.
- Avaliar se existe acometimento ou invasão de órgãos e sistemas.
- Avaliar a progressão ou mudança na ferida.
- Definir os produtos necessários e apropriados para manejo ferida.
- Identificar as necessidades educacionais do paciente/cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta.
- Encaminhar o paciente à Psicologia/Serviço Social de maneira apropriada.

MANEJO DA FERIDA - CUIDADOS

- Realizar limpeza da ferida para remoção superficial de bactérias e debris, sem friccionar pois pode correr o risco de sangramentos.
- Preencher espaços e descolamentos, assim como utilizar curativos indicados.
- Evitar coberturas aderentes e manter o leito úmido.
- Empregar técnica estéril e cautelosa visando à analgesia e estética do curativo.
- Retirar as gazes anteriores com irrigação com jatos de soro leves.

- Proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente).

MANEJO DO SANGRAMENTO

CARACTERÍSTICAS DO SANGRAMENTO	ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES
SANGRAMENTO DISCRETO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar compressão local; ○ Utilizar Solução fisiológica 0,9% gelado; ○ Estabelecer curativo compressivo.
SANGRAMENTO MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seguir recomendações para sangramento discreto; ○ Considerar o uso do curativo alginato de cálcio e/ou sódio em placa (deve ser utilizado após sua aplicação uma cobertura secundária com gaze estéril).
SANGRAMENTO PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> ○ Iniciar manejo seguindo as condutas para sangramento moderado; ○ Considerar o uso da adrenalina diluída (1 ml de adrenalina para 100ml de SF 0,9%, com prescrição médica- solicitar ao médico da sua UBS/ESF,); umedecer a gaze estéril ou compressa e por sobre a lesão, não friccionar, irrigar levemente e deixar gaze úmida com esta solução por cima da lesão onde se apresenta os pontos sangrantes (com prescrição médica); ○ Considerar o uso de cobertura hemostática a base de gelatina absorvível (Surgicel® e Gelfoan®), quando o serviço disponibilizar. Este serve para que o profissional também possa ter conhecimento sobre as coberturas utilizadas para este manejo, desta forma podendo também orientar ao seu paciente.

SANGRAMENTO DESCONTROLADO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fazer manejo inicial conforme recomendações para sangramento persistente; ○ Considerar possibilidade de cauterização ou ligadura dos vasos por profissional habilitado. <p>OBSERVAÇÃO: Encaminhar para atenção secundária.</p>
----------------------------------	---

Fonte: EBSEH, 2018; FONTES, 2019; MS, 2009.

MANEJO DO ODORE

TIPO DO ODORE	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	CONDUTAS
GRAU I	O odor se apresenta fétido e é sentido apenas ao abrir o curativo, e se mantém fétido após limpeza.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar irrigação LEVEMENTE da ferida com SF 0,9%; ○ Não friccionar a lesão no momento da limpeza; ○ Aplicar metronidazol gel 0,8% em leito da ferida; ○ Proteger pele perilesional (aplicar aloe vera gel, creme barreira ou película protetora cutânea spray), se necessário; ○ Ocluir curativo com gaze estéril.
GRAU II	Apresenta odor fétido e é sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar limpeza da ferida conforme orientações descritas no grau I; ○ Irrigar ferida com solução de metronidazol (com prescrição médica); ○ Aplicar metronidazol gel 0,8% + cobertura de carvão ativado com prata + gazes estéreis ou compressa conforme necessidade. Troca do curativo diário. ○ Se a conduta anterior descrita for ineficaz, suspender o metronidazol gel e considerar o uso de sulfadiazina de prata 1% + carvão ativado por um período de uso de, no máximo, 7 dias, com troca do curativo diário. Curativo oclusivo.

GRAU III		<p>Obs: Verificar possibilidade se a SMS tem meios de disponibilização destes curativos para o manejo. Se não conseguir referenciar usuário para atenção secundária, com descritivo da lesão e condutas já tomadas contendo o motivo da transferência.</p>
	<p>Apresenta odor fétido e é sentido no ambiente, sem abrir o curativo e caracteristicamente forte e/ou nauseante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Limpeza conforme grau II; ○ Manter conduta para curativo de Grau II; ○ Considerar emergência dermatológica; ○ Considerar, junto a equipe médica, a possibilidade de associação do metronidazol sistêmico (endovenoso ou via oral) ao uso tópico. <p>Obs: atenção secundária.</p>

Fonte: EBSEH, 2018; FONTES, 2019; MS, 2009.

MANEJO DE ODOR EM CAVIDADES

LESÃO	CONDUTA
Lesão em CAVIDADE ORAL odor grau I	<ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar o paciente para higiene oral; ○ Realizar bochechos com bicarbonato de sódio (utilizar 1 colher de chá para 1 copo de 200ml com água) 3 vezes ao dia.
Lesão em CAVIDADE ORAL odor grau II	<ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar o paciente para higiene oral; ○ Realizar bochechos com solução de 5ml de metronidazol 0,8% gel diluída em 50ml de água filtrada, 2 vezes ao dia, durante 10 dias.
Lesão VAGINAL odor grau II	<ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar higiene íntima; ○ Introduzir aplicador vaginal ou sonda com metronidazol 0,8% gel, 2 vezes ao dia, durante 10 dias.
Lesão ANAL odor grau II	<ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar o paciente para higiene anal; ○ Introduzir sonda com metronidazol 0,8% gel, 2 vezes ao dia, durante 10 dias.

Fonte: OLIVEIRA SOUZA, 2019; LIMA FONTES, 2019; MS, 2009.

Obs.: Se na unidade não dispor destes materiais, solicita a farmácia central da AB, se não existir viabilidade para disponibilização, então seguir conduta de transferir para atenção secundária com descritivo sobre o paciente e sua lesão e o motivo da transferência.

IMPORTANTE: Deve-se ser considerado que no uso de substâncias ou coberturas biológicas com componente de PRATA deve ser feita limpeza da ferida com ÁGUA DESTILADA. Nos demais utilizar Solução fisiológica 0,9%.

USO DO METRONIDAZOL

O metronidazol é um derivado imidazólico que atua diretamente no DNA dos micro-organismos, impedindo assim a síntese de enzimas essenciais à sobrevivência do patógeno. Possui grande ação sobre bactérias anaeróbias, incluindo *B. fragilis*. Por essa razão, é uma droga extremamente útil no controle do odor de feridas tumorais. O objetivo do seu uso é controlar o odor, reduzindo a sua intensidade ou até eliminando-o de forma temporária.

- **Gel a 0,8%** – para uso tópico na pele ou em mucosas, vem apresentando excelentes resultados no controle do odor, sem a indução dos efeitos colaterais da terapia sistêmica.
- **Gel vaginal a 10%** – para uso tópico intravaginal.
- **Comprimidos de 250 mg** – para uso sistêmico, conforme indicação médica.
- **Solução injetável 5 mg/ml** – para uso sistêmico, conforme indicação médica.

Observação: caso o gel a 0,8% esteja indisponível, pode-se alternativamente utilizar por via tópica os comprimidos, que devem ser macerados na proporção de 1 comprimido de 250 mg para 50 ml de soro fisiológico a 0,9%, ou água destilada, ou a solução injetável, que deve ser administrada pura, sem diluir. Reforça-se que esta forma de utilização deve ser reservada apenas para as situações em que seja realmente impossível obter a apresentação em gel a 0,8%.

ATENDIMENTO EM QUEIMADURAS

- 1- A história da circunstância em que aconteceu o trauma é valiosa.
- 2- Etiologia: Térmicas, Físicas, Químicas, Elétrica, Biológicas, por radiação.
- 3- Investigado o estado vacinal contra tétano;
- 4- Avaliar Área de superfície corporal queimada (SCQ), usar regra dos 9 (regra de Wallace)
- 5- Limpeza da área queimada com água corrente e clorexidina degermante 2%.
- 6- Analgesia conforme avaliação médica.

Queimadura de Primeiro Grau

CONDUTA:

Inicialmente lavar local por 5-10 minutos em água corrente e temperatura ambiente (água da torneira). Usar hidratantes e evitar exposição ao sol. NÃO utilizar pasta dental, manteiga e demais produtos sem orientação do enfermeiro e médico do posto.

Queimadura de Segundo Grau

➤ Com FLICTEMAS INTEGRAS:

- Aspirar após 6 horas o conteúdo da bolha com seringa de 1ml, usar técnica estéril, não remover a capa da bolha após seu esvaziamento. Realizar desbridamento do tecido da bolha após 24 horas. Curativo com sulfadiazina de prata 1% (camada fina) e oclusivo. Apenas remover flictema por enfermeiro treinado e no intrahospitalar.

Queimadura de Terceiro Grau

➤ FLICTEMAS ROTAS:

- Desbridar pele do flictema e realizar curativo com sulfadiazina de prata 1% (camada fina), oclusivo.
- Avaliar necessidade de ATB.

➤ Realizar curativo:

- Limpeza com água destilada e Clorexidina degermante 2% (verificar necessidade deste)
- **Curativo primário:** Usar sulfadiazina de prata 1% (camada fina)
- Curativo do tipo oclusivo: cobrir com gaze estéril
- Curativo Diário

➤ CURATIVO SECUNDÁRIO:

- Gaze estéril (primeiro chumaço levemente úmido com AD) e demais secos.

➤ CURATIVO TERCIÁRIO:

- Atadura (desenrolar a atadura respeitando a posição anatômica do distal para proximal)

Avaliação (TABELA 1)

- Irrigar com água destilada (AD)
- Clorexidina degermante 2%. Irrigar novamente com AD .
- Cobertura PRIMÁRIA - Sulfadiazina de Prata 1% .
- Passar com espátula esterilizada uma camada fina e uniforme.
- Iniciar analgesia se existir necessidade.
- Avaliação médica.
- Encaminhar usuário para UNIDADE HOSPITALAR para avaliação do cirurgião.
- Obs.: utilizar sempre o que você tem no seu serviço e solicitar o que precisa a farmácia básica da SMS.

Observações: **Condutas acima demonstram assistência no PEQUENO QUEIMADO.**

- MÉDIO e GRANDE QUEIMADOS, ENCAMINHAR USUÁRIO PARA UNIDADE hospitalar.
- Queimaduras em áreas nobres de qualquer natureza ENCAMINHAR para unidade hospitalar.

Em todas estas observações, a equipe da UBS/ESF fazer condutas iniciais em tratamento de emergência em queimaduras. (Ver CARTILHA de atendimento em emergências em queimaduras - MS. 2012)

ATENDIMENTO EM QUEIMADURAS

GRAU DA QUEIMADURA	SINAIS	SINTOMAS	OBSERVAÇÕES
1º Grau	Eritema Descamação 4-7 dias	Dor Calor	Sem flictemas, Descamação 4-7 dias
2º Grau	Eritema, Flictemas, Erosão, Ulceração Edema Lesão exsudativa	Dor, calor, febre, choque.	Cicatrização 2-4 semanas, Discromia superficial, Cicatriz
3º Grau	Flictema, Necrose tecidual, escara cócreacea, endurecida, inelástica	Choque Indolor	Necessita de enxerto, e retrações de bordas.
4º grau	Carbonização Necrose profunda	Choque	Perfil cirúrgico, e necessita de enxerto durante o tratamento após avaliações.

Fonte: PHTLS 9ª ed. Livro - feridas, fundamentos e atualizações em enfermagem, 3ªed. 2011. Livro: Atenção Integral nos cuidados das Feridas crônicas; cap. 6, 2012.

ÁREAS NOBRES

Olhos, orelhas, face, pescoço, mão, pé, região inguinal, grandes articulações (ombro, axila, cotovelo, punho, articulação coxofemural, joelho e tornozelo) e órgãos genitais, bem como queimaduras profundas que atinjam estruturas profundas como ossos, músculos, nervos e/ou vasos desvitalizados.



ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO:

- Em queimaduras de primeiro grau – EVITAR exposição solar.
- NÃO utilizar pasta dental, manteiga, ou outro que não seja prescrito ou orientado pela equipe de saúde (médico e enfermeiro da UBS/ESF).
- Marcar reavaliações das lesões e trocas do curativo conforme tempo de permanência de cada substância.
- Estimular ingestão hídrica, boa alimentação de acordo com as necessidades.
- Obtendo a cicatrização: ORIENTAR O USUÁRIO a evitar exposição solar durante 6 meses sobre aquela cicatriz. Utilizar sobre a mesma hidratante.
- **PROBLEMAS NA CICATRIZAÇÃO:** ENCAMINHAR usuário para atenção secundária, para que assim possa ser avaliado pelo cirurgião.
- A não ou má cicatrização podem estar ligadas a fatores como: tabagismo, diabetes, hipertensão, infecção na ferida, alimentação inadequada, ingestão hídrica deficiente.
- Pode-se utilizar kollagenase ou outra substância tópica ou curativo biológico de acordo com a avaliação do enfermeiro e médico da UBS/ESF.

ATENDIMENTO DE PÉ DIABÉTICO

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

Fonte: Dealey, 2006; International Diabetes Federation, 2006. (Manual do Pé Diabético, Ministério da Saúde, 2016).

Atualmente, as equipes da AB dispõem de algumas funcionalidades do e-SUS que permitem a busca ativa e o acompanhamento do usuário com DM, permitindo a identificação de usuários para a avaliação do Pé Diabético como um importante elemento no diagnóstico, a saber:

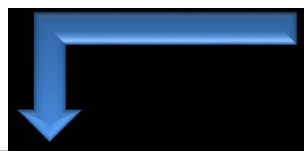
- Ficha de cadastro individual – identifica usuários que se auto referem diabéticos.
- Ficha de atendimento individual – identifica o DM como problema/condição avaliada no atendimento ao usuário.
- Ficha de visita domiciliar – identifica quando a motivação para a visita é o acompanhamento da pessoa com DM.
- Ficha de atividade coletiva – identificação de “pessoas com doenças crônicas” no público alvo e de “autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas” nas práticas/temas para saúde.
- Ficha de atendimento individual odontológico – identificação como “paciente com necessidades especiais”.
- Relatório operacional de risco cardiovascular – permite a identificação de todos os usuários com DM que estão sob os cuidados da equipe, conforme integração de dados do cadastro individual.
- Ficha de procedimentos – identifica especificamente a realização do “exame do pé diabético”.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO

Categoria de risco	Periodicidade de acompanhamento recomendada
0	Anual, preferencialmente com médico ou enfermeiro da AB.
1	A cada 3 a 6 meses, com médico ou enfermeiro da AB.
2	A cada 2 a 3 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB. Avaliar necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção.
3	A cada 1 a 2 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB, ou equipe especializada



Uma vez constatada qualquer alteração que coloque a pessoa em categoria de risco distinta da definida em avaliação prévia, conseqüentemente, a periodicidade para reavaliação deve ser redefinida. Pessoas com úlceras instaladas podem precisar de acompanhamento semanal ou até mesmo diário.



