Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás

Goiânia, Goiás
2009

Conselho Federal de Enfermagem

Lei 5.905 de 12 de julho de 1973

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Filiado ao C.I.E. – Genebra

Diretoria

Presidente: Enfª. Maria Salete Silva Pontieri Nascimento

Secretária: Enfª. Marysia Alves da Silva

Tesoureira: A.E. Maria Helena Carvalho Sá

Comissão de Tomada de Contas

Coordenador: T.E. Gilberto Ferreira Rosa

1º Membro: T.E. Irani Tranqueira dos Reis Almeida

2º Membro: Enfª. Luzia Helena Porfírio Berigo

Conselheiros Vogais

Enfª. Marta Valéria Calatayud Carvalho

T.E. João Batista Lindolfo

Delegada Regional

Enfª. Kênia Barbosa Rocha

Conselheiros Suplentes

Enfª. Ana Cecília Coelho Melo

Enfª. Ângela Bete Severino Pereira

Enfª. Huilma Alves Cardoso

Enfª. Laura Maria Isabela Tiago de Barros

Enfª. Maria Alice Coelho

T.E. Irani Batista da Silva

T.E. Irani Castanheira Silva

A.E. Maria Sebastiana Morais

T.E. Marlene Lima de Carvalho

Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás

Autores

Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem (ABESE)

Esp. Arineide Barreto Carneiro

Conselho Estadual de Saúde (CES)

Esp. Aparecida Divina Mendonça

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Dra. Claci Fátima Weirich

Universidade Federal de Goiás (UFG)

Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho

Universidade Católica de Goiás (UCG)

Esp. Luzinéia Vieira dos Santos

Sindicado dos Enfermeiros do Estado de Goiás – SIEG

Ms. Ludmilla de Morais Santos Pires

Programa Saúde da Família / SMS

Esp. Marisa Aparecida de Souza Silva

Secretaria Estadual de Saúde / Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SES/PAIS)

Esp. Martha Medianeira Garcez Bicca

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde(COSEMS)

Ms. Maria Eliane Liegio Matão

Universidade Católica de Goiás (UCG)

Enfª. Márcia Lúcia Ferreira

Sindicato dos Enfermeiros de Goiás - SIEG

Dra. Nilza Alves Marques Almeida

Universidade Federal de Goiás (UFG)

Esp. Valdivina Mendes Pereira

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Esp. Rozilda Rodrigues de Oliveira

Na Criação representando o Sindicato dos Enfermeiros de Goiás, atualmente representa o (SINTFESP) Sindicato dos Trabalhadores Federais e Saúde e Previdência do Estado de Goiás e Tocantins.

Sobre os Autores

Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Enfermeira-Professora-Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Docente, Pesquisadora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação na Área de Administração em Enfermagem e Educação Permanente.

Arineide Barreto Carneiro

Enfermeira-Especialista em Administração Hospitalar. Coordenadora de Enfermagem do Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Goiás.

Aparecida Divina Mendonça

Enfermeira-Especialista em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Assistência em Enfermagem a Nível Superior. Atua em Saúde Pública na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Claci Fátima Weirich

Enfermeira-Professora-Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I na área de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Pesquisadora e Orientadora na Área de Gestão Pública de Saúde e Atenção Primária à Saúde.

Lícia Maria Oliveira Pinho

Enfermeira-Professora-Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás. Pesquisadora e Orientadora na área de Saúde Pública.

Luzineia Vieira dos Santos

Enfermeira-Especialista em Saúde da Família. Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Goiás (SIEG).

Ludmilla de Morais Santos Pires

Enfermeira-Mestranda em Enfermagem/Dinâmica das Relações Humanas. Atua na Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO.

Marisa Aparecida de Souza Silva

Enfermeira-Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho. Gerente de Gestão da Atenção Básica da Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Martha Medianeira Garcez Bicca

Enfermeira-Especialista em Saúde Pública e Formação Pedagógica em Enfermagem/PROFAE. Atua em Gestão de Serviços Públicos de Saúde - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Maria Eliane Liegio Matão

Enfermeira-Professora-Mestre-Doutoranda em Psicologia. Professora Assistente I na área de Saúde da Mulher do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás.

Márcia Lúcia Ferreira

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde/Goiânia-GO.

Nilza Alves Marques Almeida

Enfermeira-Professora-Doutora em Ciência de Saúde. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Docente, Pesquisadora e Orientadora na área de Saúde da Mulher.

Valdivina Mendes Pereira

Enfermeira-Especialista em Saúde Pública. Membro da Comissão de Gestão e Planejamento de Materiais da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Professora do Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás.

Rozilda Rodrigues de Oliveira

Enfermeira-Especialista em Saúde Pública, Saúde da Família e em Formação Pedagógica em Enfermagem/PROFAE. Atua na Estratégia Saúde da Família do Município de Goiânia. Membro do Conselho Municipal de Saúde.

PREFÁCIO

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

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

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

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

Esperamos que este trabalho, uma construção coletiva entre profissionais enfermeiros, gestão 2005-2008 e gestão 2008-2011 do COREN Goiás com o apoio do COFEN sirva de inspiração para o surgimento de outros de igual qualidade, para que possamos avançar na consolidação da tão almejada qualidade na assistência de enfermagem.

Maria Salete Silva Pontiéri Nascimento

Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Gestão 2008/2011

SUMÁRIO

1. A CRIAÇÃO 12

2. PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO 15
2.1. Fluxograma do Pré-natal de Baixo Risco 15
2.2. Anexo I - Consulta de enfermagem 16
2.3. Anexo II - Roteiro das consultas das subsequentes 19
2.4. Anexo III - Alerta às principais queixas 19
2.5. Anexo IV - Vacinação 21
2.6. Anexo V - Infecção urinária na gravidez 21
2.7. Anexo VI - Toxoplasmose 22
2.8. Anexo VIII - Aleitamento materno 23

3. PROTOCOLO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA 28
3.1. Consulta de enfermagem à criança de 0 a 5 anos 29
3.1.1. Objetivos: 29
3.1.2. Operacionalização: 30
3.1.3. Etapas da consulta: 31
3.1.3.1. Anamnese: 31
3.1.3.2. Exame físico: 31
3.2. Indicação de medicamentos de rotina 36
3.2.1. Profilaxia medicamentosa: 37
3.3. Queixas mais comuns na infância 38
3.3.1. Anemia 38
3.3.2. Escabiose 40
3.3.3. Pediculose 41
3.3.4. Dermatite por picada de inseto 43
3.3.5. Dermatite amoniacal (Dermatite de fralda/ Assadura) 44
3.3.6. Dermatite seborréica 45
3.3.7. Intertrigo 46
3.3.8. Impetigo 47
3.3.9. Miliária (Brotoeja) 48
3.3.10. Constipação intestinal 49
3.3.11. Parasitose instestinal 50
3.3.12. Diarréia 53
3.3.13. Cólica do recém-nascido: 54
3.3.14. Moniliase oral 55
3.3.15. Coto umbilical 56
3.3.16. Tosse/ Peito cheio 58
3.3.17. Febre em crianças 59
3.3.18. Dor de ouvido 60
3.4. Anexos 61
3.4.1. Anexo 1A - sinais de normalidade do desenvolvimento 61
3.4.1.1. Anexo 1B - Sinais de alerta 61
3.4.2. Anexo 2A – Ganho Ponderal 62
3.4.2.1. Anexo 2B - quadro simplificado de sugestão da alimentação no 1º ano de vida para criança eutrófica 62
3.4.3. Anexo 2C – Alimentações para crianças com peso baixo (porções individualizadas) 63
3.4.4. Anexo 3 – Plano A 65
3.4.5. Anexo 4 – Plano B 66

3.4.6. Anexo 5 - Diluição e preparo de leite artifcial 68
3.5. Referências Bibliográficas 69

4. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM IMUNIZAÇÃO 71
4.1. Introdução 71
4.2. Fluxograma de vacinação 73
4.3. Contra-indicações gerais para vacinação 74
4.4. Anexo I - Consulta de enfermagem 75
4.5. Anexo II - Soroterapia 75
4.5.1. Procedimentos prévios à administração de soros heterólogos 75
4.5.2. SAT – Soro anti-tetânico 77
4.5.3. Esquema para profilaxia do tétano 78
4.5.4. Soro anti-rábico 78
4.6. Anexo III - indicação de imunobiológico especial 79
4.7. Anexo IV - Conduta frente a alguns eventos adversos comuns a vários imunobiológicos 81
4.8. Anexo V - Informações técnicas sobre vacinas 87
4.9. Anexo VII - Informações técnicas sobre vacinas 89
4.10. Anexo VIII - indicações para uso de imunobiológicos especiais – normas para os CRIES 90
4.11. Referências bibliográficas: 92

5. PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE 93
5.1. Fluxograma de Saúde do Adolescente 93
5.2. Anexo I - Recepção 94
5.3. Anexo II - Enfermeiro 94
5.4. Anexo III - Atividades de Educação Saúde: 94
5.5. Bibliografia 95

6. PROTOCOLO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER 96
6.1. Consulta de enfermagem à mulher 96
6.1.1. Fluxograma de Saúde da Mulher: 97
6.1.2. Etapas da consulta 98
6.1.2.1. Identificação da paciente: 98
6.1.2.2. Anamnese: 98
6.1.2.3. Exame Físico Geral: 98
6.1.2.3.1. Exame de prevenção do câncer de mama 99
6.1.2.3.2. Exame Citopatológico de Papanicolaou 100
6.1.2.3.2.1. Rotina de rastreamento de câncer de colo uterino: 100
6.1.2.3.2.2. Técnica de realização do exame genital externo e interno: 101
6.1.2.3.2.2.1. Exame genital externo: 102
6.1.2.3.2.2.2. Exame genital interno 103
6.2. Anexo I 104
6.3. Assistência ao planejamento familiar 105
6.3.1. Fluxograma - Assistência ao planejamento familiar 106
6.3.2. Métodos anticonceptivos 106
6.3.2.1. Métodos comportamentais: 106
6.3.2.2. Métodos de barreira: 108
a) Camisinha Masculina (camisinha ou condom): 108
6.3.2.3. Métodos hormonais: 110
6.3.2.4. Dispositivo intra-uterino: 112
6.3.2.5. Métodos cirúrgicos ou esterilização 114

6.3.3. Assistência ao climatério 116
6.3.3.1. Sintomas do período pré e perimenopausa: 118
6.3.3.2. Diagnóstico: 118
6.3.3.3. Orientações de Rotina: 118
6.3.3.4. Reposição Hormonal: (a critério médico) 119
6.3.3.5. Anticoncepção: 119
6.4. Referência bibliográfica: 122

7. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA FAMÍLIA 123
7.1. Introdução 123
7.2. Fluxograma 125
7.2.1. Anexo I - Cadastramento 126
7.2.2. Anexo II - Consultas 126
7.2.3. Anexo III – Atribuições do Enfermeiro 127
7.3. Referencias bibliograficas: 128

8. PROTOCOLO DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS 129
8.1. Introdução 129
8.2. Identificação das síndromes 130
8.3. 1 Corrimento Uretral 132
8.3.1.1. Notas do fluxograma de corrimento uretral 132
8.3.1.1.1. Paciente com queixa de corrimento uretral 132
8.3.1.2. Tratar clamídia e gonorréia 133
8.3.1.3. Uretrite gonocócica 133
8.3.1.4. Uretrite não gonocócica 134
8.3.2. Corrimentos vaginais 136
8.3.2.1. Notas do fluxograma de corrimentos vaginais 136
8.3.2.2. Anamnese (determinação do escore de risco) 137
8.3.2.3. tratar infecção por clamídia e gonorréia 137
8.3.2.4. Tratar tricomoníase 138
8.3.2.5. Tratar vaginose bacteriana 139
8.3.2.6. Tratar tricomoníase e vaginose bacteriana (ao mesmo tempo) 140
8.3.2.7. Tratar candidíase 141
8.3.2.8. Vulvovaginites 142
8.3.2.9. Vaginose bacteriana 142
8.3.2.10. Candidíase vulvovaginal 144
8.3.2.11. Tricomoníase genital 146
8.3.2.12. Cervicite mucopurulenta 148
8.3.2.13. Pediculose pubiana 150
8.3.2.14. Escabiose 150
8.3.3. Úlceras genitais 152
8.3.3.1. Notas do fluxograma de úlcera genital 153
8.3.3.2. Tratar sífilis e cancro mole 153
8.3.4. Sífilis 154
8.3.5. Cancro mole 156
8.3.6. Linfogranuloma venéreo 157
8.3.7. Donovanose 158

9. PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 163
9.1.1. Introdução 163
9.1.2. Anexo 1 - Triagem 165
9.1.3. Anexo – 2 - Fatores de risco associados 167

9.1.4. Anexo – 3 - Consulta de enfermagem 167
9.1.5. Anexo -4 - pós – Consulta médica (ce/cn/cp/cef) 169
9.2. Bibliografia 172

10. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS 173
10.1. Triagem 174
10.2. ANEXO I 175
10.3. Critérios para o diagnostico de diabetes e de regulação glicêmica alterada 176
10.3.1. Classificação 176
10.3.1.1. Diabete Tipo 1 176
10.3.1.2. Diabete tipo 2 177
10.3.1.3. Outros 177
10.3.1.4. Tratamento 178
10.3.1.4.1. Principais objetivos do Tratamento 178
10.3.1.4.2. Diabetico não-insulino dependente (tipo II) 179
10.3.1.4.3. Dieta 180
10.3.1.4.4. Atividade Física 180
10.3.1.5. Educação 181
10.3.1.5.1. Conteúdo desejável 181
10.4. Conclusão 182
10.5. Referências bibliográficas 183

11. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE 184
11.1. ANEXO 01 - Consulta de Enfermagem: 185
11.2. ANEXO 02 - Quimioprofilaxia: 185
11.3. ANEXO 03 - Tratamento: 185
11.4. Anexo 04 186
11.5. Referencias bibliográficas 186

12. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DE PACIENTES COM HANSENÍASE 187
12.1. Anexo 01 188
12.2. Anexo 02 - Tratamento 188
12.3. Anexo 03 - Casos especiais: 189
12.4. Referencia bibliográfica 189

13. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DENGUE 190
13.1. Definição de casos 190
13.2. Fluxograma de atendimento ao paciente suspeito de dengue 191
13.3. Anexo I - Consulta de enfermagem 192
13.4. Anexo II - notificação 193
13.5. Anexo III - pacientes em situações especiais 193
13.6. Anexo IV - tratamento sintomático 193
13.7. Anexo V - Sinais de Alerta da Dengue 194
13.8. Referências bibliográficas 194

14. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – RAIVA 195
14.1. Instrumentos disponíveis para Controle 195

14.1.1. Conduta em caso de possível exposição ao vírus da raiva 195
14.1.1.1. Características do ferimento 195
14.1.1.2. Características do animal envolvido no acidente 197
14.1.2. Conduta em caso de possível reexposição ao vírus da raiva 199
14.1.3. Conduta em caso de possível exposição ao vírus da raiva em pacientes que receberam esquema de pré-exposição 200
14.1.4. Profilaxia pré-exposição 205
14.1.4.1. Com a vacina Fuenzalida & Palácios modificada 205
14.1.4.2. Com a vacina de Cultivo Celular 205
14.1.4.3. Bases gerais do tratamento 207
14.2. Sobre o ferimento 207
14.3. Sobre o animal 208
14.4. Ações de educação em saúde 209
14.5. Estratégias de prevenção 210
14.6. Referência bibliográfica 210

15. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – SAÚDE DO TRABALHADOR 211
15.1. ANEXO 1 - População alvo: 213
15.2. Anexo 2 - CID -10 dos acidentes leves de trabalho 213
15.3. Anexo 3 - Consulta de Enfermagem 214
15.4. Anexo 5 - Solicitação de comunicação de - acidente de trabalho 215
15.5. Conceitos 216
15.6. Bibliografia 218

1. A CRIAÇÃO

A idéia de criação de um manual de normas e protocolos de atendimento para os profissionais de enfermagem foi inspirada na preocupação do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás em elaborar um roteiro prático, que sirva para nortear as ações dos profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Assegurando um atendimento com qualidade e ao mesmo tempo, autorizado pelo órgão competente na fiscalização das atividades desses profissionais.

Sua elaboração e implantação tornaram-se necessária, visto que o profissional Enfermeiro, como membro ativo da equipe multiprofissional, precisa desenvolver um trabalho com autonomia e maior resolutividade, inserido nos programas de saúde pública preconizados pelo Ministério da Saúde, conforme salienta a Lei 7.498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem.

Considerando que os processos de trabalho desses profissionais, tornam-se cada vez mais, complexos e os avanços tecnológicos encontram-se cada vez mais intermediando o saber-ser e o saber-fazer das pessoas, torna-se imperativo a elaboração de protocolos que orientem, normatizem e proporcionem segurança e qualidade no desempenho das atividades da enfermagem.

A atual tendência que se tem observado é que as pessoas em qualquer segmento trabalhem em equipe, incentivando-se a colaboração, o relacionamento harmonioso, a comunicação e a troca de experiências.

Com esse intuito e para atender a proposta de organizar o trabalho da Enfermagem, o COREN –GO elegeu um grupo constituído de pessoas, representantes de órgãos de gestão públicas de saúde e de ensino, com representatividade local para tal finalidade, publicado no Diário Oficial de 16/03/2003 Portaria COREN-GO 029/2003, composto por enfermeiras gestoras, assistenciais e docentes, quais sejam:

- ✓ Ana Lúcia Queiroz Bezerra – Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem (ABESE)
- ✓ Arineide B Carneiro – Conselho Estadual de Saúde (CES)
- ✓ Aparecida Divina Mendonça – Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
- ✓ Claci de Fátima W. Rosso - Universidade Federal de Goiás (UFG)
- ✓ Lícia Maria O. Pinho – Universidade Católica de Goiás (UCG)
- ✓ Ludmilla M. S. Pires – Programa Saúde da Família / SMS
- ✓ *Luzineia Vieira dos Santos - Presidente do Sindicado dos Enfermeiros – SIEG*
- ✓ Marisa Aparecida de S. Silva – Secretaria Estadual de Saúde / Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SES/PAIS)
- ✓ Martha M.Garcez Bicca – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde(COSEMS)
- ✓ Maria Eliane Liegio Matão – Universidade Católica de Goiás (UCG)
- ✓ Márcia Lúcia Ferreira - Sindicato dos Enfermeiros de Goiás
- ✓ Nilza Alves Marques Almeida – Universidade Federal de Goiás (UFG)
- ✓ Valdivina Mendes Pereira – Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

- ✓ Rozilda Rodrigues de Oliveira – Na Criação representando o Sindicato dos Enfermeiros de Goiás, atualmente representa o (SINTFESP) Sindicato dos Trabalhadores Federais e Saúde e Previdência do Estado de Goiás e Tocantins.

O Grupo de Trabalho foi dividido em sub-grupos e para cada um deles foram distribuídos as temáticas dos protocolos a serem elaborados. Essa distribuição foi por aproximação local e experiência profissional com o tema, o que contribuiu significativamente para otimizar o desenvolvimento das atividades.

O período de trabalho foi de fevereiro de 2003 a Julho de 2007. O grupo realizou reuniões quinzenalmente, na sede do COREN - GO, para discussão dos temas a serem abordados nos protocolos. A elaboração inicial desses protocolos era em outro momento, a critério dos responsáveis pelo seu conteúdo. Vale ressaltar que cada conteúdo elaborado no formato de protocolo, era apresentado ao grupo de trabalho no mínimo duas vezes para discussão e aprovação.

- ✓ Os Protocolos elaborados dizem respeito a:
- ✓ Programa de DST/AIDS
- ✓ Programa de Hipertensão e Diabetes
- ✓ Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
- ✓ Programa a Assistência ao Pré Natal de Baixo Risco
- ✓ Estratégia Saúde da Família
- ✓ Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- ✓ Programa de Assistência Integral ao Adolescente
- ✓ Programa de Assistência á Imunização
- ✓ Programa de Saúde do Trabalhador
- ✓ Programa de Combate à Tuberculose e Hanseníase
- ✓ Programa de Combate à Raiva
- ✓ Programa de Combate à Febre Amarela

Quanto a avaliação do trabalho elaborado, buscou-se desenvolver um protocolo básico, respaldado naqueles, regulamentados pelo Ministério da Saúde - MS, mas, que retratasse a realidade regional, constando de normas, rotinas, e procedimentos ambulatoriais a serem implementados pelos Enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde.

Em casos específicos, foram contempladas, ainda, sobre coleta de exames laboratoriais, definições de terminologias e informações outras visando facilitar o entendimento daqueles profissionais, atuantes em locais distantes com dificuldade de acesso às informações.

A logística para implementação dos protocolos elaborados e reuniões foi de responsabilidade do COREN-GO, que não mediu esforços para atender ás solicitações e disponibilizar recursos para viabilizar esse trabalho.

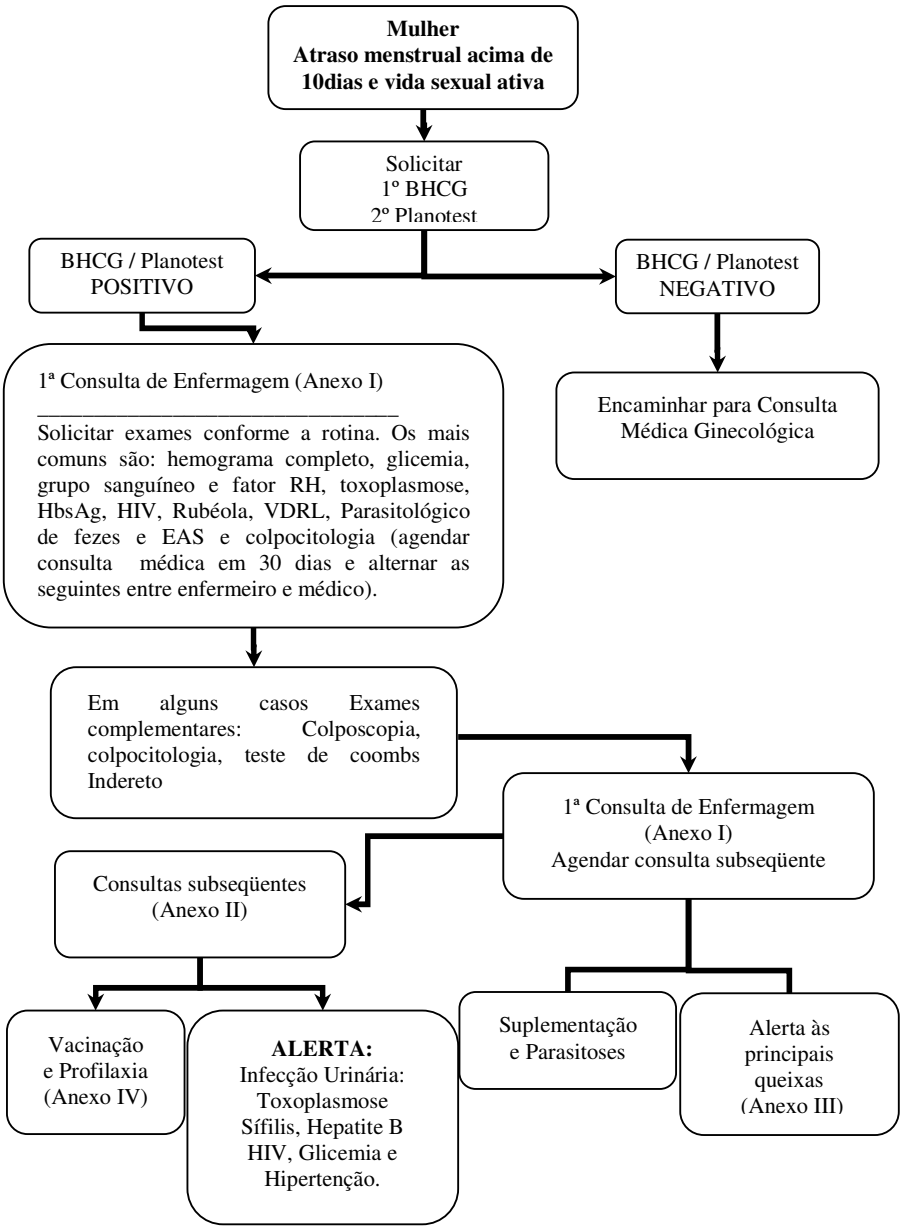
Os protocolos elaborados estão em fase de avaliação por especialistas das diversas áreas, os quais posteriormente serão publicados e divulgados nas instituições de saúde e entre os profissionais da área de enfermagem.

No nosso entendimento, as expectativas foram atendidas, com referência aos objetivos propostos, destacando-se a atuação conjunta da equipe de trabalho e do COREN-GO.

A iniciativa, de protocolar as atividades do Enfermeiro, é relevante por despertar no profissional o benefício em legalizar suas ações, proporciona o desenvolvimento de seu fazer com segurança o que, certamente, resultará em melhoria da qualidade à saúde da população.

2. PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO

2.1. Fluxograma do Pré-natal de Baixo Risco



2.2. Anexo I - Consulta de enfermagem

O pré-natal é o período destinado ao acompanhamento da mulher durante toda a gestação.

A consulta de enfermagem consiste em assistir a gestante durante pré-natal de baixo risco, viabilizando seu acesso à unidade de saúde de forma adequada e eficaz. Objetiva a detecção precoce de agravos que possam comprometer a gestante e ou feto e seu devido encaminhamento aos serviços de referencia.

1 - Dados de identificação; registrar a aferição de peso, altura, PA e inspeção geral da mulher;

2 – Anamnese:

2.1 - Queixa atual;

2.2 - Antecedentes pessoais (Geral Ginecológico e Obstétrico);

2.3 - Antecedentes familiares;

2.4 - Cálculo da DPP e IG a partir da DUM;

2.5 - Verificação da situação vacinal;

3 - Exame Físico:

3.1 - Verificação das mucosas ocular e oral;

3.2 – Ausculta cardio-pulmonar;

3.3 - Avaliação das mamas;

3.4 - Medida da altura de Fundo Uterino (AFU), quando possível;

3.5 - Avaliação do crescimento fetal, quando possível;

3.6 - Ausculta dos batimentos cardio-fetais, (BCF), quando possível;

3.7 - Exame:

3.7.1 - Vaginal: Inspeção;Toque;

3.7.2 – Especular (verificar necessidade de coleta para citologia oncoparasitária);

3.8 - Avaliação dos membros inferiores (presença de edema e varizes);

4 – Conduta:

4.1 - Solicitação de Exames de Rotina (conforme teste de triagem Pré-Natal):

4.1.1 - Hemograma completo;

4.1.2 - Tipagem sanguínea e Fator RH;

4.1.3 - Glicemia de jejum;

4.1.4 - VDRL;

4.1.5 - Anti-HIV;

4.1.6 - EAS;

4.1.7 - Sorologia para Rubéola;

4.1.8 - Sorologia para Toxoplasmose;

4.1.9 - Sorologia para Citomegalovírus;

4.1.10 - Teste de Coombs Indireto;

4.1.11 - HbsAg;

4.1.12 - Hcv;

4.1.13 - Hav;

4.1.14 - Sorologia para Chagas;

4.1.15 - HTLV;

4.2 - Solicitação de exames complementares (a depender das informações e clínica da gestante):

4.2.1 - Citologia Vaginal;

4.2.2 - Parasitológico de fezes;

4.2.3- Ultra-sonografia (entre a décima e décima segunda semana de gestação);

5 – Promover Orientações quanto:

5.1 - importância do pré-natal;

5.2 - aconselhamento quanto aos exames;

5.3 - alimentação e ganho de peso;

5.4 - vestuário;

5.5 - sono e repouso;

5.6 - gestação e parto;

5.7 - Preparo das mamas e amamentação;

5.8 - possíveis intercorrências: contrações uterinas, sangramento, perda de líquido, febre;

5.9 - movimentação fetal;

5.10 - atividade física e sexual;

5.11 - Medicamento de rotina:

- Uso de ácido fólico (0,40g% ao dia) no primeiro trimestre;
- Uso de sulfato ferroso (40mg ao dia) a partir do segundo trimestre;
- A incidência da parasitose intestinal é muito alta, sendo somente permitido o uso da piperazina nos casos de enterobíase e ascaridíase. O tratamento adequado se fará após o parto.

Observação: Caso seja necessário o uso de outros medicamentos, encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco.

6 - Encaminhar para agendamento;

Observação: Antes de encaminhar a gestante para o agendamento, proceder ao registro de todas as informações no cartão da gestante (com o nº do SISPRENATAL) e também no prontuário da gestante.

2.3. Anexo II - Roteiro das consultas das subsequentes

1 - Determinação do peso: anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional da gestante;

2 - Revisão da ficha perinatal e anamnese atual;

3 - Atualização da idade gestacional;

4 - Medida da pressão arterial;

5 - Exames físico, geral e obstétrico (Ver Anexo I);

2.4. Anexo III - Alerta às principais queixas

A gestante pode ter queixas relacionadas aos vários aparelhos, sendo as mais comuns:

Náusea e vômito - ocorrem especialmente nos primeiros meses de gestação, causados principalmente pelos altos índices de hCG e fatores psicológicos. O tratamento consiste no apoio, na alimentação adequada (comer pouca quantidade por vez, alimentos quentes ou frios) a persistir os sintomas encaminhar a consulta médica.

Gengivite - suspender ou abrandar o uso de escova e recomendar massagem na gengiva e agendar atendimento odontológico sempre que possível;

Ptialismo ou sialorréia – é o aumento da salivação. Aconselhar dieta semelhante à indicada para a náuseas e vômitos.

Tontura e vertigem - orientar para que não faça mudanças bruscas de posição e evitar inatividade; quando de sua ocorrência, sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral com os MMII ligeiramente elevados.

Pirose ou azia - causada pelo refluxo gastroesofagiano. Neste caso aconselha-se consumir pequenas quantidades de alimento em um maior número de refeições.

Cãibras - são mais freqüentes na segunda metade da gestação e acometem mais os membros inferiores. Deve-se moderar a atividade física, manter uma boa hidratação e fazer uso de alimentos ricos em Potássio.

Edema - Geralmente motivado pela dificuldade de retorno venoso. Aconselhado o uso de meias elásticas de média compressão e elevar os membros inferiores a cada duas horas.

Dor lombar e dor hipogástrica - motivadas pela alteração de postura e pela presença do útero grávido, sendo em geral suficiente o repouso, se possível em decúbito lateral.

Polaciúria - sintoma encontrado no início e final da gestação, devido à compressão da bexiga pelo útero grávido, orientar a não retenção de urina, procedendo a esvaziamento da bexiga com maior freqüência.

Constipação intestinal - a presença maciça de progesterona reduz a ação de toda a musculatura lisa. Nestes casos, correção alimentar com fibras e alimentos laxativos, hidratação e atividade física regular.

Hemorróidas - são vasos do plexo hemorroidário, que podem sangrar ou mesmo sediar uma trombose. Orientar uma dieta adequada.

Varizes - são dilatações venosas nos membros inferiores. De uma maneira geral têm caráter predisponente familiar. Aconselhado não permanecer muito

tempo em pé ou sentada, repousar (± 20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas e o uso de meias elásticas de média compressão.

Corrimento vaginal – o aumento do fluxo vaginal é comum na gestação. Fazer o diagnóstico diferencial com DST, as quais devem ser tratadas conforme protocolo.

2.5. Anexo IV - Vacinação

Podemos classificá-las em dois grupos:

* **Grupo 1** - vacinas que podem e devem ser administradas na gestação: dupla adulto, que engloba toxóide diftérico e tetânico - uma dose de reforço se a gestante já tiver sido vacinada, há mais de cinco anos ou três no caso de não ter havido imunização anterior.

* **Grupo 2** - Administrada quando a gestante está exposta a moléstias e epidemias, como por exemplo: contra hepatite B (com antígeno HbsAg), e contra a raiva (mordeduras) nos casos necessários.

Observação - vacinas que não devem ser usadas na gravidez: vacinas com vírus vivo, tipo sarampo, antiamarílica, caxumba, rubéola e varicela. É importante para as mulheres não grávidas receber estas vacinas, somente após afastar a presença de gravidez.

2.6. Anexo V - Infecção urinária na gravidez

A infecção do trato urinário (ITU) consiste na presença de número significante (100.000 col/ml ou mais) de bactérias patogênicas no aparelho urinário, acompanhada ou não de sinais e sintomas.

Nos casos de EAS com flora bacteriana elevada encaminhar para consulta médica.

2.7. Anexo VI - Toxoplasmose

Conceito

Afecção parasitária, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondi*, que pode ser adquirida através do contato com fezes de felinos, ingestão de alimentos contaminados (frutas, verduras cruas, carnes mal cozidas ou cruas) e ainda por via placentária.

Toxoplasmose Congênita

Ocorre na maioria das vezes quando a mulher é infectada durante a gravidez. A infecção toxoplasmática transplacentária pode resultar em abortamento, trabalho de parto prematuro, morte fetal e malformações congênitas, casos esses que devem ser acompanhados.

Forma para detecção

Através de exame de sorologia para toxoplasmose na 1ª consulta:

- Se IgG e IgM negativo mãe não imune. Repetir exame a cada 2 meses.
- Se IgG positivo e IgM negativo considerar imune, para essa gravidez.
- Se IgG positivo e IgM positivo índices elevados, doença na fase aguda.
- Se IgG negativo e IgM positivo encaminhar para tratamento.

Sífilis

A Sífilis Congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do *Troponema pallidum*, podendo acometer o feto em qualquer fase de gestação, ocorrendo taxas de contaminação entre 70 a 100%. As

conseqüências perinatais são variadas – abortamento, hidropsia fetal, natimorto sifilítico, sífilis congênita forma precoce e forma tardia.

Rastramento

O rastreamento da sífilis materna é feito através do VDRL (*Venereal disease research laboratory*) quantitativo. Considera-se como VDRL positivo todo título igual ou acima de 1:4. Títulos menores podem significar doença ativa com títulos ascendentes. Lembrar: VDRL positiva-se cerca de 45 dias após a fase de cancro; títulos falso-positivos pode ser devido à baixa especificidade do método utilizado. Nesses casos, reavaliação do quadro clínico e repetição do VDRL em 1 mês. Persistindo os títulos abaixo de 1:4 solicitar FTA-Abs. O aumento dos títulos indica doença ativa e necessidade de tratamento.

2.8. Anexo VIII - Aleitamento materno

O leite materno é o melhor alimento para a criança e deve ser exclusivo até o 6º mês de vida e mantido com alimentos complementares até os 2 anos.

Para amamentar com sucesso, a mulher precisa estar segura e acreditar que o seu leite é adequado e suficiente para seu filho. Necessita conhecer seu corpo e as mudanças que irão ocorrer.

Orientada, a mulher se torna capaz e mais confiante ao compreender melhor as transformações e como isso iniciar o processo de lactação. Para isto, deverá ser preparada e estimulada a amamentar o mais cedo possível.

Vantagens do Aleitamento Materno

Para a mãe:

- Involução uterina mais rápida pós-parto;

- Proteção contra anemia pela menor perda de sangue no pós-parto;
- Menor incidência de câncer de mama;
- Maior interação mãe e filho;
- Economia de dinheiro que pode ser revertido para outros benefícios;
- Fácil acesso: o leite está sempre pronto, fresco e na temperatura certa.

Para o filho:

- É mais nutritivo;
- Proteção contra doenças: infecciosas, alérgicas, desnutrição;
- Maior interação mãe e filho;
- Proteção contra problemas odontológicos e suas conseqüências maléficas, melhorando o desenvolvimento da arcada dentária.

Para a família, cidade e nação:

- Menor índice de Morb-mortalidade infantil;
- Melhoria no índice de repetência escolar;
- Maior espaçamento entre os filhos;
- Economia;
- Melhoria da qualidade de vida da criança.

Como é o leite materno

O leite humano contém todos os nutrientes que a criança necessita até os seis meses de idade: proteína, açúcar, gordura, vitaminas e sais minerais.

De acordo com o período de lactação é classificado em:

1º colostro: é secretado até aproximadamente 7 dias pós-parto. É amarelo, protege o bebê contra infecções e é rico em proteínas. É considerado a 1ª vacina do bebê.

2º Leite de transição: é secretado entre o 7º e o 15º dia após o parto, quando o colostro se modifica.

3º Leite maduro: é secretado em torno do 15º dia após o parto. É mais claro, contendo fatores de proteção contra infecções e todos os nutrientes necessários para o crescimento e bom desenvolvimento do bebê.

Classificação de acordo com o tempo de lactação

1 - Leite Anterior: surge no início da mamada. É rico em proteínas, lactose, vitaminas e sais minerais.

2 - Leite Posterior: surge no final da mamada. Contém mais gordura, fornecendo mais da metade da energia do leite materno. A concentração de gordura é maior de 20 a 30 minutos após iniciada a mamada.

As glândulas mamárias são formadas de lobos que são compostos de lóbulos (como cachos de uvas) que contém alvéolos (os bagos das uvas).

Nos alvéolos é produzido o leite. Eles são ligados a ductos (canais) muito finos que se juntam a um ducto principal mais largo e comprido que termina no mamilo (bico do peito). Antes de chegar ao mamilo, debaixo da aréola, se dilatam formando ampolas, onde o leite fica depositado no intervalo das mamadas.

Durante a gravidez, as mamas aumentam de volume e as aréolas e os mamilos escurecem.

Cuidados com a mama

Na gravidez

- Não utilizar cremes hidratantes ou óleos na região areolar;
- Friccionar os mamilos após o banho com toalha, bucha vegetal ou escova dental com cerdas macias (Alguns estudos desaconselham esta medida por criar uma solução de continuidade da pele com o meio ambiente, consequentemente, aumentando a exposição a microrganismos patogênicos);
- Expor os mamilos ao sol da manhã (entre 07:00 e 10:00 horas) diariamente por dez minutos;
- Descosturar ou fazer pequeno furo, no sutiã na região dos mamilos;
- Orientar exercícios para exteriorização dos mamilos (Também é desaconselhado, pois já se sabe que mães com mamilo invertido conseguem amamentar normalmente e que os exercícios causam stress materno e desencorajam a amamentação).

1. Apreender a região mamilo-areolar com as pontas dos dedos e cuidadosamente puxar, torcer e dobrar, suavemente, para a direita, esquerda, para cima e para baixo, várias vezes de cada lado.
2. Manobras de Hoffman: com os dedos polegares na aréola, puxar a pele para cima, para baixo cerca de 20 vezes ao dia.

No pós-parto:

- Estimular a mamada precoce;
- Não oferecer ao bebê chás, água e outros leites;
- Não oferecer chupetas.

Posicionamento do RN para mamar

- Manter o corpo da mãe ereto, levar o RN a mama e não o contrário;
- Todo o corpo do RN deve estar encostado no corpo da mãe e de frente para ela (barriga com barriga);
- Não empurrar a cabeça do RN em direção ao peito pois ele terá o reflexo de afastá-lo. Apenas tocar com o mamilo ou o dedo o canto da boca do RN que ele se voltará em direção ao toque, abrindo a boca;
- Toda aréola ou maior parte dela deve estar dentro da boca do RN;
- O queixo do RN deve estar encostado na mama;

Observação - a mãe deverá escolher uma posição confortável para amamentar.

3. PROTOCOLO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Este protocolo foi elaborado para ser um facilitador no momento da assistência prestada à criança, à família e/ou ao cuidador durante a consulta de enfermagem, o atendimento a grupos educativos e a visita domiciliar, respaldados pela Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86 e Resoluções do COFEN 195/1997, 271/2002, 272/2002.

A atuação do enfermeiro na atenção à saúde da criança, visa à proteção, à promoção e à recuperação da saúde, conforme as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade de criança de 0 a 5 anos, implantou várias ações e entre elas o Programa de Assistência Integral à Saúde da criança (PAISC), os Dez passos da alimentação saudável e Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância.

Com isso o Ministério da Saúde propõem um conjunto de ações básicas, que são as seguintes:

- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD);

- Realização do Teste do Pezinho;

- Estímulo e apoio ao aleitamento materno e orientação para alimentação saudável;

- Diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes na infância;

- Imunização.

A saúde da criança nos primeiros anos de vida tem relação direta com o planejamento familiar, a adequada assistência pré-natal, ao parto e ao

puerpério, como também com as medidas de promoção, de proteção e de recuperação.

O Crescimento é considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência com os fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos e malformações) e extrínsecos (alimentação, ocorrência de doenças, higiene, habitação e saneamento básico, cuidados gerais e acesso aos serviços de saúde) e por refletir as condições de vida da criança, no passado e no presente (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde propõe o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) de 0 a 5 anos, pois fazem parte do mesmo processo, mas exigem abordagens diferentes e específicas para sua percepção, descrição, avaliação e todas as ações propostas no programa.

3.1. Consulta de enfermagem à criança de 0 a 5 anos

A consulta de enfermagem consiste na avaliação sistemática do crescimento, estado nutricional, situação vacinal, desenvolvimento psico-motor, social e psíquico do bebê, terapêutica ou encaminhamento adequado.

3.1.1. Objetivos:

- ✓ Acompanhar o crescimento e desenvolvimento de criança de 0 a 5 anos;
- ✓ Estimular os Dez Passos da Alimentação Saudável com orientação para criança menor de 2 anos (Brasil, 2002b);
- ✓ Prestar assistência de enfermagem às queixas comuns na infância;
- ✓ Estimular a formação de grupos educativos de puericultura;

- ✓ Reduzir a morbidade e mortalidade nesta faixa etária. Contemplar os direitos da criança (estatuto da criança), assim como observar e denunciar acidentes e violência domestica contra a criança.

3.1.2. Operacionalização:

1. Inscrever no Programa toda criança residente na área de abrangência, independente da condição de risco o mais precocemente possível;
2. Agendar a consulta de rotina do enfermeiro pelo menos uma vez por mês, até o 12º mês, se possível na mesma data das vacinas;
   - ✓ O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos (Anexo 1A - 1B) deverá ser realizado em consulta de enfermagem e médica ou através de grupos educativos de acordo com a realidade epidemiológica da região e/ou em função da presença de equipe multidisciplinar na Unidade Básica de Saúde;
   - ✓ Agendar consulta médica no 1º mês (preferencialmente nos primeiros quinze dias, para garantir a coleta e avaliação do teste do pezinho) e também aos 6 e 12 meses;
   - ✓ Visitas domiciliares para crianças que apresentaram alterações no estado de saúde e/ou em caso de faltosos às consultas de rotina;

Quadro1. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança de 0 a 5 anos

Nº de consultas	Dia/Mês
1º ano de vida	Mensalmente
2º ano de vida	Trimestralmente
2º ano ao 5º ano de vida	Semestralmente

3.1.3. Etapas da consulta:

3.1.3.1. Anamnese:

- ✓ Apresentação e identificação da criança;
- ✓ Investigação do antecedente pré-natal (realização de pré-natal, doenças na gestação, uso de drogas, nº de filhos, problemas psiquiátricos maternos); tipo de parto; antecedentes neonatais (peso e idade gestacional ao nascer, outras intercorrências); teste do pezinho (verificar se foi realizado, caso não encaminhar); vacinação (verificar se a carteira de vacina está em dia e orientar continuidade);
- ✓ Queixas (história atual e sintomas);
- ✓ Alimentação/aleitamento: avaliar o aleitamento materno, a ingestão de outros alimentos, o consumo de líquidos, o número e tamanho de porções diárias e a aceitabilidade da dieta pela criança (Anexos 2A - 2B - 2C);
- ✓ Investigar características individuais, hábitos (sono e outros), convivência familiar e social.

3.1.3.2. Exame físico:

O exame físico deve sempre ser detalhado. Observar hipoatividade ou abatimento da criança, irritablilidade ou choro excessivo, sinais de maus tratos, má higiene, abandono ou negligência (em caso de evidências, encaminhar para o conselho tutelar local).

- ✓ **sinais vitais**: temperatura (região axilar no mínimo 3 minutos), respiração (observar tórax e freqüência respiratória), pulso (tomar pulso radial ou carotídeo, observando freqüência e amplitude) e pressão arterial (casos necessários);

Observar e registrar no **prontuário e cartão da criança**;

- ✓ **Cabeça:** formato e simetria do crânio e face, integridade do couro cabeludo.
- ✓ **Fontanelas**: anterior (bregmática) 4 a 6 cm ao nascer, fechamento entre 18 e 24 meses; posterior (lâmbdia) mede de 1 a 2cm , fecha por volta de 2 meses.
- ✓ **Olhos:** aspecto e simetria dos olhos, presença de visão pela observação de reflexos visuais, constricção visual direta e consensual à luz, presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo.
- ✓ **Ouvidos**: forma, alterações, implantação das orelhas. Acuidade auditiva através dos pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente 3 metros.
- ✓ **Nariz:** inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal e presença e aspecto de secreção.
- ✓ **Boca e faringe:** inspeção dos dentes e gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina, presença de hiperemia e outras alterações.
- ✓ **Pescoço:** inspeção e palpação de gânglios (tamanho, mobilidade, dor), rigidez de nuca.
- ✓ **Tórax:** forma e simetria, sinais de raquitismo e mamilos.
- ✓ **Pulmão:** percussão e ausculta, presença de tiragem, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios, tipo e ritmo respiratório.

- ✓ **Coração:** ausculta de freqüência, intensidade, ritmo e qualidade; do batimento; presença de cianose e edema.
- ✓ **Abdômen:** Presença de hiperemia e secreção no coto umbilical (mumificação completa entre 7º e 10º dia de vida), alterações globais de forma, volume e abaulamento, presença de hérnias umbilicais, inguinais e ventrais. Observar sinais de alteração na região do fígado e rins (percutir, auscultar e realizar palpação superficial e profunda), observar presença de dor e rigidez.
- ✓ **Pele e mucosas:** elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN, normalmente está lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida.

Alterações que podem ocorrer na pele do RN:

Eritema tóxico – pequenas lesões eritematopópulosos disseminadas que desaparecem em poucos dias, a causa desconhecida.

Mancha mongólica – mancha arroxeada que se localiza na região dorso glútea do RN, normalmente relacionada à miscigenação de raça.

Nerus materno – manchas avermelhadas disseminadas, não salientes, aparecem na fronte, pálpebras, lábios e nuca.

Milium sebáceo – são glândulas sebáceas aumentadas, situadas no queixo, bochecha, nariz e desaparecem nos 2 primeiros meses de vida.

Descamação fisiológica – ocorre devido à passagem do meio líquido para o gasoso principalmente nas mãos e pés.

Marca do bico da cegonha – cor rósea, localiza-se na região frontal e nuca, desaparece até o primeiro ano de vida.

Marca vinho do porto – coloração vermelho-púrpura, varia o tamanho, área afetada e dificilmente desaparece.

Hemangioma – afeta o tecido subcutâneo, são vênulos interligados dando cor azulada a pele que a recobre e raramente desaparece.

Genitália

Meninos – verificar presença de fimose e testículos na bolsa escrotal (criptorquidial), observar presença de Bálano (inflamação do prepúcio e glande, ocorre devido ao estreitamento do prepúcio, fimose ou contaminação por urina, fezes e sujeiras).

Meninas - hímen e presença de secreção vaginal, pode ocorrer presença de secreção mucóide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida.

Observar região anal, perfuração anal, fissuras, outras alterações.

Extremidades: deformidades, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha, palpação de pulso.

Coluna vertebral: rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufos de pelos e hipersensiblilidade.

Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM):

avaliação dos reflexos:

reação de Moro - deixar o recém-nascido em decúbito dorsal, sobre um lençol e fazer um movimento brusco puxando o lençol; o RN deverá abrir e fechar os braços;

pressão palmar: colocar o dedo na palma da mão do bebê , e observar se ele responde com flexão de todos os dedos (desaparece mais ou menos no 6º mês);

Sucção: ao tocar os lábios com a própria mão da criança, ela responde com movimento de sucção dos lábios e da língua (presente até 3º mês);

cutaneoplantar (Babinsky): fazer estímulo na região lateral externa do pé no sentido ascendente (calcanhar para os dedos), a resposta deverá ser de extensão com ou sem abertura em leque dos dedos;

Marcha: elevar o bebê em suspensão vertical segurando pelas axilas, sobre uma superfície dura; realizar o contato da planta dos pés com a superfície; o bebê estenderá os joelhos.