**ENFERMEIRO
AB/ESF**



AVALIAÇÃO:

Anamnese e exame físico contendo:

Avaliação anual da função renal com, no mínimo, creatinina sérica e cálculo da taxa de filtração glomerular, para rastreamento da nefropatia diabética.

Avaliação anual do fundo de olho, para rastreamento da retinopatia diabética.

Avaliação semestral do controle glicêmico com glicohemoglobina.

Pesquisa de úlceras, deformidades e outras alterações.

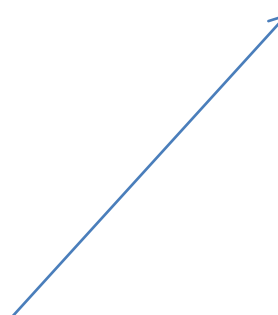
Avaliação neurológica: teste de sensibilidade tátil com monofilamento e/ou teste de sensibilidade vibratória.

Avaliação vascular: palpação de pulsos pediosos e tibiais posteriores.

Em caso de suspeita de doença vascular periférica, o paciente deve ser encaminhado para avaliação vascular complementar.

Os cinco pontos essenciais para seguir em uma avaliação.

1. Cessação do Tabagismo
2. Controle da Pressão Arterial
3. Tratamento com Metformina
4. Exames e Cuidados com os pés
5. Controle Glicêmico

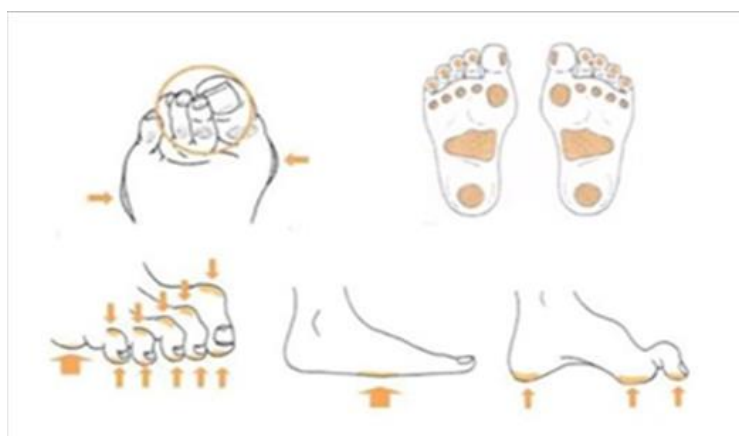


CUIDADOS RECOMENDADOS PARA O PÉ DIABÉTICO, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CATEGORIA DE RISCO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÃO	ACOMPANHAMENTO
0	Sem PSP (Perda de Sensibilidade Protetora dos pés). Sem DAP (Doença Arterial Periférica).	Orientações sobre calçados apropriados. Estímulo ao autocuidado.	Anual, com enfermeiro ou médico da Atenção Básica.
1	PSP com ou sem deformidade	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica, caso não haja adaptação.	A cada 3 a 6 meses, com enfermeiro ou médico da Atenção Básica.
2	DAP com ou sem PSP	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 2 a 3 meses com médico e/ou enfermeiro da Atenção Básica. Avaliar encaminhamento ao cirurgião vascular.
3	História de úlcera ou amputação	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica, caso não haja adaptação. Se houver DAP, avaliar a necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 1 a 2 meses*, com médico e/ou enfermeiro da Atenção Básica ou médico especialista.

Fonte: Boulton et al., 2008; Brasil, 2013.(Manual do PÉ DIABÉTICO, Ministério da Saúde,2016)

* A periodicidade da reavaliação deve ser flexível, adaptada individualmente, levando em conta aspectos relacionados à capacidade para o autocuidado, como a adesão, o empoderamento e a educação em saúde. Dessa maneira, indivíduos que apresentem alterações ou fatores de risco (como história de úlcera), mas bem orientados, aderentes e empoderados podem ser acompanhados de maneira segura e responsável com retornos menos frequentes que o recomendado.



Áreas de risco. AVALIAR.

- 1- Deformidade de artelhos
- 2- Pontos de Sensibilidade (Retropé, Mediopé, Antipé)
- 3- Dedos em Garra
- 4- Pé de Charco
- 5- Claudicação

AVALIAÇÃO DA FERIDA

Classificação da gravidade das infecções no Pé Diabético e conduta

GRAU DE INFECÇÃO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sem Infecção	Sem sinais de inflamação. Úlcera sem exsudato purulento.
Infecção Leve	Presença de exsudato purulento e/ou dois ou mais sinais de inflamação. Quando há celulite ou eritema, eles não ultrapassam 2 cm do bordo da úlcera. A infecção é limitada à pele ou aos tecidos subcutâneos superficiais. Não há outras complicações locais ou acometimento sistêmico.
Infecção Moderada	Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação (ver acima) em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveis. Além disso, deve apresentar pelo menos um dos seguintes: Celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera. Presença de linfangite. Acometimento abaixo da fáscia superficial. Abscesso de tecidos profundos. Gangrena. Envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso.
Infecção Grave	Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica : Febre, Calafrios, Taquicardia, Hipotensão, Confusão mental, Vômitos, Leucocitose, Hiperglicemia grave, Azotemia.

Fonte: Adaptado de Lipsky et al., 2012. (MANUAL DO PÉ DIABÉTICO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

- **Deve-se suspeitar de infecção na presença de exsudato purulento ou sinais de inflamação (rubor, dor, calor ou edema).**

MANEJO E CUIDADOS COM O PÉ DIABÉTICO

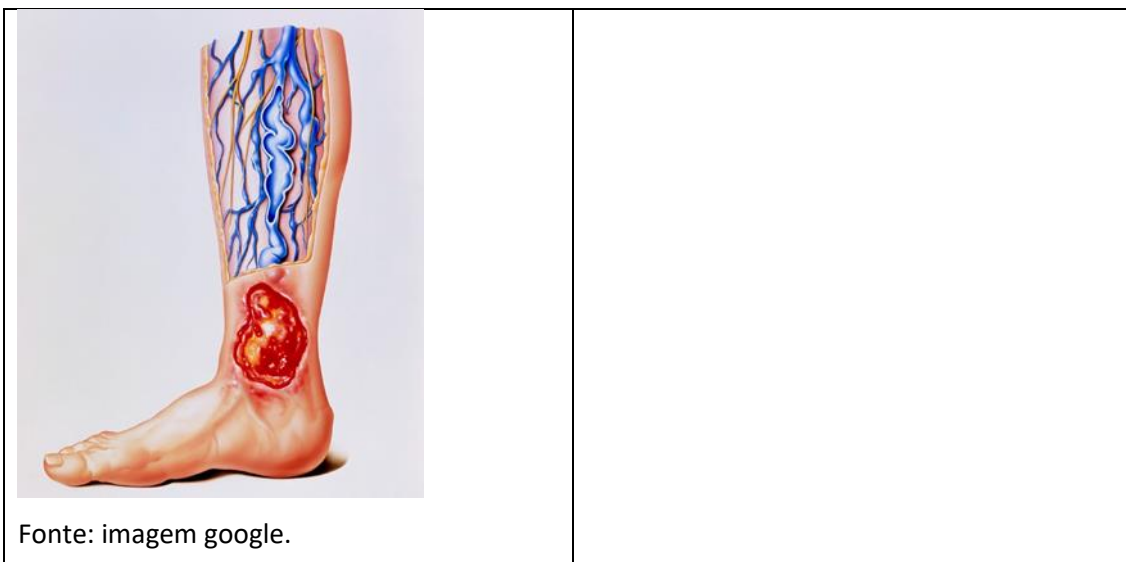
MANEJO	CUIDADOS
Cuidado preferencialmente realizado na AB	Avaliação periódica do Pé Diabético. Estratificação do risco. Orientação para o autocuidado com o pé. Manejo de condições menores associadas a risco de complicações, como micoses interdigitais, calosidades, unha encravada, infecções leves e moderadas, manejo da dor, entre outros.
Cuidado idealmente realizado na AB pela equipe multiprofissional, podendo ser compartilhado com outros níveis de atenção	Avaliação periódica do pé de maior risco devido a deformidades e/ou diminuição da sensibilidade plantar.
Cuidado preferencialmente realizado na AB por equipe multiprofissional capacitada, mas podendo ser compartilhado com outros níveis de atenção	Manejo de úlceras não complicadas (Estágio A, Grau 0 a 2).
Cuidado obrigatoriamente compartilhado entre equipe multiprofissional com o angiologista/cirurgião vascular	Úlcera isquêmica ou neuroisquêmica (mista) (Estágio C). Úlcera sem resposta ao tratamento após quatro semanas. Úlcera com necrose ou gangrena.
Cuidado obrigatoriamente compartilhado entre equipe multiprofissional e o terapeuta ocupacional	Deformidades no pé com indicação de calçado especial.
Cuidado obrigatoriamente compartilhado entre equipe multiprofissional e o ortopedista	Deformidades ósseas no pé com possível indicação cirúrgica. Artropatia de Charcot.
Encaminhamento com urgência para internação hospitalar	Úlcera profunda com suspeita de comprometimento ósseo ou de articulação (Grau 3). Febre ou condições sistêmicas desfavoráveis. Celulite (> 2 cm ao redor da úlcera). Isquemia crítica. Quando a pessoa não tem condições de realizar tratamento domiciliar adequado.

Fonte: MANUAL DO PÉ DIABÉTICO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016.

ÚLCERA DE MEMBROS INFERIORES VENOSA E ARTERIAL

As úlceras de membros inferiores são consequência de doenças venosas, arteriais ou neurovasculares, onde podemos destacar: varizes, trombose venosa, aterosclerose, diabetes, hipertensão arterial, entre outras. As úlceras de etiologia vascular tem como localização as extremidades inferiores. Estas úlceras de perna podem ser definidas como lesões que acometem, na maioria das vezes, o terço inferior das pernas e pés tendo como consequência externa a perda da integridade da pele nesta região que perduram por tempo prolongado quando não cuidadas de forma adequada.

ÚLCERA VENOSA CARACTERÍSTICAS	MANEJO
<ul style="list-style-type: none"> ○ Comprometimento superficiais; ○ Bordas irregulares; ○ Com localização em região maleolar 1/3 distal; ○ Edema; ○ Base na maioria das vezes se apresentam com granulação podendo ter infecção aparente; ○ Hiperpigmentação; ○ Lipodermatoesclerose; ○ Pulsos pediais palpáveis; ○ Edema com “pitting” ○ Dor noturna e câimbras ○ Índice tornozelo-braço $\geq 0,9$ ○ Ao levantar, sensação de peso e cansaço, que diminui ao caminhar ○ Coceira 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar usuário e a lesão. ○ Medicações de uso. ○ Acompanhamento do vascular. ○ Terapia tópica adequada. ○ Controle da infecção com antimicrobiano tópico sobre a úlcera e verificar a necessidade de ATB sistêmico. ○ Prevenção de recidivas. ○ Verificar necessidade de USG doppler venoso. ○ Avaliar ITB (Índice tornozelo-braço). ○ Tratamento da estase venosa, com repouso e instituir terapia compressiva. ○ Terapia elástica com meias de médica compressão (se faz importante o paciente ser avaliado pelo angiologista). ○ Bota de Unna é padrão outro na terapêutica de úlcera venosa (terapia não elástica).



PREVENÇÃO E CUIDADOS:

- Manter repouso e elevação dos membros inferiores devido a melhora do fluxo sanguíneo.
- Caminhada e exercícios de elevação do calcâneo e fortalecimento da panturrilha melhora a competência vascular.
- Redução do peso corporal.
- Acompanhamento da equipe da UBS e especialista.
- Meias de média compressão elásticas – avaliar necessidade para seu uso e o tipo de compressão.
- Tomar medicações prescritas nos horários corretos.
- Não se auto medicar.

ÚLCERA ARERIAL CARACTERÍSTICAS	MANEJO
<ul style="list-style-type: none"> ○ Lesões com comprometimento tecidual profundo onde envolvem tendões, fâscias. ○ Bordas regularres; ○ Maior incidência nos artelhos, pé e 1/3 distal da perna; ○ Apresentação de tecido necrótico; 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar o paciente e sua úlcera. ○ Realizar curativo e manter meio úmido. ○ Tratamento complexo e requer restauração da competência vascular para eficácia do tratamento; ○ Não elevar os membros.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausência de pulsos nas extremidades, pele fria, pálida e cianótica; ○ Não apresenta pelos na região distal do membro; ○ Dolorosa; ○ A elevação do membro pode aumentar a dor e a palidez. ○ Limitação: as bordas da ferida são bem demarcadas e regulares ○ Fundo da ferida geralmente de coloração escura a preta ○ Normalmente nenhum edema ○ Índice tornozelo-braço <0,9 ○ Muitas vezes mais doloroso do que as úlceras venosas, dor noturna que reduz ao posicionar a perna para baixo ○ Claudicação intermitente ○ Pé frio, azul esbranquiçado 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tem melhora da dor quando os membros estão para baixo. ○ Acompanhamento com UBS e especialista (angiologista); ○ A terapia compressiva é CONTRA-INDICADA em úlceras arteriais e mistas. <div data-bbox="810 674 1168 842" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="810 864 1091 898">Fonte: imagem Google.</p>
--	--

Observação: Seguir manejo de ferida de acordo com a tabela de avaliação. Instituir terapêutica de acordo com o que você tem para tratar no posto (curativos), se houver necessidade transferir paciente para atenção secundária com descritivo informando os motivos desta.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA LESÕES DE PELE

,Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	CIAP 02
Autocuidado Inadequado	Encaminhar para oficinas educativas Estabelecer relação de confiança com a paciente Estimular a auto-estima da paciente Estimular a reflexão sobre a importância dos hábitos de higiene e cuidados com seus pertences Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável Estimular os hábitos diários de higiene corporal Identificar rede de apoio familiar e comunitário Investigar hábitos e costumes de higiene Manter suas coisas organizadas (usuário) Monitorar através de visita domiciliar Orientar os hábitos diários de higiene corporal Praticar atividades físicas de acordo com suas capacidades Realizar higiene corporal diariamente	S01 - Sensibilidade dolorosa S76 - Outras infecções da pele S23 - Queda de cabelo / calvície S24 - Sinais/sintomas do cabelo / couro cabeludo S74 - Dermatofitose S74 S86 - Dermatite seborréica S87 - Dermatite / eczema atópico
Autocuidado Adequado	Estimular a participação em oficinas Investigar hábitos e costumes de higiene Reforçar orientações sobre o desenvolvimento de hábitos de vida saudável	S06 - Erupção cutânea localizada
Trauma de Pele	Avaliar a situação do trauma Executar ações de prevenção aos agravos decorrentes de violência à mulher Indicar vacina antitetânica Manter ferida limpa conforme orientado	S07 - Erupção cutânea generalizada S87- Dermatite / eczema atópico S76 - Outras infecções da pele

	<p>Notificar casos de violência conforme protocolo</p> <p>Orientar sobre cuidados com o trauma</p> <p>Programar visita domiciliar</p> <p>Retornar no dia horário agendado</p>	
Escoriação de pele	<p>Atender os casos de violência contra a mulher, conforme protocolo</p> <p>Avaliar a situação do ferimento</p> <p>Esclarecer dúvidas quanto às lesões encontradas</p> <p>Estimular hábitos de higiene</p> <p>Estimular o autocuidado corporal</p> <p>Executar ações de prevenção aos agravos decorrentes de violência à mulher</p> <p>Orientar sobre cuidados com o ferimento</p> <p>Manter ferida limpa conforme orientado (usuário)</p> <p>Programar visita domiciliar</p>	<p>S08 - Alterações da cor da pele</p> <p>S84 - Impetigo</p> <p>S85 - Cisto pilonidal / fístula</p> <p>S93 - Cisto sebáceo</p> <p>S95 - Molusco contagioso</p>
Contusão	<p>Aplicar compressa fria nas primeiras 24 horas, conforme orientado (usuário)</p> <p>Avaliar frequência, intensidade e localização da dor</p> <p>Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência</p> <p>Programar visita domiciliar</p>	<p>S09 - Infecção dos dedos das mãos/pés</p>
Queimadura decorrente de violência à Mulher	<p>Apoiar a mulher vítima de violência</p> <p>Assegurar respeito aos direitos da mulher</p> <p>Avaliar a situação do ferimento/queimadura</p> <p>Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência</p> <p>Encaminhar para atendimento especializado</p> <p>Envolver família/pessoa significativa nos cuidados</p> <p>Notificar casos de violência conforme o protocolo</p> <p>Orientar sobre cuidados com o ferimento/queimadura</p> <p>Realizar visita domiciliar</p> <p>Retornar no dia e horário agendados (usuário)</p> <p>Tratar área queimada conforme protocolo</p>	<p>S05- Infecção pós-traumática da pele</p> <p>S14 - Queimadura/escaldão</p> <p>S80 - Ceratose / Queratose solar / Queimadura solar</p>

Queimadura	<p>Avaliar a situação da queimadura Encaminhar para atendimento especializado Envolver família/pessoa significativa nos cuidados Orientar sobre cuidados com o ferimento/queimadura Programar visita domiciliar Retornar no dia e horário agendados (usuário) Tratar área queimada conforme protocolo</p>	<p>S14 - Queimadura/escaldão S80 - Ceratose / Queratose solar / Queimadura solar S76 - Outras infecções da pele</p>
Retorno Venoso Prejudicado	<p>Avaliar uso correto de meias compressivas Elevar MMII várias vezes ao dia conforme orientação em úlceras venosas (usuário). Não elevar se a úlcera for arterial. Evitar a permanência na mesma posição por mais de 20 minutos (usuário) Fazer uso de meias compressivas Inspeccionar retorno venoso em MMII e em úlceras venosas está também indicado. Não usar em úlceras arteriais Investigar o tempo de aparecimento e características do edema Observar o aparecimento de varizes, edema, alteração de cor nas pernas (usuário) Usar calçados confortáveis (usuário)</p>	<p>S15 - Corpo estranho na pele S82 - Nervos / sinais da pele</p>
Dor	<p>Acolher a usuária conforme suas necessidades Apoiar a mulher vítima de violência Avaliar frequência, intensidade e localização da dor Encaminhar para atendimento especializado. Estimular a confiança no atendimento prestado</p>	<p>S01 - Sensibilidade dolorosa S16 - Traumatismo/contusão S82 - Nervos / sinais da pele</p>
Sensibilidade Periférica Prejudicada	<p>Caminhar com cuidado (usuário) Cortar unhas retas, não tirar cutículas, não desencarnar unhas, não remover calos (usuário) Evitar o uso de tapetes que escorreguem (usuário) Examinar os pés diariamente (usuário) Explicar sobre a alteração da sensibilidade devido a diabetes Inspeccionar os calçados diariamente (usuário) Orientar prevenção de acidentes Orientar uso de calçados adequados</p>	<p>S17 - Abrasão/arranhão/ Bolhas/flictemas S82 - Nervos / sinais da pele S94 - Unha encravada S22 - Sinais/sintomas das unhas</p>

	<p>Orientar uso de vestiário adequado Usar calçados confortáveis (usuário) Usar roupas que não apertem (usuário)</p>	
<p>Edema postural de MMII no hipertenso/diabético</p>	<p>Avaliar ingestão hídrica Enfermeiro Esclarecer dúvidas do paciente/família Evitar alimentos salgados (usuário) Investigar o edema e outras patologias de base familiar e /ou pessoal Orientar atividade física Orientar o uso de meias compressivas Orientar quanto à alimentação Orientar quanto uso dos medicamentos prescritos Orientar retorno para controle de níveis pressóricos enquanto presença do edema Programar monitoramento domiciliar Repousar sempre que possível mantendo as pernas elevadas (usuário) Retornar no dia e horário agendados (usuário) Retornar para Unidade de Saúde caso piora do edema (usuário) Tomar a medicação conforme prescrito (usuário) Usar meia elástica (usuário)</p>	<p>S18 - Laceração/corte S20 - Calos/calosidades S21 - Sinais/sintomas da textura da pele S29 - Sinais/sintomas da pele, outros S22 - Sinais/sintomas das unhas</p>

NUTRIENTES IMPORTANTES QUE CONTRIBUEM NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

Quadro 1: alguns nutrientes que auxiliam no processo de cicatrização das feridas e lesões.

NUTRIENTES	BENEFÍCIOS QUE ESTES NUTRIENTES TRAZES	ALGUNS ALIMENTOS QUE PODEM SER ENCONTRADOS ESTES NUTRIENTES	A FALTA DESTES NUTRIENTES NO ORGANISMO PODEM PREJUDICAR A CICATRIZAÇÃO, COMO:
PROTEÍNAS	<ul style="list-style-type: none"> Participa de todo processo de cicatrização e suas fases. Produz formação de linfócitos, fatores de coagulação, proliferação de fibroblastos, células epiteliais e revascularização . Reduz processo catabólico. Ativa produção de colágeno. Atua na remodelação da lesão e em sua resposta imunológica. 	<p>Proteína animal Carne de frango Carne de vaca Queijo Salmão grelhado Pescada Ovo Iogurte Leite</p> <p>Proteína vegetal: Soja, Quinoa Trigo sarraceno Milhete Lentilhas Tofu Feijão Ervilhas Arroz cozido</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer retardo no processo de cicatrização e formação tecidual. Diminui o metabolismo celular. Estagnação do processo cicatricial.
ARGININA	<ul style="list-style-type: none"> É um Aminoácido. Por ser um constituinte do colágeno ele ajuda a cicatrizar as feridas Aumenta a resistência imunológica no local da ferida/lesão Precursora de prolina – proteína convertida em hidroxiprolina e depois em colágeno Melhora a perfusão tecidual. Efeito vasodilatador na microcirculação Rica em nitrogênio 	<ul style="list-style-type: none"> Iogurte Queijo Pão integral Castanha de caju Feijão Milho Cacau Aveia 	<ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer retardo no processo de cicatrização e formação tecidual Diminuição da perfusão tecidual Diminuição da vasodilatação na microcirculação acarretando perfusão deficiente

GLUTAMINA	<ul style="list-style-type: none"> • Ação de sustentação da massa muscular e do tecido conjuntivo 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Aminoácido • Tem ação como combustível usados pro células de proliferação rápida de fibroblastos, células epiteliais, linfócitos e macrófagos 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos protéicos • Suplementos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ocorrer retardo no processo de cicatrização e formação tecidual
	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve fornecimento de energia para as células, como leucócitos e fibroblastos 	<ul style="list-style-type: none"> • Milho • Trigo • Raízes • Tubérculos • Cereais • Massas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ação inativada de gliconeogênese (formação de glicose) • Diminuição de energia celular na lesão dificultando processo cicatricial
	<ul style="list-style-type: none"> • Suprem energia celular e ácidos graxos • Atua na produção de prostaglandinas • Estruturação dos fosfolipídios 	<ul style="list-style-type: none"> • Carne vermelha • Abacate • Ovo queijo • Azeitonas • Sementes de linhaça • Sementes de chia • Óleos vegetais • Nozes • Peixe 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da energia celular para promover síntese proteica e colágeno para reparo tecidual
VITAMINAS HIDROSSOLÚVEIS C, B1, B2, B6	<ul style="list-style-type: none"> • Ação antioxidante • Diminui o risco de degradação do colágeno intracelular • Diminui função dos neutrófilos e migração dos macrófagos • Auxilia na preservação da integridade da membrana. • Aumenta a produção de energia celular • Imunidade celular • Atua na síntese de hemácias e imunoglobulinas • Atua no metabolismo do colágeno 	<ul style="list-style-type: none"> • Legumes • Fígado • Peixes • Morango • Goiaba • Melão • Kiwi • Frutas cítricas 	<ul style="list-style-type: none"> • Carências destas podem diminuir a resistência contra infecções • Dificuldade no metabolismo celular
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulante fibroblastos; • Estimulante a síntese de colágeno; 	<ul style="list-style-type: none"> • Damasco • Fígado 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de cicatrização

VITAMINAS LIPOSSOLÚVEIS A, E E K	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta resposta imunológica • Síntese de glicoproteína • Ação antioxidante • Ação de recolher os radicais livres na fase inflamatória • Auxilia na síntese de fatores de coagulação • Ação na coagulação sanguínea • Tem propriedades antioxidantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Melão • Gema de ovo • Óleos vegetais • Batata doce • Castanhas e nozes • Cereais integrais • Peixes • Legumes 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência imunológica • Hemorragia • Formação de hematomas • Deficiência de síntese de colágeno
FERRO	<ul style="list-style-type: none"> • Tem ação na síntese do colágeno • Age na produção de hemoglobina • Ação no transporte de oxigênio na hemoglobina para leito da ferida 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnes vermelhas • Peixe • Beterraba • Gema de ovo • Lentilha, feijão preto, feijão carioca e feijão branco são alimentos ricos em fibras alimentares, proteínas e ferro; • Oleaginosas: amêndoas, castanha do Pará; avelã, pistache. • Frutas secas; Ostras, vegetais verdes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Risco para isquemia tecidual • Prejuízo na força contrátil do tecido na ferida
ZINCO	<ul style="list-style-type: none"> • Ação da proliferação celular; • Ação na formação da epitelização • Atuação em diferentes enzimas que promovem síntese protéica • Age e tem ação na replicação celular • Formação do colágeno 	<ul style="list-style-type: none"> • Semente de linhaça marrom dourada; • Ostras, camarão, gema de ovo; • Amendoim, leite integral; • Sementes de melancia, castanha de caju, feijão. • Frutas, vísceras e cereais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da proliferação celular; • Dificuldade na epitelização; • Deficiência na formação do colágeno acarretando estagnação da cicatrização.
COBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Ação nas funcionalidades do mecanismo do colágeno como cross-linking 	<ul style="list-style-type: none"> • Cereais integrais • Fígado de boi • Amendoim 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas no reparo tecidual.

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Formação de leucócitos • Formação de colágeno | <ul style="list-style-type: none"> • Nozes • Caju • Frutos do mar • Gemem de trigo • Carne vermelha • Oleaginosas | <ul style="list-style-type: none"> • Contração das bordas • Cicatrização deficiente |
|--|---|---|

Fonte: Adaptado pelo autor conforme referências.

IMPORTANTE: Necessária avaliação também do profissional **NUTRICIONISTA** para uma avaliação mais ampla para que de forma mais especializada este profissional possa adaptar uma alimentação com fontes de nutrientes que o paciente esteja precisando para que assim passamos obter um resultado do restabelecimento de saúde eficaz e a cicatrização otimizada. Verificar viabilidade de encaminhamento.

Observações: Este quadro serve para que o profissional tenha uma base de acesso a informação e que assim forneça orientações para que o mesmo possa fazer suas intervenções levando sempre em conta: o que o usuário tem disponível e de acesso fácil, o que ele pode ingerir, e como ingerir, também levar em considerações possíveis alergias que possam ter. trazendo também informações sobre alguns nutrientes, seus efeitos no processo de cicatrização das feridas e lesões, alguns alimentos e frutas que podem ser encontrados e o que a falta de algum destes pode acarretar no processo de cicatrização. Sabendo que uma boa alimentação e adequada para cada paciente se faz importante para o processo saúde-doença e qualidade de vida.

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS POR PORTADORES DE FERIDAS

HEMOGRAMA	Em casos de apresentação de anemia a uma capacidade diminuída de sangue transportar oxigênio e com esta situação ocorre efeito deletério no processo de cicatrização de feridas.
IONOGRAMA (SÓDIO, POTÁSSIO, CLORO, MAGNÉSIO, FÓSFORO, CÁLCIO E CLORETO)	Estes eletrólitos são importantes para o gerenciamento da pressão arterial e de pH do sangue, também agem na reconstrução de tecidos danificados do corpo, assim como na contração muscular, indicam também o nível de hidratação do paciente; possibilitam a prevenção de câimbras e na produção de energia. A presença harmônica destes se faz de extrema importância para o equilíbrio celular e processo de cicatrização.
GLICEMIA DE JEJUM	Altos níveis de glicemia se fazem prejudicial metabolismo celular assim como sua diminuição. Onde o processo hiperglicêmico é um fator para causar microangiopatia, fazendo o endotélio serem danificados por fator hiperglicêmico. A concentração de glicose no sangue cronicamente elevada levam a uma cicatrização de feridas deficiente, diminuindo desta forma a resistência da ferida e prejudicando o processo de angiogênese subsequente à reparação dos tecidos.
FERRO	É fundamental para formação de hemácias, auxilia a hemoglobina no transporte eficaz de oxigênio no corpo,

	além de contribuir com o sistema imunológico e no desenvolvimento cognitivo. O ferro participa da síntese do colágeno, uma proteína essencial para a cicatrização de feridas. Seus índices elevados são prejudiciais a saúde; e sua deficiência interfere diretamente no mecanismo de transporte sanguíneo afetando a cicatrização de feridas.
ZINCO	O Zinco participa na proliferação de células inflamatórias da modulação a inflamação cutânea. Nas fases de proliferação e maturação do processo de cicatrização o zinco tem ação na síntese de colagênio e para a proliferação de fibroblastos e de queratinócitos. Na fase de hemostase ele participa na regulação do equilíbrio entre fatores pro e anti-trombóticos que são libertados das plaquetas e do endotélio.
VITAMINA B12	Esta vitamina participa da formação do DNA, auxilia também no crescimento e desenvolvimento do corpo e na pele. Auxilia na síntese das células nervosas e na formação, integridade e maturação das células vermelhas.
VITAMINA D	Apresenta um efeito predominante sobre cálcio e fósforo sérico, a atuação na regulação das células em vários tecidos, incluindo epiderme – queratinócitos, com isto auxiliando no reparo tecidual, é feito através da regulação de fatores de crescimento e citocinas. Esse efeito pode ser inibitório nos queratinócitos através da ativação do fator de ou pode ser estimulatório através de aumento a produção de fatores de crescimento epidérmico, e também de crescimento de plaquetas. Nesta última situação, ela pode influenciar na cicatrização de feridas.
VITAMINA C	A vitamina C é essencial para a defesa do organismo, seus bons níveis ajudam no combate às infecções e auxilia na formação dos tecidos, pois participa da constituição da parede celular de todas as células do corpo, como ossos, dentes e cartilagens. Também é muito importante no combate às hemorragias e no fortalecimento do sistema imunológico, pois auxilia na absorção do ferro.
ALBUMINA SÉRICA	A sua depleção proteica contribui para o atraso na cicatrização e que seus níveis de albumina abaixo de 3g/dL estão relacionados a edema tecidual, afetando o transporte de oxigênio, como também alterações metabólicas e redução da resistência à infecção, acarretando assim a cronicidade das lesões.

Fonte: Adaptação deste conforme autores. (QUEIROZ, 2016; MORAIS, 2008; SILVA, 2017; NUNES, 2016; SANTOS, 2020; MEDEIROS, DANTAS-FILHO, 2016; SZWARCOWALD, 2019; GUSHIKEN, 2017).

COLETA DE FRAGMENTO DA FERIDA

Em Feridas abertas:

- Não está recomendado o procedimento de cultura em feridas secas ou crostas;
- Se faz necessário descontaminar as margens e a superfície das lesões com solução fisiológica 0,9%, e após esta limpeza realizar o procedimento.
- Utilizar técnica estéril;
- Proceder nova limpeza com solução fisiológica estéril;
- A coleta deve ser realizada da parte mais profunda da ferida e do material purulento se este existir; realizar raspagem de fragmento conforme necessidade. Swab conforme necessidade.
- SEMPRE FAZER COLETA APÓS LIMPEZA DA FERIDA.
- . Se não for possível a coleta por punção, utilizar dois swabs com meio de transporte.

Abscessos fechados:

- Não usar swab;
- Fazer antisepsia com álcool 70% ou clorexidina 2%.
- Técnica estéril;
- Procedimento: Aspirar o exsudato com agulha e seringa.

Obs.: Solicitar material a FB da AB justificando o motivo para seu uso.

ANEXOS

TABELA 1 - SEGUIMENTO DE AVALIAÇÃO PARA LESÕES DE PELE

1 LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA	2 DIMENSÕES	3 TIPO DE FERIDA	4 TEMPO-ETIOLOGIA	5 COMPROMETIMENTO TECIDUAL	6 COR DA FERIDA
Occipital Hélice da orelha Lóbulo da orelha Região do Mento Região Escapular Tórax Cotovelo Mãos e falanges dos metatarsos Abdômen Trocântéricas Dorsal Região sacrococcígea Glúteos Isquió Crista Ilíaca Região patelar Maleolos Calcâneos Região Plantar do pé: -Antepé -Médiopé -Retropé Dorso do pé Artelhos	Mensurações das feridas: <u>LINEAR:</u> Utilizar fita métrica ou régua. Avaliar Comprimento X Largura <u>TRIDIMENSIONAL:</u> Utilizar régua ou fita métrica + espátula estéril ou uma sonda uretral utilizando técnica estéril Avaliar: Comprimento x largura x profundidade	Mecânicas Laceradas Químicas Térmicas Elétricas Radiação Incisas Contusas Perfurantes Oncológicas Patológicas Queimaduras Fístulas Cirúrgicas Úlceras Vasculogênicas: (Úlcera Arterial e Venosa e Mistas) Lesão Pressão: (LP) Feridas Vasculogênicas: (PÉ DIABÉTICO)	Determina se a ferida é AGUDA ou CRÔNICA de acordo com o tempo que a mesma existe. AGUDAS: Abrasões Lacerações Traumáticas Queimaduras Infeciosas Cirúrgicas CRÔNICAS: Oncológicas Neuropáticas Metabólicas Lesão Pressão Vasculares	Ferida superficial: Atinge a epiderme e derme. Ferida profunda superficial: Destroi a epiderme, derme e tecido subcutâneo. Ferida profunda total: Atinge estruturas musculares, adjacentes: tendões, cartilagens, estruturas ósseas. Pode-se encontrar: Descolamentos Túneis Fístulas	Feridas VERMELHAS: (Predomínio do tecido de granulação e novo epitélio, favorecendo o ambiente úmido, protegendo os tecidos e prevenindo a infecção). Feridas AMARELAS: (Apresentam exsudato fibroso e seus tecidos são moles e desvitalizados, podendo estar colonizadas, o que favorece a instalação de infecções). Feridas PRETAS: (Apresentam necrose do tecido, com formação de escara espessa e necessitando remoção do tecido necrosado).

7 PELE ADJACENTE	8 BORDAS	9 APRESENTAÇÃO DO TECIDO	10 EXSUDATO E QUANTIDADE	11 ODOR	12 POTENCIAL DE INFECÇÃO
<p>Coloração</p> <p>Temperatura</p> <p>Textura</p> <p>Integridade</p>	<p>Macerada</p> <p>Epibolia</p> <p>Queratose</p> <p>Desniveladas</p> <p>Fibrinosa</p> <p>Podem se apresentar da seguinte forma:</p> <p>Bordas Regulares</p> <p>Bordas Irregulares</p>	<p>Granulação (Vermelho vivo, brilhante, úmido, ricamente vascularizado)</p> <p>Epitelização (Revestimento rosado e frágil)</p> <p>Necrose coagulativa (Escara negra e seca)</p> <p>Necrose de liquefação (Amolecida, caracterizada pelo tecido amarelo/ esverdeado, quando a lesão apresentar infecção ou presença de secreção purulenta.)</p> <p>Desvitalizado ou Fibrinoso (Esfacelos): (Tecido amarelado, esbranquiçado, acinzentado, necrosado, de consistência mais delgada, macia, apresentado como cordões, crostas ou mucinoso, sendo formado por bactérias, fibrina, elastina, colágeno, Etc)</p>	<p>Seroso</p> <p>Sanguinolento</p> <p>Aquoso</p> <p>Purulento</p> <p>Pio – sanguinolento</p> <p>COMO MEDIR E CLASSIFICAR:</p> <p>POUCO: Até 5 gases saturadas</p> <p>MODERADO: De 5 a 10 gases saturadas.</p> <p>ACENTUADO/INTENSO: Acima de 10 gases saturadas</p>	<p>Inodoro (Nenhum odor é evidente com ou sem o curativo na lesão)</p> <p>Leve (levemente evidenciado na retirada do curativo)</p> <p>Moderado (Evidenciado 2-3 metros do paciente com curativo já removido)</p> <p>Forte (Evidenciado 2-3 metros do paciente, com o curativo intacto)</p>	<p>Ferida Limpa</p> <p>Ferida Contaminada</p> <p>Ferida Colonizada</p> <p>Ferida Infectada</p>

13 DOR	ESCALA ANALÓGICA PARA AVALIAÇÃO DE DOR AVA
<p>NOTA 0 : Dor ausente ou sem dor.</p> <p>NOTA 3 : Dor presente, havendo períodos em que é esquecida.</p> <p>NOTA 6 : A dor não é esquecida, mas não impede de exercer atividades da vida diária.</p> <p>NOTA 8: A dor não é esquecida, e atrapalha todas as atividades da vida diária, exceto alimentação e higiene;</p> <p>NOTA 10: A dor persiste mesmo em repouso, está presente e não pode ser ignorada, sendo o repouso imperativo.</p> <p>Obs.: Escala visual da dor.</p>	<div data-bbox="853 363 1845 635" style="text-align: center;"> <p>ESCALA ANALÓGICA PARA AVALIAÇÃO DE DOR AVA</p> </div> <div data-bbox="815 730 1883 927" style="text-align: center;"> </div> <p>Obs.: A dor também pode estar relacionada ao TIPO DE SUBSTÂNCIA que está sendo UTILIZADA no curativo. Diante desse fator, o enfermeiro deve reavaliar a lesão e verificar possível troca do curativo e substância utilizada, caso não tendo esta possibilidade, encaminhar o paciente de acordo com o tipo e apresentação de lesão para a atenção secundária.</p>

TABELA 2- TIPOS DE FERIDAS E BIOFILME

TIPOS DE FERIDAS	<u>BIOFILME</u> SITUAÇÃO PROBLEMA NA AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • MECÂNICAS: São feridas traumáticas, causadas por traumatismos externos, cortante ou penetrante, incluindo as abrasões, esmagamentos e cortes. • LASCERADAS: São feridas que apresentam bordas irregulares. Ex. caco de vidro ou arame farpado. • QUÍMICAS: Causadas por ácidos ou bases muito fortes e alguns sais e gases, como gás lacrimogêneo e ácido hidrocloreídrico. • TÉRMICAS: São feridas que se desenvolvem como resultado do calor ou frio extremo. • ELÉTRICAS: São causadas por raios ou contato com objetos energizados, ex. rede elétrica. • RADIAÇÃO: São feridas causadas por longa exposição a raios solares, raios X, ou outros tipo de radiações. • INCISAS: São feridas causadas por instrumento cortante, como por exemplo as feridas cirúrgicas. • EXCISIVAS: Quando há remoção de uma parte do tecido epitelial para tratamento. • MECÂNICAS: São feridas traumáticas, causadas por traumatismos externos, cortante ou penetrante, incluindo as abrasões, esmagamentos e cortes. • LASCERADAS: São feridas que apresentam bordas irregulares. Ex. caco de vidro ou arame farpado. • QUÍMICAS: Causadas por ácidos ou bases muito fortes e alguns sais e gases, como gás lacrimogêneo e ácido hidrocloreídrico. • TÉRMICAS: São feridas que se desenvolvem como resultado do calor ou frio extremo. • ELÉTRICAS: São causadas por raios ou contato com objetos energizados, ex. rede elétrica. • RADIAÇÃO: São feridas causadas por longa exposição a raios solares, raios X, ou outros tipos de radiações. • INCISAS: São feridas causadas por instrumento cortante, como por exemplo as feridas cirúrgicas. • EXCISIVAS: Quando a uma remoção de uma parte do tecido epitelial para tratamento. • CIRÚRGICAS: Provenientes de procedimentos cirúrgicos, podendo conter drenos, suturas, e estomias. • PATOLÓGICAS: Toda aquela que for ocasionada por doenças que levem a lesão tegumentares bacterianas ou fúngicas. Exemplo: Erisipela. 	<p>Grau de organização, onde as bactérias formam comunidades estruturadas, coordenadas e funcionais e são revestidas por uma matriz extracelular.</p> <p>O biofilme sobre os tecidos que as lesões apresentam, na ótica do enfermeiro verá a lesão <u>“brilhante”</u>. E sem respostas aos tratamentos que o posto de saúde possibilita.</p> <p>O Enfermeiro na realização do curativo, observando que não existe EVOLUÇÃO da lesão com os materiais que tem no posto, o mesmo encaminha o paciente para a atenção secundária. Esta lesão necessita de AGENTES TÓPICOS, E SOLUÇÕES específicas para tratamento e remoção deste biofilme,</p>