Observação: todos esses reflexos respondem as condições de maturidade dos centros nervosos e devem ser anotados. No caso de RN prematuro nem todos os reflexos podem estar presentes.

Evolução do perímetro cefálico esperado do 1º ao 2º ano de vida

- ✓ 1º e 2º mês de vida: 2 cm por mês;
- ✓ 3º e 4º meses de vida: 1,5 cm por mês;
- ✓ 5º ao 12º mês de vida: 0,5 cm por mês;
- ✓ 2º ano de vida: 0,3 cm por mês.

Desenvolvimento pôndero-estatural (DPE): Anexo 2A

Evolução do Peso:

Registrar a aferição de peso e estatura no Cartão da Criança, para garantir a avaliação e o diagnóstico nutricional, através da curva de percentil. O Recém-nascido geralmente, perde 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida, depois ganha de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida e

triplica o peso de nascimento até o 12º mês de vida. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos três) e avalia-se o traçado como:

Ascendente – satisfatório

Horizontal – sinal de alerta

Descendente – sinal de perigo

. Evolução do crescimento: (estatura)

1º semestre – 15 cm

2º semestre – 10 cm

1 ano – 25 cm

2 anos – 10 a 12 cm

3 a 4 anos – 7 cm

até o início da puberdade – 5 a 6 cm

Dentição:

A boca da criança deve ser limpa desde o nascimento, após cada mamada e/ou refeição com a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada. Algumas crianças já nascem com dentes, outros poderão não tê-los até um ano de idade. Não há consenso sobre o fato da erupção estar relacionada com picos febris ou diarréia.

3.2. Indicação de medicamentos de rotina

a) Puericultura / Pediatria

Prematuros e Pequenos para a idade gestacional (PIG): encaminhar para a consulta médica (durante o primeiro mês de vida).

3.2.1. Profilaxia medicamentosa:

- **Sulfato ferroso – prematuros** - devem receber desde o 1º mês – 2mg/kg/dia, durante dois meses, diminuindo-se para 1mg/kg/dia até 24º mês. (preferencialmente com suco de laranja e orientar o uso de canudinho para aquelas crianças que já podem utilizar).

RN a Termo – Em aleitamento materno exclusivo: a partir do 6º mês ou desmame até o 24º mês de vida, 1mg/Kg/dia, (exceto para crianças com fórmulas infantis fortificadas com ferro).

- **Menbendazol** – indicar a partir de 1 ano de idade (com mais de 10 kg), com intervalo mínimo de 6 meses. Dar 100 mg ou 5,0 ml 2 vezes ao dia durante 3 dias.
- **Vitamina A administrar para crianças residentes em áreas onde a hipovitaminose A for endêmica e que não recebam leite materno, ou em crianças que apresentem sinais de xeroftalmia (cegueira noturna decorrente da carência de vitamina A) ou desnutrição grave.**

VITAMINA A

IDADE	Ampola uso oral (50.000 UI / ampola)	Drágea (50.000 UI / ampola)
Até 6 meses	1	1
6 a 11 meses	2	2
1 a 4 anos	4	4

Exames de rotina

- Hemograma completo:

a) Solicitar durante a realização da consulta de enfermagem e com dúvidas em relação ao grau da palidez palmar e mucosas;

b) Em casos de crianças com história anterior de anemia.

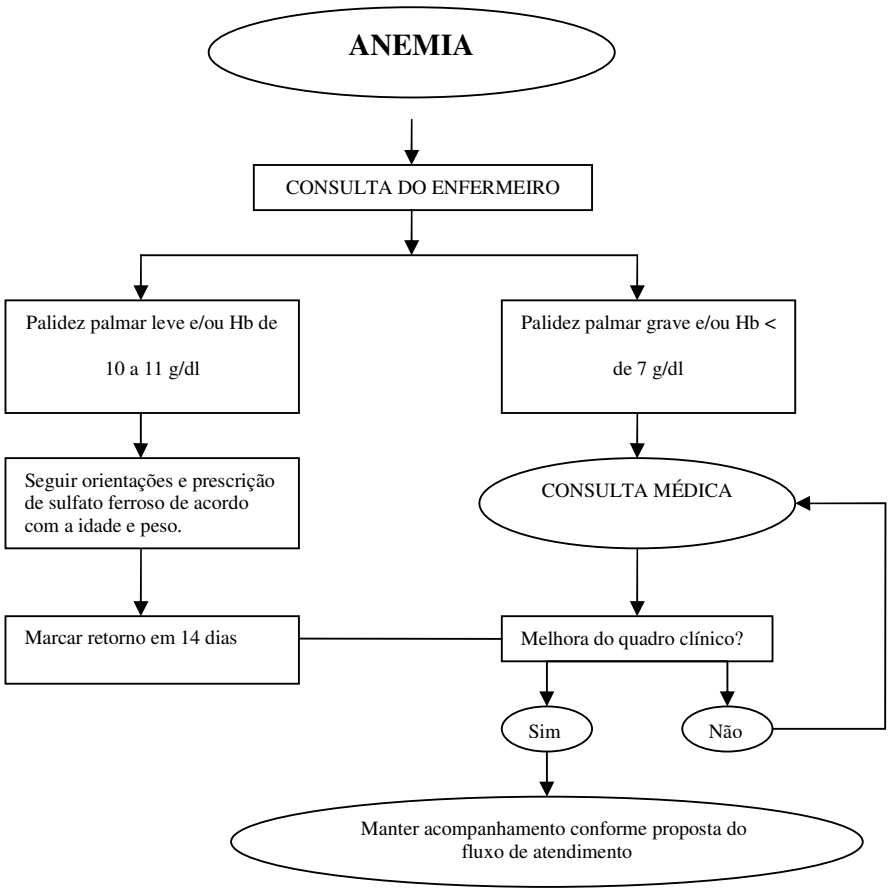
- Protoparasitológico de Fezes (PPF)

a) Solicitar 3 amostrar, quando: diarréia freqüente; infestações por parasitas recorrentes; fezes com presença de muco.

3.3. Queixas mais comuns na infância

3.3.1. Anemia

Anemia Ferropriva é o tipo mais comum de anemia, decorrente condição em que o conteúdo total de ferro orgânico encontra-se inferior ao nível normal do ferro necessário para a síntese da hemoglobina.



Cuidados de enfermagem:

- ✓ Avaliar o tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal;
- ✓ Avaliar alimentação e orientar a mãe para o uso de alimentos ricos em ferro;
- ✓ Avaliar antecedentes de criança: prematuridade, baixo peso e morbidade neonatal;
- ✓ Associar o Sulfato Ferroso a sucos ricos em vitamina C e administrar 30 minutos antes das refeições;
- ✓ Orientar o uso de Sulfato Ferroso com canudinho devido à destruição do esmalte dos dentes;
- ✓ Alertar para a mudança de coloração das fezes e os cuidados com os dentes;

Prescrição de Ferro:

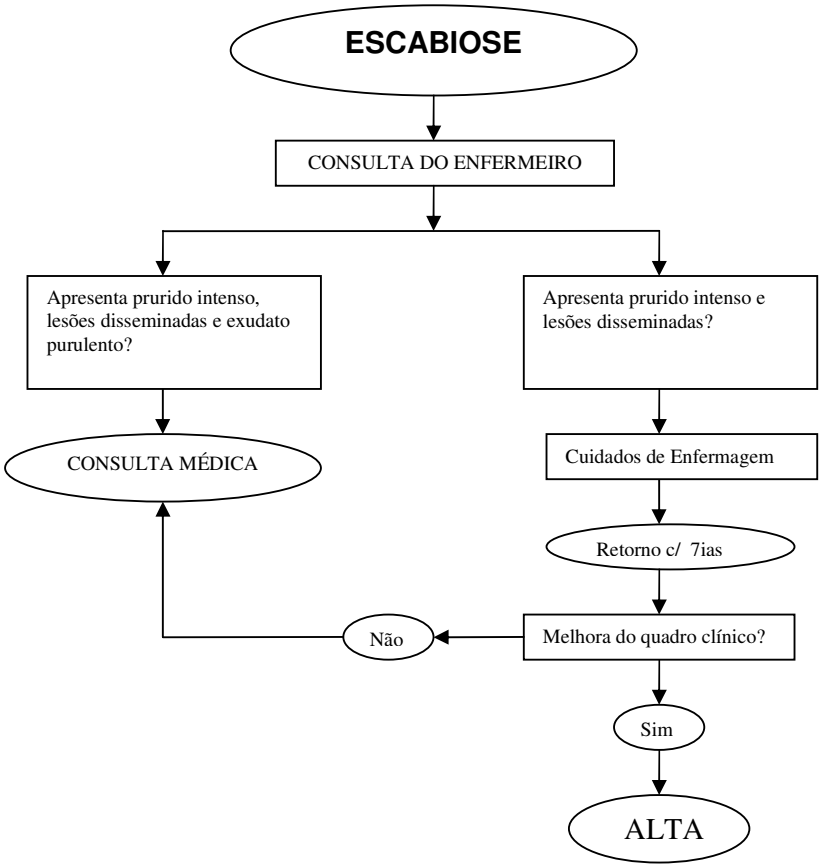
Prematuros e Pequenos para a idade gestacional (PIG): encaminhar para a consulta médica (durante o primeiro mês de vida).

Idade /Peso	**Sulfato Ferroso**
2 a 3 meses (4 – 6 Kg)	3 mg/kg/dia ou 15 gotas ou 0,7 ml ao dia
4 a 11 meses (6 – 10Kg)	3 mg/kg/dia ou 30 gotas ou 1,0 ml ao dia
1 a 2 anos (10 – 14Kg)	3 mg/kg/dia ou 30 gotas ou 1,5 ml ao dia
3 a 4 anos (14 – 19Kg)	3 mg/kg/dia ou 40 gotas ou 2,0 ml ao dia

Observações: Solicitar hemograma completo se durante a realização da Consulta do Enfermeiro houver dúvida quanto à palidez palmar.

3.3.2. Escabiose

Doença de pele, contagiosa, produzida por ácaro parasita, caracterizada por lesões multiformes (vesículas e/ou pústulas) e pela presença de irritação e prurido intenso.



Cuidados de enfermagem:

Orientar: sobre transmissibilidade; higiene pessoal; higiene com roupas pessoais e de cama; prevenção na família; investigar outros casos no núcleo familiar e escolar.

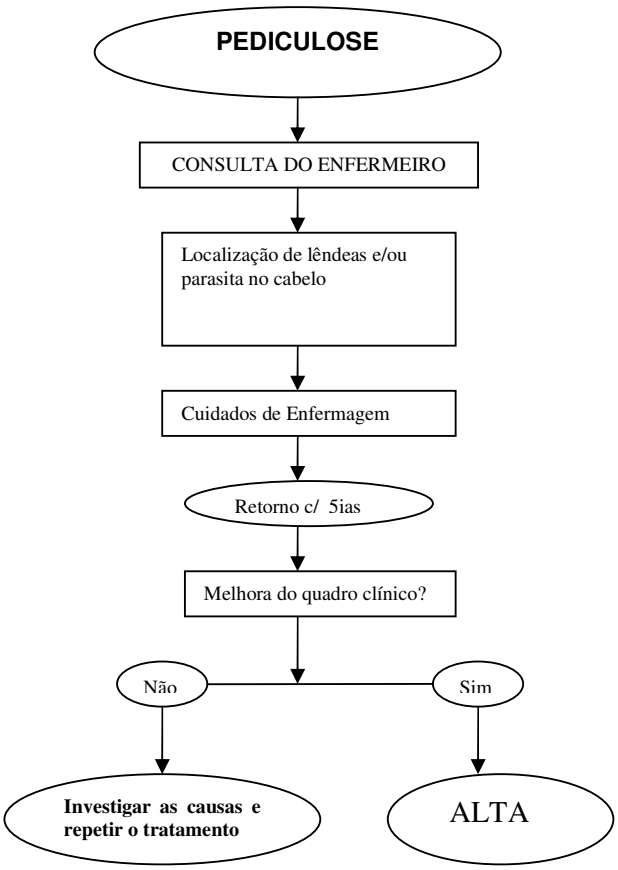
Prescrição medicamentosa:

- ✓ Benzoato de benzila 25% ou similar 25%.

- ✓ Aplicar após o banho diluído em água, na proporção de 1:3, por 3 noites seguidas ou creme permetrina 5% passar nas lesões 1 vez à noite, durante 6 noites.
- ✓ **Observação:** orientar precaução com medicamentos (manter longe do alcance de crianças e fazer somente uso local).

3.3.3. Pediculose

Dermatose causada pela infestação por piolhos, caracterizada por prurido intenso e lesões cutâneas



Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Hábitos de higiene;
- ✓ Prevenção na família;
- ✓ Remoção das lêndeas manualmente umedecendo os cabelos com vinagre morno diluído em água na proporção (1:1); utilizar o pente fino;
- ✓ Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar.

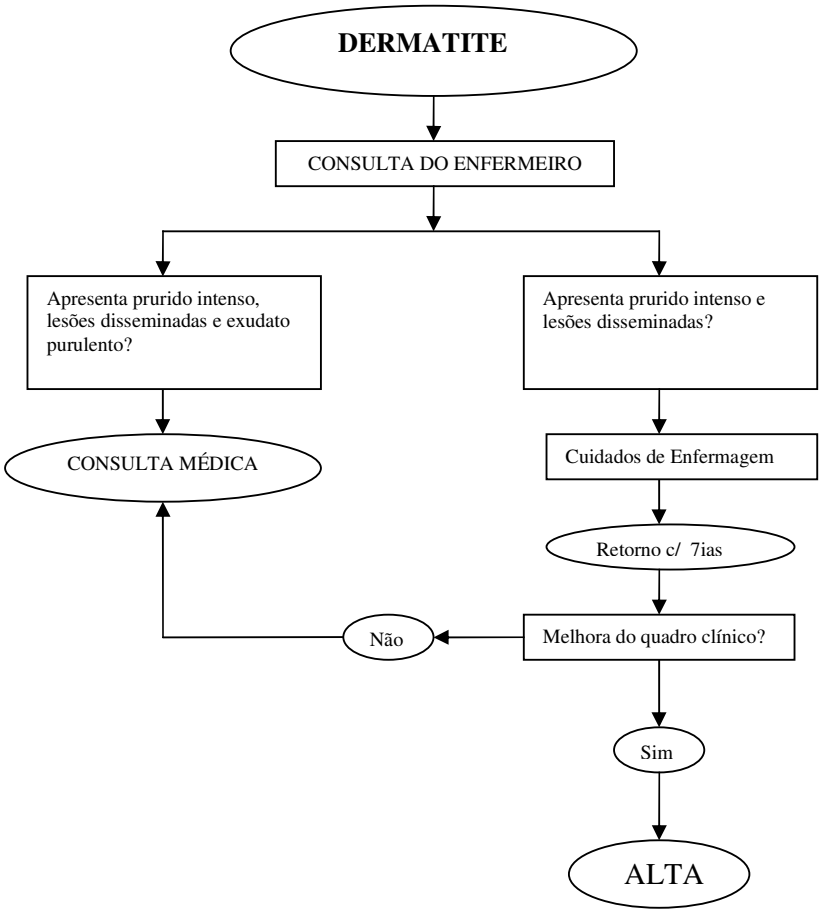
Prescrição medicamentosa:

1 – Monossulfiram e/ou Benzoato de benzila conforme bula:

- ✓ até 2 anos: diluição 1:3 com água filtrada ou fervida (fria);
- ✓ 2 anos: diluição 1:1 com água filtrada ou fervida (fria);
- ✓ repetir tratamento após 7 dias
- ✓ Loção de permetrina a 1%, dose única e repetir tratamento após 7 dias.

3.3.4. Dermatite por picada de inseto

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



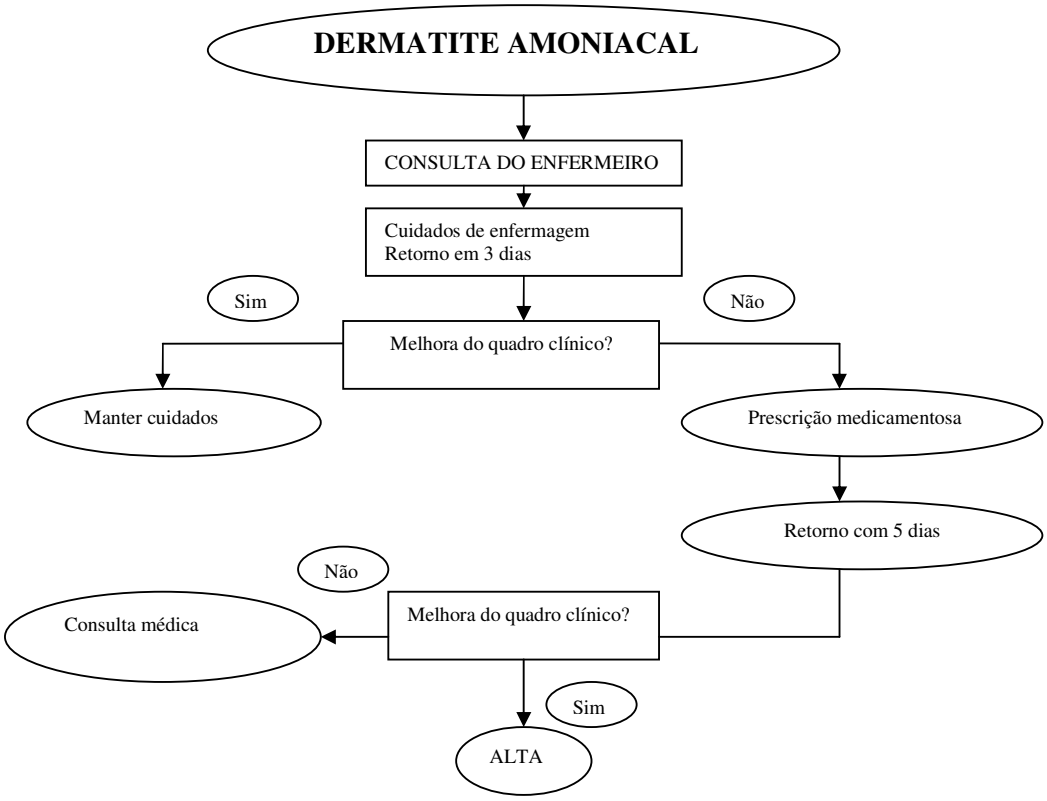
Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Uso de mosquiteiro ou telas nas janelas;
- ✓ Manter unhas curtas e limpas;
- ✓ Indicar uso de pasta d´água, amido de milho 3 a 4 vezes ao dia ou chá de camomila para o banho.

3.3.5. Dermatite amoniacal (Dermatite de fralda/ Assadura)

Erupção inflamatória da área de fralda causada por urina, fricção, umidade, microorganismos, fezes e irritantes químicos



Cuidados de enfermagem:

Orientar:

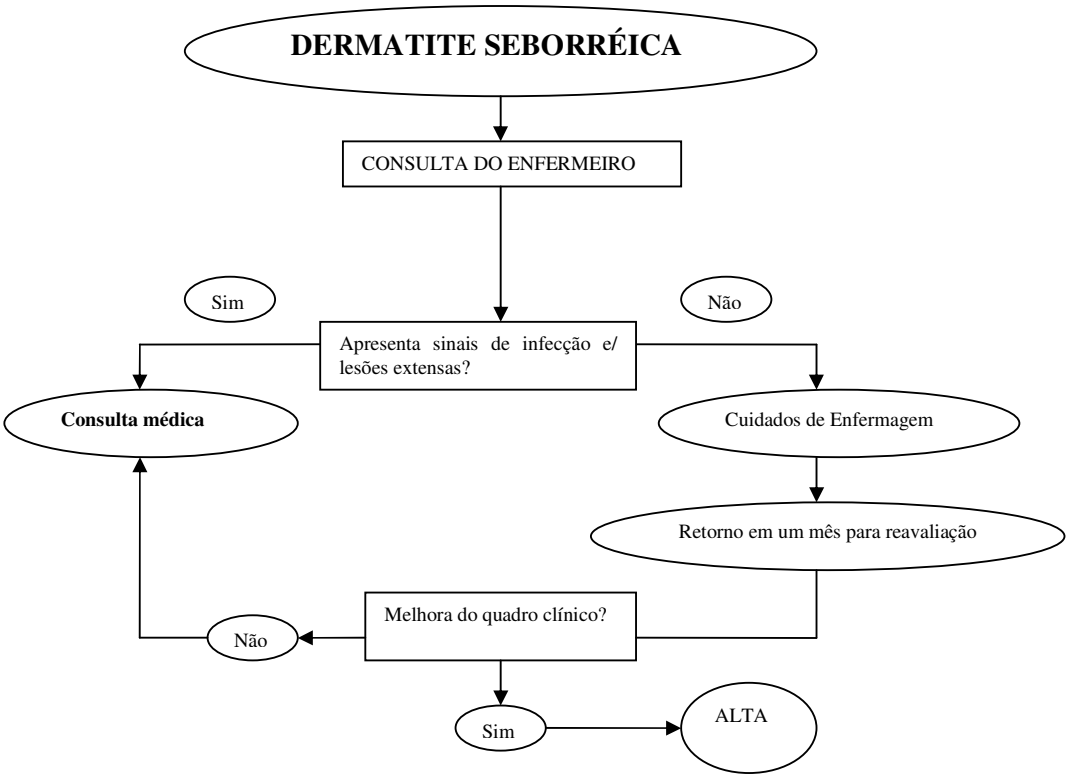
- ✓ Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;
- ✓ Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
- ✓ Usar amido de milho na água do banho e/ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local;
- ✓ Suspender fraldas descartáveis;
- ✓ Lavar adequadamente as fraldas e enxaguar com solução de vinagre.

Prescrição medicamentosa:

- ✓ Usar Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias;
- ✓ Usar cremes a base de óxido de zinco (hipoglós).

3.3.6. Dermatite seborréica

Infecção do couro cabeludo decorrente da hiperatividade das glândulas sebáceas.



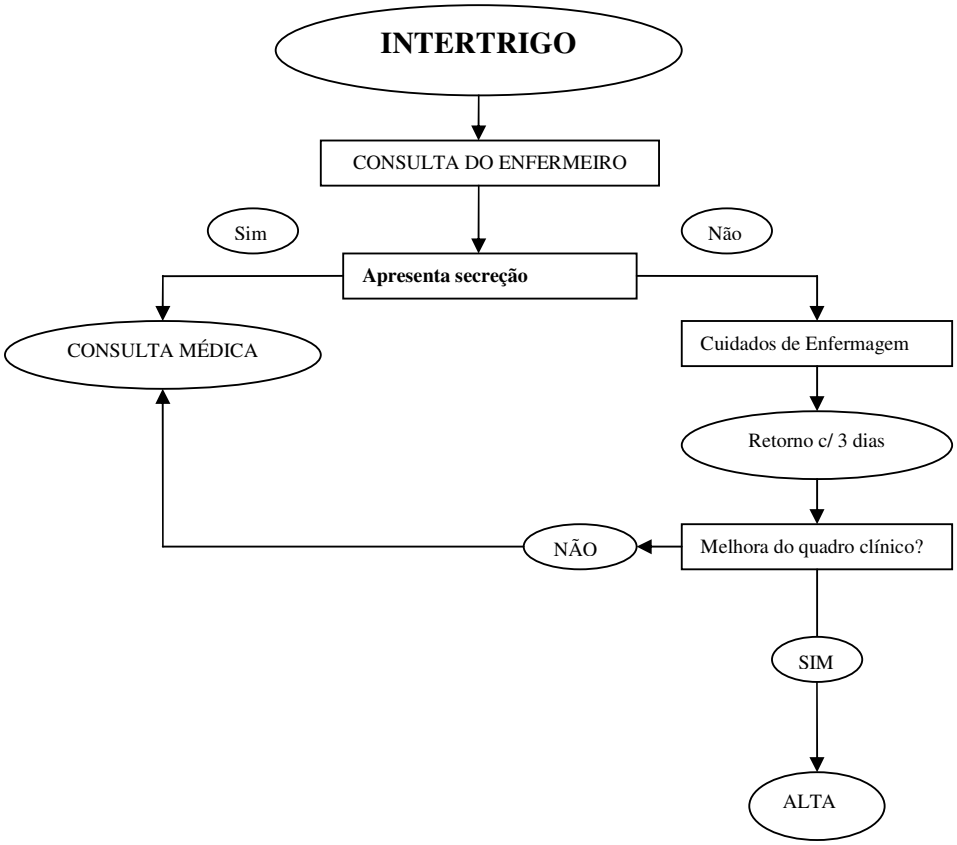
Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Passar no couro cabeludo, Vaselina salicilada a 2% (100ml de vaselina líquida para 2 gramas de AAS) ou óleo vegetal;
- ✓ Deixar por 1 hora e retirar com escova ou pente fino delicado;
- ✓ Lavar a cabeça com sabonete neutro.

3.3.7. Intertrigo

Lesão hiperemiada de dobras decorrentes de maceração pelo suor excessivo.



C**uidados de enfermagem*:***

Orientar:

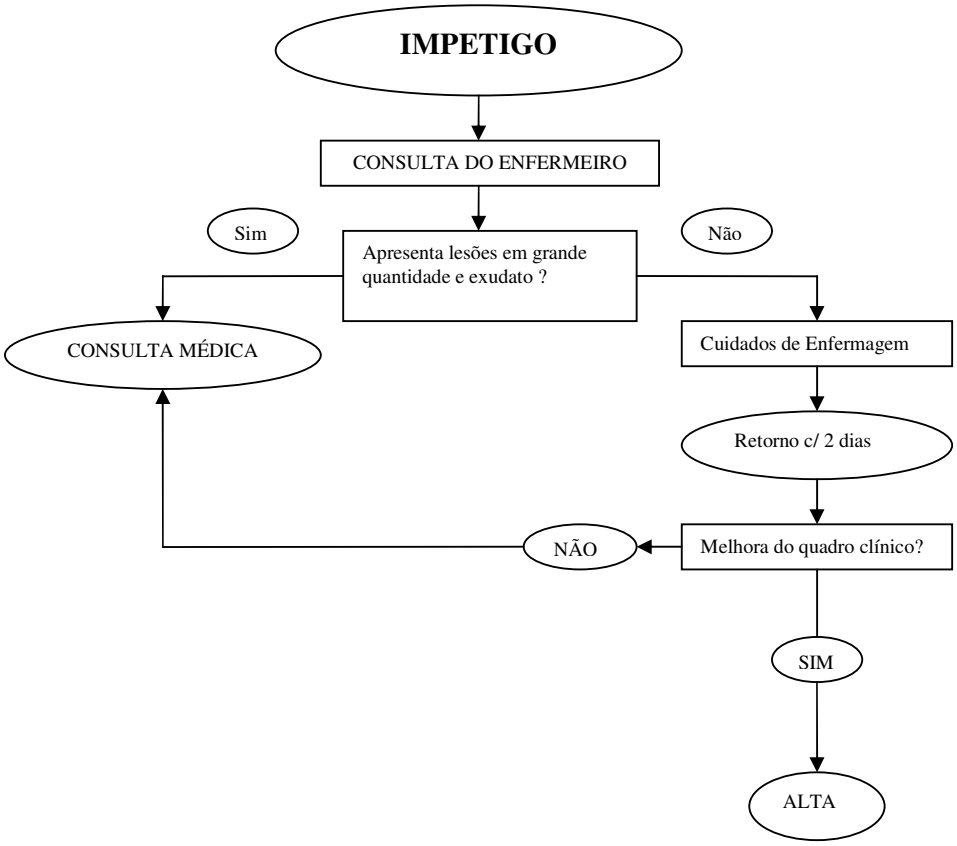
- ✓ Lavar o local com água e sabonete neutro;
- ✓ Secar bem o local;
- ✓ Exposição ao sol pela manhã e final de tarde de 5 a 15 minutos;
- ✓ Usar roupas que não provoquem suor;
- ✓ Aplicação do amido de milho diretamente sobre a pele.

Prescrição:

- ✓ Óleo mineral para hidratar a pele;
- ✓ Cremes para assaduras.

3.3.8. Impetigo

Infecção primária da pele altamente contagiosa, causada por estreptococos ou por estafilococos, caracterizada por vesículas e bolhas que se rompem e desenvolvem crostas amarelas.



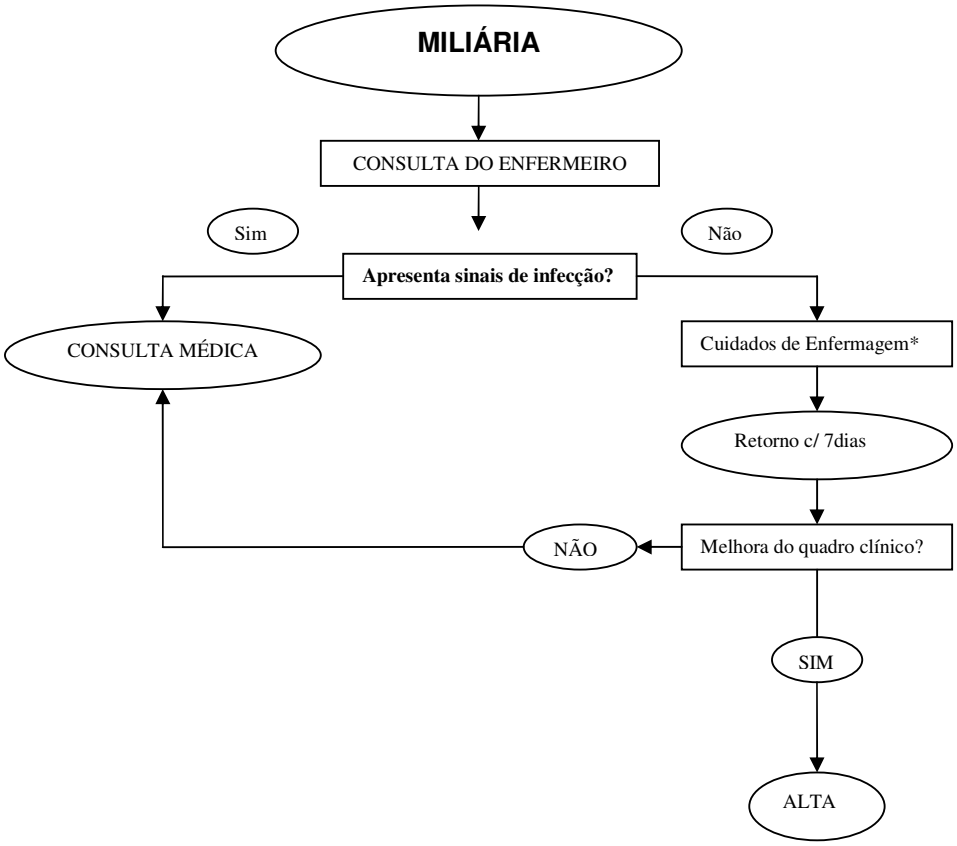
Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Lavar as lesões com água morna e sabão neutro;
- ✓ Romper as vesículas com cotonete embebido em álcool 70%.

3.3.9. Miliária (Brotoeja)

Lesão eritematosa microvesicular, puriginosa, desencadeada por calor excessivo e umidade.



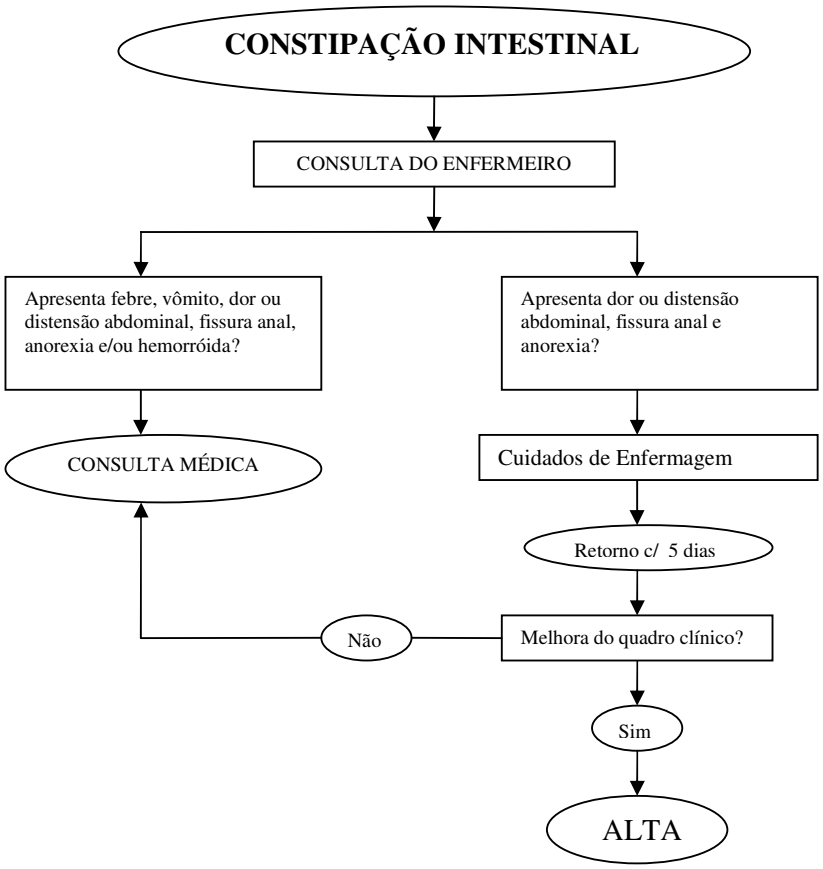
Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Usar roupas leves;
- ✓ Banhos freqüentes;
- ✓ Usar sabonetes neutros;
- ✓ Enxaguar o bebê após o banho com: 1 litro de água contendo 2 colheres (de sopa) de amido de milho, 3 vezes ao dia ou aplicar o amido diretamente na pele como se fosse talco; ou aplicar pasta d´água 3 vezes ao dia, após o banho.

3.3.10. Constipação intestinal

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



Cuidados de enfermagem:

Orientar:

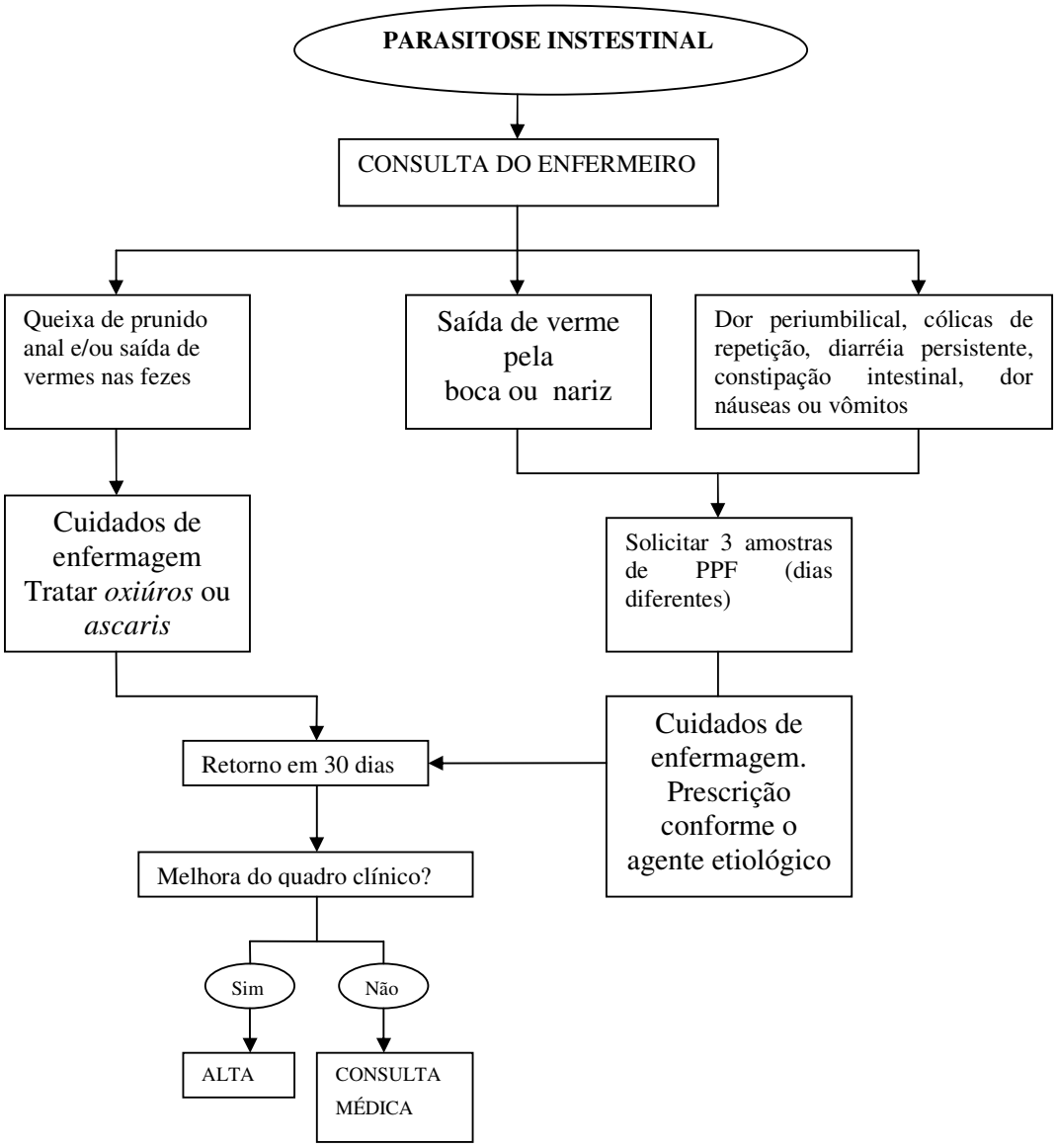
- ✓ Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã e farináceos);
- ✓ Oferecer alimentos ricos em fibras (vegetais folhosos e legumes crus, mamão, laranja, tomates verdes, cenoura crua, farelo de trigo e aveia);
- ✓ Aumentar a ingestão hídrica;
- ✓ Oferecer chá de ameixa preta (1 a 2 ameixas de molho em meio copo com água filtrada);
- ✓ Exercício e massagem abdominal.

Observação:

- ✓ Em recém-nascidos com amamentação exclusiva pode ocorrer ausência de evacuação até 8 dias sem a presença de outros sintomas;
- ✓ Investigar amamentação: se exclusiva, orientar alimentação da mãe e se for complementar ou artificial, orientar o uso adequado do leite e/ou a troca do leite.

3.3.11. Parasitose instestinal

Infestação ou infecção do trato intestinal por parasitas.



Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Utilizar água tratada ou fervida;
- ✓ Lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com Hipoclorito 2% (2 gotas por litro) por 30 minutos;
- ✓ Comer carne bem cozida ou assada. Nunca comer carne crua;
- ✓ Manter as mãos sempre limpas, principalmente antes das refeições e após evacuações e ao preparar os alimentos;
- ✓ Manter as unhas curtas e limpas;
- ✓ Proteção dos alimentos contra poeira, mosca e outros animais;
- ✓ Estar sempre com os pés calçados;
- ✓ Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertas e higienizadas;
- ✓ Não usar água parada para o banho ou para brincar;
- ✓ Se for indicado remédio não esquecer de usar conforme foi indicado.

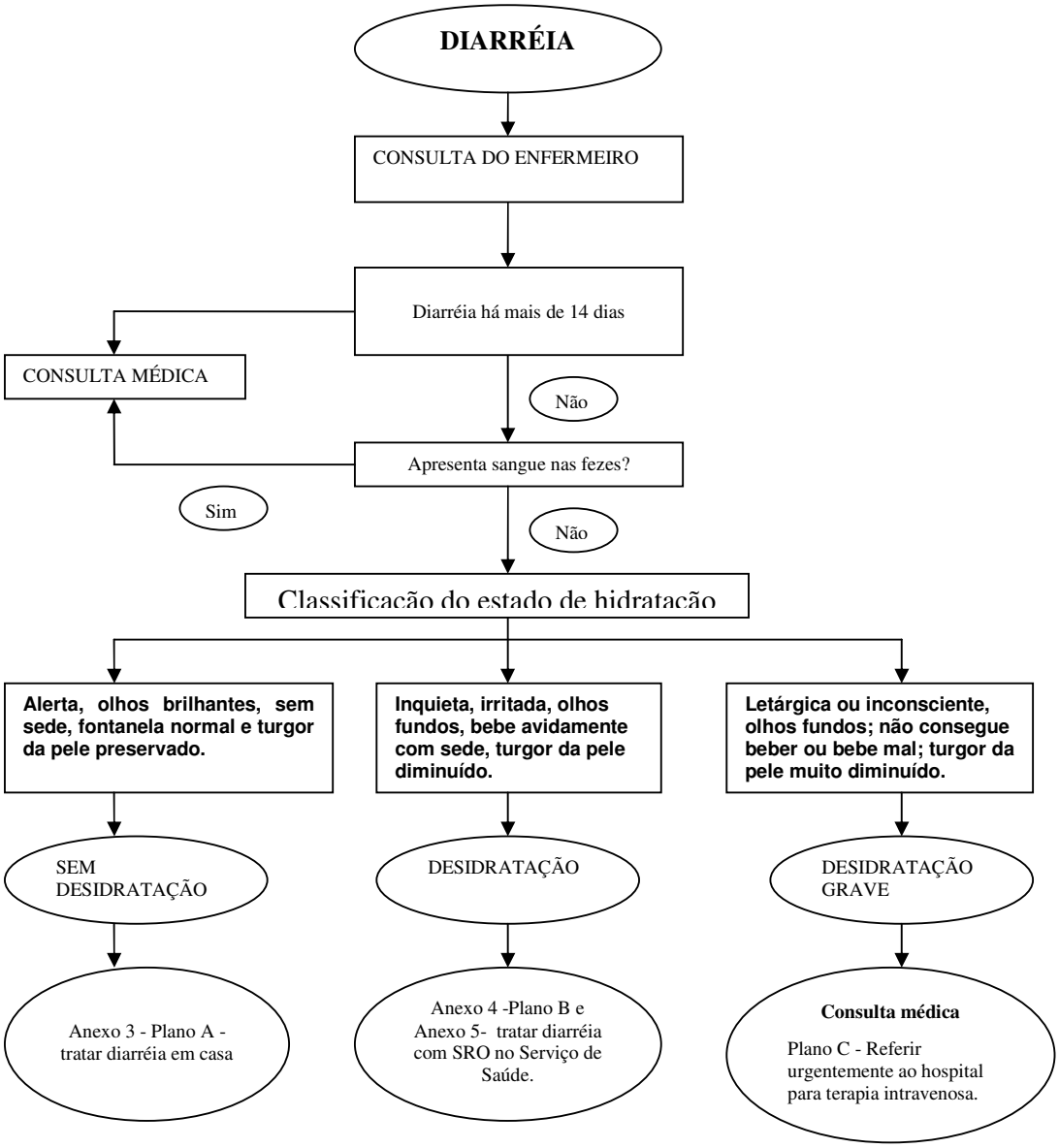
PRESCRIÇÃO:

Parasitoses	**Substância Ativa**	**Esquema terapêutico**	**Observações**
Ancilostomíase Ascaridíase Enterobíase Tricocefalíase ou Tricuríase	Mebendazol	Para <10kg: 10mg/kg72 vezes dia/3dias Para >10kg: 100mg/2 vezes dia/3dias.	Eficaz em infestações múltiplas. Efeitos colaterais pouco freqüentes, ás vezes dor abdominal e diarréia.
	Albendazol	400mg/dia, dose única.	Semelhante ás do mebendazol.
Teníase e Himenolepíase	Albendazol	400mg/dia/por 3 dias.	Para > de 2 anos.
	Mebendazol	200mg/dose/2 vezes ao dia/4 dias.	Boa eficácia.
Giardíase	Metronidazol	15 a 20mg/kg/dia, 2 vezes ao dia/ 5 a 7 dias.	Efeitos colaterais neurológicos, gastrointestinais. Aversão ao álcool e urticária de contato.
	Tinidazol	50mh/kg/dose única.	Os mesmo efeitos colaterais e aversão ao álcool.

Amebíase	Metronidazol Tinidazol	35 a 50mg/kg/dia, 3 vezes ao dia/ 5 a 10 dias. 50mh/kg/dose única, por 3 dias.	Efeitos colaterais são gastrointestinais e vertigem. Aversão ao álcool e urticária de contato. Aversão ao álcool
Estrongiloidíase	Albendazol Tiabendazol	400mg/dia, 3 dias. 50mg/kg/, dose única ou 25mg/, 2 vezes/2dias	
Esquistossomose (S. mansoni)	Tiabendazol	50mg/kg/, dose única ou 25mg/, 2 vezes/2dias	

3.3.12. Diarréia

Doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, e conseqüente aumento do volume e da freqüência das evacuações e na diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria).



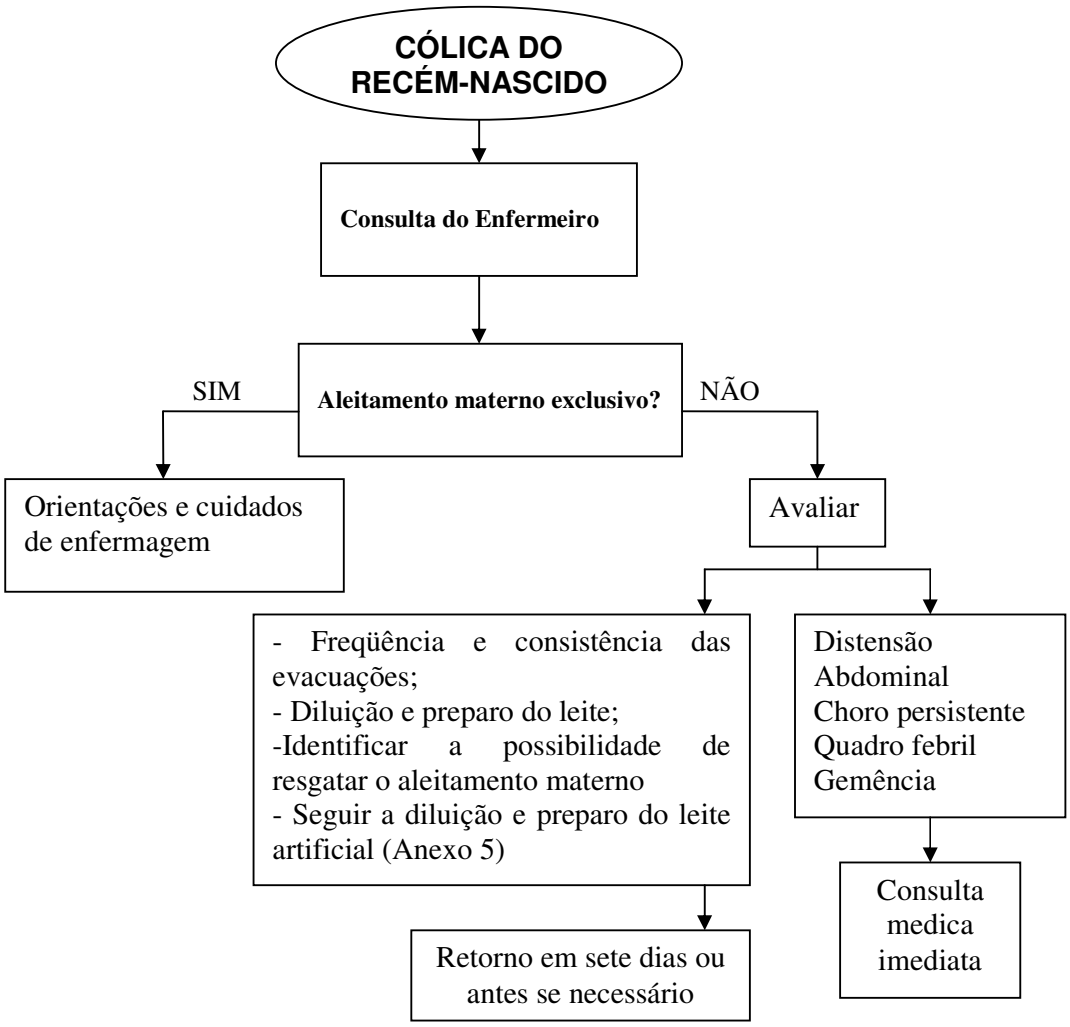
Terapia de reidratação oral

Cálculo do volume de soro a ser administrado:

Volume = 2 x % de perda de peso conforme grau de desidratação x 10 x peso em kg.

Tempo de reposição = 4 a 6 horas (doses de 50 a 200 ml/h, fracionando em intervalos de 15 a 20 minutos)

3.3.13. Cólica do recém-nascido:



Cuidados de Enfermagem:

Orientar:

- ✓ Colocar a criança em decúbito dorsal apoiada sobre os braços, massagear o abdome com movimentos circulares e depois aplicar compressa morna (orientar bem o responsável sobre o uso da compressa);
- ✓ Dieta da nutriz (evitar café, chocolate, pimenta, doces);
- ✓ Não utilizar nenhum medicamento tipo anti-espasmódico ou chás.

3.3.14. Moniliase oral

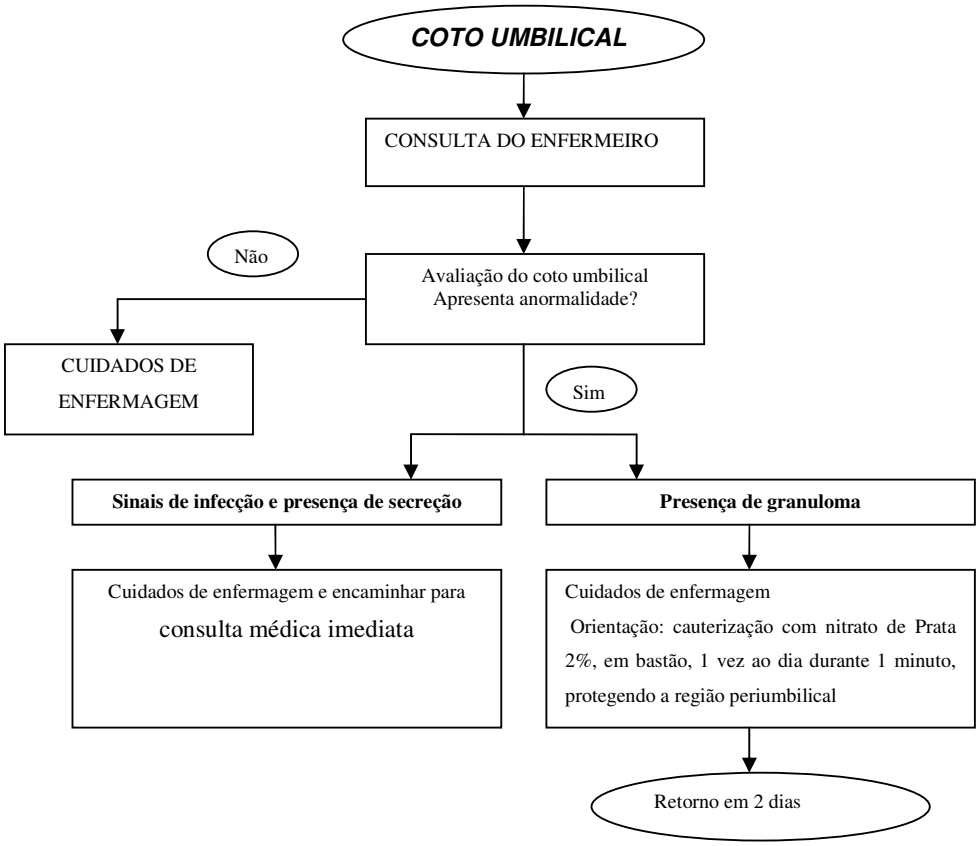
Infecção na mucosa causada pelo fungo Cândida albicans, resultando em um tipo característico de secreção em forma de grumos brancos, aderindo à língua e à bochecha da criança.

Cuidados de enfermagem:

- ✓ Orientar para evitar o uso de chupeta ou mamadeira;
- ✓ Orientar a higiene com água e sabão e fervura dos bicos das mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura;
- ✓ Evitar o beijo próximo aos lábios;
- ✓ Higiene oral com água bicarbonatada: 1 colher (chá) de bicarbonato de sódio em 1 copo de água fervida (75 ml) e fria, 4 vezes ao dia. Limpar a região oral com dedo indicador envolvendo-o em fralda limpa e umedecida com a solução de água bicarbonatada durante 7 a 10 dias;

- ✓ Prescrever 1,0 ml de nistatina suspensão oral 100.000 UI/ml para uso na mucosa oral 4 vezes ao dia, dez minutos após higiene com água bicarbonatada e manter o esquema por no mínimo 3 dias após o desaparecimento dos sintomas.
- ✓ Orientar as mães que estão amamentando quanto a higiene rigorosa das mamas antes e após a amamentação.
- ✓ Retorno para consulta de enfermagem após o tratamento ou se não apresentar melhora.

3.3.15. Coto umbilical

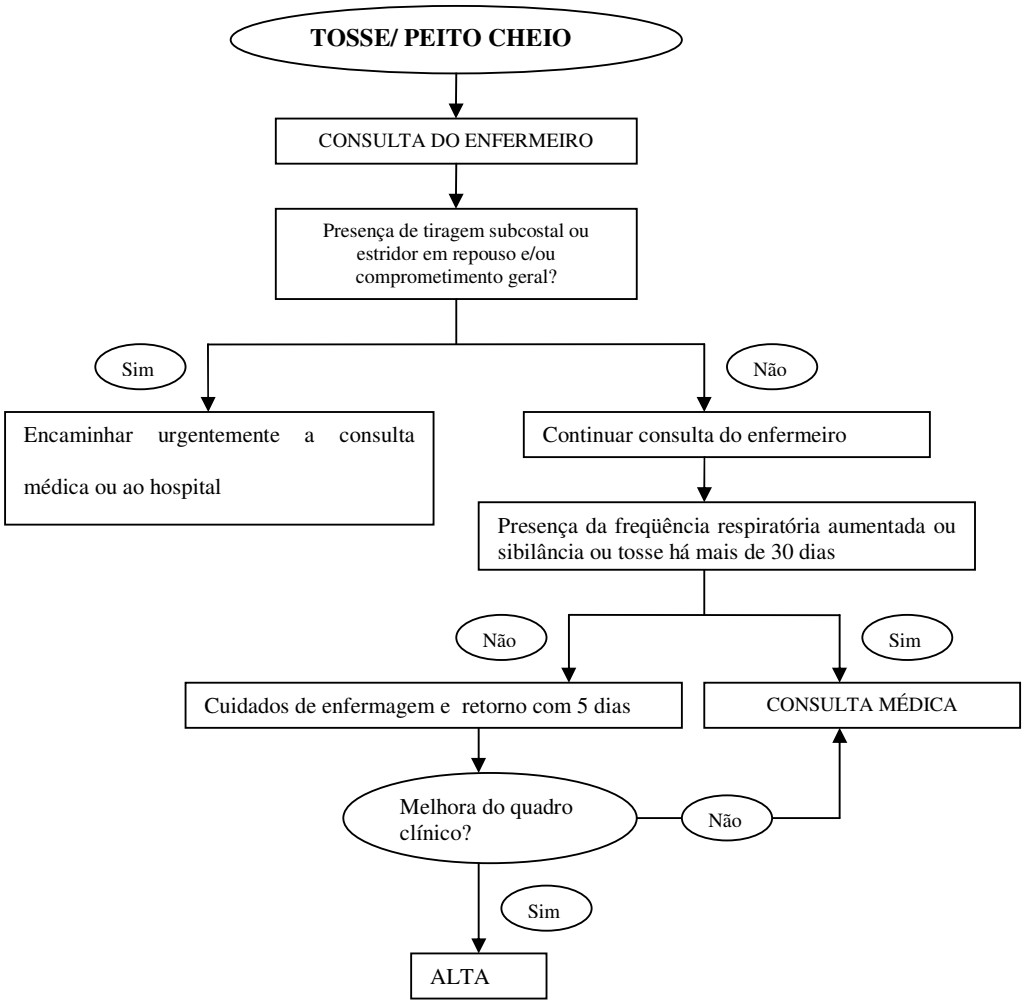


Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem;
- ✓ Aplicação de álcool 70% após cada troca de fralda;
- ✓ A mãe ou cuidador quanto aos sinais de infecção;
- ✓ A necessidade de não usar fralda ou faixas sobre a região;
- ✓ A não utilização de outros produtos como: pomadas, talcos, moedas etc.

3.3.16. Tosse/ Peito cheio

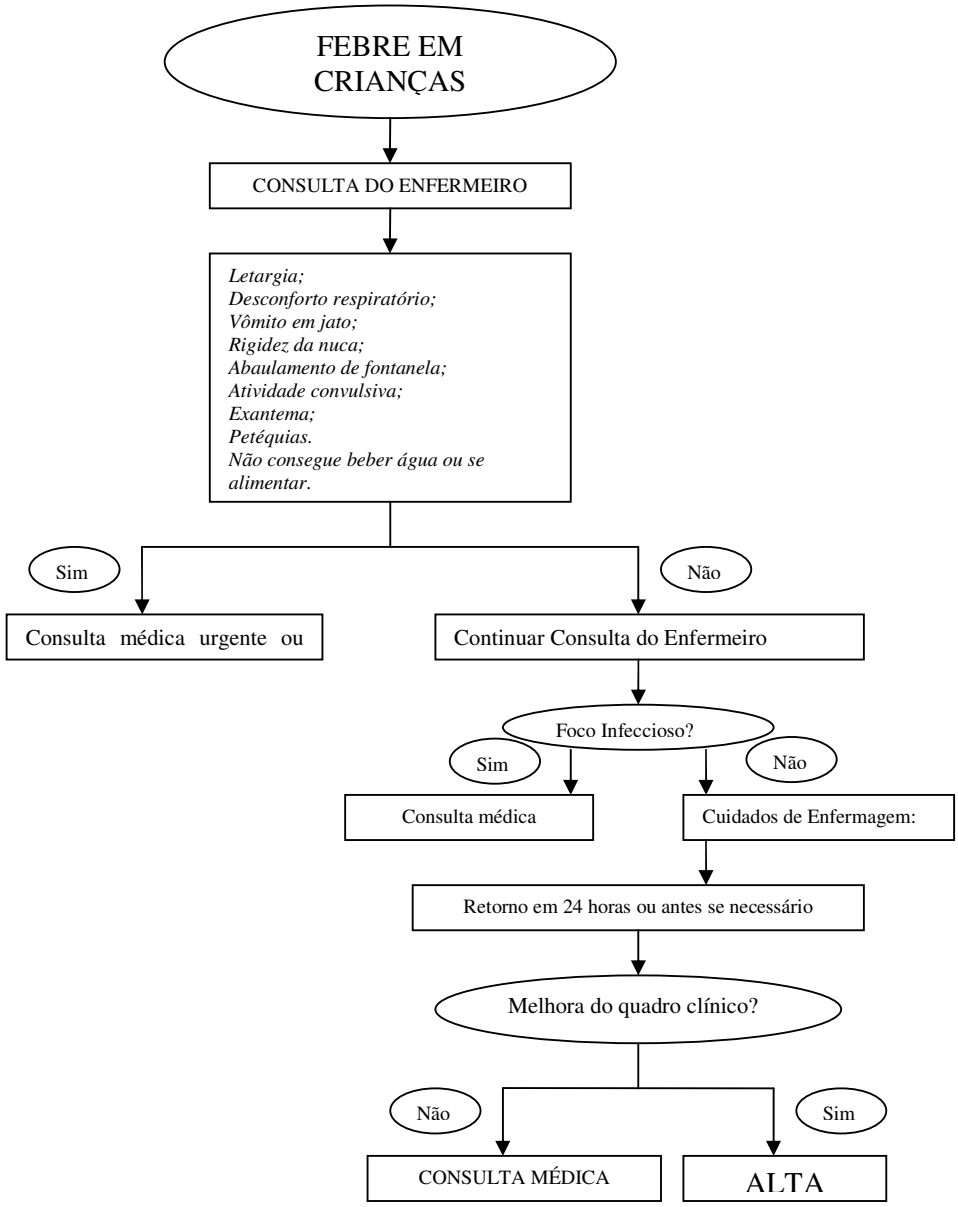


Cuidados de Enfermagem:

Orientar:

- ✓ Aumento da ingestão hídrica para fluidificar as secreções;
- ✓ Deixar a criança em decúbito dorsal com cabeceira elevada ao dormir;
- ✓ Inalação com 3 a 5 ml de Soro Fisiológico 0,9% três vezes ao dia;
- ✓ Remover a umidade, mofo ou bolor da casa;
- ✓ Manter a casa ventilada;
- ✓ Evitar fumar na presença da criança;
- ✓ Oferecer dieta fracionada;
- ✓ Caso apresente os sinais de alerta: respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios, retornar à unidade de saúde;
- ✓ Controle da temperatura;
- ✓ Repouso com restrição de atividades físicas diárias.

3.3.17. Febre em crianças

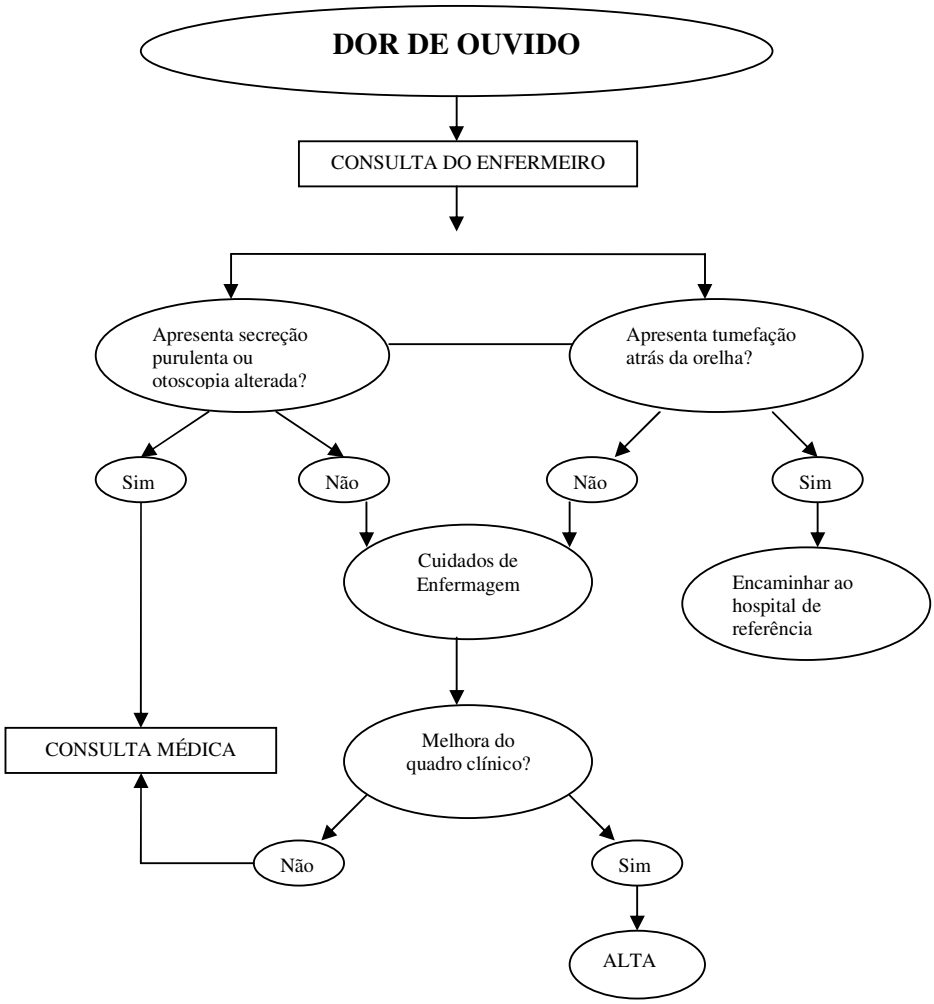


Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Vestimentas leves;
- ✓ Compressas frias nas regiões axilares, abdominal e frontal;
- ✓ Aumentar ingesta hídrica.
- ✓ Se a temperatura for > 37,5 ºC: administrar Paracetamol 1 gota/kg ou Dipirona 500 mg/ml, 1 gota/2kg de 6 em 6 horas (Orientar para **não** utilizar ácido acetil salicílico - AAS);
- ✓ Explicar risco de administração em intervalo menor de 6 horas.

3.3.18. Dor de ouvido



Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- ✓ Controle de temperatura e medicar se (temperatura >= 37,5 ºC);
- ✓ Secar o pavilhão auditivo 3 vezes ao dia com algodão ou gaze e substituir o chumaço de algodão até quando o pavilhão auditivo estiver seco;
- ✓ Fazer compressa morna no período noturno (explicar cuidados com compressa para evitar queimaduras).

3.4. Anexos

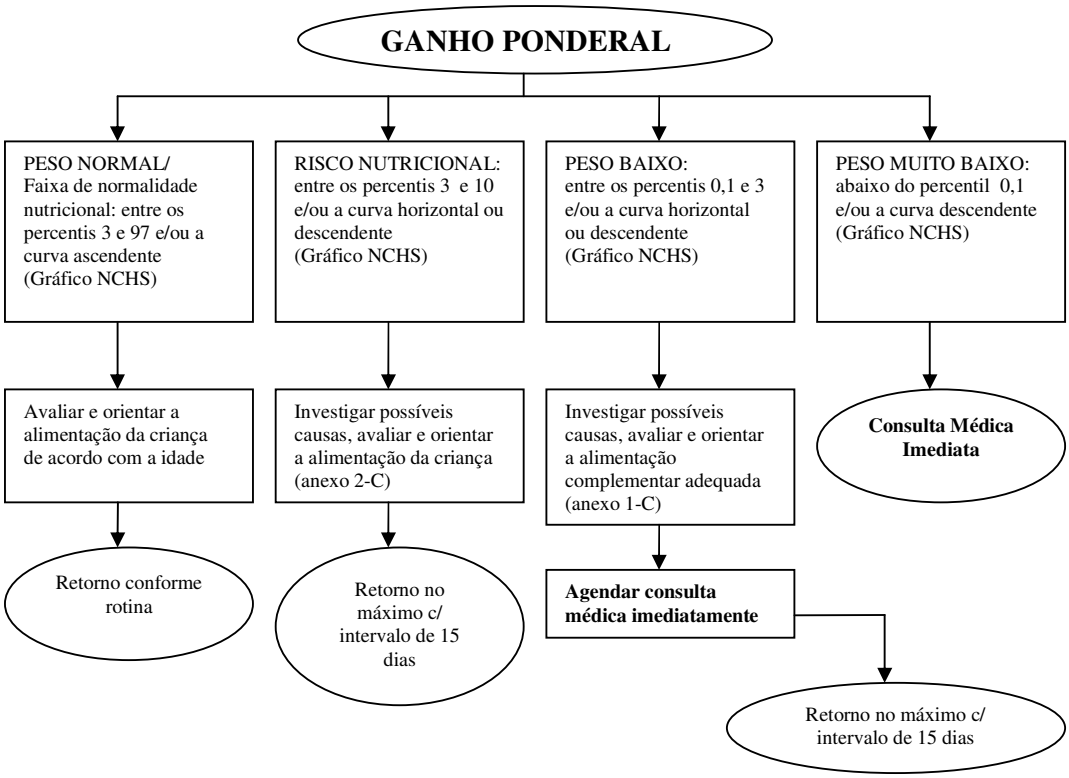
3.4.1. Anexo 1A - sinais de normalidade do desenvolvimento

Idade	**Ação**
Recém – nascido	Reflexos subcorticais
1 mês	Segue a luz
2 meses	Sorri, balbucia
3 meses	Sustenta a cabeça
4 meses	Agarra objetos
5 meses	Gira sobre o abdome
6 meses	Mantem-se sentado
7 meses	Preensão palmar
8 meses	Pinça digital
9 meses	Põe-se sentado
10 meses	Engatinha
12 meses	De pé, anda com apoio
14 meses	Caminha sozinho
18 meses	Fechamento de fontanelas
18 a 24 meses	Controle de esfíncteres

3.4.1.1. Anexo 1B - Sinais de alerta

Idade	**Ação**
4 meses	Não sustenta a cabeça
7 meses	Não senta sem apoio
12 meses	Não engatinha
18 meses	Não anda

3.4.2. Anexo 2A – Ganho Ponderal



3.4.2.1. Anexo 2B - quadro simplificado de sugestão da alimentação no 1º ano de vida para criança eutrófica

Idade (meses)	Menores de 6 meses	Menores de 6 meses	6 a 7 meses	6 a 7 meses	8 a 11 meses	8 a 11 meses
Período	**C/ leite materno exclusivo**	**C/ leite artificial**	**C/ leite materno**	**C/ leite artificial**	**C/ leite materno**	**C/ leite artificial**
Pela manha	livre demanda	Alimen-tação láctea	Leite materno	Leite de vaca + fruta ou ceral/ tubérculo	Leite materno + fruta ou cereal/ tubérculo	Leite de vaca + fruta ou ceral/ tubérculo
intervalo	livre demanda	Papa de frutas	Papa de frutas	Papa de frutas	Fruta da época	Fruta da época
Almoço	livre demanda	Papa salgada	Papa salgada	Papa salgada	Refeição da família adequada em consistência e tempero	Refeição da família adequada em consistência e tempero
Meio da tarde	livre demanda	Papa de frutas	Papa de frutas	Papa de frutas	Leite materno + fruta ou	Leite de vaca + fruta ou ceral/

					cereal/ tubérculo	tubérculo
Final da tarde	livre demanda	Alimen-tação láctea	Leite materno + fruta ou cereal/tubérculo	Leite de vaca + fruta ou cereal/ tubérculo	Refeição da família adequada em consistência e tempero	Refeição da família adequada em consistência e tempero
À noite	livre demanda	Alimen-tação láctea	Leite materno	Leite de vaca	Leite materno	Leite de vaca

Crianças maiores de 12 meses		
	C/ leite materno	**C/ leite artificial**
Pela manhã	Leite materno + fruta ou cereal/tubérculo	Leite de vaca + fruta ou cereal/tubérculo
Intervalo	Fruta da época	Fruta da época
Almoço	Refeição da família	Refeição da família
Meio da tarde	Leite materno + fruta ou cereal/tubérculo	Leite de vaca + fruta ou cereal/tubérculo
Final da tarde	Refeição da família	Refeição da família
Á noite		

OBSERVAÇÕES: Até os seis meses de vida

Amamentar ao peito tantas vezes quantas a criança quiser, de dia e de noite,

pelo menos 8 vezes ao dia em cada 24 horas

Crianças que estão em aleitamento materno exclusivo, **não dar nenhum outro alimento ou líquido**

A partir dos 6 meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até 2 anos de idade.

3.4.3. Anexo 2C – Alimentações para crianças com peso baixo (porções individualizadas)

Dieta 1	Dieta 2	Dieta 3
200 ml de leite líquido integral (1 copo), 2 colheres de chá de óleo vegetal, 1 colher de sopa de açúcar e 1 colher de sopa de abóbora cozida amassada.	200 ml ou 1 copo de leite integral, 1 colher de chá de óleo vegetal, 1 colher de sopa de açúcar, 4 colheres de sopa de arroz cozido.	4 colheres de sopa de arroz cozido, 1 colheres de chá de óleo, 1 colher de sopa cheia de carne moída, 2 colher de sopa cheia de cenoura cozida e amassada.

Dieta 4	Dieta 5	Dieta 6
4 colheres de sopa de arroz cozido, 4 colheres de sopa de massa de feijão peneirado, 1 copo de caldo de feijão, 1 colheres de chá de óleo vegetal.	200 ml ou 1 copo de leite integral, 1 colher de sopa de açúcar, 1 colher de sopa de fubá.	1 colher de sopa de carne moída e cozida, 4 colheres de sopa de cenoura cozida e amassada, 1 e ½ colher de sopa de Fubá, 1 colher de chá de óleo vegetal, 1 copo de água do cozimento da cenoura.

OBSERVAÇÃO: o arroz pode ser substituído por fubá, utilizando metade da quantidade do arroz e cozinhando por 3 a 4 minutos.

***Orientar a mãe/cuidador:**

1. Utilização da dieta até o próximo retorno;
2. Variar as dietas para a criança não enjoar;
3. **Oferecer 6 vezes ao dia;**
4. Garantir que a criança coma de cada vez as quantidades indicadas
   - 03 – 05 kg – ½ de copo
   - 05 – 10 kg – 2/3 de copo
   - 10 – 14 kg – 1 copo
5. Oferecer o peito entre as refeições sempre que a criança solicitar;
6. Retornar imediatamente se a criança recusar a comida.

Recomendações para a alimentação da criança com diarréia persistente

1. Dar líquidos adicionais para combater a dessidratação;
2. Continuar alimentando;
3. Se a criança estiver em aleitamento materno exclusivo, aumentar a freqüência e o tempo das mamadas de dia e de noite;
4. Se estiver em aleitamento misto:
   - ✓ Substituir com mais aleitamento materno ou

- ✓ Reduzir o volume de leite oferecido em cada refeição, misturando com igual volume de mucilagem de arroz a 3%, açúcar a 5% e óleo a 3% ou
- ✓ Substituir, metade do leite por alimentos semi-sólidos ricos em nutrientes ou
- ✓ Substituir por produtos com baixo teor de lactose como iogurte, produtos com soja etc.

3.4.4. Anexo 3 – Plano A

Tratar a Diarréia em Casa

- *Dar líquidos adicionais (tanto quanto a criança aceitar)*

- **Recomendar à mãe:**
  - ✓ Amamentar com maior freqüência e por tempo mais longo a cada mamada;
  - ✓ Se a criança se alimentar de leite materno, pode se dar SRO (Soro de Reidratação Oral), além do leite materno com colher ou copo;
  - ✓ Se a criança não estiver em regime exclusivo de leite materno, dar 1 ou mais dos seguintes: Solução SRO, líquidos caseiros (tais como caldos, água de arroz, soro caseiro) ou água potável.

É especialmente importante dar SRO em casa quando:

- ✓ Durante esta visita a criança recebeu o tratamento do Plano B ou Plano C, ou seja, tratamento para desidratação;

- ✓ Se a criança não puder retornar a um serviço de saúde se a diarréia piorar:
- ✓ Ensinar a mão/cuidador a preparar a mistura e a dar SRO;
- ✓ Entregar um pacote ou mais de SRO para a mão/cuidador se necessário;
- ✓ Mostrar à mãe/cuidador a quantidade de líquidos adicionais a dar em casa além dos líquidos habituais:
- ✓ Até 1 ano – 50 a 100 ml depois de cada evacuação aquosa;
- ✓ 1 ano ou mais – 100 a 200 ml depois de cada evacuação aquosa

- **Recomendar à mãe/cuidador:**
  - ✓ Administrar pequenos goles de líquidos de uma xícara;
  - ✓ Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente;
  - ✓ Continuar a dar líquidos até a diarréia parar;
  - ✓ Caso esteja amamentando dar o peito sempre que a criança desejar.
  - *Continuar a alimentar*
  - *Retornar com 24 horas*

3.4.5. Anexo 4 – Plano B

Tratar a Desidratação com SRO

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

- **Determinar a quantidade de SRO a ser administrada durante as primeiras 4 horas:**

IDADE*	PESO	SRO (ml)
Até 4 meses	< 6 kg	200 – 400
4 a 11 meses	6 - < 10 kg	400 – 700
12 a 23 meses	10 - < 12 kg	700 – 900
2 a 4 anos	12 - < 19 g	900 - 1400

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

Se a criança quiser mais SRO do que as quantidades citadas, dar mais.

- ✓ Demonstrar para a mãe/cuidador como administrar a solução de SRO;
- ✓ Dar com freqüência pequenos goles de líquidos usando uma colher;
- ✓ Se a criança vomitar aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente;
- ✓ Continuar a amamentar no peito sempre que a criança desejar.

Após 4 horas:

- ✓ Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação;
- ✓ Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento;
- ✓ Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde.
- ✓ Se, em situações excepcionais, a mãe/cuidador precisar ir para casa antes de terminar o tratamento:
- ✓ Orientar como preparar a solução de SRO em casa;
- ✓ Orientar sobre a quantidade de SRO a ser administrada até completar o tratamento em casa;

- ✓ Entregar uma quantidade de pacotes de SRO suficiente para completar a reidratação. Entregar também um pacote adicional, tal como recomendado no Plano A;
- ✓ Explicar as 3 regras do Tratamento Domiciliar:

1. Dar líquidos adicionais
2. Continuar a alimentar
3. Quando retornar a unidade de saúde → **Consultar o Plano A quanto aos líquidos recomendados e consultar o quadro ACONSELHAR A MÃE OU CUIDADOR**

OBSERVAÇÃO: **PLANO C** é indicado para DESIDRATAÇÃO GRAVE, que deve ser referida urgentemente ao hospital para tratamento IV (intravenosa) ou SG (sonda nasográstrica).

3.4.6. Anexo 5 - Diluição e preparo de leite artifcial

Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida

Idade	Volume*	Nº de refeições
1ª semana a 30 dias	60-120 ml	6-8
2-3 meses	150-180 ml	5-6
3-6 meses	180-200 ml	4-5
7-12 meses	180-200 ml	2-3

* **Observação:** valores aproximados de acordo com a variação do peso corporal do lactente nas diferentes idades.

Recomenda-se após os quatro meses oferecer o leite e outros alimentos.

Reconstituição do leite em pó integral e fluido

1. Para constituição do leite 10%: 1 colher das de sobremesa em 90ml de água fervida;

2. Para constituição do leite 15%: 1 colher das de sopa cheia em 85ml de água fervida;

3. 2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida (70ml de leite + 30ml de água)

Observação: O leite de vaca integral diluído a 10% ou 2/3 pode necessitar de acréscimos calóricos pela adição de 5% de açúcar, 3% de amido (farinha de milho, aveia, arroz) e 3% de óleo vegetal.

3.5. Referências Bibliográficas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Atenção à Saúde da Criança – Protocolo de Enfermagem. São Paulo. Coordenação do Programa de Saúde da Mulher. 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Normas e rotinas para a atenção básica à saúde. Goiânia. Diretoria da rede básica. Gráfica Aliança. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica, n.11. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 173. Brasília – DF. 2002a. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Organização Panamericana de Saúde. Dez Passos da Alimentação Saudável: orientação para crianças menores de 2 anos. Orientação para a promoção da alimentação saudável para a criança menor de dois anos de idade. Um guia para o profissional de saúde na atenção básica. Brasília – DF. Julho 2002b. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Organização Panamericana de Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar e Classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade. Módulo 2. Brasília – DF. 1999. 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde da Criança. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Atendimento à Criança de 2 meses a menos de 5 anos de idade. Atendimento à Criança de 1 semana a menos de 2 meses idade. Brasília – DF. 1999. 124p.

4. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM IMUNIZAÇÃO

4.1. Introdução

O programa de imunização é uma prioridade nacional, e portanto uma responsabilidade das três esferas gestoras de saúde: Federal, Estadual e Municipal, onde o desempenho, a eficiência e eficácia pressupõem uma organização e avaliação técnica das atividades voltadas ao cidadão.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem como uma das suas competências estabelecer normas básicas para a execução das vacinações; e baseado nessas normas este protocolo está sendo elaborado.

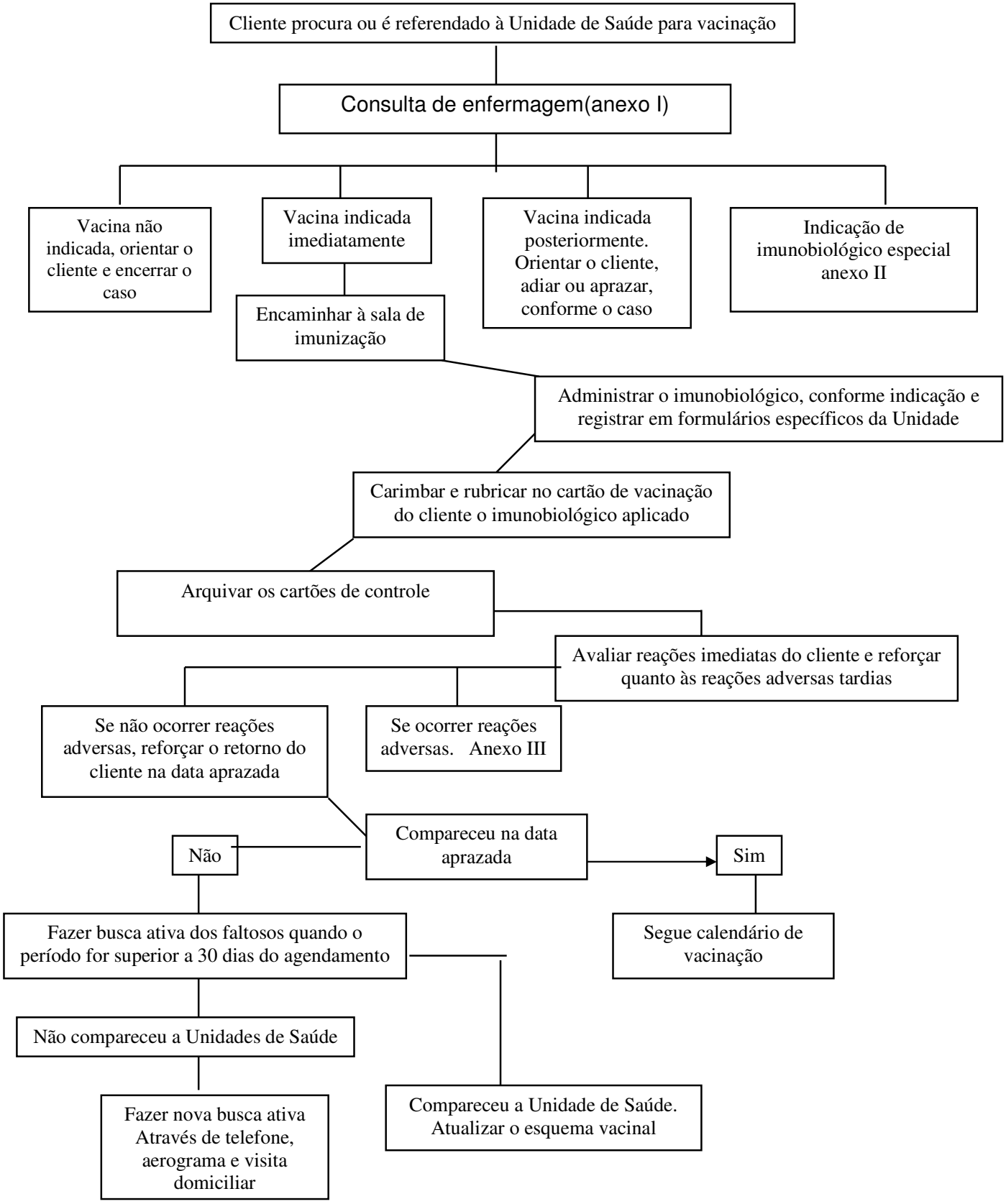
Imunização ativa artificial vacinas: Os processos artificiais de imunização ativa têm como objetivo proporcionar proteção específica e duradoura contra doenças transmissíveis – por imitação ao que se observa na natureza com as infecções naturais, clínicas e subclínicas – estimulando o sistema linfóide e sensibilizando-o (isto é, dando origem a memória linfocitária, antes que os indivíduos se exponham ao patógeno responsável pela infecção natural. Antecipando-se à infecção natural, com a vacinação, é possível evitar a doença infecciosa, garantindo a imunidade.

Imunização passiva - soros e imunoglobulinas: A imunização passiva artificial é proporcionada por anticorpos inoculados no organismo do indivíduo suscetível. Esses anticorpos podem ser obtidos de animais hiperimunizados (imunoglobulinas heterólogas = soros) ou, então, de seres humanos previamente vacinados ou que estejam na convalescença da doença em apreço (imunoglobulinas homólogas = imunoglobulinas humanas).

Em emergência, quando não há possibilidades de se aguardar o tempo de latência necessário para que se estabeleça a imunidade após a vacinação, recorre-se à imunização passiva artificial. Esta é capaz de conceder proteção imediata ao receptor de soro ou imunoglobulina humana, a eficácia dessa proteção é tanto maior quanto mais curto o tempo decorrido entre a exposição dos anticorpos. Há circunstâncias tais como (viagens a áreas endêmicas, atividades de alto risco) em que se indica a aplicação de soros ou imunoglobulina humanas antes que tenha ocorrido a exposição ao agente infeccioso.

O atendimento ao cliente na Unidade de Saúde segue o fluxograma a seguir.

4.2. Fluxograma de vacinação



4.3. Contra-indicações gerais para vacinação

As vacinas de bactérias ou vírus vivos atenuados não devem ser administradas, a princípio, em Clientes:

- Com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- Acometidas com neoplasia maligna;
- Em tratamento com corticosteróides em esquemas imunodepressores ou submetidas a outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia), transfusão de sangue ou plasma;
- Em mulheres grávidas, devido ao risco teórico de danos ao feto, salvo situações de alto risco de exposição a algumas doenças virais imunopreviníveis, como, por exemplo, febre amarela.

Deve ser adiada a aplicação de qualquer tipo de vacina em pessoas com doenças agudas febris graves, sobretudo para que seus sintomas e sinais, assim como eventuais complicações, não sejam atribuídos à vacina administrada.

Também deve ser adiada a aplicação de vacinas de bactérias ou vírus inativados (ou as constituídas por seus produtos ou componentes) em pessoas submetidas a tratamento com imunodepressores, por causa da possibilidade de resposta imune inadequada. Em situações epidemiológicas de risco, para algumas vacinas especiais esta recomendação deve ser avaliada.

As contra-indicações especificas estão descritas no anexo V

4.4. Anexo I - Consulta de enfermagem

Durante a consulta de Enfermagem o enfermeiro (a) deve observar as seguintes condutas:

⇨ Verificar se o cliente está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez ou se é retorno;

- Abrir o Cartão de Vacinação para aqueles clientes que comparecem pela primeira vez, solicitando as informações necessárias e verificar as vacinas que devem ser administradas;
- No caso de retorno, verificar quais vacinas devem ser administradas, consultando o cartão de vacinação e a ficha de registro ou o Cartão de Controle;

⇨ Conversar com o cliente ou acompanhante sobre o estado de saúde da pessoa a ser vacinada, observando as indicações e possíveis contra-indicações à administração dos imunobiológicos. Avaliar se há motivo para adiar a vacinação ou para não aplicar determinada vacina, evitando as falsas contra-indicações;

⇨ Orientar sobre a importância da vacinação e de completar o esquema básico.

⇨ Aprazar a data do retorno do cliente para receber nova dose de vacina, quando necessário.

⇨ Orientar o cliente, estimulando a vacinação de outros membros da família.

4.5. Anexo II - Soroterapia

4.5.1. Procedimentos prévios à administração de soros heterólogos

A administração dos soros heterólogos pode trazer complicações graves, tais como choque anafilático e a doença do soro. Em função disso, sua administração só pode ser feita em serviços de saúde preparados para o tratamento de complicações, o que implica na existência de equipamentos de emergência e na presença do médico junto à equipe.

A avaliação do cliente para determinação da conduta e notificação do caso será feita pelo enfermeiro (a). Caso haja necessidade do uso de medicações que previnam reações de hipersensibilidade deverá ser discutido com o médico da equipe e o mesmo deverá prescrever os anti-histamínicos e outras medicações necessárias, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde.

É importante considerar que a possibilidade da ocorrência de reações graves de hipersensibilidade não deve contra-indicar o uso dos soros heterólogos, desde que sua administração seja realizada de modo correto e com a assistência adequada.

Antes da indicação do soro heterólogo é de extrema importância uma anamnese que contemple os antecedentes do cliente e que permita verificar se o mesmo:

- apresentou, anteriormente, quadros de hipersensibilidade;
- fez uso de imunoglobulina de origem eqüina;
- mantém contato freqüente com animais, principalmente eqüinos, seja por necessidade profissional, seja por lazer.

No caso de resposta afirmativa a qualquer uma das perguntas, considerar a possibilidade de substituir o soro heterólogo pelo homólogo (imunoglobulina hiperimune anti-rábica). Caso não haja esta disponibilidade, adotar os procedimentos para a prevenção da ocorrência de reações anafiláticas, conforme orientado a seguir:

- lavar as mãos e preparar o material necessário para prevenir a anafilaxia (anti-histamínico, corticóide, oxigênio, adrenalina, aminofilina, soro glicosado e fisiológico, equipos de soro e material para assistência ventilatória);

- instalar soro fisiológico, garantindo adequado acesso venoso e a manutenção do gotejamento, mesmo após a administração do soro;
- 10 a 15min antes de iniciar soroterapia, administrar conforme prescrito pelo médico:

_ maleato de dexclorfeniramina (0,05 mg/Kg) por via intramuscular ou intravenosa (máximo de 5,0 mg) ou prometazina (0,05 mg/Kg) por via intramuscular (máximo de 25 mg);

_hidrocortisona (10 mg/Kg) por via endovenosa (máximo de 1.000mg);

_cimetidina (10 mg/Kg) por via intramuscular ou endovenosa (máximo de 250 mg).

Antes e depois de realizada a soroterapia, fazer controle dos sinais vitais.

OBS.: A realização do teste de sensibilidade cutâneo foi excluída da rotina de soroterapia. O valor deste teste é considerado discutível e imprevisível para as manifestações de hipersensibilidade imediata, precoce ou tardia.

4.5.2. SAT – Soro anti-tetânico

Sua indicação depende do tipo de ferimento, bem como das informações acerca do uso do próprio SAT e do número de doses da vacina contra tétano recebidas anteriormente.

Caso haja história de hipersensibilidade a soros heterólogos ou já tenha recebido este tipo de soro anteriormente, administrar a Imunoglobulina Hiperimune Antitetânica (IGHAT).

A dose do SAT depende do motivo que justificou sua indicação: se para uso terapêutico ou profilático. A dose profilática é de 5.000 UI para adultos e crianças. A dose terapêutica é de 20.000UI.

4.5.3. Esquema para profilaxia do tétano

O soro antitetânico é administrado por via intramuscular, ou, de acordo com prescrição médica. Em adultos a injeção é feita no deltóide, na face externa superior do braço, no vasto lateral da coxa ou no glúteo, no quadrante superior externo. Em criança menor de dois anos, dar preferência ao vasto lateral da coxa.

Na administração com fins terapêuticos, nos casos graves, metade da dose, diluída em 100 ml de soro fisiológico, pode ser administrada por via endovenosa, e a outra metade por via intramuscular, a critério médico.

Ocorrendo qualquer reação, suspender a administração do soro, mantendo veia aberta com soro fisiológico até nova orientação médica. Preparar nova solução de SAT, trocar o equipo e subtrair a quantidade já administrada. Instalar novo SAT e manter o cliente sob rigorosa observação.

Orientar o cliente ou seu acompanhante a procurar o serviço de saúde caso apareça qualquer reação, principalmente entre o sétimo e o décimo segundo dia após o recebimento do SAT, como febre, dor muscular, urticária, aumento de gânglios, etc.

4.5.4. Soro anti-rábico

Indicado para a profilaxia da raiva humana após exposição ao vírus rábico. Sua indicação depende da natureza da exposição e das condições do animal agressor.

A dose do SAR é de 40 UI para cada quilo de peso. A dose máxima é de 3.000 UI ou 15 ml.

A via de administração é a intramuscular. Caso a região anatômica onde está localizado o ferimento permita, deve-se infiltrar a maior parte do soro ao redor da lesão.

4.6. Anexo III - indicação de imunobiológico especial

Desde 1993, mediante a implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs), foi iniciada, no país, a oferta de imunobiológicos indicados para situações especiais, não disponíveis na rotina dos serviços de saúde.

Mesmo considerando que os produtos chamados especiais têm indicações mais abrangentes, o PNI estabeleceu algumas prioridades que, conforme definições da norma para os CRIEs , estão agrupadas em três categorias de indicações:

- ✓ Para profilaxia após a exposição a agentes infecciosos, como no caso da imunoglobulina antivaricela-zoster;
- ✓
- ✓ Para substituição de produtos disponíveis na rede de serviços, quando estes não podem ser utilizados em função da hipersensibilidade ou da ocorrência de eventos adversos, como é o caso do uso da Imunoglobulina antitetânica;
- ✓ Para imunização de crianças e adultos com imunossupressão, como no caso da vacina inativada contra a poliomielite.

As crianças e adultos incluídas nesta indicação são encaminhados aos CRIEs, pelo médico ou enfermeiro (do serviço público ou privado), de acordo com fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

São utilizados os seguintes imunobiológicos em situações especiais:

- ✓ Vacina de vírus inativados contra a poliomielite;
- ✓ Vacina contra a infecção pelo pneumococo;
- ✓ Vacina contra a raiva de vírus inativados;
- ✓ Vacina contra a difteria, o tétano e a coqueluche acelular (tríplice bacteriana acelular – DTP acelular);
- ✓ Vacina de vírus inativados contra a hepatite A;
- ✓ Vacina contra o vírus influenzae;
- ✓ Vacina contra a varicela;
- ✓ Vacina contra a febre tifóíde;
- ✓ Imunoglobulina Anti-Tetânica **(IGHAT):** é indicada para o tratamento dos casos de tétano, em substituição ao soro antitetânico nos casos de hipersensibilidade ao soro heterólogo ou história pregressa de alergia ou reação de hipersensibilidade ao uso de outros soros heterólogos. O esquema a ser adotado depende do motivo que justificou a indicação da imunoglobulina humana antitetânica. Para profilaxia utiliza-se 250 UI para adultos ou crianças; para uso terapêutico 3.000 UI a 6.000 UI para crianças ou adultos, ou a critério médico. A via de administração é exclusivamente intramuscular, ou de acordo com orientação médica, nos mesmos locais utilizados para aplicação do soro;
- ✓ Imunoglobulina Anti-Hepatite B (IGHAHB): é indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus da hepatite B nos casos em que o recém-nascido tem mãe com sorologia positiva para HBsAg, acidente com pérfuro cortantes, contato sexual com pessoa com sorologia positiva para HBsAg ou vítimas de abuso sexual. A dose da IGHAHB é única de 0,06 ml/Kg de peso corporal. Para recém-nascidos a dose é de 100 UI ou 0,5 ml. Deve ser administrado pela via intramuscular, ou de acordo com a prescrição médica.

- ✓ Imunoglobulina Anti-Rábica (IGHAR): é indicada em substituição ao soro anti-rábico nas seguintes situações, hipersensibilidade ao soro anti-rábico heterólogo ou história pregressa de alergia ou reação de hipersensibilidade ao uso de outros soros heterólogos. A dose da imunoglobulina humana anti-rábica é de 20 UI/Kg de peso. Deve ser administrada pela via intramuscular.
- ✓ Imunoglobulina Antivaricela Zóster (IGHAVZ): é indicada em comunicantes suscetíveis à varicela zóster que se encontram em condições especiais de risco tais como: imunodeficiência; recém-nascidos cujas mães tiveram varicela nos últimos cinco dias da gestação ou até 48 horas depois do parto; recém-nascidos prematuros, com 28 semanas ou mais de gestação, cujas mães nunca tiveram varicela; recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação, ou com menos de um quilo, independente da história materna de varicela.

As indicações relativas ao uso de imunobiológicos especiais estão descritas no anexo V.