TABELA 3 – PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO E FATORES QUE INTERFEREM NA CICATRIZAÇÃO

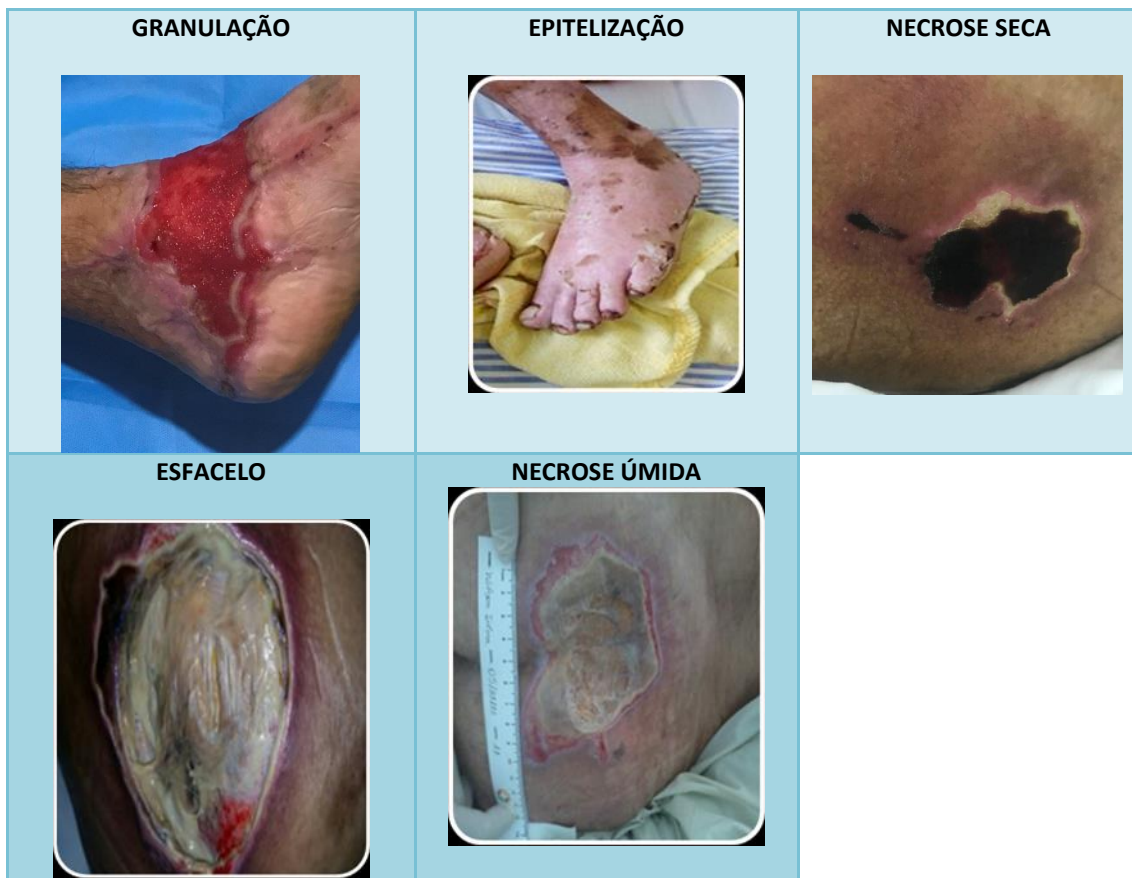
FASES DE CICATRIZAÇÃO	TIPO DE CICATRIZAÇÃO	FATORES QUE AFETAM A CICATRIZAÇÃO
<p>Fase Inflamatória: começa no momento da lesão até as primeiras 48 horas, caracteriza-se pela saída de leucócitos de dentro dos capilares, cujo objetivo é de “limpeza” das partículas que ficam alojadas na zona da lesão; há migração celular, preenchimento do local da ferida com sangue, hemostasia e fagocitose.</p> <p>Fase Proliferativa: se inicia 72 horas após a lesão podendo se prolongar por até 2 ou 3 semanas, forma-se o tecido de granulação, composto por novos vasos sanguíneos, ocorre a concentração e a epitelização da ferida, resultando na proliferação de fibroblastos, produção de colágeno e desenvolvimento de células epiteliais.</p> <p>Fase de Maturação: acontece o aumento da resistência; no início da terceira semana do processo de cicatrização, ocorre a diminuição da quantidade de colágeno através de sua síntese e degradação, além da redução da vascularização e o aumento da força tênsil e da cicatrização.</p>	<p>Primeira Intenção: Ocorre esta quando o reparo da ferida provém de uma incisão cirúrgica limpa não infectada e bordas aproximadas por sutura. Há formação mínima de tecido de granulação, resultando em uma cicatriz.</p> <p>Segunda Intenção: Ocorre quando a ferida fica aberta intencionalmente por indicação clínica para fechamento espontâneo, em caso de deiscência, quando a lesão se abre após fechamento primário.</p> <p>Terceira Intenção: feridas corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação ou para controle de infecção, a fim de que apresentem melhores condições funcionais e estéticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hematomas ○ Edema ○ Oxigenação e perfusão tissular ○ Corpo estranho ○ Tecido necrótico ○ Infecção ○ Ressecamento ○ TVP ○ Insuficiência arterial ○ Hematomas ○ Edema ○ Oxigenação e perfusão tissular prejudicada/diminuída, ○ Corpo estranho ○ Tecido necrótico ○ Infecção ○ Ressecamento ○ TVP ○ Insuficiência arterial

TABELA 4 - TIPOS DE DESBRIDAMENTOS

TIPO	MATERIAL	VANTAGENS	DESVANTAGENS
QUÍMICO	-PAPAÍNA -COLAGENASE -FIBRINILISINA	-Fácil realização -Pouco doloroso -Papaína tem atividade: bactericida, adstringente, desodorante, e seleciona o tecido.	-Pode causar irritações. -Processo lento. -Colagenase e fibrinolisinase não são seletivos. -Inativação de acordo com o pH da lesão.
AUTOLÍTICO	-Hidrogéis -Hidrocolóides	-Fácil realização -Seletivo -Pouco doloroso	-Processo lento -Não pode ser utilizados em lesões infectadas.
MECÂNICO	-Hidroterapia -Curativo úmido-seco -Terapia com pressão negativa	-Fácil realização. -Mais rápido do que o químico e autolítico. -Útil para grande quantidade de tecidos desvitalizados	-Não Seletivo -Pode causar dano aos tecidos perilesional. -Moderadamente doloroso.
CIRÚRGICO	-Desbridamento com instrumentais cirúrgicos e bisturi.	-Resultado imediato. -Útil para grande quantidade de tecidos necrosados.	- Não seletivo. -Necessita de analgesia. -Pode causar hemorragia e dor.

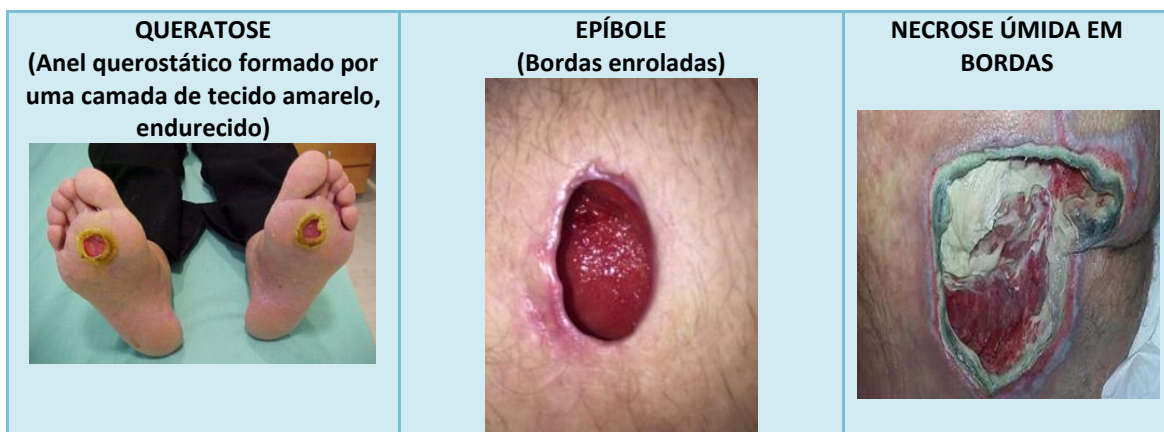
Fonte: MALLAGUTI,2010.

APRESENTAÇÃO DOS TIPOS DE TECIDOS PRESENTES EM FERIDAS



Fonte: Imagens do acervo profissional do autor deste capítulo, todas as imagens usadas tem TCLE assinados pelos pacientes e seus responsáveis.

APRESENTAÇÃO DOS TIPOS DE BORDAS



MACERADAS



DESCOLAMENTO DE BORDAS



Fonte: Imagens google (imagem da queratose, macerada e descolamento), as imagens de Epíbole e necrose úmida em bordas fazem parte do acervo profissional do autor deste capítulo, todas as imagens usadas tem TCLE assinados pelos pacientes e seus responsáveis.

CURATIVOS

Quadro: Curativos tópicos e biológicos e seus descritivos

NOME	DESCRIPTIVO
<p>Colagenase</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Composição: colagenase clostridiopeptidase A e enzimas proteolíticas. ○ Mecanismo de ação: age degradando o colágeno nativo da ferida. Realiza desbridamento enzimático. ○ Indicação: feridas com tecido desvitalizado. ○ Contra indicação: feridas com cicatrização por primeira intenção. ○ Modo de usar: aplicar a pomada sobre a área a ser tratada. Colocar gaze de contato úmida. Cobrir com gaze de cobertura seca e fixar. ○ Periodicidade de troca: a cada 24 horas.
<p>CURATIVO COM ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Composição: óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja. ○ Mecanismo de ação: promove a quimiotaxia e a angiogênese, mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual. A aplicação em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local. ○ Indicação: prevenção de úlceras de pressão, feridas abertas superficiais com ou sem infecção. ○ Contra indicação: não relatada. ○ Modo de usar: remover o exsudato e o tecido desvitalizado. Espalhar o AGE no leito da ferida ou embeber gases estéreis de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmido até a próxima troca. Ocluir com cobertura secundária estéril de gaze e fixar. ○ Periodicidade de troca: sempre que o curativo secundário estiver saturado ou, no máximo, a cada 24 horas.
<p>HIDROCOLÓIDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Composição: camada externa de espuma de poliuretano e outra interna composta de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica. ○ Mecanismo de ação: estimula a angiogênese e o desbridamento autolítico. Acelera o processo de granulação tecidual. ○ Indicação: feridas abertas não infectadas, com leve a moderada exsudação. Prevenção ou tratamento de úlceras de pressão não infectadas. ○ Contra indicação: feridas colonizadas ou infectadas. Feridas com tecido desvitalizado ou necrose e queimaduras de 3º grau. ○ Modo de usar: lavar a ferida. Escolher o hidrocolóide, com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida pelo menos 3 cm. ○ Periodicidade de troca: a cada um a sete dias, dependendo da quantidade de exsudação.

	<ul style="list-style-type: none">○ Vantagens: é à prova d'água e lavável, retém odores, tem boa aparência e formas variadas que possibilitam adequação à área cruenta, podendo inclusive ser empregado em lesões das articulações.○ Desvantagens: a pele poderá ficar macerada se a exsudação se tornar abundante.
HIDROGEL	<ul style="list-style-type: none">○ Composição: gel transparente, incolor, composto por: água (77,7%), carboximetilcelulose (CMC-2,3%) e propilenoglicol (PPG-20%).○ Mecanismo de ação: amolece e remove tecido desvitalizado através de desbridamento autolítico. A água mantém o meio úmido, o CMC facilita a re-hidratação celular e o desbridamento. O PPG estimula a liberação de exsudato.○ Indicação: feridas superficiais moderada ou baixa exsudação. Remover as crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados ou necrosados.○ Contra indicação: pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.○ Modo de usar: lavar o leito da ferida. Espalhar o curativo ou introduzi-lo na cavidade assepticamente. Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril.○ Periodicidade de troca: a cada um a três dias, dependendo da quantidade de exsudato.○ Vantagens: sensação de alívio na ferida e promove o desbridamento autolítico.○ Desvantagens: desidrata rapidamente e é relativamente caro.
CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO	<ul style="list-style-type: none">○ Composição: É uma fibra de não tecido, impregnada de alginato de cálcio e sódio, extraídas de algas marinhas do tipo marrons, contendo ácido algínico como seu princípio ativo.○ Mecanismo de ação: o sódio presente no exsudato e no sangue interage com o cálcio presente no curativo de alginato. A troca iônica auxilia no desbridamento autolítico, tem alta capacidade de absorção, resulta na formação de um gel que mantém o meio úmido para a cicatrização e induz a hemostasia.○ Indicação: É indicado para feridas superficiais, com perda parcial de tecido ou lesões Cavitárias e profundas, altamente exsudativas, com ou sem infecção.○ Contra indicação: Não deve ser utilizado em feridas secas ou com pouco exsudato, pois pode haver aderência e maceração da pele adjacente○ Modo de usar: remover exsudato e o tecido desvitalizado. Modelar o alginato no interior da ferida umedecendo a fibra com solução fisiológica. Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse a borda da ferida. Ocluir com cobertura secundária estéril.○ Periodicidade de troca: 24 a 48 horas conforme saturação, necessita de cobertura secundária. Trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado.○ Vantagens: elevado poder de absorção e estimula granulação.○ Desvantagens: pode prejudicar as bordas devido ter ação de desbridamento autolítico.○ Obs.: sua formulação também pode apresentar com PRATA, onde está indicado para feridas infectadas e odor forte.

CURATIVO DE CARVÃO ATIVADO

- **Composição:** tecido carbonizado e impregnado com nitrato de prata a 0,15%, envolto por camada de tecido sem carvão ativado.
- **Mecanismo de ação:** o carvão ativado absorve o exsudato e filtra o odor. A prata exerce ação bactericida.
- **Indicação:** feridas fétidas, infectadas e exsudativas.
- **Contra indicação:** feridas limpas e lesões de queimaduras.
- **Modo de usar:** remover o exsudato e o tecido desvitalizado. Colocar o curativo de carvão ativado sobre a ferida e ocluir com cobertura secundária estéril.
- **Periodicidade de troca:** a cada 1-4 dias, dependendo da quantidade de exsudação.
- **Vantagens:** método eficaz para controle do mau odor e é de fácil aplicação.
- **Desvantagens:** não pode ser cortado, pois ocorre liberação do carvão e da prata.

PAPAÍNA

- Trata-se de uma enzima proteolítica complexa de origem vegetal extraída do látex do mamão (carica papaya), que vem sendo utilizada nas últimas décadas por vários pesquisadores em estudos, tanto a partir da forma bruta como liofilizada, para o auxílio dos processos de cicatrização tecidual, em função do seu poder acelerador de crescimento tecidual, bactericida, bacteriostático e debridante de tecidos necrosados, desvitalizados e infectados.
- Os poderes de debridamento químico, bactericida e bacteriostático, induzidos pela papaína têm sido exatamente alguns dos fatores responsáveis para que profissionais de saúde no Brasil optem pela utilização desta enzima como recurso curativo em todas as fases do processo de cicatrização de feridas.
- Prescrição conforme apresentação dos tecidos:

Granulação: 2% a 4%
Esfacelo: 5% A 7%
Necrose: 8% a 10%

Curativo diário. Necessita de cobertura secundária. Limpeza com solução fisiológica.

- Trata-se de um agente antibiótico que tem ação na parede bacteriana.
- **Indicação:** tratamento tópico de queimaduras e feridas infectadas e possui uma atividade antimicrobiana bastante ampla.

SULFADIAZINA DE PRATA 1%

- **Mecanismo de ação:** bactericida age em variados tipos de bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, bem como algumas espécies de fungos (*Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, algumas espécies de *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Candida albicans*).
- Seu mecanismo de ação antimicrobiana é mediada pela reação do íon prata com o DNA microbiano, o que impede a replicação bacteriana. Tem ação sobre a membrana e paredes celulares, promovendo o enfraquecimento destas, com consequente rompimento da célula por efeito da pressão osmótica.
- **Troca:** 12/12 horas. Porém a necessidade da UBS é de 24/24 horas.
- **Observação:** usar água destilada na limpeza da ferida ou queimadura quando for escolher este medicamento para tratamento, pois os íons da prata acabam interagindo com a SF0,9%, inativando seu mecanismo de ação. Necessita de cobertura secundária.