4.7. Anexo IV - Conduta frente a alguns eventos adversos comuns a vários imunobiológicos

As vacinas estão entre os produtos de maior segurança de uso. Entretanto, é possível que haja reações, até mesmo graves, com a sua utilização. A orientação a seguir destina-se aos serviços de rotina de imunização, com os seus recursos habituais. Não é orientação impositiva, devendo ser adaptada às circunstâncias operacionais e à experiência e treinamento de cada grupo.

I- Manifestações Locais – Podem ocorrer após a aplicação de qualquer vacina. Os casos de abcesso geralmente estão associados à infecção secundária e erros na técnica de aplicação.

Notificar e investigar os casos com abcesso ou outras reações locais muito intensas (edema, e/ou vermelhidão extensos, limitação de movimentos acentuada e duradoura); notificar também o aumento exagerado de determinadas reações locais, associadas eventualmente a erros de técnica ou a lote vacinal (surtos).

Conduta:

- ✓ Prescrever analgésico, se necessário. Usa-se habitualmente paracetamol (de preferência) ou dipirona. Não utilizar os salicilatos;
- ✓ - Crianças – 01 gota/Kg de 6/6 horas, por via oral
- ✓ - Adultos – 20 a 40 gotas ou 01 comprimido (500 mg) de 6/6 horas, por via oral ;
- ✓ Aplicar compressas frias (temperatura ambiente);
- ✓ Os abcessos devem ser submetidos a avaliação médica, para conduta apropriada.

Não há contra-indicação para doses subsequentes

II- Febre – Pode ocorrer logo após a aplicação da vacina ou alguns dias depois. É possível que se deva a alguma infecção intercorrente ou desidratação. O cliente deve ser examinado pelo médico quando a febre for acima de 38º C ou fugir do padrão esperado para o tipo de vacina aplicada.

Notificar e investigar se detectada febre com intensidade e freqüência acima do esperado, eventualmente está associada a lotes de vacina (surtos de febre ou abcessos em locais já esperados).

Conduta:

- ✓ Manter o cliente em repouso, em ambiente bem ventilado, administrar água e outros líquidos apropriados,

tais como leite materno, TRO. Quando a febre se deve à vacinação, o quadro é benigno e autolimitado. Não aplicar gelo, álcool e clisteres gelados;

- ✓ Administrar antitérmicos, se necessário. Usa-se habitualmente paracetamol (de preferência) ou dipirona. Não utilizar os salicitados;
- ✓ - Crianças – 01 gota/Kg de 6/6 horas, por via oral
- ✓ - Adultos – 20 a 40 gotas ou 01 comprimido (500 mg) de 6/6 horas, por via oral
- ✓ Antitérmico profilático: utilizá-lo quando na dose anterior ocorreu febre elevada ou convulsão febril. Administrar no momento da vacinação e depois repetir de 6/6 horas durante 24 a 48 horas. Usar de preferência o parecetamol, na dose já indicada.
- ✓ Ficar atento para a possibilidade de infecção intercorrente, que pode necessitar de tratamento apropriado, se necessário encaminhar ao médico.

Não há contra indicação para doses subsequentes. Considerar a conveniência de antitérmico profilático.

III- Convulsão Febril – as convulsões febris são observadas geralmente entre os seis meses e os seis anos de idade, com maior freqüência entre os 12 e 18 meses, incidindo em cerca de 3% da população infantil. São geralmente, de curta duração. Podem, entretanto, ocorrer crises múltiplas e prolongadas, circunstâncias em que a pesquisa de doença neurológica, especialmente meningite, é obrigatória. Deve-se oferecer repetidamente às crianças com febre, sobretudo nos dias muito quentes, água, leite materno e outros líquidos apropriados.

Notificar e investigar todos os casos;

Conduta:

- ✓ Colocar o paciente em decúbito lateral e trendelemburg;

- ✓ Aspirar secreções;
- ✓ Afrouxar as roupas;
- ✓ Aplicar anticonvulsivante, conforme prescrição médica;
- ✓ Oxigênio úmido, se necessário (cianose, mesmo após aspiração);
- ✓ É comum a criança dormir, após a crise, mesmo sem medicação, não se deve acordá-la.

Há contra indicação para doses subseqüentes. Encaminhar o cliente para o CRIE.

Quando a convulsão for associada à vacina tríplice DTP, completar o esquema vacinal com DTP acelular.

IV- Reações de Hipersensibilidade:

i - Graves: Choque anafilático (anafilaxia, reação anafilática) – são reações que ocorrem menos de duas horas após a aplicação da vacina (ou medicamento), geralmente na primeira meia hora, sendo extremamente raras em associação com as vacinações, embora possam ocorrer.

O choque anafilático caracteriza-se por alterações do tônus muscular e por paralisia parcial ou completa, palidez, cianose, resposta diminuída ou ausente aos estímulos, depressão ou perda do estado de consciência, alterações cardiovasculares com hipotensão ou choque, alterações respiratórias, e, às vezes, parada cardíaca.

A reação anafilática induzida pela aplicação de vacina pode estar associada a:

- ✓ Reações ao ovo de galinha, como a vacina de febre amarela;
- ✓ Reação ao mercúrio (timerosal) contido em algumas vacinas, como a tríplice DTP;
- ✓ Reação à gelatina, usada como estabilizador em algumas vacinas;

- ✓ Reação a alguns antibióticos contidos em algumas vacinas;
- ✓ Reação a alguns dos componentes do próprio imunógeno.

As manifestações podem ser:

- ✓ Dermatológicas (prurido, angioedema, urticária generalizada e/ou eritema);
- ✓ Cardiocirculatórias (hipotensão, arritmias, choque, etc.);
- ✓ Respiratórias (edema de laringe, com estridor, dificuldade respiratória, tosse, dispnéia, síbilos, etc.);
- ✓ Neurológicas (síncope, convulsão, alteração de consciência, etc.);

Notificar e investigar todos os casos.

Há contra indicações para doses subseqüentes de todos os componentes vacinais do imunobiológico causador

Recomendações:

- ✓ Toda Unidade que aplique vacina (ou medicamentos) deve ter um material de reanimação permanente;
- ✓ É preciso que o pessoal médico e de enfermagem esteja treinado em relação às condutas para o tratamento do choque anafilático;
- ✓ A rapidez do tratamento é fundamental, devendo ser feito no local do primeiro atendimento.

ii - Reações Moderadas (urticárias, prurido cutâneo, exantema, petéquias) – são reações que envolvem apenas um sítio / sistema, ocorrendo mais de duas horas após a vacinação.

Notificar e investigar todos os casos.

Conduta:

* Encaminhar ao médico.

Não há contra indicação para doses subsequentes, mas as doses devem ser aplicadas com precauções.

iii - Reação local grave, consistente com reação tipo Arthus – notificar, investigar todos os casos e encaminhar ao médico.

Há contra indicação para doses subsequentes. Não administrar dose de reforço até dez anos depois dessa última dose.

iv - Alergia ao timerosal (merthiolate) – o timerosal pode provocar dermatite de contato mediada por células ou um discreto aumento do processo inflamatório local nos primeiros dias após a vacinação.

Notificar, não é necessário investigar e tratar.

Não há contra indicação para doses subseqüentes.

4.8. Anexo V - Informações técnicas sobre vacinas

Especificações	Composição	Número de doses		Inicio da vacinação (idade)	Intervalo entre as doses		Conservação (*)		Local	Via de administração	Volume dosagem (****)
		Vacinação Básica	Reforço		Recomend.	Mínimo	Nacional	Estadual			
- Contra a poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos I, II e III	03 doses	01 dose aos 15 meses	02 meses	02 meses	30 dias	- 20 ºC	- 20 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	Oral	2 gotas
- Contra a tuberculose BCG-ID	Bactéria viva atenuada	01 dose	01 dose a partir dos 06 anos	Ao nascer	-	-	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	Intradérmica (ID)	0,1 ml
-Contra a difteria, a coqueluche e o tétano: Tríplice – DTP	Bactérias mortas e produtos de bactérias (toxinas)	-	01 dose aos 15 meses 2ª dose 4 a 6 anos	15 meses de 4 a 6 anos	02 meses	30 dias	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	Intramuscular (IM)	0,5 ml
- Contra a difteria e o tétano: Dupla adulto (dT)	Produtos de bactérias (toxinas)	03 doses	01 dose a cada 10 anos	07 anos p/os não vac. DPT	02 meses	30 dias	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	IM	0,5 ml
- Contra a raiva	Vírus inativados cultivo celular	Varia de acordo com o tipo de exposição e o animal agressor	-	-	Depende do esquema utilizado	-	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	IM ou SC (depende do laboratório)	1 ml
- Contra a febre amarela	Vírus vivos atenuados	01 dose	01 dose cada 10 anos	06 meses	-	-	- 20 ºC	- 20 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	SC	0,5 ml
- Tríplice viral	Vírus vivos atenuados	01 dose 01 reforço	-	12 meses 4 a 6 anos	-	-	- 20 ºC	- 20 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	SC	0,5 ml
- Contra a Hepatite B	Antígeno de superfície do vírus da Hep. B	03 doses	-	Ao nascer	01 mês após a 1ª dose 06 meses após a 1ª dose		+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	IM	< 11 anos/0,5 ml > anos/1 ml

Continuação do anexo V - Informações técnicas sobre vacinas

Especificações	Composição	Número de doses		Inicio da vacinação (idade)	Intervalo entre as doses		Conservação		Local	Via de administração	Volume dosagem
		Vacinação Básica	Reforço		Recomend.	Mínimo	Nacional	Estadual			
- Contra Influenza (gripe) Feita somente em campanhas	3 cepas do mixovírus influeza inativados fracionados e purificados	01 dose	Anual	60 anos	-	-	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	+ 2 ºC a + 8 ºC	IM ou SC	0,5 ml
Contra a Difteria, a Coqueluche, o tétano e meningite por Haemóphilus Influenzae b: Tetravalente - (DTP + Hib)	DTP – bactérias mortas e produtos de bactérias (toxinas) Hib - polissacarídeo PRP conjugado a uma proteína	03 doses	01 dose da DTP aos 15 meses 01 dose da DTP dos 4 aos 6 anos	2 meses	60 dias	30 dias	+ 2º C a + 8º C	+ 2º C a + 8º C	+ 2º C a + 8º C	Intramuscular (IM) Profunda	0,5 ml

(*) Todos os imunobiológicos, na instância local, devem se conservados entre +2Cº a +8Cº.

(***) Para a prevenção do tétano neonatal, a gestante deverá ser vacinada de acordo com o estado vacinal anterior; o início da vacinação deverá ser o mais precoce possível.

(****) Variável segundo laboratórios produtores.

4.9. Anexo VII - Informações técnicas sobre vacinas

Especificações	Contra-Indicação específica	Eventos adversos	Eficácia	Validade após a abertura do frasco	Apresentação
Contra a poliomielite	Na rotina: diarréia e vômito	Pólio pós-vacinal raramente; 1 caso/4,4 a 6,7 milhões de doses aplicadas	90 a 95% após a 3ª dose	5 dias	Bisnaga
Contra a tuberculose	Peso abaixo de 2.000 g; Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)	Abscessos, úlceras extensas, gânglios flutuantes e fistulizados	80% nas formas graves	6 horas	Frasco /ampola
-Contra a difteria, a coqueluche e o tétano: Tríplice – DTP	Crianças com 7 anos e mais; Doença neurológica ativa; Reação grave a doses anteriores	Eventos locais, febre, irritalibilidade, choro prolongado, convulsão, episódio hipotônico hiporresponsivo	Dift. 80 a 90% Coq. 75 a 80% Tétano aprox 100%	Até o final das doses do frasco	Frascos com multidoses
Contra a difteria e o tétano: Dupla adulto dT	Reação anafilática à dose anterior	Dor, enduração, rubor e abscesso no local da vacina, febre raramente, síndrome de Guillain Barre, anafilaxia e neuropatia periférica	Idem	Até o final das doses do frasco	Frasco com uma ou multidoses
Contra a raiva	Não há	Eventos locais, cefaléia, febre, náuseas, adenopatia, dores articulares, reações neurológicas, tais como: síndrome de Guillain Barre e encefalites (****).	100%	Individual	Frasco
Contra a febre amarela	Reação anafilática à ingestão de ovo	Febre e Eventos locais	95% ou mais	4 horas após a diluição	Frasco com liófilo e diluente
Tríplice viral	Idem	Idem	95%	8 horas	Frasco
Contra a Hepatite B	Reação anafilática à dose anterior	Febre, mal-estar, eventos locais e raramente anafilaxia	95% e mais	Até o final das doses do frasco	Frasco
Contra Influenza (gripe) Feita somente em campanhas	Reação anafilática à ingestão de ovo. Reação grave à dose anterior. S. de Guillain Barre	Eventos locais como dor, hiperemia edema Eventos sistêmicos com febre, cefaléia, mal estar, mialgias, e raramente Guillain Barré e anafilaxia	70% a 90% de proteção contra a doença e cerca de 90% de proteção contra a morte	Depende da recomendação do laboratório	Seringa e ampola
Contra a Difteria, a Coqueluche, o tétano e meningite por Haemóphilus Influenzae b: Tetravalente - (DTP + Hib)	Crianças com 7 anos e mais; doença neurológica ativa, reação grave a dose anteriores; hipersensibilidade a qualquer componente da vacina.	Eventos locais – dor, hiperemia e edema Eventos sistêmicos – febre nas 48 horas e hipersensibilidade raramente; Choro prolongado, convulsão, episódio hipotômico hiporresponsivo	Dif. 80 a 90% Coq. 75 a 80% Tétano aprox. 100% Hib aprox. 100%	5 dias	Frasco e Ampola Hib: liófilo DTP: diluente

(****) Encaminhar para o CRIE para tomar a vacina anti-rábica em cultivo de células.

4.10. Anexo VIII - indicações para uso de imunobiológicos especiais – normas para os CRIES

IMUNOBIOLÓGICO	INDICAÇÕES
Vacina Contra Pólio Inativada	- Crianças com imunodeficiência (congênita ou adquirida) não vacinadas ou que receberam esquema incompleto de vacinação contra a poliomielite. - Crianças que necessitem receber vacina contra poliomielite e que são comunicantes domiciliares de indivíduos imunodeprimidos. - Transplantados de medula óssea.
Vacina Contra a Pneumococo	- Crianças com dois anos de idade ou mais e adultos, basicamente imunocompetentes, com doença pulmonar ou cardiovascular crônicas graves, insuficiência renal crônica, síndrome nefrótica, diabetes mellitus insulino-dependente, cirrose hepática e fistula liquórica; - Crianças com dois anos ou mais e adultos, com asplenia anatômica ou funcional, hemoglobinopatias, imunodeficiência congênita ou adquirida, pessoas HIV + assintomáticas e doentes com Aids.
Vacina Contra o Haemóphilus influenzae tipo b (Hib)	- Crianças com asplenia anatômica (congênita ou esplenectomia) ou funcional (an. Falciforme). - Crianças com imunodeficiência congênita ou adquirida (neoplasia, HIV, uso de imunossupressores, etc...). • Transplantados de medula óssea; • Menores de 18 anos com doença pulmonar ou cardiovascular crônica grave; • Transplante de medula óssea P.S.: nos casos de esplenectomia eletiva a vacina deve ser aplicada pelo menos duas semanas antes da cirurgia .
Vacina Contra a Hepatite B	Pós – exposição - Exposição sanguínea acidental percutânea ou permucosa; - Comunicante sexual de indivíduo AgHBs+ • Recém – nascido de mãe AgHBs+ • Vitimas de abuso sexual. Pré – exposição - Comunicantes domiciliares de portadores crônicos de AgHBs+; - Transplantados de medula óssea; - Doentes hematológicos com risco de transfusões múltiplas; - Pacientes em uso de hemodiálise; - HIV positivo ou imunocomprometidos; - Pacientes transplantados: - Doador regular de sangue.

Continuação do anexo VIII - indicações para uso de imunobiológicos especiais – normas para os CRIES

IMUNOBIOLÓGICO	INDICAÇÕES
DTP acelular (DtaP)	Eventos adversos graves à DTP celular, exceto encefalopatia e anafilaxia.
Vacina Contra a Varicela	- Imunocomprometidos (indicações clássicas da literatura); • Imunocomprometidos: leucemia linfóide aguda e tumores sólidos malignos em remissão (conforme normas estabelecidas) • Pessoas suscetíveis a doença e que serão submetidas a transplante (vacinar três semanas antes do transplante sólido) • Comunicante em enfermaria, pós – exposição; • Comunicante de imunocomprometidos; • Na internação de não – expostos, quando houver casos ativos na enfermaria.
Vacina Contra a Influenza	- Adultos e crianças com 6 meses de idade ou mais, com doença pulmonar ou cardiovascular crônicas graves, insuficiência renal crônica, diabetes mellitus insulino-dependente, cirrose hepática e hemoglobinopatias; - Adultos e crianças com 6 meses de idade ou mais, imunocomprometidos ou HIV+ ; - Pacientes submetidos a transplantes; - Profissionais de saúde e familiares que estejam e contato com os pacientes mencionados anteriormente.
Vacina contra hepatite A	- Hepatopatas crônicos soronegativos para hepatite A
Imunoglobulina anti tetânica	- Pessoas que devem receber o SAT cujo teste de sensibilidade ao mesmo for positivo(não proceder a dessensibilização). - Indivíduos com hipersensibilidade a vacina de eqüinos.
Imunoglobulina Anti – Hepatite B	<u>Pós – exposição</u> • Acidente percutâneo ou de mucosa, onde o caso índice é AgHBs+ (administração o mais precocemente possível); • Comunicante sexual (administração até 14 dias do contato); • RN de mães AgHBs + HIV + (administração até 12 horas após o nascimento); • Vítima de abuso sexual.
Imunoglobulina Anti-Rábica	• Pessoas que devem receber o SAR cujo teste de sensibilidade ao mesmo for positivo (sem dessensibilização). • Imunodeprimidos com indicação de sorovacinação para profilaxia da raiva. • Indivíduos com hipersensibilidade a proteína de eqüinos
Imunoglobulina Antivaricela Zóster	- Pessoas que tiveram contato com pacientes com varicela ou herpes zóster dos seguintes grupos: a) Crianças imunodeprimidas; b) Grávidas, particularmente no 1º trim. de gestação, que tiveram varicela; c) RN de mães com varicela que tenha se manifestado nos últimos cincos dias antes até 48 horas depois do parto; d) RN prematuros $\geq$ =28 semanas de idade gestacional, hospitalizados, cuja mãe não tenha tido varicela; e) RN prematuro < 28 semanas de idade gestacional, (ou < 1000 g ao nascimento), hospitalizados, independente de relato de antecedentes maternos de varicela; f) Adulto imunodeprimido suscetível, comunicante de varicela. P.S.: são considerados contatos de risco: 1) contato domiciliar contínuo; 2) permanência com o doente por mais de 1 hora em ambiente fechado; 3) contato Hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenha mantido com ele contato direto e prolongado

4.11. Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Capacitação de pessoal em sala de vacina – manual do monitor**. Organizado pela Coordenação de Imunizações e Auto-Suficiência em Imunobiológicos. 4º ed. rev. e ampl. Brasília: 2001.

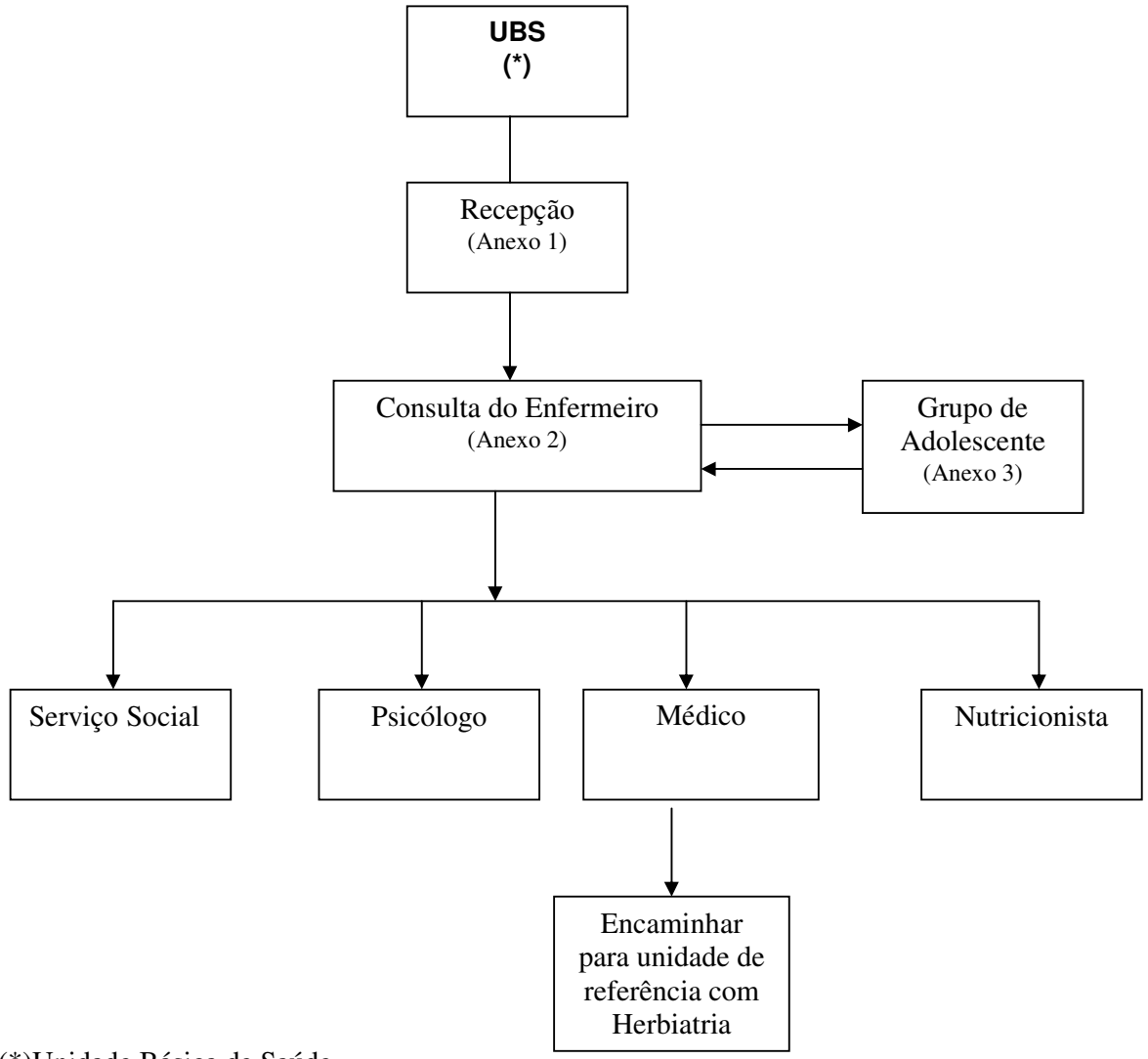
_____ .**Manual de Procedimentos para Vacinação**. Elaboração de Clélia Maria Sarmento Aranda et al. 4ed. Brasília :2001.

5. PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

Adolescer, um momento do processo do crescimento e desenvolvimento humano, em que observamos rápidos e substanciais mudanças na vida e nos corpos infantis.

A Organização Mundial de Saúde considera o adolescer a partir da idade de 10 a 19 anos e o período é caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

5.1. Fluxograma de Saúde do Adolescente



(*)Unidade Básica de Saúde

5.2. *Anexo I - Recepção*

Preencher o prontuário ou formulário próprio com os dados pessoais e endereço.

5.3. *Anexo II - Enfermeiro*

1. Fazer Anamnese;
2. Fazer Exame físico;
3. Solicitar exame de rotina.

- urina tipo 1
- parasitológico
- hemograma completo

5.4. *Anexo III - Atividades de Educação Saúde:*

1. Desenvolver junto à unidade um sistema eficiente de captação precoce da população de adolescente;
2. Registrar as interpretações das informações obtidas frente a um apropriado padrão de referência;
3. Fazer a busca de fatores explicativos de eventuais deficiências encontradas (no atendimento);
4. Garantir a manutenção das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-los;
5. Organizar conjunto de fichas, tabelas e/ou prontuário para o referido acompanhamento;
6. Estabelecer um conteúdo padronizado para atividades relativas ao adolescente, junto a equipe multidisciplinar, educadores. Assim, toda ação educativa deve persistir em objetivos, com conhecimentos sobre as condições de saúde do adolescentes;

   Essas atividades são:

   - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
   - sexualidade;
   - saúde bucal;

- saúde mental;
- saúde reprodutiva;
- saúde do escolar adolescente;
- prevenção de acidentes;
- abordagem da violência e maus tratos;
- trabalho infantil;
- cultura, esporte e lazer.

5.5. Bibliografia

1. Programa Saúde do Adolescente
   Bases Programáticas – 2ª edição
   Brasília; Ministério da Saúde, 1996

2. Brasil - Ministério da Saúde
   Saúde e Desenvolvimento de Juventude Brasileira. Brasília, DF; 2000

3. Brasil - Ministério da Saúde – ABEN
   Adolescer compreender, atuar, acolher – Projeto Acolher – Brasília – ABEN, 2001

6. PROTOCOLO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

Este protocolo foi elaborado com a finalidade de facilitar a condução da assistência ginecológica à mulher e/ou família pelo enfermeiro durante a consulta individual, o atendimento a grupos educativos e a visita domiciliar, respaldado pela Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86, Resoluções do COFEN 195/1997, 223/1999, 271/2002 e 272/2002, Pareceres COFEN n^{os} 040/95 e 15/97 e nas ações de proteção, promoção e recuperação a saúde da mulher, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

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

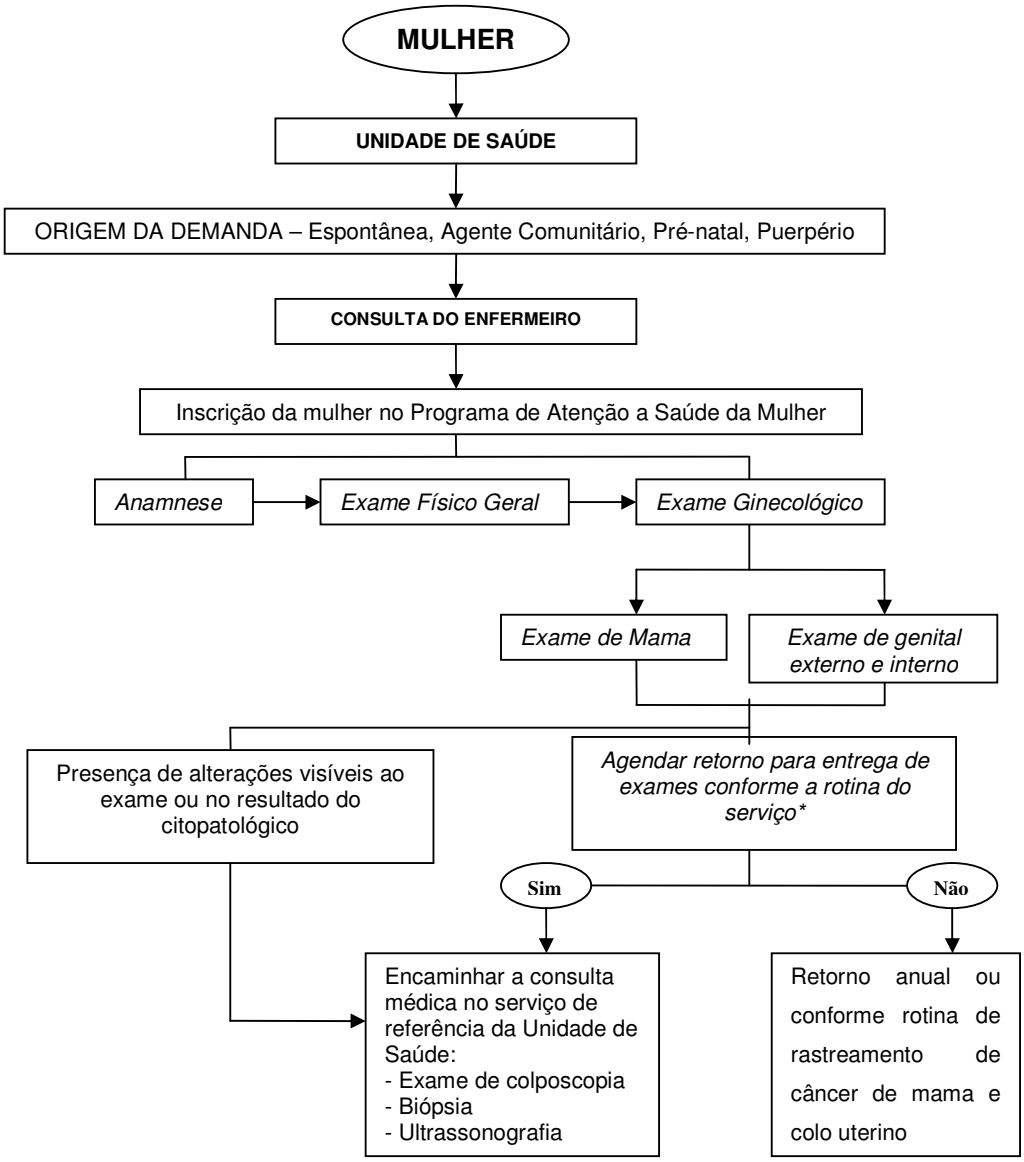
PAISM que introduz a perspectiva da atenção à mulher em todas as fases de sua vida (desde a adolescência até a terceira idade), objetivando a assistência integral à saúde da mulher com consideração de sua individualidade, necessidades e direitos, sem discriminação de raça e classe social.

Este programa consiste em um conjunto de ações básicas que propõe ao setor da saúde assumir a promoção de educação em saúde à mulher, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade. As suas práticas educativas envolvem a assistência clínico-ginecológica (programa nacional de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mama e ao controle das doenças transmitidas sexualmente), a assistência ao planejamento familiar, o programa de humanização no pré-natal e nascimento (sisprenatal), a assistência ao parto, a assistência ao recém-nascido e a assistência ao climatério.

6.1. Consulta de enfermagem à mulher

A consulta clínico-ginecológica de enfermagem consiste na avaliação e no acompanhamento sistemático da saúde da mulher com enfoque na promoção do planejamento familiar, na prevenção, detecção precoce e controle do câncer de colo uterino e de mama e de DSTs e na assistência ao climatério.

6.1.1. Fluxograma de Saúde da Mulher:



*Somente para mulheres que realizaram o exame colpocitológico.

6.1.2. Etapas da consulta

6.1.2.1. Identificação da paciente:

Nome, idade, ocupação, residência, escolaridade e estado civil.

6.1.2.2. Anamnese:

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

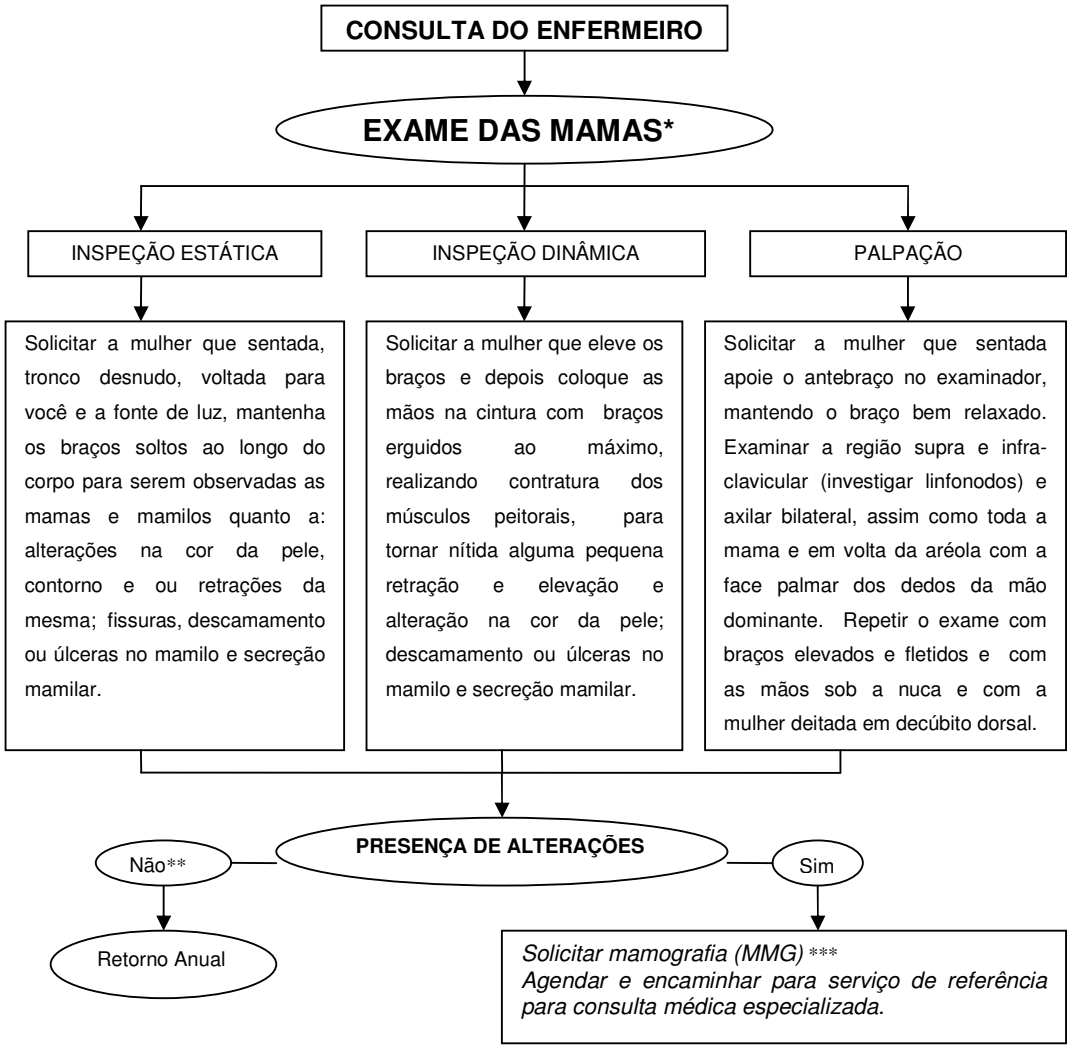
6.1.2.3. Exame Físico Geral:

- ✓ Iniciar exame físico geral;
- ✓ Verificar e anotar peso, estatura;
- ✓ Observar a aquisição e seguir o índice de massa corpórea de Quetelet* (IMC= PESO (kg)/ALTURA (m^2)

  *os valores menores que 18,5 Kg/m indicam baixo peso (desnutrição), entre 18,5 e 24,9 Kg/m indicam massa corpórea normal, entre 25 e 29,9 Kg/m sobrepeso, entre 30 e 34,9 Kg/m obesidade classe I, entre 35 e 39,9 Kg/m obesidade classe II e acima de 40 Kg/m obesidade classe III (mórbida) (WHO, 1997 apud Barros et al., 2002)
- ✓ Inspeção e palpação de cabeça e pescoço;
- ✓ Ausculta pulmonar;
- ✓ Ausculta cardíaca;
- ✓ Manobra de Giordano (investigar infecção do trato urinário);
- ✓ Inspeção, palpação, percussão e ausculta abdominal;

- ✓ Exame clínco-ginecológico: exame clínico da mama (ECM) e orientação sobre auto-exame e exame de genitália externa e interna (citopatológico cervical).
- ✓ Inspeção e palpação de membros inferiores.

6.1.2.3.1. Exame de prevenção do câncer de mama



CONDUTA:

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

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

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

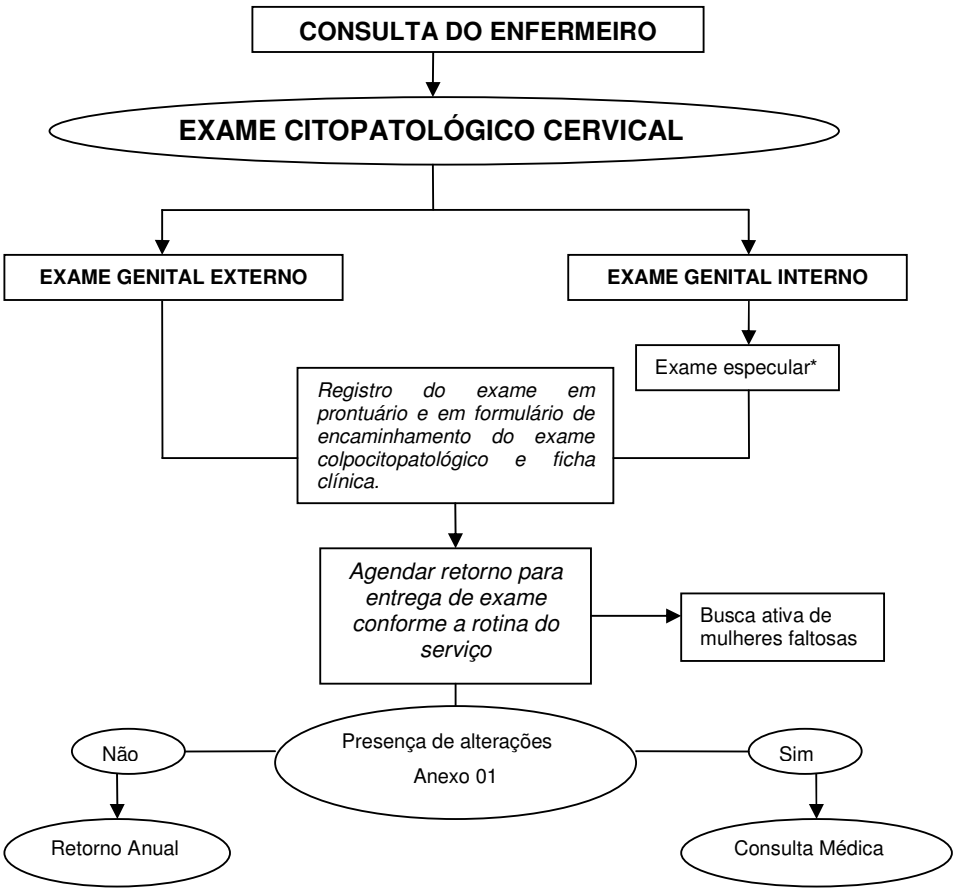
*** Solicitar primeira MMG aos 35 anos, com seguimento a cada dois anos e rastreamento anual para mulheres a partir de 40 anos (BRASIL, 2004 c).

* ECM e MMG anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (mãe, irmã ou filha com câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; história familiar de câncer de mama masculino (BRASIL, 2004 c).

6.1.2.3.2. Exame Citopatológico de Papanicolaou

O exame citopatológico de Papanicolaou ou colpocitopatológico é conhecido pela população como exame de prevenção e controle do câncer de colo uterino. Ele tem como objetivo coletar esfregaço cérvico-vaginal para realização de exame citopatológico, buscando o diagnóstico e tratamento precoce de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) que predispõe a mulher ao câncer de colo uterino e orientação para prevenção de DSTs. Para tanto, é necessária a realização do exame externo e interno do órgão genital (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006).

6.1.2.3.2.1. Rotina de rastreamento de câncer de colo uterino:



* Conduta:

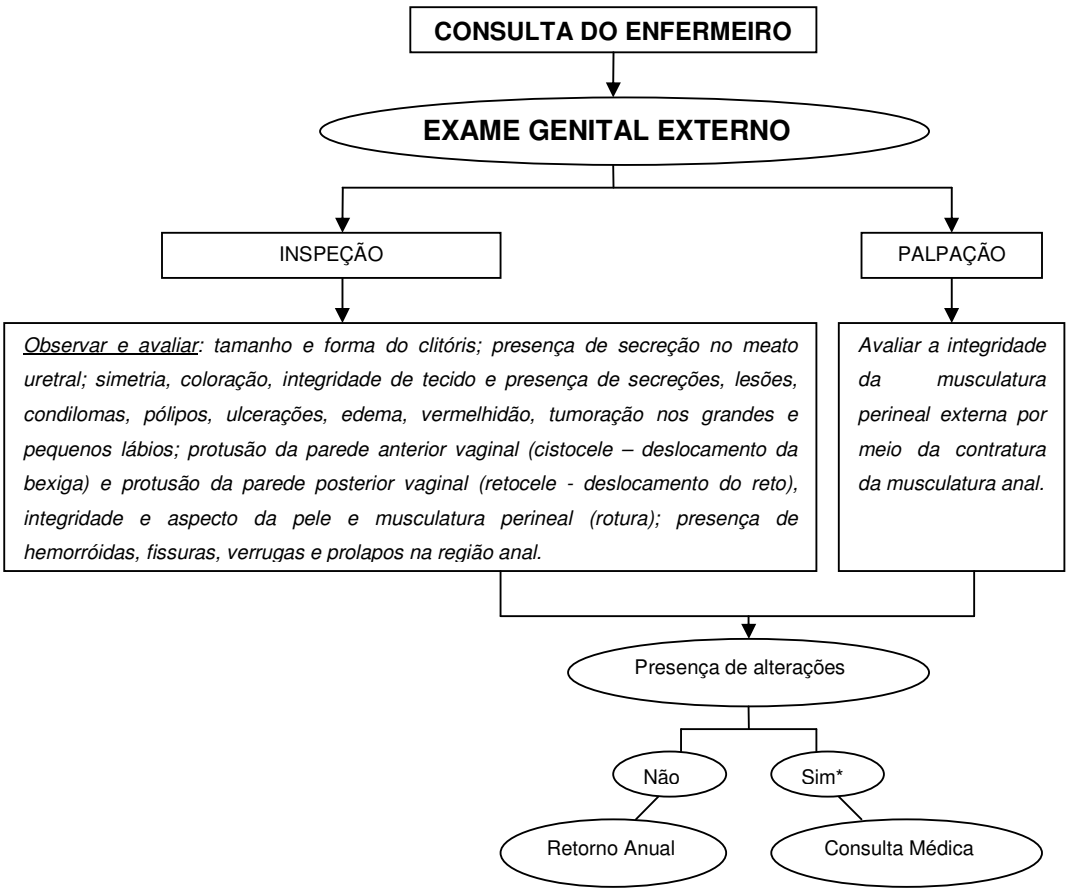
- Colo sem lesões: aguardar resultado do colpocitopatológico e orientar quanto à higiene e cuidados prevenção de DSTs/AIDS e câncer de colo uterino.
- Colo com lesões: encaminhar para consulta médica em unidade de referência (BRASIL, 2000).

6.1.2.3.2.2. Técnica de realização do exame genital externo e interno:

- Inspeção (exame especular): esclarecer a mulher como será realizado o exame ginecológico após solicitar esvaziamento da bexiga, em seguida colocá-la em posição ginecológica para realizar a inspeção do órgão externo e interno (ver fluxogramas abaixo). Proceder à colocação de luvas, afastar pequenos lábios, localizar intróito vaginal, introduzir o espéculo (lubrificação com soro fisiológico) com mão direita, de forma oblíqua, livrando o meato urinário e a fúrcula do contato com o aparelho e depois proceder à rotação do espéculo no sentido horário para abertura das valvas. Avaliar canal vaginal e colo do útero.

- Palpação (toque vaginal): com mão dominante enluvada, usar o polegar e o dedo mínimo ou o seu vizinho para afastar pequenos lábios e com dedo indicador e médio lubrificados introduzi-los no canal vaginal delicadamente, no sentido posterior, com pressão uniforme para trás, contra o músculo pubo-retal. Explorar a musculatura perineal, as paredes vaginais, a cérvix e os fundos vaginais. Com a outra mão, apalpar o abdome (útero), acima da sínfise púbica, ao mesmo tempo em que se examina o colo do útero durante o toque vaginal. Durante o exame bimanual, explorar tamanho, forma, consistência, mobilidade e sensibilidade do útero e anexos.

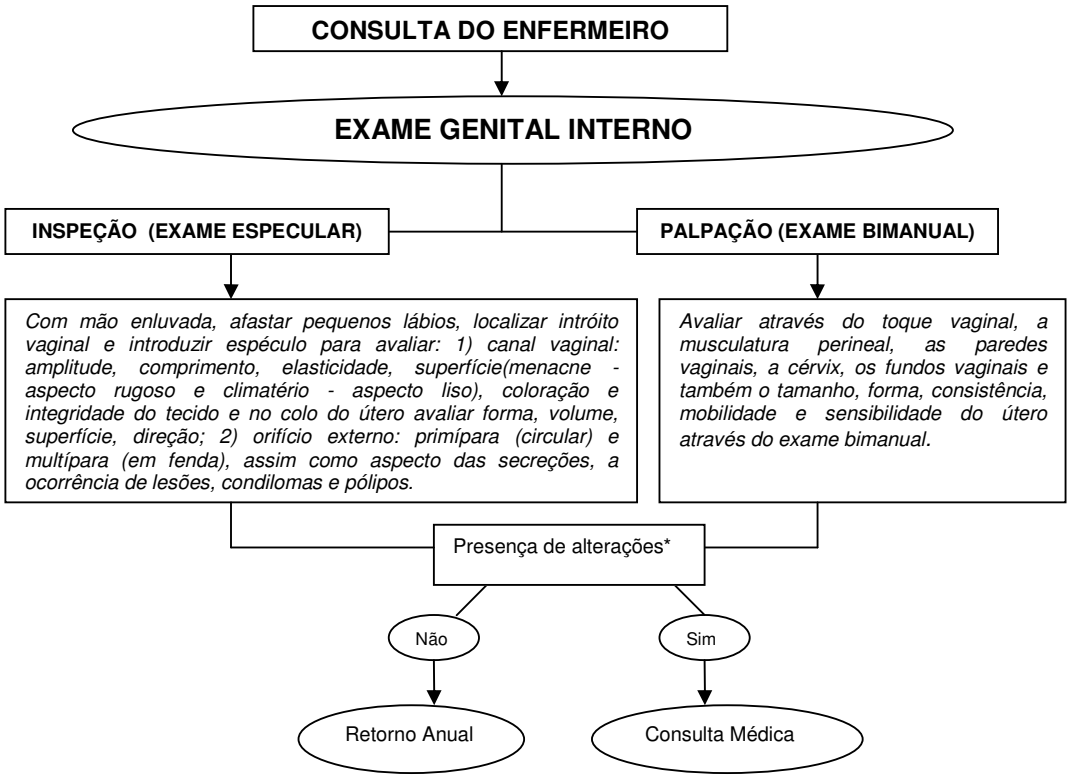
6.1.2.3.2.2.1. Exame genital externo:



* ALTERAÇÕES E CONDUTA:

Se houver sintomatologia importante ou o exame físico for conclusivo para algumas alterações específicas, tratar segundo o protocolo do Ministério de Saúde e/ou protocolo de enfermagem para DSTs. Caso contrário, aguardar o resultado.