FONTE: FRANCO, GONÇALVES, 2008; SILVA, 2017; AGUIAR PRADO, 2016; REGASSON, 2012.

Obs.: O quadro descrito acima demonstra algumas coberturas e substâncias tópicas que o enfermeiro pode utilizar em sua prática. Sabendo que algumas destas a UBS/ESF não tem disponíveis, assim fazendo necessário em algumas localidades a solicitação de um destes para a FB com justificativa, nome e n] do prontuário do paciente. Assim a FB junto como com o gestor verificará a viabilidade e disponibilização. Em qualquer situação o enfermeiro poderá conversar com o médico a sua unidade e juntos transferir o usuário para atenção secundária uma vez que através de avaliação percebam que é um caso a se tratar na atenção secundária.

Referências

1. JARA, Carlos Poblete et al. Biofilme e feridas crônicas: reflexões para o cuidado de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**, v. 81, p. 76-80, 2017. Disponível: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=Biofilme+e+feridas+cr%C3%B4nicas%3A+reflex%C3%B5es+para+o+cuidado+de+enfermagem.+Revista+Enfermagem+Atual&btnG.
2. SILVA, Sérgio André Oliveira et al. O enfermeiro no diagnóstico e tratamento de biofilme em feridas. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 19, n. 2, p. 281-290, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2512>.
3. FARIA, Gabrielle Begido Gonzaga de et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre o cuidado com feridas. **Rev. enfermagem. UFPE on line**, p. 4532-4538, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-30181>. Acesso em 12/11/2019.
4. MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tarzia; **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2.^a ed. : São São Paulo. Editora Martinari, 2012.
5. DOMANSKY, Rita de Cássia, BORGES, Eliane Lima; **Manual para prevenção de lesões de pele – recomendações baseadas em evidências**. 1^a ed.: Rio de Janeiro. Editora Rubio,2012.
6. ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN nº 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem [Internet].**[citado em 2010 Jul 14]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp>, 2009.
7. BARROS, Marcelo Parente Lima et al. Caracterização de feridas crônicas de um grupo de pacientes acompanhados no domicílio. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 1-11, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6772005>. Acesso em 12/11/2018.
8. CLARES, Jorge Wilker Bezerra et al. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 965-970, 2013.
9. ALCOFORADO, Carla Lucia Goulart Constant. Efeito da pomada de óxido de zinco e da película de barreira não irritante na prevenção da dermatite associada à incontinência em idosos hospitalizados: ensaio clínico randomizado. 2018. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ENFC-B3VJHH>.
10. FILHO, James da Silva Rocha; DE CARVALHO, Carlos Gilvan Nunes. Dermatite das fraldas, fisiopatologia e tratamento: revisão de literatura. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 3, p. 183-186, 2017. Disponível: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/121238/133972>.

11. **GRECO**, Ana Patrícia Cerqueira; **DE FRANÇA GUIMARÃES**, Andressa; **DO NASCIMENTO**, Taíse Santos. Uso do equipamento para controle da incontinência anal no paciente com dermatite: relato de caso. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 15, n. 3, 2017. Disponível em:
<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/549>.

12. **TAVARES**, Ana Patrícia et al. Resultados da intervenção de enfermagem na prevenção e cicatrização da dermatite associada à incontinência (dai): revisão sistemática da literatura nursing intervention results in the prevention and healing of dermatitis associat.**Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 2, n. 3, p. 709, 2017. Disponível:
http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/151/252.

13. **LAGE**, Mariana de Araújo et al. Prevalência de incontinência urinária e fecal nos idosos matriculados na universidade da maturidade (uma), no município de palmas-to. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 11, p. 128-137, 2019. Disponível:
<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1579>.

14. **BITENCOURT**, Grazielle Ribeiro; **SANTANA**, Rosimere Ferreira. Instrumentos de avaliação dos eventos adversos associados ao uso de fraldas geriátricas.**Rev Rene (Online)**, v. 20, n. 1, p. e39494-e39494, 2019.

15. **RAMOS**, Adriano Ferrareto; **PINTO**, Maria Cristina Pereira Farias. Dermatite Associada à Incontinência em pacientes portadores de Doenças Crônicas. **REVISTA UNINGÁ**, v. 47, n. 2, 2018. Disponível em:
<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1265/887>.

16. **AZEVEDO**, Isabelle Campos et al. Conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde da família sobre avaliação e tratamento de feridas oncológicas.**Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 2, p. 119-127, 2014.

17. **SOUZA**, M. A. O. , **Rodrigues de Souza**, N., **Thamires da Silva Melo**, J., **Campos Absalão Xavier**, M. A., **Lopes de Almeida**, G., & **Ramos Vieira Santos**, I. C. (2018). Escalas de avaliação de odor em feridas neoplásicas: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**,71(5).

18. **FONTES**, Francisco Lucas Lima; **Oliveira**, Adrielly Caroline. Competências do Enfermeiro frente à avaliação e ao tratamento de feridas oncológicas.**Revista uningá**, v. 56, n. S2, p. 71-79, 2019.

19. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**; Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado série cuidados paliativos. **Instituto Nacional de Câncer (INCA)**; RJ, 2009.

20. **EBSERH**, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação POP: Curativos de Feridas com Odor – Divisão de Enfermagem – Hupaa-Ufal/Ebserh, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, 2018.

21. **EBSERH**, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação

22. POP: Curativos de Feridas Sangrantes – DivENF - Divisão de Enfermagem – Maceió: Hupaa - Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, 2018.
23. PIRES, Joelma Oliveira; OLIVEIRA, Riani Ferreira; CRUZ, Natanael Ramos. Assistência de enfermagem no controle e manejo da úlcera venosa. **Revista Transformar**, v. 8, n. 8, p. 151-162, 2016.
24. BARROS, John Franck Santos et al. Enfermagem em estomaterapia: manejo clínico da úlcera venosa. 2019.
25. COSTA, Idevânia Geraldina. Influência do Processo de Enfermagem na Cicatrização de Úlcera Venosa: Estudo Clínico. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 14, n. 4, 2016.
26. MENDES, Danielle Cordeiro; SANTOS, Bárbara Cristina Oliveira; OLIVEIRA, Lara Brandão; SABINO, Luana da Fonseca; A Importância da Nutrição no processo de cicatrização de feridas. Anais IX SIMPAC. **Revista Científica Univiçosa** - Volume 9 - n. 1 - Viçosa-MG - JAN/DEZ 2017
27. OLIVEIRA, Karina Díaz Leyva; HAACK, Adriana; FORTES, Renata Costa. Terapia nutricional na lesão por pressão: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 567-575, 2017.
28. MAFRA, Denise; COZZOLINO, Sílvia Maria Franciscato; Importância do zinco na nutrição humana. **Revista de Nutrição**. v.17 n.1 Campinas jan./mar. 2004. ISSN 1415-5273versão On-line ISSN 1678-9865.
29. Dermatologia, Educação Medica Continuada, Rio de Janeiro, 78(4): 393-410jul./ago.2003. Disponível :<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n5/17545.pdf>>. Acesso em: 20 out.2016.
30. SILVA, Ana Paula Campos Barbosa da. **A influência da alimentação no tratamento de clientes portadores de feridas crônicas: atuação do Enfermeiro**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2011.28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
31. ARCENIO, Cíntia Medeiros. **A relevância da nutrição no processo de cicatrização** [manustrito]/Cíntiamedeirosarcênio.-2014.18p.
32. MENDONÇA, Ricardo José de; COUTINHO-NETTO, Joaquim. Aspectos celulares da cicatrização. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84, n. 3, p. 257-262, 2009.
33. SANTANA, Mayara Lucy Guimaraes Castro. Terapia Nutricional em Lesão por Pressão. *International Journal of Nutrology*, v. 11, n. S 01, p. Trab752, 2018.
34. QUEIROZ, Vanessa Beatriz Borges et al. Avaliação dos níveis séricos de proteínas em pacientes com úlceras por pressão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 89-92, 2016.
35. MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos; SOARES, Maria Julia Guimarães Oliveira. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008.

36. SANTOS, Igor Michel Ramos et al. AVALIAÇÃO DE FERIDAS COMPLEXAS EM UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS. **Gep News**, v. 4, n. 4, p. 25-31, 2020.
37. NUNES, Patricia Helena Castro. A interferência do tratamento com medicamentos em manejo de feridas. In: **A interferência do tratamento com medicamentos em manejo de feridas**. 2016.
38. SILVA, Geovano Morgado et al. A Importância da Avaliação Multidisciplinar no Tratamento de Feridas Crônicas. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017.
39. MEDEIROS, Aldo Cunha; DANTAS-FILHO, Antônio Medeiros. Cicatrização das feridas cirúrgicas. **Journal of Surgical and Clinical Research**, v. 7, n. 2, p. 87-102, 2016.
40. SILVA LEMOS, Camila et al. Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: Revisão integrativa da literatura. **Aquichan**, v. 18, n. 3, p. 327-342, 2018.
41. SZWARCOWALD, Célia Landmann et al. Exames laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde: Metodologia de amostragem, coleta e análise dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. E190004. SUPL. 2, 2019.
42. GUSHIKEN, Lucas Fernando Sérgio. Avaliação dos mecanismos bioquímicos, celulares e moleculares na cicatrização de lesões cutâneas em ratos utilizando cremes à base de extrato hidroalcoólico e óleo-resina de *Copaifera langsdorffii*. 2017.
43. HENTSCHE, Guilherme Scotta et al. IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DE SENSIBILIDADE DE BACTÉRIAS GRAM NEGATIVAS ISOLADAS A PARTIR DE FERIDAS CRÔNICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS. **Revista das Semanas Acadêmicas**, v. 5, n. 2, 2019.
44. Haughton W, Young T. Common problems in wound care: malodorous wounds. *Br J Nurs* [Internet]. 1995 [cited 2017 Jan 15]; 4(16):959-63. Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjon.1995.4.16.959> .