6.1.2.3.2.2.2. Exame genital interno

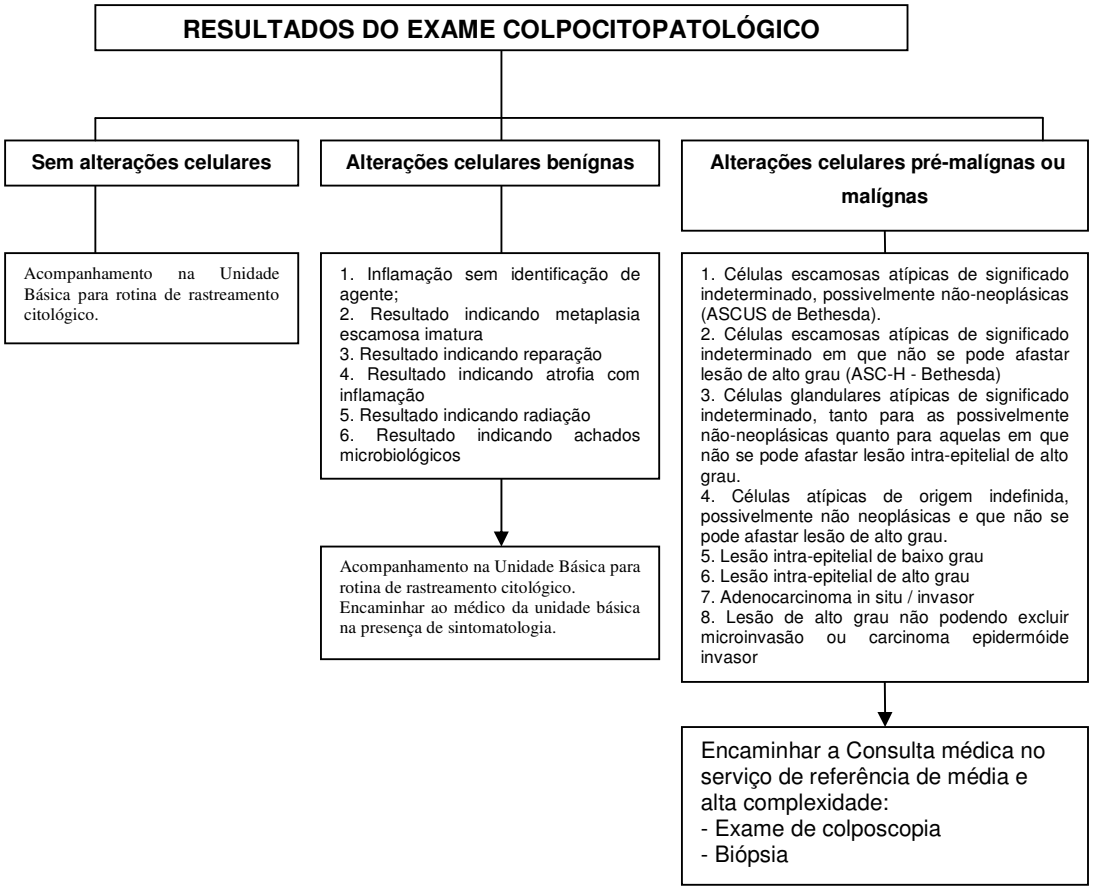


* ALTERAÇÕES E CONDUTA:

Se houver sintomatologia importante ou o exame físico for conclusivo para algumas alterações específicas, tratar segundo o protocolo do Ministério de Saúde e/ou protocolo de enfermagem para DSTs. Caso contrário, aguardar o resultado e encaminhar a consulta médica.

6.2. Anexo I

Condutas para laudo de exame colpocitopatológico segundo nomenclatura brasileira (Brasil, 2006):



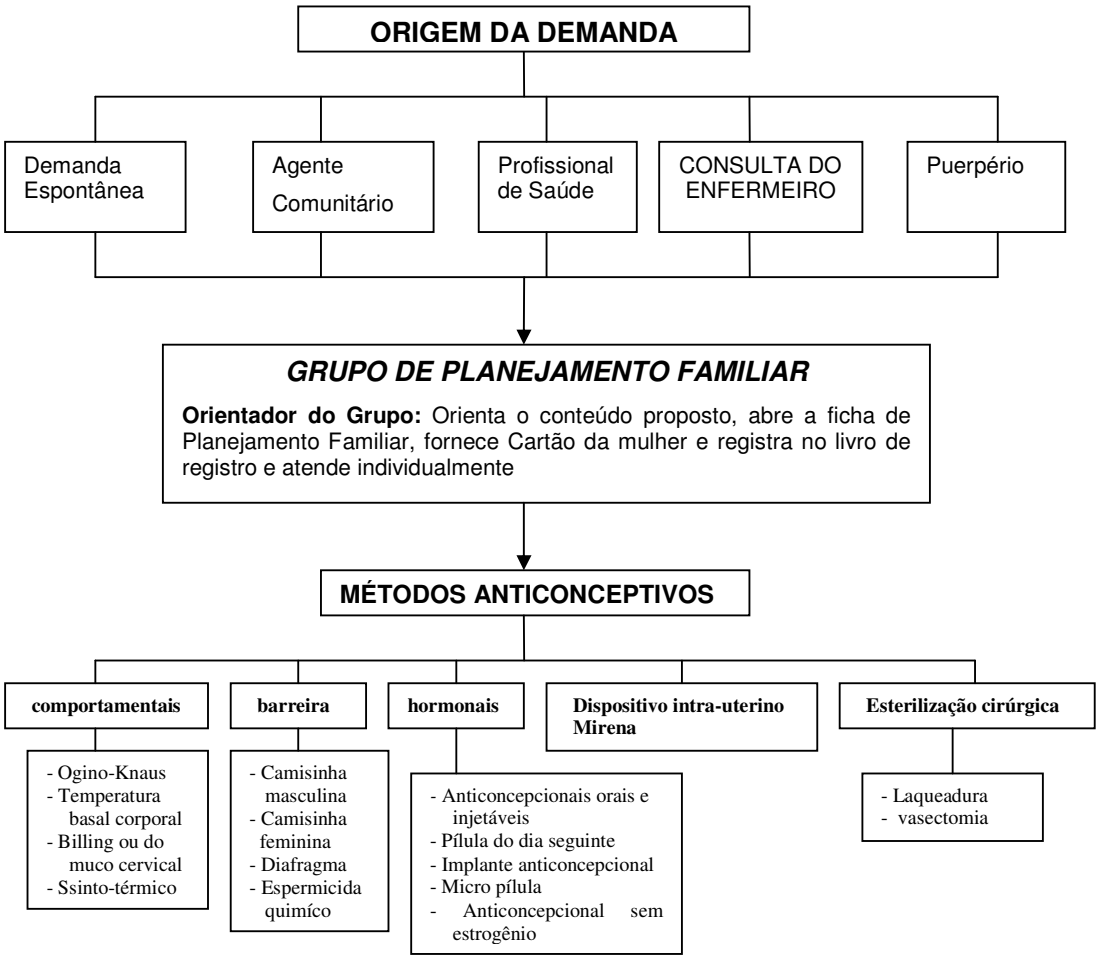
6.3. ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Constituição Federal (Lei nº 9263 de 12/01/96), entende o “Planejamento familiar como direito de todo cidadão, como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem e/ ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral”.

“No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência ao planejamento familiar dever ser organizada para atender as reais necessidades da população feminina e masculina em idade fértil, através dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis” (BRASIL, 2001).

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

6.3.1. Fluxograma - Assistência ao planejamento familiar



6.3.2. Métodos anticonceptivos

Os métodos contraceptivos são classificados segundo o Ministério da Saúde em (BRASIL, 2001):

6.3.2.1. Métodos comportamentais:

Os métodos comportamentais são Ogino-Knaus, Temperatura basal corporal, Billing, Sinto-térmico. Eles se baseiam na identificação do período fértil da mulher para concentrar as relações sexuais nesta fase, caso deseje engravidar ou abster-se de relações sexuais, caso deseje planejar ou evitar a gravidez.

São métodos benéficos à saúde da mulher pela ausência de efeitos colaterais. Para utilização correta pela mulher, o profissional de saúde necessita orientá-la sobre a fisiologia reprodutiva feminina (ciclo ovulatório e menstrual) e as particularidades de

utilização de cada método, permitindo assim a associação dos mesmos. Nesse sentido, não existem restrições clínicas para o seu o uso. A taxa de falha dos métodos em uso habitual é em torno de 20%.

a) Método Ogino-Knaus (tabelinha, ritmo ou calendário):

É um método de controle das relações sexuais no período fértil da mulher. O calculo do período fértil é feito mediante a análise do ciclo menstrual prévio (6 a 12 meses). Consiste em calcular a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto para saber se o método é adequado para a mulher. Se essa diferença for igual ou maior que 10, não é indicado o uso. Caso o índice seja menor que 10, calcula-se o inicio do período fértil, diminuindo 18 do ciclo mais curto e o fim do período fértil, diminuindo 11 do ciclo mais longo. Após esse cálculo será determinado o período do ciclo, considerado fértil e apropriado para a concepção.

Ex.: Início do período fértil = ciclo mais curto (25) –18 = 7º dia

Fim do período fértil = ciclo mais longo (34) –11= 23º dia

Entre o 7º dia e o 23º dia do ciclo da mulher, constado a partir do primeiro dia da menstruação, tem-se o período fértil.

b) Método da temperatura basal corporal:

Esse método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal (em repouso) que ocorrem na mulher ao longo do ciclo ovulatório e menstrual.

O método baseia-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 infertil (pós-ovulatória).

Para usar esse método, a mulher deve medir e anotar sua temperatura logo de manhã, todos os dias, antes de comer ou fazer qualquer esforço, e observar os resultados, durante dois ou mais ciclos. Depois estabelecer qual é a sua variação normal, e qual o padrão de aumento por volta do 14º dia (ovulação) após a menstruação.

c) Método de Billing ou do muco cervical:

Este método baseia-se na identificação do período fértil, através da auto-observação diária das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva.

O muco cervical no início do ciclo é espesso, grumoso e por isso dificulta a ascensão dos espermatozóides 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 espermatozóides pelo canal cervical.

d) Método sinto-térmico:

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.

6.3.2.2. Métodos de barreira:

Os métodos de barreira são obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozóides no canal cervical, tais como: camisinha masculina, camisinha feminina, diafragma e os espermicidas químicos.

a) Camisinha Masculina (camisinha ou condom):

Consiste em um envoltório de látex utilizado com o objetivo de recobrir o pênis durante o ato sexual, para reter o líquido espermático por ocasião da ejaculação, impedir o contato do mesmo com a vagina e secreções e garantir a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

O índice de falha desse método é em torno de 3% a 14%, mas a sua segurança depende da técnica de uso e a maneira de utilização durante as relações sexuais. Como a camisinha é apresentada comercialmente em pacote individual, descartável, lacrado e com lubrificante, o seu armazenamento é importante para eficiência do método, assim como a sua colocação antes da penetração do pênis na vagina com retirada ao término da relação sexual. O seu uso têm contra-indicação clínica para casos de alergia a látex.

b) Camisinha feminina:

O camisinha feminino tem a formato semelhante a camisinha masculina, sendo de grandes dimensões. Quando é inserida na vagina, recobre suas paredes, deixando uma abertura voltada para fora, sobre os pequenos e grandes lábios da vúlva. É lubrificada e descartável. Deve ser colocada antes da penetração do pênis na vagina e retirada ao término da relação sexual.

O seu Índice de falha é em torno de 1,6% a 21%. Da mesma forma que o preservativo masculino, também é um método bastante eficiente para reter o líquido espermático por ocasião da ejaculação, impedir o contato do mesmo com a vagina e secreções e garantir a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

c) Diafragma:

É um método anticoncepcional de uso feminino, que consiste em anel flexível, coberto no centro por uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo do útero. É lavável e reutilizável por diversas vezes, tendo vida útil de três anos. Deve ser lavado com água e sabão, mergulhado em solução antisséptica (hipoclorito de sódio 1% ou álcool 70%) por 30 minutos e depois secado e guardado no estojo próprio.

Antes da primeira colocação, o profissional deve fazer um exame especular e determinar o tamanho do diafragma adequado para a mulher.

Recomenda-se o uso associado com creme espermicida na parte côncava do diafragma 15 a 20 minutos antes da relação sexual. Ele deve ser colocado algumas horas antes da relação sexual e retirado entre 6 a 24 horas após, no máximo. O índice de falha é em torno de 2,1% a 20%.

d) Espermicidas químicos:

Os espermicidas químicos são cremes, supositórios, espumas ou geléias especiais colocados dentro da vagina e no colo do útero antes da relação sexual.

Os supositórios demoram a dissolver, por isso devem ser colocados cerca de 15 minutos antes da relação sexual. As geléias, cremes e espumas podem ser colocadas imediatamente antes da relação sexual.

De preferência, devem ser usados em conjunto com algum método de barreira. O seu uso têm contra-indicação clínica para casos de alergia ao produto químico. E o índice de falha é em torno de 6% a 26%.

6.3.2.3. Métodos hormonais:

Os métodos hormonais são compostos por anticoncepcionais orais (pílulas), injetáveis ou subcutâneos.

a) Pílula (anticoncepcional oral):

O anticoncepcional anovulatório por via oral é atualmente o método mais popular de controle da natalidade, com índice de falha em torno de 0.1% a 5%. As pílulas são hormônios sintéticos similares ao estrógeno e progesterona (hormônios naturais produzidos pelos ovários) que atuam impedindo a ovulação natural e conseqüentemente a ocorrência de gravidez.

a.1. Pílulas Monofásicas:

Com apresentação comercial em cartela, todas as pílulas têm a mesma dosagem hormonal (estogênio a progesterma). A primeira cartela deve ser iniciada do primeiro ao quinto dia da menstruação até o término. Faz-se um intervalo de sete dias, aguarda a menstruação acabar e se inicia a próxima cartela.

a.2. Pílulas Multifásicas:

As pílulas da cartela têm dosagens hormonais diferentes, com cores diferentes de acordo com o ciclo, por isso devem ser tomadas na ordem da cartela. Caso contrário não terá eficácia.

a.3. Pílulas de baixa dosagem ou minipílulas:

As minipílulas têm dosagens mais baixas e contém apenas um hormônio; causando menos efeitos colaterais. São indicadas durante a amamentação, como uma garantia extra para a mulher e consumo diário, sem interrupção, inclusive quando a mulher voltar a menstruar.

Orientações :

- Ingerir um comprimido por dia até a cartela acabar;
- A primeira cartela deve ser iniciada do primeiro até o quinto dia da menstruação,
- Faz-se um intervalo de sete dias.
- Reiniciar no oitavo dia independente do ciclo mestrual.
- Caso haja esquecimento em tomar alguma pílula da cartela, é indicado tomar duas no dia seguinte e continuar a cartela normalmente;
- Caso haja esquecimento em tomar alguma pílula da cartela, por dois ou mais dias, é indicado interromper a cartela e aguardar a menstruação. Durante esse tempo, é indicado a utilização de outros métodos anticoncepcionais de barreira (camisinha, diafragma, etc.), ou abstenção sexual até iniciar nova cartela no quinto dia da menstruação.

b) anticoncepcionais injetáveis:

São injeções ou implantações subcutâneas sólidas de hormônios sexuais femininos, que impedem que a ovulação e conseqüentemente a gravidez. É um método indicado para as mulheres que não podem tomar anticoncepcional oral, esquecem de tomar a pílula, ou prefere manter o sigilo do uso de anticoncepcionais. Existem três tipos de anticoncepcionais injetáveis: Uno-Ciclo e Perlutan, Mesigyna e Cyclofemina, e Depo-Provera 150. O uso deve seguir a orientação do fabricante. O injetável mensal (contem dois hormônios) e o trimestral (um hormônio).

c) Pílula do dia seguinte:

São pílulas utilizadas para evitar uma gravidez indesejada dentro de 72 horas após a relação sexual desprotegida. Também é chamada de “método de contracepção de emergência”. Deve ser usada logo após a relação sexual desprotegida ou nos casos em que os outros métodos anticoncepcionais tenham possibilidade de falha (esquecimento, ruptura da camisinha, desalojamento do diafragma, uso de tabelinha ou coito interrompido, esquecimento da tomada da pílula por dois ou mais dias e em caso de estupro).

Este contraceptivo contém o levonorgestrel, que é uma progestina. O levonorgestrel inibe a ovulação, fertilização e implantação do ovo. Também atua espessando o muco cervical.

Um tablete contém dois comprimidos. O primeiro comprimido deve ser tomado 72 horas após a ocorrência de uma relação sexual desprotegida. O segundo deve ser tomado 12 horas após o primeiro. Se ocorrer vômito, a dose deve ser repetida. O índice de falha é em torno de 5% (se usada até 24 horas), 15% (entre 25 e 48 horas) e 42% (entre 49 e 72 horas) após relação sexual.

Esse método não deve ser usado regularmente, como anticoncepcional de rotina devido aos possíveis efeitos colaterais mais comuns como náuseas, dores abdominais, fadigas, dor de cabeça, distúrbio no ciclo menstrual, tontura, aumento de sensibilidade das mamas e acnes.

d) Implante Anticoncepcional:

Implante é uma pequena cápsula contendo etonogestrel (hormônio anticoncepcional) o qual é introduzida em baixo da pele através de um aplicador descartável. A duração do implante é de aproximadamente três anos funcionando como inibidor da ovulação. Reduz a duração do período menstrual e até pode causar o seu cessamento.

e) Anticoncepcional sem estrogênio:

A pílula sem estrogênio, não tem a maioria dos efeitos colaterais de outras pílulas, por isso pode ser usada durante a amamentação com índice de falha igual ao das pílulas combinadas.

6.3.2.4. Dispositivo intra-uterino:

O Dispositivo Intra-Uterino é uma pequena peça com hastes de cobre ou polietileno que são introduzidas dentro do útero. Existem diversos tipos de DIU, com formas e ação variada. Ele impede que o óvulo fecundado implante na parede do útero, e altera o espessamento do muco cervical. O índice de falha é em torno de 0.5%.

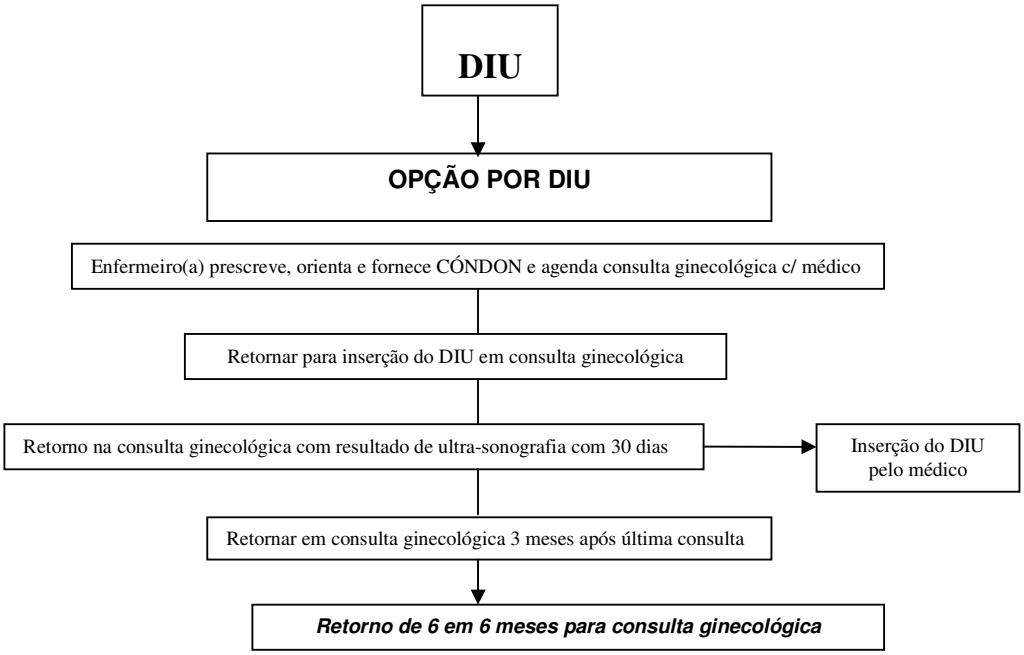
O DIU é indicado após exame ginecológico completo. Ele deve ser inserido no útero, durante o período menstrual, por meio de um aplicador que após retirado

permite a expansão do DIU, ficando um fio condutor de nylon para fora como confirmação de sua presença no útero.

Esse método é indicado para mulher que deseja intervalo maior de dois anos entre as gestações e pausar o uso de método hormonal. Os DIUs mais modernos permanecem por 5 a 10 anos no organismo da mulher. Existe um novo método que combina DIU com hormônio, o Mirena. Não é indicado para mulheres que tem risco aumentado para DST/HIV (vários parceiros sexuais sem uso de preservativos).

a) Mirena

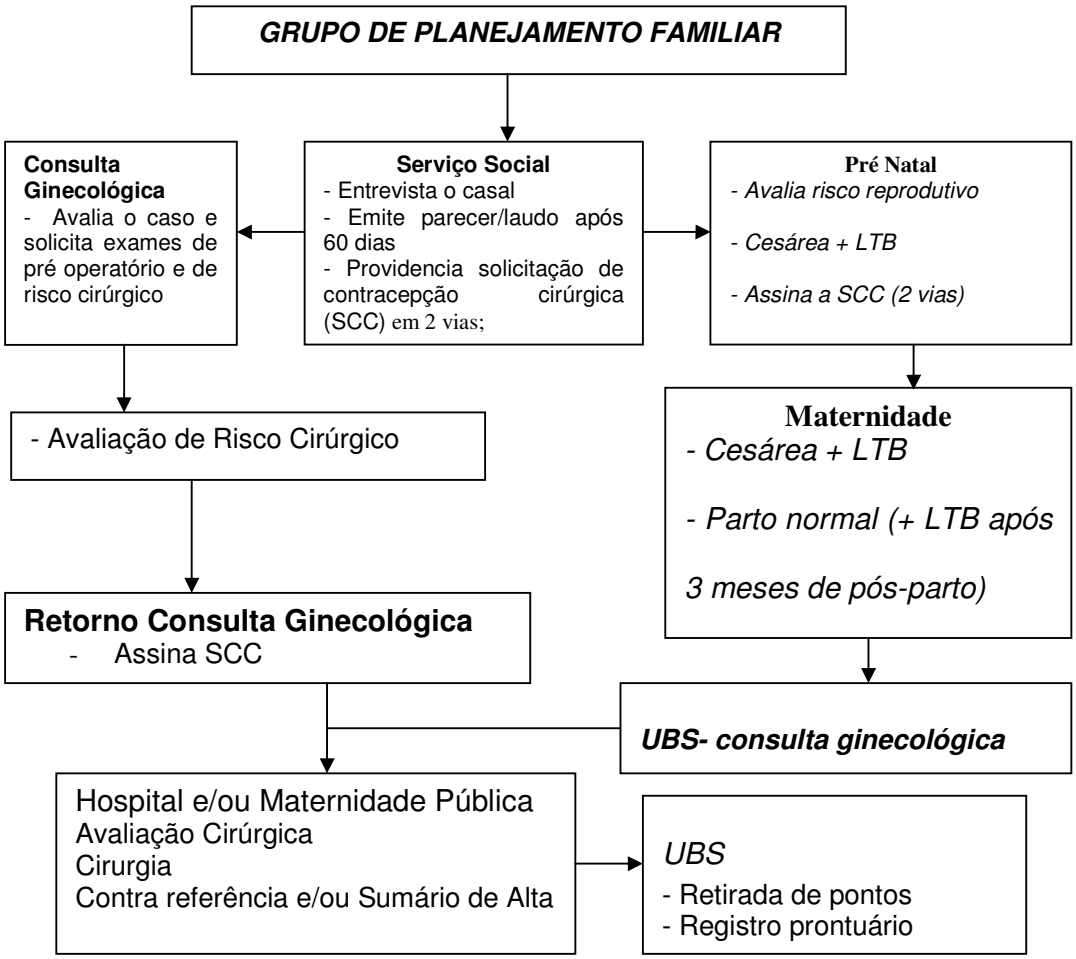
Trata-se de um DIU (dispositivo de plástico ou de metal), em forma de T, com hormônio levonogestyre (52 mg). Esse tipo de DIU atua liberando pequena quantidade de hormônio diretamente da parede interna do útero, continuamente por cinco anos, com menos efeitos colaterais e índice de falha em torno de 0,1%. Ele também altera o muco cervical tornando-o mais espesso para impedir a entrada do espermatozóide.



6.3.2.5. Métodos cirúrgicos ou esterilização

a) Ligaduras de Trompas (LTB)

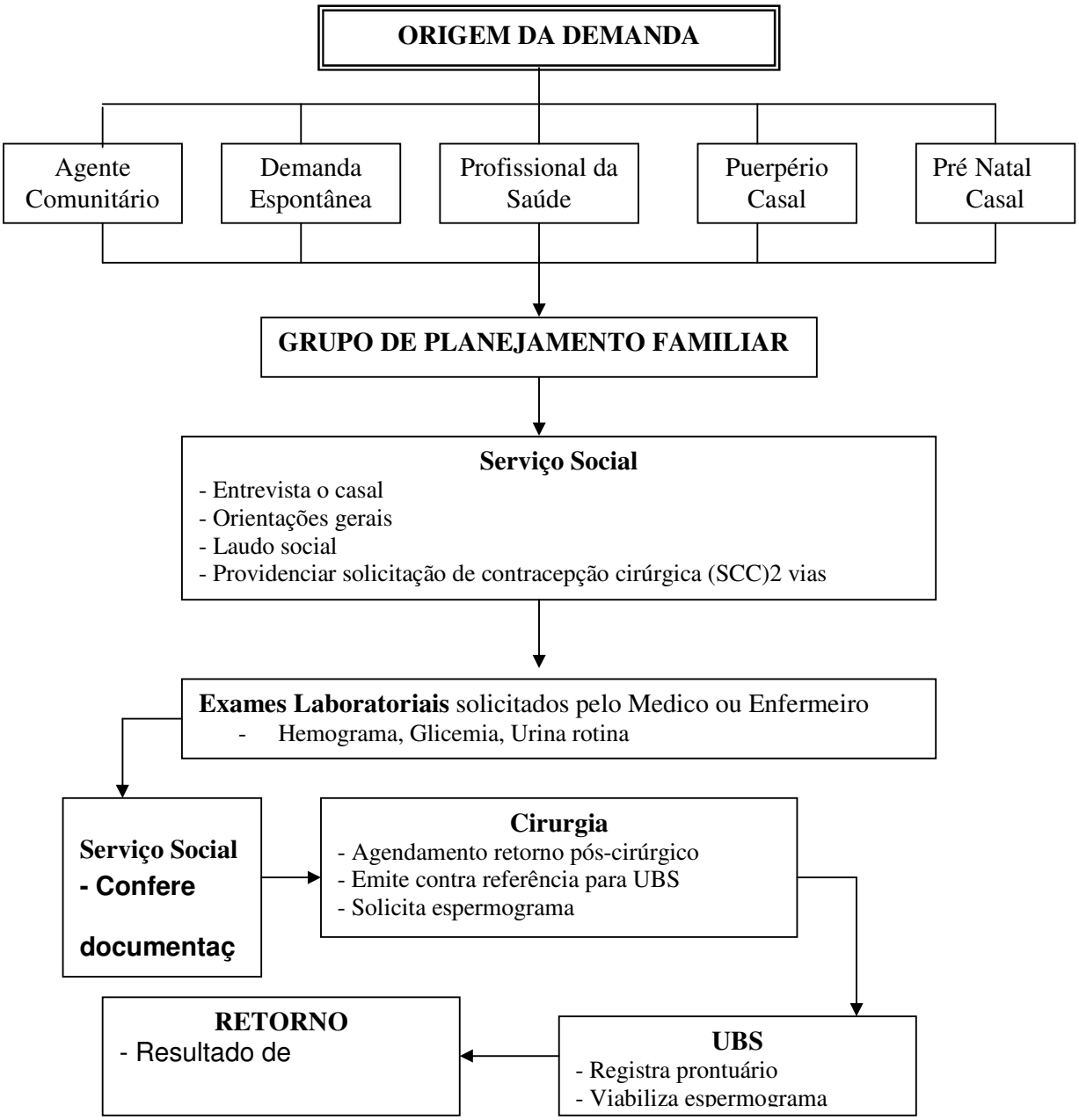
É um método contraceptivo cirúrgico indicado para mulheres que decidiram não ter mais filhos. O índice de falha é em torno de 0.4%. Este método consiste em ligar e cortar as Trompas de Falópio, para impedir que o óvulo seja fecundado e implantado. A eficácia desse método é muito alta, mas não chega a 100%. Os métodos de realização da ligadura são o intra-abdominal (abertura da parede do abdômen para acesso às trompas durante cesareana), o laparoscópico e o intra-uterino, ou por via baixa (via colo do útero). Embora seja possível realizar a reanastomose tubária, a decisão pela laqueadura , exige segurança e certeza do casal, pois se trata de um método cirúrgico, de risco, maior custo.



OBSERVAÇÃO: A indicação de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) deverá atender a normatização da lei de planejamento familiar (n° 9263 12/01/96 art. 10º), sendo permitida para o casal com capacidade civil plena e idade maior que vinte e cinco anos ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico com consentimento expresso de ambos os cônjuges; em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto e cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 2001).

b) Vasectomia

É um procedimento cirúrgico conhecido como esterilização masculina, durante o qual os vasos deferentes (canais que conectam os testículos ao pênis) são cortados, impedindo a passagem dos espermatozóides e conseqüentemente a gravidez. O método cirúrgico é simples, dura alguns minutos e geralmente não exige internação. A anestesia é realizada na parede do escroto, onde é realizado um pequeno corte com o objetivo de pinçar o canal deferente e secioná-lo dos dois lados. A incidência de complicações é mínima e os desconfortos são inchaço e dor. O homem deve se abster de relações sexuais por uma semana, assim como de esportes ou esforços. Depois disso, pode ter relações sexuais normais, mas protegidas por algum método contraceptivo, pois o liquido seminal não perde imediatamente, todos seus espermatozóides. O índice de falha em torno de 0.2%. Em torno de um mês e meio o casal pode abolir o uso de métodos contraceptivos. Em alguns casos é possível reverter a vasectomia através da rejunção das pontas cortadas dos vasos deferentes. Entretanto, a decisão por uma vasectomia deve ser feita com segurança e certeza, devido a sua reversibilidade não ser garantida.

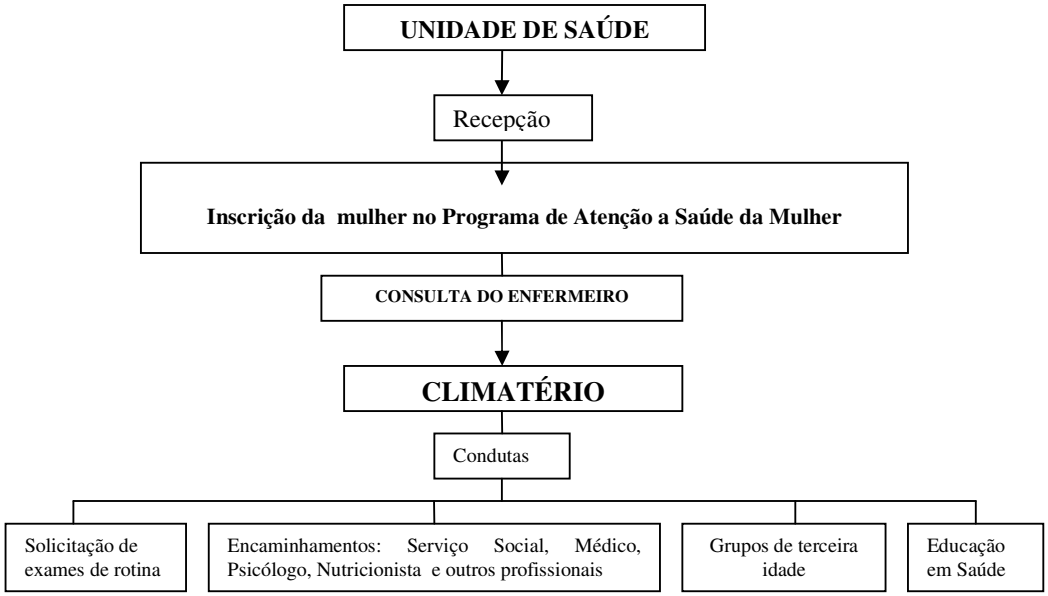


OBSERVAÇÃO: A indicação de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) deverá atender a normatização da lei de planejamento familiar (n° 9263 12/01/96 art. 10º), sendo permitida para o casal com capacidade civil plena e idade maior que vinte e cinco anos ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico com consentimento expresso de ambos os cônjuges (BRASIL, 2001).

6.3.3. Assistência ao climatério

O climatério compreende um período da vida biológica feminina que marca a transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo no qual ocorrem transformações endócrinas. A fase inicial ou precoce do climatério não tem limites bem definidos, admitindo-se, no entanto iniciar-se aos 35 anos. A média de idade para

climatério é de 50 anos (49 a 51 anos) e para a menopausa (última menstruação) precoce (<45 anos) e tardia (>55 anos). O climatério é caracterizado pelo hipoestrogenismo que causa alterações ósseas predispondo a fraturas e osteoporose (diminuição da densidade óssea), alterações oculares, psiquiátricas, dermatológicas e cardiovasculares (risco para infarto agudo do miocárdio) (BRASIL, 2001).



6.3.3.1. Sintomas do período pré e perimenopausa:

Os sintomas são fogachos (do tronco p/ cima; pode ou não ser acompanhado por cefaléia ou hipertensão), alteração do ciclo menstrual (polimenorragia – aumento da duração e/ou quantidade e frequência do fluxo menstrual) ou proiomenorréia (redução do intervalo entre as menstruações), irritabilidade e labilidade emocional.

6.3.3.2. Diagnóstico:

a) clínico: sinais e sintomas e exame físico

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

b) prova terapêutica com progesterogênio (Conforme prescrição médica)

Observar se há ou não sangramento.

c) sangramento aumentado:

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

d) sangramento diminuído:

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

6.3.3.3. Orientações de Rotina:

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

- USG pélvico/ endovaginal**:** cavidade uterina, endométrio (na menopausada aproximadamente 5mm).
- Mamografia: a partir dos 40 anos de 2 em 2 anos; a partir dos 50 anos de 1 em 1 ano; a primeira mamografia a partir de 35 anos e anualmente em casos de câncer de mama na família. Orientar a mulher para guardar toda mamografia realizada para ser comparada os achado com a próxima a ser realizada.
- Papanicolau (colpocitológico): anual e com citobrush pois em menopausadas muitas vezes ocorre alteração do colo uterino com JEC (junção escamocolunar) endocervical.
- Densitometria óssea: indicada pelo risco aumentado de osteoporose (0.5 a 1% anual) após a menopausa.
- Laboratoriais: dosagem hormonal em casos de menopausa precoce ou tardia. Não sendo indicada no climatério devido a variação hormonal.

- Outros exames: Hemograma, Glicemia, Triglicerídos**,** Colesterol(total/ HDL), TSH/ T 3 e T 4, Urina tipo 1, Hemograma Completo.

6.3.3.4. Reposição Hormonal: (a critério médico)

a) estrogênio + progesterona para pacientes com útero
b) estrogênio para cliente histerectomizada
Vias de administração: VO, gel, óvulos vaginais

6.3.3.5. Anticoncepção:

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

a) Métodos Comportamentais:

Não devem ser estimulados, pois nesta faixa etária, a irregularidade menstrual é freqüente.

b) Métodos de Barreira:

Têm a vantagem de não apresentar efeitos sistêmicos e poucos efeitos colaterais. Apesar de terem eficácia menor que os métodos hormonais e o DIU, como neste período etário a fertilidade está diminuída, principalmente em mulheres com ciclos menstruais irregulares, isto resulta em índice de falha menor do que em mulheres na menacme. O espermaticida, apesar de ter menor eficácia, deve ser usado conjuntamente com outro método de barreira (diafragma e preservativo masculino), tendo a vantagem de aumentar a lubrificação vaginal em mulheres que apresentam

redução da lubrificação vaginal. O diafragma pode ser utilizado, desde que a mulher não tenha problemas de estática pélvica, decorrentes de partos anteriores.

c) Dispositivo Intra-Uterino (DIU):

Trata-se de boa escolha contraceptiva reversível para mulheres acima dos 35 anos de idade. Apresenta elevada eficácia neste grupo etário com menores possibilidades de perfuração, expulsão, remoção, cólica menstrual, gravidez ectópica e moléstia inflamatória pélvica. Os DIUs de cobre podem permanecer in situ por um longo período sem alterar a sua eficácia. O DIU com progestogênio têm sua melhor indicação na mulher climatérica. A desvantagem do método está em aumentar a freqüência de menorragia em uma fase da vida da mulher, na qual as alterações menstruais são uma constante.

d) Anticoncepção Cirúrgica:

A laqueadura tubária e a vasectomia são métodos em geral adequados para casais que estão seguros e desejosos da contracepção permanente. Na realização de laqueadura tubária, tem-se outra possibilidade que é o diagnostico eventual tratamento de ginecopatias.

e) Anticoncepção Hormonal:

Injetável Mensal – Os injetáveis mensais atualmente comercializados, oferecem doses aceitáveis de esteróides sexuais e, por conterem estrogênios naturais, podem ser usados com segurança na mulher climatérica, desde que observadas as suas contra-indicações.

Injetável Trimestral – É considerado excelente para mulheres nesta faixa etária pela grande eficácia, observando-se as contra-indicações. Além disso, oferece proteção endometrial. Após a injeção inicial, o endométrio se torna atrófico, podendo ser este efeito benéfico, particularmente em mulheres sem ovulação com endométrios sob efeito estrogênico não antagonizado, ocorrência extremamente comum durante o climatério. A principal desvantagem refere-se às modificações do padrão menstrual, entre elas, a amenorréia (55-60%) e as irregularidades menstruais (20-25%). Tais irregularidades podem, nesta faixa etária, limitar a aceitação e a continuidade do método e trazer preocupação pela presença de eventuais anormalidades endometriais.

Minipílula – tendo em vista a redução da fertilidade, que se observa nesta faixa etária, o emprego isolado de progestogênios tem elevada eficácia no climatério, apesar da mesma ser inferior a dos anticoncepcionais hormonais combinados orais. Seu uso é restrito aos casos de intolerância e/ou contra-indicações aos estrogênios. Tem como inconveniente alta freqüência de irregularidades menstruais, que já é comum nessa faixa etária e a supressão da lipoproteína protetora da arterosclerose.

Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral (AHCO) –

Os anticoncepcionais orais podem ser utilizados em mulheres acima de 35 anos, devendo ser empregados os que contêm desogestrel ou gestodene, com 20 ou 30 mg de etinilestradiol. Essas associações além de garantir a excelente eficácia, têm melhor tolerabilidade, reduzindo os fatores de risco.

Não existe exame específico para a seleção de pacientes candidatas a contracepção hormonal no período do climatério. Os exames devem ser recomendados com base exclusiva nos programas de atenção primária à saúde da mulher.

O tabagismo em mulheres acima dos 35 anos constitui contra-indicação para os AHCO. A interrupção do hábito de fumar dever ter ocorrido há pelo menos 12 meses para se considerar uma mulher como ex-tabagista e permitir o uso destes fármacos.

Além dos benefícios não contraceptivos já referidos genericamente para usuárias de AHCO, seu emprego em mulheres perimenopáusicas adiciona os seguintes benefícios que são específicos neste período da vida:

* Ciclos menstruais regulares
* Redução do fluxo menstrual e da dismenorréia
* Redução da anemia
* Manutenção da densidade mineral óssea
* Proteção contra aterosclerose

Atualmente não existe qualquer razão que impeça, em mulheres saudáveis não tabagistas, o uso dos AHCO de baixa dosagem até a menopausa, obedecendo ao limite etário máximo de 50 anos.

6.4. Referências bibliográficas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA FAMÍLIA

7.1. Introdução

A Estratégia Saúde da Família vem se destacando como estratégia para a reorganização da Atenção Básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção da saúde centrada na promoção de qualidade de vida. Caracteriza-se pela assistência integral ao indivíduo dentro do seu contexto familiar e social, econômico e cultural, sem prejuízo às ações curativas e com a participação da comunidade, integrando-os aos diversos membros da equipe para um trabalho em conjunto. É uma nova forma de cuidar da saúde da população.

Objetivo da Estratégia

Melhorar a qualidade de vida da população cuidando da família em todas as fases da vida, da concepção até a senilidade, conscientizando a comunidade para a importância de um equilíbrio entre as ações de saúde e o meio ambiente. É de extrema importância também o conhecimento de todas as questões de saúde e doença dos indivíduos, como por exemplo, as condições de moradia, trabalho, escolarização, suas relações com seus parentes, sua história de vida e de saúde. Além disso, é imprescindível estabeler vinculo de confiança entre as famílias e a equipe.

Outro objetivo da estratégia Saúde da Família é ser a porta de entrada do sistema de saúde, o que significa que quando um usuário necessitar de um tratamento especializado, quem o encaminhará deverá ser um dos membros da equipe do E.S.F

Onde se desenvolvem as ações

As ações podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio.

- nas unidades de saúde: geralmente, são os locais onde realizam-se as ações curativas. Entretanto, podem ser feitas, além das consultas, palestras, rodas de conversa, etc.;

- Na comunidade: utiliza-se o espaço das creches, escolas, igrejas, centros comunitários e outros aparelhos sociais presentes em cada comunidade específica a fim de que todos sejam atores sociais no processo saúde-doença.
- No domicílio: o domicílio representa o epicentro da maioria dos processos de saúde-doença que se desenvolvem no indivíduo, na família e na comunidade. Neste aspecto a visita domiciliar é a ferramenta indispensável para a efetividade das ações de saúde realizadas nos centros de saúde e na comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS)

É comumente chamado de elo entre a equipe e a comunidade. Deve ser um membro da própria comunidade e tem como objetivo a visita a todas as famílias, no mínimo uma vez ao mês, o que lhe permite trazer para a equipe as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade.

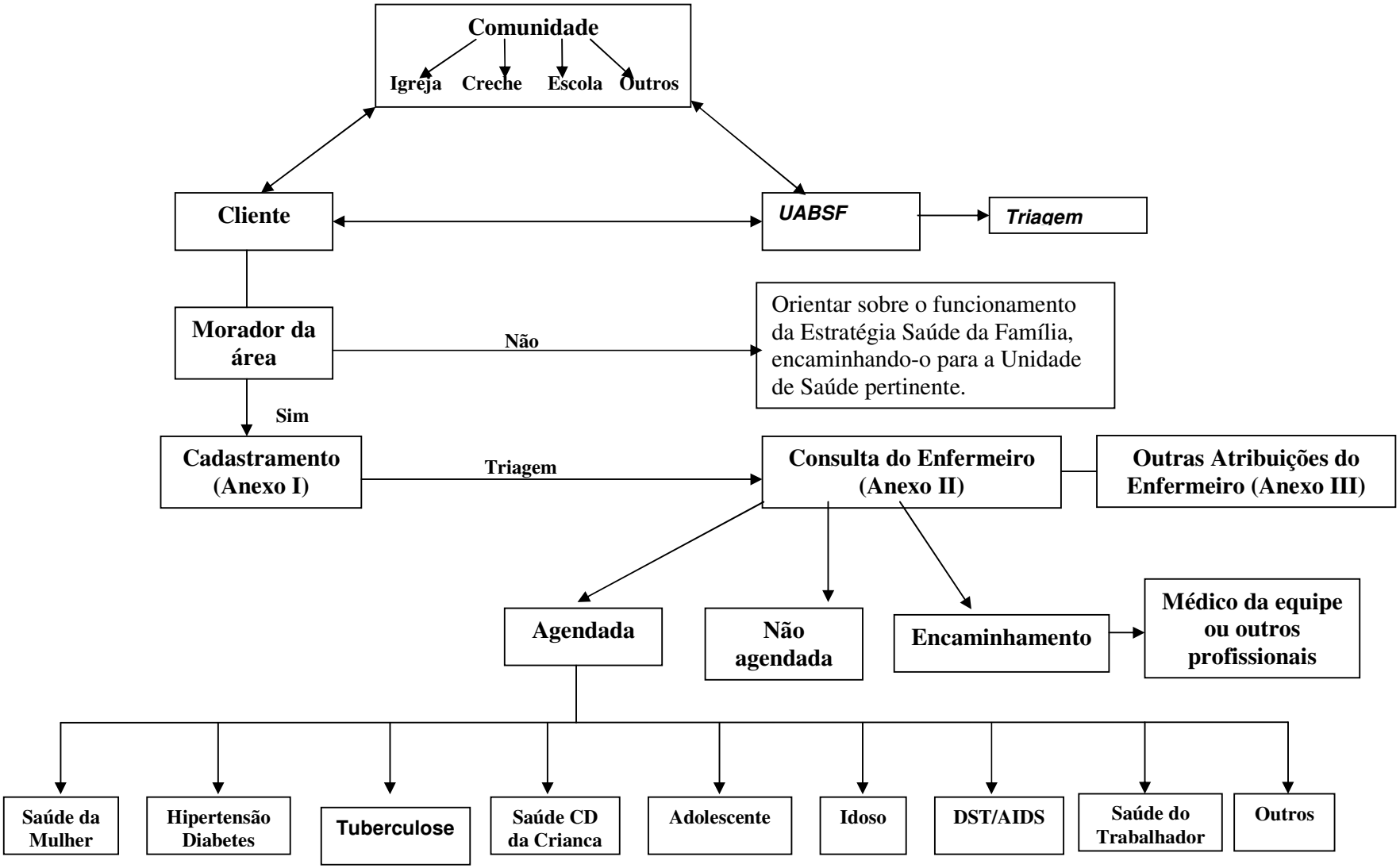
Parcerias

O E.S.F. deve estabelecer parceria com a sociedade organizada, ou seja, associações comunitárias, escolas, creches, polícia local e outros, a fim de que juntos possam contribuir para melhorar a qualidade de vida.

O trabalho da E.S.F.

Deve ser o mais humanizado possível, com vínculo e responsabilidade sobre sua área de abrangência. Além disso, as ações da equipe devem ser resolutivas e ter como intuito o atendimento integral ao indivíduo, família e comunidade, dentro do seu contexto, sócio, econômico e cultural, ou seja, respeitando suas crenças, seus mitos, valores, entre outros.

7.2. Fluxograma



7.2.1. Anexo I - Cadastramento

Cadastramento: É o registro de todos os clientes em formulários específicos. Os ACS devem cadastrar todos os moradores novos e residentes na área.

Os ACS fazem visitas domiciliares diariamente e cadastram em uma ficha específica todas as famílias que residam na sua microárea.

Através deste cadastro é feito um diagnóstico das levantados às prioridades de saúde da região e o planejamento estratégico.

7.2.2. Anexo II - Consultas

Durante a consulta de enfermagem, cabe ao enfermeiro realizar a prescrição de medicamentos e solicitação de exames de acordo com os protocolos específicos de Pré-natal, Hipertensão e Diabetes, Tuberculose, Hanseníase e outros constantes neste Protocolo de Atenção à Saúde Básica ou conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde.

A consulta de enfermagem pode ser realizada tanto na Unidade de Saúde quanto no domicílio.

VD - Visita domiciliar do enfermeiro

Permite avaliar uma série de condições que não são percebidas no consultório e as vezes discordantantes da impressão que temos durante a consulta na unidade. Torna-se importante:

- Proceder a visita seguindo um objetivo especifico, que deve ficar bem esclarecido para o cliente e sua família.
- Acompanhar o trabalho dos ACS.
- Auxiliar a família a reconhecer as necessidades de saúde dentro do seu contexto.
- Identificar junto com a família meios para melhorar a qualidade de vida de seus membros (família e comunidade)
- Preparar a família para o auto-cuidado

- Ajudar a família a descobrir soluções que auxiliem, reduzam/aliviem os sofrimentos físicos, emocionais e espirituais.
- Incentivar a família para adoção de hábitos saudáveis.
- Encorajar as narrativas de agravos.
- Incentivar relacionamento cooperativo.
- Elaborar planos de cuidados para a família (individual ou coletivo)
- Atuar na conversão de modelo (diretrizes do SUS)
- Fazer planejamentos estratégicos
- Gerar / obter dados e analisá-los, produzindo informações sobre as necessidades de saúde da população e organizar o processo de trabalho da equipe de E.S.F., intervindo nas necessidades de saúde.

7.2.3. Anexo III – Outras Atribuições do Enfermeiro

1 – Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar ações de Saúde

2 – Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida; criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.

3 – Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária;

4 – Realizar ações em diferentes ambientes como na UABSF (Unidade de Atenção Básica a Saúde da Família), no domicílio e em aparelhos sociais da sociedade (creches, escolas etc.);

5 – Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade de assistência prestada;

6 – Realizar as atividades correspondentes as áreas prioritárias de atuação básica, definido na norma operacional de assistência à saúde – NOAS – 2001. (pág. 60 – guia básico)

7 – aliar a atuação clinica à pratica de saúde coletiva.