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO NEGRA

Marly Valentim

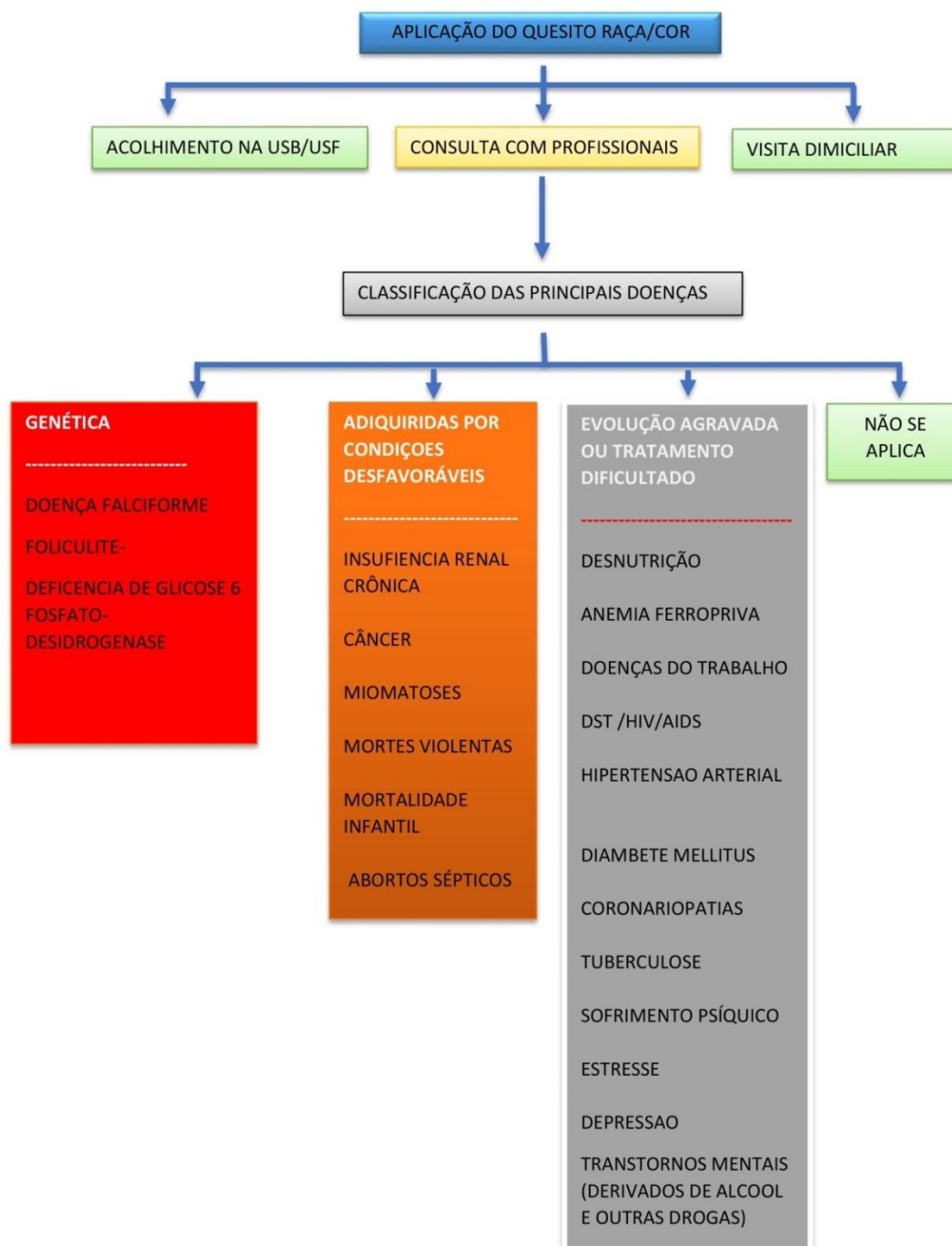
INTRODUÇÃO

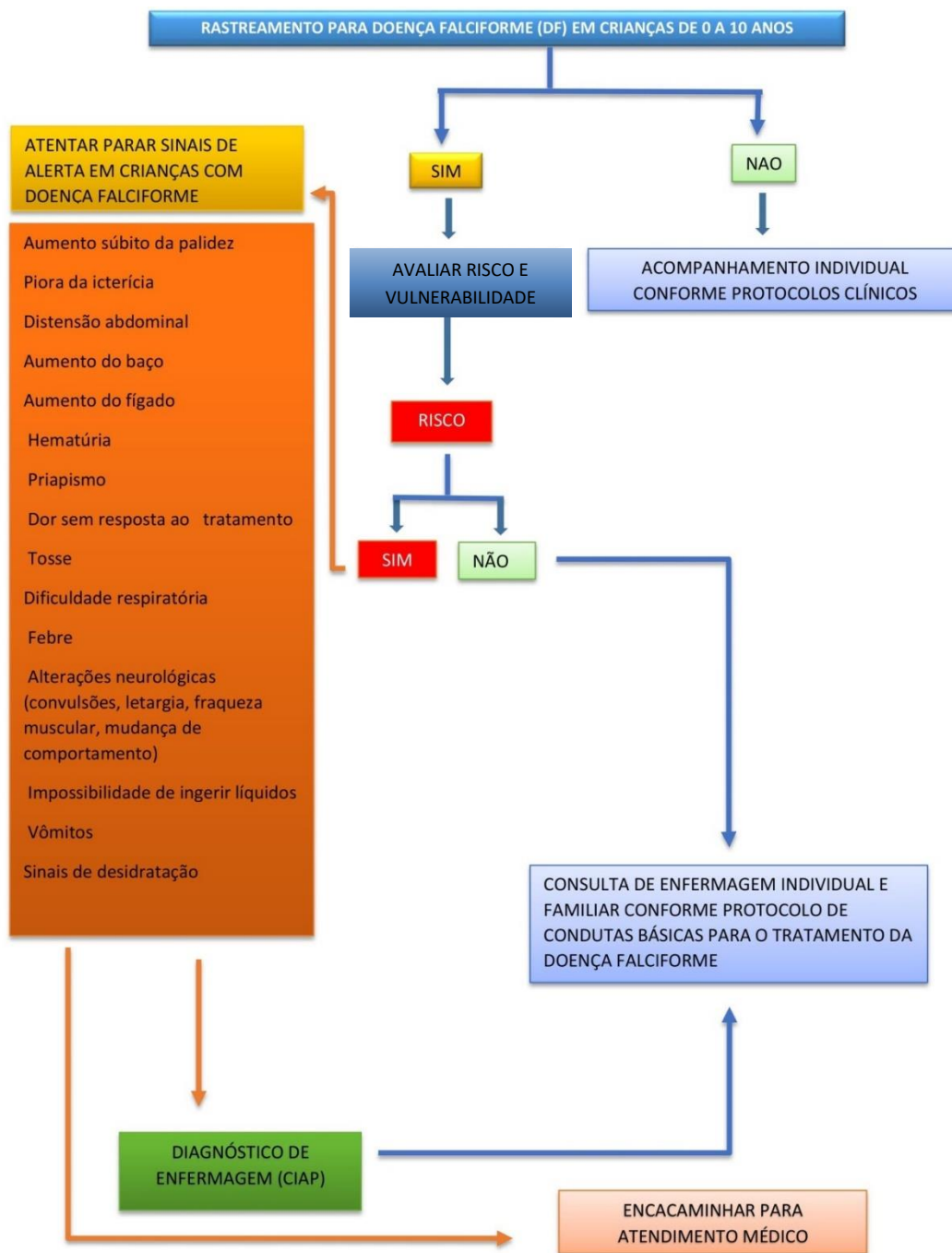
A temática saúde da população negra é um campo de estudos, pesquisas e assistência reconhecido do ponto de vista político, cujas bases científicas são inegáveis, mas que ainda se encontra em construção e com dificuldades que impedem sua afirmação junto às escolas de saúde (BRASIL, 2010). A cor dos brasileiros segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é definida no censo demográfico através de cinco classificações: branco, preto, pardo, indígena e amarelo, onde o sujeito possui a autonomia para autodeclarar sua cor.

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (WORKSHOP..., 2001).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), através da Portaria 992 de 13 de maio de 2009, é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País.

CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NO INDIVÍDUO NEGRO





VIGILÂNCIA EM SAÚDE PORTADORES DE DOENÇA FALCIFORME

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Mapear os doentes falciforme segundo área de abrangência USB/ESF

Esclarecer a família sobre o diagnóstico e sinais e perigo, verificando se os pais ou responsáveis compreenderam as informações prestadas

Enfatizar necessidade de manter acompanhamento na Unidade de Saúde de Referência Hematológica

Enfatizar necessidade do Cartão de Identificação do Serviço de Referência Hematológica para atendimento prioritário nos serviços de PA, interconsultas e exames especiais

Vincular a criança ou adolescente aos demais programas de atenção à saúde da UBS/ESF, conforme necessidade (saúde bucal, PSE, Nasf, Transporte Social, etc.)

Monitorar uso de antibiótico e ácido fólico

Monitorar vacinação, incluindo vacinais especiais

Monitorar crescimento, desenvolvimento e estado nutricional

Observar a ocorrência de palidez e icterícia

Enfatizar a importância da hidratação

Orientar sobre necessidade de evitar permanência da criança em ambientes demasiadamente quentes ou frios

Acolher e prestar o primeiro atendimento aos pacientes com evento agudo determinado pela doença

ADULTOS

Mapear os doentes falciforme segundo área de abrangência USB/ESF

Esclarecer a família sobre o diagnóstico e sinais e perigo, verificando se os pais ou responsáveis compreenderam as informações prestadas

Enfatizar necessidade de manter acompanhamento na Unidade de Saúde de Referência Hematológica

Enfatizar necessidade do Cartão de Identificação do Serviço de Referência Hematológica para atendimento prioritário nos serviços de PA, interconsultas e exames especiais

Desenvolver atividades de autocuidado e educação em saúde

Inserir o paciente em outros programas, se necessário: HAS, diabetes, saúde da mulher, saúde do homem, saúde bucal, DST, Nasf, Transporte Social/SAD, etc.)

Monitorar uso de antibiótico e ácido fólico

Monitorar vacinação, incluindo vacinas especiais

Observar a ocorrência de palidez e icterícia

Enfatizar a importância da hidratação

Orientar sobre necessidade de evitar permanência em ambientes demasiadamente quentes ou frios

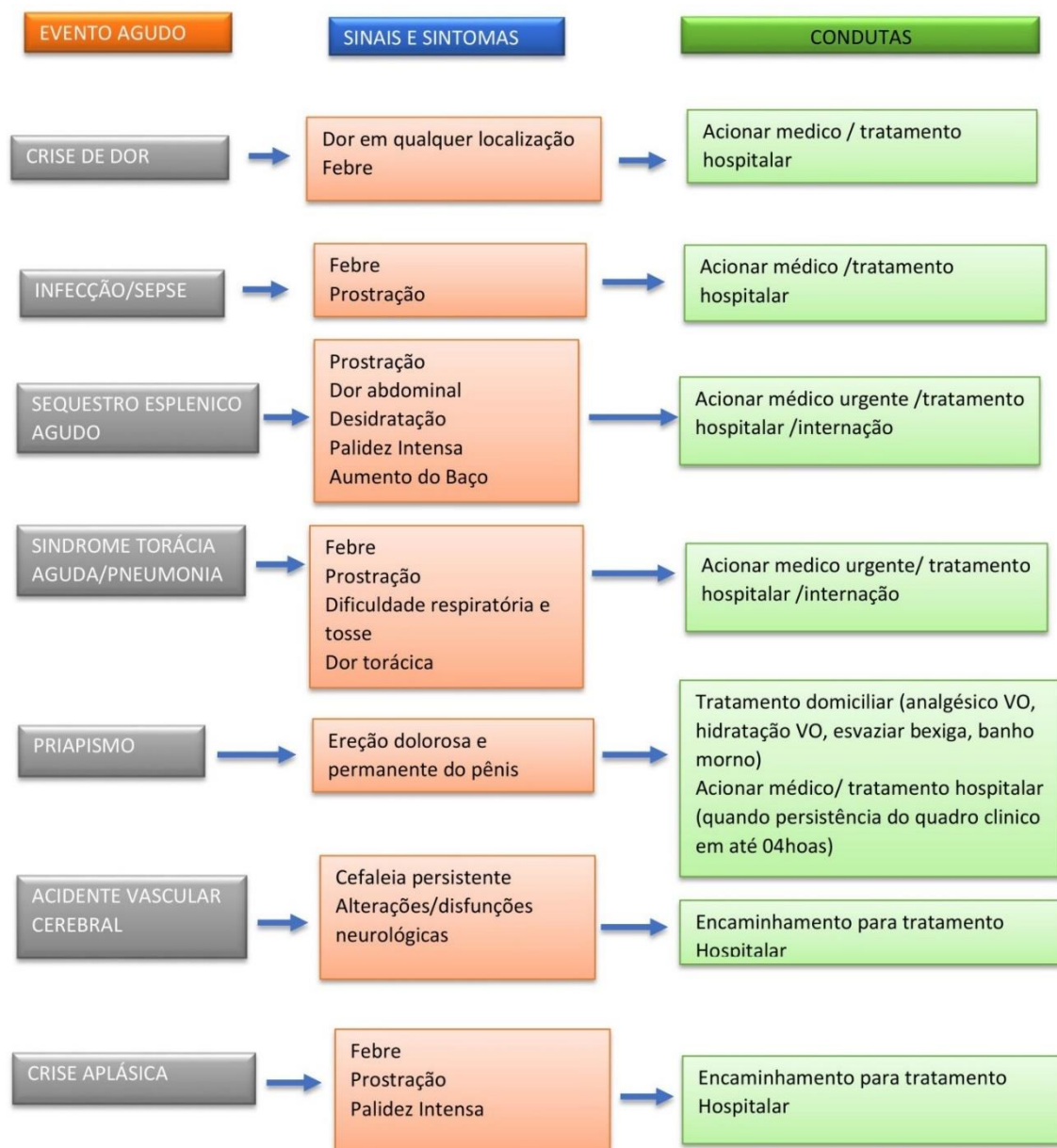
Acolher e prestar o primeiro atendimento aos pacientes com evento agudo determinado pela doença

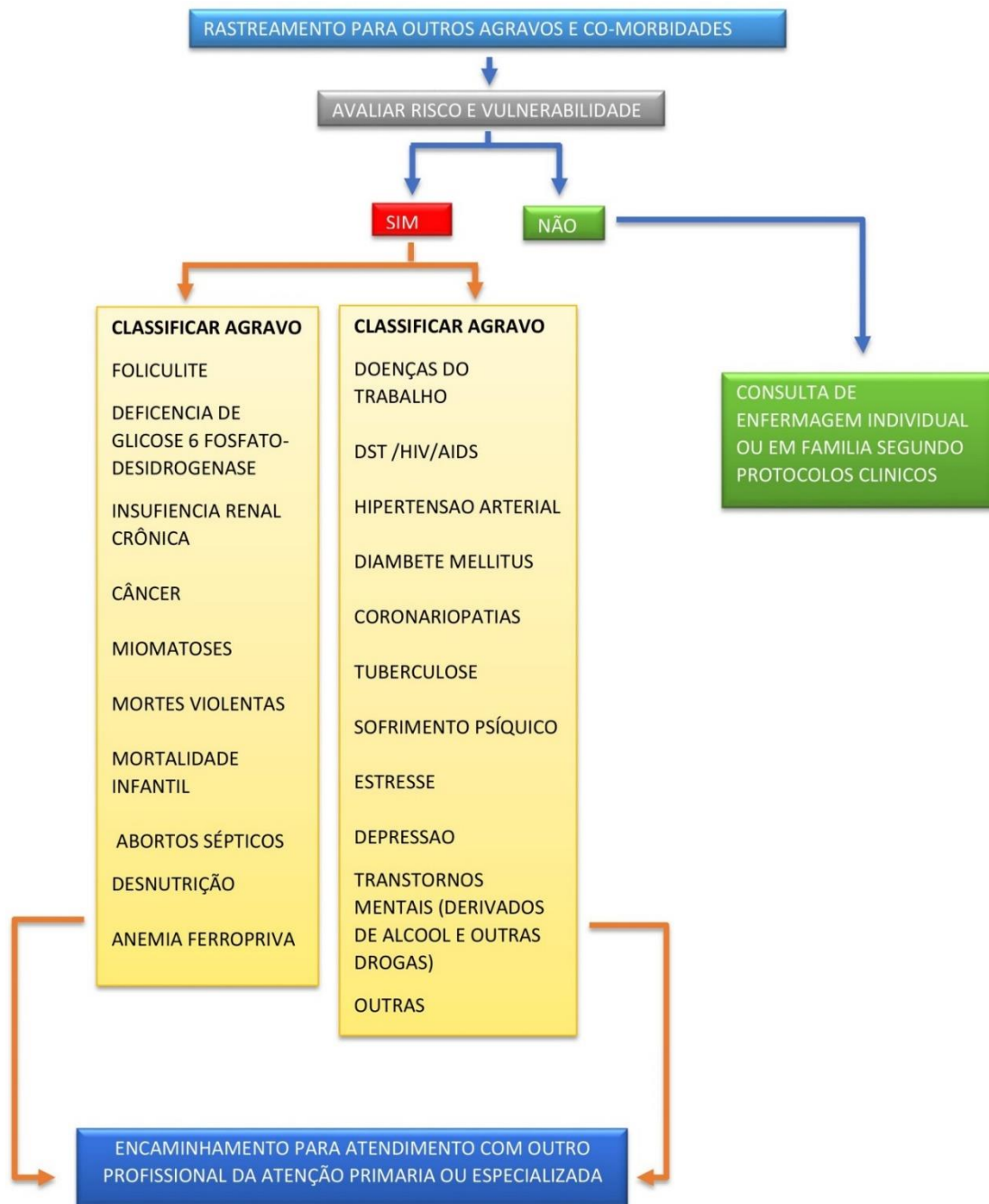
Em gestantes, orientar manter consulta no Alto Risco e acompanhar na USB/ESF para orientações de protocolo específico

Orientações para mulher no puerpério e a criança na 1ª semana pós-parto, segundo protocolo específico