8 – Organizar e coordenar a criação de grupos para a promoção da saúde, como de hipertensos, diabéticos, saúde metal e outros;

09 – Supervisionar e coordenar ações para a capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem,com vista ao desempenho de suas funções.

10- Promover parcerias com equipamentos sociais

11- Tabular os dados epidemiológicos

12 - Planejar estratégias para redução de morbimortalidade na comunidade/população adscrita.

13 - Participar de capacitações e ser disseminador do conhecimento

14 - Fazer interação entre o saber científico e popular

15 - Despertar na comunidade a sua noção de cidadania

16 - Participar de eventos, conselhos, comitês que contribuam para melhor articulação social.

17 - Incentivar hábitos de vida saudáveis na comunidade, saneamento, alimentação, etc.

18 - Facilitar a articulação Unidade-Comunidade-Equipe.

7.3. Referencias bibliograficas:

1 – Brasil – Ministério da Saúde – Saúde da Família Estratégia para Reorganização do Modelo Assistencial - Brasília – DF 1997

2 – Brasil – Ministério da Saúde – Guia Prático do programa saúde da Família – Brasília – DF 2001

3– Brasil –Como Elaborar um Protocolo, em Saúde Pública: O Relato de uma experiência /Cristina Poll II Biguelini...[et at]-Francisco Betrão: Berzão- Editora-CALGAN-Paraná-2001

4 – Brasil – Ministério da Saúde-IDS Instituto Para O Desenvolvimento-da Saúde-IDS-Universidade de São Paulo -USP-Manual de Condutas de Enfermagem-.Brasília-DF-2002.

8. PROTOCOLO DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

8.1. Introdução

O atendimento de pacientes com DST (s) (Doenças Sexualmente Transmissíveis) tem algumas particularidades. Ele visa interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível. Visa, ainda, evitar as complicações advindas da(s) DST (s) em questão, e a cessação imediata dos sintomas.

O objetivo desse atendimento é tentar prover, em uma única consulta de Enfermagem (Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87 de 08 de junho de 1987): exames laboratoriais, diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados (Resolução COFEN-195/1997).

A conduta, no entanto, não deverá depender de processos demorados de realização e/ou interpretação dos exames (Abordagem Sindrômica – ANEXO 1). Não se quer dizer com isto que o laboratório seja dispensável, ao contrário, tem papel fundamental principalmente em unidades de saúde de maior complexidade, que servirão como fontes para a definição do perfil epidemiológico das diferentes DST e de sua sensibilidade aos medicamentos preconizados.

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

Os fluxogramas incluem uma série de polígonos de decisão e ação que contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes.

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

Os profissionais Enfermeiros(as) deverão aproveitar o ensejo para incluir na consulta de enfermagem o exame clínico-genital minucioso. Nesta oportunidade,

deverão orientar quanto à necessidade da redução de comportamentos de risco, cuidados higiênicos, teste anti-HIV e sífilis, aconselhamento e estímulo à adesão ao tratamento, além da promoção do uso de preservativos, convocação dos parceiros sexuais e a notificação do caso.

Sempre que possível deverá ser realizada pesquisa e observação de achados que possam identificar outras doenças, por meio de: inspeção geral, controle de pressão arterial, palpação de mamas e toque retal. A colpocitologia oncoparasitária deverá ser realizada quando houver indicação e por ocasião do retorno da paciente.

8.2. Identificação das síndromes

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

As principais características da abordagem sindrômica são:

- ✓ classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causados;
- ✓ utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- ✓ indica o tratamento para os agentes etiológicos mais freqüentes na síndrome;
- ✓ inclui o tratamento dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos;
- ✓ inclui a oferta da sorologia para sífilis e para HIV.

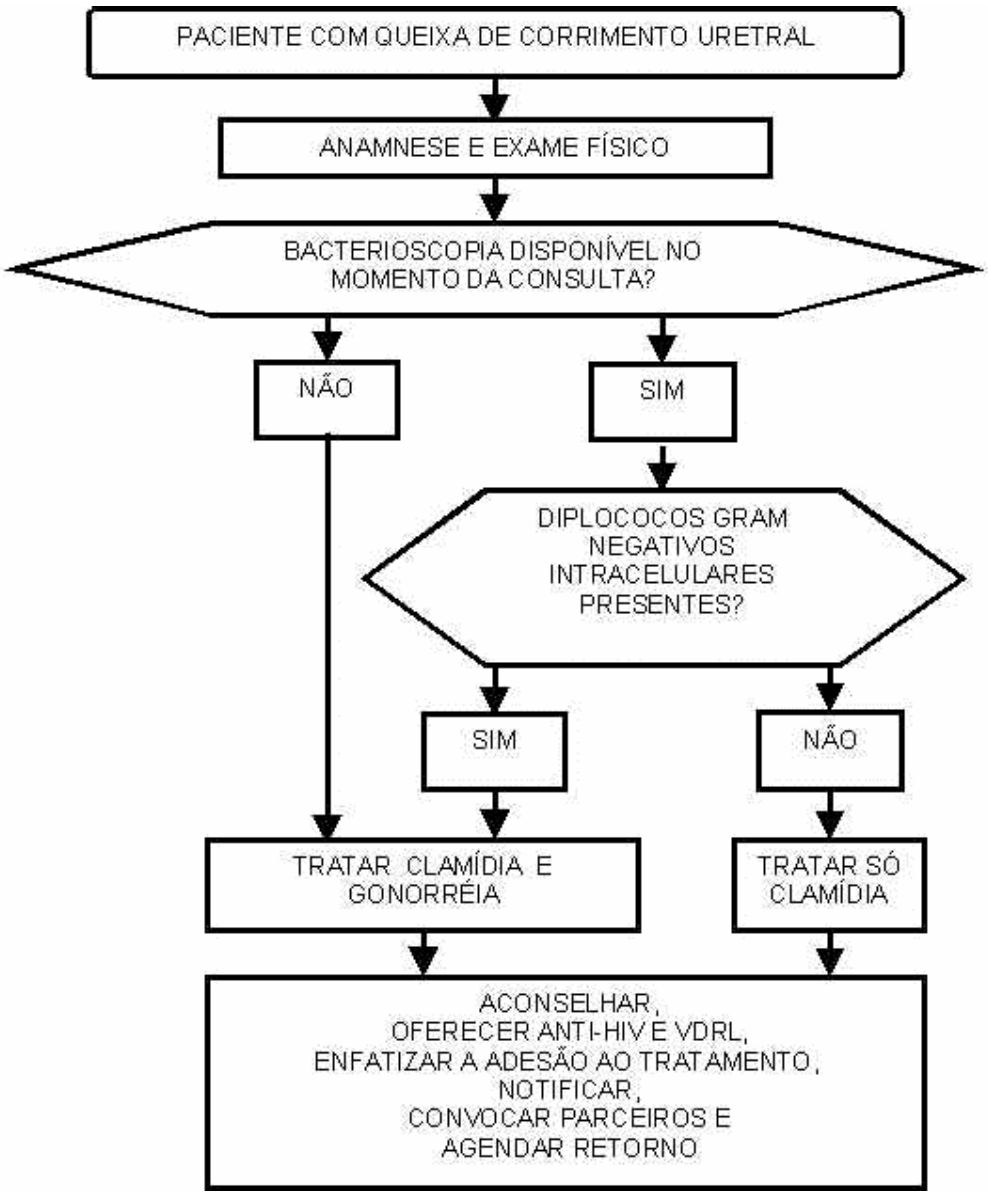
A tabela seguinte explica os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns.

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

O principal objetivo da abordagem sindrômica é facilitar a identificação de uma destas síndromes para então maneja-las de forma adequada.

Como as síndromes são relativamente fáceis de serem identificadas, foi possível elaborar um “fluxograma” (MS) para cada uma delas. Cada fluxograma conduz as decisões e ações que precisam ser tomadas, levando à condição ou condições que devam ser tratadas. Um Enfermeiro bem treinado poderá usar os fluxogramas com facilidade, tornando possível a assistência aos portadores de DST em qualquer serviço de saúde, onde ele então terá acesso à orientação, educação, aconselhamento, oferecimento de testes para sífilis e para o HIV e o tratamento já na sua primeira consulta.

8.3.1 Corrimento Uretral



8.3.1.1. Notas do fluxograma de corrimento uretral

8.3.1.1.1. Paciente com queixa de corrimento uretral

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está representada a principal queixa do paciente ao se apresentar no serviço de saúde.

8.3.1.2. Tratar clamídia e gonorréia

Este quadro de ação orienta para o tratamento concomitante para clamídia e gonorréia, sendo que quando estiverem ausentes os diplococos intracelulares, deve-se tratar o paciente apenas para clamídia como indicado no quadro:

CLAMÍDIA	mais	GONORRÉIA
Azitromicina 1g, VO, em dose única; **ou** **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias; **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias		**Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); **ou** **Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou** **Ciprofloxacina** 500mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); **ou** **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou** **Tianfenicol** 2,5g, VO, dose única.

ATENÇÃO: no retorno, em caso de persistência do corrimento ou recidiva, tratar com:

Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias	**mais**	**Metronidazol** 2g, VO, dose única.

8.3.1.3. Uretrite gonocócica

Tratamento

Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); ou

Cefixima 400mg, VO, dose única; ou

Ciprofloxacina 500mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); ou

Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou

Tianfenicol 2,5g, VO, dose única.

O critério de cura no homem é basicamente clínico.

Observações

Deve-se considerar a existência de infecções associadas por *C. trachomatis* ou *T. vaginalis*. Caso um destes ocorra, será necessário tratamento específico em conjunto (ver tratamentos nos capítulos correspondentes).

Os pacientes devem se abster de relações sexuais e evitar contaminação dos olhos, além de bebidas alcoólicas (irritante de mucosa), bem como a expressão da glande para evidenciação de possível secreção uretral.

Os pacientes devem ser aconselhados e estimulados a encaminhar todas as parceiras (ou parceiros) sexuais para atendimento médico, pois é elevado o risco de transmissão (90 a 97%).

É fundamental que todas as parceiras (ou parceiros), com sintomas ou não, de homens com infecções gonocócicas recebam prontamente o tratamento.

PORTADOR DO HIV

Pacientes infectados pelo HIV, devem ser tratados com os esquemas acima referidos.

8.3.1.4. Uretrite não gonocócica

TRATAMENTO

Azitromicina 1g, VO, dose única; ou

Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias; ou

Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias.

RECOMENDAÇÕES

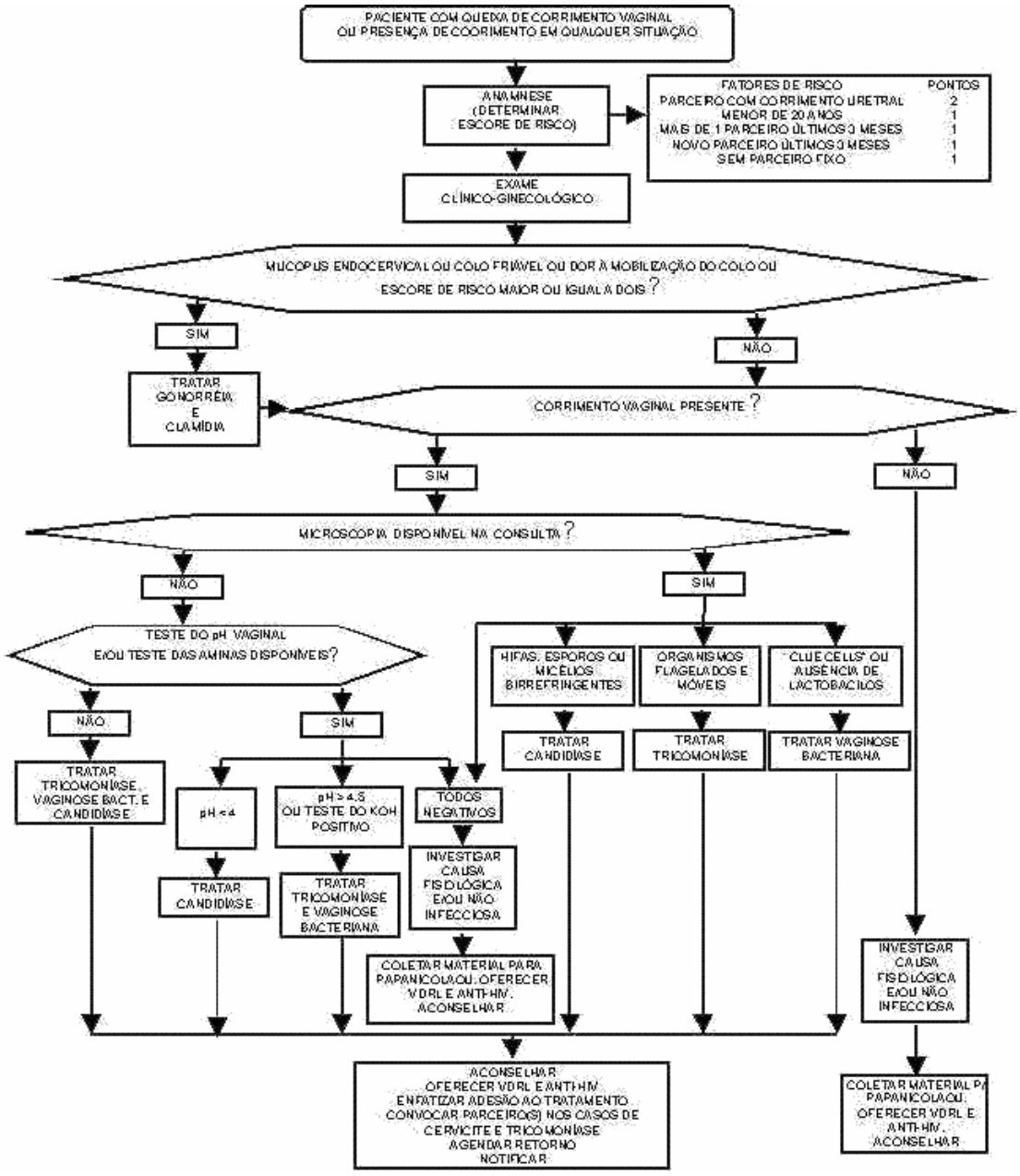
Devido à freqüente associação desta infecção com a uretrite gonocócica, recomenda-se o tratamento concomitante das mesmas.

As parceiras ou parceiros sexuais devem receber o mesmo regime de tratamento que os pacientes.

PORTADOR DO HIV

Pacientes infectados pelo HIV devem ser tratados com os esquemas acima referidos.

8.3.2. Corrimentos vaginais



8.3.2.1. Notas do fluxograma de corrimentos vaginais

PACIENTE COM QUEIXA DE CORRIMENTO VAGINAL OU PRESENÇA DE CORRIMENTO EM QUALQUER SITUAÇÃO

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está descrita a principal queixa da paciente ao se apresentar no serviço de saúde ou, estando a paciente no serviço, para ser atendida por qualquer outra queixa e for detectada a presença de corrimento.

8.3.2.2. Anamnese (determinação do escore de risco)

ESCORE DE RISCO

parceiro com corrimento uretral = 2

idade menor que 20 anos = 1

sem parceiro fixo = 1

mais de um parceiro nos últimos três meses = 1

novo parceiro nos últimos três meses = 1

8.3.2.3. tratar infecção por clamídia e gonorréia

CLAMÍDIA	**Mais**	**GONORRÉIA**
Azitromicina 1g, VO, em dose única; **ou** **Doxiciclina** **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias (contra-indicado em gestantes e nutrizes); **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias		**Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); **ou** **Ciprofloxacina** **Ciprofloxacina** 500mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); **ou** **Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou** **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou** **Tianfenicol** 2,5g, VO, dose única.

Gestantes ou Nutrizes:

CLAMÍDIA	**mais**	**GONORRÉIA**
Amoxicilina 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; **ou** 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; **ou** **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias; **ou** **Eritromicina (estearato)** 250mg, VO, de 06/06 horas, por 14 dias (casos de sensibilidade gástrica); **ou** **Azitromicina** 1 g, VO, dose única.		**Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou** 400mg, VO, dose única; **ou** **Ceftriaxona** 250mg, IM, dose única; **ou** **Espectinomicina** 2g IM, dose única. 2g IM, dose única.

Parceiros:

CLAMÍDIA	mais	GONORRÉIA
Azitromicina 1 g, VO, dose única.		**Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única

8.3.2.4. Tratar tricomoníase

- ✓ **Metronidazol** 2 g, VO, dose única, **ou**
- ✓ **Tinidazol** 2 g, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Metronidazol** 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Secnidazol** 2 g, VO, dose única.
- ✓ **Gestantes:** tratar somente após completado o primeiro trimestre com **Metronidazol** 2 g, VO, dose única.

Nutrizes:

- ✓ **Metronidazol Gel** a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 12/12 horas, por 5 dias; **ou**
- ✓ **Metronidazol** 2g, VO, dose única (suspender o aleitamento, diretamente no peito, por 24 horas. Neste período, a mulher deverá ser orientada quanto a retirada e armazenamento do leite, a fim de garantir a nutrição do bebê).

Parceiros: tratar sempre, no mesmo período que a paciente, e com o mesmo medicamento, em dose única.

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observações:

- ✓ Para alívio dos sintomas, pode-se associar o tratamento tópico com **Metronidazol Gel** 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias.

- ✓ Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e se caracteriza por mal-estar, náusea, tontura e "gosto metálico na boca")

- ✓ O tratamento tópico é indicado nos casos de intolerância aos medicamentos via oral, e nos casos de alcoolatria.

- ✓ A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, estas podem estar associadas à tricomoníase. Nesses casos, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 2 a 3 meses, para avaliar se há persistência dessas alterações.

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

- ✓ Manter o tratamento se a paciente menstruar.

8.3.2.5. Tratar vaginose bacteriana

- ✓ **Metronidazol** 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**

- ✓ **Metronidazol** 2g, VO, dose única; **ou**

- ✓ **Tinidazol** 2g, VO, dose única; **ou**

- ✓ **Tianfenicol** 2,5g/ dia, VO, por 2 dias; **ou**

- ✓ **Secnidazol** 2g, VO, dose única; **ou**

- ✓ **Metronidazol Gel** 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; **ou**

- ✓ **Clindamicina** 300mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**

- ✓ **Clindamicina** creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado em gestantes).

Gestantes:

- ✓ **Metronidazol** 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o primeiro trimestre); **ou**
- ✓ **Metronidazol** 2 g, VO, dose única (somente após completado o primeiro trimestre); **ou**
- ✓ **Clindamicina** 300 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; **ou**
- ✓ **Metronidazol Gel** 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias (uso limitado em gestantes, tendo em vista insuficiência de dados quanto ao seu uso nesta população).

Em caso de gestação de Alto Risco, encaminhar para ginecologista que acompanha a paciente.

Parceiros: não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

8.3.2.6. Tratar tricomoníase e vaginose bacteriana (ao mesmo tempo)

- ✓ **Metronidazol** 500mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; **ou**
- ✓ **Metronidazol** 2 g, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Tinidazol** 2 g, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Secnidazol** 2 g, VO, dose única.

Gestantes: tratar após o primeiro trimestregestacional com **Metronidazol** 250mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias

Parceiros: Metronidazol 2g, VO, dose única 2g.

8.3.2.7. Tratar candidíase

- ✓ **Miconazol**, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**,
- ✓ **Miconazol**, óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; **ou**
- ✓ **Miconazol**, óvulos de 100 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Tioconazol** creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; **ou**
- ✓ **Isoconazol** (Nitrato), creme a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Terconazol** creme vaginal a 0,8%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias; **ou**
- ✓ **Clotrimazol**, creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; **ou**
- ✓ **Clotrimazol**, óvulos de 500mg, aplicação única, via vaginal; **ou**
- ✓ **Clotrimazol**, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, 2 vezes por dia, por 3 dias; **ou**
- ✓ **Clotrimazol**, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Nistatina** 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.

Para alívio do prurido (se necessário): fazer imbrocação vaginal com violeta de genciana a 2%.

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle; nestes casos, devem-se investigar causas sistêmicas predisponentes. Tratar com:

- ✓ **Itraconazol** 200mg, VO, de 12/12h, só duas doses; **ou**
- ✓ **Fluconazol** 150mg, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Cetoconazol** 400mg, VO, por dia, por 5 dias.

Gestantes: A candidíase vulvovaginal é muito comum no transcorrer da gravidez, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelece nesse período. Qualquer um dos tratamentos tópicos acima relacionados pode ser usado em gestantes; deve ser dada preferência ao Miconazol, Terconazol ou Clotrimazol, por um período de 7 dias. Não deve ser usado nenhum tratamento sistêmico.

Parceiros: não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Observações:

- ✓ Em mulheres que apresentam 4 ou mais episódios por ano, devem ser investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticóides.
- ✓ Sempre orientar quanto à higiene adequada e uso de roupas que garantam boa ventilação.

8.3.2.8. Vulvovaginites

Etiologia

- ✓ Infecções: bacteriana, viral, fúngica.
- ✓ Infestações: protozoários, metazoários.
- ✓ Hormonais
- ✓ Neoplásicas
- ✓ Alérgicas
- ✓ Traumáticas
- ✓ Idiopáticas (psicossomáticas)

8.3.2.9. Vaginose bacteriana

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes três dos seguintes critérios, ou apenas os dois últimos:

- ✓ corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável;

- ✓ pH vaginal maior que 4,5;
- ✓ teste das aminas positivo;
- ✓ presença de "clue cells" no exame bacterioscópico, associada à ausência de lactobacilos.

Tratamento

- ✓ **Metronidazol** 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Metronidazol** 2g, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Tinidazol** 2g, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Tianfenicol** 2,5g/ dia, VO, por 2 dias; **ou**
- ✓ **Secnidazol** 2g, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Metronidazol Gel** 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; **ou**
- ✓ **Clindamicina** 300mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Clindamicina** creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado em gestantes).

Gestantes

- ✓ **Metronidazol** 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o 1º trimestre); **ou**
- ✓ **Metronidazol** 2 g, VO, dose única (somente após completado o primeiro trimestre); **ou**
- ✓ **Clindamicina** 300 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; **ou**
- ✓ **Metronidazol Gel** 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias (uso limitado em gestantes, tendo em vista insuficiência de dados quanto ao seu uso nesta população).

Parceiros

Não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Observações:

- ✓ Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, "gosto metálico na boca").
- ✓ Tratamento tópico é indicado nos casos de alcoolatria.

8.3.2.10. Candidíase vulvovaginal

Conceito e agentes etiológicos

Os fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal são:

- ✓ gravidez;
- ✓ diabetes melitus (descompensado);
- ✓ obesidade;
- ✓ uso de contraceptivos orais de altas dosagens;
- ✓ uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores;
- ✓ hábitos de higiene e vestuário inadequados (diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local);
- ✓ contato com substâncias alergenas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes); e
- ✓ alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive a infecção pelo HIV.

observações:

- ✓ O simples achado de cândida na citologia oncótica em uma paciente assintomática, não permite o diagnóstico de infecção clínica, e, portanto, não justifica o tratamento.
- ✓ Nos casos de candidíase recorrente, a mulher deve ser aconselhada e orientada a realizar o teste anti-HIV, além de serem investigados os fatores predisponentes citados anteriormente.

Tratamento

- ✓ **Miconazol**, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**,
- ✓ **Miconazol**, óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; **ou**
- ✓ **Miconazol**, óvulos de 100 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Tioconazol** creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; **ou**
- ✓ **Isoconazol** (Nitrato), creme a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Terconazol** creme vaginal a 0,8%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias; **ou**
- ✓ **Clotrimazol**, creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 6 a 12 dias; **ou**,
- ✓ **Clotrimazol**, óvulos de 500mg, aplicação única, via vaginal; **ou**
- ✓ **Clotrimazol**, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, 2 vezes por dia, por 3 dias; **ou**
- ✓ **Clotrimazol**, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Nistatina** 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle; nestes casos, deve-se investigar causas sistêmicas predisponentes. Tratar com:

- ✓ **Itraconazol** 200mg, VO, de 12/12h, só duas doses; **ou Fluconazol** 150mg, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Cetoconazol** 400mg, VO, por dia, por 5 dias.

Para alívio do prurido (se necessário): embrocação vaginal com violeta de genciana a 2%.

Gestantes

A candidíase vulvovaginal é muito comum no transcorrer da gravidez, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelece nesse período.

Qualquer um dos tratamentos tópicos acima relacionados pode ser usado em gestantes; deve ser dada preferência ao Miconazol, Terconazol ou Clotrimazol, por um período de 7 dias. Não deve ser usado nenhum tratamento sistêmico.

Parceiros

Não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Observações

- ✓ Em mulheres que apresentam 4 ou mais episódios por ano, devem ser investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, infecção pelo HIV, uso de corticóides.
- ✓ Sempre orientar quanto à higiene adequada e uso de roupas que garantam boa ventilação.

8.3.2.11. Tricomoníase genital

Características clínicas

- ✓ corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso, com mau-cheiro;
- ✓ prurido e/ou irritação vulvar;
- ✓ dor pélvica (ocasionalmente);
- ✓ sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- ✓ hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa;
- ✓ teste de Schiller positivo (iodo negativo ou "onçóide").

Observações:

- ✓ Mais da metade das mulheres portadoras de tricomoníase vaginal são completamente assintomáticas.
- ✓ O simples achado de *Trichomonas vaginalis* em uma citologia oncótica de rotina impõe o tratamento da mulher e também do seu parceiro sexual, já que se trata de uma DST.
- ✓ A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, estas podem estar associadas à tricomoníase. Nesses casos, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 2 a 3 meses, para avaliar se há persistência dessas alterações.

Tratamento

- ✓ **Metronidazol** 2 g, VO, dose única, **ou** 2 g, VO
- ✓ **Tinidazol** 2 g, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Metronidazol** 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Secnidazol** 2 g, VO, dose única.

Gestantes

Tratar somente depois de completado o primeiro trimestre, com **Metronidazol** 2 g, VO, dose única.

Nutrizes

- ✓ **Metronidazol Gel** a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; **ou**
- ✓ **Metronidazol** 2g, VO, dose única (suspender o aleitamento, diretamente no peito, por 24 horas. Neste período, a mulher deverá ser orientada quanto a retirada e armazenamento do leite, a fim de garantir a nutrição do bebê).

Parceiros

Tratar sempre, ao mesmo tempo em que a paciente, e com o mesmo medicamento e dose.

Observações

- ✓ Para alívio dos sintomas, pode-se associar o tratamento tópico com **Metronidazol Gel** a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias.
- ✓ Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, "gosto metálico na boca").
- ✓ O tratamento tópico é indicado nos casos de intolerância aos medicamentos via oral, e nos casos de alcoolatria.
- ✓ A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, estas podem estar associadas à tricomoníase. Nestes casos deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 2 a 3 meses, para avaliar se há persistência dessas alterações.
- ✓ Durante o tratamento, deve-se suspender as relações sexuais.

8.3.2.12. Cervicite mucopurulenta

Tratamento

Dada impossibilidade da realização dos procedimentos diagnósticos no momento da consulta e à alta prevalência de gonococos e clamídia nas cervicites ou endocervicites, além da necessidade de se prevenir as seqüelas da DIP, preservando-se assim a saúde reprodutiva da mulher, justifica-se o tratamento combinado:

- ✓ **Azitromicina**, 1g, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias (contra-indicado em gestantes e nutrizes); **ou**
- ✓ **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias
- ✓ **mais**
- ✓ **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos);**ou**
- ✓ **Ciprofloxacina** 500 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); **ou**
- ✓ **Cefixima** 400 mg, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou**

- ✓ **Tianfenicol** 2,5g, VO, dose única.

Gestantes

A infecção gonocócica na gestante poderá estar associada a um maior risco de prematuridade, rotura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intra-uterino e febre puerperal. No recém-nascido, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo haver ainda septicemia, artrite, abcessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.

A infecção por clamídia durante a gravidez poderá estar relacionada a partos prematuros, ruptura prematura de membranas, endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonias do recém-nascido. O recém-nascido de mães com infecção da cérvix por clamídia corre alto risco de adquirir a infecção durante a passagem pelo canal de parto. A transmissão intra-uterina não é suficientemente conhecida.

O tratamento da gestante deve ser feito com:

- ✓ **Amoxicilina** 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias; **ou**
- ✓ **Eritromicina (estearato)** 250mg, VO, de 06/06 horas, por 14 dias (casos de sensibilidade gástrica); **ou**
- ✓ **Azitromicina** 1 g, VO, dose única.
- ✓ **mais**
- ✓ **Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou**
- ✓ **Ceftriaxona** 250mg, IM, dose única; **ou**
- ✓ **Espectinomicina** 2g IM, dose única. 2g IM, dose única.

Parceiros:

- ✓ **Azitromicina**, 1g, VO, dose única,
- ✓ **mais**
- ✓ **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única.

8.3.2.13. Pediculose pubiana

Tratamento e recomendações

Seguir as mesmas indicações da escabiose.

8.3.2.14. Escabiose

Tratamento

Monossulfiram a 25%:

- ✓ deve ser diluído em água (para crianças em 3 vezes o volume em água, para adultos em 2 vezes);
- ✓ o medicamento deve ser aplicado à noite, após o banho prévio, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e, no homem, a região genital;
- ✓ deixar agir por 12 horas, e repetir após 24 horas, num total de 3 aplicações;
- ✓ pode ser usado mesmo se houver infecção secundária;
- ✓ não ingerir bebida alcoólica durante seu uso.

Enxofre precipitado a 5 - 10%:

- ✓ aplicar à noite após banho prévio, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e, no homem, a região genital. Deixar agir por 12 horas, lavar e repetir o processo após 24 horas, num total de 3 aplicações. Mais indicado para crianças até 5 anos e gestantes;
- ✓ preparado em creme ou vaselina, é pouco irritante;
- ✓ pode ser usado mesmo se houver infecção secundária.

Benzoato de benzila a 25%

- ✓ o medicamento deve ser aplicado à noite, após banho prévio, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e, no homem a região genital;
- ✓ deixar agir por 12 horas, e repetir após 24 horas, num total de 3 aplicações;
- ✓ se houver infecção secundária e/ou eczematização, estas devem ser previamente tratadas antes da aplicação.

Gamabenzeno hexaclorado a 1%:

- ✓ pode ser usado em loção ou creme, 1 única aplicação. Deve ser evitado em gestantes e lactentes (absorção sistêmica). Evitar o banho prévio. Retirar com o banho após 8 a 12 horas da aplicação;
- ✓ se houver infecção secundária e/ou eczematização, estas devem ser previamente tratadas antes da aplicação.

Deltametrina (derivado das piretrinas)

- ✓ o medicamento deve ser aplicado à noite, após banho prévio do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e, no homem, a região genital;
- ✓ deixar agir por 12 horas, e repetir após 24 horas num total de 3 aplicações.
- ✓ se houver infecção secundária e/ou eczematização, estas devem ser previamente tratadas antes da aplicação.

Recomendações

- ✓ Repetir o esquema 7 dias após.
- ✓ As roupas de cama e de uso pessoal devem ser bem lavadas, expostas ao sol e passadas com ferro. Não há necessidade de serem fervidas.
- ✓ Todas as pessoas que convivem no mesmo ambiente devem ser igualmente tratadas.

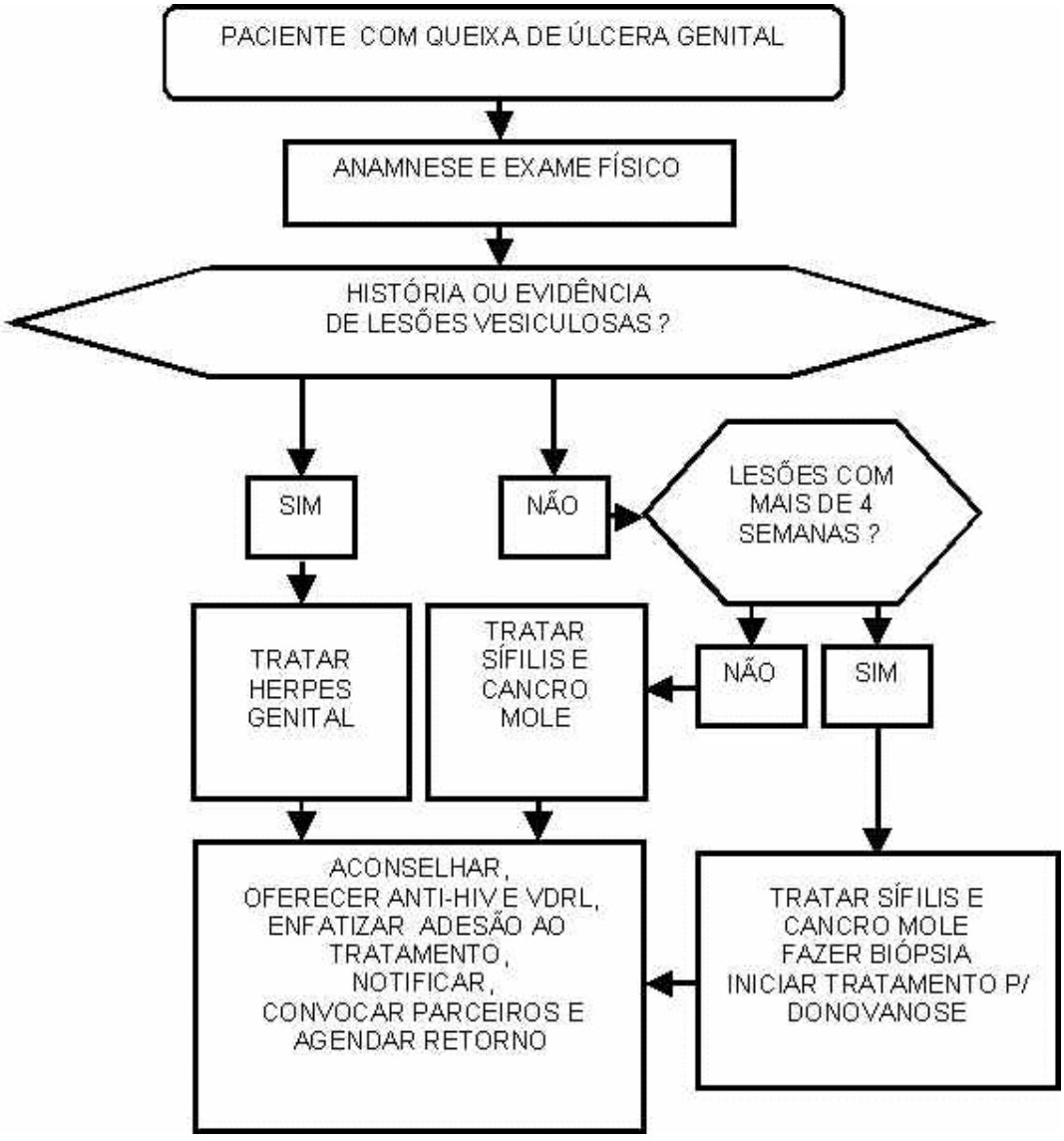
Gestante

- ✓ **Enxofre precipitado** a 5-10%: aplicação tópica à noite, por 3 dias, conforme orientado acima. a 5-10%: aplicação tópica à noite, por 3 dias, conforme orientado acima.
- ✓ **Benzoato de benzila** a 25%: aplicação tópica à noite, por 3 dias, conforme orientado acima. a 25%: aplicação tópica à noite, por 3 dias, conforme orientado acima.

Portador do hiv

Pacientes imunodeprimidos, pela infecção pelo HIV ou outro motivo, tem maior risco para infecção dermatológica disseminada (sarna norueguesa). Esses pacientes devem, portanto, ser referidos para especialistas.

8.3.3. Úlceras genitais



8.3.3.1. Notas do fluxograma de úlcera genital

Paciente com queixa de úlcera genital

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está representada a principal queixa do paciente ao se apresentar no serviço de saúde.

8.3.3.2. Tratar sífilis e cancro mole

Como o diagnóstico laboratorial imediato não é conclusivo e nem sempre está disponível, recomenda-se o tratamento para as duas causas mais freqüentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole:

SÍFILIS		CANCRO MOLE
Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega); **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (para os pacientes) comprovadamente alérgicos à penicilina – ver capítulo específico sobre alergia à penicilina a seguir)	**Mais**	**Azitromicina** 1g VO em dose única; **ou** **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou** **Tianfenicol** 5g,VO, dose única; **ou** **Ciprofloxacina** 500mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 12 anos); **ou** 500mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 12 anos); **ou** **Doxiciclina** 100 mg, VO, de12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrizes); **ou** **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, por 15 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes); **ou** **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160mg), VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.

Gestantes: tratar sífilis e cancro mole respectivamente com:

- ✓ **Penicilina G Benzatina**, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única,

mais

- ✓ **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias ou até a cura clínica.

Gestantes: Encaminhar ao gineco-obstetra em caso de diagnóstico de Sífilis (Alto Risco).

LESÕES COM MAIS DE 4 SEMANAS?

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas é possível que esteja ocorrendo um quadro crônico compatível com donovanose ou outras patologias, como neoplasias. *Encaminhar para especialista.*

8.3.4. Sífilis

TRATAMENTO

Sífilis primária:

- **Penicilina Benzatina** 2.4 milhões UI, IM, em dose única (1.2 milhão U.I. em cada glúteo).

Sífilis recente secundária e latente:

- **Penicilina Benzatina** 2.4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4.8 milhões U.I.

Sífilis tardia (latente e terciária):

- **Penicilina Benzatina** 2.4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7.2 milhões U.I.

Gestantes: Encaminhar ao gineco-obstetra em caso de diagnóstico de Sífilis (Alto Risco).

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

As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas. Na impossibilidade, deve ser administrada a eritromicina na forma de seu estearato; ao utilizar-se esta última não se deve considerar o feto tratado.

É importante observar o capitulo “ALERGIA À PENICILINA”.

RECOMENDAÇÕES

- ✓ Os pacientes com manifestações neurológicas e cardiovasculares devem ser hospitalizados e receber esquemas especiais de penicilinoterapia, portanto deverão ser **acompanhados pelo médico**.
- ✓ Com o objetivo de prevenir lesões irreversíveis da sífilis terciária, recomenda-se que os casos de sífilis latente com período de evolução desconhecido, e os portadores do HIV, sejam tratados como sífilis latente tardia.
- ✓ Os pacientes com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) podem ser dessensibilizados ou então receberem tratamento com eritromicina (estearato ou estolato), 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente, e por 30 dias para a sífilis tardia; a tetraciclina é indicada na mesma dosagem, porém é contra-indicada em gestantes e nutrizes. Também pode ser usada a doxiciclina, 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 15 dias, na sífilis recente, e por 30 dias na sífilis tardia; porém estes medicamentos, com exceção da eritromicina (estearato), são contra-indicados em gestantes e nutrizes e todas estas drogas exigem estreita vigilância, por apresentarem menor eficácia.
- ✓ Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de 3 em 3 meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses. Elevação a duas diluições acima do último título do VDRL, justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas.
- ✓ É importante observar o capitulo “ALERGIA À PENICILINA”.

Tratamento da sífilis adquirida:

- ✓ Ver tratamento referido anteriormente no capítulo específico de sífilis.
- ✓ Reforçar a orientação para que as pacientes, e seus parceiros, evitem relações sexuais quando em tratamento, e só as tenham usando preservativo.
- ✓ Realizar controle de cura trimestral por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento, manutenção ou declínio dos títulos. Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de 3 em 3 meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses. Elevação a

duas diluições acima do último título do VDRL, justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas.

- ✓ Reiniciar o tratamento em caso de interrupção ou se houver quadruplicação dos títulos do VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8).
- ✓ Mulheres com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) podem ser dessensibilizados ou então receberem tratamento com eritromicina (estearato/estolato), 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente e por 30 dias para a sífilis tardia; a tetraciclina é indicada na mesma dosagem e também pode ser usada a doxiciclina, 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 15 dias, na sífilis recente, e por 30 dias na sífilis tardia; porém estes medicamentos, com exceção da eritromicina (estearato), são contra-indicados em gestantes e nutrizes e todas estas drogas exigem estreita vigilância (seguimento dos casos e parceiros), por apresentarem menor eficácia.

8.3.5. Cancro mole

TRATAMENTO

- ✓ **Azitromicina** 1g VO em dose única; **ou**
- ✓ **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou**
- ✓ **Tianfenicol** 5g,VO, dose única; **ou**
- ✓ **Ciprofloxacina** 500mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 12 anos); **ou**
- ✓ **Doxiciclina** 100 mg, VO, de12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrizes); **ou**
- ✓ **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, por 15 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes); **ou**
- ✓ **Sulfametoxazol** / **Trimetoprim (160 e 800 mg)**, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; **ou**
- ✓ **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.

O tratamento sistêmico deve ser sempre acompanhado por medidas de higiene local.

Recomendações:

- ✓ O paciente deve ser reexaminado 3-7 dias após iniciada a terapia, devendo, ao fim desse período, haver melhora dos sintomas e da própria lesão.
- ✓ O seguimento do paciente deve ser feito até a involução total das lesões.
- ✓ Deve ser indicada a abstinência sexual até a resolução completa da doença.
- ✓ Tratamento dos parceiros sexuais está recomendado, mesmo que a doença clínica não seja demonstrada, pela possibilidade de existirem portadores assintomáticos, principalmente entre mulheres.
- ✓ É muito importante excluir a possibilidade da existência de sífilis associada pela pesquisa de *Treponema pallidum* na lesão genital e/ou por reação sorológica para sífilis, no momento e 30 dias após o aparecimento da lesão.
- ✓ A aspiração, com agulha de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos, pode ser indicada, mas deve ser feita por médico, para alívio de linfonodos tensos e com flutuação.
- ✓ São contra-indicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

Gestante

Aparentemente a doença não apresenta uma ameaça ao feto ou ao neonato. Apesar disso, permanece a possibilidade teórica. Não se deve esquecer que 12 a 15% das lesões típicas do cancro mole são infecções mistas com *H. ducreyi* e *T. pallidum*.

Tratamento:

- ✓ **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 10 dias. Nas pacientes que não responderem ao tratamento, administrar Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.

8.3.6. Linfogranuloma venéreo

Tratamento

- ✓ **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 21 dias; **ou**
- ✓ **Eritromicina** (estearato) 500mg, VO, de 6/6 horas, por 21 dias; **ou**
- ✓ **Sulfametoxazol** / **Trimetoprim (160 mg e 800 mg)**,, VO, de 12/12 horas, por 21 dias; **ou**,

- ✓ **Tianfenicol** 500 mg, VO, de 8/8 horas, por 14 dias.

Parceiros

Os parceiros sexuais devem ser examinados e tratados se tiver havido contato sexual com o paciente nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas.

Observações

- ✓ A antibioticoterapia não apresenta um efeito dramático na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são freqüentemente erradicados de modo rápido.
- ✓ Os antibióticos não revertem as seqüelas, como estenose retal ou elefantíase genital.
- ✓ A adequada terapêutica é associada ao declínio dos títulos de anticorpos.
- ✓ Se não houver resposta clínica após 3 semanas de tratamento, deve ser reiniciado o tratamento com outro medicamento.
- ✓ Aqueles bubões que se tornarem flutuantes podem ser aspirados com agulha calibrosa, que deve ser feita por médico e não devem ser incisados cirurgicamente.

Gestante

- ✓ **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 6/6 horas, por 21dias.

8.3.7. Donovanose

Tratamento

- ✓ **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas); **ou**
- ✓ **Sulfametoxazol** / **Trimetoprim (160 mg e 800 mg)**, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas); **ou**
- ✓ **Ciprofloxacina** 750mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica; **ou**
- ✓ **Tianfenicol granulado**, 2,5 g, VO, dose única, no primeiro dia de tratamento; a partir do segundo dia, 500 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica; **ou**
- ✓ **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 6/6 horas, até a cura clínica (no mínimo 3 semanas).

Observação: não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com a ciprofloxacina ou a eritromicina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1mg/kg/dia, EV, de 8 em 8 horas.

Recomendações

- ✓ A resposta ao tratamento é avaliada clinicamente; o critério de cura é o desaparecimento da lesão.
- ✓ As seqüelas deixadas por destruição tecidual extensa, ou por obstrução linfática, podem exigir correção cirúrgica.
- ✓ Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento dos parceiros sexuais.

Gestantes

Doença de baixa incidência em nosso meio. Não foi relatada infecção congênita resultante de infecção fetal.

A gestante deve ser tratada com:

- ✓ **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 6/6 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas).

Observação: no tratamento da gestante a adição da gentamicina deve ser considerada desde o início.

Violência sexual e DST

Cuidados Profiláticos

- ✓ Durante o aconselhamento, as pacientes devem ser informadas sobre os efeitos físicos e psicológicos do abuso sexual e da necessidade de:

- ✓ profilaxia da gravidez (nos casos de coito desprotegido em pacientes em período fértil);
- ✓ início da antibioticoprofilaxia para DST;
- ✓ coleta imediata de sangue para sorologia para sífilis e HIV (para conhecimento do estado sorológico no momento do atendimento para posterior comparação); e
- ✓ agendamento do retorno para acompanhamento psicológico e realização de sorologia para sífilis (após 30 dias) e para o HIV (após no mínimo 3 meses).
- ✓ O atendimento da(o) paciente deve ser multiprofissional.

Prevenção da Gravidez Indesejada

A anticoncepção pós-coital ou de emergência é uma medida essencial no atendimento de pacientes que sofreram estupro. A possibilidade de ocorrer concepção em um único coito sem proteção num dia qualquer do ciclo menstrual é de 2 a 4%, sendo este risco aumentado no período fértil. O método de Yuzpe é o mais utilizado e consiste na administração oral da associação de estrogênios e progestagênios, iniciados até 72 horas após o coito desprotegido. Existem no Brasil comprimidos contendo a associação de Etinilestradiol (0,05 mg) e Levonorgestrel (0,25 mg); utilizar 2 comprimidos a cada 12 horas, em duas doses (dose total de 0,2 mg de Etinilestradiol e de 1,0 mg de Levonorgestrel). Outra opção é a utilização de 0,24 mg de Etinilestradiol e 1,2mg de Levonorgestrel, divididos em duas doses iguais, iniciando até 72 horas após o coito. Neste caso, prescrever os contraceptivos hormonais orais contendo 0,03 mg de Etinilestradiol e 0,15 mg de Levonorgestrel (4 comprimidos a cada 12 horas, em duas doses).

Observação: em casos de falha, quando do estupro resultar a gravidez, se for desejo da paciente, o abortamento é previsto em Lei e poderá ser feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando encaminhado por médico.

Quando disponível o laboratório, deverão ser colhidos espécimes de vagina e endocérvice para exame direto à fresco e corado pelo Gram, para cultura em meio Thayer-Martin e para imunofluorescência direta; deverão ser colhidos espécimes da endocérvice e reto para possível detecção de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis.*

Profilaxia das DST

Para a maioria das DST não virais:

- ✓ **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única, (em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos usar **Cefixima** 400mg, VO, dose única) **mais**
- ✓ **Azitromicina** 1g, VO, dose única (em gestantes e nutrizes usar **Amoxicilina** 500 mg, VO, de 8/8 h, por 7 dias) **mais**
- ✓ **Penicilina** G Benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única **mais**
- ✓ **Metronidazol** 2 g, VO, dose única (em gestantes tratar somente após completado o primeiro trimestre; em nutrizes suspender o aleitamento por 24 horas).

Para hepatite B:

Iniciar a vacinação no esquema de 3 doses e encaminhar imediatamente para um infectologista.

O tratamento e feito com gamaglobulina hiperimune (HBIG).

Observações:

- ✓ Em todos os casos proceder ao aconselhamento, colher sangue para VDRL e sorologia anti-HIV basais e agendar retorno para realização de VDRL após 30 dias e para sorologia anti-HIV após 3 a 6 meses.
- ✓ Não existe nenhum estudo na literatura mundial que comprove a eficácia do uso de qualquer agente anti-retroviral na quimioprofilaxia para o HIV após abuso sexual. Portanto esta situação não faz parte dos critérios de indicação para utilização de medicamentos anti-retrovirais do Ministério da Saúde.

Infecção pelo papilomavirus humano (hpv)

Agente etiológico

Associação de 15 tipos de HPV às doenças neoplásicas do colo uterino e seus precursores.

Classificação em função da associação com lesões graves	**Tipos de HPV**	Associação com lesões cervicais
Baixo risco	6, 11, 42, 43 e 44	20,2% em NIC de baixo grau, praticamente inexistentes em carcinomas invasores

Risco intermediário	31, 33, 35, 51, 52 e 58	23,8% em NIC de alto grau mas em apenas 10,5% dos carcinomas invasores
Alto risco	16	47,1% em NIC de alto grau ou carcinoma invasor
	18, 45 e 56	6,5% em NIC de alto grau e 26,8% em carcinoma invasor

DIAGNÓSTICO
Nesses casos recomenda-se encaminhar a(o) paciente para o ginecologista/urologista.

O TRATAMENTO DO CONDILOMA DEVERÁ SER FEITO PELO MÉDICO, O ENFERMEIRO PODERÁ FAZER SEGUIMENTO DOS CASOS DE HPV ASSINTOMÁTICOS.

9. PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

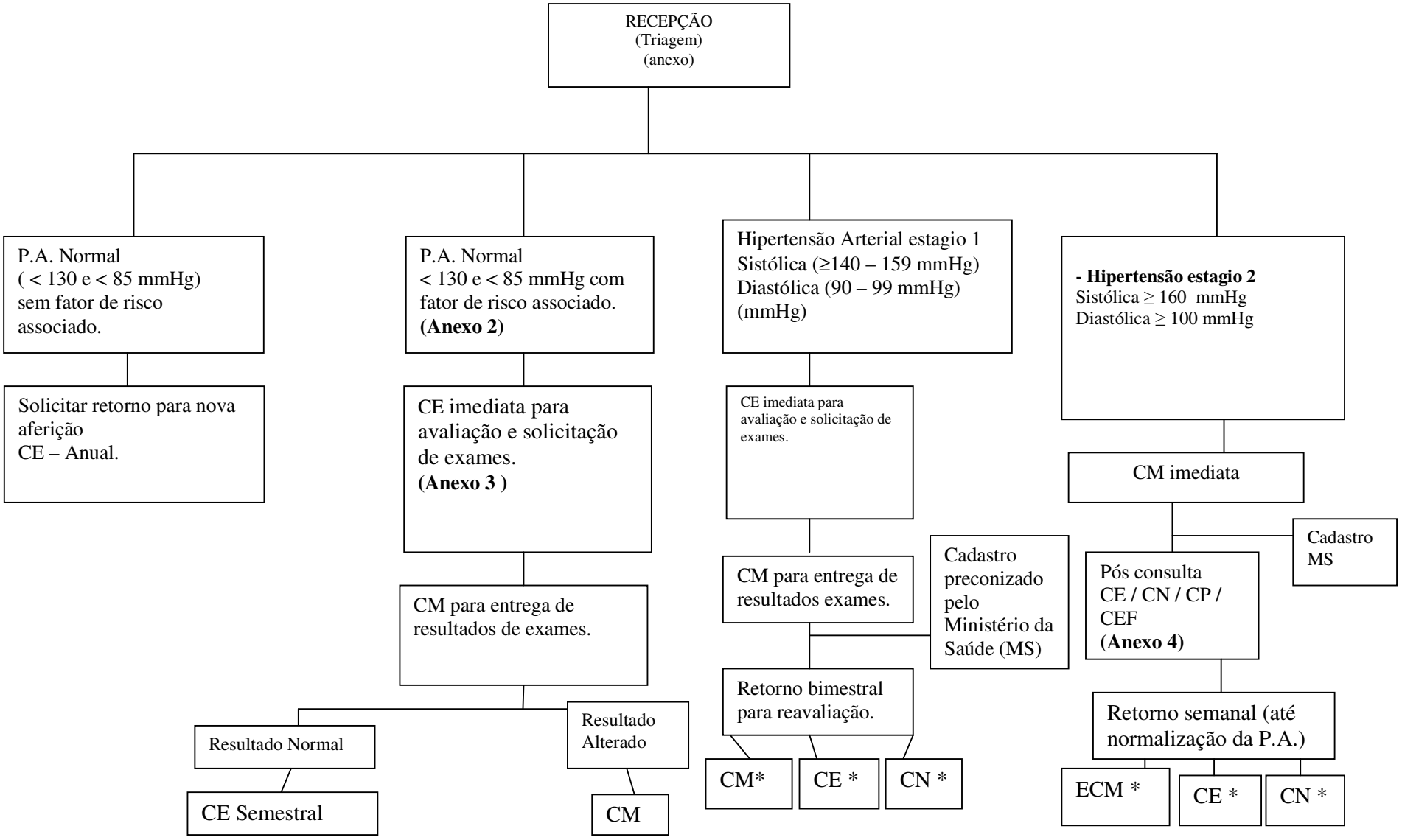
9.1.1. Introdução

A hipertensão arterial é uma doença multicausal e multifatorial. Sua prevenção, através do diagnóstico precoce e controle através do tratamento adequado, exigem diferentes abordagens profissionais para que os ensinamentos se processem e sejam transformados em mudanças de hábitos de vida da população.

Sabe-se que à atuação de equipe multiprofissional tem a vantagem de proporcionar ações diferenciadas, tais como: visão multidisciplinar do indivíduo, padronização do atendimento, troca de informações e conhecimentos, e com isso consegue-se uma maior adesão dos pacientes ao programa de Hipertensão e melhores resultados no tratamento.

Atualmente, define-se como Hipertensão Arterial é uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduo adultos que não estão em uso de medicação anti-hipertensiva (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, ano 2002).

O objetivo primordial do tratamento da Hipertensão Arterial é a redução da pressão arterial a nível de 140 / 90 mmHg, através de medidas não medicamentosas isoladas ou associadas a medicamentos anti-hipertensivos.



CM **= *Consulta Medicina*** *CE* **= *Consulta Enfermagem*** *CEF* **= *Consulta Educação Física*** *CP* **= *Consulta Psicologia***

CN **= *Consulta de Nutrição (alterações no peso; lipídios ou acido úrico, insuficiência renal ou diabetes)***

9.1.2. Anexo 1 - Triagem

São atendimentos realizados preferencialmente pelo enfermeiro ou pelos profissionais de enfermagem em um formulário próprio (Anexo I), para triagem de todas as pessoas que procuram o serviço de hipertensão arterial da unidade.

Durante a consulta serão tomadas as medidas antropométricas, e verificados os pulsos e a pressão arterial (1ª aferição no início da consulta e 2ª ao término da consulta, registrar os dois valores e considerar o valor pressórico mais alto para o seguimento do fluxograma). E de acordo com os dados coletados, o paciente será orientado para retorno bimestral, trimestral, semestral e ou anual, ou poderá ser inscrito no programa seguindo o fluxograma estabelecido pela equipe.

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (> 18 ANOS)

Classificação	**Pressão sistólica (mmHg)**	**Pressão diastólica (mmHg)**
Normal	< 120	< 80
Pré hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	≥160	≥100
O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.		

Fonte*:Cadernos de Atenção Básica nº15*

Hipertensão Arterial Sistêmica Ano 2006

PROGRAMA DE HIPERTENSÃO

TRIAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
Nome (sem abreviaturas) :		Data Nascimento:	Sexo: M___ F___
Nome da mãe (sem abreviaturas) :		Nome do pai:	
Raça / Cor:	Escolaridade:	Profissão:	Nacionalidade :
	Naturalidade:		Estado Civil

ENDEREÇO		
Rua :	Qd.	Lt.
Bairro:	Município:	
Telefone:	CEP:	

DADOS CLÍNICOS	
Pressão Arterial Sistólica e Diastólica (1ª Aferição): _____/_____	Cintura (cm) _____
Pressão Arterial Sistólica e Diastólica (2ª Aferição): _____/_____	Peso(kg) _____
Altura (cm) _____	Glicemia Capilar (mg/dl) ___Em jejum ____Pós-prandial____

Fatores de risco e Doenças concomitantes	**Não**	**Sim**	**Presença de Complicações**	**Não**	**Sim**
Diabetes Tipo 1			***AVC***		
Diabetes Tipo 2			***Doença Renal***		
Sobrepeso/Obesidade			***Doenças cardiovascular. Qual? Infarto do Miocárdio***		
Hipertensão Arterial			***Insuficiência Cardíaca***		

Antecedente familiar

Fatores de risco e Doenças concomitantes	**Não**	**Sim**	**Presença de Complicações**	**Não**	**Sim**
Diabetes Tipo 1			***AVC***		
Diabetes Tipo 2			***Doença Renal***		
Tabagismo			***Doença Vascular Periférica***		
Sedentarismo			***Insuficiência Cardíaca***		
Sobrepeso/Obesidade			***Infarto do Miocárdio***		
Hipertensão Arterial					

9.1.3. Anexo – 2 - Fatores de risco associados

- ✓ Diabetes Mellitus: Glicemia de Jejum > 126 e Glicemia Pós-Prandial > ou = 200 mg/dl ou glicemia casual > ou = 200 mg/dl com sintomas clássicos.
- ✓ Obesidade: IMC = **Peso** / **Altura** x **Altura** se > ou = a 25 Kg/m^2.
- ✓ Tabagismo;
- ✓ Dislipidemia;
- ✓ Sexo: Homens, Mulheres pós menopausa;
- ✓ História familiar de doença cardiovascular em:
  - Mulheres < de 65 anos de idade
  - Homens < de 55 anos de idade

9.1.4. Anexo – 3 - Consulta de enfermagem

ANAMNESE

Na anamnese do portador de pressão arterial normal com fator de risco associado ou o hipertenso deve ser considerados os seguintes pontos tópicos:

- ✓ Hábito de fumar, uso exagerado de álcool, ingestão excessiva de sal, aumento de peso, sedentarismo, estresse, antecedentes pessoais de: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, doença renal, doença cárdio-cerebrovascular, diabetes mellites e outras doenças associadas, e ainda história familiar destas doenças ou morte súbita.
- ✓ Utilização medicamentos que podem interferir no aumento da pressão arterial, tais como o uso de: anticoncepcionais, corticóides, antiinflamatórios não hormonais, estrógenos, descongestionantes nasais, anorexígenos (fórmulas para emagrecimento), ciclosporinas, eritropoetinas, cocaína, antidepressivos tricíclicos e inibidores da mono-aminooxidase.
- ✓ Sinais ou sintomas sugestivos de lesões em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de hipertensão arterial.
- ✓ Tratamento medicamentoso anteriormente realizado e reação às drogas utilizadas.

Deve-se estar atento para algumas possibilidades de causa secundária de hipertensão arterial – para as quais um exame clínico bem conduzido pode ser decisivo como;

- ✓ Pacientes com relato de hipertensão arterial de difícil controle e apresentando picos tensionais graves e freqüentes, acompanhados de rubor facial, cefaléia intensa e taquicardia, devem ser encaminhados à unidade de referência secundária.
- ✓ Pacientes nos quais a hipertensão arterial surge antes dos 30 anos, ou de aparecimento súbito após os 50 anos, sem história familiar para hipertensão arterial, também devem ser encaminhados para unidade de referência secundária, para investigação das causas, principalmente renovasculares.

O exame físico do portador de H. A. deve avaliar:

- ✓ Os pulsos carotídeos (inclusive com ausculta) e o pulso dos 4 membros.
- ✓ A pressão arterial em ambos os membros superiores, com o paciente deitado e/ou sentado e em pé (ocorrência de doença arterial oclusiva e de hipotensão postural);
- ✓ Cadastro no Hiperdia.

Exames laboratoriais

Quando possível, conforme o IV Consenso Brasileiro de HA e IV Diretrizes Brasileiras sobre Hipertensão Arterial, a avaliação laboratorial complementar mínima do portador de H. A deve constar dos seguintes exames que poderão ser solicitados pelo enfermeiro na 1ª consulta. :

- ✓ Urina (bioquímica e sedimento);
- ✓ Creatinina sérica;
- ✓ Potássio sérico;
- ✓ Glicemia de jejum;
- ✓ Colesterol total;
- ✓ Eletrocardiograma de repouso.

9.1.5. Anexo -4 - pós – Consulta médica (ce/cn/cp/cef)

As pós-consultas devem ser realizadas pela equipe multiprofissional, de acordo com o fluxograma apresentado anteriormente ou logo após o atendimento médico com os pacientes diagnosticados como hipertensos e inscritos no programa. Serão entregues os medicamentos prescritos pelo médico, reforçarda a importância do uso correto doe medicamentos à adoção de hábitos saudáveis de vida. Para se obter um bom controle da pressão e estimular a prevenção e o controle de complicações. Principalmente em idosos que são mais resistentes a mudança de hábitos.

ADENDOS:

Estratificação de risco e decisão terapeutica

	Risco baixo	**Risco moderado**	**Risco alto**
	Ausência de fatores de risco e ausência de lesões em órgãos alvo	Presença de fatores de risco, mas com ausência de lesões em órgãos alvo	Presença de fatores de risco e presença de lesões em órgãos alvo
PA normal	Reavaliar em 2 anos . Medidas de prevenção		
Pré hipertensão	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida*
Estagio 1	Mudança de estilo de vida (reavaliar em 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em 6 meses)	Tratamento medicamentoso
Estagio 2	Tratamento medicamentoso	Tratamento medicamentoso	Tratamento medicamentoso

* Tratamento medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabete.
**Tratamento medicamentoso se múltiplos fatores de risco.
Fonte: Caderno de Atenção Básica nº15 - Hipertensão Arterial Sistêmica

Princípios gerais no tratamento da hipertensão arterial

O tratamento da HA inclui as seguintes estratégias: educação em saúde, modificações dos hábitos de vida, envolvimento do indivíduo no processo terapêutico e, se necessário, medicamentos deverão ser prescrito pelo médico.

O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas).

O tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos portadores de H. A. deve ser individualizado, respeitando-se as seguintes situações:

- ✓ Idade do paciente;
- ✓ Presença de outras doenças;
- ✓ Capacidade de percepção da hipoglicemia e de hipotensão;
- ✓ Estado mental do paciente;
- ✓ Uso de outras medicações;
- ✓ Dependência de álcool ou drogas;
- ✓ Cooperação do paciente;
- ✓ Restrições financeiras.

Medida da pressão arterial

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Certificar-se de que o paciente:
   a) Não está com a bexiga cheia.
   b) Não praticou exercícios físicos.
   c) Não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes do procedimento. temperatura agradável
   d) Ambiente agradável (temperatura, ruídos,etc)
3. Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo com temperatura agradável;
4. Localizar a artéria braquial para palpação;
5. Colocar o manguito adequado firmemente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria branquial;
6. Manter o braço do paciente na à altura do coração;
7. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide;
8. Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso para estimação do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente.
9. Colocar o estetoscópio nos ouvidos com curvatura voltada para a frente;

10. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
11. Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento de medida;
12. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;
13. Proceder a deflação a velocidade inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a determinação da sistólica aumentar para 5 a 6 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente;
14. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff) que se intensifica com o aumento da velocidade de deflação;
15. Determinar a pressão sistólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff) exceto em condições especiais. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar o seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa;
16. Registrar os valores da pressão sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, tamanho do manguito, e o braço em que foi feita a mensuração. Deverá ser registrado sempre o valor da pressão obtido na escala do manômetro, que varia de 2 a 2 mmHg, evitando-se arredondamentos e valores de pressão terminados em 5;
17. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

9.2. Bibliografia

1. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial / Ano 2002.
2. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – Vol.13 nº1 – janeiro / fevereiro 2003.
3. I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatria da Sociedade Brasileira de Cardiologia.
4. Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.
5. Hipertensão – Revista da Sociedade Hipertensão - Vol. 6 nº 1 / 2003.
6. Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial – Ministério da Saúde.

10. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

Conceito

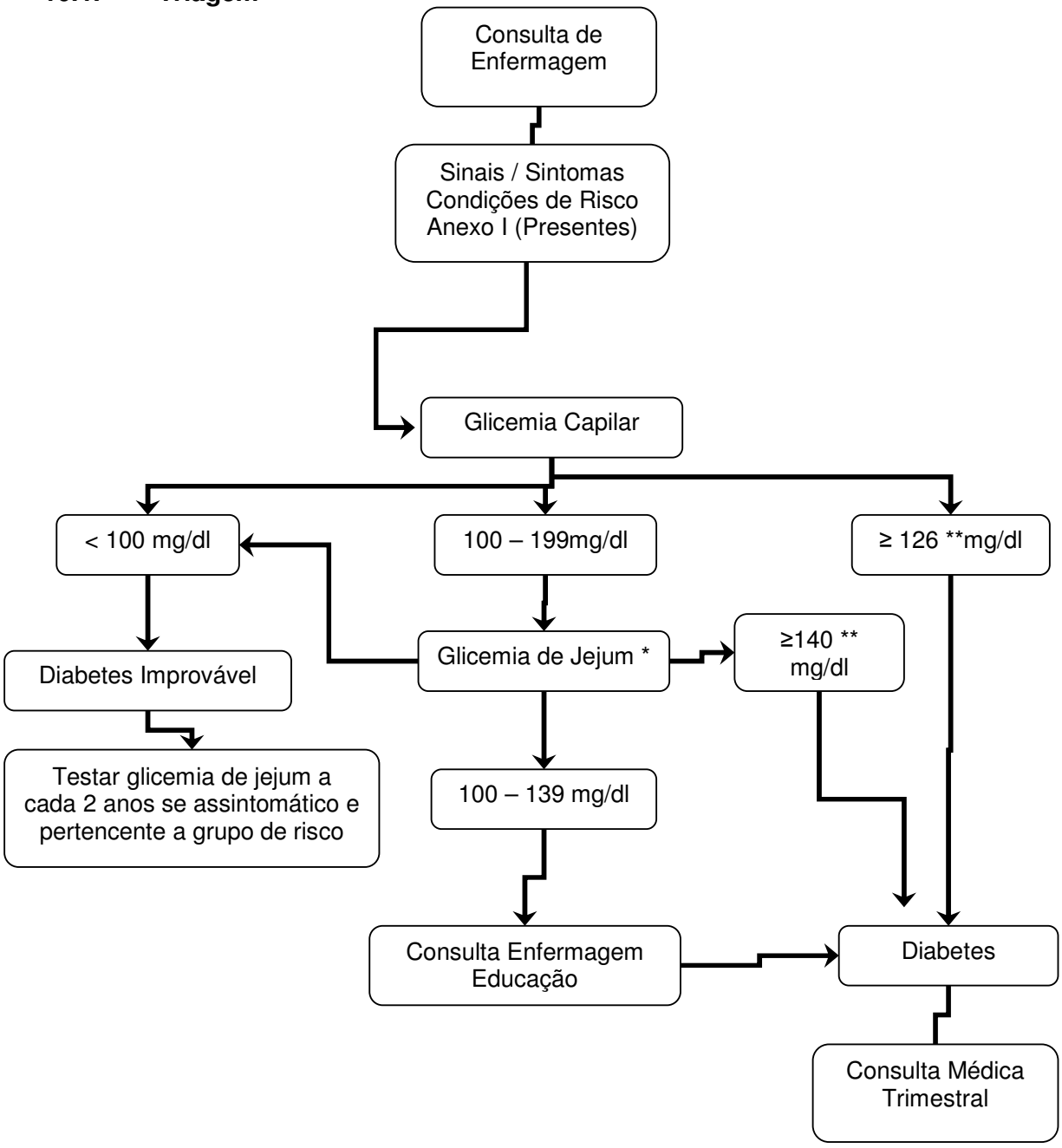
O Diabetes Mellitus é uma doença que exige toda uma vida de comportamentos especiais de auto cuidado para que a glicemia seja mantida o mais próximo possível da normalidade.

O controle inadequado do diabetes ao longo dos anos é uma doença que representa ameaça a vida do paciente , pois favorece o risco de doenças coronarianas , acidentes vasculares cerebrais, retinopatias , nefropatia , insuficiência vascular periférica, morte prematura , entre outras.

A obtenção do bom controle metabólico ao longo da vida não é fácil , pois o diabetes é uma doença imprevisível e também porque cada pessoa responde de maneira diferente ao tratamento, assim sendo , e considerando que a percentagem dos cuidados diários necessários ao tratamento do diabetes são realizados pelo paciente ou familiar . A educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração do diabético na sociedade , como recomenda a Organização Mundial De Saúde.

“A EDUCAÇÃO NÃO É SOMENTE PARTE DO TRATAMENTO DO DIABETES; É O PRÓPRIO TRATAMENTO.”

10.1. Triagem


Consulta de Enfermagem
Sinais / Sintomas Condições de Risco Anexo I (Presentes)
Glicemia Capilar
< 100 mg/dl
100 – 199mg/dl
≥ 126 **mg/dl
Diabetes Improvável
Glicemia de Jejum *
≥140 ** mg/dl
Testar glicemia de jejum a cada 2 anos se assintomático e pertencente a grupo de risco
100 – 139 mg/dl
Consulta Enfermagem Educação
Diabetes
Consulta Médica Trimestral

10.2. ANEXO I

QUANDO SUSPEITAR

Sinais / Sintomas	Condições de Risco
Poliúria – Nictúria	Idade≥ a 40 anos
Polidipsia – Boca Seca	História familiar
Polifagia	Obesidade (particularmente do tipo andróide)
Emagrecimento rápido	Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos ou de seus fatores de risco (hipertensão, dislipidemia, etc.)
Fraqueza – Astenia – Letargia	História prévia de diabetes, hiperglicemia ou glicosúria
Prurido vulvar – Balanopostite	Mães de recém-nascidos com mais de 4 Kg
Redução rápida da acuidade visual	Mulheres com antecedentes de abortos freqüentes , partos prematuros , mortalidade perinatal , poliidrâmnio
Encontro casual de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina	
Sinais ou sintomas relacionados às complicações do diabetes: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ilcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.	Uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides , anticoncepcionais , etc.)

10.3. Critérios para o diagnostico de diabetes e de regulação glicêmica alterada

Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada)
+ glicemia casual e ≥200mg/dl (realizada a qualquer hora do dia, independemente do horário das refeições);
=OU=
Glicemia de jejum ≥mg/dl*;
=OU=
Glicemia de 2 horas ≥ 200 mg/d; no teste de tolerância à glicose*

*Devem ser confirmados com nova glicemia

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº16 – Diabetes Mellitus

Interpretação dos resultadados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dl)	Glicemia 2h após TTG-75g (mg/dl)
Normal	< 110	<140
Hiperglicemia intermediária		
Glicemia de jejum alterada	110-125	
Tolerância á glicose diminuída		140-199
Diabetes Mellitus	≥126	≥200

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº16 – Diabetes Mellitus

10.3.1. Classificação

10.3.1.1. Diabete Tipo 1

- Indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina
- Maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens
- Início abrupto dos sintomas
- Pacientes magros
- Facilidade para cetose e grandes flutuações da glicemia
- Menor concentração familiar
- Deterioração clínica rápida se não tratado prontamente com insulina

* Alguns casos deste tipo podem apresentar uma fase pré-cetótica não-insulino dependente.

10.3.1.2. Diabete tipo 2

- Há uma deficiência relativa de insulina
- Maior incidência após os 40 anos
- Início insidioso dos sintomas, podendo permanecer assintomático por longos períodos
- 60% a 90% dos pacientes são obesos
- Cetose somente em situações de estresse; glicemia mais estável
- Concentração familiar freqüente
- Hiperglicemia mantida geralmente na faixa 250-300 mg / dl se não tratado

** Alguns destes podem comportar-se clinicamente como insulino dependentes pouco tempo após o diagnóstico.

a. – Diabetes Gestacional

- É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada**;**

10.3.1.3. Outros

1. Doenças pancreáticas[1]: pancreatite, neoplasias, hemocromatose, fibrose cística, etc.
2. Doenças endócrinas[2]: feocromocitoma, acromegalia, Cushing, glucagonoma, etc.
3. Latrogênico[2]: diuréticos, diazóxido, corticóides, contraceptivos, hormônios tiroidianos, hidantoinatos, aminas simpáticas, betabloqueadores

4. Formas raras [2]: anomalias do receptor insulínico (com ou sem acantose nigricans), doenças autoimunes, síndromes lipoatróficas, síndromes genéticas

[1] Comportamento clínico semelhante ao do insulino dependente.

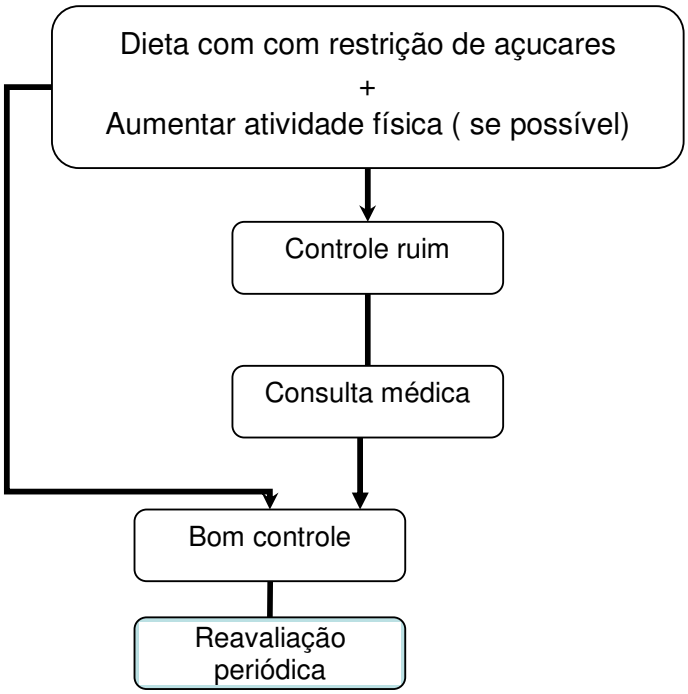
[2] Comportamento clínico geralmente semelhante ao do não-insulino dependente.

10.3.1.4. Tratamento

10.3.1.4.1. Principais objetivos do Tratamento

- Aliviar os sintomas
- Melhorar a qualidade de vida
- Prevenção de complicações agudas e crônicas
- Redução da mortalidade
- Tratamento das doenças associadas

10.3.1.4.2. Diabetico não-insulino dependente (tipo II)



10.3.1.4.3. Dieta

• O bom controle do diabetes não pode ser atingido sem uma alimentação adequada, podendo reduzir a hemoglobinaglicada entre 1-2%, e baseia-se nos mesmos princípios de uma alimentação saudável:

•Manter o peso adequado.

•Os alimentos devem ser distribuídos em 5 ou 6 refeições durante o dia, com horários regulares;

• Os carboidratos devem fornecer 50-60 % do total calórico, sendo principalmente do tipo complexo (amidos) e ricos em fibras.

•Baixa ingestão de gorduras saturadas (gorduras animais : banha, toucinho, pele de aves, etc). Ácidos graxos mono ou poli-insaturados (óleos vegetais, exceto o de coco, margarina, etc.) podem ser consumidos até 30-35 % do total de calorias, não exceder a 300mg/dia de colesterol.

•Evitar a sacarose para prevenir oscilações acentuadas de glicemia

•Restrição de ingestão de álcool, principalmente nos obesos, hipertensos e hipertrigliceridêmicos.

•As proteínas não devem exceder 15 % do total de calorias.

•A escolha dos alimentos deve ser orientada por lista com indicações daqueles que :

3. Devem ser evitados ;
4. Podem ser consumidos com moderação;
5. Não têm restrições.

•Os adoçantes artificiais calóricos (sorbitol e frutose, por exemplo) devem ser usados com moderação. Os não calóricos devem ser preferidos.

•Restrição de ingestão de sal nos indivíduos hipertensos.

10.3.1.4.4. Atividade Física

Atividade física regular é indicada a todos os pacientes com diabetes, melhorando o controle metabólico reduzindo o uso de hipoglicemiantes, promovendo o emagrecimento nos pacientes obesos, diminuindo os riscos das Doenças Cardiovasculares e melhorando a qualidade de vida.

- O exercício deve começar de forma gradual, como caminhadas de 5 a 10 minutos, em terreno plano, aumentando semanalmente até 30 a 60 minutos, 5 a 7 vezes por semana;
- Usar calçados adequados e confortáveis, evitando lesões nos pés como calosidades e rachaduras;
- A intensidade do exercício deve ser aumentada progressivamente até atingir intensidade moderada (60 a 80% da freqüência cardíaca máxima);
- O exercício deve ser adequado ao quadro de complicações que o paciente apresenta;
- Incentivar atividades que dêem prazer ao paciente, como danças e caminhadas;

Para os pacientes com diabetes tipo 1:

- Paciente em uso de insulina deve evitar fazer a aplicação em local que será muito exercitado, pois pode afetar sua velocidade de absorção.
- Se possível, realizar controle metabólico antes da atividade;
- Ingerir um alimento de carboidrato se a glicemia for inferior a 100 mg/dl;
- Ingerir carboidratos de fácil digestão antes, durante e depois de exercício prolongado;
- Evitar exercitar-se no pico de ação da insulina;
- Evitar exercícios de intensidade elevada e de longa duração (mais de 60 minutos)
- Estar alerta para sintoma de hipoglicemia durante e após o exercício;
- Carregar consigo um alimentos contendo carboidrato para ser usado em eventual hipoglicemia.

10.3.1.5. Educação

10.3.1.5.1. Conteúdo desejável

- **Educação é essencial para o sucesso do tratamento**

- **Cada diabético deve saber**:

1- O que é diabetes?
2- Tipos e objetivos do tratamento?
3- Necessidades individuais da dieta e como planejá-la.
4- Efeitos da ingestão de alimentos, exercícios, stress, drogas hipoglicemiantes orais e insulina (aplicação e ajuste da dose quando apropriado) sobre a glicemia.
5- Como proceder em emergências (hipoglicemia, hiperglicemia, doença intercorrente).
6- Sinais, sintomas e principais problemas associados ao diabetes.
7- Automonitoramento e controle domiciliar, significado dos resultados e ações a serem executados.

10.4. Conclusão

Ao final deste trabalho é importante que a (o) enfermeira (o) obtenha subsídios para :

Reconhecer a importância do componente educativo no cuidado dos pacientes diabéticos.

Identificar os principais problemas associados ao uso de medicações.

Utilizar recursos dos pacientes através da consulta de enfermagem e visita domiciliar.

O serviço de enfermagem da unidade deve encaminhar para consulta medica mensal os pacientes não aderentes , de difícil controle e portadores de lesões em órgãos alvo ou co-morbidade.

A enfermeira pode repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrencias.

Solicitar durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe.

Inscrever todos os pacientes no programa de diabetes da unidade básica de saúde.

10.5. Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas.

Diabetes Mellitus : Guia Básico para Diagnóstico e Tratamento. – Brasília, 1996

84 p

1. Diabetes Mellitus I . Título

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus : hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

102 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n.59)

IISBN 85-334-0432-8

1. Diabetes mellitus. 2. Hipertensão arterial 3. Capacitação de pessoal. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. III. Título. IV. Série

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.

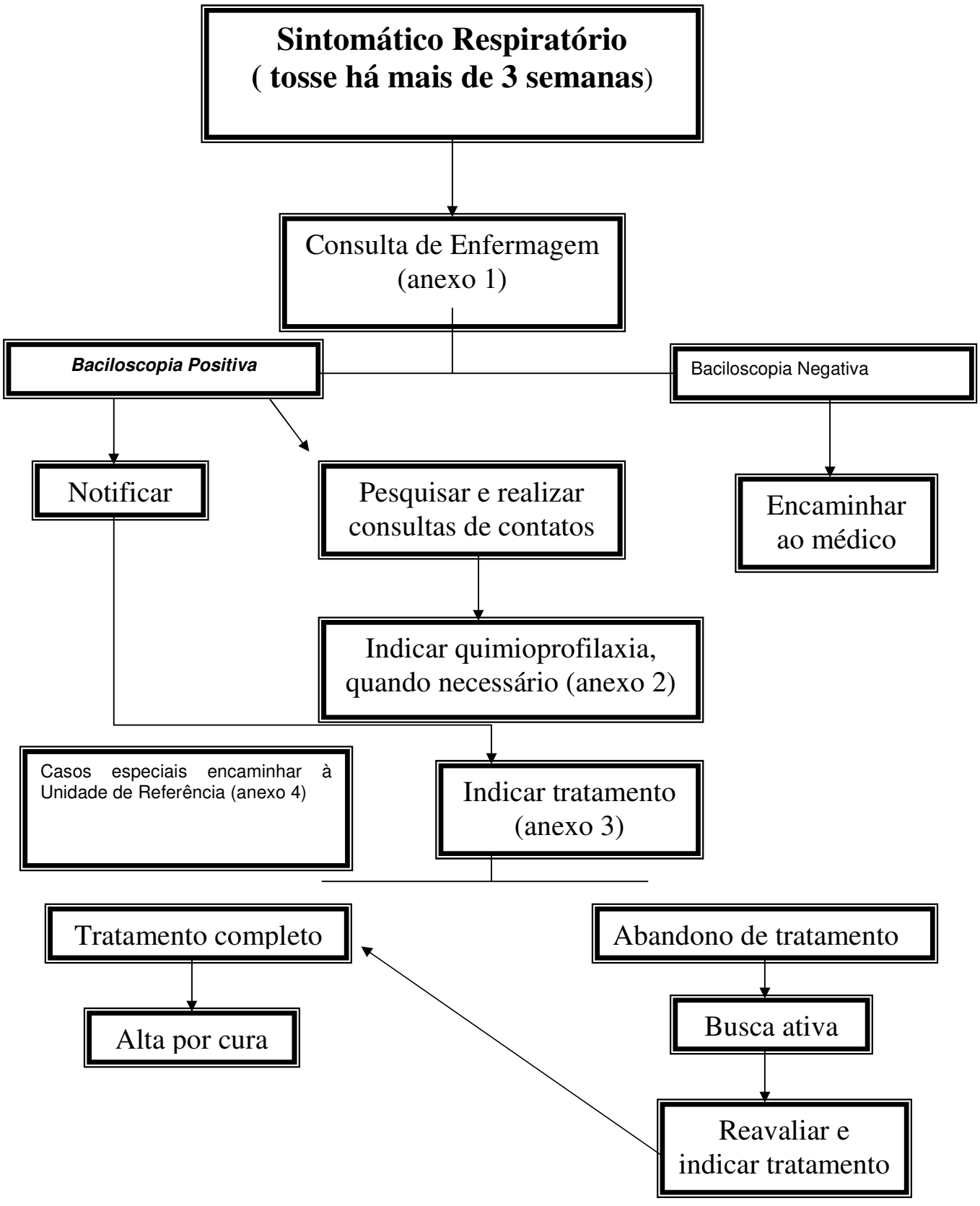
250 p. : il. – (Série A Normas e Manuais Técnicos; n. 135)

ISBN 85-334-0446-8

1. Enfermagem – Manuais. 2. Saúde da Família. I. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. II. Universidade de São Paulo. III. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Título. V. Série

BRASIL, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, nº 16 – Diabetes Mellitus, Brasília – DF, 2006

11. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE



11.1. ANEXO 01 - Consulta de Enfermagem:

- ✓ Anamnese
- ✓ Exame físico
- ✓ Solicitação de baciloscopia
- ✓ Orientação quanto à coleta de escarro
- ✓ Solicitação, realização e leitura do teste tuberculínico, quando necessário.

11.2. ANEXO 02 - Quimioprofilaxia:

Isoniazida 10mg/kg de peso, com total máximo de 300mg diários, durante 6 meses

11.3. ANEXO 03 - Tratamento:

- ✓ Instituir e acompanhar o tratamento do paciente com tuberculose pulmonar e extra-pulmonar
- ✓ Iniciar e acompanhar tratamento dos casos de tuberculose pulmonar com resultados de baciloscopia negativa e dos casos de tuberculose extra-pulmonar quando o diagnóstico for confirmado após investigação em uma Unidade de Referência
- ✓ Explicar e aplicar o tratamento diretamente observado (TDO) e indicar o responsável para a realizar a Supervisão
- ✓ Solicitar baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade para controle do tratamento
- ✓ Orientações gerais a respeito do agravo, como por exemplo, em relação à doença, seus mitos, duração e necessidade do tratamento
- ✓ Realizar educação sanitária
- ✓ Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV

Medicamentoso:

Esquema de Tratamento e Posologia

Esquema básico (Esquema I) – 2RHZ/4RH
Casos Novos de Todas As Formas de Tuberculose Pulmonar e Extrapulmonar

Fases do tratamento	Drogas	Peso do cliente			
		Até 20Kg	Mais de 20Kg e até 35 Kg	Mais de 35Kg e até 45 Kg	Mais de 45 Kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
1 Fase (2 meses - RHZ)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
2 Fase (4 meses - RH	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Siglas: Rifampicina = R; Isoniazida = H; Pirazinamida = Z.

Esquema Básico + Etambutol (Esquema IR) – 2RHZE/4RHE

Casos de Recidiva Após Cura ou Retorno Após Abandono do Esquema I

Fases do tratamento	Drogas	Peso do cliente			
		Até 20Kg	Mais de 20Kg e até 35 Kg	Mais de 35Kg e até 45 Kg	Mais de 45 Kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
1 Fase (2 meses - RHZ)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
2 Fase (4 meses - RH	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Siglas: Rifampicina = R; Isoniazida = H; Pirazinamida = Z; Etambutol = E.

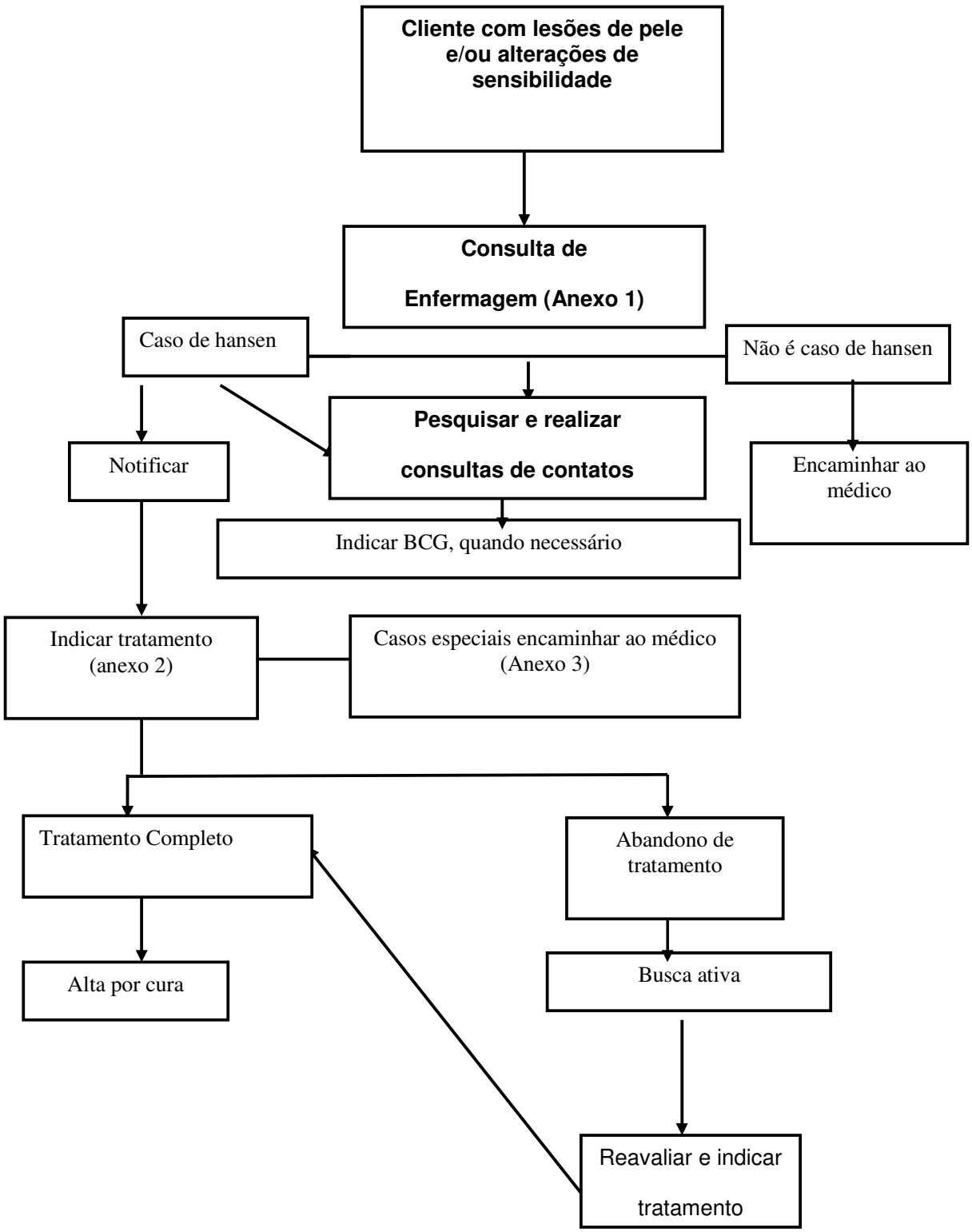
11.4. Anexo 04

- ✓ HIV associado
- ✓ Casos de recidiva de esquemas alternativos por toxicidade ao esquema I
- ✓ Casos de falência ao esquema I ou IR
- ✓ Reações medicamentosas

11.5. Referencias bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle de Tuberculose – Caderno de Atenção Básica n.º 06 – Serie A / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – 1ª. Edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

12. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DE PACIENTES COM HANSENÍASE



12.1. Anexo 01

- ✓ Anamnese
- ✓ Exame-físico (dermato-neurológico)
- ✓ Solicitação de baciloscopia

12.2. *Anexo 02 - Tratamento*

De acordo com o tipo de hanseníase e o grau de incapacidade:

1. Prevenção de Incapacidade **–** (Educação em Saúde, indicação de auto-cuidados, orientação sobre reações, apoio emocional, integração social etc.)
2. Medicamentoso

Esquema Paucibacilar (PB) Pacientes com até 5 lesões de pele

Nesse caso é utilizada uma combinação da rifampicina e dapsona, acondicionados numa cartela, no seguinte esquema:

- **Medicação:**

Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada,
Dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada;

- ✓ Duração do tratamento: 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina.

- ✓ Critério de alta: 6 doses supervisionadas em até 9 meses .

Esquema Multibacilar (MP) – Pacientes com mais de 5 lesões de pele

Aqui é usada uma combinação de rifampicina, dapsona e de clofazimina, acondicionados numa cartela, no seguinte esquema:

- ✓ Medicação:

Rifampicina: Uma dose mensal de 600 mg (2 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada;

Clofazimina: uma dose mensal de 300 mg (3 cápsula de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada; e

Dapsona: uma dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada;

- ✓ Duração do tratamento: 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina;

- ✓ Critério de alta: 12 doses supervisionadas em até 18 meses.

12.3. Anexo 03 - Casos especiais:

- ✓ Crianças;
- ✓ Necessidade de correção cirúrgica;
- ✓ Reações medicamentosas;
- ✓ Reações hansênicas.

12.4. Referencia bibliográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle de Hanseníase – Caderno de Atenção Básica n.º 10 – Série A / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – 1ª. Edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

13. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DENGUE

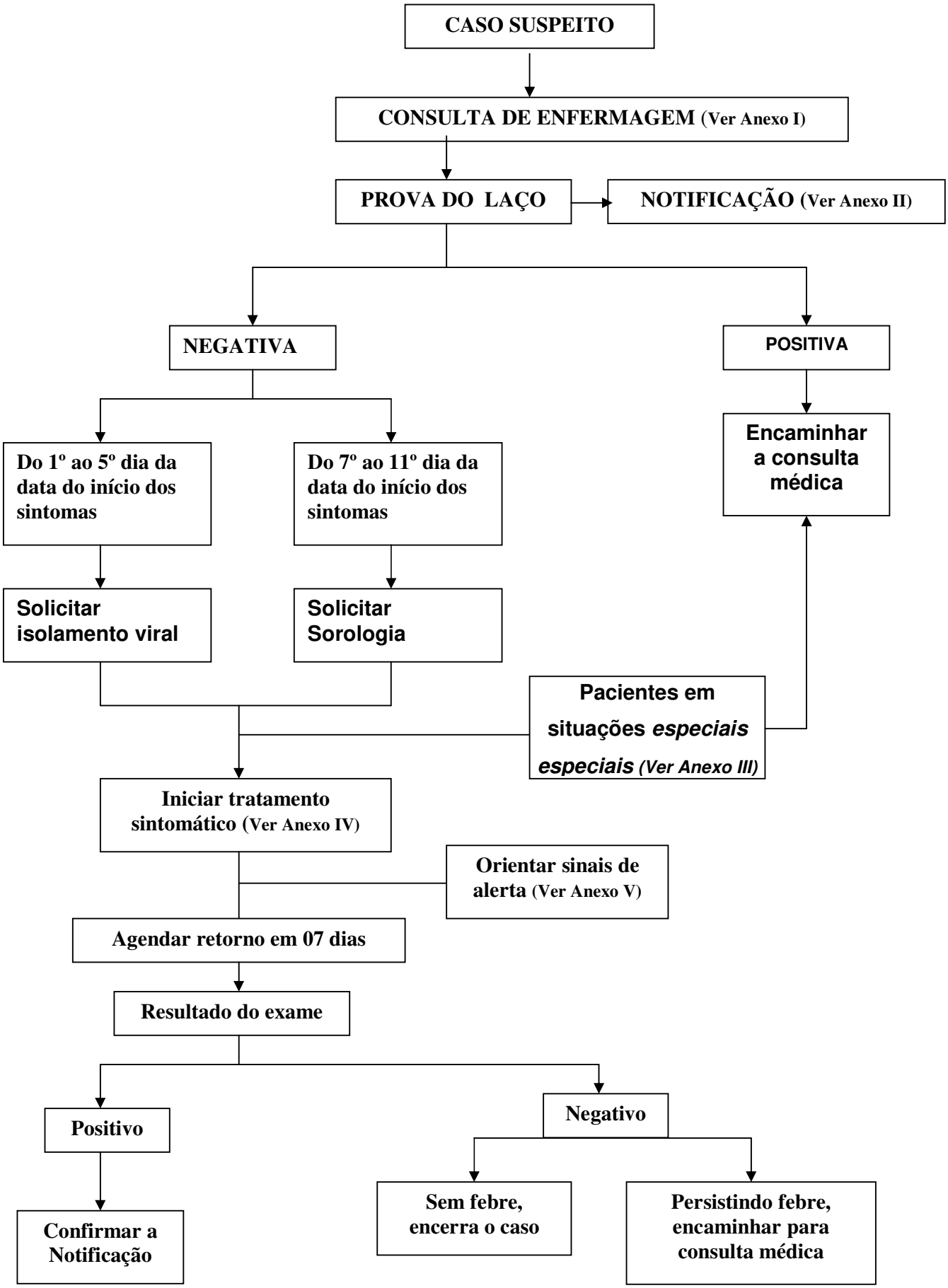
13.1. Definição de casos

- ✓ **Caso Suspeito de Dengue Clássico** – paciente com febre com duração de 01 a 07 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema.

- ✓ **Caso Suspeito de Febre Hemorrágica do Dengue (FHD)** – é todo caso suspeito de Dengue Clássico, que apresente também manifestações hemorrágicas, variando desde prova do laço positiva até fenômenos mais graves como hematêmese, melena e outros.

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

13.2. Fluxograma de atendimento ao paciente suspeito de dengue



13.3. Anexo I - Consulta de enfermagem

1. Preencher o prontuário ou o formulário de pronto – atendimento contendo todos os dados de identificação do paciente: nome completo, data de atendimento, data de nascimento, endereço completo, telefone e procedência;

2. Fazer a anamnese registrando as queixas do paciente (febre, vômitos, diarréia, tontura, dor abdominal, etc...) e a data do início dos sintomas;

3. Fazer o exame físico – registrar rigorosamente a temperatura, PA em duas posições (deitado e em pé ou deitado e sentado), freqüência do pulso radial, prova do laço, grau de hidratação, coloração das mucosas e pele, ausculta cardiopulmonar e palpação do abdomem (enfatizando a presença de dor e visceromegalias), assim como a descrição de exantema e manifestações hemorrágicas ou não.

4. Fazer a Prova do Laço:
   - ✓ Verificar a PA do paciente e anotar a pressão sistólica (máxima) e diastólica (mínima). Ex.: 120x80 mmHg;
   - ✓ Calcular a pressão média que corresponde a seguinte fórmula: Pressão Média = $\frac{\text{PA sistólica + PA diastólica}}{2}$

     Ex.: $\frac{120 + 80}{2} \Rightarrow \frac{200}{2} = 100$ mmHg

- ✓ Inflar o manguito do tensiômetro na pressão média (100 mm Hg) e manter nesse ponto por 03 (três) minutos;
- ✓ Desinflar o manguito do tensiômetro e retirar do braço do paciente;
- ✓ Observar o local de pressão se há presença de petéquias;
- ✓ O teste é considerado positivo quando 20 ou mais petéquias surgem no local de pressão ou abaixo, em uma área de 2,5 cm correspondente, mais ou menos, a área de uma polpa digital.

13.4. Anexo II - notificação

- ✓ Se o resultado da prova do laço for negativo notificar à Vigilância Epidemilógica via formulário impresso.

- ✓ Se o resultado da prova do laço for positivo notificar à Vigilância Epidemilógica por telefone dentro de 12 horas.

13.5. Anexo III - pacientes em situações especiais

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

13.6. Anexo IV - tratamento sintomático

1. Prescrever analgésico de 06 em 06 horas. Usa-se habitualmente paracetamol ou dipirona. Não utilizar medicamentos à base de ácido – acetilsalicílico, pelo potencial de agravamento do quadro hemorrágico;

    - **Dipirona:**

    → Crianças – 01 gota/Kg de 06/06 horas (respeitar dose máxima para peso e dade); até persistirem os sintomas (no máximo 07 dias).

    → Adultos – 20 a 40 gotas ou 01 comprimido (500 mg) até de 06/06 horas; até persistirem os sintomas (no máximo 07 dias).

- **Paracetamol:**

    → Crianças – 01 gota/Kg de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade); até persistirem os sintomas (em 07 dias no máximo)

→ Adultos – 20 a 40 gotas ou 1 comprimido (500 mg a 750 mg) até de 6/6 horas.

2. Hidratação por via oral (01 copo de líquido de 01 em 01 hora);
3. Orientar repouso domiciliar (permanecer no leito de 05 a 07 dias);
4. Incentivar alimentação de 02 em 02 horas;

13.7. Anexo V - Sinais de Alerta da Dengue

→ Dor abdominal intensa e contínua
→ Vômitos persistentes
→ Hipotensão postural
→ Pressão diferencial < 20 mmHg (PA convergente)
→ Hepatomegalia dolorosa
→ Hemorragias importantes
→ Extremidades frias, cianose
→ Pulso rápido e fino
→ Agitação ou letargia
→ Diminuição da diurese
→ Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia
→ Aumento repentino do hematócrito.

13.8. Referências bibliográficas

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

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

14. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – RAIVA

14.1. Instrumentos disponíveis para Controle

A prevenção de raiva humana é direcionada para o tratamento profilático anti-rábico toda vez que houver suspeita de exposição ao vírus rábico. Após o início do quadro clínico, não existe tratamento.

14.1.1. Conduta em caso de possível exposição ao vírus da raiva

Em caso de possível exposição ao vírus da raiva é imprescindível a limpeza do ferimento com água corrente abundante e sabão ou outro detergente, pois essa conduta diminui, comprovadamente, o risco de infecção. Deve ser realizado, o mais rápido possível após a agressão e repetida na Unidade de Saúde, independentemente do tempo transcorrido. A limpeza deve ser cuidadosa, visando eliminar sujidades sem agravar o ferimento e, em seguida, devem ser utilizados anti-sépticos que inativem o vírus da raiva (como o livinilpirrolidonaiodo, por exemplo, o polvidine ou gluconato de clorexidine ou álcool-iodado). Lembrar que essas substâncias deverão ser utilizadas uma única vez, na primeira consulta e, sempre que possível, posteriormente, ser lavada a região com solução fisiológica.

Deve se fazer a anamnese completa, utilizando-se a Ficha de Atendimento Anti-Rábico Humano, visando a indicação correta do tratamento profilático.

Classificar o acidente de acordo com as características do ferimento e do animal envolvido no acidente.

14.1.1.1. Características do ferimento

Os acidentes causados por animais devem ser avaliados quanto ao:

Local do acidente: acidentes que ocorrem em regiões próximas ao sistema nervoso central (cabeça, face ou pescoço) ou em locais muito inervados (mãos, polpas digitais e planta de pés) são graves porque facilitam a exposição do sistema nervoso ao vírus. A

lambedura da pele integra não oferece risco, mas a lambedura de mucosas também é grave porque as mucosas são permeáveis ao vírus, mesmo quando intactas.

Profundidade do acidente: os acidentes devem ser classificados como **superficiais** (sem presença de sangramento) ou **profundos** (apresentam sangramento, ou seja, ultrapassam a derme). Os ferimentos profundos, além de aumentar o risco de exposição do sistema nervoso, oferecem dificuldades à assepsia, contudo vale ressaltar, que os ferimentos puntiformes, são considerados com profundos e algumas vezes não apresentam sangramento.

De acordo com os critérios acima estabelecidos, as exposições podem ser assim classificadas.

Acidentes leves:

⇒ Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés), podem acontecer em decorrência de mordedura ou arranhaduras causadas por unha ou dente;

⇒ Lambedura de pele com lesões superficiais;

Acidentes graves

⇒ Ferimentos na cabeça, face pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé;

⇒ Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo;

⇒ Lambedura de mucosas;

⇒ Lambedura de pele onde já existe lesão;

⇒ Ferimento profundo causado por unha de gato;

⇒ Qualquer ferimento por morcego.

Atenção: o contato indireto, como a manipulação de utensílios potencialmente contaminados, e a lambedura da pele integra não são considerados acidentes de risco e não exigem tratamento profilático.

14.1.1.2. Características do animal envolvido no acidente

Cão e gato: as características da doença em cães e gatos, como período de incubação, transmissão e quadro clínico, são bem conhecidas e semelhantes, por isso, estes animais são analisados em conjunto. É necessário avaliar:

⇒ **O estado de saúde do animal no momento da agressão:** avaliar se o animal estava sadio ou apresentava sinais sugestivos de raiva. A maneira como ocorreu o acidente pode fornecer informações sobre seu estado de saúde. O acidente provocado (por exemplo, o animal que reage em defesa própria, a estímulos dolorosos ou outras provocações) geralmente indica uma reação normal do animal, enquanto que a agressão espontânea (sem causa aparente) pode indicar alteração de comportamento e sugere que o animal pode estar acometido de raiva. Lembrar que o animal também pode agredir devido a sua índole ou adestramento.

⇒ **A possibilidade de observação do animal por 10 dias:** mesmo se o animal estiver sadio no momento do acidente, é importante que seja mantido em observação por 10 dias. Nos cães e gatos, o período de incubação da doença pode variar de alguns dias a anos, mas em geral, é de cerca de 60 dias. No entanto, a excreção de vírus pela saliva, ou seja, o período em que o animal pode transmitir a doença, só ocorre a partir do final do período de incubação, variando entre dois e cinco dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo até sua morte, que pode ocorrer em até cinco dias após o início dos sintomas. Portanto, o animal deve ser observado por 10 dias; se em todo esse período permanecer vivo e saudável não há risco de transmissão de vírus.

⇒ **A procedência do animal:** é necessário saber se a região de procedência do animal é área de raiva controlada ou não controlada.

⇒ **Os hábitos de vida do animal:** o animal deve ser classificado como domiciliado ou não-domiciliado. Animal domiciliado aquele que vive exclusivamente dentro do domicílio, não tem contato com outros animais desconhecidos e só sai à rua acompanhado de seu dono. Desse modo esses animais podem ser classificados de baixo risco em relação a transmissão da raiva. Ao contrário, aqueles animais que passam longos períodos fora do domicílio, sem controle, devem ser considerados como animais de risco, mesmo que tenham proprietário e recebam vacinas, o que animais de risco, mesmo que tenham proprietário e recebam vacinas, o que geralmente só ocorre nas campanhas de vacinação.

- **Animais silvestres:** animais silvestres, como morcego de qualquer espécie, micos (sagüi e "soin"), macaco, raposa, guaxinin, quati, gambá, roedores silvestres, etc, devem ser qualificados como animais de risco, mesmo que domiciliados e/ou domesticados, haja visto que nesses animais a raiva não é bem conhecida.

Relatos recentes mostram que o risco de transmissão do vírus pelo morcego é sempre elevado, independentemente da espécie e da gravidade do ferimento. Por isso, toda agressão por morcego deve ser classificada com grave.

- **Animais domésticos de interesse econômico ou de produção:** animais domésticos de produção ou de interesse econômico (bovinos, bubalinos, eqüídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros) também são animais de risco. É importante conhecer o tipo, a freqüência e o grau do contato ou exposição que os tratadores e outros profissionais têm com estes animais e a incidência da raiva na região, para avaliar também a indicação de tratamento pré-exposição ou de pós-exposição.

- **Animais de baixo risco:** os seguintes roedores e lagomorfos (urbanos ou de criação) são considerados como de baixo risco para a transmissão da raiva e, por isso, não é necessário indicar tratamento profilático da raiva em caso de acidentes causados por esses animais.

⇒ Ratazana de esgoto (Rattus norveggicus);

⇒ Rato de telhado (Rattus rattus);

⇒ Camundongo (Mus musculus);

⇒ Cobaia ou porquinho da índia (Carvea porcellus);

⇒ Hamster (Mesocricetus auratus); e

⇒ Coelho (Oryetolagus cuniculus).

- **Observação válida para todos os animais de risco:** sempre que possível, coletar amostra de tecido cerebral e enviar para o laboratório de referência. O diagnóstico laboratorial é importante tanto para definir a conduta em relação ao paciente como para se conhecer o risco de transmissão da doença na área de procedência do animal. Se o resultado for negativo o tratamento não precisa ser indicado ou, caso tenha sido iniciado, pode ser suspenso.

Todas as características acima são fundamentais para determinar a indicação ou não da profilaxia anti-rábica de acordo com os esquemas descritos nos Quadros 1 ou 2, da vacina Fuenzalida & Palácios modificada e de cultivo celular, respectivamente.

14.1.2. Conduta em caso de possível reexposição ao vírus da raiva

Pessoas com risco de reexposição ao vírus da raiva, que já tenham recebido tratamento pós-exposição anteriormente, devem ser tratadas novamente de acordo com as indicações do Quadro 3. Para estas pessoas, quando possível, também é recomendável a pesquisa de anticorpos.

Importante:

1 . Em caso de REEXPOSIÇÃO, com histórico de tratamento anterior completo e se o animal agressor, cão ou gato for passível de observação, considerar a hipótese de somente observar o animal.

2. Quando o paciente tiver o esquema de pré-exposição em qualquer momento, adotar conduta conforme o Quadro 4.

Observações

- Em caso de reexposição, com história de tratamento anterior completo, não é necessário administrar o soro anti-rábico (homólogo ou heterólogo). No entanto, o soro poderá ser indicado se houver dúvidas ou conforme a análise de cada caso, especialmente nos **pacientes imunodeprimidos que devem receber sistematicamente soro e vacina.** Recomenda-se que, ao final do tratamento, seja realizada a avaliação sorológica após o 14º dia da aplicação da última dose;

- Devem ser avaliados individualmente os pacientes que receberam muitas doses de vacina, como por exemplo, os que receberam o esquema completo pós-vacinação uma ou mais vezes e, os que receberam vários esquemas de reexposição. O risco de reações adversas às vacinas aumenta proporcionalmente ao número de doses aplicadas. Nestes casos, se possível, solicitar a avaliação sorológica do paciente. Se o título de anticorpos neutralizantes (AcN) for igual ou maior a 0,5 UI/ml não é necessário indiciar tratamento ou, caso tenha sido iniciado, pode ser suspenso.

14.1.3. Conduta em caso de possível exposição ao vírus da raiva em pacientes que receberam esquema de pré-exposição

No Quadro 4 estão indicados os procedimentos a serem adotados para pacientes que acidentalmente se expuseram ao risco de infecção pelo vírus da raiva e que tenham recebido tratamento pré-exposição anteriormente.

QUADRO 1 – ESQUEMA PARA TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTI-RÁBICO HUMANO COM A VACINA *FUENZALIDA & PALÁCIOS* MODIFICADA

Condições do Animal Agressor **Tipo de Exposição**	**Cão, Gato sem suspeita de raiva no momento da agressão[1]**	**Cão, Gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão**	**Cão, gato raivoso, desaparecido ou morto: animais silvestres[2] (inclusiva os domiciliados) animais domésticos de interesse econômico ou de produção**
Contato Indireto	• Lavar com água e sabão • Não tratar	• Lavar com água e sabão • Não tratar	• Lavar com água e sabão • Não tratar
Acidentes Leves • Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés), podem acontecer em decorrência de mordeduras em arranhaduras causadas por unha ou dente • Lambedura de pela com lesões superficiais	• Lavar com água e sabão. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se o mesmo permanecer sadio, após o período de observação, encerrar o caso. • Se o animal se tornar raivoso, morrer ou desaparecer durante o período de observação aplicar o tratamento: 1 (uma) dose diária da vacina até completar 7 (sete), mais 2 (duas) doses de reforço, sendo uma no 10º e outra no 20º dia após a última dose da série.	• Lavar com água e sabão. • Iniciar o tratamento imediatamente com 1(uma) dose de vacina nos dias 0, 2 e 4. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso. • Se o animal se tornar raivoso, morrer ou desaparecer durante o período de observação, aplicar 1(uma) dose diária de vacina até completar 7 (sete), mais 2 (duas) doses de reforço, sendo a primeira no 10º e a Segunda no 20º dia após a última dose de série.	• Lavar com água e sabão. • Iniciar imediatamente o tratamento com 1 (uma) dose diária da vacina até completar 7 (sete), mais 2 (duas) doses de reforço, sendo a primeira no 10º e a Segunda no 20º dia após a última dose de série.
Acidentes Graves • Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. • Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. • Lambedura de mucosa. • Lambedura de pele onde já existe lesão grave • Ferimento profundo causado por unha de gato.	• Lavar com água e sabão. • Iniciar o tratamento imediatamente com 1(uma) dose de vacina nos dias 0, 2 e 4. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso. • Se o animal se tornar raivoso, morrer ou desaparecer durante o período de observação, aplicar 1(uma) dose diária de vacina até completar 10 (dez), mais 3 (três) doses de reforço, sendo a 1ª no 10º, a 2ª 20º dia e a 3ª no 30º dia após a última dose de série.	• Lavar com água e sabão. • Iniciar o tratamento soro[3] e 1(uma) dose diária de vacina até completar 10 (dez), mais 3 (três) doses de reforço, sendo a 1ª no 10º, a 2ª 20º dia e a 3ª no 30º dia após a última dose de série. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso.	• Lavar com água e sabão. • Iniciar imediatamente o tratamento com soro[3] e 1(uma) dose diária de vacina até completar 10 (dez), mais 3 (três) doses de reforço, sendo a 1ª no 10º, a 2ª 20º dia e a 3ª no 30º dia após a última dose de série.

1) É preciso avaliar sempre o hábitos e cuidados recebidos pelo cão e gato. Podem ser dispensadas do tratamento as pessoas agredidas por cão ou gato, com certeza, não tem risco de contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente), não tenham contato com outros animais desconhecidos e que somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com a presença de morcegos hematófagos. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se animal for procedente de área de raiva controlada, não é necessário iniciar o tratamento. Manter o animal sob observação e só indicar o tratamento (soro+vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.
2) Nas agressões por morcegos deve-se indica a soro-vacinação independente da gravidade, ou indicar conduta de reexposição.

3) Aplicação do soro peri-focal na(s) porta(s) de entrada. Quando for possível infiltrar toda a dose, a quantidade estante deve ser aplicada pela via intramuscular podendo ser utilizada o região glútea. Sempre aplicar em local anatômico diferente do que aplicou a vacina.

QUADRO 1 – ESQUEMA PARA TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTI-RÁBICO HUMANO COM A VACINA DE CULTIVO CELULAR

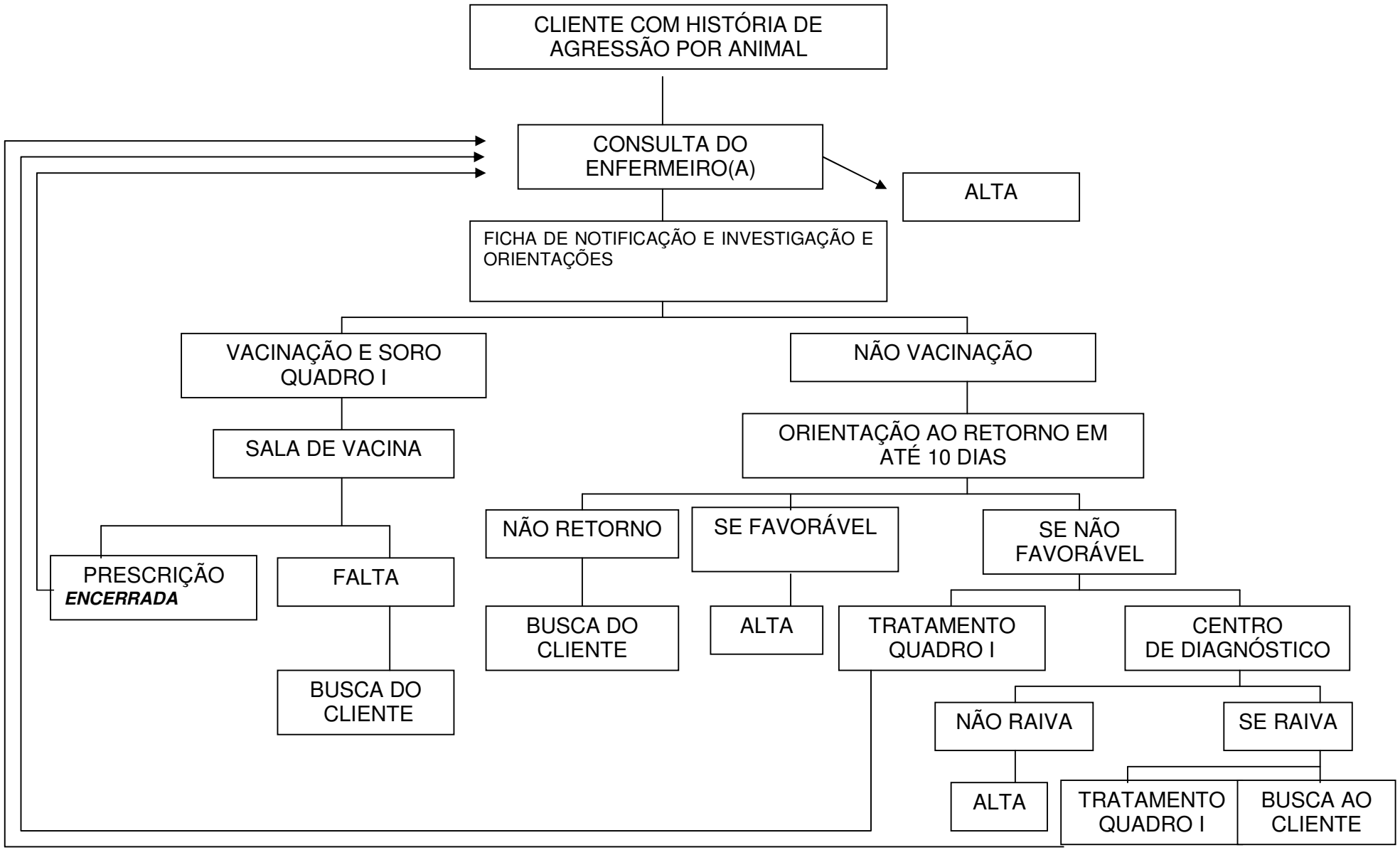
Condições do Animal Agressor **Tipo de Exposição**	**Cão, Gato sem suspeita de raiva no momento da agressão[1]**	**Cão, Gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão**	**Cão, gato raivoso, desaparecido ou morto: animais silvestres[2] (inclusiva os domiciliados) animais domésticos de interesse econômico ou de produção**
Contato Indireto	• Lavar com água e sabão • Não tratar	• Lavar com água e sabão • Não tratar	• Lavar com água e sabão • Não tratar
Acidentes Leves • Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés), podem acontecer em decorrência de mordeduras em arranhaduras causadas por unha ou dente • Lambedura de pela com lesões superficiais	• Lavar com água e sabão. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se o mesmo permanecer sadio, após o período de observação, encerrar o caso. • Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 5 (cinco) doses da vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28).	• Lavar com água e sabão. • Iniciar o tratamento imediatamente com 2 (duas) dose de vacina nos dias 0e outra no dia 4. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso. • Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 (cinco) doses. Aplicar uma dose entre 7º e 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28.	• Lavar com água e sabão. • Iniciar imediatamente o tratamento com 5 (cinco) doses da vacina (dias 0; 3; 7; 14 e 28).
Acidentes Graves • Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. • Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. • Lambedura de mucosa. • Lambedura de pele onde já existe lesão grave • Ferimento profundo causado por unha de gato.	• Lavar com água e sabão. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se o mesmo permanecer sadio, após o período de observação, encerrar o caso. • Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao tratamento, administrando soro[3] e completando esquema até 5 (cinco) doses. Aplicar um dose entre o 7º e 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28.	• Lavar com água e sabão. • Iniciar o tratamento soro[3] e 5 (cinco) doses da vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28). • Observar o animal durante 10 dias após a exposição. • Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso.	• L Lavar com água e sabão. • Iniciar imediatamente o tratamento com 5 (cinco) doses da vacina (dias 0; 3; 7; 14 e 28).

4) É preciso avaliar sempre o hábitos e cuidados recebidos pelo cão e gato. Podem ser dispensadas do tratamento as pessoas agredidas por cão ou gato, <u>com certeza</u>, não tem risco de contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente), não tenham contato com outros animais desconhecidos e que somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com a presença de morcegos hematófagos. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se animal for procedente de área de raiva controlada, não é necessário iniciar o tratamento. Manter o animal sob observação e só indicar o tratamento (soro+vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.

5) Nas agressões por morcegos deve-se indica a soro-vacinação independente da gravidade, ou indicar conduta de reexposição.

6) Aplicação do soro peri-focal na(s) porta(s) de entrada. Quando for possível infiltrar toda a dose, a quantidade estante deve ser aplicada pela via intramuscular podendo ser utilizada o região glútea. Sempre aplicar em local anatômico diferente do que aplicou a vacina.

CONTROLE DA RAIVA HUMANA



Considerar as notas de rodapé do Quadro 3 caso o esquema recebido anteriormente tenha sido incompleto.

QUADRO 3 – ESQUEMAS DE REEXPOSIÇÃO, CONFORME O ESQUEMA E VACINA PRÉVIOS E A VACINA A SER UTILIZADA POR OCASIÃO E REEXPOSIÇÃO.

Tipo de Esquema Anterior	Vacina	Esquema de Reexposição	
		Fuenzalida & Palácios	**Cultivo Celular**
Completo	Fuenzalida & Palácios modificada[1]	a) até 90 dias: não tratar b) após 90 dias: 3 doses, em dias alternados	a) até 90 dias: não tratar b) após 90 dias: 2 doses, uma no dia 0 e outra no dia 3
	Cultivo Celular	a) até 90 dias: não tratar b) após 90 dias: 3 doses em dias alternados.	a) até 90 dias: não tratar b) após 90 dias: 2 doses, uma no dia 0 e outra no dia 3
Incompleto[3]	Fuenzalida & Palácios modificada(1)	a) até 90 dias: completar o número de doses. b) Após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso)	a) até 90 dias: completar o número de doses (de acordo com o Quadro 5). b) Após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso)
	Cultivo Celular[2]	c) até 90 dias: **vide observação** d) Após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso)	a) até 90 dias: completar o número de doses (de acordo com o Quadro 5). b) Após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso)

(1) pelo menos 3 doses de vacina Fuenzalida & Palácios em dias alternados ou 5 doses em dias seguidos;
(2) Pelo menos 3 doses de vacina de Cultivo Celular em dias alternados;
(3) Não considerar o esquema anterior se o paciente recebeu número menor de doses do que aqueles referidos nas notas acima "1" e "2".

Observação: Encaminhar o paciente para o Centro de Referência Imunobiológicos Especiais – CRIE, para completar o esquema de Cultivo Celular.

QUADRO 4 – CONDUTO EM CASO DE POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AO VÍRUS DA RAIVA EM PACIENTES QUE RECEBERAM ESQUEMA DE PRÉ-EXPOSIÇÃO

Sorologia Comprovada (titulação)	Vacina	
	Fuenzalida & Palácios	**Cultivo Celular**
Com comprovação sorológica (título maior ou igual a 0,5 Ul/ml)	3 (três) doses em dias alternados. Não indicar soro	2 (duas) doses, uma no dia 0 e outra no dia 3
Sem comprovação sorológica ou título inferior a 0,5 Ul/ml	Verificar o Quadro 3, em caso de esquema vacinal incompleta	Verificar o Quadro 3, em caso de esquema vacinal incompleto.

14.1.4. Profilaxia pré-exposição

É indicada para pessoas que, por força de suas atividade profissionais ou de lazer, estejam expostas permanentemente ao risco de infecção pelo vírus da raiva, tais como profissionais e estudantes das áreas de Medicina Veterinária e de Biologia e profissionais e auxiliares de laboratórios de Virologia e/ou Anatomopatologia para raiva. É indicada, também, para aqueles que atuam no campo na captura, vacinação, identificação e classificação de mamíferos passíveis de portarem o vírus, bem como funcionários de zoológicos.

14.1.4.1. Com a vacina Fuenzalida & Palácios modificada

- ✓ Esquema: 03 doses
- ✓ Dias de aplicação: 0, 7, 14.
- ✓ Via de administração: intramuscular profunda
- ✓ Local de aplicação: músculo deltóide ou vasto lateral da coxa (**não aplicar no glúteo)**.
- ✓ Controle sorológico: a partir do 14º dia após a última dose do esquema
- ✓ Resultados:

  →Instisfatório: se o título de anticorpos for menor do que 0,5 Ul/ml. Nessa caso, aplicar uma dose de reforço e reavaliar a partir do 14º dia após o reforço.

  → Satisfatório: se o título de anticorpos dor maior ou igual a 0,5 Ul/ml.

Observação: O controle sorológico é exigência básica para a correta avaliação de pessoa vacinada.

14.1.4.2. Com a vacina de Cultivo Celular

- ✓ Esquema: 03 doses
- ✓ Dias de aplicação: 0, 7, 28.
- ✓ Via de administração: intramuscular profunda utilizando dose completa, ou havendo capacitação técnica, por via intradérmica utilizando a dose de 0,1 ml.
- ✓ Local de aplicação: músculo deltóide ou vasto lateral da coxa (**não aplicar no glúteo)**.
- ✓ Controle sorológico: a partir do 14º dia após a última dose do esquema
- ✓ Resultados:

  → Instisfatório: se o título de anticorpos for menor do que 0,5 Ul/ml. Nessa caso, aplicar uma dose de reforço e reavaliar a partir do 14º dia após o reforço.

  → Satisfatório: se o título de anticorpos dor maior ou igual a 0,5 Ul/ml.

Observação: O controle sorológico é exigência básica para a correta avaliação de pessoa vacinada.

Importante: Deve-se fazer o controle sorológico anual dos profissionais que se expõem permanentemente ao risco de infecção ao vírus da raiva, administrando-se uma dose de reforço sempre que os títulos forem inferiores a 0,5 UI/ml. Repetir a sorologia a partir do 14º dia, após à dose de reforço.

QUADRO 5 – ESQUEMA PARA COMPLEMENTAÇÃO VACINAL CONTRA A RAIVA COM A VACINA DE CULTIVO CELULAR NO CASO DE EVENTOS ADVERSOS À VACINA FUENZALIDA & PALÁCIOS MODIFICADA.

Doses Aplicadas de Fuenzalida & Palácios	N.º de Doses da Vacina de Cultivo Celular	Dias de Administração
Até 3	5 doses	0*, 3, 7, 14, 28
De 4 – 6	4 doses	0*, 4, 11, 25
De 7 – 9	3 doses	0*, 7, 21
Antes do 1º reforço	2 doses	Datas previstas para os reforços de FUENZALIDA & PALÀCIOS modificada.
Antes do 2º ou 3º reforço	1 dose	Data prevista para o 2º ou 3º reforço c/ FUENZALIDA & PALÁCIOS modificada

* data do início da administração da vacina de Cultivo Celular.

As vacinas de cultivo celular estão disponibilizadas, inicialmente, nos Centro de Referências para Imunobiológicos Especiais (CRIEs) do Programa de Imunizações das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Todo caso de evento adverso deve ser investigado e notificado ao Sistema de Vigilância de Eventos Adversos do Programa de Imunizações das Secretarias Estaduais de Saúde em formulários próprio.

14.1.4.3. Bases gerais do tratamento

- ✓ A profilaxia contra a raiva deve se iniciada a mais precocemente possível;
- ✓ Sempre que houver indicação, tratar o paciente em qualquer momento, INDEPENDENTEMENTE do tempo transcorrido entre a exposição e o acesso à unidade de saúde;
- ✓ A história vacinal do animal agressor NÃO constitui elemento suficiente para a dispensa da indicação do tratamento anti-rábico humano;
- ✓ Havendo interrupção do tratamento, completar as doses da vacina prescritas anteriormente e não iniciar nova série;
- ✓ Recomenda-se que o paciente evite esforços físicas excessivos e bebidas alcoólicas, durante e logo após o tratamento;
- ✓ Em caso de acidente por vacina anti-rábica de vírus vivo o paciente deve receber esquema completo (soro + vacina);
- ✓ Não se indica o uso de soro anti-rábico para os pacientes considerados imunizados por tratamento anterior, exceto nos caso de paciente imunodeprimido ou em caso de dúvidas sobre o tratamento anterior. Em caso de dúvidas indicar o soro;
- ✓ Nos casos em que se conhece só tardiamente a necessidade do uso do soro-anti-rábico ou quando há qualquer impedimento para o seu uso, aplicar a dose de soro recomendada antes da aplicação da 7ª dose de vacina Fuenzalida & Palácios ou até a 3ª dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo o soro não é mais necessário.

14.2. Sobre o ferimento

- ✓ Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente. A seguir, devem ser utilizados anti-sépticos que inativem o vírus da raiva (como o polvidine, clorexidine e álcool-iodado). Essas substâncias deverão ser utilizadas uma única vez, na primeira consulta. Posteriormente, lavar a região com solução fisiológica;
- ✓ A mucosa ocular deve ser lavada com solução fisiológica ou água corrente;
- ✓ O contato indireto é aquele que ocorre por meio de objetos ou utensílios contaminados com secreções de animais suspeitos. Nestes casos, indica-se apenas lavar bem o local com água corrente e sabão;
- ✓ Em casos de lambedura da pele íntegra, por animal suspeito, recomenda-se lavar o local com água e sabão;

- ✓ Não se recomenda a sutura do(s) ferimento(s). Quando for absolutamente necessário, aproximar as bordas com pontos isolados. Havendo necessidade de aproximar as bordas, o soro anti-rábico, se indiciado, deverá ser infiltrado 1 hora antes da sutura.
- ✓ Proceder à profilaxia do tétano segundo o esquema preconizado (caso não seja vacinado ou com esquema vacinal incompleto) e uso de antibióticos nos casos indicados, após avaliação médica;
- ✓ Havendo contaminação da mucosa, seguir o tratamento indicado para lambedura da mucosa.

14.3. Sobre o animal

- ✓ O período de observação de 10 (dez) dias é restrito aos cães e gatos;
- ✓ Considera-se suspeito todo cão ou gato que apresentar mudança brusca de comportamento e/ou sinais e sintomas compatíveis com a raiva tais como: salivação abundante, dificuldade para engolir, mudança nos hábitos alimentares e paralisia das patas traseiras.
- ✓ Sempre que possível o animal agressor, cão ou gato, deverá ser observado. Se durante o período de observação o animal morrer, ou desenvolver sintomatologia compatível com raiva, amostras de seu sistema nervoso central (SNC) deverão ser enviadas para o laboratório de diagnóstico. Se necessário, o animal deverá ser sacrificado. Cuidados deverão ser observados no manuseio do animal, para evitar acidentes;
- ✓ A agressão por outros animais domésticos (bovinos, ovinos, caprinos, eqüídeos e suínos) deverá ser avaliado e, se necessário, deverá ser indicado o tratamento profilático, lembrando que não se indica a observação desses animais com objetivo de definir a conduta para o ser humano. Se o animal morrer, sempre que possível, coletar amostra do tecido do SNC e enviar ao laboratório de diagnóstico.
- ✓ Está indicado tratamento, sistematicamente, para todos os casos de agressão por animais silvestres, mesmo quando domiciliados e domesticados.
- ✓ Não é indicado tratamento nas agressões causadas pelos seguintes roedores e lagomorfos (urbanos ou de criação);

→ Ratazana de esgoto (Rattus norveggicus);
→ Rato de telhado (Rattus rattus);
→ Camundongo (Mus musculus);
→ Cobaia ou porquinho da índia (Carvea porcellus);

→ Hamster (Mesocricetus auratus); e

→ Coelho (Oryetolagus cuniculus).

- ✓ Nas agressões por morcegos deve-se proceder à soro-vacinação, independentemente do tipo de morcego agressor, do tempo decorrido e da gravidade de lesão. Em caso de reexposição, seguir às orientações específicas, conforme cada caso.

Importante:

A imunoflurescência para raiva é uma exame importante, de alta sensibilidade e especificidade. Quando o diagnóstico laboratorial do animal agressor for negativo pela técnica de imunoflurescência, o tratamento do paciente, a critério médico, pode ser suspenso aguardando-se o resultado da prova biológica. Isso não se aplica para eqüídeos (cavalo, burro, jumento), exceto nos casos em que o material encaminhado para o diagnóstico desses animais tenha sido a medula.

14.4. Ações de educação em saúde

Orientar o processo educativo no programa de eliminação da raiva urbana e no de controle da raiva canina, tendo como ferramentas básicas a participação e a comunicação social, devendo ser necessariamente envolvidos serviços e profissionais de saúde, escolas, proprietários de animais de estimação e população em geral.

- ✓ Estimular a posse responsável de animais;
- ✓ Desmistificar a castração dos animais de estimação;
- ✓ Adotar medidas de informação/comunicação que levem a população a reconhecer a gravidade de qualquer tipo de exposição a um animal; a necessidade de atendimento imediato; as medidas auxiliares que devem ser adotadas às pessoas que foram expostas e/ou agredidas; a identificar os sintomas de uma animal suspeito;
- ✓ Divulgar os serviços existentes, desmitificando simultaneamente o tratamento profilático anti-rábico humano, estimulando a responsabilidade do paciente com o cumprimento do esquema indicado, visando a diminuição do abandono e risco de ocorrência de casos;
- ✓ Não valorizar a proteção ao cão errante;
- ✓ Estimular a imunização anti-rábica animal;

14.5. Estratégias de prevenção

O tratamento profilático de pessoas agredidas previne a ocorrência de novos casos. Assim o tratamento adequado é de suma importância para a eliminação da raiva humana. Lembrar que pessoas sob risco devem tomar a vacina para evitar a doença.

A vacinação, periódica e rotineira, de 80% dos cães e gatos pode quebrar o elo da cadeia epidemiológica, impedindo que o vírus alcance a população, interrompendo assim o ciclo urbano da raiva.

A captura de animais e o envio de amostras ao laboratório ajudam no monitoramento da circulação do vírus.

A eliminação de 20% da população canina visa reduzir a circulação do vírus entre cães errantes, já que dificilmente consegue-se vacina-los, tornado-os fundamentais para a persistência da cadeia de transmissão.

14.6. Referência bibliográfica

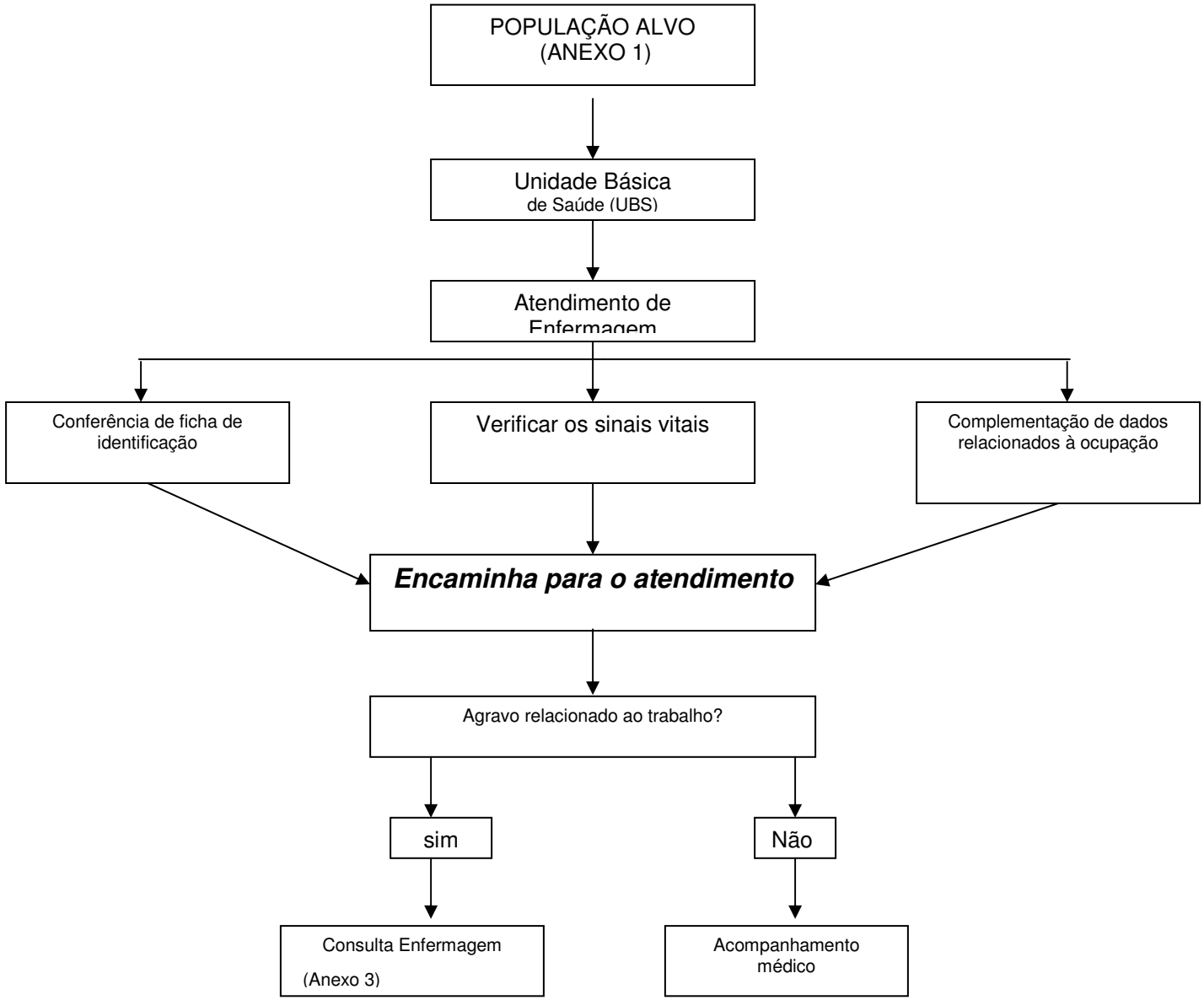
*Todas as informações deste protocolo (Raiva) foram retiradas do manual para o controle da raiva elaborado pelo Ministério da Saúde

15. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – SAÚDE DO TRABALHADOR

Entende-se por Saúde do Trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos, advindas das condições de trabalho.

A Unidade Básica Saúde (UBS), tem como objetivo ampliar a assistência aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias, também específicas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

FLUXOGRAMA


POPULAÇÃO ALVO
(ANEXO 1)
Unidade Básica
de Saúde (UBS)
Atendimento de
Enfermagem
Conferência de ficha de identificação
Verificar os sinais vitais
Complementação de dados relacionados à ocupação
Encaminha para o atendimento
Agravo relacionado ao trabalho?
sim
Não
Consulta Enfermagem
(Anexo 3)
Acompanhamento
médico

15.1. ANEXO 1 - População alvo:

Toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, podendo estar inserido tanto no mercado formal ou informal do trabalho , inclusive na forma de trabalho familiar e doméstico . As ações de saúde devem-se pautar na identificação de risco, com lesões de natureza leve (anexo2), necessidade, condições de vida de trabalho, que em última instância determina a forma de adoecer do trabalhador. Morador ou trabalhador na área de abrangência da UBS.

15.2. Anexo 2 - CID -10 dos acidentes leves de trabalho

- **CABEÇA**

  S00.9 Traumatismo superficial
  S01.9 Ferimento
  T20.8 Queimadura 1º grau

- **TÓRAX**
  S20.8 Traumatismo superficial
  S21.9 Ferimento
  T21.1 Queimadura 1º grau

- **OMBRO E BRAÇO**
  S40.9 Traumatismo superficial

  S41.0 Ferimento de ombro
  S41.1 Ferimento do braço
  T.22.1 Queimadura 1º grau

- **QUADRIL E COXA**
  S70.9 Traumatismo superficial
  S71.0 Ferimento do quadril
  S71.8 Ferimento da coxa
  T24.1 Queimadura 1º grau

- **PUNHO E MÃO**
  S60.9 Traumatismo superficial
  S61.9 Ferimento
  T23.1 Queimadura 1º grau

- **PESCOÇO**
  S10.9 Traumatismo Superficial
  S11.9 Ferimento
  T20.1 Queimadura 1º

- **ABDOME, DORSO E PELVE**
  S30.9 Traumatismo superficial
  S31.8 Ferimento
  T21.1 Queimadura 1º grau

- **COTOVELO E ANTEBRAÇO**
  S50.9 Traumatismo superficial
  S51.0 Ferimento do cotovelo
  S51.9 Ferimento do antebraço
  T22.1 Queimadura 1º grau

- **PERNA**
  S80.9 Traumatismo superficial
  S81.0 Ferimento do joelho
  S81.9 Ferimento da perna
  T24.1 Queimadura 1º grau

- **TORNOZELO E PÉ**
  S90.9 Traumatismo superficial
  S91.0 Ferimento do tornozelo
  S91.3 Ferimento do pé
  T25.1 Queimadura 1º grau

15.3. Anexo 3 - Consulta de Enfermagem

- ✓ Notificar o agravo através do instrumento do SUS (anexo 4).
- ✓ Articular e acompanhar quando necessário a assistência na rede de referência para prevenção de seqüelas.
- ✓ Solicitar a empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) (anexo 5), quando for o caso .
- ✓ Orientar o trabalhador sobre a questão previdenciária
- ✓ Orientar o retorno quando necessário.

Atribuições: Papel do Enfermeiro na Saúde do Trabalhador

- ✓ Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à saúde do trabalhador.
- ✓ Participar de investigações em ambientes de trabalho e junto ao trabalhador em seu domicílio.
- ✓ Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre a doença sob investigação e os riscos/fatores de riscos presente no local de trabalho.
- ✓ Planejar e participar de atividades educativas no campo da saúde do trabalhador.
- ✓ Colaborar e participar de atividades educativas com trabalhadores, entidades sindicais e empresas.
- ✓ Orientar sobre direitos trabalhistas e previdenciários.
- ✓ Após a alta hospitalar, realizar acompanhamento domiciliar registrando a avaliação na ficha D - PSF (anexo6).

15.4. Anexo 5 - Solicitação de comunicação de - acidente de trabalho

De UBS: _____ **FONE:** _____

Para EMPRESA: _____ **FONE**: _____

Solicitamos a emissão da CAT, referente ao acidente ocorrido dia / /
com o trabalhador

_____

Local _____ /_____ /_____

_____

Assinatura

OBS: Após a empresa preencher a CAT ligar para a UBS (telefone acima) e solicitar retorno com o médico do primeiro atendimento.

15.5. Conceitos

- **CIDENTE DE TRABALHO:** refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho; para a Previdência Social: “acidente que ocorre pelo exercício do trabalho e a serviço da empresa (fora do local de trabalho), ou durante o trajeto (residência/trabalho/residência), provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporária”.

- **DOENÇAS OCUPACIONAIS:** refere-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravos por fatores de risco presentes nos locais de trabalho.

- **CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO:** é um formulário que deve ser preenchido em todo o acidente ou doença do trabalho, permitindo que os serviços de saúde gerem informações sobre a ocorrência destes agravos, norteando as ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores.

- **QUANDO PREENCHER A CAT?**

- Em todos os casos de acidentes de trabalho (mesmo com menos de 15 dias de fastamento, sem afastamento do trabalho e nos acidentes de trajeto).
- Em todos os casos de doença profissional.
- Em todos os casos de **suspeita** de doença profissional.

- **QUEM DEVE PREENCHER A CAT?**

  O setor de pessoal da empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à previdência social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência, na falta ou omissão da CAT por parte da empresa, o próprio acidentado pode formaliza-lo ou mesmo seus dependentes, a entidades sindical competente ou qualquer autoridade publica (poderá faze-lo via Internet-cadastramento da CAT).

- **ENCAMINHAMENTOS DA CAT - é** preenchida pela empresa em seis vias:

1ª via da CAT – INSS;

2ª via da CAT – SUS * segurar esta via na UBS e encaminhar posteriormente por malote para Secretaria de Saúde – Programa;

3ª via da CAT – trabalhador;

4ª via da CAT – sindicato da categoria;

5ªvia da CAT – Delegacia Regional do Trabalho;

6ª via da CAT - empresa

OBSERVAÇÕES:

1. A empresa poderá comunicar o INSS via internet, imediatamente após o acidente. Deverá, a seguir, proceder como o especificado acima.
2. No caso de recusa pela empresa o próprio acidentado, seus dependentes ou o sindicato de sua categoria poderá preencher a CAT, em seis vias.

- ✓ **QUEM PREENCHER O CAMPO II DA CAT, ATESTADO MÉDICO?**

O médico que realizou o primeiro atendimento ao acidentado, não há necessidade do médico ser credenciado para o atendimento de acidente de trabalho, NEM TER ESPECIALIDADE EM MEDICINA DO TRABALHO.

- ✓ **PORQUE NOTIFICAR OS ACIDENTES DE TRABLAHO?**

Os acidentes devem ser notificados a Unidade de Saúde para obtenção de dados de agravos à saúde do Trabalhador, através do preenchimento da ficha Individual de Notificação do Sistema de Informações de Agravos – SINAN (será implantada posteriormente) e ao INSS.

15.6. Bibliografia

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Caderno de Atenção Básica nº 5 – Saúde do Trabalhador**, Brasília/2002.

Rocha, Lys Esther(et al) organizadores. **Isto é Trabalho da Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Editora Vozes, 1993.

Laudine. **Manual Instituição para o atendimento de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho**, Paraná/2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SAÚDE DO TRABALHADOR, **Diretrizes para Atenção Básica – Versão preliminar**, Brasília/2000.