Promover tratamento adequado para úlceras de MMI, segundo protocolo do MS

CONDUTA DE ENFERMAGEM NOS EVENTOS AGUDOS E SINAIS DE ALERTA NA DOENÇA FALCIFORME





DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS SINAIS DE ALERTA DA DOENÇA FALCIFORME EM CRIANÇA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP
Adaptação/enfrentamento inadequado	Acolher usuário conforme suas necessidades	Z18 Problema com criança doente
Dor	Avaliar frequência, intensidade e localização da dor; estimular a confiança no atendimento prestado ; encaminhar para atendimento especializado/ hospital	A01 Dor generalizada 48 Esclarecimento/ discussão do motivo da consulta 67 Referência para médico/ especialista/ clínica/ hospital
Permeabilidade de vias aéreas comprometidas	Avaliar sinais de desidratação; observar dificuldade respiratória; observar tosse; detectar aumento de temperatura corporal; observar irritabilidade; observar aumento de palidez; observar icterícia acentuada; avaliar impossibilidade de deglutir; estimular a confiança no atendimento prestado; encaminhar para atendimento especializado/ hospital	T11 Desidratação R02 Dificuldade respiratória, dispneia R05 Tosse A03 Febre A16 Criança irritável S08 Alteração da cor da pele D13 Icterícia D21 Problema de deglutição 48 Esclarecimento/ discussão do motivo da consulta 67 Referência par médico/ especialista/ clínica / hospital
Acuidade visual prejudicada	Atentar para sinais neurológicos; vômitos; cefaleia; impossibilidade de deglutir; estimular a confiança no atendimento prestado; encaminhar para atendimento especializado/hospital	N29 Sinais / Sintomas do sistema neurológico D10 Vômito A01 Dor generalizada D21 Problema de deglutição 48 Esclarecimento / discussão do motivo da consulta 67 Referência para médico/ especialista/ clínica/ hospital
Eliminação urinária comprometida	Estimular ingestão hídrica; investigar a frequência das eliminações vesicais; investigar desconforto, dor, ardência ao urinar; observar cor, quantidade e alteração na urina; estimular a confiança no atendimento prestado; encaminhar para atendimento especializado/ hospital	45 Educação em saúde/ aconselhamento/ dieta U13 Outros sinais/ sintomas da bexiga U01 Disuria/micção dolorosa U05 Outros problemas com micção 48 Esclarecimento/ discussão do motivo da consulta 67 Referência para médica/ especialista/ clínica / hospital

<p>Regulação vascular comprometida</p>	<p>Constatar o priapismo; Estimular ingestão hídrica; prescrever analgésico via oral; orientar o esvaziamento da bexiga; Orientar banhos morno; encaminhar para atendimentos especializado, se não há melhoras em 4 horas (hospital); Realizar palpação do baço para detecção de esplenomegalia; realizar palpação do fígado para detecção de hepatomegalia; avaliar distensão e desconforto abdominal; estimular a confiança no atendimento prestado; encaminhar para o atendimento especializado / hospital</p>	<p>V01 Dor no pênis 45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta 50 medicação/ prescrição/renovação/injeção 67 Referência para o médico/especialista/clínica/hospital B87 Esplenomegalia D23 Hepetomegalia D25 Distensão abdominal</p>
---	---	---

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS SINAIS DE ALERTA DA DOENÇA FALCIFORME EM ADOLESCENTES E ADULTOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP
<p>Adaptação/ enfrentamento inadequado</p>	<p>Acolher usuário conforme suas necessidades; Acolher e prestar o primeiro atendimento aos pacientes com evento agudo determinado pela doença;</p>	<p>Z11 Problema relacionado com estar doente 67 Referência para médico/ especialista/ clínica/ hospital</p>
<p>Vínculo interpessoal</p>	<p>Mapear os doentes falciformes segundo áreas de abrangência USB/ESF; Esclarecer a família sobre o diagnóstico e sinais de perigo, verificando se o mesmo ou os responsáveis compreenderam as informações prestadas; Enfatizar a necessidade de</p>	<p>B78 Doença Falciforme 45 Educação em saúde/ aconselhamento / dieta</p>

	<p>manter acompanhamento na Unidade de Saúde de Referência Hematológica; Enfatizar a necessidade do Cartão de Identificação do Serviço de Referência Hematológica, para atendimento prioritário nos serviços de pronto atendimento, interconsultas e exames especiais; Oferecer apoio emocional</p>	
<p>Processo de informação limitado</p>	<p>Investigar o nível de compreensão e aceitação da família sobre a doença; Informar sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico; Esclarecer a família sobre: a doença, a sintomatologia apresentada, o tratamento a ser seguido; Oferecer folders educativos; Selecionar as informações mais importantes e repassá-las de forma clara para o paciente/ família; Vincular o paciente aos demais programas de atenção à saúde da UBS/ESF, conforme necessidade (saúde bucal, PSE, Nasf, Transporte social, etc); Oferecer apoio emocional; Monitorar através de visita domiciliar</p>	<p>48 Esclarecimento/ discussão do motivo da consulta 45 Educação em saúde/ aconselhamento / dieta 66 Referenciando a outro prestador/ enfermeiro/ assistente social/ terapeuta 58 Aconselhamento/ escuta terapêutica 68 Outras referências NE</p>
<p>Apoio familiar prejudicado</p>	<p>Conscientizar/ discutir a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento; Monitorar o uso do ácido fólico; monitorar vacinação, incluindo vacinação, incluindo vacinas especiais;; Monitorar crescimento, desenvolvimento e estado nutricional no adulto; Observar a ocorrência de palidez e icterícia; Orientar a importância da hidratação; Orientar sobre a necessidade</p>	<p>45 Educação em saúde/ aconselhamento / dieta 50 Medicação/ prescrição/ renovação/injeção 44 Vacinação/ medicação preventiva S08 Alteração da cor da pele 58 Aconselhamento / escuta terapêutica 59 Outros procedimentos terapêuticos/ pequena cirurgia NE 66 Referenciando a outro prestador/ enfermeiro/ assistente social/ terapeuta 68 Outras referências NE</p>

	<p>de evitar a permanência em ambientes demasiados frios ou quentes; Promover tratamento adequando para úlceras de MMII (ver protocolo de feridas); Encaminhar para atendimento com outro profissional da atenção primária ou especializada, de acordo com a necessidade; Identificar e fornecer apoio em relação ao itinerário terapêutico do Doente falciforme na Rede de atendimentos; Incentivar e promover socialização; Oferecer apoio emocional; Monitorar através de visita domiciliar.</p>	
--	---	--

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS DOENÇAS DO INDIVÍDUO NEGRO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	CIAP
Adaptações/ enfrentamento de necessidades específicas	Acolher o usuário conforme suas necessidades, fazendo intervenções de acordo com os demais protocolos	63 Consulta de segmento não especificada

ANEXO 4- ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR AO DOENTE FALCIFORME

IDENTIFICAÇÃO

Data da visita ___/___/___ ACS: _____ ESF/UBS _____

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos Telefone _____

Endereço: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Responsável: _____

Na visita foi recebido por: _____

HISTÓRIA PREGRESSA

Foi internado nos últimos 30 dias? () Sim () Não Por quanto tempo _____

Por que? _____ Onde? _____

Teve alguma intercorrência no último mês? () Sim Não () Qual _____

Onde foi atendido? _____ O que aconteceu? _____

SITUAÇÃO VACINAL

Vacinas em dia? () Sim () Não Se não, qual o motivo? _____

Registro de Pneumo 23? () Sim () Não Se não, qual o motivo? _____

Registro de vacina para gripe anual? () Sim () não Se não, qual o motivo: _____

USO DE MEDICAMENTOS

Faz uso profilático de antibiótico? () Sim () Não

Tem esses medicamentos em casa? () Sim () Não Se não, por quê? _____

Como está sendo administrada a medicação? Uso correto? () Sim () Não

Como e onde guarda o medicamento? _____

Faz uso de ácido fólico? () Sim () Não

Tem ácido fólico em casa? () Sim () Não Se não, por quê? _____

Como está sendo administrada a medicação? Uso correto () Sim () Não

Tem dificuldade para conseguir ácido fólico e/ou antibiótico? () Sim () Não

Qual? _____ Por quê? _____

Usa remédio de dor quando tem crise algica (crise de dor)? () Sim () Não

Se não, por quê? _____

Qual medicação, como e como utiliza? _____

Usa algum outro remédio? () Hidroxiúria () Quelante () Outros medicamentos

ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Local que é acompanhado _____

Nome do Hematologista _____ () Não sabe

O paciente compareceu à última consulta na Unidade de Referência? () Sim () Não () Não sabe

Quando? _____

A família sabe informar a data da próxima consulta na Unidade de Referência? () Sim () Não

Quando? _____

Está tudo organizado (transporte, entre outros) para o comparecimento na próxima consulta na Unidade de Referência? () Sim () Não () Não sabe

Qual o motivo? _____

Há alguma dificuldade em relação ao acompanhamento /tratamento na Unidade de Referência

Sim () Não Qual? _____

ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (UBS/ESF)

Tem demanda para ESF/PSF/UBT? () Sim () Não

Qual? _____

Há alguma dificuldade em relação ao acompanhamento na USF/UBT? () Sim () Não

Qual? _____

Há alguma dificuldade em relação a marcação de consultas e exames na USF/UBT? () Sim

() Não Qual? _____

AÇÕES DE AUTOCUIDADO

Ingestão de líquido por dia _____ litros ou _____ copos de água

Palpação diária do baço () Sim () Não () não sei fazer Frequência _____

Exposição ao frio intenso () Sim () Não

Exposição ao calor Intenso () Sim () Não

Atividade Física intensa () Sim () Não

Febre: Tem termômetro () Sim () Não

O que você faz? () Medica () Leva ao médico () Dá banho () Espera melhorar

Hábitos higiênicos adequados? () Sim () Não

O paciente está frequentando a escola? () Sim () Não Qual? _____

Há algum problema em relação à escola? () Sim () Não Qual? _____

O paciente está em acompanhamento na saúde bucal? () sim () Não

Quando foi a última consulta _____ tem consulta agendada? () Sim (não) Quando? _____

Faz uso de cigarro, álcool ou outras drogas () Sim () Não

Cuidados para prevenção de ulcera de pernas? () Sim () Não

Evita traumas e picada de insetos? () Sim () Não Se não, por quê? _____

Usa sapatos confortáveis? () sim () Não Se não, por quê? _____

Se gestante, está realizando acompanhamento o Pré-natal? () Sim () Não

Onde? () Alto Risco () USF/USB () Ambas

Se não, por quê? _____

Se gestante, fez avaliação de saúde bucal? () sim () Não () Quando? _____

O paciente está trabalhando? () Sim () Não Qual atividade? _____

O paciente está em acompanhamento na saúde bucal? () sim () Não

Quando foi última consulta? _____

OBSERVAÇÕES

Riscos Ambientais: ambiente úmido, saneamento básico, animais, ventilação, etc.

Riscos Sociais: violência doméstica, trabalho, estado civil, é segurado, recebe auxílio do governo, etc.

Riscos Pessoais: Higiene, alfabetização, necessidades especiais, saúde mental, etc.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de anemia falciforme para agentes comunitários de saúde /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada -Brasília: Editora do Ministério da Saude,2006.

BRASIL, Centro de Referência e Treinamento DST/aids - Perguntar não ofende. Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia? Responder Ajuda a Prevenir- Série: Prevenção às DST/aids. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/Aids-SP. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-São Paulo,2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS-2ª Edição-Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença Falciforme: condutas básicas para tratamento/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. 1ªed,1ª reimpr-Brasília: Ministério da Saude,2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença Falciforme: úlceras: prevenção e tratamento/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. 1ªed, 1ª reimpr-Brasília: Ministério da Saude,2013

CIAP - Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2-Sistema e-SUS

CIPESC - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.

DOENÇA FALCIFORME, v.3- Texto de Apoio/Centro de Educação e Apoio para as Hemoglobinopatias-Cehmob-mg-Belo Horizonte: NUPAD/Faculdade de Medicina/UFMG,2015.

GIOVANETTI, M. R. A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. Saúde Soc. Maio-Ago. 2007; vol.16 (2): 163-170.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde, 2005.

VIANNA S. M. et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2001.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Grizielle Sandrine de Araújo Rocha

INTRODUÇÃO

Entendendo que o indivíduo em situação de rua, no seu processo de exclusão, sofre rupturas familiares, sociais e afetivas, tendo que necessariamente vivenciar novas formas de se relacionar em contextos sociais marcados pela desumanização e caracterizados por estigmas, violência e segregação, o que o incita a ressignificar sua inserção no andar a vida. Esta situação deve ser entendida pelo profissional sob o prisma de como essa população se move nos seus contextos relacionais (BRASIL, 2012).

Muito embora todos sejam cidadãos e sujeitos de direitos, algumas situações podem conduzir o profissional de enfermagem a uma melhor abordagem e acolhimento da pessoa em situação de rua.

FATORES QUE DEVEM SER OBSERVADOS PELO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

- ✓ Forma como a população em situação de rua circula no território;
- ✓ A relação da comunidade com essa população;
- ✓ Características geográficas, econômicas e sociais;
- ✓ Aspectos históricos e políticos;
- ✓ Divisão administrativa;
- ✓ Condições de vulnerabilidade e violência;
- ✓ Condições sanitárias e ambientais;
- ✓ Determinantes de saúde e doença;
- ✓ Cultura local;
- ✓ Equipamentos existentes no território (governamentais e não governamentais).

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

- ✓ Atendimento das demandas espontâneas ou identificadas pelo profissional/equipe;
- ✓ Ter boa capacidade de estabelecer contatos e vínculos;
- ✓ Visão sistêmica;
- ✓ Adequação da linguagem, utilizando discursos apropriados à realidade do usuário;
- ✓ Atuar sempre com disponibilidade para a escuta de forma ampliada e diferenciada;
- ✓ Articulação com as equipes das UBS referentes ao território de abordagem para encaminhamento e acompanhamento das demandas de saúde do usuário;
- ✓ Atuar de forma proativa, estimulando o usuário ao autocuidado;
- ✓ Articulação com a rede de saúde;
- ✓ Articulação com outras redes sociais;
- ✓ Desenvolver atividades de educação em saúde;
- ✓ Evitar julgamentos, críticas e/ou opiniões sobre a situação de vida do usuário;
- ✓ Observar o “comportamento” do usuário e do grupo, objetivando a garantia da sua segurança e da equipe;
- ✓ Observar o relato verbal e a comunicação não verbal do usuário;
- ✓ Registro com histórico do atendimento nos moldes da ESF;
- ✓ Atuar com estratégia de redução de danos;
- ✓ Fazer busca ativa de agravos prevalentes na rua, priorizando a tuberculose, DST, hepatites virais, dermatoses, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros;
- ✓ Realizar atividades em grupo.

Em conformidade com os achados encontrados, durante atendimento inicial à população de rua, direcionar para protocolo específico e seguir conforme orientação indicativa do agravo.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília, 2012.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica do Coren-PE

SOBRE O LIVRO:

Formato: 21 x 29,7 cm
Tipologia: *Times New Roman 12/14*
2ª Edição 2020

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (Coren-PE)

Rua José Bonifácio, 62, CEP- 50710-435, Madalena, Recife-PE

(81) 3412.4100



Coren^{PE}

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco