PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rio de Janeiro - 2012

SUS Sistema Único de Saúde

RIO PREFEITURA SAÚDE E DEFESA CIVIL

Coren RJ CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

protocolo_A4_final.indd 1 31/07/2012 14:49:43

protocolo_A4_final.indd 2 31/07/2012 14:49:43

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2ª Edição
Revista e Corrigida

Série B. Normas e Manuais Técnicos

SMSDC
2012

protocolo_A4_final.indd 3 31/07/2012 14:49:43

PCRJ © 2012

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Eduardo Paes
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Hans Fernando Rocha Dohmann
Subsecretaria Geral
Anamaria Carvalho Schneider
Subsecretaria de Gestão
Flávio Carneiro Guedes Alcoforado
Subsecretaria de Defesa Civil
Márcio Moura Motta
Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses
Arnaldo Levy Lassance
Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Ermegência
João Luiz Ferreira Costa
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Daniel Ricardo Soranz Pinto
Projeto Gráfico
Carlos Eduardo Ribeiro e João Rodrigo Peterli
Diagramação
Robson Luiz e Fagner Santos
Revisão documental
Ercilia Mendonça – Núcleo de Publicações e Memória

Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro.
Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. revista e corrigida – Rio de Janeiro: SMSDC, COREN, 2012.
128 p.: II. color. – (Série B. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-86074-26-4

1. Atenção primária. 2. Enfermagem – protocolo. I. Título. II. Série.

CDU 614:616-082

Catalogação na fonte Núcleo de Publicações e Memória. SMSDC/RJ.

protocolo_A4_final.indd 4 31/07/2012 14:49:43

Prefácio

O Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, construído a quatro mãos, representa o resultado de uma parceria absolutamente necessária e profícua, estabelecida entre este órgão público e o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro.

O principal objetivo deste trabalho é prover ao profissional de enfermagem a segurança e o compromisso ético necessários para que atuem com autonomia e proporcionem ao usuário do sistema municipal de saúde uma atenção de qualidade.

Esta iniciativa visa nortear as ações sem engessá-las, propiciando o acompanhamento de seu desenvolvimento e a avaliação do desempenho profissional, através da sistematização da assistência de enfermagem, com vistas à realização de pesquisas que informem o bem-estar da pessoa cuidada, o grau da humanização no atendimento e a necessidade de treinamento dos profissionais.

Tarefa difícil identificar e separar a contribuição de cada entidade na elaboração do presente documento. Os encontros, as discussões e as trocas de conhecimentos permearam todo o processo de elaboração deste Protocolo, absorvendo conhecimentos mútuos. Desta forma, pelas mãos do COREN-RJ e da SMSDC-RJ foram aportadas a este documento as diretrizes éticas e técnicas do exercício profissional, associadas à experiência cotidiana do trabalho na saúde pública. Nesse sentido, foram de grande valia os Protocolos e as Diretrizes Nacionais de Enfermagem estabelecidos pelo Ministério da Saúde, órgão normatizador do Sistema Único de Saúde no país.

Para além de apresentar um trabalho concluído desejamos que este documento seja um agente motivador dos debates na enfermagem visando sua evolução pari passu com os avanços da área de saúde.

Respaldar e subsidiar o exercício da enfermagem numa capital de grandes dimensões requer não somente conhecer as boas práticas da profissão, mas, sobretudo, cumprir o papel de gestor e ter ousadia de estabelecer as regras, os limites e as possibilidades da atuação profissional.

Anamaria Carvalho Schneider
Subsecretaria Geral da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Pedro de Jesus Silva
Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro

protocolo_A4_final.indd 5 31/07/2012 14:49:44

Parecer

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

DECISÃO COREN/RJ Nº 1792/2012

O **Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – COREN/RJ**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, tendo em vista a previsão constante no artigo 15, inciso XVII, do Regimento Interno do COREN/RJ e a deliberação tomada em sua 205° Reunião Extraordinária de Plenário, realizada em 10 de abril de 2012,

CONSIDERANDO:

1. Que os Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro foi avaliado pelo Grupo de Trabalho de Atenção Primária à Saúde da Câmara Técnica de Gestão e Assistência de Enfermagem sendo remetido para apreciação do Plenário.

2. Que os referidos Protocolos encontram-se em conformidade com o previsto no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, bem como com as atribuições específicas do enfermeiro nos termos da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2012, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

DECIDE:

Art. 1º. Aprovar os Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro como documento norteador das ações de enfermagem a serem realizadas nas Unidades

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro, nos termos do anexo único a esta Decisão.

§1º. Os Protocolos deverão ser revistos, periodicamente, pelas Equipes de Saúde e pactuados com as Equipes de Enfermagem considerando as diferenças locais e as atualizações necessárias.

§2º. As alterações realizadas nos Protocolos citados no caput deste artigo deverão ser submetidas ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio Janeiro – Coren-RJ para aprovação.

Art. 2º. Esta Decisão entra em vigor na data da sua assinatura, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 10 de abril de 2012.

Pedro de Jesus Silva
Presidente
COREN-RJ 107171

Nadia Mattos Ramalho
1ª Secretária
COREN-RJ 31516

protocolo_A4_final.indd 6 31/07/2012 14:49:45

Organização

Conselho Regional de Enfermagem do
Rio de Janeiro / COREN-RJ
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Colaboradores

Alexandro Alves Ribeiro – Enfermeiro e Mestre em Saúde da Família (UNESA)

Ana Caroline Canedo Teixeira – Enfermeira Especialista em Saúde da Família

Alyne Freitas – Enfermeira Especialista em Neonatologia e Saúde Pública

Aparecida Rosa de Castro – Enfermeira Pós Graduada em Promoção de Saúde com Ênfase no PSF

Ana Conceição Rocha da Silva – Enfermeira Especialista em Gerenciamento de Unidade Básica

Anna Flávia Rocha – Especialista em Infectologia

Alice Mariz Porciúncula – Enfermeira Pós-Graduada em Gestão em Saúde da Família

Bianca Alves Salazar – Enfermeira Especialista em Saúde da Família

Bianca Alves Gonçalves de Almeida – Enfermeira Especialista em Saúde da Família

Claudia da Silva Velasco – Enfermeira Especialista em Dermatologia e Enfermagem do Trabalho.

Cristiane Lemos de Oliveira Telles de Menezes – Enfermeira Especialista em Saúde e Administração Hospitalar

Crystina Barros – Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica

Darleia Ramos Da Rin – Enfermeira com MBA Gestão Hospitalar

Denise Bastos Arduini – Enfermeira Especialista em Saúde Pública

Dilene Ferreira da Cunha – Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva

Edson Menezes – Enfermeiro Mestre em Enfermagem (UNIRIO)

Elani Maria de Carvalho Rodrigues – Enfermeira – Mestre em Saúde da Família (UNESA).

Elda Lucia Santana Santos – Enfermeira

Fernanda Prudêncio da Silva – Enfermeira Especialista em Gestão de Saúde da Família

Gabriela Moiçó Azevedo – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Gestão em Saúde da Família

Gabriela Almeida Rego Munoz – Enfermeira Especialista em Saúde da Família

João Gonçalves Castilho de Azevedo – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Saúde Coletiva

Lenice do Nascimento de Assumpção – Enfermeira e Especialista em Neonatologia

Lenir Gomes de Oliveira – Enfermeira e Especialista em Saúde Pública

Luciane Blanco Jorge Monteiro da Rocha Lopes – Enfermeira Especialista em Pneumologia Sanitária

Lysiane de Medeiros – Enfermeira Especialista em Gestão em Saúde Pública e em Saúde da Família

Márcia Soares Valéria – Assistente Social

Maria Cristina Dias da Silva – Enfermeira Mestre em Enfermagem de Saúde Coletiva

Maria Cristina Ferreira Lemos – Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde

Marina Maria Baltazar de Carvalho – Enfermeira – Gerente de Informações Epidemiológicas

Monica Sampaio Cysneiros – Enfermeira Especialista em Didática e Metodologia do Ensino

protocolo_A4_final.indd 7 31/07/2012 14:49:46

Monica Xavier Torres – Especialista em Saúde da Mulher/ Especialista em Saúde Coletiva

Nina Lucia Prates Nielebock – Enfermeira Mestre em Saúde Pública

Patricia Albuquerque – Psicóloga Especialista em Psiquiatria Social (ENSP/FIOCRUZ)

Patrycia Pinto Guimarães – Enfermeira Gerente do CMS Turano

Raquel Trindade de Brito – Enfermeira Especialista em Saúde Pública

Rogério Bittencourt de Miranda – Enfermeiro Mestre em Saúde da Família

Rosimere Peçanha – Enfermeira Especialista em Saúde Pública

Teresa Cristina de Carvalho Seixas – Enfermeira Especialista em Enfermagem Cardiólogica

Verônica Vital Nogueira de Sá e Silva – Enfermeira Especialista em Doenças Infecciosas

Elda Lima Tavares – Nutricionista e Mestre em Saúde Pública

Sheila Rotenberg – Nutricionista e Mestre em Saúde da Mulher e da Criança

Suzete Borges Marcolan – Nutricionista
Geila Cerqueira Felipe – Nutricionista e Especialista em Saúde Coletiva

Mônica Rocha Gonçalves – Nutricionista e Residente em Saúde Coletiva

Bruna Pitasi – Nutricionista e Residente em Saúde Coletiva

Michelle Delboni dos Passos – Nutricionista Doutoranda em Alimentação, Nutrição e Saúde

Gisele de Savignon Pereira – Nutricionista
Gerência de Programas de Saúde da Criança

Rosane Valéria Viana F. Rito – Nutricionista e Doutora em Saúde da Mulher e da Criança

Universidades Colaboradoras
UERJ: Gabriela Bioni – Nutricionista e Doutoranda em Alimentação, Nutrição e Saúde

UFRJ: Elisa Maria de Aquino Lacerda – Nutricionista e Doutora em Saúde Pública

UFF: Enilce de Oliveira Fonseca Sally – Nutricionista e Mestre em Epidemiologia

UNIRIO: Maria Lucia Teixeira Polônio – Nutricionista Doutora em Saúde Pública e Meio Ambiente

UNIRIO: Lucia Gomes Rodrigues – Nutricionista e Doutora em Saúde Pública e Meio Ambiente

Organizadoras
Márcia Maria Pinheiro Zattar – Enfermeira Especialista em Clínica e Cirurgia.

Paula Soares Brandão – Enfermeira e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Agradecimentos:
Departamento de Fiscalização COREN-RJ
Câmara Técnica de Atenção Básica COREN-RJ
Deputada Estadual Enfermeira Rejane
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Universidade Federal do do Rio de Janeiro – UFRJ
Rede Unida

protocolo_A4_final.indd 8 31/07/2012 14:49:46

Sumário

INTRODUÇÃO 12

1. HUMANIZAÇÃO, ACESSO, ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA..... 15

1.1. Organização do acesso na atenção primária 15
1.2. Do acolhimento..... 16
1.3. Objetivos 17
1.3.1. Resultados esperados 17
1.3.2. Pressupostos..... 17
1.4. Da organização operacional do processo de trabalho 17
1.5. Acolhimento à demanda espontânea 18
1.6. Quem faz?..... 19
1.7. Quando faz?..... 20
1.8. Onde faz?..... 20
1.9. Eventos agudos..... 22
1.9.1. Acolhimento com critério de avaliação clínica em função do risco e vulnerabilidade 22
1.9.2. Quanto à Classificação de Risco 22

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA..... 25

ANEXOS 26

I. Classificação de Risco – Discriminadores Gerais..... 26
II. Escala de coma de Glasgow 31
III. Classificação de Superfície Corporal Queimada..... 32

2. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO PARA SAÚDE DA CRIANÇA. 33

2.1. Acolhimento mãe-bebê nas unidades de atenção primária à saúde após alta da maternidade..... 33
2.2. Calendário do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de baixo risco (0 a 10 anos)..... 34
2.3. Avaliação e acompanhamento da criança de 0 a 2 meses pelo enfermeiro..... 35
2.4. Avaliação e acompanhamento da criança de 2 meses a 5 anos pelo enfermeiro 36
2.5. Avaliação e acompanhamento da criança de 5 anos a 10 anos pelo enfermeiro..... 37
2.6. Conduta de enfermagem a queixas específicas..... 38
2.6.1. A criança com escabiose..... 38
2.6.2. A criança com dermatite amoniacal ou de fralda 39
2.6.3. A criança com miliária (brotoeja)..... 40
2.6.4. A criança com pediculose 41
2.6.5. A criança/lactente com cólicas 42
2.6.6. A criança com monilíase oral 42
2.6.7. A criança com verminose (maior de 02 anos)..... 43
2.6.8. A criança com doença respiratória..... 44
2.6.9. A criança com diarreia 45
2.6.10. Criança com febre..... 46
2.6.11. Criança com dor de ouvido (maior de 02 meses)..... 46
2.7. Orientação nutricional em crianças menores de dois anos..... 47
2.7.1. Os dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos..... 47
2.7.2. Protocolo de alimentação nos casos de crianças amamentadas 50
2.7.3. Protocolo de alimentação para crianças menores de dois anos 52

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA..... 54

3. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO PARA SAÚDE DOS ADOLESCENTES (IDADE ENTRE 10 E 19 ANOS) 55

3.1. Direitos dos adolescentes 55
3.2. Consulta de enfermagem para adolescentes..... 56

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA..... 56

4. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA SALA DE VACINAS..... 57

4.1. Atribuições de enfermagem antes da abertura da sala para atendimento..... 57
4.2. Fluxo de atendimento ao cliente que chega a sala de vacinas 58
4.3. Rotina de administração de vacinas 58
4.4. Atribuições de enfermagem no encerramento da administração de vacinas..... 59
4.5. Responsabilidades do enfermeiro(a) da sala de vacinas 59
4.6. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação (EAPV)..... 60

protocolo_A4_final.indd 9 31/07/2012 14:49:46

4.7. Vigilância de eventos inusitados (EI) 60
4.8. Calendário de vacinação único 61
4.9. CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais 63
4.9.1. Imunobiológicos especiais disponíveis no CRIE 63
4.9.2. Resumo das indicações dos CRIE, por imunobiológico 64

5. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO PARA SAÚDE DA MULHER 67
5.1. Assistência ao pré-natal 68
5.1.1. Diagnóstico da gravidez 68
5.1.2. Fluxo de atendimento à gestante nos três níveis de atenção 69
5.1.3. Atribuições dos enfermeiros(as) 70
5.1.4. Exames laboratoriais na assistência pré-natal e condutas 70
5.1.5. Calendário das consultas 71
5.1.6. Conduta nas alterações da pressão arterial 72
5.1.7. Diabetes na gestação 72
5.1.8. Vacinação da gestante 72
5.1.9. Condutas nas queixas mais frequentes 73
5.2. Puerpério 74
5.2.1. Assistência ao puerpério 74
5.2.2. Condutas na consulta de puerpério 74
5.2.3. Anticoncepção no puerpério 75
5.3. Planejamento familiar 75
5.3.1. Assistência à pré-concepção 76
5.3.2. Assistência à contracepção 76
5.3.3. Métodos contraceptivos disponíveis 77
5.3.4. Métodos comportamentais 77
5.3.5. Contracepcão de emergência 78
5.3.6. Contracepção cirúrgica 78
5.3.7. Planejamento familiar 79
5.4. Climatério e Menopausa 80
5.4.1. Alterações orgânicas no climatério e resposta sexual 80
5.4.2. Recomendações aos profissionais de saúde 80
5.4.3. Terapia de reposição hormonal 81
5.5. Atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual 81
5.6. Rastreio de câncer de mama e colo de útero 83
5.6.1. Rotina de rastreamento de câncer de mama 84
5.6.2. Rotina de rastreamento de câncer de colo uterino – exame citopalógico 85

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 86

6. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE DOENÇA CARDIOVASCULAR E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 87
6.1. Papel do enfermeiro na consulta de enfermagem de pessoas com hipertensão e diabetes 87
6.2. Avaliação inicial na doença cardiovascular e diabetes 89
6.2.1. Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos) 89
6.2.2. Classificação da Glicemia (> 18 anos): 89
6.3. Linha de cuidado da hipertensão e diabetes 90
6.3.1. Rotina mínima de exames do programa de hipertensão da SMSDC/RJ 91
6.3.2. Rotina mínima de exames do programa de diabetes da SMSDC/RJ 91
6.3.3. Sugestão de periodicidade de consultas e participações em grupos educativos para os pacientes hipertensos 91
6.3.4. Sugestão de periodicidade de consultas e participações em grupos educativos para os pacientes diabéticos 91
6.4. Medicamentos padronizados pela SMSDC-Rio que podem ser mantidos pelo enfermeiro em pacientes estáveis na consulta de enfermagem 91
6.5. Recomendações para dispensação de insumos para diabéticos em uso de insulina 92
6.6. Avaliação do pé de risco pelo enfermeiro 92
6.6.1. Avaliação do pé de risco pelo enfermeiro 93

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 95

7. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS . 96
7.1. Principais síndromes em DST 96
7.2. Corrimento vaginal e cervicite 97
7.2.1. Tratamento para corrimento vaginal e cervicite 97
7.3. Corrimento uretral 98

protocolo_A4_final.indd 10 31/07/2012 14:49:46

7.4. Úlceras genitais 99
7.4.1. Tratamento para úlceras genitais 99
7.5. Infecção pelo papilomavírus humano (HPV) 100
7.6. Hepatites virais e infecção por HIV/ AIDS 100

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 101

8. PROTOCOLO DE HEPATITES VIRAIS PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 101
8.1. Fluxograma de Hepatite Viral A 101
8.2. Protocolo de Hepatites Virais para Enfermagem (Atenção Básica) – Fluxograma de Hepatite Viral B 102
8.3. Fluxograma para prevenção da transmissão vertical do vírus da Hepatite B 102
8.4. Fluxograma para testagem em gestantes que iniciarem tardiamente o pré-natal 103
8.5. Protocolo de Hepatites Virais para enfermagem (Atenção Básica) – Fluxograma de Hepatite Viral C 103
8.6. Atenção da enfermagem no tratamento e acompanhamento da Hepatite B 104
8.7. Atenção da enfermagem no tratamento e acompanhamento da Hepatite C 104

ANEXO I – Endereços e Telefones dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) da Cidade do Rio de Janeiro 105
ANEXO II – Parecer Técnico 04/2010 105

9. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE 113
9.1. Consulta de enfermagem para tuberculose em adolescentes maiores de 10 anos e adultos 114
9.2. Exame de contatos para adolescentes maiores de 10 anos e adultos 115
9.3. Exame de contatos para menores de 10 anos 116
9.4. Tratamento de tuberculose para adolescentes maiores de 10 anos e adultos (Esquema Básico para Tuberculose Pulmonar e Retratamento) 117
9.5. Supervisão dos medicamentos (DOT) 117
9.6. Tratamento para Infecção Latente de Tuberculose (ILTB ou TBL) 117

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 117

10. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DA HANSENÍASE 118
10.1. Fluxograma – atuação do enfermeiro na suspeição e no acompanhamento de casos de hanseníase 119
10.2. Situações de risco na hanseníase 119
10.2.1. Risco epidérmico 119
10.2.2. Acompanhamento de casos – classificação de risco 119
10.3. Tratamento medicamentoso para hanseníase paucibacilar 120
10.4. Tratamento medicamentoso para hanseníase multibacilar 120
10.5. Conduta de enfermagem nas reações adversas à PQT 120
10.6. Conduta de enfermagem nas reações hansênicas 121
10.7. Ações de prevenção de incapacidade físicas realizadas pelos enfermeiros 121
10.8. Consulta de enfermagem na vigilância de contatos 122
10.9. Ações de enfermagem na comunidade 122
10.10. Ações de enfermagem na organização do serviço 122

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 123

11. PROTOCOLO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO PARA DENGUE 123
11.1. Definição de casos 123
11.2. Aspectos clínicos na criança 124
11.3. Aspectos clínicos na gestante 124
11.4. Sinais de alarme na dengue 124
11.5. Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações hemodinâmicas 124
11.6. Prova do laço 124
11.7. Classificação de risco 125
11.7.1. Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas 125
11.7.2. Fluxograma para classificação de risco de dengue 125
11.7.3. Hidratação 126
11.7.4. Seguimento ao paciente e Informações Importantes: 126

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 126

protocolo_A4_final.indd 11 31/07/2012 14:49:46

INTRODUÇÃO

A Reforma dos Cuidados de Atenção Primária em Saúde (APS) na Cidade do Rio de Janeiro foi iniciada em 2009 com alicerce na mudança da estrutura organizacional da SMSDC, com a publicação do novo organograma da SMSDC-RJ no final de janeiro deste mesmo ano, que colocou a Atenção Primária como ordenadora das Redes de Atenção. Do mesmo modo que as reformas da Europa, dois fatores são estratégicos, o primeiro relativo a ampliação do acesso, e o segundo, referente ao aumento da resolutividade. (Saltman, 2005)

Os últimos três anos (2010-2012) foram marcados pelo aumento do acesso à Atenção Primária em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro com a inauguração de 57 Clínicas da Família e ampliação da cobertura de saúde da família que ultrapassou em março de 2012 mais de 2 milhões de cariocas. O Saúde da Família na Cidade passou de 67 equipes completas de Saúde da Família para mais de 600 equipes completas em três anos. Saltando de 48 milhões de procedimentos realizados em 2008 para 65 milhões em 2011. Apesar do impressionante avanço de 3,5% de cobertura para 35%, as metas do novo Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) para 2016 é o alcance de no mínimo 70% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

Entretanto, avançar no aumento da resolutividade é fundamental para consolidar o sucesso da Reforma da Atenção Primária da Cidade, para isto a PCRJ investe maciçamente na agregação de tecnologias nas Clínicas da Família e reforma dos Centros Municipais de Saúde, e a definição clara do leque de funções e serviços ofertados no primeiro nível de atenção através da Carteira Básica de Serviços (PCRJ, 2010).

Visando consolidar e uniformizar as ações já realizadas durante décadas pelo enfermeiro na Cidade do Rio de Janeiro e agregar os diversos protocolos já existentes de âmbito nacional e regional, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro e a SMSDCRJ realizaram durante todo o ano de 2011 doze audiências públicas, que foram constituídas por grupos de trabalho com enfermeiros de equipes de Saúde da Família, das Linhas de Cuidado, gestores das unidades de saúde e assessores das Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). Estes grupos tiveram a missão de discutir os protocolos ministeriais e municipais e a partir destes esboçar um protocolo para atuação dos enfermeiros no município, cuja versão preliminar foi apresentada em agosto de 2011. A exemplo de outros estados e municípios que previamente já utilizam protocolos de enfermagem respeitando as particularidades regionais como Goiás, São Paulo, Belo Horizonte, Campinas, Montes Claros e outros.

Este protocolo foi aprovado pela Decisão COREN 1792/2012 em 10 de abril de 2012, mas também considerando a Resolução COFEN 358/2009

Entre as atividades privativas do Enfermeiro estão a consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem. A consulta de enfermagem está regulamentada pela lei nº 7.498/86 e pelo decreto 94.406/87 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, pela Resolução COFEN 159/93 que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem e também pela Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem ou Consulta de Enfermagem constitui-se na dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, seguindo metodologia orientadora do cuidado e do registro desta prática profissional. A sistematização da assistência de enfermagem na APS deverá ser realizada tanto na consulta de enfermagem no âmbito da unidade de saúde quanto nas ações desenvolvidas na comunidade, durante a visita domiciliar ou em outros espaços do território.

O enfermeiro da equipe de atenção primária, que atua ou não nas equipes de Saúde da Família, desenvolve seu trabalho tanto no âmbito da unidade de saúde quanto na comunidade. Entre as suas atribuições estão a realização de assistência integral as pessoas e famílias na unidade de saúde desde o acolhimento com classificação do risco para os cuidados primários a consulta de enfermagem, bem como, e quando necessário, ações no domicílio através da visita domiciliar e/ou em outros espaços comunitários para promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

A Consulta de Enfermagem deve estar baseada em suporte teórico que oriente e ampare cada uma das etapas do processo e que deverão ser respeitadas, nos temas abordados neste protocolo:

protocolo_A4_final.indd 12 31/07/2012 14:49:46

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

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

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

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

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Neste contexto é importante lembrarmos que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames poderão ser desenvolvidas durante o processo, de acordo com a necessidade, desde que incluídas na assistência integral à saúde do indivíduo e respeitando o Art. 11, parágrafo II da lei 7.498/86, que determina a "prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde".

Por último, o enfermeiro da APS no uso dos Protocolos deverá estar atento aos preceitos éticos e legais da profissão, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 311/2007), no que tange a:

1. Dos princípios fundamentais:

"O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais".

2. Seção I: das relações com a pessoa, família e coletividade –

a. Dos Direitos:

Art. 10 – Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

b. Dos Deveres:

Art. 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 14 – Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

c. Das Proibições:

Art.26 – Negar Assistência de Enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.

Art.35 – Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada.

Para alcançar estes objetivos o protocolo aborda temas relevantes e já historicamente consolidados na pratica da enfermagem na APS de uma forma prática através de fluxos e descrição de ações e situações mais prevalentes, organizados por ciclos de vida (infância, adolescência, adulto e idoso). O protocolo acompanha conforme determinação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, as diretrizes do Ministério da Saúde, devendo obrigatoriamente estar em consonância com as linhas de cuidado da SMSDC. Cabe ressaltar que toda linha de cuidado ao paciente deve sempre ser multiprofissional, não podendo este protocolo ser visto de modo isolado.

protocolo_A4_final.indd 13 31/07/2012 14:49:46

É evidente a necessidade dos avanços na atuação do enfermeiro na Atenção a Saúde como já ocorre em diversas cidades no Brasil e no mundo, entretanto, por se tratar de um primeiro protocolo decidiu-se por uma regulamantação mais conservadora, considerando apenas o que já era realizado pelos enfermeiros da rede ao longo das ultimas décadas. Sendo assim, este protocolo sofrerá revisões bianuais ou de acordo com a necessidade por demanda dos Conselhos de Classe.

Neste protocolo o enfermeiro permanece como mais um importante ator da atenção primária, contudo, o efetivo exercício do papel de coordenação dos cuidados implica superar o desafio de encontrar equilíbrio adequado entre as funções clínicas e gerenciais. A responsabilidade por funções clínicas aumenta seu poder técnico e credibilidade; a expansão de suas funções gerenciais incrementa seu poder administrativo, mas pode corroer a confiança em sua capacidade técnica por parte de especialistas e pacientes como ocorreu nos últimos 10 anos, e reduzir a satisfação do enfermeiro na sua prática profissional.

Como ressaltado no Protocolo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás 2010, a iniciativa de protocolar as atividades do Enfermeiro é relevante por despertar no profissional o benefício em legalizar suas ações, proporciona o desenvolvimento de seu fazer com segurança o que, certamente, resultará em melhoria da qualidade à saúde da população. Entretanto deve-se ressaltar que os profissionais de Saúde da Família devem sempre e obrigatoriamente realizar o cuidado em saúde em equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA

SALTMAN R, RICO A, BOERMA W, (editors). Primary care in the driver's seat? Berkshire: Open University Press; 2005

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. *Carteira Básica de Serviços*, 2010.

GOIÁS. Conselho Regional de Enfermagem. *Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás*, 2010. 223p. Disponível em: http://www.corengo.org.br/pdf/Protocolo%20de%20Enfermagem%20COREN-GO.pdf. Acessado em 03 de maio de 2012.

protocolo_A4_final.indd 14 31/07/2012 14:49:46

1. HUMANIZAÇÃO, ACESSO, ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Humanização coloca para todos os que atuam nas instituições de saúde o desafio de repercutir os princípios do SUS nas práticas concretas dos serviços, nas formas de organizar e fazer a gestão dos processos de trabalho para o cuidado fortemente inclusivo, equânime, que vincule pessoas a pessoas.

Requer a participação ativa e compartilhada de usuários, trabalhadores e gestores para a produção de territórios saudáveis.

Liderança, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, tomados na prática pela necessária indissociabilidade entre gestão e atenção, constituem linhas estratégicas, transversais a todo trabalho de humanização das práticas de cuidado.

Dos Princípios e Diretrizes: Clínica Ampliada; Acolhimento; Gestão Participativa; Cogestão; Defesa dos Direitos dos Usuários, Valorização do Trabalho e do Trabalhador; fomento das grupalidades, coletivos e redes. (BRASIL, 2004)

Dos Dispositivos: Acolhimento em função da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco; Apoio Matricial; Projeto Terapêutico singular; Projetos de Ambiência; Colegiados de Gestão; Conselho Gestor; Contrato de Gestão: Sistemas de Escuta; Equipe Multiprofissional; Carta dos Direitos dos Usuários; Educação Permanente; Grupos de Trabalho de Humanização/ Apoiadores (GTH). (BRASI, 2004)

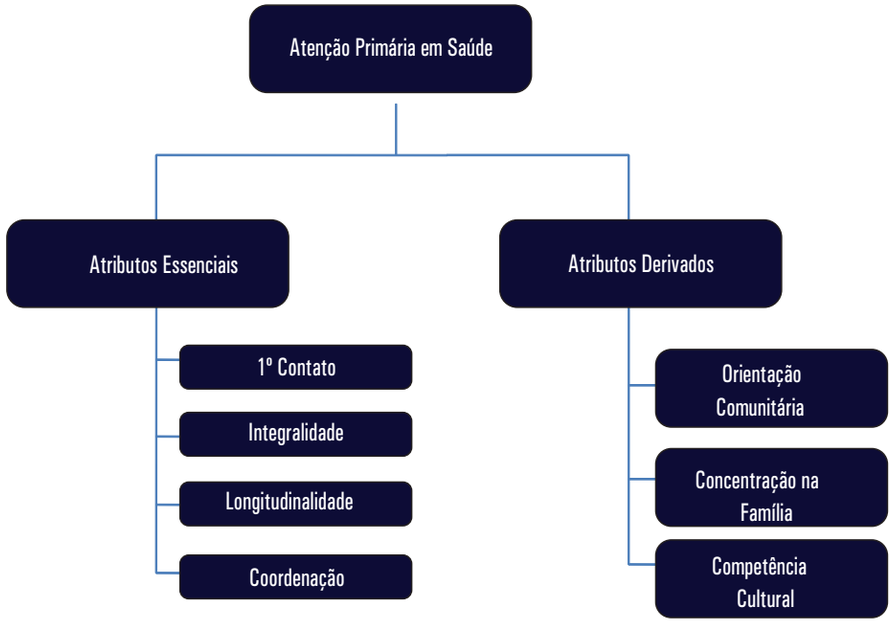
1.1. Organização do acesso na atenção primária

A atenção primária (AP) cumpre, no contexto da reorientação do modelo de atenção, no qual se operam mudanças próprias à sua Reforma, a função estratégica de ordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Superar a inversão histórica de ter hospital, em geral às grandes emergências, como referência para problemas comuns, considerando aqui a prevalência das doenças crônicas, cujo acompanhamento sistemático cabe no nível dos cuidados primários de saúde; e mesmo o uso de especialidades sem garantia de continuidade e pertinência nas linhas de cuidado, define alguns dos principais desafios dessa mudança.

Nesse sentido, a APS tem a função de coordenar o cuidado e qualificar o percurso do usuário no SUS. Não por acaso, consolidá-la como porta de entrada do Sistema, possibilita construir respostas mais próximas das reais necessidades da população, na moldura dos seus territórios de vida, e qualificar o uso dos outros níveis de atenção. (OPAS, 2011)

Ao encontro, compreende-se que o trabalho de organização do acesso estrutura-se sob direção dos atributos da atenção primária.



O 1º contato diz da vinculação, da base de confiança, da necessidade da Unidade de Atenção Primária funcionar como referência para o usuário sempre que ele se veja diante de um novo problema, quando ele precise do Sistema, inclusive para comunicar e orientar o acesso aos outros níveis de atenção, quando justificado (Starfield,1992).

protocolo_A4_final.indd 15 31/07/2012 14:49:46

A coordenação pressupõe para a Equipe responsável pelo usuário/família trabalhar para preservar a continuidade, o aporte regular de cuidado, sempre tomado em sua perspectiva longitudinal, razão pela qual é fundamental para garantir e qualificar a integralidade da atenção: a) pela dimensão ampliada das necessidades dos sujeitos em cuidado que a Equipe compreende; b) por articular o conjunto de serviços que atendam aos problemas comuns da população adscrita em suas diferentes expressões e causas; e c) por adotar critérios que garantem à equidade, a pertinência clínica e a indicação da melhor resposta à situação de saúde do usuário quando orientado aos outros níveis de atenção, garantindo o seu retorno à Equipe responsável por ele e a seqüência do cuidado.

Em síntese, a organização do acesso deve ser admitida em sua complexidade, posto o trato comum de reduzi-la à porta de entrada das Unidades de Saúde, que, embora cumpram função estratégica, pode-se afirmar essencial (não exclusiva) ao diagnóstico de como os usuários utilizam o SUS, não define em si a garantia do acesso à saúde, que, para além da assistência no sentido estrito, deve integrar políticas, programas e ações de promoção da saúde e proteção da vida, de vigilância em saúde, de prevenção de agravos, de diagnóstico e tratamento, de reabilitação, ampliadas ao contexto de vida dos usuários, focando na família como sujeito da atenção em sua orientação comunitária.

1.2. Do acolhimento

"Inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário" (Brasil, 2004).

Acolhimento não é Triagem

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

Outro aspecto importante relaciona o modo como a triagem foi incorporada no funcionamento dos serviços de saúde, em algumas realidades, não sendo incomum critérios como: nº de vagas na agenda (definidos previamente) e ordem de chegada (independente da necessidade clínica) definir o acesso do paciente ao serviço. É fato encontrar a triagem setorizada e realizada por funcionários administrativos.

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

Organiza-se sob orientação decididamente inclusiva, de modo que, ao abordar o usuário e escutá-lo em sua demanda põe em trabalho:

O que usuário busca? Qual é a sua necessidade (o que inclui uma escuta qualificada, uma avaliação técnica)? Como será atendido em sua necessidade? Em que tempo? Como a equipe (e cada profissional dentro da área de sua competência) vai participar? Que oferta de cuidado constitui a melhor resposta à necessidade apresentada? O que pode ser potencializado no encontro com o usuário para além do que se coloca em evidência na situação apresentada? Que outras necessidades e possibilidades podem ser identificadas e trabalhadas?

Todo usuário que busca atendimento na Unidade de Atenção Primária sem estar agendado (programado), portanto, caracterizando demanda espontânea, encaminhado de outro ponto de atenção ou por conta própria, deve ser atendido no mesmo dia e receber a resposta pertinente à sua necessidade, no tempo adequado, o que pode refletir em consulta ou em outra oferta de cuidado, no mesmo dia ou a ser agendada.

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

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

protocolo_A4_final.indd 16 31/07/2012 14:49:46

O positivo não está necessariamente em atender exatamente ao que é pedido. Em alguns casos, não responder ao que foi inicialmente endereçado pode repercutir o necessário cuidado. O que não significa negar a legitimidade do pedido, mas compartilhar com o usuário o entendimento e a construção da solução adequada, respeitando seus direitos e seu poder de decisão, bem como o compromisso profissional de proteger a vida.

Como dispositivo clínico (clínica ampliada), busca garantir a equidade.

Para tal, compreende avaliação baseada em critérios clínicos, incluindo, entre outros recursos, a avaliação do risco e da vulnerabilidade para a definição de prioridade.

1.3. Objetivos

Garantir acesso, avaliação e cuidado resolutivos.

Organizar o atendimento à demanda não-programada (demanda espontânea) definindo prioridades por meio de critérios clínicos e não por ordem de chegada ou vaga na agenda.

Avaliar queixas clínicas mais frequentes, comuns, presentes no cotidiano dos serviços, e o atendimento à situações de urgência menores na Atenção Primária.

Desenvolver a escuta qualificada e o atendimento humanizado, centrado na pessoa e na família.

Coordenar a Agenda de modo a garantir o acesso qualificado e equânime para demanda programada e a para a demanda não-programada (demanda espontânea).

1.3.1. Resultados esperados

Ampliação da resolubilidade dos problemas de saúde na Atenção Primária.

Qualificação do atendimento.

Redução de filas e do tempo de espera.

Detecção precoce dos casos que se agravarão.

Organização e simplificação do processo de trabalho.

Aumento do grau de satisfação dos usuários e profissionais de saúde.

1.3.2. Pressupostos

Organizar o processo de trabalho, a linha de produção do cuidado;

Operar a gestão da clínica,

Inovar e simplificar a prestação de cuidados,

Adequar os perfis de oferta,

Estruturar a rede para garantia do acesso e da continuidade do cuidado nos três níveis de atenção;

Transformar à relação trabalhador – usuário baseado em parâmetros éticos e de solidariedade.

1.4. Da organização operacional do processo de trabalho

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

O plano deve estar conciliado sempre às necessidades da População, e, para tal, cabe atualizá-lo sempre que necessário.

Quanto à elaboração, orienta-se colocar em análise o percurso do usuário:

Como se dá o acesso do usuário, em suas necessidades de saúde, ao atendimento em seu Serviço?

Ao chegar à Unidade, a quem ou para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo?

Qual o caminho que o usuário faz até ser atendido?

O que se configura como necessidade de atendimento no serviço? Quem a define?

O que não é atendido e por quê?

Como você percebe a escuta à demanda do usuário? Que profissionais participam desse processo?

Que tipo de agravos à saúde são imediatamente atendidos? Em quanto tempo? O que os define como prioritários?

Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na Unidade?

protocolo_A4_final.indd 17 31/07/2012 14:49:46

Que procedimentos são realizados e quem responde por eles?

Há articulação com a rede de serviços de saúde (sistema de referência e contra-referência)?

Estas questões (BRASIL, 2004) podem ser potencializadas no uso de uma ferramenta importante para o planejamento, em especial do acesso, o Fluxograma Descritor (Franco e Merhy, 2003; 2009), porque possibilita analisar, a partir da perspectiva do usuário, todas as etapas do processo de trabalho e do cuidado ao usuário. Esta análise pode subsidiar a construção de fluxos, regras, dinâmicas de trabalho mais funcionais, resolutivas e equitativas às necessidades da população.

Recomenda-se que o Plano de Acolhimento seja discutido com os usuários vinculados à Unidade, para que possam conhecer a proposta, compreender, esclarecer suas dúvidas, e agregar suas colaborações.

É fundamental que a Equipe esteja sensibilizada para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos e situações de discriminação promovendo inclusão e possibilitando ao usuário condições para a melhor utilização dos serviços disponíveis na Unidade de Saúde e em outros setores, grupos e instituições.

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

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

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

1.5. Acolhimento à demanda espontânea

O Agente Comunitário acolhe, realiza a 1ª escuta, avalia a necessidade do usuário, define prioridade e a resposta adequada (dentro de sua área de competência, considerando o conjunto de atribuições discutidas e validadas pela equipe). Resolve ou prioriza o atendimento do Enfermeiro ou do Médico ou do Cirurgião Dentista ou a participação em outra modalidade de cuidado.

Deve incluir outros profissionais da Equipe sempre que avaliar necessário e a situação exigir.

Não cabe ao Agente Comunitário fazer avaliação clínica e classificação de risco.

As queixas clínicas associadas a eventos agudos deverão incluir a avaliação do Enfermeiro ou do Médico ou do Cirurgião Dentista (risco odontológico), o que não exclui a possibilidade de escuta/avaliações conjuntas.

Ao Enfermeiro cabe acolher, fazer a avaliação clínica, classificar o risco e vulnerabilidade (com base em Protocolo), identificar a possibilidade de agravamento, definir prioridade, condutas e o tempo terapêutico adequado. Resolver ou priorizar encaminhamento para consulta médica ou do cirurgião dentista ou para outra modalidade de cuidado. Pode identificar a necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção, o que, neste caso, deverá incluir avaliação e decisão médica.

Ao avaliar pertinência técnica, realiza a consulta de enfermagem.

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

O médico acolhe, realiza a consulta conforme prioridade identificada pela Equipe (o que o inclui).

O médico acolhe, faz avaliação clínica, classifica o risco e vulnerabilidade(com base em Protocolos), identifica a possibilidade de agravamento, define prioridades ,condutas e tempo terapêutico adequado.

protocolo_A4_final.indd 18 31/07/2012 14:49:46

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

Orientar o usuário sobre o fluxo do atendimento;
Agendar consultas; visitas domiciliares; outras atividades;
Iniciar ações de cuidado (previstas em Protocolos e outras);
Orientar sobre hábitos saudáveis;
Prestar informações que possibilitem melhor utilização dos serviços (Carteira de Serviços);
Atualizar o cadastro;
Incluir em ações programáticas;
Orientar sobre os direitos e deveres dos Usuários;
Informar e encaminhar para outros equipamentos que envolvam ações;
Intersetoriais, quando necessário.

Ainda que o processo circunscreva uma engrenagem na produção do cuidado, ele é e deve ser sustentado como um processo dinâmico, sendo de extrema importância compreender que, o fato de cada profissional ter sua capacidade resolutiva potencializada (o médico – priorizado para a realização das consultas que se fizerem necessárias, sendo importante retaguarda para os demais profissionais; o enfermeiro – para os eventos agudos que precisam de avaliação; o técnico de enfermagem – para os procedimentos...), não significa, em hipótese alguma, que este fluxo não possa comportar mudanças sensíveis ao contexto de cuidado, ou que cada profissional tenha o seu repertório reduzido. Traduz, isto sim, uma organização que se mostra funcional, na medida em que não está centralizada na consulta médica, valorizando todas as práticas de cuidado e a capacidade resolutiva de todas as categorias profissionais, e da Equipe.

O Agente Comunitário tem recursos para priorizar uma consulta, na medida em que a demanda espontânea não se reduz aos eventos agudos. E mesmo alguns casos, dada a urgência, podem seguir direto para o médico. E pode resolver a questão do usuário sem precisar incluir outros profissionais, o que não quer dizer que não vá compartilhar as decisões nas reuniões de mine equipes ou no momento de decidir.

A 1ª escuta é realizada pelo Agente, mas pode ser conjunta com outro profissional ou ser realizada por outro profissional.

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

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

1.6. Quem faz?

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

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

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

Nas Clínicas da Família e em toda ESF, em atenção ao vínculo, responsabilidade pelo acompanhamento contínuo, o acolhimento à demanda espontânea deve ser realizado por Equipe, não sendo recomendado definir um médico e / ou enfermeiro para realizar o acolhimento de todas as Equipes.

Nas Unidades cujas Equipes não estão estruturadas nos moldes da ESF, recomenda-se a organização de uma escala por turno / dia dos profissionais responsáveis pelo acolhimento à demanda espontânea, de modo que se constitua uma referência para os usuários, e se garanta o acolhimento durante todo o horário de funcionamento da Unidade.

protocolo_A4_final.indd 19 31/07/2012 14:49:46

É importante que os profissionais organizem suas agendas de forma a manter a participação em outras atividades.

Em atenção a Carteira de Serviços da Atenção Primária (2010):

Deve-se garantir um turno semanal para reunião de equipe.

Orienta-se que na reunião, além de rever a programação, a equipe discuta a organização do processo de trabalho, recolhendo e analisando os efeitos dos acertos e do que precisa ser aprimorado na organização do acesso.

Recomenda-se, ainda, que sejam realizados encontros diários, no início e no final do dia, para compartilhar o planejamento das ações cotidianas e pactuar a tomada de algumas decisões.

1.7. Quando faz?

Cabe às Equipes organizar as agendas de forma a garantir o acolhimento durante todo o horário de funcionamento da Unidade.

É importante que as Unidades de Atenção Primária possibilitem horários diferenciados para o atendimento de usuários e famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento, uma das razões que justificam o horário expandido de algumas Unidades.

Não pode haver limitação de horários para o acolhimento à demanda espontânea.

1.8. Onde faz?

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

Nas Clínicas da Família, por exemplo, o acolhimento por equipe direciona o fluxo para os consultórios, não cabendo centralizá-lo em uma sala.

É fundamental que a avaliação que o acolhimento compreende seja feita de modo que o usuário tenha sua privacidade preservada, acomodação adequada,e que o profissional tenha condições de realizar o atendimento, a avaliação, o que inclui o exame físico geral.

Da Avaliação para definição de prioridade, orienta-se:

Buscar sempre a integralidade na abordagem;

Não reduzir a escuta ao binônio queixa–conduta, ainda que faça parte da avaliação;

Preservar a abordagem individualizada de cada caso;

Considerar situação e nível de vulnerabilidade do paciente e de sua família, bem como o nível de sofrimento expresso pelo paciente;

Realizar o Acolhimento por Equipe em atenção ao vínculo que deve ser preservado.

protocolo_A4_final.indd 20 31/07/2012 14:49:46

Fluxograma de Orientação do Acesso

Usuário chega à UAP
Na Recepção é orientado

Consulta Grupo ou outra Atividade Agendada?

- Sim → Usuário é orientado diretamente para o setor/sala ou consultório.
- Não ↓

Demandas Específicas?

- Sim → Usuário é orientado diretamente para o setor/sala ou consultório.

  Vacina; Procedimentos; Coleta de Exames; Serviço Social; Farmácia; NIR; outros.
- Não ↓

Usuário busca atendimento redirecionado de outra Unidade de Saúde ou por conta própria?

- Sim ↓

Usuário deve ter sua demanda e necessidade avaliadas pela Equipe.

Profissional da Equipe acolhe, realiza escuta, faz avaliação baseada em critérios clínicos (nos quadros agudos ele classifica o risco, avalia potencial de agravo), analisa vulnerabilidade e outros fatores. Identifica a necessidade do usuário; define prioridade, e a melhor resposta de cuidado, no tempo terapêutico adequado.

Queixa Clínica associada a Evento Agudo?

- Sim → Coordenação do Cuidado
  - **Emergência?** Atendimento médico imediato. Estabilização. Monitoramento contínuo. Decisão Médica de Transferência para Hospital Geral. Acionar a Central de Regulação. **Vaga Zero**.
  - **Urgência Maior?** Avaliação do Enfermeiro em até 10 minutos. Atendimento médico em até 30 minutos. Estabilização. Monitoramento contínuo. Decisão Médica de Transferência para Hospital Geral. Acionar a Central de Regulação. **Vaga Regulada**.
  - **Urgência?** Atendimento médico em até 60 minutos. Usuário deve ser informado sobre o tempo de espera.
    Consultado
    Deve ter o seu retorno programado.
  - **Não é Urgente?** Equipe avalia e define Prioridade: Agendar Consulta e/ou outra oferta de cuidado ou viabilizar no mesmo dia.
    No mesmo dia? Usuário deve ser informado sobre o tempo de espera (se no mesmo turno, não ultrapassar 120 minutos de espera. Em outro turno, marcar o horário).
    Respeitar os atendimentos prioritários.

    Agendar (Programar o retorno)? Preferencialmente em até 7; 30 ou 60 dias, à julgar pela avaliação técnica da Equipe.
- Não ↓

Equipe avalia que situação apresentada pelo usuário (considerando o projeto terapêutico, se houver) define prioridade para consulta e/ou outra oferta de cuidado no mesmo dia?

- Sim ↓

Equipe viabiliza consulta e/ou outra oferta de cuidado no tempo adequado e comunica ao usuário o tempo de espera.

- Não → Potencialize o encontro com o Usuário

  Agendar; iniciar ações de cuidado (previstas em Protocolos e outras); orientar sobre hábitos saudáveis; prestar informações que possibilitem melhor utilização dos serviços (Carteira de Serviços); atualizar o cadastro; incluir em ações programáticas; orientar sobre os direitos do Usuário; informar e encaminhar para outros equipamentos que envolvam ações intersetoriais quando necessário.

Usuário não pertence ao Território? O Acesso é Universal, não esqueça! Acolher, avaliar, consultar, se necessário. Redirecionar por escrito para Unidade de Referência do usuário com base no CEP. Entrar em contato com a Unidade para comunicar redirecionamento. Orientar o usuário a retornar caso encontre alguma dificuldade de inserção na Unidade para onde foi redirecionado.

protocolo_A4_final.indd 21 31/07/2012 14:49:47

1.9. Eventos agudos

1.9.1. Acolhimento com critério de avaliação clínica em função do risco e vulnerabilidade

Da avaliação e classificação de risco:
Classificar risco implica observação e análise.
Da Situação clínica do paciente;
Da Queixa manifesta, sua forma e duração;
Do histórico do paciente;
Do uso de medicação ou outra substância;
Dos sinais vitais;
Do exame físico buscando sinais objetivos;
Da glicemia e do eletrocardiograma, se houver necessidade.
Roteiro básico para consulta de avaliação
A – QPD Queixa principal e duração
B – Antecedente mórbido e medicamentoso
C – Sinais vitais e exame físico sumário
D – Exames de Apoio (ECG, Glicemia,etc)
E – Conduta: Classificação de Risco baseada em Protocolo
O Exame Físico Geral prevê avaliar:
Pressão Arterial
Pulso
FC
Temperatura
Respiração
Nível de Consciência
Pele, mucosa e anexos
Ascite
Edemas
Avaliação Cardíaca
Avaliação
Respiratória

1.9.2. Quanto à Classificação de Risco

As situações identificadas como emergência constituem prioridade zero, ou seja, o atendimento médico deve ser imediato.

A UAP deve realizar os primeiros cuidados, estabilizar o paciente, o médico responsável pelo atendimento deve decidir sobre a transferência para outro nível de atenção, como o Hospital Geral.

Ao decidir pela transferência, deve acionar a Central de Regulação, relatar o caso ao Médico Regulador conforme protocolo estabelecido, solicitar a vaga e a ambulância. Neste caso: Vaga Zero

Manter o cuidado e o monitoramento contínuo até a transferência.

As situações identificadas como urgência maior requerem a primeira avaliação de enfermagem em até 10 minutos e atendimento médico em até 30 minutos.

A UAP deve realizar os primeiros cuidados, estabilizar o paciente, o médico responsável pelo atendimento deve decidir sobre a transferência a outro nível de atenção, como o Hospital Geral.

Ao decidir pela transferência, acionar a Central de Regulação, relatar o caso ao Médico Regulador conforme protocolo estabelecido, solicitar a vaga e a ambulância. Neste caso: Vaga Regulada

Manter o cuidado e o monitoramento contínuo até a transferência.

Conforme orientação da Carteira de Serviços da Atenção Primária, todas as Unidades de Atenção Primária devem estar preparadas para manejar os casos mais comuns de emergência ou urgência maior a fim de estabilizar o paciente e providenciar rápida remoção a serviço de emergência de referência (Consultar Carteira de Serviços; ver Protocolos definidos).

Toda Unidade deve apresentar em prazo de validade adequado:

01 torpedo de oxigênio com máscara e catéter

protocolo_A4_final.indd 22 31/07/2012 14:49:47

01 maleta plástica para emergência com itens e medicamentos padronizados na Carteira de Serviços e no protocolo municipal de atendimento de urgência e emergência, de equipes preparadas para atendimento de emergência.

As situações identificadas como urgência requerem atendimento médico em até 60 minutos. O usuário deve ser informado sobre o tempo de espera. A UBS deve realizar a consulta e/ou procedimentos e/ou exames necessários, manter em observação – se pertinente -, programar o retorno do paciente.

As situações identificadas como não urgentes, em sua maioria, podem ser agendadas. Contudo, existem situações de vulnerabilidade e relacionadas ao contexto do tratamento do usuário e do seu projeto terapêutico que podem definir prioridade para consulta ou outra oferta de cuidado no mesmo dia.

Neste caso, o usuário deverá ser consultado preferencialmente no mesmo turno, não ultrapassando 120 minutos de espera, compreendendo que, uma vez definida a necessidade de atendê-lo, deve-se procurar reduzir ao máximo o tempo de espera do usuário, respeitando as consultas agendadas e prioritárias.

O tempo de espera deve ser comunicado ao usuário para que o mesmo possa avaliar e participar sua possibilidade de aguardar a consulta ou outra oferta de cuidado.

Cabe ressaltar que não ser urgente não significa que a situação não compreenda um nível de prioridade. Na atenção primária, em especial, cabe detalhar todas as situações de não-urgência por nível de prioridade, de modo que se possa definir um parâmetro para as situações que podem ser agendadas e para as situações devem ser consultadas pelo médico no mesmo turno ou dia.

O estudo da demanda é fundamental para este aprimoramento.

Ver Anexo I – Classificação de Risco – Discriminadores Gerais

Sinais e Sintomas

SOBRE USO DOS PROTOCOLOS NA GESTÃO DO CUIDADO

Os Protocolos instrumentalizam a definição de prioridade clínica. Ao descrever a forma de apresentação de uma doença ou agravo e seus sinais de alerta permite classificar o nível de gravidade e de sofrimento do paciente e diferenciar emergência de urgência em seus diferentes níveis. Nas situações de urgência e emergências, os protocolos constituem ferramentas apoio importantes para a tomada de decisão, conferindo maior segurança e mesmo um nível de controle para a variabilidade clínica (Mendes, 2011).

Não devem ser utilizados para fazer diagnóstico no acolhimento à demanda espontânea.

O mais importante é que o protocolo contribua para a definição de quem precisa mais e em que tempo, ou seja, quem deve ser atendido primeiro, quem pode aguardar. O tempo terapêutico é o fator-chave da avaliação clínica.

O quadro clínico do paciente em situação de urgência ou emergência é dinâmico e deve compreender monitoramento contínuo e reavaliação, posto que a classificação pode mudar – diminuir ou aumentar o nível de urgência, por exemplo.

DAS FERRAMENTAS E DISPOSITIVOS DE APOIO

A narrativa do usuário e a escuta qualificada;
Projetos Terapêutico Singular;
Planos de Cuidado;

Os Protocolos Clínicos por Linhas de Cuidado e Ciclos de Vida adotados pela SMSDC constituem ferramentas de referência para avaliação e definição de prioridade.

Para a avaliação de Enfermagem

O Protocolo de Enfermagem deverá subsidiar a consulta de enfermagem;

Para a configuração do nível de gravidade, protocolo de discriminadores gerais – sinais e sintomas – em quatro níveis. (em anexo);

protocolo_A4_final.indd 23 31/07/2012 14:49:47

Escala de Coma Glasgow (Anexo II, pág. 31);
Classificação de Superfície Corporal Queimada (Anexo III).
Carteira de Serviços da Atenção Primária – Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários
http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=1233196

PROJETO TERAPÊUTICO

Todos os usuários devem ter um Projeto Terapêutico individualizado, baseado nas suas necessidades, considerando os fatores individuais, sociais e familiares envolvidos.

No Projeto Terapêutico cabe constar:
Breve histórico do paciente
Condutas e estratégias terapêuticas adotadas no tratamento em curso;
Orientações para o autocuidado monitorado
Orientações para promoção de hábitos de vida saudáveis

O Projeto deve ser discutido e construído junto com o usuário, considerando o seu estilo de vida, possibilitando escolhas, e deve estar focado na produção da autonomia e corresponsabilização no projeto de cuidado.

DA SALA DE ESPERA

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

Este espaço deve ser potencializado como área de atuação técnica.

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

Objetivos: monitorar tempo de espera; reduzir e controlar ansiedade; monitorar evolução; aproximar usuário e equipe, fortalecer a comunicação; humanizar e ampliar o foco do cuidado.

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

A organização do Acolhimento pode ser trabalhada com os usuários.

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

Algumas ações e atividades do Programa de Práticas Integrativas podem ser desenvolvidas na gestão da espera, bem como ações preventivas e de promoção da saúde, individuais e coletivas.

protocolo_A4_final.indd 24 31/07/2012 14:49:47

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABBÊS, C.; MASSARO, A. *Acolhimento com classificação de risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde*: Projeto AGAP. CONASS Documenta, 22. Brasília. CONASS, 2011

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. CONASS Documenta, 23. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *A Atenção Básica que queremos*. Brasília: CONASEMS, 2011.

BELO HORIZONTE. *Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Bherens* – MG.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec,2003.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS (CAEP); NATIONAL EMERGENCY NURSES AFFILIATION OF CANADA (NENA); ASSOCIATION DES MÉDE CINS D'URGENCE DE QUÉBEC

PARANÁ. Conselho Regional de Enfermagem. *Protocolo de Manchester será utilizado por Enfermeiros em Curitiba*. Disponível em: http://www.corenpr.org.br/noticias/2009/protocolo_manchester.html.

FRANCO, T. B. BUENO, W. S, MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim – MG. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n.2,1999.

FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e Projeto Terapêutico para análise de Serviços de Saúde, em apoio ao planejamento. O Caso de Luz. In Merhy, E. E. et al: *O Trabalho em Saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2009.

HOSPITAL Municipal Dr. Mário Gatti de Campinas (SP). *Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco*. Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola Nacional de Saúde Pública.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo; Hucitec, 2002.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. *Modelo de Gestão em Enfermagem*: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana de Saúde. *A Atenção à Saúde coordenada pela APS*: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. OPAS: Brasília, 2011.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. *O serviço de urgência*: recomendações para os cuidados urgentes e emergentes [S.I.], 2004. Relatório do Grupo de Trabalho de Urgências.

STARFIELD,B. *Primary Care*: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press,1992.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. *Guia de Referência Rápida*. Carteira de Serviços – Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC, 2010.

protocolo_A4_final.indd 25 31/07/2012 14:49:47

ANEXOS

I. Classificação de Risco – Discriminadores Gerais

Sinais e Sintomas

A Classificar risco implica Observação e Análise

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

VERMELHO

EMERGÊNCIA

1 CÓDIGO DE PARADA

Parada Cardiorespiratória
Iminência de Parada

2 TRAUMA GRAVE

Lesão grave de único ou múltiplos sistemas

Trauma craniano – ECG 2 a 8
Grande queimadura com acometimento de vias aéreas

Trauma torácico, abdominal ou craniano com: perfuração,
alteração mental, hipotensão, taquicardia, sintomas respiratórios

TCE moderado Glasgow < 8 com sinais de perfuração, cefaléia intensa, perda de consciência,
Confusão mental e vômito

3 CEFALÉIA

Dor Intensa
Rigidez de nuca
Náusea / vômito
Alteração do estado mental

protocolo_A4_final.indd 26 31/07/2012 14:49:47

Sinais neurológicos focais
(Paresia, afasia)

4 CHOQUE

Comprometimento Hemodinâmico
Hipotensão (PA sist. < 80 mmHg),
Taquicardia, bradicardia ou alteração do sensório
Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fraco, síncope, hipotensão postural

5 ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

(com Glasgow < 8)
Irresponsivo, ou só resposta a dor
Agitação psicomotora
Intoxicação exógena
Evento S.N.C
Convulsão em atividade, pós-ictal
Distúrbios metabólicos
Doenças psiquiátrica com rigidez de Membro

6 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Apeia ou dispnéia importante
Cianose
Letargia – confusão mental
Taquicardia – bradicardia
Dispnéia – extremo esforço respiratório
Obstrução de vias aéreas com respiração anormal (ruidosa ou Estridor)

7 GRAVIDEZ > 20 Semanas

Apresentação das partes ou prolápso de cordão
Metrorragia (sangramento vaginal)

8 DOR TORÁCICA

Dor torácica com duração superior a 30 min. sem melhora em repouso
Dor em aperto com irradiação para um ou ambos os membros superiores de forte intensidade acompanhada de sudorese, náusea e vômitos,podendo ter queimação epigástrica,
Perda de consciência, com história anterior de IAM
(Infarto Agudo do Miocárdio), angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes

9 AVC – HEMIPARESIA AGUDA

Grande déficit neurológico. Sintoma
< 4 horas

10 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

HAS grave associado a complicações agudas como doença cérebro vasculares, circulatórias ou renais Ex.: AVC, Infarto, insuficiência renal. Hipertensão maligna com Papiledema
Crises adrenérgicas graves.
Hipertensão da gestação
T.C.E

BANDEIRAS VERMELHAS

São condições e sinais de alerta que representam condições em que o paciente pode piorar repentinamente:
Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h.
Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões
Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente
Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas

Fraturas da 1.ª e 2.ª costela // Fraturas 9.ª, 10.ª, 11ª costela ou mais de três costelas
Possível aspiração
Possível contusão pulmonar
Óbitos no local da ocorrência

protocolo_A4_final.indd 27 31/07/2012 14:49:47

AMARELO

MUITO URGENTE

1 TRAUMA LEVE E MODERADO

T.C.E.
Sem perda de consciência
Alerta (ECG 14 e 15)

Cefaléia moderada (4 – 7/10)
Náusea ou vômito

Dados vitais normais

Fraturas alinhadas, luxações. Distensões, Dor Moderada (4 – 7/10)

Ferimento menor com sangramento compressível

Trauma torácico com dor leve (moderada, sem dispnéia)

2 QUEIMADURAS

Queimaduras de 2º e 3º grau, áreas não críticas,
SCQ < 10%.
1º grau > 10% SCQ, áreas não críticas
1º grau, face e períneo, mãos e pés

3 DOR TORÁCICA

Localizada ou em pontada com sinais visíveis estáveis

Piora com respiração profunda

Dor de intensidade moderada sem melhora com analgésico

Com estabilidade hemodinâmica

Dor aguda podendo ter persistido por mais de 6 horas

Pode ter febre, distensão abdominal associada

4 DIARRÉIA E VÔMITOS COM DESIDRATAÇÃO

Sem instabilidade hemodinâmica persistentes
Letargia
Mucosa ressecada
Turgor cutâneo

5 ARTICULAÇÕES = PARTES MOLES

Processo inflamatório (dor, calor, edema, eritema) em membros ou articulações

Urticária ou prurido intenso

6– DIÁLISE / TX (Transplante)

Distúrbios hidroeletrolíticos frequentes
Risco de arritmias e deterioração

7 DOR INTENSA (8 – 10/10)

Aguda, central (cabeça, tórax, abdome)

Aguda, periférica (em extremidades com Isquemia)

Luxação (ortopedia)

Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de membros inferiores

protocolo_A4_final.indd 23 31/07/2012 14:49:47

VERDE

URGENTE

1 TRAUMA LEVE
Dados vitais normais.
Distensões, contusões, torções.
Fratura possível.
Lacerações que requerem investigação.
Dor moderada (4 – 7/10)
6 horas do evento, e < 10 dias.

2– QUEIMADURAS E FERIDAS
Queimadura de 1º grau, < 10% em área não crítica
Feridas com febre
Miiase com infestação intensa

3 CEFALÉIA
Não súbita.
Não intensa (< 7/10).
Não enxaqueca.
Rinorréia purulenta.
Sem fator de risco.
Dados vitais normais

4 DOENÇA PSIQUIÁTRICA – COMPORTAMENTAL
Dados vitais normais.
Gesticulando mas não agitado.
Sem risco imediato para si ou para outrem.
Com acompanhante.

5 SINTOMAS GRIPAIS
Dor de garganta.
Dor de ouvido.
Tosse produtiva.
Rinorréia purulenta.
Febre < 38,5 ºC.
Mialgia

6 VÔMITOS E DIARRÉIA SEM DESIDRATAÇÃO
Dados vitais normais
Mucosas úmidas.
Diurese normal.
Turgor de pele normal.
< 5 – 10 evacuações / dia.
< 5 – 10 vômitos / dia.

7 FERIDAS
Com infecção local.
Com necrose.
Escaras

AZUL

NÃO É URGENTE
1 TRAUMA LEVE (Menor)
Dor leve
Contusões
Escoriações
Ferimentos que não requerem fechamento
Mialgia
Distensões

protocolo_A4_final.indd 29 31/07/2012 14:49:47

2 FERIDAS

Limpa, sem sinais sistêmicos de infecções
Controle de úlceras crônicas
Retiradas de pontos
Escaras sem repercussão sistêmica
Queimaduras de 1º grau em pequenas áreas não críticas

3 SINTOMAS GRIPAIS

Coriza
Dor de garganta
Queixas leves
Sem sintomas respiratórios
Dados vitais normais

4 DOR ABDOMINAL

Dados vitais normais
Dor leve (< 4)
Constipação intestinal
Crônica ou recorrente

5 DOR LEVE A MODERADA

Crônica, central ou periférica
Dor torácica superficial, crônica, piora a compressão
Lombalgia crônica não traumática
Em MMII ou articulações, crônica, sem Sinais Inflamatórios

6 VÔMITO OU DIARREIA

Dados vitais normais
Sem desidratação
Estado mental normal

7 DOENÇA PSIQUIÁTRICA

Depressão crônica ou recorrente
Impulsividade
Crise social
Insônia
Estado mental normal
Dados vitais normais

protocolo_A4_final.indd 30 31/07/2012 14:49:47

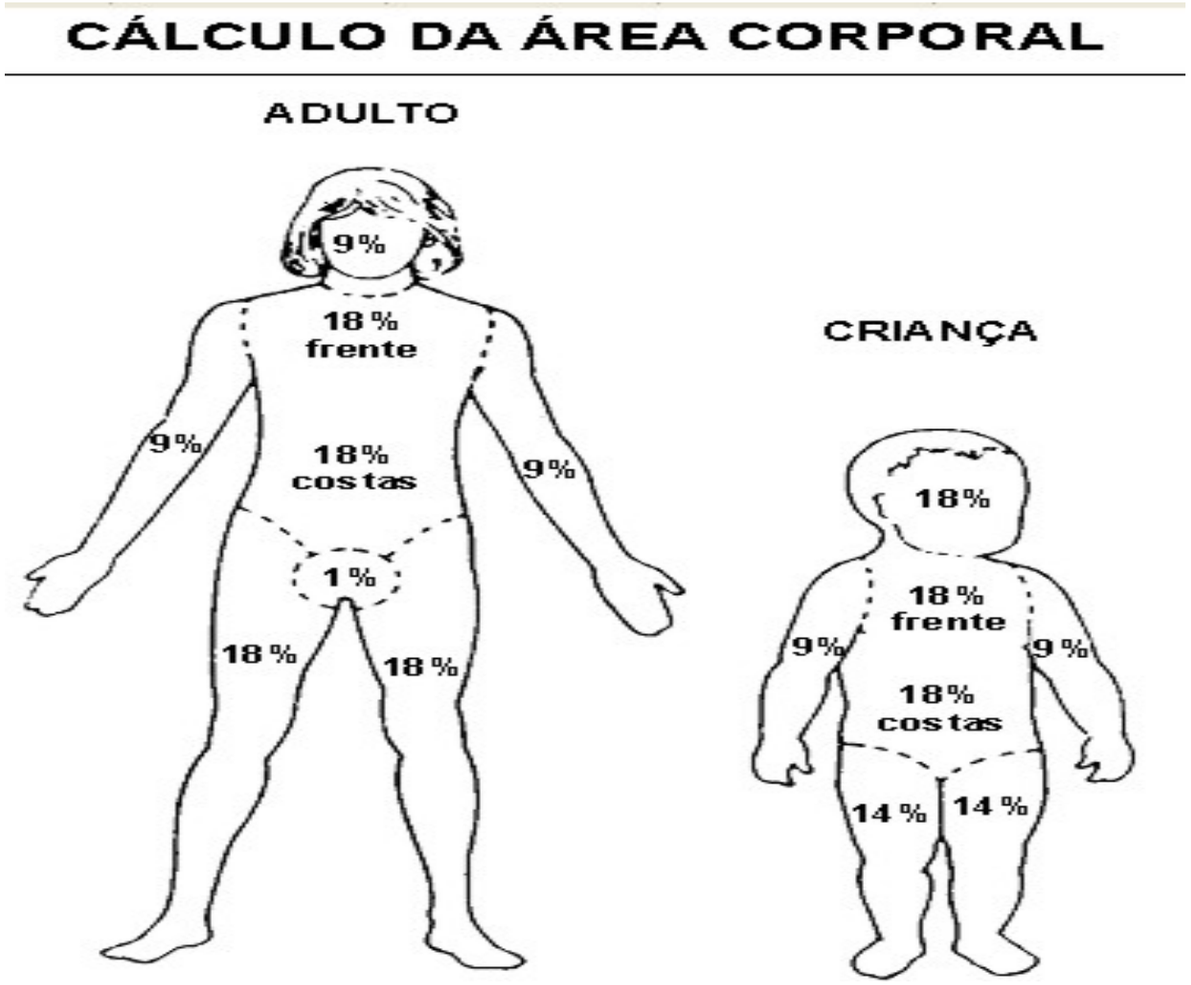
II. Escala de coma de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA À VOZ À DOR NENHUMA	**4** **3** **2** **1**
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA CONFUSA PALAVRAS INAPROPRIADAS PALAVRAS INCOMPREENSIVAS NENHUMA	**5** **4** **3** **2** **1**
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS LOCALIZA DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA	**6** **5** **4** **3** **2** **1**

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

protocolo_A4_final.indd 31 31/07/2012 14:49:47

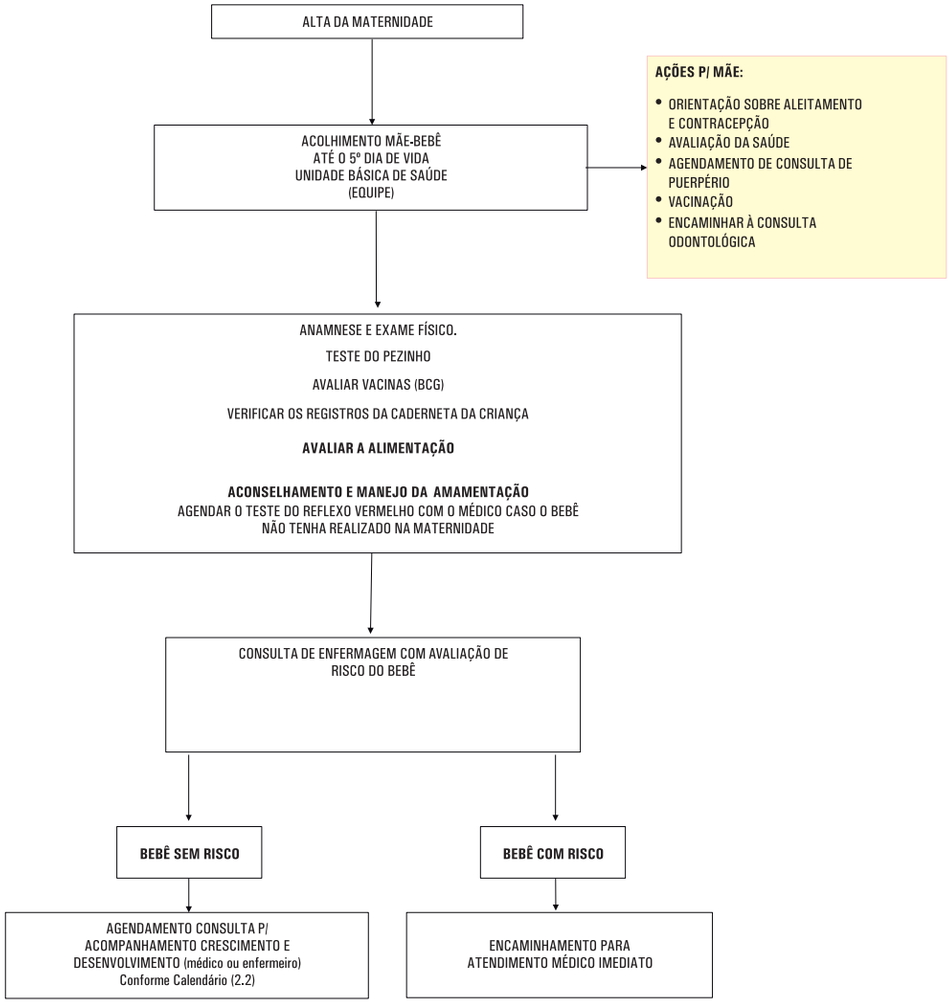
III. Classificação de Superfície Corporal Queimada



protocolo_A4_final.indd 32 31/07/2012 14:49:48

2. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO PARA SAÚDE DA CRIANÇA.

2.1. Acolhimento mãe-bebê nas unidades de atenção primária à saúde após alta da maternidade



protocolo_A4_final.indd 33 31/07/2012 14:49:48

2.2. Calendário do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de baixo risco (0 a 10 anos)

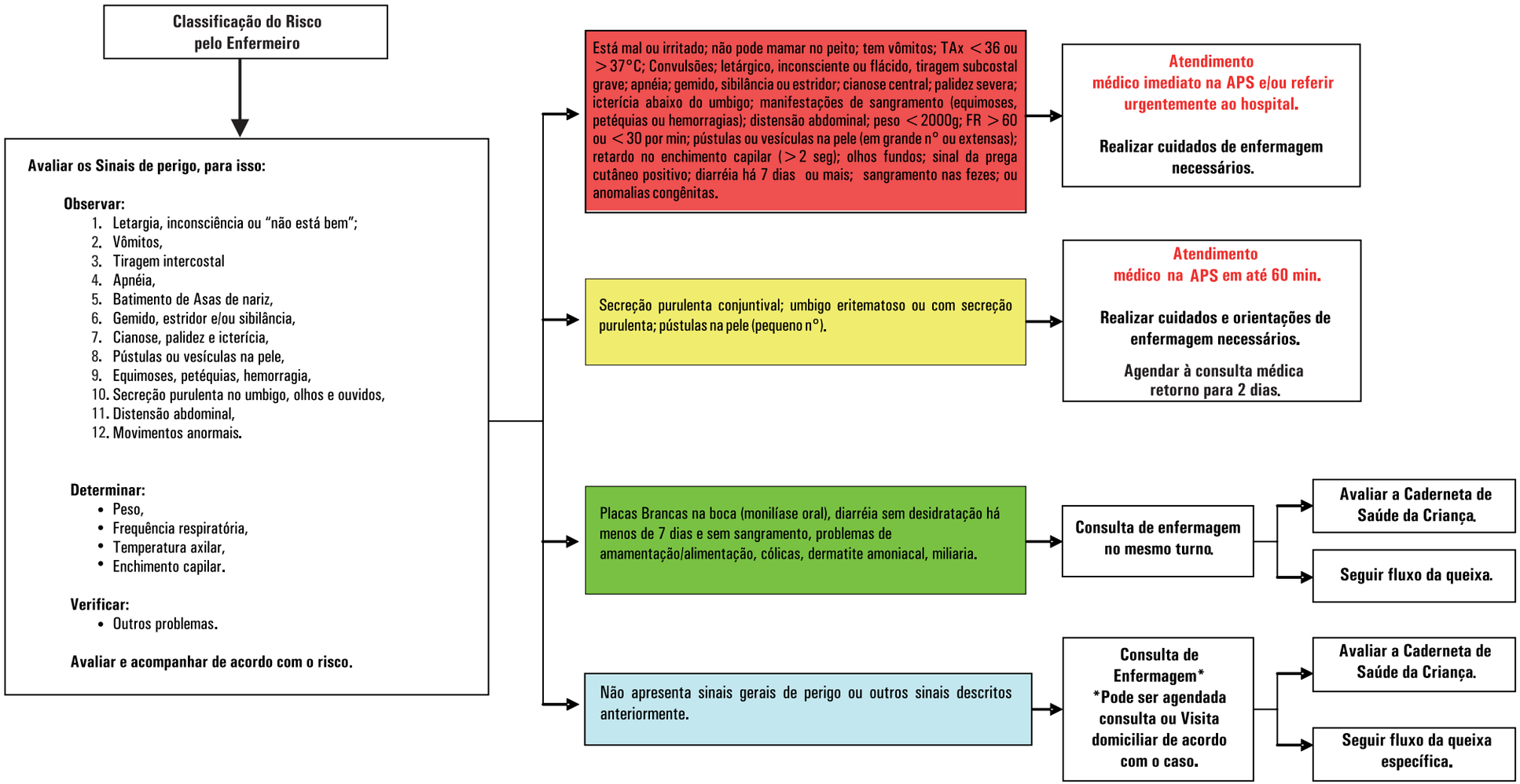
IDADE	Calendário de consultas			Aleitamento Materno exclusivo	Teste do Pezinho	Reflexo Vermelho	Imunização
	M	E	GE				
Chegada da maternidade	Visita Domiciliar						
5º dia	Acolhimento Mãe-bebê					(*)	BCG, Hepatite B (se não recebeu na maternidade)
< 15 dias							
30 dias							Hepatite B
2 meses							VORH, VOP,Tetravalente
3 meses							Anti-pneumocócica e Anti-meningocócica C
4 meses							VORH, VOP,Tetravalente
5 meses							Anti-pneumo e Anti-meningocócica C
6 meses							VOP, Tetravalente e Hepatite B
7 meses							Anti-pneumocócica
8 meses							
9 meses							
10 meses							
11 meses							
12 meses							Tríplice viral,anti-pneumo e anti-meningo C (entre 12 e 15m)
15 meses							VOP,DTP
18 meses							
2 anos							
2 anos e 6m							
3 anos							
3 anos e 6m							
4 anos							Tríplice Viral e DTP entre 4 e 6 anos
4 anos e 6 m							
5 anos							
5 anos e 6 m							
5 anos							
5 anos e 6 m							
6 anos							
6 anos e 6 m							
7 anos							
7 anos e 6 m							
8 anos							
8 anos e 6 m							
9 anos							
9 anos e 6 m							
10 anos							Dupla Adulto a cada 10 anos

M=Médica E=Enfermeiro Grupo Educativo
GE = Grupo Educativo

(*) verificar se foi realizado na maternidade, caso não tenha sido feito, agendar/realizar.

protocolo_A4_final.indd 34 31/07/2012 14:49:48

2.3. Avaliação e acompanhamento da criança de 0 a 2 meses pelo enfermeiro



protocolo_A4_final.indd 35 31/07/2012 14:49:48

2.4. Avaliação e acompanhamento da criança de 2 meses a 5 anos pelo enfermeiro

Classificação do Risco pelo Enfermeiro

Avaliar os Sinais de perigo e risco, para isso:

Perguntar a mãe se a criança:
1. Consegue beber ou mamar no peito?
2. Vomita tudo o que ingere?
3. Apresentou convulsões?

Observar e/ou verificar:
1. Letargia ou inconsciência,
2. Inquietação ou irritação,
3. Tiragem intercostal,
4. Estridor e sibilância em repouso,
5. Respiração rápida,
6. Olhos fundos,
7. Sinal da prega volta muito lentamente ou lentamente,
8. Febre (Temperatura > 38ºC),
9. Rigidez de nuca,
10. Petéquias,
11. Abaulamento de Fontanela,
12. Secreção purulenta de ouvido,
13. Palidez palmar,
14. Cianose.

Determinar:
- Temperatura Axilar,
- Peso,
- Verificação da PA nos > 3 anos.

Palpar:
- Tumefação dolorosa atrás da orelha.

Verificar outros problemas.

Classificar e acompanhar de acordo com o risco.

Idade	Definição de respiração Rápida
2 a <12 meses	50 ou mais por min.
1 a <5 anos	40 ou mais por min.

Qualquer sinal geral de perigo; tiragem subcostal ou estridor em repouso; letárgica ou inconsciente; olhos fundos; não consegue beber ou bebe muito mal; ao sinal da prega a pele volta muito lentamente; há desidratação; rigidez de nuca ou petéquias ou abaulamento de fontanela; tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha; emagrecimento acentuado visível ou edema em ambos os pés; palidez palmar grave; Sinais de violência física; pacientes psiquiátricos com agitação psicomotora; intoxicação exógena.

→ Atendimento médico imediato na UPS e/ou referir urgentemente ao hospital.

Realizar cuidados de enfermagem necessários.

Febre (sem sinais de perigo); Respiração rápida*; inquieta ou irritada; olhos fundos; bebe avidamente (com sede); ao sinal da prega a pele volta lentamente ao estado anterior; secreção purulenta visível no ouvido há menos de 14 dias secreção purulenta visível há mais de 14 dias; Sinais de violência psicossocial.

→ Atendimento médico na APS em até 60 min.

Realizar cuidados e orientações de enfermagem necessários.
Agendar retorno para 2 dias para consulta médica.

Tosse há menos de 3 semanas sem sinal de pneumonia ou doença grave; diarreia sem desidratação há menos de 14 dias sem sangramento; febre sem nenhum sinal de perigo e risco ou doença febril grave; dor no ouvido; problemas de amamentação/alimentação; dermatite amoniacal ou de fraldas, profilaxia de anemia ferropriva.

- Tosse há mais de 3 semanas ver fluxo de doença respiratória.

→ **Consulta de Enfermagem no mesmo turno.**
→ **Avaliar a Caderneta de Saúde da Criança.**
→ **Seguir fluxo da queixa específica.**

Não apresenta sinais gerais de perigo ou outros sinais descritos anteriormente.

→ **Consulta de Enfermagem* agendada ou visita domiciliar de acordo com o caso.**
→ **Seguir fluxo da queixa específica.**
→ **Avaliar a Caderneta de Saúde da Criança.**

OBS.: Sempre seguir orientações da caderneta da Criança.

protocolo_A4_final.indd 36 31/07/2012 14:49:49

2.5. Avaliação e acompanhamento da criança de 5 anos a 10 anos pelo enfermeiro

Classificação do Risco pelo Enfermeiro

Avaliar os Sinais gerais de perigo, para isso:

Perguntar por ou observar:

1. Há comprometimento das vias aéreas?
2. A respiração é ineficaz?
3. A criança está não reativa?
4. Sinais de Choque?
5. Alteração do estado de consciência?
6. Dor moderada a severa?
7. Hemorragia?
8. Criança quente ou com febre alta?
9. Pequena hemorragia?
10. Vômitos persistentes?
11. Febre
12. Rigidez de nuca
13. Petéquias
14. Convulsão
15. Cianose

Verificar:

- Temperatura
- FR (normal até 30 irpm)
- Peso/altura
- Verificação da Pressão Arterial
- Sinais de violência física e psicossocial
- Outros problemas

Classificar e acompanhar de acordo com o risco.

Comprometimento das vias aéreas; respiração ineficaz; criança não reativa; alterações do estado de consciência ; sinais de choque; dor severa; hemorragia; Rigidez de nuca; petéquias; febre alta; vômitos persistentes; convulsão; Sinais de violência física ou intoxicação exógena, pacientes psiquiátricos com agitação psicomotora.

→ **Atendimento médico imediato na APS e/ou referir urgentemente ao hospital.**

Realizar cuidados de enfermagem necessários.

Febre (sem sinais de perigo); Respiração rápida*; inquieta ou irritada; olhos fundos; bebe avidamente (com sede); ao sinal da prega a pele volta lentamente ao estado anterior; secreção purulenta visível no ouvido há menos de 14 dias ou otoscopia alterada e/ou secreção purulenta visível há mais de 14 dias; Sinais de violência psicossocial. *

→ **Atendimento médico na APS em até 60 min.**

Realizar cuidados e orientações de enfermagem necessários.

Agendar à consulta médica retorno para 2 dias.

Tosse há menos de 3 semanas sem sinal de pneumonia ou doença grave; diarreia sem desidratação há menos de 14 dias sem sangramento; febre sem nenhum sinal de perigo e risco ou doença febril grave; dor no ouvido; problemas de alimentação; verminose, pediculose, escabiose, miliária.

- Tosse há mais de 3 semanas ver fluxo de doença respiratória.

→ **Consulta de enfermagem no mesmo turno.**

→ **Avaliar a Caderneta de Saúde da Criança.**

→ **Seguir fluxo da queixa específica.**

Não apresenta sinais gerais de perigo ou outros sinais descritos anteriormente.

→ **Consulta de enfermagem agendada ou visita domiciliar de acordo com o caso.**

→ **Avaliar a Caderneta de Saúde da Criança.**

→ **Seguir fluxo da queixa específica.**

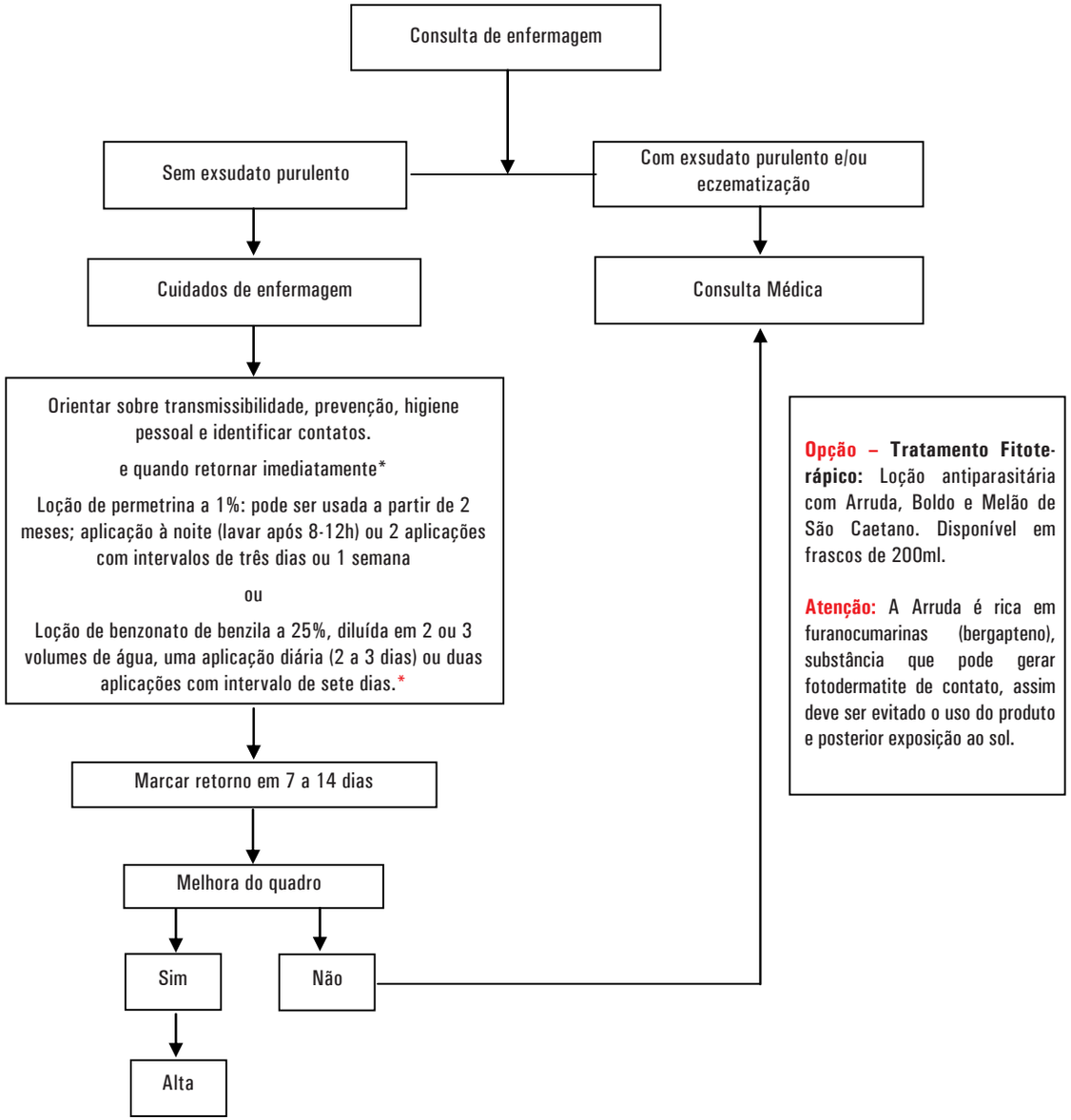
***Sinais e sintomas não descritos devem ser avaliados considerando os sinais de perigo, relato da mãe/acompanhante ou da criança.**

OBS.: Sempre seguir orientações da caderneta da Criança.

protocolo_A4_final.indd 37 31/07/2012 14:49:49

2.6. Conduta de enfermagem a queixas específicas

2.6.1. A criança com escabiose

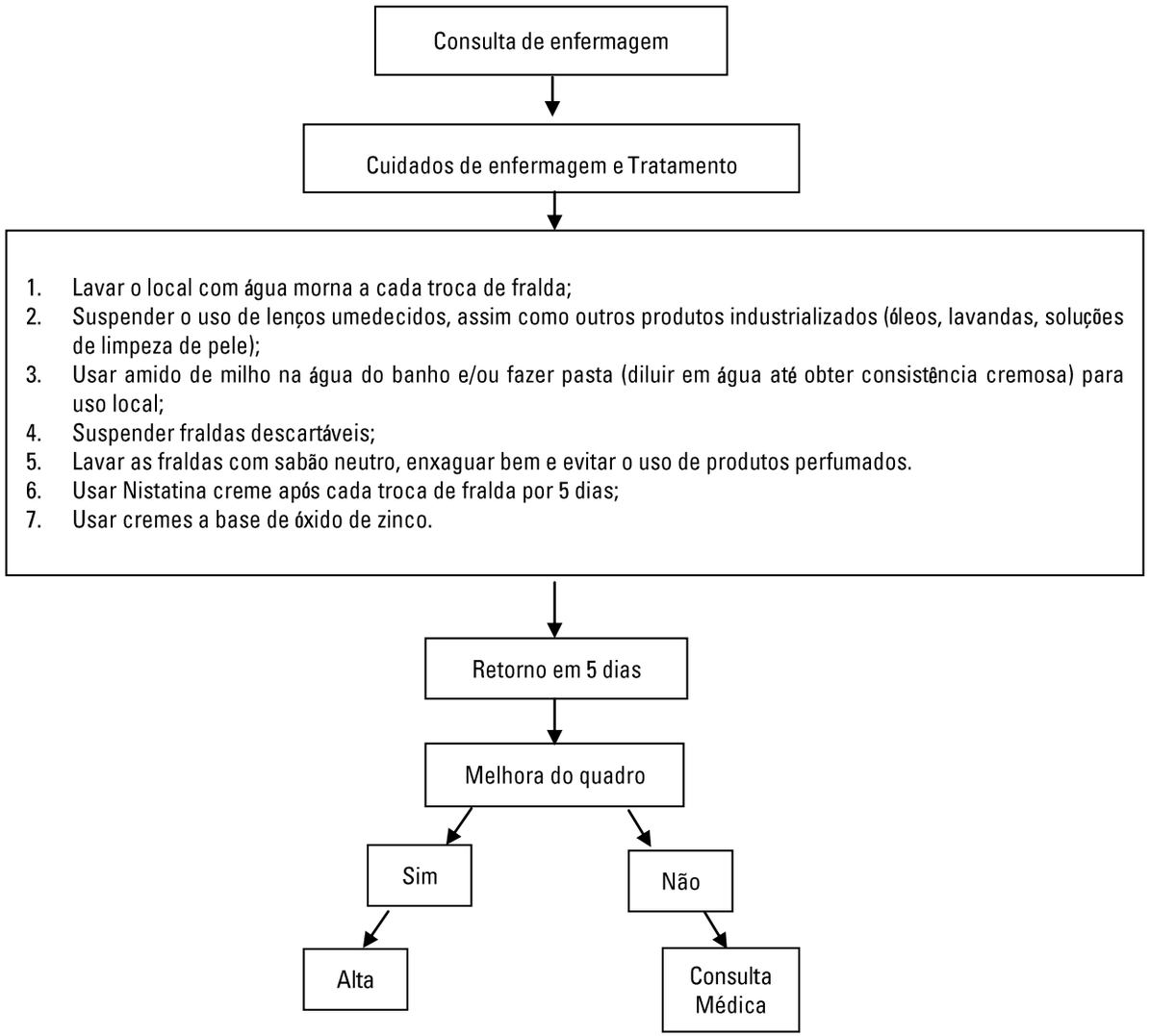


* Retornar imdeditamente

- Piora do Estado Geral.
- Aparecimento de novas lesões com exsudato purulento e ou eczematização.
- Suspeita de reação adversa ao medicamento

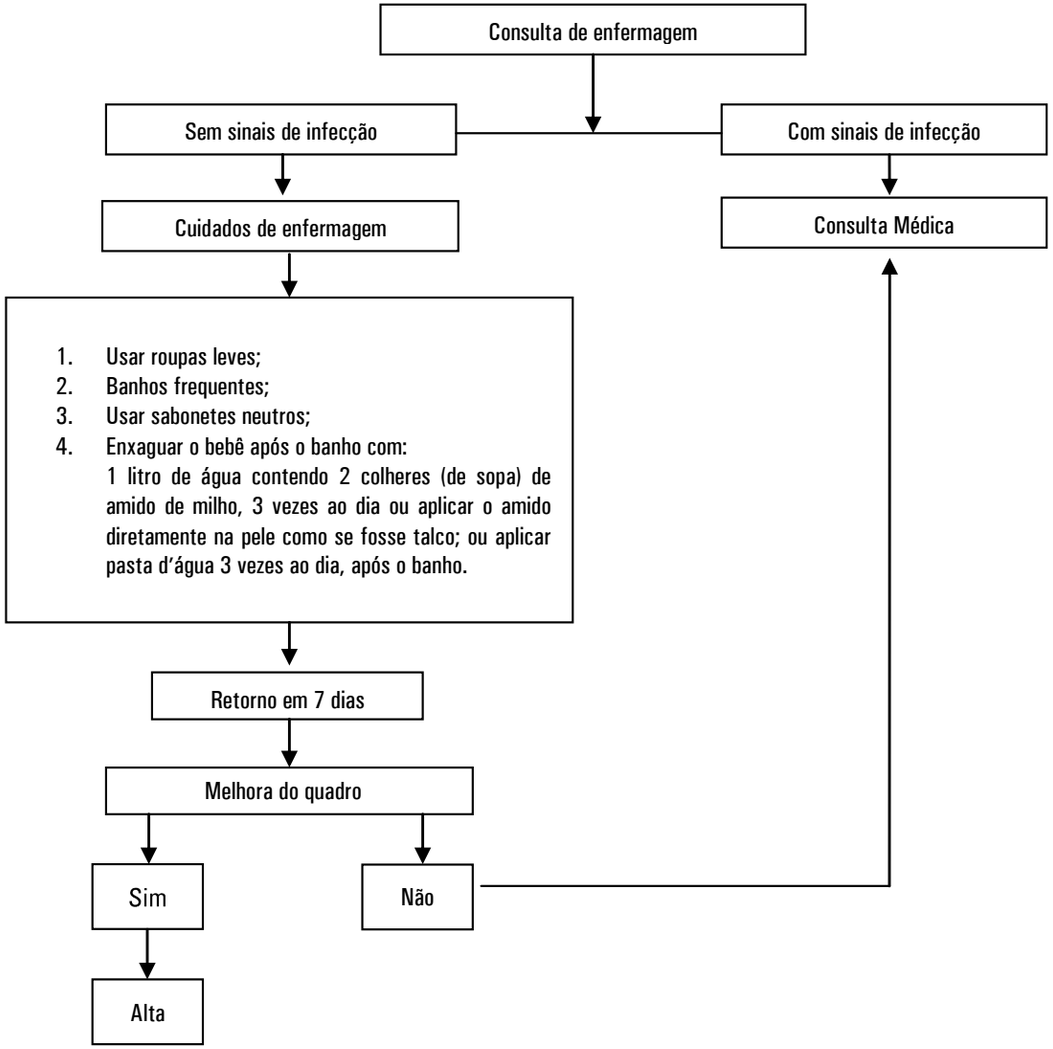
protocolo_A4_final.indd 38 31/07/2012 14:49:49

2.6.2. A criança com dermatite amoniacal ou de fralda



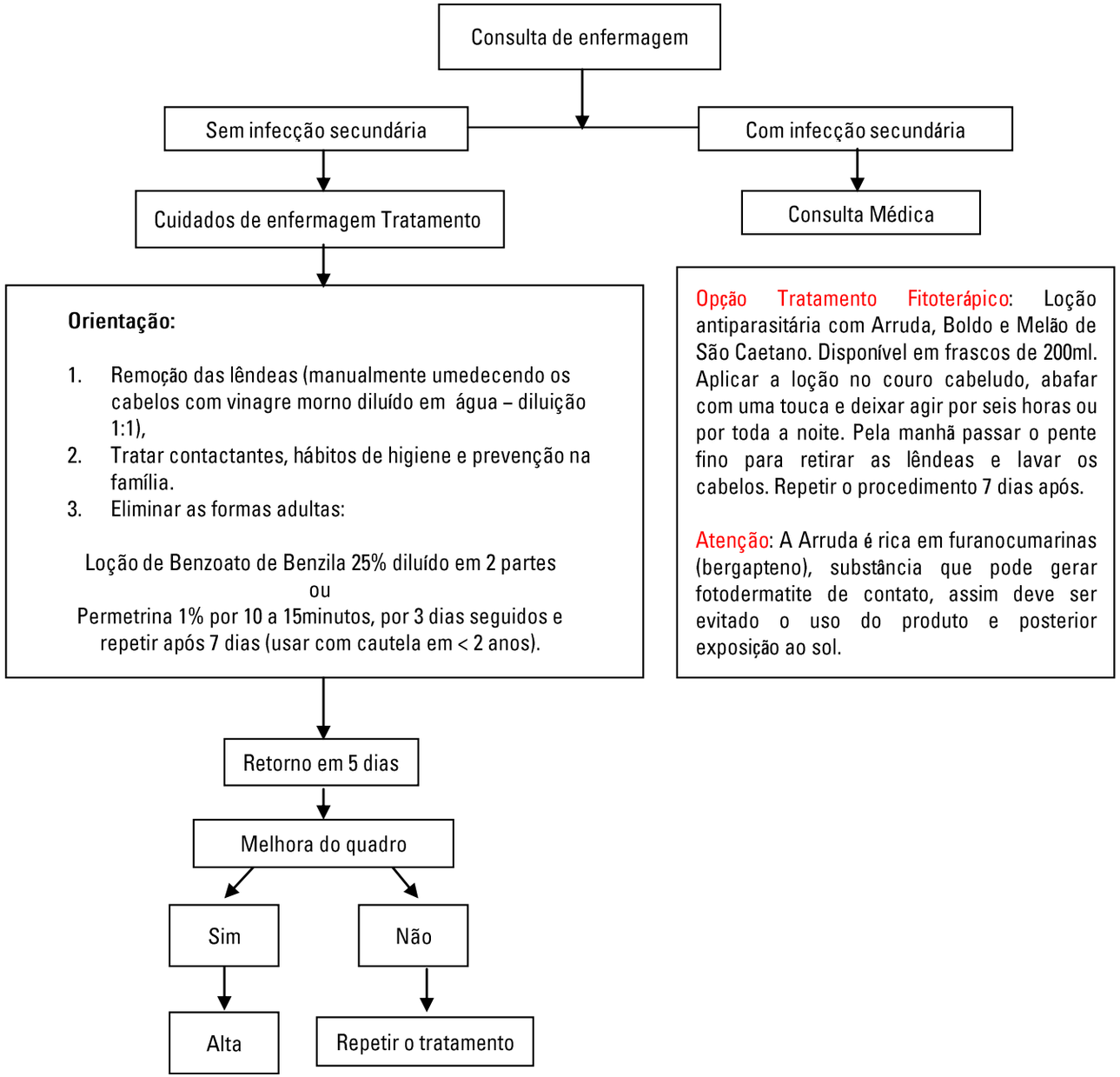
protocolo_A4_final.indd 39 31/07/2012 14:49:49

2.6.3. A criança com miliária (brotoeja)



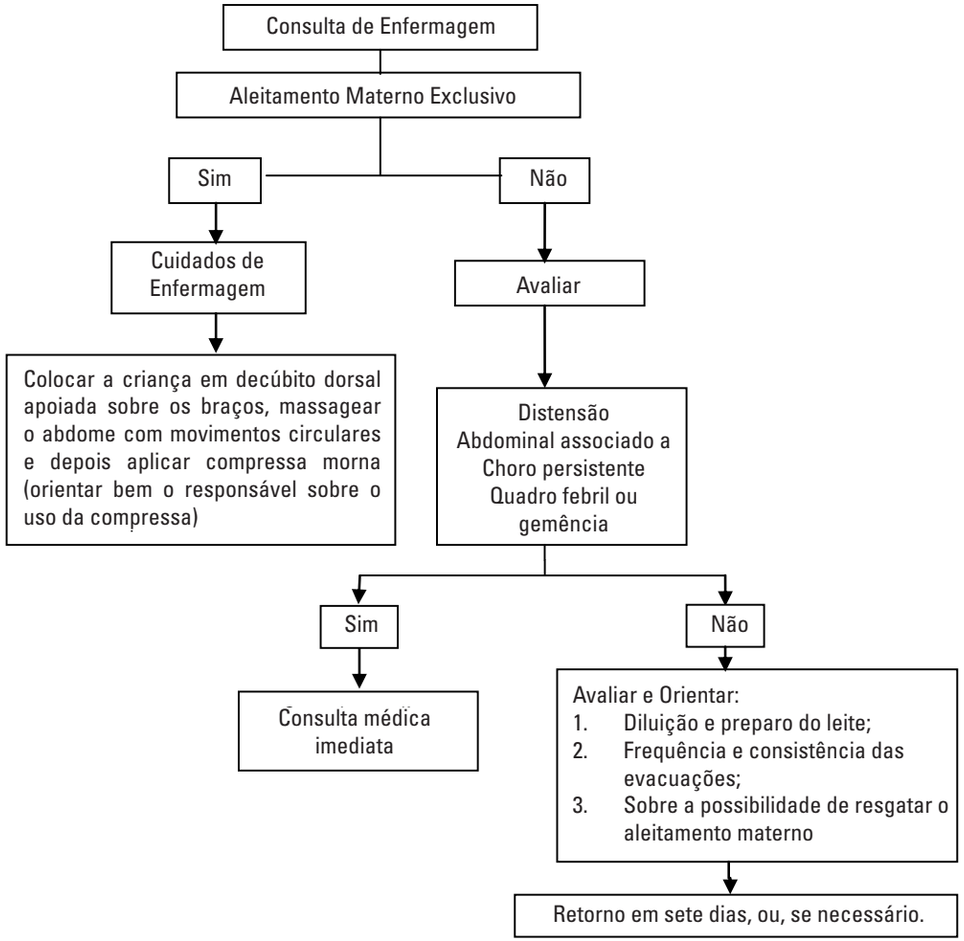
protocolo_A4_final.indd 40 31/07/2012 14:49:49

2.6.4. A criança com pediculose

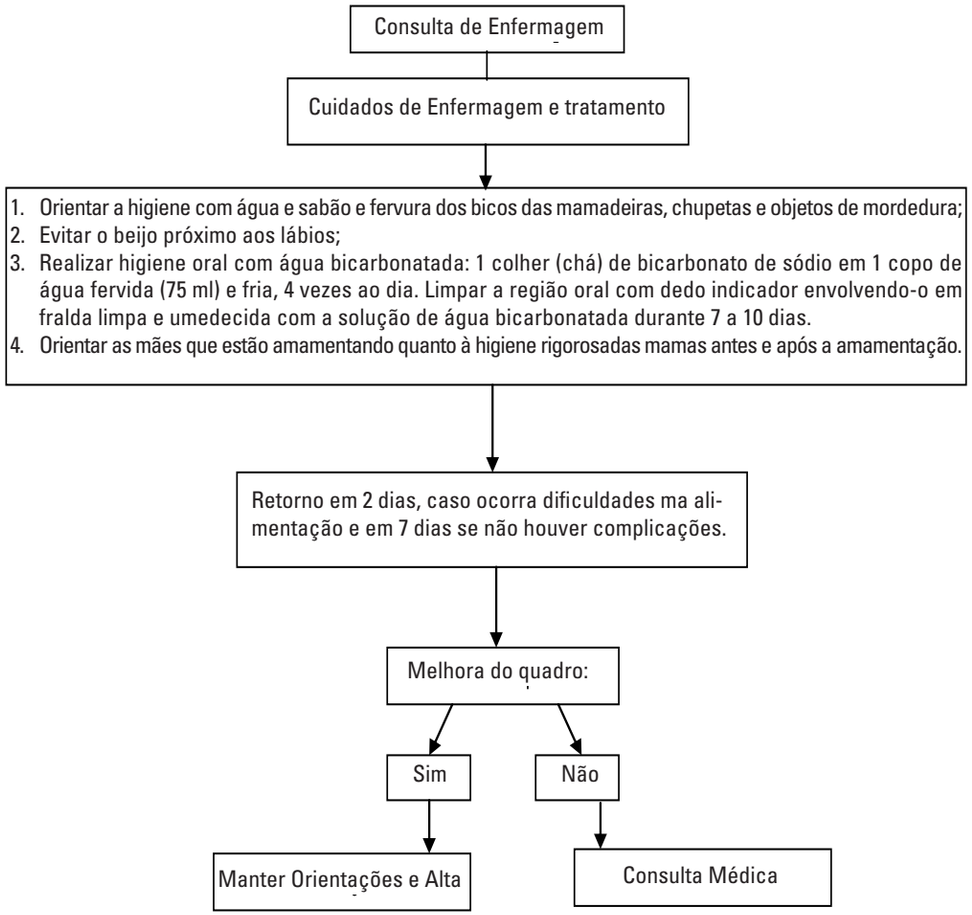


protocolo_A4_final.indd 41 31/07/2012 14:49:49

2.6.5. A criança/lactente com cólicas

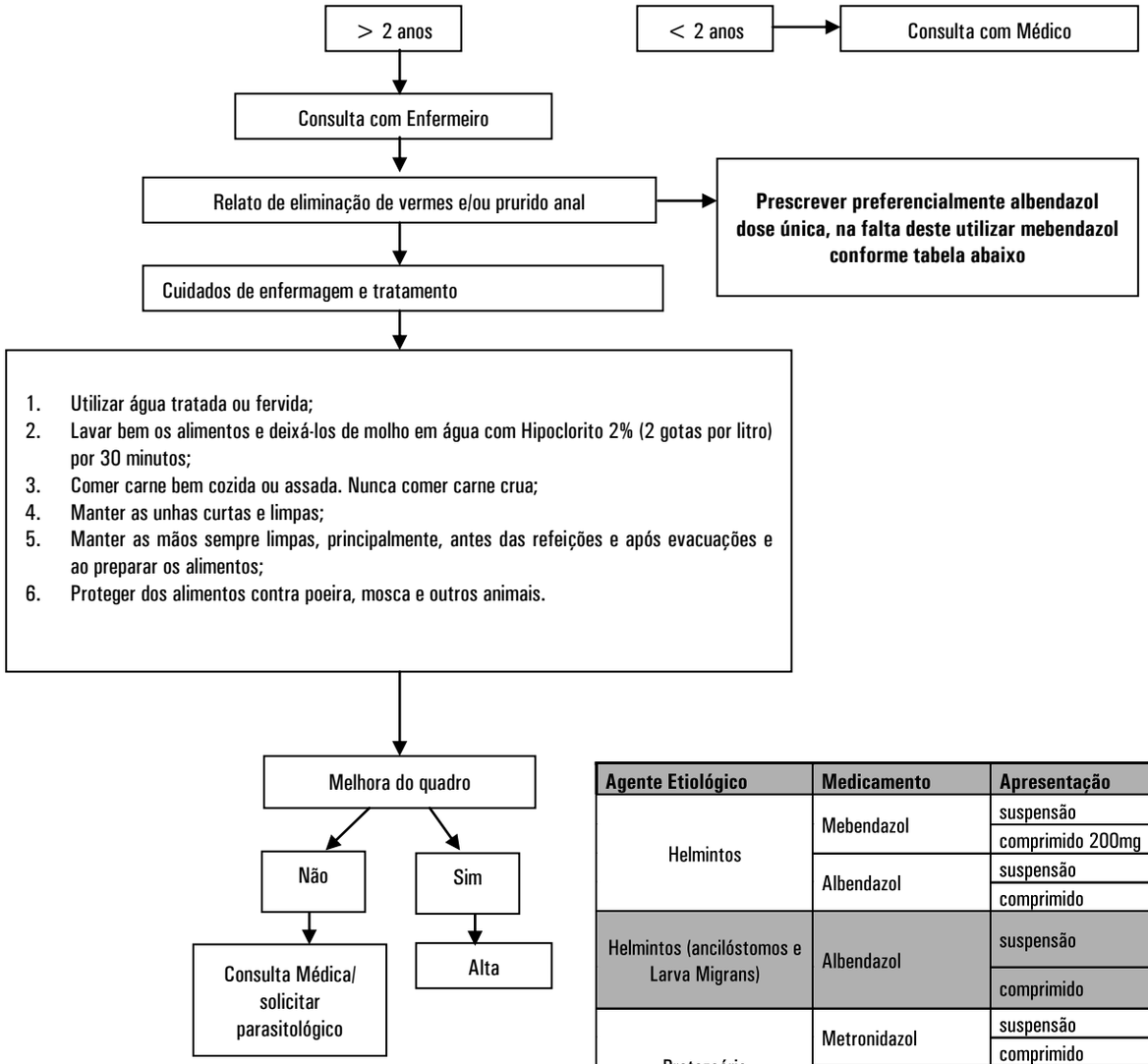


2.6.6. A criança com monilíase oral



protocolo_A4_final.indd 42 31/07/2012 14:49:50

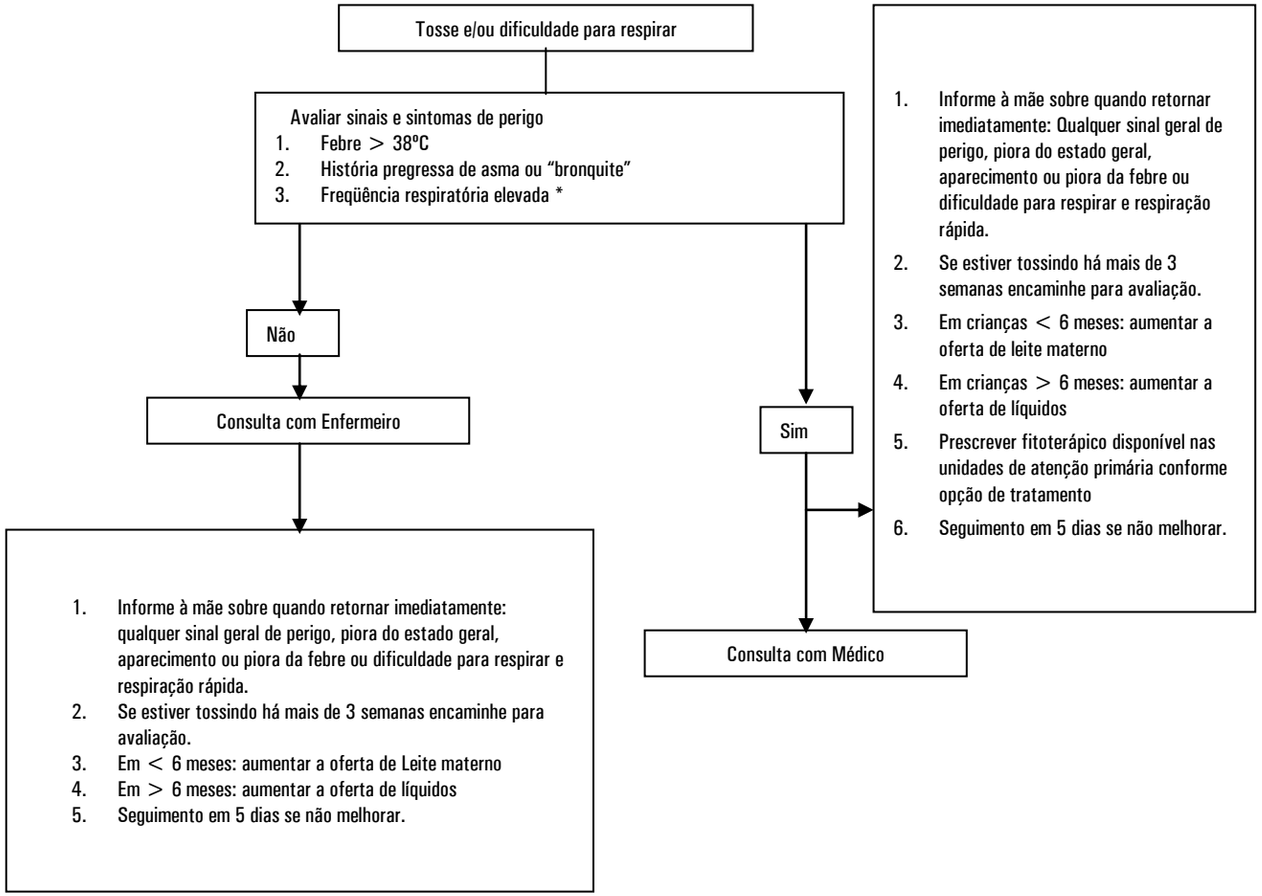
2.6.7. A criança com verminose (maior de 02 anos)



Agente Etiológico	Medicamento	Apresentação	Prescrição	Obs.:
Helmintos	Mebendazol	suspensão	05 ml/2x ao dia por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido 200mg	01 cp / 2x ao dia por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / dose única	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	02 cp / dose única	repetir esquema após 20 dias
Helmintos (ancilóstomos e Larva Migrans)	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	01 cp / dose única	repetir esquema após 20 dias
Protozoário	Metronidazol	suspensão	05 ml / 2x ao dia por 10 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	01 cp / 2x ao dia por 10 dias	repetir esquema após 20 dias
	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / por 05 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimidos	01 cp/ a noite por 05 dias	repetir esquema após 20 dias

protocolo_A4_final.indd 43 31/07/2012 14:49:50

2.6.8. A criança com doença respiratória

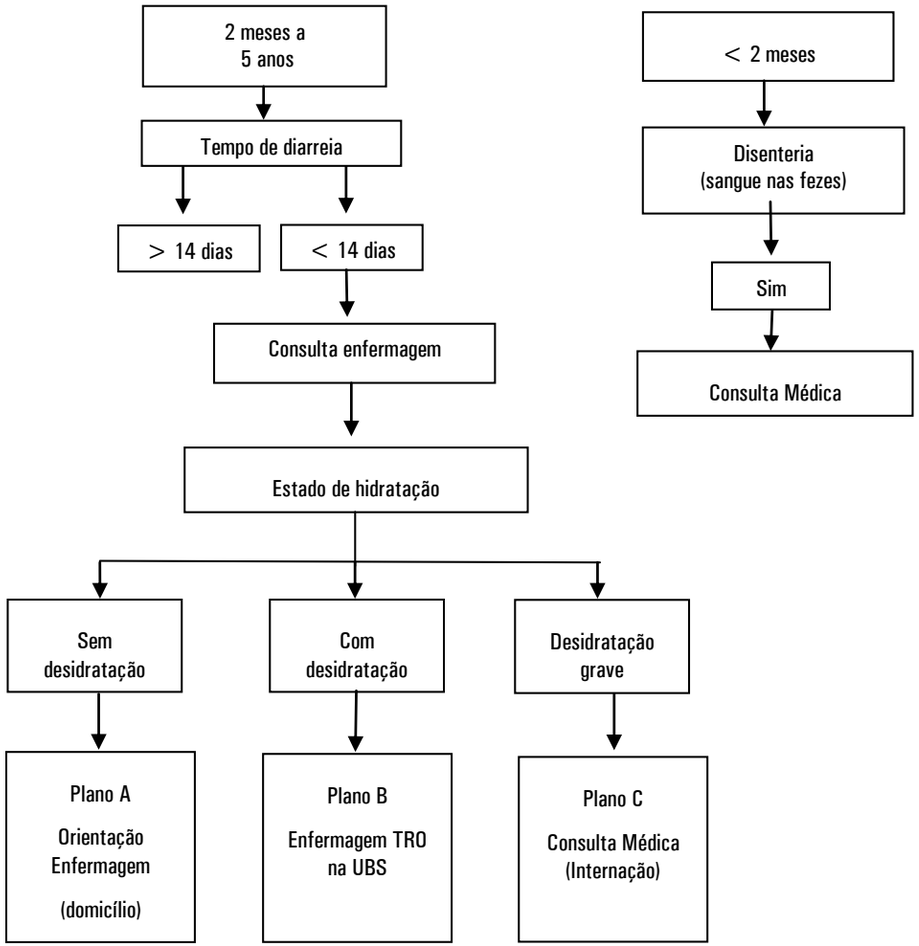


Idade	Definição de Respiração Rápida
2 a < 12 meses	50 ou mais por min.
1 a < 5 anos	40 ou mais por min.
> 5 anos	30 ou mais por min.

Opção Tratamento Fitoterápico: Guaco - Indicado para Tosse.
Posologia: Crianças de 3 a 5 anos – 5ml, 3 vezes ao dia. Crianças > 5 anos – 7,5ml, 3 vezes ao dia.
Contra-Indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina.
Precauções: Evitar uso prolongado, mais de 100 dias ininterruptos.
Apresentação: Frascos de 100ml.

protocolo_A4_final.indd 44 31/07/2012 14:49:50

2.6.9. A criança com diarreia



Plano A

1. Aumentar oferta de líquido. Oferecer líquidos ou solução de reidratação oral (SRO) após cada evacuação.
2. Aleitamento materno deve ser mantido e estimulado.
3. SRO: 10ml/kg até 1º ano de vida, de 50 a 100ml para depois de 12 meses após cada evacuação diarrêica e de acordo com a aceitação.
4. Orientar pais sobre sinais de desidratação (olhos fundos, boca seca, diminuição da diurese, sede intensa) e retorno à unidade de saúde.

Plano B

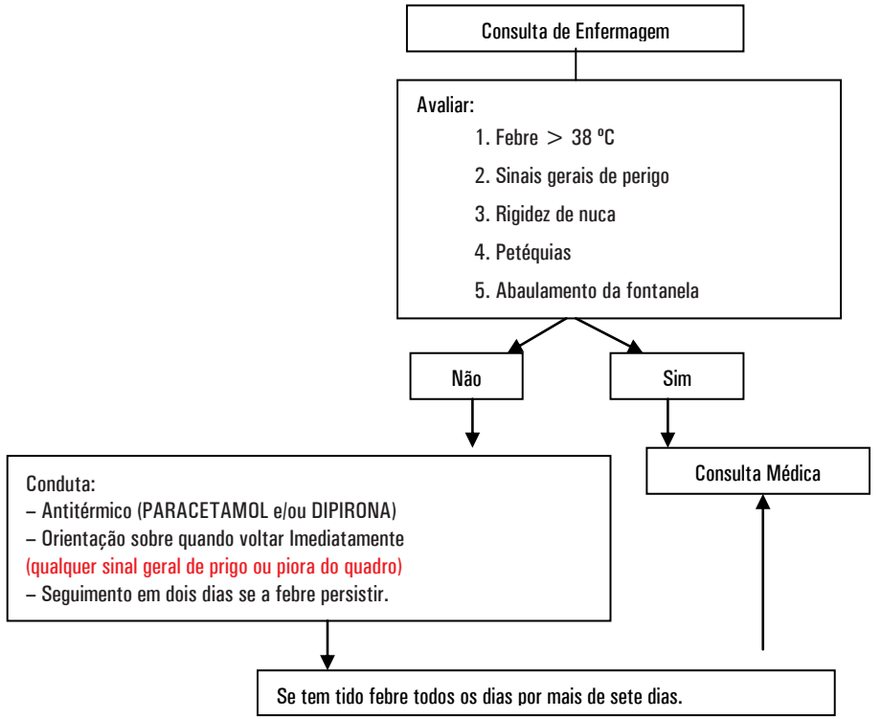
1. Reidratação oral – mãe deve oferecer SRO em pequenas quantidades de acordo com a sede da criança.
2. SRO: 50 - 100ml/kg em 4 a 6 horas. Avaliação periódica pelo médico, se após este período criança estiver hidratada, passar para o Plano A. No caso de fracasso, oferecer solução mais fracionada.
3. 20 a 30ml/kg até a reidratação em 2 horas. Avaliar utilização de sonda nasográstrica. Suspender SRO em caso de crise convulsiva, vômitos persistentes, distensão abdominal e ausência de ganho de peso após 2h de instalação da sonda.
4. -Se persistir vômitos, diarreia abundante e sinais de desidratação grave passar para o Plano C.

Plano C

Hidratação venosa de maneira rápida.

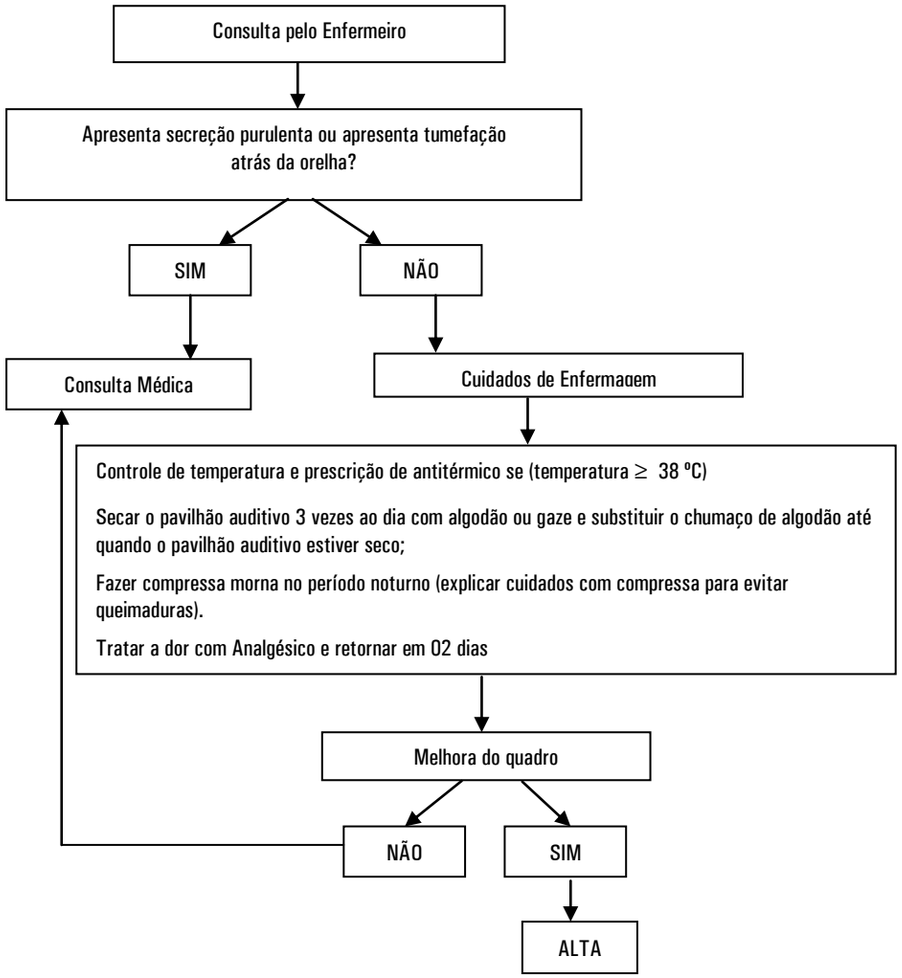
protocolo_A4_final.indd 45 31/07/2012 14:49:50

2.6.10. Criança com febre



Paracetamol ou Dipirona 10 mg/kg/dose		
Idade ou Peso	**Paracetamol gts 200mg/ml**	**Dipirona gts 500mg/ml**
	1 gota/kg/dose	**1 gota/ 2kg/dose**
2 a 11 meses (6-9kg)	6 a 9	3 a 5
1 a 2 anos (10-14kg)	10 a 14	5 a 7
3 a 4 anos (15-19kg)	15 a 19	8 a 10

2.6.11. Criança com dor de ouvido (maior de 02 meses)



protocolo_A4_final.indd 46 31/07/2012 14:49:51

2.7. Orientação nutricional em crianças menores de dois anos

2.7.1. Os dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos

01. Alimentar a criança com leite materno até os 6 meses de idade, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos:

Colostro – É o leite dos primeiros dias pós-parto, é ideal nos primeiros dias de vida, principalmente se o bebê for prematuro, pelo alto teor de proteína. O leite materno contém tudo que o bebê precisa até o 6º mês de vida, inclusive água, além de proteger contra infecções. O leite materno contém quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas muito quentes. A oferta de água, chás ou qualquer outro alimento sólido ou líquido, aumenta a chance do bebê adoecer, além de substituir o volume de leite materno a ser ingerido, que é mais nutritivo. A criança que recebe outros alimentos além do leite materno, antes dos 6 meses, principalmente através de mamadeira, incluindo água e chás, pode adoecer mais e ficar desnutrida.

A pega errada prejudica o esvaziamento total da mama, impedindo que o bebê mame o leite do final da mamada, que é rico em gordura e que dá maior saciedade. O tempo de esvaziamento da mama depende de cada bebê; existem aqueles que conseguem fazê-lo em pouco minutos e aqueles que o fazem em trinta minutos ou mais. A produção adequada de leite vai depender basicamente da sucção do bebê, da pega correta e da frequência de mamadas. A mãe que amamenta deve beber, no mínimo, dois litros de água pura diariamente e estimular o bebê a sugar corretamente e com mais frequência.

02. A partir dos 6 meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais:

A partir dos 6 meses, o organismo da criança já está preparado para receber alimentos diferentes do leite materno, que são chamados de alimentos complementares.

A alimentação complementar, como o nome diz, é para complementar o leite materno e não para substituí-lo.

A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual. O bebê tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimento(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor.

No início, a quantidade de alimentos que a criança ingere é pequena e a mãe pode oferecer o peito após a refeição com os alimentos complementares. Há crianças que se adaptam facilmente às novas etapas e aceitam muito bem os novos alimentos. Quando introduzir a alimentação complementar, é importante que a criança receba água nos intervalos das refeições. Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os 2 anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.

03. A partir dos 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada:

Os alimentos complementares são constituídos pela maioria dos alimentos básicos que compõem a alimentação das famílias.

Complementa-se a oferta de leite materno com alimentos que são mais comuns à região e ao hábito alimentar da família.

A introdução dos alimentos complementares deve ser feita com colher ou copo no caso da oferta de líquidos.

Se a criança está mamando no peito, três refeições por dia com alimentos adequados são suficientes para garantir uma boa nutrição e crescimento, no primeiro ano de vida. No segundo ano de vida, devem ser acrescentados mais dois lanches, além das três refeições. Se a criança não está mamando no peito, deve receber cinco refeições por dia com alimentos complementares a partir do sexto mês. A partir do momento que a criança começa a receber qualquer outro alimento, a absorção do ferro do leite materno reduz significativamente: por esse motivo a introdução de carnes e vísceras (fígado, rim, coração, moela de frango, etc.), mesmo em pequena quantidade, é muito importante.

protocolo_A4_final.indd 47 31/07/2012 14:49:51

04. Os alimentos para complementar a alimentação da criança a partir dos seis meses devem ser oferecidos sem rigidez de horário, respeitando-se sempre a vontade da criança;

Crianças amamentadas no peito, em livre demanda, desenvolvem muito cedo a capacidade de autocontrole sobre a ingestão de alimentos, aprendendo a distinguir as sensações de saciedade após as refeições e de fome após períodos sem oferta de alimentos.
É importante a mãe distinguir o desconforto da criança com fome de outras situações como: sede, sono, frio, calor, fraldas molhadas ou sujas. Não se deve oferecer comida, ou insistir para que a criança coma, quando ela não está com fome.
Oferecer a alimentação complementar regularmente, sem rigidez de horários, nos períodos que coincidem com o desejo de comer demonstrado pela criança. Após a oferta dos alimentos, a criança deve receber leite materno, caso demonstre que não está saciada. Oferecer três refeições complementares (no meio da manhã, no almoço, no meio da tarde) para crianças em aleitamento materno; para aquelas já desmamadas, adicionar mais duas refeições: no início da manhã e no início da noite.
Não é aconselhável a prática de gratificação (prêmios) ou castigos para conseguir que a criança coma o que os pais acreditam que seja o necessário para ela. Algumas crianças precisam ser estimuladas a comer, nunca forçadas.

05. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família:

No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela. Os alimentos devem ser bem cozidos. Nesse cozimento deve sobrar pouca água na panela, ou seja, os alimentos devem ser cozidos apenas em água suficiente para amaciá-los. Ao colocar os alimentos no prato, amasse-os bem com o garfo e a consistência deverá ter o aspecto pastoso (papa/purê). Não há necessidade de passar pela peneira e nem bater no liquidificador.

A partir dos 8 meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos. Sopas e comidas ralas/moles não fornecem energia suficiente para a criança.

Deve-se evitar o uso da mamadeira, pois a mesma pode atrapalhar a amamentação e é a principal fonte de contaminação e transmissão de doenças. Recomenda-se o uso de copinhos para oferecer água ou outros líquidos; dar os alimentos semissólidos e sólidos com prato e com colher.

06. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida:

Desde cedo a criança deve acostumar-se a comer alimentos variados. Só uma alimentação variada evita a monotonia da dieta e garante a quantidade de ferro e vitaminas que a criança necessita, mantendo uma boa saúde e crescimento adequado.

Ofereça duas frutas diferentes por dia; escolha a fruta da época.

Faça a introdução de alimentos novos de maneira gradual, oferecendo apenas um alimento novo a cada refeição.

O ferro dos alimentos é melhor absorvido quando a criança recebe, na mesma refeição carne e frutas ricas em vitamina C. Alimentos fontes de ferro: carne vermelha, fígado, rins, moela de frango, vegetais de folhas verde escuro, feijão, melado de cana, rapadura, inhame e batata doce. Alimentos fontes de vitamina C: laranja, limão, acerola, caju e goiaba.

Sempre que possível escolha alimentos diferentes para o preparo das papas salgadas, variando o tipo, o sabor, o cheiro e a cor do alimento para cada refeição. A formação dos hábitos alimentares é muito importante e começa muito cedo. É comum a criança aceitar novos alimentos apenas após algumas tentativas, e não nas primeiras. Oque pode parecer rejeição aos novos alimentos é resultado do processo natural da criança em conhecer novos sabores e texturas, e da própria evolução da maturação dos reflexos da criança.

Os alimentos devem ser oferecidos separadamente, para que a criança aprenda a identificar as suas cores e sabores. Colocar as porções de cada alimento no prato, sem misturá-las.

protocolo_A4_final.indd 48 31/07/2012 14:49:51

07. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições, pois são ricas em vitaminas e sais minerais, importantes para o desenvolvimento da criança:

As frutas e as hortaliças (legumes e verduras) são as principais fontes de vitaminas, minerais e fibra.

Normalmente, os alimentos do grupo dos vegetais são inicialmente pouco aceitos pelas crianças porque, em parte, a criança pequena aceita melhor os alimentos doces. Quando a criança recusa determinado alimento, deve-se oferecer novamente em outras refeições. Para que um novo alimento seja aceito pela criança, é necessário em média, 8 a 10 repetições, em momentos diferentes. No primeiro ano de vida, não é recomendado que os alimentos sejam muito misturados, porque a criança está aprendendo a conhecer novos sabores e texturas. Deve ser oferecida uma fruta, uma hortaliça de cada vez, na forma de papa ou purê. Para temperar os alimentos, recomenda-se o uso de cebola, alho, pouco óleo, pouco sal e ervas (salsinha, cebolinha e coentro). Quando a criança já senta à mesa, o exemplo do consumo dos alimentos pela família vai encorajar a criança a consumi-los. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes.

08. Evitar açúcar, café, enlatados, refrigerantes, frituras, salgadinhos, balas, sucos artificiais e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. Fazer opção por produtos naturais:

É comprovado que a criança nasce com preferência para o sabor doce; no entanto, a adição de açúcar é desnecessária e deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida. Até completar um ano de vida, a criança possui a mucosa gástrica sensível e, portanto, as substâncias presentes no café, enlatados e refrigerantes podem irritá-la, comprometendo a digestão e a absorção dos nutrientes, além de terem baixo valor nutritivo. Deve ser evitado o uso de alimentos industrializados, enlatados, embutidos e frituras, que contenham gordura e sal em excesso, aditivos e conservantes artificiais. A família deve ser orientada para não oferecer doces, sorvetes e refrigerantes para a criança pequena. É importante também, ler o rótulo dos alimentos infantis antes de comprá-los para evitar oferecer à criança alimentos que contenham aditivos e conservantes artificiais.

Os alimentos muito condimentados também devem ser evitados como: pimenta, mostarda,catchup, temperos industrializados e outros.

09. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequada, protegendo-os dos riscos de contaminação:

Quando a criança passa a receber a alimentação complementar aumenta a possibilidade de doenças diarreicas que constituem importante causa de adoecimento e morte, entre as crianças pequenas. Para uma alimentação saudável, deve-se usar alimentos frescos, maduros e em bom estado de conservação. Os alimentos oferecidos às crianças devem ser preparados pouco antes do consumo e nunca oferecer restos de uma refeição. Para evitar a contaminação dos alimentos e a transmissão de doenças, a pessoa responsável pelo preparo das refeições deve lavar bem as mãos e os alimentos, assim como os utensílios em que serão preparados e servidos. Os alimentos devem ser guardados em local fresco e protegidos de insetos e outros animais. Oferecer água limpa (tratada, filtrada ou fervida) para a criança beber. O mesmo cuidado deve ser observado em relação à água usada para preparar os alimentos. Lavar as mãos com água e sabão, toda vez que for preparar ou oferecer o alimento à criança.

10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

As crianças doentes, em geral, têm menos apetite, ingerindo menos alimentos e gastando mais energia devido à febre. Por isso, devem ser estimuladas a se alimentarem, no entanto, não devem ser forçadas a comer. Se a criança estiver sendo amamentada exclusivamente no peito, aumentar a frequência da oferta, várias vezes ao dia. O leite materno é o alimento que a criança aceita melhor. Para garantir uma melhor nutrição e hidratação da criança doente, aconselha-se oferecer os alimentos de sua preferência, sob a forma que a criança aceita melhor e aumentar a oferta de líquidos. Oferecer quantidades pequenas de alimentos por refeição, porém, com maior frequência. Se a criança aceitar apenas um tipo de preparação, mantê-la até que se recupere. É importante sentar-se ao lado da criança na hora da refeição e ser mais flexível com horários e regras. Não forçar a criança a comer. Isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite.

Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: álbum seriado / Ministério da Saúde,. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

protocolo_A4_final.indd 49 31/07/2012 14:49:51

2.7.2. Protocolo de alimentação nos casos de crianças amamentadas

O aleitamento materno exclusivo deve ser mantido até o sexto mês de vida da criança.

É responsabilidade do profissional de saúde promover, orientar e apoiar a manutenção do aleitamento materno.

Esquema Alimentar para crianças não amamentadas

Volume de refeição láctea caseira A de acordo com o número de mamadas por dia e com o peso da criança até os 4 meses.

– **De 0 a 4 meses** oferecer apenas refeições lácteas compostas por preparação caseira (leite de vaca diluído + óleo + mucilagem) ou por fórmula infantil industrializada.

– **Aos 4 meses**, introduzir lanche da manhã, almoço e lanche da tarde, seguindo o esquema alimentar de criança amamentada e observando as orientações quanto aos grupos de alimentos, consistência, cuidados no preparo e na oferta.

– A partir dos 4 meses o leite de vaca integral não deve ser diluído nem acrescido de óleo e mucilagem.

– **Aos 5 meses** introduzir o jantar

Aos 2 meses, iniciar suplementação com vitamina C (30 mg/dia), por meio de suplemento vitamínico disponível na rede, até que a alimentação complementar seja introduzida e supra as necessidades.

Entre 2 a 3 meses, iniciar suplementação preventiva com ferro (1 a 2 mg/kg/dia). Em caso de uso de fórmula infantil industrializada não é necessária a suplementação. A partir dos 4 meses, seguir o Protocolo para Prevenção da Anemia.

– **A água** deve ser introduzida desde o início do aleitamento artificial. Deve ser filtrada e fervida e oferecida nos intervalos das refeições.

Volume de refeição láctea caseira A de acordo com o número de mamadas por dia e com o peso da criança até os 4 meses

Peso da criança	Volume de acordo com número de mamadas/dia			
	8 por dia	7 por dia	6 por dia	5 por dia
2,5 kg	50 mL	60 mL	70 mL	-
3,0 kg	60 mL	70 mL	80 mL	-
3,5 kg	70 mL	80 mL	90 mL	-
4,0 kg	80 mL	90 mL	100 mL	-
4,5 kg	-	90 mL	110 mL	130 mL
5,0 kg	-	100 mL	120 mL	140 mL
5,5 kg	-	110 mL	130 mL	150 mL
6,0 kg	-	-	130 mL	150 mL
6,5 kg	-	-	130 mL	160 ml
7,0 kg	-	-	130 mL	160 mL
7,5 kg	-	-	140 mL	170 mL
8,0 kg	-	-	150 mL	180 mL

Preparação caseira (leite de vaca diluído + óleo + mucilagem):

Peso variando entre os limites de adequação peso/idade de 0 a 4 meses. Avaliar o estado nutricional, acompanhando o crescimento nos gráficos da Caderneta da Criança e adequar o volume da alimentação láctea quando necessário. Crianças com índice peso/idade ou IMC/idade fora da faixa de normalidade deverão ser encaminhadas para o nutricionista.

Os volumes indicados podem variar com a aceitação da criança.

protocolo_A4_final.indd 50 31/07/2012 14:49:51

Volume Total (mL)	Leite de vaca em pó	Mucilagem[1]	Óleo
	Medida caseira (colher de chá)		
60	2	1	½
80	2 e ½	1 e ½	1
100	3	2	1
120	4	3	1 e ½
150	5	4	1 e ½
180	6	5	2

Notas: Reconstituição considerando 10% de leite de vaca integral em pó, 2% de mucilagem e 2% de óleo vegetal.
Mucilagem: farinhas de arroz ou de milho pré-cozidas
Uma colher de chá corresponde a 3 g de leite em pó, 1 g de mucilagem e 2 ml de óleo.

Preparo do leite de vaca integral em pó: Dissolver o leite em pó em um pouco da água filtrada e fervida, acrescentar a mucilagem e o óleo e em seguida adicionar a água restante para completar o volume total. Não é recomendado o uso de açúcar.

Em caso de uso da fórmula infantil deve-se eguir a diluição e volume recomendados no rótulo.

Volume Total (mL)	Leite de vaca fluído (mL)	Mucilagem[1]	
		Óleo Medida caseira (colher de chá)	
60	40	1	½
80	50	1 e ½	1
100	70	2	1
120	80	3	1 e ½
150	100	4	1 e ½
180	120	5	2

Notas: Reconstituição considerando 2/3 de leite de vaca integral fluido, 1/3 de água, 2% de mucilagem e 2% de óleo vegetal.
Mucilagem: farinhas de arroz ou de milho pré-cozidas.
Uma colher de chá corresponde a: 1 g de mucilagem e 2 mL de óleo.

Preparo do leite de vaca integral fluido: misturar o leite fluido fervido, mucilagem e óleo nas quantidades indicadas e em seguida adicionar a água filtrada e fervida para completar o volume total. Não é recomendado o uso de açúcar.

protocolo_A4_final.indd 51 31/07/2012 14:49:51

2.7.3. Protocolo de alimentação para crianças menores de dois anos

"A alimentação da criança é importante para manter o crescimento e desenvolvimento adequado, formar hábitos alimentares saudáveis e prevenir a anemia, o baixo peso e o sobrepeso. O crescimento deve ser acompanhado no gráfico da caderneta da criança."

Introdução da alimentação complementar saudável

O aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses e continuado até os dois anos ou mais.

A partir dos 6 meses a criança deve receber a alimentação complementar saudável. Introduzir os alimentos de forma lenta e gradual.

Orientar que no início a criança pode recusar alguns alimentos, por isso estes devem ser oferecidos várias vezes e em dias diferentes para estimular o seu paladar. Aos 7 meses introduzir o jantar e aos 8 meses a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família.

A alimentação complementar saudável deve ser variada, saborosa, de boa qualidade, colorida com a presença dos diversos grupos de alimentos para ser rica em energia e nutrientes. Orientar a escolha de alimentos frescos, naturais e da safra.

Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças amamentadas

A água deve ser introduzida assim que inicia a alimentação complementar.
Deve ser tratada, filtrada e fervida e oferecida nos intervalos das refeições.

Alimentação		Ao completar 6 meses	Aos 7 meses	8 a 11 meses	12 a 24 meses
HORÁRIO	Início da manhã	Leite materno sob livre demanda	Leite materno	Leite materno	Leite materno + fruta ou pão ou cereal
	Meio da manhã	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Final da manhã	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
	Meio da tarde	Papa de fruta	Papa de fruta Leite materno	Fruta Leite materno	Leite materno + fruta ou pão ou cereal
	Final da tarde	Leite materno	Jantar	Jantar	Jantar
	Antes de dormir	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Leite Materno
Quantidade		2 a 3 colheres de sopa	4 a 5 colheres de sopa	6 a 7 colheres de sopa	8 a 10 colheres de sopa
Consistência		Alimentos bem amassados (papa ou purê)	Alimentos bem amassados (papa ou purê)	Alimentos bem picados ou levemente amassados	Alimentos picados

As quantidades sugeridas podem variar de acordo com apetite e desenvolvimento da criança. É importante orientar o responsável que observe o quanto foi oferecido e o quanto a criança comeu.

protocolo_A4_final.indd 52 31/07/2012 14:49:51

As quantidades sugeridas podem variar de acordo com apetite e desenvolvimento da criança. É importante orientar o responsável que observe o quanto foi oferecido e o quanto a criança comeu.

Consistência	Alimentos bem amassados (papa ou purê)	Alimentos bem amassados (papa ou purê)	Alimentos bem picados ou levemente amassados	Alimentos picados

Grupos de alimentos por refeições
Orientar um alimento de cada grupo no Almoço e no Jantar

Cereais e batatas (tubérculos)	Arroz, batata inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha, aipim, inhame, cará, macarrão, fubá e farinhas.
Leguminosas (caldo e grão)	Feijões (preto, carioca, rajado, manteiga, branco), lentilha, ervilha seca.
Verduras e legumes	Agrião, bertalha, brócolis, couve, couve-flor, caruru, chicória, espinafre, repolho, alface, acelga, taioba. Cenoura, abóbora, abobrinha, chuchu, beterraba, quiabo, vagem, berinjela, nabo, maxixe, tomate.
Frutas	Abacate, banana, caqui, goiaba, laranja, mamão, manga, melão, melancia, maracujá, pêra, tangerina.
Carnes e ovos	Frango, peixe (viola, cação, merluza, linguado), boi, vísceras, miúdos e ovo inteiro (avaliar histórico de alergia na família).

Ao longo do dia orientar a variação dos alimentos entre aqueles:

. ***Que não estimulam o intestino***: cenoura cozida, maçã, banana, goiaba, caju, arroz, batata– inglesa, macarrão, farinhas.

. ***Que estimulam o intestino***: vegetais, espinafre, bertalha, taioba, abóbora, abobrinha, quiabo, beterraba, mamão, abacate, manga, laranja, tangerina, aipim, feijões.

. ***ricos em ferro***: carnes, feijões, folhas verde-escuras junto com os ricos em ***vitamina C*** como laranja, tangerina, acerola, limão.

. ***ricos em vitamina A***: frutas e legumes de cor amarela ou alaranjada.

Lanche da manhã e da tarde:

Orientar o uso da fruta natural sem adição de açúcar, mel ou geléias nem farinhas. Lembrar que o mel não pode ser oferecido a menores de 1 ano, pelo risco de contaminação por Clostridium Botulinum.

Orientar que não é saudável oferecer à criança: balas, gelatinas, geléia de mocotó, refrigerantes, guaraná natural, groselha, sucos artificiais, bebidas a base de soja, café, achocolatados, iogurtes industrializados, biscoitos recheados ou salgados, macarrão instantâneo, enlatados, embutidos (salsicha, presunto, mortadela), frituras, bebidas alcoólicas.

Orientações para o preparo e oferta dos alimentos

- A alimentação a partir dos seis meses deve ser desde o início espessa, em forma de papa ou purê, para garantir a densidade energética e estimular a mastigação.
- Os alimentos devem ser bem cozidos, refogados ou ensopados, com pouca água, até ficarem macios.
- As carnes devem compor as grandes refeições sendo oferecidas bem cozidas, desfiadas ou bem picadas.
- Orientar o uso de tempero natural como óleo, alho, cebola, salsa, cebolinha e bem pouco sal.
- Depois de prontos os alimentos devem ser amassados com garfo e oferecidos com colher. O liquidificador e a peneira não devem ser utilizados.
- Destacar que os alimentos não devem ser misturados no prato para que a criança possa reconhecê-los.
- Os líquidos como água, água de coco e sucos de fruta natural (sem adição de açúcar) devem ser oferecidos no copo.
- Lembrar que os alimentos devem ser oferecidos sem rigidez de horários, mas com intervalos regulares para que a criança sinta vontade de se alimentar.

protocolo_A4_final.indd 53 31/07/2012 14:49:51

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. rev., 1.ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2. 2. ed. rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: curso de capacitação: identificar o tratamento: módulo 3. 2. ed. rev., 1.ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: curso de capacitação: tratar a criança: módulo 4. 2. ed. rev., 1.ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 118 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: curso de capacitação: consulta de retorno: módulo 7. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: curso de capacitação: aconselhar a mãe ou o acompanhante: módulo 5. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: curso de capacitação: atenção à criança de 1 semana a 2 meses de idade: módulo 6. 2. ed. rev.,1.ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p.

protocolo_A4_final.indd 54 31/07/2012 14:49:51

3. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO PARA SAÚDE DOS ADOLESCENTES (IDADE ENTRE 10 E 19 ANOS)

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano, situada entre a infância e a vida adulta, e marcada por profundas transformações biopsicossociais. Essas transformações modificam o relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com a família e o mundo, proporcionando a formação da identidade e a busca da autonomia.

Como cidadãos, os adolescentes têm direito a saúde e é dever do Estado garantir este acesso, dentro dos preceitos do SUS. As características desse grupo, bem como sua vulnerabilidade às questões econômicas e sociais e a importância desse período na formação de hábitos, determinam a necessidade de uma atenção mais específica.

Visando proporcionar um atendimento qualificado ao adolescente o Protocolo de Enfermagem traz a consulta do Enfermeiro como fator preponderante na avaliação do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade e dificuldades encontradas nesta fase da vida.

3.1. Direitos dos adolescentes

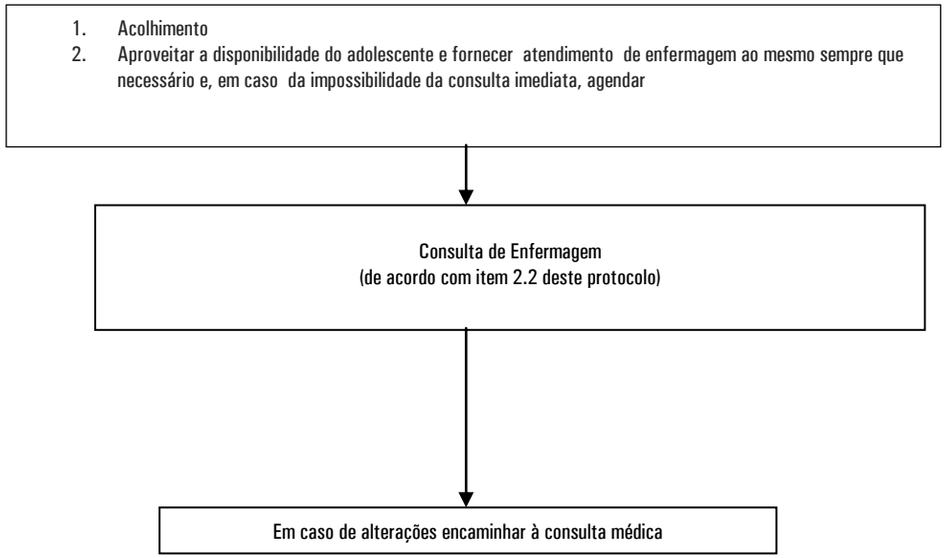
Privacidade no momento da avaliação;

Garantia de confidencialidade e sigilo;

Consentir ou recusar o atendimento;

Atendimento à saúde sem autorização e desacompanhado dos pais;

A informação sobre seu estado de saúde.



protocolo_A4_final.indd 55 31/07/2012 14:49:51

3.2. Consulta de enfermagem para adolescentes

Acompanhar crescimento e desenvolvimento físico e sexual;

Avaliar: Peso, Altura, IMC/idade e altura/idade, Acuidade Visual com escala de Snellen, Pressão arterial, Estagiamento puberal -usar critérios de Tanner (disponível na Caderneta de Saúde do Adolescente);

Preencher as informações na Caderneta de Saúde do Adolescente;

Verificar calendário vacinal e agendar as próximas doses se necessário;

Identificar fatores de risco e de proteção ao uso abusivo de álcool e outras drogas;

Prestar esclarecimentos, promover ações preventivas e realizar aconselhamento a respeito do uso de álcool, tabaco e outras drogas;

Encaminhar para os Centros de Atenção Psicossocial e /ou serviços de referencia, os/as adolescentes identificados como usuários de álcool e outras drogas ou que apresentem sintomas ou sinais indicativos de alterações comportamentais ou psiquiátricas depois de esgotadas as tentativas de cuidado prestado por Equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);

Identificar fatores de risco e de proteção para violências, incluindo as violências domésticas, urbana e sexual;

Realizar a notificação compulsória de violência doméstica ,sexual e outras violências nas situações de violências contra adolescentes e enviar cópia desta notificação ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, conforme preconiza o Estatuto da Criança e Adolescente, e guardar uma cópia no prontuário. Em caso do prontuário eletrônico, criar uma pasta para arquivo;

Encaminhar os casos identificados de adolescentes em situação de vulnerabilidade ou que sofreram violências para a rede de proteção social e de garantia de direitos, incluindo os Conselhos Tutelares, CREAS e CRAS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de adolescente nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para o Atendimento à Saúde da Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

protocolo_A4_final.indd 56 31/07/2012 14:49:51

4. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA SALA DE VACINAS

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

O Programa Nacional de Imunizações / PNI tem reconhecido sucesso e qualidade no Brasil e no mundo. Foi implantado em 1973 e viabiliza ações de prevenção, controle e erradicação de doenças preveníveis por meio da vacinação. Suas ações planejadas e sistematizadas contribuem de forma significativa para a proteção e promoção da saúde.

O Ministério da Saúde (MS), através do PNI, define o Calendário Nacional de Vacinação, normatiza as ações e é responsável pela aquisição e fornecimento de imunobiológicos e insumos repassados aos Estados e Municípios do Brasil.

A nível Estadual e Municipal existem as Coordenações do Programa que são responsáveis pela implantação, implementação e logística do mesmo.

Além das salas de vacinas de rotina, contamos com o Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) implantado pelo MS, regido por Manual específico, que visa o atendimento de usuários portadores de quadros clínicos especiais.

A REDE OU CADEIA DE FRIO

É o processo de armazenamento, conservação, manuseio, distribuição e transporte dos imunobiológicos do PNI. Tem com objetivo garantir que os imunobiológicos administrados mantenham suas características iniciais, a fim de conferir imunidade, haja vista que são produtos termolábeis, isto é, se deterioram depois de determinado tempo quando expostos a variações de temperaturas inadequadas à sua conservação.

EVENTOS ADVERSOS POS –VACINAIS

Entende-se como Evento Adverso (EAPV) qualquer ocorrência clínica indesejável em indivíduo que tenha recebido algum imunobiológico.

Um evento que está temporalmente associado ao uso da vacina, nem sempre tem relação causal com ela.

A maioria dos eventos são locais e sistêmicos leves, por isso as ações de vigilância são voltadas para os eventos moderados e graves.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES

O registro das atividades de enfermagem em imunizações é fundamental para avaliação do Programa. O MS mantém um sistema próprio para consolidação das informações do PNI que é o SI/API.

4.1. Atribuições de enfermagem antes da abertura da sala para atendimento

CONTROLE DA TEMPERATURA

- ✓ Verificar a temperatura da geladeira. A recomendada para conservação dos imunobiológicos é de + 2º C a + 8ºC;
- ✓ Verificar primeiro: a temperatura do momento, em seguida a temperatura máxima e depois a temperatura mínima;
- ✓ Registrar as três medidas em impresso próprio (mapa diário de controle de temperatura), que deve estar fixado na parte externa da geladeira, em altura de fácil visualização para todos da equipe, lembrando de registrar a data, hora da aferição e rubrica do responsável;
- ✓ Comunicar qualquer alteração de temperatura ao Enfermeiro responsável;

ORGANIZAR CAIXA TÉRMICA

- ✓ Retirar as bobinas de gelo do congelador ou do freezer e deixá-las sobre a bancada por alguns minutos antes de montar a caixa (ambientação das bobinas), para que possam atingir a temperatura positiva;
- ✓ Separar a caixa térmica de uso diário;
- ✓ Organizar as bobinas de gelo ao redor das paredes e colocar o termômetro de cabo extensor;
- ✓ Quando a temperatura estiver estabilizada, colocar na caixa térmica os frascos de vacinas em um recipiente para que os mesmos não entrem em contato direto com a bobina de gelo.
- ✓ Colocar na caixa térmica a quantidade aproximada para a jornada de trabalho a fim de evitar a abertura da geladeira mais vezes do que o necessário;

CONFERIR MATERIAIS

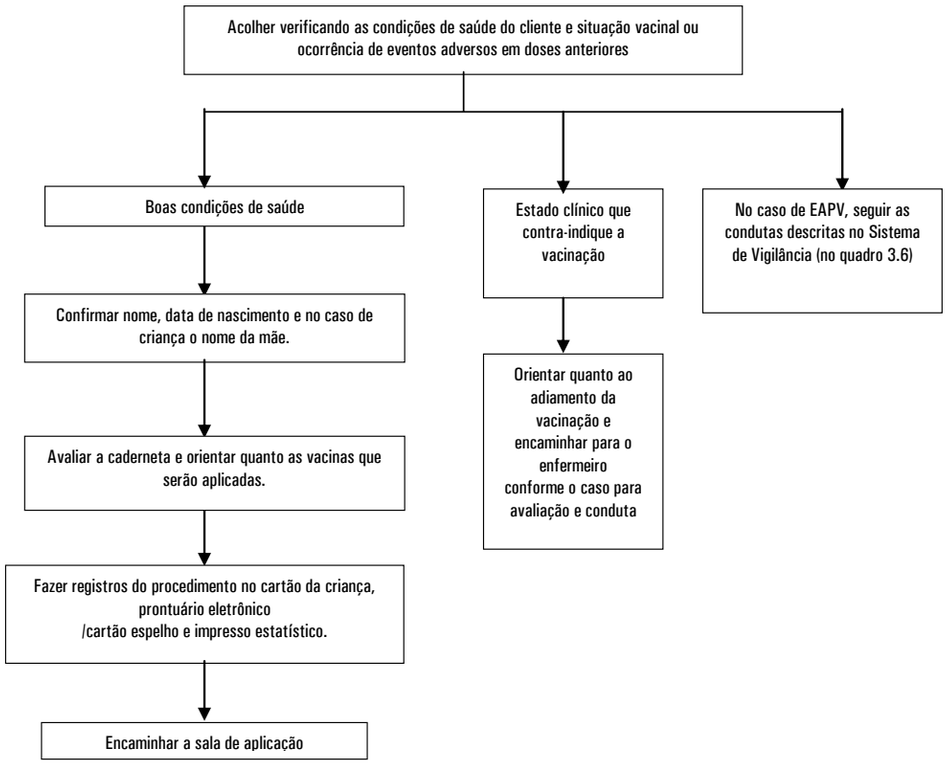
- ✓ No início ou final de cada plantão, de acordo com organização do serviço, suprir a sala com os materiais necessários ao atendimento;
- ✓ Conferir a quantidade, validade e condições de materiais secos a serem utilizados no dia;
- ✓ Separar por graduações as seringas e agulhas a serem utilizadas:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- ✓ Limpar a bancada, onde ficará a caixa térmica, caso necessário.
- ✓ Garantir um recipiente exclusivo e adequado para cada tipo de material a ser descartado: vacinas vivas, vacinas inativadas e seringas / agulhas (o recipiente deve estar distante da lixeira, ou da pia para evitar entrar em contato com a umidade);
- ✓ A sala de aplicação deve ter uma lixeira destinada para resíduo comum (saco transparente) e outra para infectante (saco branco);
- ✓ Manter um Kit de atendimento às EMERGÊNCIAS e às REAÇÕES ANAFILÁTICAS, com o esquema de tratamento preconizado, em local de fácil acesso e visualização.

protocolo_A4_final.indd 57 31/07/2012 14:49:51

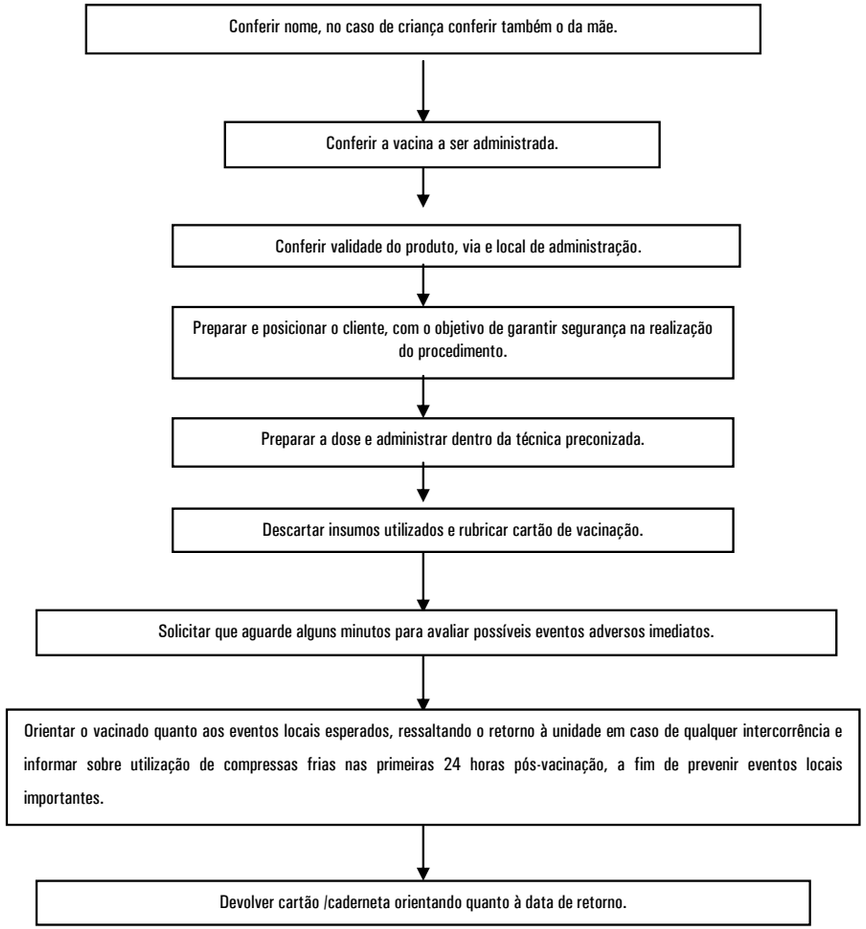
4.2. Fluxo de atendimento ao cliente que chega a sala de vacinas



4.3. Rotina de administração de vacinas

Realizar a administração de vacinas segundo as normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Podem ser administradas por via oral, intramuscular, subcutânea e intradérmica.

O esquema vacinal atual é composto de várias vacinas, resultando no mínimo em 20 aplicações de injeções até dois anos de vida, gerando ansiedade e desconforto em crianças e seus pais, adolescentes e adultos.



protocolo_A4_final.indd 58 31/07/2012 14:49:51

4.4. Atribuições de enfermagem no encerramento da administração de vacinas

FINALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS	✓ Verificar e registrar as temperaturas da geladeira; ✓ Desmontar as caixas térmicas e recolocar na geladeira os frascos que poderão ser utilizados conforme a validade de cada produto após a abertura; ✓ Guardar as bobinas de gelo no freezer; ✓ Consolidar as doses de vacinas aplicadas; ✓ Arquivar cartões espelhos de acordo com a data do retorno; ✓ Repor material de uso diário para garantir o início dos trabalhos na manhã seguinte; ✓ Guardar todo o material que possa ser utilizado no dia seguinte em armário próprio; ✓ Verificar se a tomada do equipamento está conectada e/ou porta da geladeira fechada, antes de se retirar da sala;
ATIVIDADES QUINZENAIS E/OU MENSAIS	✓ Solicitar ao funcionário de serviços gerais que realize a limpeza da sala quinzenal e a limpeza terminal (sempre sob supervisão do responsável da sala). ✓ Prover a limpeza de geladeira quinzenalmente antes do recebimento dos imunobiológicos ou quando a espessura de gelo no congelador estiver maior que 0,5 cm. ✓ Somar as doses administradas, registradas no Mapa Diário de Vacinação, transferindo para o consolidado do Boletim Mensal de Doses Aplicadas; ✓ Fazer a revisão do arquivo de cartões de controle (cartões espelhos) para possível convocação e busca de faltosos; ✓ Avaliar e calcular o percentual de utilização e perda dos imunobiológicos, avaliar as coberturas vacinais da área de abrangência do serviço de saúde

ATENÇÃO:

- Manter tomada exclusiva para cada geladeira que compõe a rede de frio.
- Manter as salas de vacinas climatizadas durante toda a jornada de trabalho.
- Promover a limpeza da sala de vacinas durante a jornada de trabalho e sob supervisão de algum componente da equipe e não nos finais de semana.

4.5. Responsabilidades do enfermeiro(a) da sala de vacinas

- ✓ Capacitar e supervisionar a equipe do setor.
- ✓ Prover e prever insumos, materiais e impressos necessários ao trabalho diário;
- ✓ Conhecer, controlar e garantir a reposição semanal do estoque de vacinas do setor.
- ✓ Fazer o gerenciamento da Rede de Frio.
- ✓ Realizar notificação de casos de Eventos Adversos possivelmente relacionados à vacinação;
- ✓ Verificar semanalmente as **validades** dos imunobiólogicos.
- ✓ Solicitar mudanças e adaptações para que o ambiente da sala de vacinas tenha adequadas condições de trabalho,
- ✓ Conhecer, avaliar e acompanhar as coberturas vacinais de sua área de atuação.
- ✓ Estar apto (a) a tomar decisões a nível local, na liderança da equipe de enfermagem.
- ✓ Fazer a revisão no arquivo de cartões de controle (cartões espelho) para convocação e busca de faltosos;
- ✓ Somar as doses registradas no Mapa Diário de Vacinação e encaminhar Boletim Mensal de Doses Aplicadas ao Serviço de Vigilância em Saúde.

Cuidados com os resíduos da Sala de Vacinas:

O **resíduo** da Sala de Vacinação é caracterizado como perigoso e comum.

São considerados **resíduos perigosos**:

- ✓ Material biológico;
- ✓ Sobras diárias de imunobiológicos ou produtos que sofreram alteração de temperatura ou com prazo de validade vencido;
- ✓ Resíduos perfurantes, agulhas, ampolas de vacinas e seringas descartáveis
- ✓ Os demais resíduos da sala de vacinação são considerados comuns.

Observação:

- ✓ O resíduo perigoso, por conta de sua composição, recebe cuidados especiais na separação, no acondicionamento, na coleta, no tratamento e no destino final.
- ✓ O gerador do resíduo, sala de vacinação/unidade, faz também a identificação e a separação dos resíduos, bem como o tratamento das sobras diárias de imunobiológicos ou daqueles que sofreram alteração de temperatura ou que estão com prazo de validade vencido, além do tratamento dos outros resíduos perfurantes e infectantes.

protocolo_A4_final.indd 59 31/07/2012 14:49:52

4.6. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação (EAPV)

Na ocorrência de EAPV

- ✓ Notificar o caso com o preenchimento da Ficha de Investigação.
- ✓ Comunicar casos graves, em 24 horas ao SVS.
- ✓ Proceder a investigação clínica e, se necessário, laboratorial e exames complementares.
- ✓ Acompanhar o caso até o encerramento da investigação do evento adverso, informando o encerramento do caso à Coordenação do Programa de Imunizações.
- ✓ Fornecer, ao final, orientações e condutas recomendadas pela CPI/SVS/SUBPAV quanto à continuidade do esquema vacinal.

4.7. Vigilância de eventos inusitados (EI)

Na ocorrência de EI

- ✓ Averiguar as circunstâncias do evento inusitado, buscando as causas e responsabilidades pelo ocorrido.
- ✓ Notificar o caso com preenchimento do Formulário de Evento Inusitado.
- ✓ Comunicar o caso ao SVS.
- ✓ Programar acompanhamento clínico 1 vez por semana, por período de 30 dias.
- ✓ Atualizar evolução do caso semanalmente ao SVS.
- ✓ Acompanhar o caso até o encerramento do monitoramento de 30 dias.
- ✓ Fornecer, ao final, orientações e condutas recomendadas pela CPI/SVS/SUBPAV quanto à continuidade do esquema vacinal.
- ✓ Informar ao SVS quanto às medidas/providências administrativas e técnicas tomadas para evitar que novos episódios de EI ocorram.

protocolo_A4_final.indd 60 31/07/2012 14:49:52

4.8. Calendário de vacinação único

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG	Única	Formas Graves de Tuberculose
	Hepatite B*	1ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina contra a Polio Inativada (VIP)	1ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
	Vacina Pentavalente	1ª dose	DTP (Difteria, Tétano, Coqueluche), Hib (doenças invasivas causadas pelo Haemophilus influenza b) e Hepatite B
	Vacina Oral contra Rotavírus Humano	1ª dose	Diarréias causadas pelo Rotavírus Humano
3 meses	Antipneumocócica 10-valente	1ª dose	Doenças causadas pelo Pneumococo e otites
	Antimeningocócica C	1ª dose	Meningite por meningococo C
4 meses	Vacina contra a Polio Inativada (VIP)	2ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
	Vacina Pentavalente	2ª dose	DTP (Difteria, Tétano, Coqueluche), Hib (doenças invasivas causadas pelo Haemophilus influenza b) e Hepatite B
	Vacina Oral contra Rotavírus Humano	2ª dose	Diarréias causadas pelo Rotavírus Humano
5 meses	Antipneumocócica 10-valente	2ª dose	Doenças causadas pelo Pneuococo e otites
	Antimeningocócica C	2ª dose	Meningite por meningococo C
6 meses	Vacina ORAL contra a Polio (VOP)	3ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
	Vacina Pentavalente	3ª dose	DTP (Difteria, Tétano, Coqueluche), Hib (doenças invasivas causadas pelo Haemophilus influenza b) e Hepatite B
7 meses	Antipneumocócica 10-valente	3ª dose	Doenças causadas pelo Pneumococo e otites
12 meses	Antipneumocócica 10-valente	Reforço	Doenças causadas pelo Pneumococo e otites
	Trílpice Viral	1ª dose	Sarampo,Caxumba e Rubéola
15 meses	Antimeningocócica C	Reforço	Meningite por meningococo C
	Vacina ORAL contra a Polio (VOP)	Reforço	Poliomielite ou Paralisia Infantil
	Tríplice Bacteriana (DTP)	1º reforço	Difteria,Tétano e Coqueluche
4 a 6 anos	Tríplice Bacteriana (DTP)	2º reforço	Difteria,Tétano e Coqueluche
	Trílpice Viral	2ª dose	Sarampo,Caxumba e Rubéola
14 a 16 anos	Dupla Adulto	Reforço Repetir de 10 em 10 anos	Difteria e Tétano

protocolo_A4_final.indd 61 31/07/2012 14:49:52

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
11 a 19 anos (nunca vacinados)	Trílpice Viral	1 dose	Sarampo,Caxumba e Rubéola
	Dupla Adulto	03 doses (2/2 meses)	Difteria e Tétano
11 a 29 anos (nunca vacinados)	Hepatite B	3 doses (0,1,6)	Hepatite B
20 a 59 anos (nunca vacinados)	Dupla Adulto	03 doses (2/2 meses)	Difteria e Tétano
	Trílpice Viral	1 dose	Sarampo,Caxumba e Rubéola
A partir de 60 anos	Influenza Sazonal (campanha)	1 dose (anual)	Gripe Sazonal
	Dupla Adulto (nunca vacinados)	03 doses (2/2 meses)	Difteria e Tétano
GESTANTES (nunca vacinadas)	Dupla Adulto	03 doses (2/2 meses)	Difteria e Tétano
GESTANTES (com vacinação anterior)		1 dose de reforço se a última dose há mais de 5 anos	

NOTA: Por recomendação e decisão técnica da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil-RJ, os municípios do Estado do Rio de Janeiro farão esquema da vacina Antipneumocócica 10 aos 3, 5 e 7 meses e esquema da vacina antimeningocócica C aos 3 e 5 meses de idade.

A Vacina contra a Febre Amarela é indicada à partir dos 9 meses de idade para pessoas que irão viajar para regiões endêmicas, de transição ou de risco potencial, 10 dias antes da viagem.

O intervalo da administração das vacinas: Contra Febre Amarela e Tríplice Viral deve ser de trinta dias, quando não aplicadas na mesma data.

protocolo_A4_final.indd 62 31/07/2012 14:49:52

4.9. CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais

O Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Nacional de Imunizações-PNI,tem investido na aquisição de produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo para os CRIEs (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais), com intuito de beneficiar uma parcela especial da população que, por motivos biológicos, são impedidos de usufruir dos benefícios dos produtos que se encontram na rotina, disponibilizados na rede pública.

As indicações dos Imunobiológicos Especiais no CRIE beneficiam pacientes que podem ser agrupados em 3 principais categorias:

1. Profilaxia em pré-exposição a agentes infecciosos de determinados grupos de risco.
2. Substituição de produtos disponíveis na rotina do País, quando não puderem ser utilizados devido à hipersensibilidade ou eventos adversos graves em usos anteriores.
3. Imunização de indivíduos com imunodeficiências.

ENCAMINHAMENTO AO CRIE e IPEC:
Referência: através da Ficha de Encaminhamento ao CRIE, devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico requisitante.
Orientação: O paciente deve procurar o CRIE nos horários de atendimento da rotina.

4.9.1. Imunobiológicos especiais disponíveis no CRIE

VACINAS
Anti-hepatite B
Anti-hemófilos b
Anti-hepatite A
Antivaricela
DTP acelular
Dupla Infantil
Anti-influenza
Antipneumocócica conjugada 10 – valente
Antipneumocócica 23
Antirrábica humana de cultivo celular
Antipoliomielite inativada
Antimeningocócica conjugada C
Imunoglobulinas
Imunog. Humana Anti-hepatite B
Imunog. Humana Antirrábica
Imunog. Humana Antitetânica
Imunog. Humana Antivaricela zoster

protocolo_A4_final.indd 63 31/07/2012 14:49:52

4.9.2. Resumo das indicações dos CRIE, por imunobiológico

Vacina inativada contra poliomielite (VIP):

- Crianças imunodeprimidas (com deficiência imunológica congênita ou adquirida) não vacinadas ou que receberam esquema incompleto de vacinação contra poliomielite;
- Crianças que estejam em contato domiciliar ou hospitalar com pessoa imunodeprimida;
- Pessoas submetidas a transplante de órgãos sólidos ou de medula óssea;
- Recém-nascidos que permaneçam internados em unidades neonatais por ocasião da idade de início da vacinação;
- Crianças com história de paralisia flácida associada à vacina, após dose anterior de VOP.

Obs.: Filhos de mãe HIV positivo antes da definição diagnóstica e crianças com HIV/aids devem receber a VIP e, quando não disponível esta vacina, deve-se utilizar a VOP.

Vacina contra hepatite B (HB) e imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)

Vacina para indivíduos suscetíveis:

- vítimas de abuso sexual;
- vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB;
- comunicantes sexuais de portadores de HVB;
- profissionais de saúde;
- hepatopatias crônicas e portadores de hepatite C;
- doadores de sangue;
- transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea;
- doadores de órgãos sólidos ou de medula óssea;
- potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundidos;
- nefropatias crônicas/dialisados/síndrome nefrótica;
- convívio domiciliar contínuo com pessoas portadoras de VHB;
- asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
- fibrose cística (mucoviscidose);
- doença de depósito;
- imunodeprimidos.

Imunoglobulina para indivíduos suscetíveis:

- prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B;
- vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB;
- comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B;
- vítimas de abuso sexual;
- imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.

Vacina contra hepatite A (HA)

- Hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores do vírus da hepatite C (VHC);
- Portadores crônicos do VHB;
- Coagulopatias;
- Crianças menores de 13 anos com HIV/aids;
- Adultos com HIV/aids que sejam portadores do VHB ou VHC;
- Doenças de depósito;
- Fibrose cística;
- Trissomias;
- Imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora;
- Candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes;
- Transplantados de órgão sólido ou de medula óssea;
- Doadores de órgão sólido ou de medula óssea, cadastrados em programas de transplantes.
- Hemoglobinopatias.

Imunoglobulina Humana Anti-Rábica (IGHAR)

- indivíduos que apresentaram algum tipo de hipersensibilidade quando da utilização de soro heterólogo (antitetânico, anti-rábico, antidiftérico, etc.);
- indivíduos que não completaram esquema anti-rábico por eventos adversos à vacina;
- indivíduos imunodeprimidos – na situação de pós-exposição, sempre que houver indicação de vacinação anti-rábica.

protocolo_A4_final.indd 64 31/07/2012 14:49:52

Vacina contra varicela (VZ) e imunoglobulina humana antivaricela-zoster (IGHAVZ)

Vacina, pré-exposição

• Leucemia linfocítica aguda e tumores sólidos em remissão há pelo menos 12 meses, desde que apresentem > 700 linfócitos/mm3, plaquetas > 100.000/mm3 e sem radioterapia;
• Profissionais de saúde, pessoas e familiares suscetíveis à doença e imuno15 competentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com pacientes imunodeprimidos;
• Candidatos a transplante de órgãos, suscetíveis à doença, até pelo menos três semanas antes do ato cirúrgico, desde que não estejam imunodeprimidas;
• Imunocompetentes suscetíveis à doença e, maiores de um 1 de idade, no momento da internação em enfermaria onde haja caso de varicela;
• Antes da quimioterapia, em protocolos de pesquisa;
• Nefropatias crônicas;
• Síndrome nefrótica: crianças com síndrome nefrótica, em uso de baixas doses de corticóide (< 2mg/kg de peso/dia até um máximo de 20mg/dia de prednisona ou equivalente) ou para aquelas em que o corticóide tiver sido suspenso duas semanas antes da vacinação;
• Doadores de órgãos sólidos e medula óssea;
• Receptores de transplante de medula óssea: uso restrito, sob a forma de protocolo, para pacientes transplantados há 24 meses ou mais;
• Pacientes infectados pelo HIV/aids se suscetíveis à varicela e assintomáticos ou oligossintomáticos (categoria A1 e N1);
• Pacientes com deficiência isolada de imunidade humoral e imunidade celular preservada;
• Doenças dermatológicas crônicas graves, tais como ictiose, epidermólise bolhosa, psoríase, dermatite atópica grave e outras assemelhadas;
• uso crônico de ácido acetilsalicílico (suspender uso por seis semanas após a vacinação);
• asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
• trissomias.

Vacina, pós-exposição

• Para controle de surto em ambiente hospitalar, nos comunicantes suscetíveis imunocompetentes maiores de 1 ano de idade, até 120 horas após o contágio.

Imunoglobulina, pós-exposição

Quando uma de cada condição abaixo (A, B e C) acontecer:
A. Que o comunicante seja suscetível, isto é:
• pessoas imunocompetentes e imunodeprimidos sem história bem-definida da doença e/ou de vacinação anterior;
• pessoas com imunossupressão celular grave, independentemente de história anterior.
B. Que tenha havido contato significativo com o vírus varicela zoster, isto é:
• contato domiciliar contínuo: permanência junto com o doente durante pelo menos uma hora em ambiente fechado;
• contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado, de pelo menos uma hora.
C. Que o suscetível seja pessoa com risco especial de varicela grave, isto é:
• crianças ou adultos imunodeprimidos;
• grávidas;
• recém-nascidos de mães nas quais a varicela apareceu nos cinco últimos dias de gestação ou até 48 horas depois do parto;
• recém-nascidos prematuros, com 28 ou mais semanas de gestação, cuja mãe nunca teve varicela;
• recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou com menos de 1.000g ao nascimento), independentemente de história materna de varicela.

Vacina contra influenza, inativada (INF) – "Vacina contra Gripe"

• HIV/aids;
• transplantados de órgãos sólidos e medula óssea;
• doadores de órgãos sólidos e medula óssea devidamente cadastrados nos programas de doação;
• imunodeficiências congênitas;
• imunodepressão devido a câncer ou imunossupressão terapêutica;
• comunicantes domiciliares de imunodeprimidos;
• profissionais de saúde;
• cardiopatias crônicas;
• pneumopatias crônicas;
• asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
• diabetes mellitus;
• fibrose cística;
• trissomias;
• implante de cóclea;
• doenças neurológicas crônicas incapacitantes;
• usuários crônicos de ácido acetilsalicílico;
• nefropatia crônica/síndrome nefrótica;
• asma;
• hepatopatias crônicas.

Vacinas contra Pneumococo (polissacarídica 23 valente e conjugada 7 valente)

Consultar capítulos correspondentes para idades de indicação de cada uma das duas vacinas.
• HIV/aids;
• asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
• pneumopatias crônicas, exceto asma;
• asma grave em usos de corticóide em dose imunossupressora;
• cardiopatias crônicas;
• nefropatias crônicas/hemodiálise/síndrome nefrótica;
• transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea;
• imunodeficiência devido a câncer ou imunossupressão terapêutica;
• diabetes mellitus;
• fístula liquórica;
• fibrose cística (mucoviscidose);
• doenças neurológicas crônicas incapacitantes;
• implante de cóclea;
• trissomias;
• imunodeficiências congênitas;
• doenças de depósito.
• crianças menores de 1 ano de idade nascidas com menos de 35 semanas de gestação e submetidas à assistência respiratória (CPAP ou ventilação mecânica).
Obs.: Nos casos de esplenectomia eletiva, a vacina deve ser aplicada pelo menos duas semanas antes da cirurgia. Em casos de quimioterapia, a vacina deve ser aplicada preferencialmente 15 dias antes do início da quimioterapia (QT).

protocolo_A4_final.indd 65 31/07/2012 14:49:52

Vacina contra Haemophilus influenzae do tipo b (Hib)

a) Nas indicações de substituição de tetravalente por DTP acelular + Hib.
b) Transplantados de medula óssea e órgãos sólidos.
c) Nos menores de 19 anos e não vacinados, nas seguintes situações:
- HIV/aids;
- imunodeficiência congênita isolada de tipo humoral ou deficiência de complemento;
- imunodepressão terapêutica ou devido a câncer;
- asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
- diabetes mellitus
- nefropatia crônica/hemodiálise/síndrome nefrótica
- trissomias;
- cardiopatia crônica;
- pneumopatia crônica;
- asma persistente moderada ou grave;
- fibrose cística;
- fístula liquórica;
- doença de depósito.

Vacina tríplice acelular (DTPa):

a) Após os seguintes eventos adversos graves ocorridos com a aplicação da vacina DTP celular ou tetravalente:
- convulsão febril ou afebril nas primeiras 72 horas após vacinação;
- síndrome hipotônica hiporresponsiva nas primeiras 48 horas após vacinação.

b) Para crianças que apresentem risco aumentado de desenvolvimento de eventos graves à vacina DTP ou tetravalente:
- doença convulsiva crônica;
- cardiopatias ou pneumopatias crônicas em menores de 2 anos de idade com risco de descompensação em vigência de febre;
- doenças neurológicas crônicas incapacitantes;
- recém-nascido que permaneça internado na unidade neonatal por ocasião da idade de vacinação, enquanto permanecer na unidade;
- recém-nascido prematuro extremo (menor de 1.000g ou 31 semanas), na primeira dose de tetravalente ou enquanto permanecer internado na unidade neonatal.

Vacina dupla infantil (DT):

- encefalopatia nos sete dias subseqüentes à administração de dose anterior de vacina tetravalente, DTP celular ou DTP acelular.

Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)

- indivíduos que apresentaram algum tipo de hipersensibilidade quando da utilização de qualquer soro heterólogo (antitetânico, anti-rábico, antidiftérico, antiofídico, etc.);
- indivíduos imunodeprimidos, nas indicações de imunoprofilaxia contra o tétano, mesmo que vacinado. Os imunodeprimidos deverão receber sempre a IGHAT no lugar do SAT, devido à meia vida maior dos anticorpos;
- recém-nascidos em situações de risco para tétano cujas mães sejam desconhecidas ou não tenham sido adequadamente vacinadas;
- recém-nascidos prematuros com lesões potencialmente tetanogênicas, independentemente da história vacinal da mãe.

Vacina contra meningococo conjugada – C (MncC):

- asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;
- imunodeficiências congênitas da imunidade humoral, particularmente do complemento e de lectina fixadora de manose;
- pessoas menores de 13 anos com HIV/aids;
- implante de cóclea;
- doenças de depósito.

Obs.: Dependendo da situação epidemiológica, a vacina conjugada contra meningococo C poderá ser administrada para pacientes com condições de imunodepressão contempladas neste manual

LOCALIZAÇÃO DOS CRIES

HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA MAIA – Crianças
Endereço: Rua General Severiano, 91 – Botafogo RJ
Telefone: 2275-6531/2295-2398/2295-2295 r 203
Atendimento na Rotina: 2ª a 6ª feira das 08:00 às 16:00 h.
IPEC/FIOCRUZ – Adultos e Crianças
Endereço: Av. Brasil, 4365 – Manguinhos RJ
Telefone: 3865-9124
Atendimento na Rotina: 2ª a 6ª feira das 08:00 às 17:00 h.

protocolo_A4_final.indd 66 31/07/2012 14:49:52

5. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO PARA SAÚDE DA MULHER

Visando um melhor atendimento a estas mulheres, elaboramos o Protocolo de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Com este protocolo buscamos enfatizar a prática profissional do Enfermeiro, conduzindo a uma assistência de qualidade onde o profissional pode trabalhar com conhecimento das diretrizes para atendimento a todas as mulheres em suas diversas fases de vida.

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

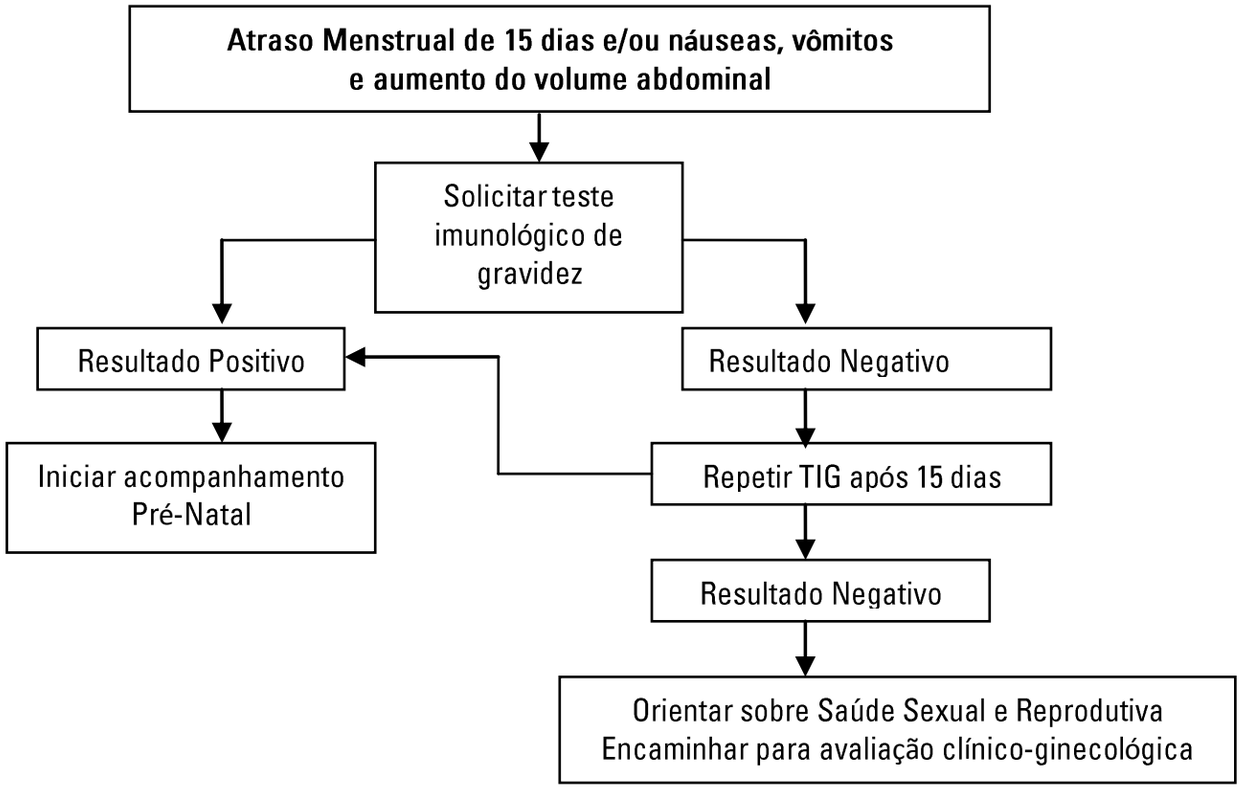
O profissional enfermeiro, integrante da equipe, no contexto da atenção básica de saúde, tem atribuições específicas entre outras, realizar a Consulta de Enfermagem, com avaliação integral da mulher prescrevendo cuidados de enfermagem e medicamentos previstos em programas de saúde e protocolos das instituições de saúde, podendo também manter esquema terapêutico e solicitar exames complementares.

O protocolo está dividido em Pré-natal de Risco Habitual, Puerpério, Planejamento Familiar, Rastreio de Câncer de Mama e Colo de Útero, Violência a Mulher.

protocolo_A4_final.indd 67 31/07/2012 14:49:52

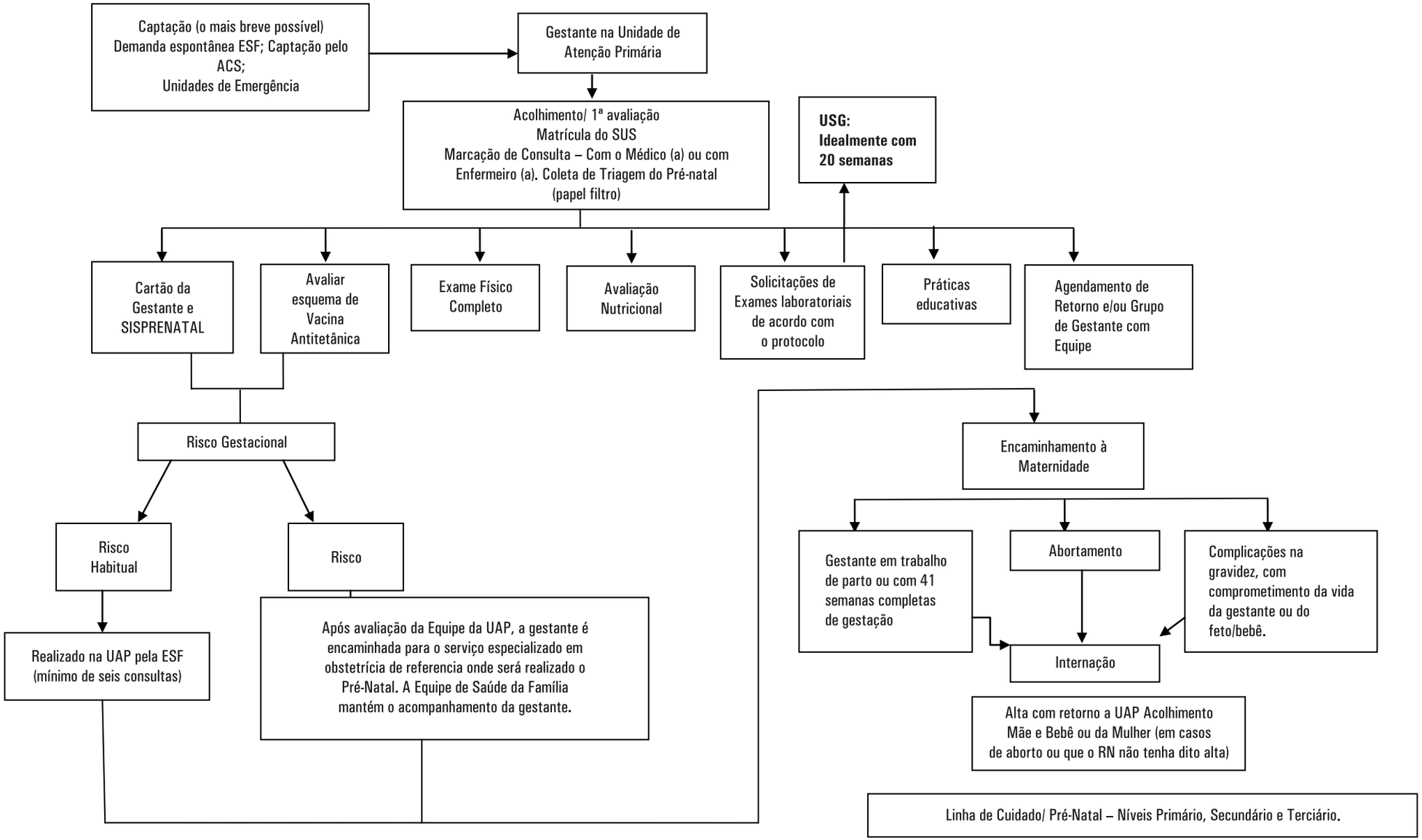
5.1. Assistência ao pré-natal

5.1.1. Diagnóstico da gravidez



protocolo_A4_final.indd 68 31/07/2012 14:49:52

5.1.2. Fluxo de atendimento à gestante nos três níveis de atenção



protocolo_A4_final.indd 69 31/07/2012 14:49:52

5.1.3. Atribuições dos enfermeiros(as)

Os Enfermeiros mediante as suas atividades exercem um papel importante junto as gestantes para que a adesão ao Pré-natal seja contínua. O papel do Enfermeiro como cuidador é buscar integralmente a saúde destas mulheres e promover atividades que contribuam no favorecimento de uma gestação e nascimento saudáveis.

Identifica-se então a importância de realizar meios com atividades educativas e lúdicas que facilitem e trabalhem a compreensão da mulher nesta fase tão importante da vida: a gestação, o parto e puerpério.

Apresentando e ensinando a gestante a conviver com as alterações em seu corpo, com o desenvolvimento do embrião semanalmente, a mesma poderá aprender melhor a lidar com o recém-nascido.

Aproveitar cada momento com esta mulher para trabalhar o conhecimento da mesma sobre alimentação e cuidados com o corpo, atividades físicas que pode realizar, atividade sexual, o que é e o que esperar do parto normal, o que é e quais as indicações do parto cesárea e como lidar com as atividades iniciais com o recém-nascido. O banho, a troca de fraldas, o cuidado com o coto umbilical e principalmente a amamentação.

Amamentar é necessário, mas muitas vezes por falta de informação e sem vontade de amamentar, esta mulher acaba não amamentando.

Atribuições específicas no pré-natal:

- Realizar consulta de pré-natal de gestação de risco habitual;
- Solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço;
- Encaminhar gestantes identificadas como de risco para a consulta médica;
- Realizar atividades com grupos de gestantes, trabalhando a troca de conhecimento entre elas;
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realizar coleta de exame citopatológico;
- Iniciar o Pré-natal o mais precoce possível;
- Utilizar o Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal e Puerpério;
- Registrar no Cartão da Gestante todas as consultas;
- Realizar 6 consultas ou mais sempre que possível;
- Seguir Fluxograma para Pré-natal;
- Preencher o cartão da gestante com o número do SISPRENATAL;
- Avaliar o calendário de vacinas e suas orientações;
- Orientar e estimular a participação nas atividades educativas – reuniões e visitas domiciliares.

5.1.4. Exames laboratoriais na assistência pré-natal e condutas

Exames de rotina:

Solicitados pelos profissionais que realizam o Pré-Natal. Médicos e Enfermeiros.

Solicitar exames laboratoriais realizados pela rotina da SMSDC e coletar em Papel Filtro os exames na 1º consulta no 3º trimestre.

EXAME	IDADE GESTACIONAL
Grupo sanguíneo e fator Rh	Quando não realizado anteriormente, na 1ª consulta
Sorologia para sífilis (VDRL)	1ª consulta e repetir a partir da 28ª semana
HbsAg (Hepatite B)	1ª consulta
Urina (tipo I ou Parcial de Urina)	1ª consulta e repetir a partir da 28ª semana
Hemograma completo	1ª consulta e repetir a partir da 28ª semana
Glicemia de jejum	1ª consulta e repetir a partir da 28ª semana
Anti-HIV	1ª consulta e repetir a partir da 28ª semana
Toxoplamose	1ª consulta e repetir a partir da 28ª semana
Coleta de Citopatologia Oncótica	Somente em mulheres > 25 anos sem histórico de coleta nos últimos 3 anos.
Ultrassonografia Obstétrica	Idealmente com 20 semanas ou com indicação

protocolo_A4_final.indd 70 31/07/2012 14:49:52

Exames de Rotina com resultados e condutas:

Exames	Resultados e Condutas
Tipagem sanguínea Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh diferente	Solicitar o teste de Coombs indireto; se negativo, repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana.Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco
VDRL positivo	Sífilis primária – tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada glúteo em dose única, dose total 2.400.000 UI.). Sífilis secundária ou sífilis assintomática com menos de um ano de evolução(latente recente)– tratar com duas séries de penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada glúteo), repetir em uma semana, dose total 4.800.000 UI. Sífilis tardia ou sífilis assintomática com mais de um ano de evolução (latente tardia) ou COM DURAÇÃO IGNORADA – tratar com três séries de penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre elas, dose total 7.200.000 UI, tratar o parceiro sempre.
VDRL negativo	Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto, e em caso de abortamento.
Urina tipo I ou Parcial de Urina	Proteinúria: – "traços": repetir em 15 dias. – "traços" + hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco ; -"maciça": referir ao pré-natal de alto risco. -Piúria ou Bacteriúria: Solicitar urocultura com antibiograma. Referir à consulta médica, se necessário. Hematúria: -Se piúria associada, solicitar urocultura. Se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta médica e tratar. Cilindrúria: Referir ao pré-natal de alto risco. *Outros elementos Não necessitam condutas especiais.
Dosagem de hemoglobina	Dosagem de hemoglobina: – Hemoglobina $\geq$ 11g/dl Ausência de anemia: Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (300 mg),que corresponde a 60 mg de ferro elementar, quando necessário. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições. – Hemoglobina $<$ 11g/dl $>$ 8g/dl: Anemia leve a moderada: a) solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. b) tratar a anemia com 3 drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia. c) repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: – se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl,quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia), e repetir a dosagem no 3º trimestre, –se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se "cair", referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Hemoglobina $<$8g/dl Anemia grave: referir ao pré-natal de alto risco.

5.1.5. Calendário das consultas

As consultas de Pré-natal de risco habitual podem ser realizadas por Enfermeiros e Médicos, devendo sim ser avaliado o risco gestacional a cada consulta.

Nas Unidades de Saúde da Família a Equipe Multidisciplinar deve participar ativamente com avaliação dos casos e atendimento conjunto entre os profissionais, podendo intercalar as consultas, este processo fortalece o atendimento e cria um vínculo entre a equipe e a gestante. Estas consultas poderão ser realizadas na unidade de saúde ou em visitas domiciliares, quando necessário.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

Importante que seja realizada uma visita domiciliar pelo Enfermeiro no terceiro trimestre da gestação para identificar as adaptações do domicílio que venham a favorecer o acolhimento do recém-nascido .Proporcionando informações sobre ventilação e ambiente, cuidados com a higiene, banho, troca de fraldas, vestimentas, participação dos familiares e principalmente a importância do aleitamento materno.

É muito importante que a gestante e seus familiares não esqueçam de levar o Cartão da Gestante e seus exames.

protocolo_A4_final.indd 71 31/07/2012 14:49:53

Não existe "alta" do pré-natal antes do parto. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a 2ª.consulta de puerpério.

5.1.6. Conduta nas alterações da pressão arterial

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

Objetivo: detectar precocemente estados hipertensivos.

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação:

1. A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg depressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica,mantidos em duas ocasiões e resguardado intervalo de quatro horas entre as medidas. Esse conceito é mais simples e preciso;

2. O aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de15 mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação. É um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns,entretanto apresenta alto índice de falso positivo, sendo melhor utilizado como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos;

3. A presença de pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg em uma única oportunidade ou aferição.

Ao Enfermeiro(a) cabe identificar a alteração pressórica segundo a tabela abaixo e em casos de alterações encaminhar a consulta médica.

5.1.7. Diabetes na gestação

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

Gestantes com glicemia ≥ 85mg/dl ou com fatores de risco deverão ser avaliados pelo médico para rastreamento com teste de tolerância oral a glicose. São considerados fatores de risco para o diabetes gestacional: obesidade ou ganho de peso excessivo na gravidez atual; deposição central e excessiva de gordura corporal; história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; gestantes que nasceram com baixo peso; crescimento fetal excessivo, antecedentes obstétricos de aborto de repetição, de más formações congênitas fetais, de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional.

5.1.8. Vacinação da gestante

Tétano:

O tétano neonatal, também conhecido como "mal de sete dias" ou "tétano umbilical", é uma doença aguda, grave, não transmissível e imunopreveníveI, causada pelo "Clostridium tetani, que acomete recém-nascidos, geralmente na primeira semanade vida ou nos primeiros 15 dias.

O problema ocorre por contaminação durante a secção do cordão umbilical, com uso de substâncias e instrumentos contendo esporos do bacilo e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido.

A prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção pré-natal de qualidade com vacinação das gestantes, do atendimento higiênico ao parto, com uso de material estéril para o corte e clampeamento do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical, utilizando solução de álcool a 70%.

Vacinação da gestante: a vacinação das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e não gestantes, é medida essencial para a prevenção do tétano neonatal. Deve ser realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT – contra a difteria e o tétano) nas mulheres que não têm vacinação prévia ou têm esquema vacinal incompleto.

protocolo_A4_final.indd 72 31/07/2012 14:49:53

Observar história de imunização antitetânica comprovada pelo cartão de vacina	Conduta
Sem nenhuma dose registrada	Iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
Menos de três doses	Completar as três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
Três doses ou mais, sendo a última há menos de cinco anos	Não é necessário vacinar
Três doses ou mais, sendo a última há mais de 5 anos	Uma dose de reforço

Hepatite B:

A Hepatite B representa agravo de grande importância em todo o mundo. Graças a seu potencial de cronificação pode conduzir à cirrose hepática e ao carcinoma hepatocelular, após evolução variável que pode representar até três décadas.

O risco de transmissão do vírus da mãe para o filho durante a gestação e o parto chega a 90%, dependendo do estado sorológico da mãe. O potencial de cronificação da doença nos recém-nascidos é de 85 a 95%, e a evolução da doença é mais rápida do que nos adultos. Aos cinco anos de idade, 40% das crianças já apresentam sintomas, e aos dez, muitas já evoluíram para cirrose hepática. Não existe, até o momento, profilaxia medicamentosa para a gestante visando a prevenção da transmissão vertical da hepatite B;

Observar história de imunização para Hepatite B comprovada pelo cartão de vacina	Conduta
Sem nenhuma dose registrada	Iniciar o esquema vacinal após o primeiro trimestre, com três doses, com intervalo de 30 dias da 1ª para 2ª dose e 6 meses da 2ª para 3ª dose. Agendar as doses subsequentes no cartão da gestante
Menos de três doses	Completar as três doses após o primeiro trimestre respeitando o intervalo entre as doses. Agendar as doses subsequentes no cartão da gestante

5.1.9. Condutas nas queixas mais frequentes

Queixas	1ª Conduta	2ª Conduta (sem melhora)	3ª Conduta (sem Melhora)
Náuseas e Vômitos	Orientações de hábitos alimentares • Alimentação fracionada • Evitar frituras, gorduras • Ingerir alimentos sólidos pela manhã	Prescrever Antieméticos orais: • Metoclopramida– 10 mg de 6/6h; (SOS) • Dimenidrato– 50 mg de 6/6h. (SOS) Reforçar orientações de hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica
Pirose e Azia	Orientações de hábitos alimentares • Alimentação fracionada • Evitar chá preto, café, mate, alimentos doces, gordurosos, picantes, álcool e fumo	Prescrever Hidróxido de Alumínio ou Sulfato de Magnésio – suspensão 1 colher de sopa após as refeições. Melhora do quadro: Reforçar Orientações de hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica
Flatulência e Obstipação intestinal	Orientações de hábitos alimentares • Alimentação rica em fibras • Aumentar a ingestão de águas	Prescrever Dimeticona – 1 cp de 8/8h Melhora do quadro Reforçar Orientações de hábitos alimentares	Encaminhar para avaliação médica
Dor abdominal, cólicas	Certificar que não sejam contrações uterinas Afastar infecção urinária (excluir disúria ou febre)	Prescrever Buscopan ou butilescopolamina– 1 cp 8/8h	Encaminhar para avaliação médica
Corrimento Vaginal abundante cinza-esverdeada com odor fétido	Tratar Vaginose bacteriana e/ou Tricomoníase com Metronidazol tópico ou sistêmico*	Outros casos ver condutas do Manual de Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis	
Corrimento Vaginal Acompanhado de: • Prurido vulvar • Placas esbranquiçadas e aderidas a parede	Tratar Candidíase com antifúngico tópico por sete dias		
Cefaléia	Afastar Hipertensão arterial e pré-eclampsia	Prescrever analgésico Paracetamol 500 mg até de 8/8h. (SOS)	Encaminhar para avaliação médica

protocolo_A4_final.indd 73 31/07/2012 14:49:53

5.2. Puerpério

O período logo após o parto chama-se Puerpério, também conhecido como pós-parto ou resguardo. É neste período que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, tendendo a voltar ao estado que a caracterizava antes da gravidez.

O puerpério inicia-se quando ocorre o descolamento total da placenta, logo depois do nascimento do bebê. O momento do término do puerpério é impreciso, aceitando-se, em geral, que ele termina quando retorna a ovulação e a função reprodutiva da mulher, durando em média de 6 a 8 meses.

5.2.1. Assistência ao puerpério

as consultas de puerpério são de competência do (a) médico (a) de família e enfermeiro (a). Elas são fundamentais no processo de acompanhamento da saúde materna e do neonato iniciado no pré-natal.

O Acompanhamento no Puerpério é realizado no mínimo em 2 consultas. A primeira no período de 7 a 10 dias e a segunda deve ocorrer até o 42º dia de pós-parto.

Têm como objetivos:

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

A Equipe de Saúde deverá acolher a puérpera e acompanhante com respeito, escutando atentamente suas dúvidas, queixas e expectativas, procurando esclarecê-las com o cuidado de não repassar informações em demasia. Por ser um período de significativas alterações, a família deverá ser orientada quanto às modificações fisiológicas e psicológicas promovendo suporte ao binômio mãe/filho.

Um olhar criterioso tem que ser prestado neste período puerperal. A morbi-mortalidade materna e neonatal é preponderante nas primeiras semanas após o parto, assim, a prestação de um cuidado integral e o envolvimento de todos (as) os (as) profissionais corrobora para a qualidade de saúde do binômio, prevenindo riscos presumíveis. Visitas domiciliares são recomendadas na primeira semana após a alta, portanto, a ESF poderá acompanhar a puérpera desde o seu retorno da maternidade, orientando quanto aos primeiros cuidados com RN, higiene pessoal, cuidados em relação à amamentação e observando a inter-relação familiar no seu contexto.

Em situações especiais como no caso de óbito neonatal, doação do RN ou internação em Unidade de Neonatologia devemos oportunizar a esta puérpera um diálogo aberto sem censuras, promovendo apoio e, se necessário, encaminhá-la ao atendimento psicológico garantindo a integralidade neste processo.

5.2.2. Condutas na consulta de puerpério

verificar no cartão de Pré-Natal e da criança:

- Acompanhamento pré-natal (condições da gestação);
- Atendimento ao parto e ao RN;
- Avaliar a situação das sorologias para sífilis e HIV;
- Avaliar uso de suplementação vitamínica e/ou outros medicamentos;
- Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.

protocolo_A4_final.indd 74 31/07/2012 14:49:53

Anamnese:

Identificar as principais queixas. Avaliar o aleitamento materno; alimentação, sono e atividades físicas; condições psicossocioemocionais (atenção aos sintomas de Baby Blues (alteração emocional que pode acometer entre 50 a 80% das puérperas, que se apresentam mais sensíveis, inseguras e chorosas. Não confundir Baby Blues com depressão pós-parto patologia grave e rara) Observar Situações de vulnerabilidade social; Dor, fluxo vaginal, sangramentos, queixas urinárias, febre; planejamento da vida sexual e reprodutiva.

Avaliação clínica-ginecológica:

- Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
- Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação e incisão cirúrgica se cesárea;
- Exame ginecológico: observar loqueação, lacerações, equimoses, edemas, episiotomia na vagina, vulva e períneo.
- Avaliar mucosas;
- Avaliar as mamas;
- Avaliar os MMII: varizes, edema, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e sinal de Homan;
- Avaliar sinais vitais;
- Observar vínculo mãe – RN;
- Anotar os dados da consulta no prontuário e no cartão da gestante.

Encaminhamentos: avaliar a situação vacinal (tétano, rubéola) e encaminhar se necessário. Prescrever suplementação de ferro (60 mg/dia) de ferro elementar até 3 (três) meses após o parto, para as mulheres com anemia diagnosticada. Agendar a próxima consulta de puerpério (até 42 dias pós – parto).

E encerrar o SISPRENATAL.

5.2.3. Anticoncepção no puerpério

a orientação relativa ao Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva deve ser o mais precoce possível. Dentre os métodos indicados está o método de Amenorreia da Lactação (LAM) que é um método temporário que só pode ser utilizado pelas puérperas sob as seguintes condições: em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), amenorreia e RN com menos de seis meses de vida. A ausência de qualquer uma das três condições reduz a eficácia do método. Os métodos disponíveis na rede são:

- Anticoncepcional hormonal oral de progestogênio (Noretisterona 0,35mg);
- Anticoncepcional hormonal injetável trimestral (Medroxiprogesterona 150mg): Utilizadas principalmente no pós-parto, pois não alteram a qualidade nem a quantidade do leite materno, e por mulheres que têm contraindicações ao estrogênio das pílulas combinadas.
- Anticoncepcional hormonal oral combinado: se não estiver amamentando ou se não for aleitamento materno exclusivo.
- DIU: logo após o parto na maternidade ou em torno de 40 dias pós-parto.
- Preservativo masculino ou feminino: indicar o uso de preservativo desde a primeira relação sexual pós-parto.

A busca do êxito nas ações desenvolvidas junto à mulher no seu ciclo grávidico-puerperal é resultado do envolvimento e compromisso multiprofissional com o binômio mãe/filho no seu contexto.

O parceiro pode e deve contribuir em todo este processo, discutindo e repensando práticas alternativas. A utilização do preservativo masculino também é uma sugestão e se utilizado corretamente é um método também eficaz.

5.3. Planejamento familiar

A Política Nacional de Planejamento Familiar é concebida hoje, pelo Ministério da Saúde, como Política da Vida Sexual e Reprodutiva, com o propósito de acolher pessoas que têm vida sexual ativa e não estão, necessariamente, planejando uma família.

protocolo_A4_final.indd 75 31/07/2012 14:49:53

A Atenção à Vida Sexual e Reprodutiva tem como base a Constituição Brasileira de 1988 e a Lei do Planejamento Familiar de 1996, além do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

O planejamento familiar é um ato consciente: torna possível ao casal programar quantos filhos terá e quando os terá. Permite às pessoas e aos casais a oportunidade de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas.

O acesso à informação e a facilidade de obtenção de meios contraceptivos sob orientação médica ou de enfermagem adequada é a única maneira de preservar a saúde da mulher, evitando gestações indesejadas, diminuindo o número de gestações de alto risco, abortos inseguros e consequentemente reduzindo a mortalidade materna e infantil.

Pautado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal. Cabe ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas. O Planejamento Familiar no Brasil é regulamentado pela a Lei nº 9263 de 12/11/1996, que é ampla e abrangente, e garante o Planejamento Familiar como um direito de todos, sob a perspectiva da equidade de gênero. Em seu artigo 3º define um conjunto de ações que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

A atuação dos(as) profissionais de saúde na assistência pré-concepcional, anticoncepcional e infertilidade envolvem o atendimento individual, para casais, ou em grupo, sendo o aconselhamento parte indissociável desta assistência.

5.3.1. Assistência à pré-concepção

A Assistência à pré-concepção tem como objetivo orientar e assistir as mulheres/casal que queiram engravidar, com o intuito de identificar os fatores de risco ou doenças que interferem na evolução saudável de uma futura gestação. A equipe de saúde deverá, ao assistir as mulheres/casais, prevenir, detectar e tratar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

* Orientações e Condutas Específicas na Assistência Pré-concepcional:

- Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas ou ilícitas e verificação da necessidade de assistência especializada.

- Orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/AIDS), sífilis, gonorréia, clamídia e outras infecções como toxoplasmose, hepatite B.

- Instituir outras medidas educativas, como a orientação para o registro sistemático das datas das menstruações.

- Realizar avaliação do estado geral de saúde, exame físico, exame ginecológico completo, avaliação vacinal e solicitação de exames laboratoriais (Sorologia para VDRL, rubéola, HbsAg, toxoplasmose e HIV);

- Adequar à situação vacinal (rubéola, tétano e hepatite B) após avaliação pela equipe de saúde.

- Prescrever ácido fólico 5mg, via oral, 1x/dia, iniciando 60 a 90 dias antes da concepção estendendo até a 12ª semana gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural. A prescrição cabe ao profissional médico ou enfermeiro.

5.3.2. Assistência à contracepção

A prescrição dos métodos contraceptivos é de responsabilidade dos profissionais médico e do enfermeiro.

A orientação/aconselhamento com relação à contracepção constitui de informação correta, completa sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis pelo Ministério da Saúde e de acordo com as necessidades do usuário. Após a seleção dos métodos, o profissional deve fornecer informações detalhadas sobre o mesmo e certificar-se de que o mesmo tenha compreendido as informações essenciais: uso correto, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, facilidade de uso, possíveis complicações e importância da consulta de retorno e do acompanhamento.

É importante que a mulher tenha acesso a Unidade de Saúde e ao Profissional de Saúde para que possa realizar a mudança do método quando desejar ou necessitar.

protocolo_A4_final.indd 76 31/07/2012 14:49:53

Não deixar de informar e trabalhar a dupla proteção. Buscando sempre a redução das DSTs.

Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva	
Atribuições	**Profissionais**
Captação da clientela	Multiprofissional (principalmente da ESF)
Orientação e informações sobre saúde sexual e reprodutiva e métodos contraceptivos	Multiprofissional
Prescrição de anticoncepcionais (orais e injetáveis)	Médico(a) e enfermeiro(a)
Prescrição do anticoncepcional de emergência	Médico(a) e enfermeiro(a)
Aplicação de anticoncepcionais injetáveis	Técnico(a) em Enfermagem ou enfermeiro(a)
Avaliação para utilização do DIU	Médico(a) e enfermeira especialista em Obstetrícia e/ou enfermeira habilitada em Obstetrícia
Inserção e remoção de DIU	
1ª Revisão do DIU	
Revisões subsequentes do DIU	
Orientação para Laqueadura ou Vasectomia	Equipe multidisciplinar, orientada a realizar as reuniões para Planejamento Familiar
Orientação e/ou indicação do preservativo masculino e feminino	Multiprofissional (principalmente da ESF)
Aconselhamento e prescrição do Diafragma	Médico(a) e enfermeiro(a)
Aconselhamento e prescrição dos métodos naturais e comportamentais	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consultas de rotina	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consulta subsequente e acompanhamento da paciente que optou a adesão ao contraceptivo hormonal oral e/ ou injetável	Médico(a) e enfermeiro(a)
Dispensação e orientação sobre efetividade e segurança dos métodos hormonais	Farmacêuticos(as) e equipe de Enfermagem (quando capacitada)

5.3.3. Métodos contraceptivos disponíveis

MÉTODO	APRESENTAÇÃO
PRESERVATIVO MASCULINO	LÁTEX, EMBALAGEM INDIVIDUAL
PRESERVATIVO FEMININO	BOLSA DE POLIURETANO, EMBALAGEM INDIVIDUAL
LEVONORGESTREL+ETINILESTRADIOL 150MCG + 30MCG	CARTELA COM 21 COMPRIMIDOS
NORETINDRONA (NORETISTERONA) 0,35MG (MINIPÍLULA)	COMPRIMIDO
MEDROXIPROGESTERONA 150MG/ML SUSP INJ FRS-AMP 1ML	AMPOLA
LEVONORGESTREL 0,75MG. (CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA)	CARTELA COM 2 COMPRIMIDOS
DIAFRAGMA	ANEL FLEXÍVEL RECOBERTO POR UMA PELÍCULA DE BORRACHA OU SILICONE, DE DIVERSOS TAMANHOS
DIU – DISPOSITIVO INTRAUTERINO	UMA PEQUENA HASTE DE POLIETILENO IMPREGNADA COM UM POUCO DE COBRE
NORESTISTERONA 50MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5MG SOL. INJ SEV. 1ML	SERINGA

Cuidados Importantes antes de prescrever contraceptivos: Perguntar a mulher se é tabagista, se há risco de estar grávida, se está amamentando, se está com exame citopatológico em dia, se sofre de cefaléia ou problemas hepáticos, se faz uso de medicamentos anticonvulsivantes,rifampicina ou griseofulvina, se sofre com sangramentos uterinos anormais.

5.3.4. Métodos comportamentais

Não deixar de informar sobre os riscos as DSts.

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

É um método de controle das relações sexuais no período fértil da mulher. O cálculo do período fértil é feito mediante a análise do ciclo menstrual prévio (6 a 12meses). 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 que10, não é indicado o uso. Caso o índice seja menor que 10, calcula-se o início 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).

protocolo_A4_final.indd 77 31/07/2012 14:49:53

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.

5.3.5. Contracepcão de emergência

Disponíveis na rede: Levonorgestrel 0,75mg.

As pílulas anticoncepcionais de emergência (Levonorgestrel 0,75 mg) são métodos usados após a relação sexual desprotegida, para evitar gravidez inoportuna ou indesejada.

Não deve ser usado como método de rotina.

Principais indicações:

- Violência sexual;
- Ruptura do preservativo;
- Deslocamento ou expulsão do DIU e diafragma;
- A relação sexual sem uso de método contraceptivo, ou uso inadequado do método contraceptivo, como esquecimento prolongado do contraceptivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência, ou interpretação equivocada da temperatura basal (BRASIL, 2005).

Posologia: 01 comprimido a cada 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, até 72 horas após a relação desprotegida, ou 02 comprimidos via oral (VO) em dose única. Evidenciam-se efeitos protetores até cinco dias após a relação sexual desprotegida, prazo dentro do qual a pílula de emergência ainda pode ser tomada. No entanto, a eficácia do método é inversamente proporcional à demora no seu uso (BRASIL, 2005). Se houver vômitos até 01 hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após alimentar-se, precedido do uso de um antiemético, conforme prescrição médica.

5.3.6. Contracepção cirúrgica

Como a laqueadura e a vasectomia são métodos definitivos, sua indicação deve obedecer aos critérios preestabelecidos, respeitando a legislação vigente: Lei nº 9.263, de 12/01/96. Tanto o profissional médico(a) quanto enfermeiro(a) poderão indicar tal procedimento.

Condutas para o Aconselhamento em Anticoncepção Cirúrgica:

- Realizar consulta individual ou ao casal, e/ou atividade educativa;
- Orientar sobre os métodos contraceptivos reversíveis existentes;
- Esclarecer sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e as dificuldades de sua reversão;
- Solicitar os exames pré-operatórios: Glicose, hemograma, TAP, TTPa, PU, BHCG e, para usuários (as) acima de 40 anos, ECG.

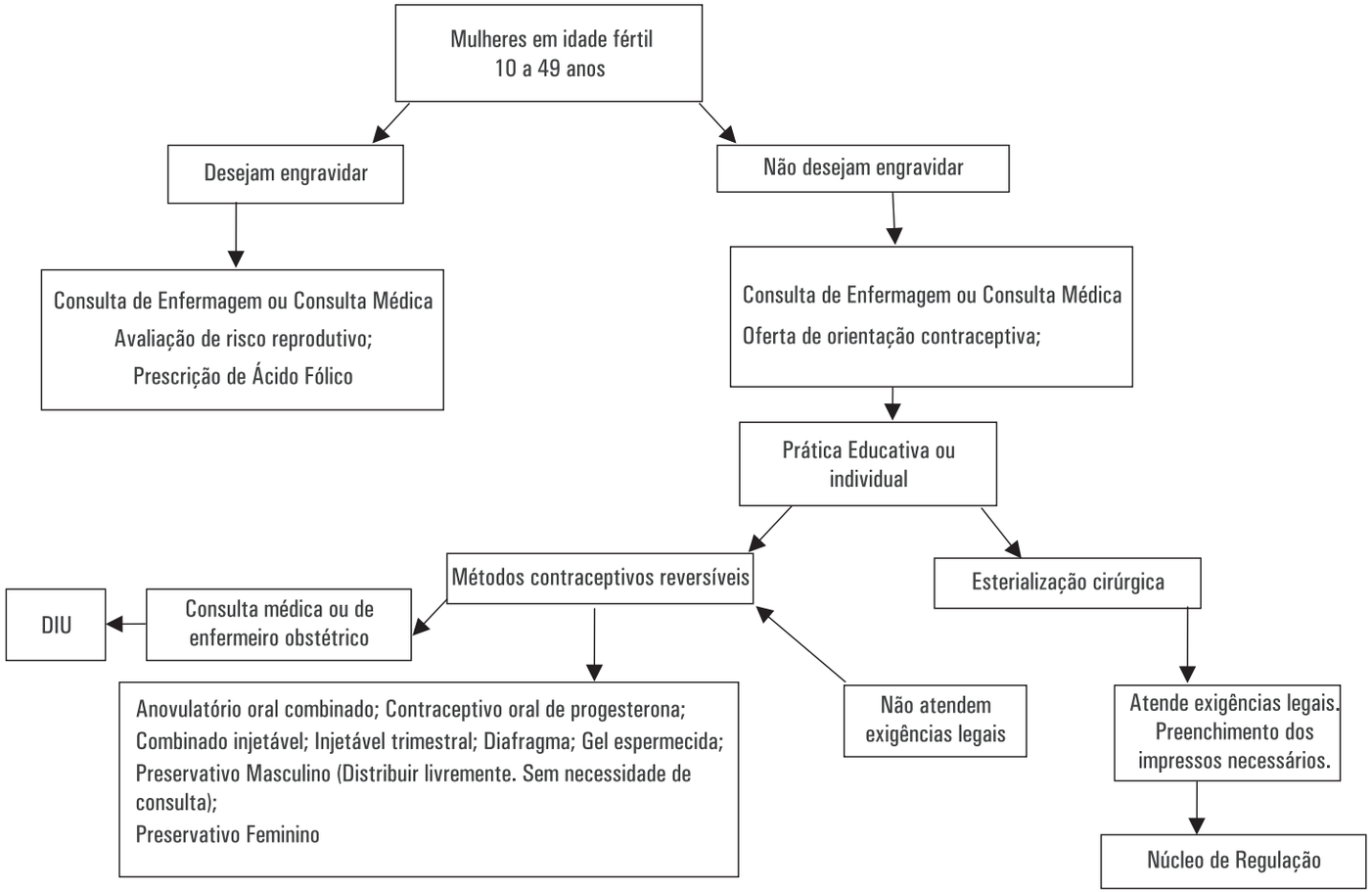
Segundo a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 12/01/96, Art. 10º, somente é permitida a Esterilização Voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

protocolo_A4_final.indd 78 31/07/2012 14:49:53

5.3.7. Planejamento familiar



protocolo_A4_final.indd 79 31/07/2012 14:49:53

5.4. Climatério e Menopausa

Consulta de Enfermagem: ofertar acesso com objetivo de orientar a mulher durante este período de mudanças, referenciar à consulta médica ou ao serviço de psicologia quando necessário.

O climatério é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma fase biológica da vida da mulher que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. Este período pode ser considerado um período patológico ou fisiológico. A menopausa está relacionada ao último ciclo menstrual, somente reconhecido depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 50 anos de idade.

De acordo com estimativas do DATASUS, em 2007, a população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões de mulheres. Nesse universo, cerca de 30 milhões tem entre 35 e 65 anos, o que significa que 32% das mulheres no Brasil estão na faixa etária em que ocorre o climatério.

O climatério é uma fase natural da vida da mulher, portanto não pode ser considerada uma doença. Inúmeras mulheres passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos.

5.4.1. Alterações orgânicas no climatério e resposta sexual

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

Segue algumas alterações fisiológicas que podem ocorrer neste período:

– Redução da lubrificação vaginal;

– Hipotrofia vaginal;

– Dispaurenia;

– Fogachos;

– Menor efeito estrogênico sobre a pelve;

5.4.2. Recomendações aos profissionais de saúde

A atuação dos profissionais de saúde deve incorporar aspectos como a escuta qualificada, a integralidade na atenção, a possibilidade de diversas orientações sexuais e o estímulo ao protagonismo da mulher. Avaliar cuidadosa e individualmente cada caso com objetivo de identificar quais os fatores relacionados à etiologia das dificuldades referidas e, muitas vezes até omitidas, favorece sensivelmente o resultado da conduta adotada. No atendimento a essas mulheres, o profissional precisa entender as diferenças e semelhanças de cada uma e, antes de qualquer julgamento ou atitude preconceituosa, cumprir seu papel no auxílio da resolução dos problemas. Ajudar as pessoas a aceitar as mudanças físicas e a buscar sua própria forma de exercer a sexualidade é fundamental neste processo.

Atitudes positivas por parte dos profissionais devem incluir diversas ações, tais como:

• estimular o autocuidado, que influencia positivamente na melhora da autoestima e da insegurança que pode acompanhar esta fase;

• estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas ou por meio de outros recursos de mídia qualificada – programas direcionados sobre o assunto) que estiverem disponíveis;

• oferecer tratamento para as queixas relacionadas ao climatério;

• encaminhar para os serviços de referência para avaliação, nos casos de indicação cirúrgica, doenças endócrinas, pulmonares, psiquiátricas (depressão), em busca de resolução do fator primário correlacionado, ou ajuste do tratamento, de modo a abordar a mulher de forma integral, respeitando sempre seu protagonismo;

protocolo_A4_final.indd 80 31/07/2012 14:49:53

• apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações, valorizando a experiência e o autoconhecimento adquiridos durante a vida;

• estimular a prática do sexo seguro em todas as relações sexuais. O número de mulheres portadoras do HIV nesta faixa etária é relevante por diversos motivos já mencionados sobre "DST e HIV/AIDS" no climatério;

• esclarecer às mulheres que utilizam a masturbação como forma de satisfação sexual,

que essa é uma prática normal e saudável, independente de faixa etária;

• estimular o "reaquecimento" da relação ou a reativação da libido por diversas formas, segundo o desejo e os valores das mulheres.

A conclusão desses capítulo reafirma a necessidade de romper os estereótipos culturais da diminuição do desejo sexual no climatério. A menopausa não é o fim da vida, mas o começo de uma nova etapa.

5.4.3. Terapia de reposição hormonal

a reposição hormonal é polêmica, porém, em alguns casos se faz necessária. Esta é uma conduta que deve ser avaliada pelo profissional médico.

5.5. Atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual

A violência contra a mulher por sua magnitude e complexidade é reconhecida como questão de saúde pública, visto que afeta a saúde individual e coletiva e exige ações públicas e da sociedade civil para o seu enfrentamento.

A violência doméstica e sexual contra a mulher deixa sequelas físicas e emocionais, além de algumas vezes levar à morte. Neste sentido, as equipes de saúde se encontram em posição estratégica na identificação e acompanhamento a essas mulheres.

As Equipes de Saúde de Família estão diretamente vinculadas a assistência a estas mulheres e conhecem suas dificuldades e vulnerabilidades, devendo assim acolher , orientar, notificar e encaminhar as situações de violência conforme as indicações, considerando a importância da escuta qualificada e do sigilo profissional.

Os serviços de saúde têm um papel fundamental na articulação dos diversos setores envolvidos na atenção às mulheres em situação de violência, ou seja, a violência contra a mulher geralmente envolve um trabalho intra e intersetorial e interdisciplinar, tendo como perspectiva a integralidade da atenção. Neste sentido, este atendimento requer que as equipes de saúde identifiquem os serviços existentes no território e na rede de serviços mais ampla, buscando uma articulação permanente que proporcione a construção de estratégias coletivas e individuais de enfrentamento da situação de violência, o que envolve a prevenção e o acompanhamento.

É imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, no sentido de propiciar condições para que os profissionais de saúde ofereçam atenção integral às mulheres em situação de violência e sua família, em especial aos seus filhos sobre os quais rebatem profundamente a violência sofrida pelas mulheres/mães.

É fundamental que o enfermeiro conheça a linha de cuidados e o fluxo de atendimento no âmbito da saúde, para que possa orientar e encaminhar às mulheres quando necessário.

Cabe às Unidades de atenção básica:

Acolher esta mulher;

Identificar o tipo de violência;

Preencher a notificação do SINAN e encaminhar para a CAP;

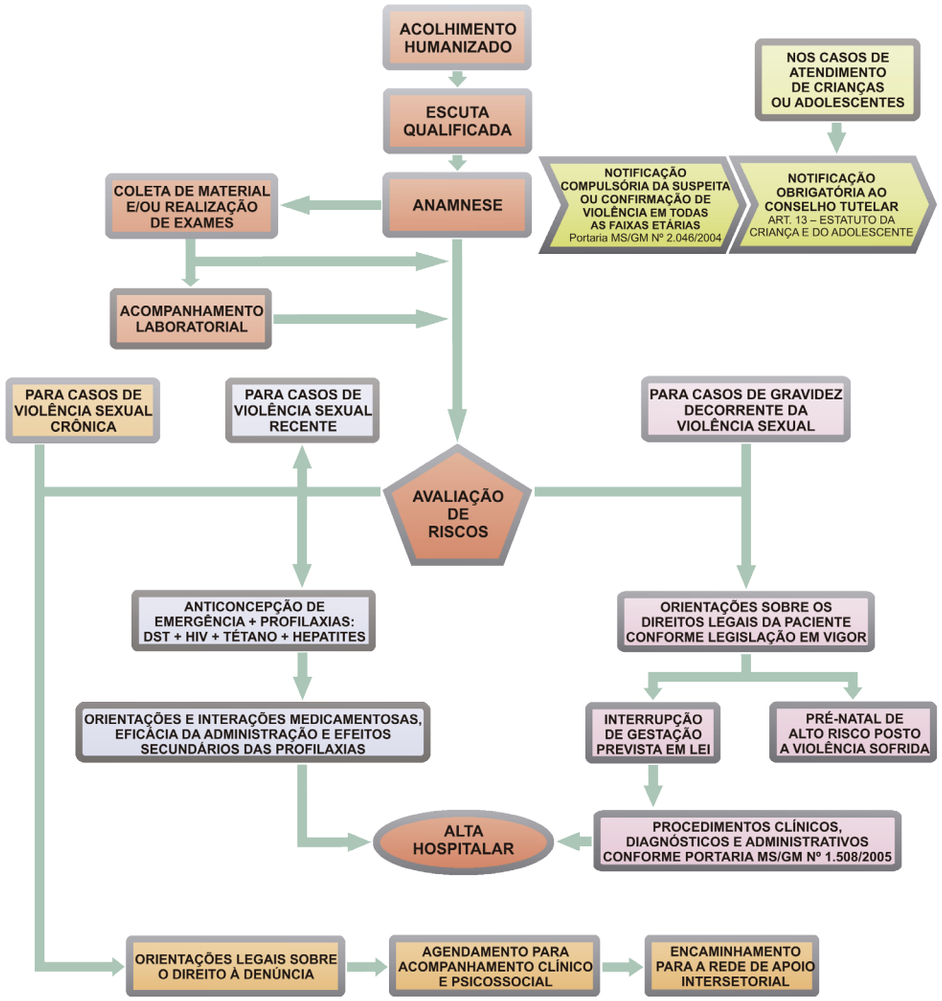
Orientar e prescrever : Contracepção de Emergência até 5 dias.

Vacinação para esquemas incompletos ou não imunizadas. Hepatite B + imunoglobulina. Encaminhar ao CRIE. Hospital Municipal Jesus.

Encaminhar para os hospitais de referência para prosseguimento do fluxo de atendimento com os anti-retrovirais, mantendo seu acompanhamento pela equipe da atenção básica.

protocolo_A4_final.indd 81 31/07/2012 14:49:53

Fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual



RECOMENDAÇÃO IMPORTANTE:

Utilizar sempre como referência no atendimento às Normas Técnicas e Portarias do Ministério da Saúde, bem como observar o estrito cumprimento dos dispositivos legais em vigor.

protocolo_A4_final.indd 82 31/07/2012 14:49:55

5.6. Rastreio de câncer de mama e colo de útero

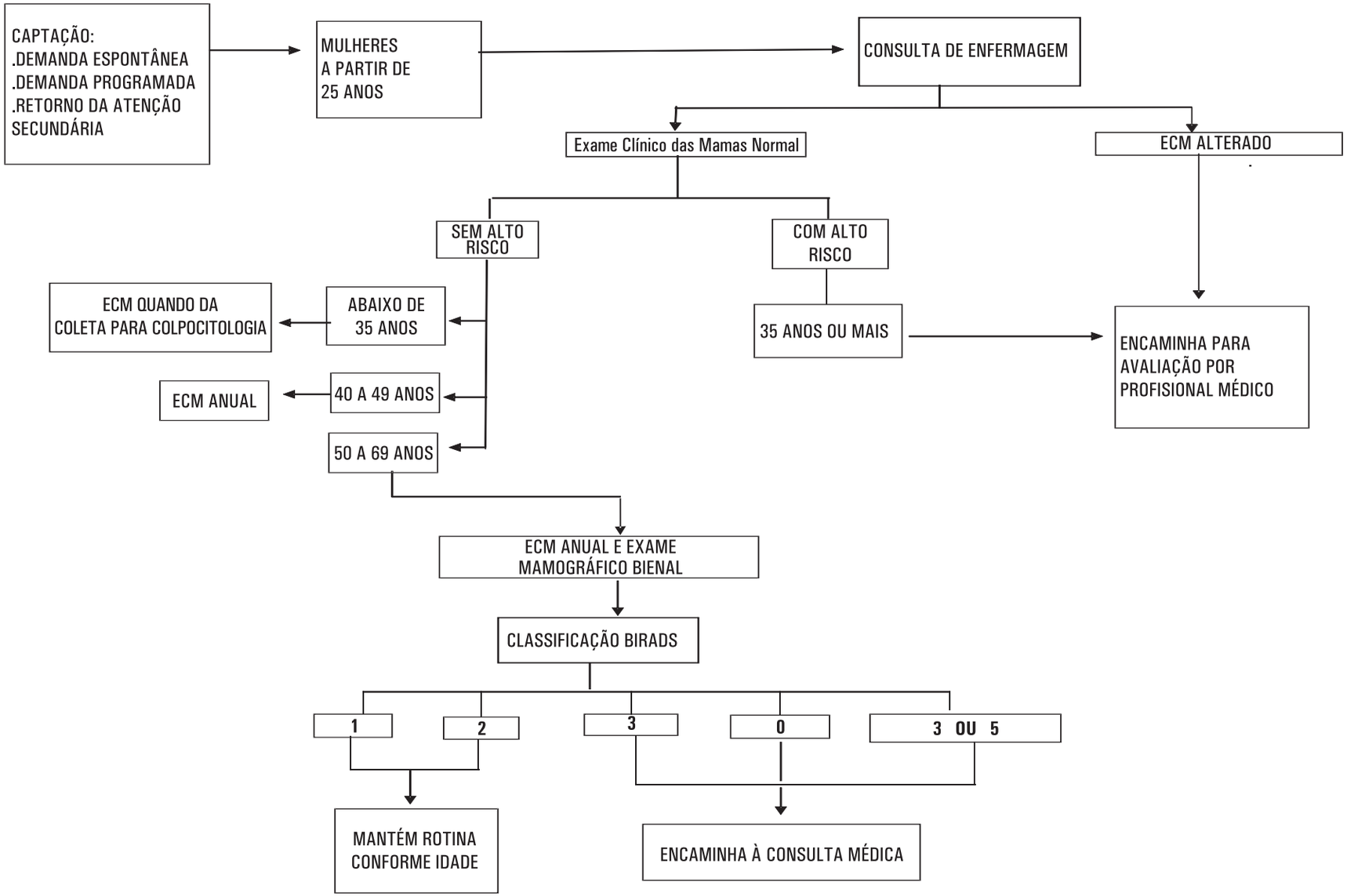
O papel da enfermagem é fundamental na ampliação do acesso.

Deve haver uma distinção entre rastreamento e diagnóstico de doenças. No rastreamento os testes ou exames são aplicados em pessoas sadias.

Neste caso um exame positivo não implica o fechamento de um diagnóstico, pois geralmente são exames que selecionam pessoas com maior probabilidade de apresentar câncer de mama.

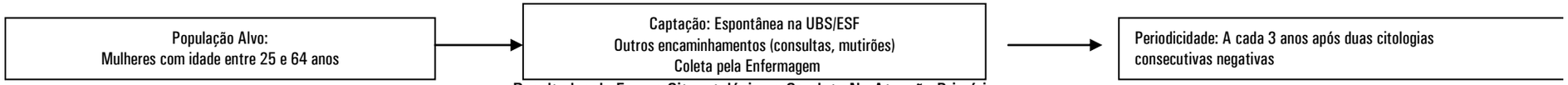
protocolo_A4_final.indd 83 31/07/2012 14:49:55

5.6.1. Rotina de rastreamento de câncer de mama



protocolo_A4_final.indd 84 31/07/2012 14:49:55

5.6.2. Rotina de rastreamento de câncer de colo uterino – exame citopalógico



Resultados de Exame Citopatológico e Conduta Na Atenção Primária:

RESULTADOS			CONDUTA	CONDUTA
Normal ou alterações celulares benignas			Rotina do rastreamento	–
Atipias de Significado Indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica / ASC-US	* Repetição da citologia em 12 meses em mulheres com menos de 30 anos * Repetição da citologia em 6 meses nas mulheres de 30 anos ou mais	Rotina 3/3 anos após 2 citologias consecutivas negativas Citologia positiva sugerindo alteração igual ou mais grave encaminhar para colposcopia
		Não se pode afastar de alto grau / ASC-H	Colposcopia	–
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica / AGC	Colposcopia	
		Não se pode afastar de alto grau / AGC	Colposcopia	
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Colposcopia	
		Não se pode afastar de alto grau	Colposcopia	
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau / LSIL		Repetição da citologia em 12 meses em mulheres com menos de 20 anos Repetição da citologia em 6 meses nas mulheres de 20 anos ou mais	Rotina 3/3 anos após 2 citologias consecutivas negativas Citologia positiva sugerindo alteração igual ou mais grave encaminhar para colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau / HSIL		Colposcopia	-
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvação		Colposcopia	
	Carcinoma epidermóide invasor		Colposcopia	
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma in situ		Adenocarcinoma invasor	
	Adenocarcinoma invasor		Adenocarcinoma invasor	

protocolo_A4_final.indd 85 31/07/2012 14:49:55

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas, Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. *Protocolo de Atenção Integral a Saúde da Mulher*. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

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: Ministério da Saúde, 2001. 138p.

protocolo_A4_final.indd 86 31/07/2012 14:49:55

6. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE DOENÇA CARDIOVASCULAR E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atuação do enfermeiro nos programas de hipertensão e diabetes é da maior relevância, por sua visão e prática global das propostas de abordagem não farmacológica e medicamentosa, além de sua participação em praticamente todos os momentos do contato dos pacientes com a unidade.

O enfermeiro geralmente é considerado pelo paciente como um profissional de confiança no compartilhamento de seus problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional. Participando ativamente do acolhimento poderá identificar os casos de maior risco e garantir a qualidade da atenção.

A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve estimular o cliente em relação ao autocuidado. Representa importante instrumento de estímulo à adesão ao tratamento, é fundamental no acompanhamento, sensibilizando o cliente sobre a sua condição de saúde e como seguir o seu plano terapêutico.

A consulta de enfermagem deve ter sempre como foco principal os fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão e diabetes, ou seja, as mudanças no estilo de vida do paciente, incentivo à atividade física, redução do peso corporal e abandono do tabagismo. Deve também estar voltada para prevenção de complicações.

A doença cardiovascular representa a maior causa de morte no Brasil. Estima-se que o número de portadores de diabetes e de hipertensão é de 23 milhões. Aproximadamente 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% dos diagnósticos primários dos indivíduos submetidos à diálise. Do total de óbitos registrados por todas as causas em 2009 (cerca de 1 milhão de mortes), 72% foram por doenças crônicas não transmissíveis; as doenças cardiovasculares representam 31,3% deste grupo, equivalente a 319.066 óbitos.

O protocolo tem o objetivo de orientar a conduta do enfermeiro, elaborado a partir da Linha de Cuidado das Doenças Cardiovasculares e Diabetes da SMSDC e dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

6.1. Papel do enfermeiro na consulta de enfermagem de pessoas com hipertensão e diabetes

Orientar sobre a doença, alimentação saudável, medicamentos (doses, horários, indicação, efeitos colaterais); prevenção de complicações com a manutenção de níveis pressóricos e glicêmicos normais, controle de fatores de risco (tabagismo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo), sinais de hipoglicemia e cuidados com os pés em diabéticos;

Solicitar exames previstos na linha de cuidado, conforme descrito nos Cadernos de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, números 15 e 16.

Estimular o autocuidado, adesão ao tratamento e envolver familiares no cuidado;

Estimular a participação em grupos educativos;

Orientar modificações do estilo de vida (MEV):

Alimentação saudável:

Dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais;

Diminuição de ingesta de sal (máximo de 6 g/sal/dia ou 2,3g de sódio/dia);

Limite da ingesta diária de bebidas alcoólicas para não mais de 30 g/dia de etanol para homens (625 ml de cerveja; 312,5 ml de vinho; 93,7 ml de uísque) e 15 g/dia para mulheres e pessoas magras;

protocolo_A4_final.indd 87 31/07/2012 14:49:55

Perda de peso se em sobrepeso (pelo menos 10% do peso inicial);

Abandono do tabagismo.

Estimular a execução de atividades físicas de acordo com a limitação de cada cliente, encaminhando para o Educador Físico, lotado no NASF, a fim de avaliar ingresso na Academia Carioca ou apresentar os recursos disponíveis na comunidade, a fim de melhorar a qualidade de vida.

Avaliar o pé do paciente diabético e orientar sobre os cuidados;

Para pacientes com lesões nos pés: realizar, acompanhar e supervisionar os curativos, indicando o tipo de cobertura para cada caso, exceto nos casos de curativos compressivos onde a indicação deve ser feita pelo médico;

Realizar, acompanhar e supervisionar os curativos, nos pacientes com lesões nos pés, indicando o tipo de cobertura para cada caso, exceto nos casos de curativos compressivos onde a indicação deve ser feita pelo médico;

Ensinar e supervisionar o auto-monitoramento da glicemia capilar nos diabéticos em uso de insulina;

Orientar os pacientes portadores de diabetes em uso de insulina sobre: transporte, conservação, manipulação, preparo, mistura de insulinas, doses, locais de aplicação, aplicação da insulina, reutilização de seringas, descarte de seringas e lancetas;

Treinar familiares, acompanhantes ou vizinhos para auxiliar o diabético com limitações.

Manter a prescrição médica, em pacientes estáveis, desde que o paciente seja reavaliado periodicamente pelo médico. Mesmo se o paciente fizer uso de insulinas ou medicamentos para cardiopatias o enfermeiro poderá manter a prescrição. Todo receituário deve estar assinado e carimbado pelo enfermeiro. Também é necessário o registro da conduta adotada no prontuário do paciente, com data e assinatura do profissional. O objetivo desses cuidados não é suprir a ausência do profissional médico, mas sim, dar continuidade ao acompanhamento dos usuários controlados. Estas condutas são inerentes à assistência de enfermagem e servem para resguardar o enfermeiro e evitar interpretações que possam comprometê-lo quanto ao exercício ético e legal da profissão.

Atenção: O enfermeiro nunca deve iniciar tratamento para pessoas com hipertensão e diabetes; só poderá, na consulta de enfermagem, manter uma prescrição iniciada pelo médico.

Conferir se o uso dos medicamentos está de acordo com o que foi prescrito, com observância das doses máximas e mínimas de cada droga;

Estar alerta e orientar os clientes para as reações adversas dos medicamentos;

Encaminhar o paciente ao médico nos casos de intercorrências.

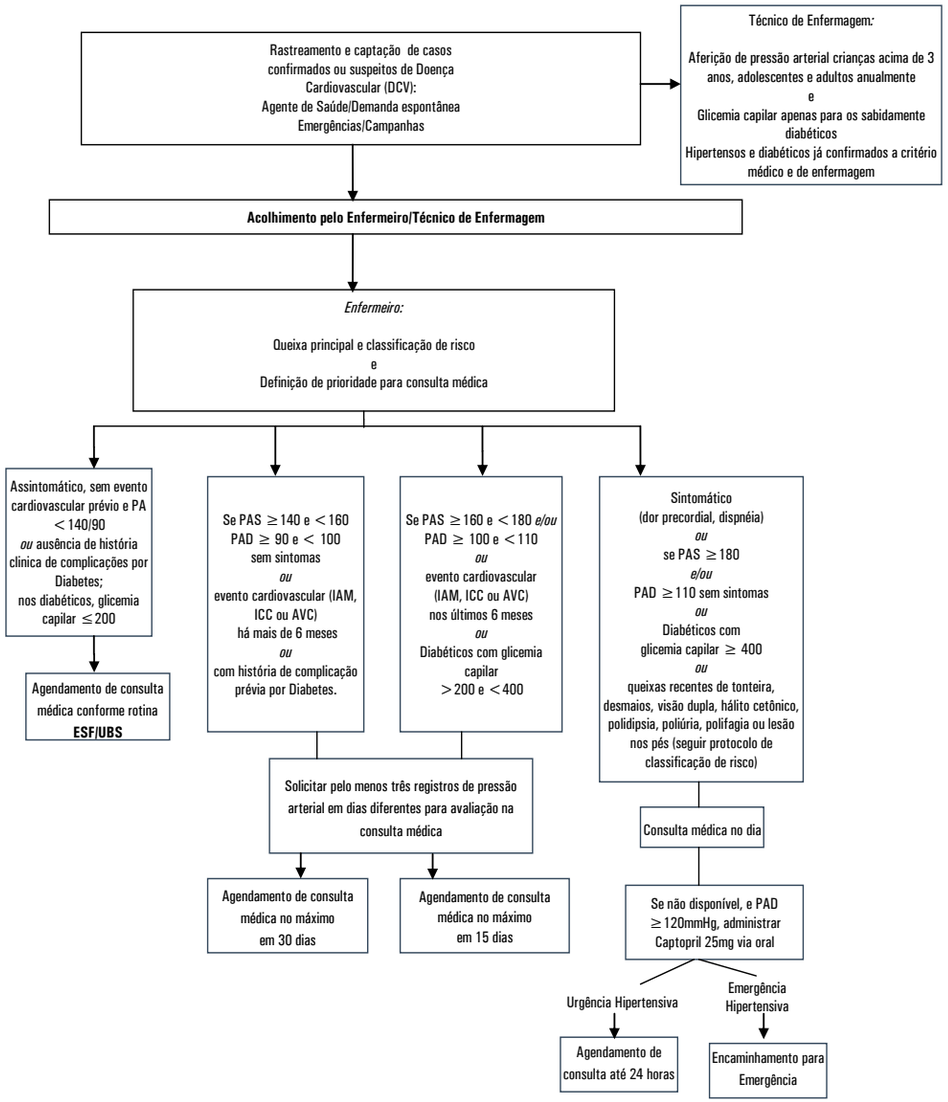
Situações especiais nas Urgências e Emergências Hipertensivas:

As Urgências e Emergências hipertensivas são caracterizadas pela elevação da pressão diastólica ≥ 120 mmHg. Na urgência, o paciente apresenta estabilidade clínica, sem comprometimento de orgãos-alvo. Nas emergências hipertensivas além da elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, há progressiva lesão de órgão-alvo e risco de morte.

Quando não houver um médico disponível imediatamente, pode-se utilizar o captopril 25 mg, via oral, e nos casos de urgência hipertensiva, agendar consulta médica em até 24 horas; nas emergências hipertensivas, providenciar a remoção do paciente para emergência.

protocolo_A4_final.indd 88 31/07/2012 14:49:55

6.2. Avaliação inicial na doença cardiovascular e diabetes



6.2.1. Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos)

VII JOINT (2003) e Ministério da Saúde	VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), Sociedade Européia Internacional de Hipertensão e OMS (recomendada pela SMSDC)
Normal PAS < 120 E PAD < 80	**Ótima:** PAS < 120 e PAD < 80
Pré – hipertenso PAS 120 – 139 ou PAD 80 – 89	**Normal:** PAS < 130 e PAD < 85
	Limítrofe: PAS 130 – 139 ou PAD 85 – 89
Estágio 1 PAS 140 – 159 ou PAD 90– 99	**Estágio 1 (Leve):** PAS 140 – 159 ou PAD 90– 99
Estágio 2 PAS ≥ 160 ou PAD ≥ 100	**Estágio 2 (Moderada):** PAS 160 – 179 ou PAD 100– 109
	Estágio 3 (Grave): PAS > 180 ou PAD > 110
Sistólica Isolada PAS > 140 e PAD < 90	**Sistólica Isolada:** PAS > 140 e PAD < 90

6.2.2. Classificação da Glicemia (> 18 anos):

Glicemias (mg/dl) / Categorias	Jejum mínimo de 8h	2hs após 75g de glicose	Casual
Normal	70 a 99	até 139	-
Tolerância à glicose diminuída	100 a 125	140 a 199	-
Diabetes	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas

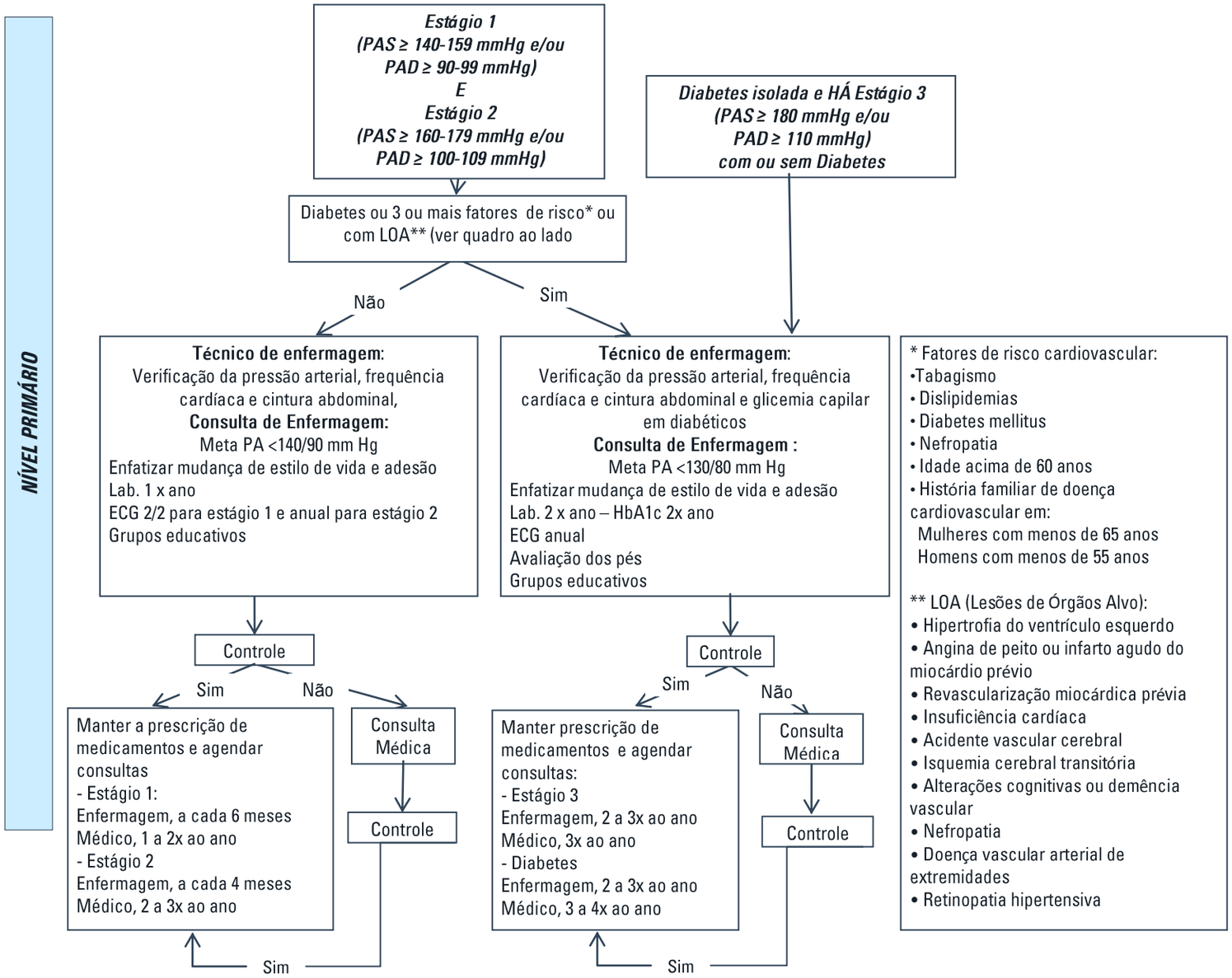
Obs: Caso o paciente não apresente sintomas típicos (poliúria, polidipsia e perda de peso) ou a glicemia esteja pouco alterada, é necessária a confirmação com uma segunda amostra.

A glicemia capilar não deve ser utilizada com fins de rastreamento já que o diagnóstico deve ser definido, com a glicemia de jejum, pelo médico. A glicemia capilar é utilizada para pacientes sabidamente diabéticos, para avaliação de controle glicêmico.

Os quadros acima (6.2.a e 6.2.b) apresentam os critérios diagnósticos da hipertensão arterial e diabetes que deverão ser realizados pelo médico e registrados em prontuário. A partir dessa informação, o enfermeiro deve utilizá-la para definir com o médico da equipe, a periodicidade das consultas de enfermagem no acompanhamento aos pacientes.

protocolo_A4_final.indd 89 31/07/2012 14:49:55

6.3. Linha de cuidado da hipertensão e diabetes



protocolo_A4_final.indd 90 31/07/2012 14:49:56

6.3.1. Rotina mínima de exames do programa de hipertensão da SMSDC/RJ

Exames	HAS Estágio 1	HAS Estágios 2 e 3
Glicemia de jejum Colesterol total Triglicerídeos HDL colesterol LDL colesterol * (fórmula) Creatinina Ácido úrico Potássio EAS	Anual	
ECG	a cada 2 anos	Anual

*LDL = COLESTEROL TOTAL – HDL – TRIG/5 (SE TRIG < 400 MG/DL)

** CLEARENCE ESTIMADO = (140 – IDADE) x PESO (KG)/CREAT x 72 – PARA MULHERES X 0,85

6.3.2. Rotina mínima de exames do programa de diabetes da SMSDC/RJ

Exames	Periodicidade
Glicemia de Jejum	a cada 3 meses (quando não há Hemoglobina glicosilada disponível)
Hemoglobina Glicada	a cada 6 meses
Colesterol total Triglicerídeos HDL colesterol LDL colesterol * (fórmula) Creatinina ** Proteína e Creatinina em amostra de urina*** EAS	anual

*LDL = COLESTEROL TOTAL – HDL – TRIG/5 (SE TRIG < 400 MG/DL)

** CLEARENCE ESTIMADO = (140 – IDADE) x PESO (KG)/CREAT x 72 – PARA MULHERES X 0,85

*** Valor normal relação proteína/creatinina ≤ 200 mg/g

Preconiza-se que o médico realize exame de fundo de olho nas pessoas com hipertensão, de 2 em 2 anos e nas pessoas com diabetes, da seguinte forma: tipo 1, anualmente após 5 anos de doença ou anualmente a partir do diagnóstico, se início após a puberdade; tipo 2 anualmente a partir do diagnóstico.

6.3.3. Sugestão de periodicidade de consultas e participações em grupos educativos para os pacientes hipertensos

Consultas	HAS Estágio 1	HAS Estágios 2 e 3
Médica	1 a 2 vezes ao ano após o controle	2 a 3 vezes ao ano após controle
Enfermagem	2 a 3 vezes ao ano	3 vezes ao ano
Grupo educativo	a critério da equipe	

Ressaltamos que essas sugestões podem ser modificadas a partir da avaliação individual e a critério da Equipe de Saúde.

6.3.4. Sugestão de periodicidade de consultas e participações em grupos educativos para os pacientes diabéticos

Consultas	Diabetes em uso de hipoglicemiante ou até 2 aplicações de insulina/dia e sem lesão de órgão alvo	Diabetes em uso de múltiplas aplicações de insulina e/ou com lesão de órgão alvo
Médica	3 vezes ao ano	4 vezes ao ano
Enfermagem	2 vezes ao ano	3 vezes ao ano
Grupo educativo	a critério da equipe	

Ressaltamos que essas sugestões podem ser modificadas a partir da avaliação individual e a critério da Equipe de Saúde.

Obs: Marevan, Quinidina e Propafenona somente o médico pode prescrever

6.4. Medicamentos padronizados pela SMSDC-Rio que podem ser mantidos pelo enfermeiro em pacientes estáveis na consulta de enfermagem

Medicamentos	Dose mínima (mg)	Dose máxima (mg)
AAS 100 mg	100	200
Amiodarona 200 mg	100	400
Anlodipina 5 mg	2,5	10
Atenolol 50 e 100 mg	25	100
Captopril 25 mg	25	150
Carvedilol 12,5 mg	3,125	25
Digoxina 0,25 mg	0,125	0,25
Diltiazen 60 mg	90	240
Enalapril 10 mg	5	40
Espironolactona 25 mg	12,5	100
Furosemida 40 mg	20	240
Glibenclamida 5 mg	2,5	20
Hidralazina 25 mg	50	150
Hidroclorotiazida 25 mg	12,5	25
Insulinas NPH e Regular	Conforme prescrição médica	
Isossorbida, Dinitrato 5 mg (uso sublingual)	5	10
Isossorbida, Mononitrato 20 mg	20	120
Metformina 500 e 850 mg	500	2.550
Metildopa 250 mg	500	2000
Propranolol 40 mg	40	320
Sinvastatina 20 mg	10	80
Verapamil 80 mg	160	320

Obs: Marevan, Quinidina e Propafenona somente o médico pode prescrever

protocolo_A4_final.indd 91 31/07/2012 14:49:56

6.5. Recomendações para dispensação de insumos para diabéticos em uso de insulina

Crianças, Adolescentes e Gestantes 4 verificações/dia = 120 tiras/mês 1 lanceta/dia = 30/mês 1 seringa/dia = 30/mês
Tipo 1 Adultos, Tipo 2, em uso de NPH e regular ou 3 doses/dia de NPH 3 verificações/dia = 90 tiras/mês 1 lanceta/dia = 30/mês 1 seringa/dia = 30/mês
Tipo 2 em uso de 2 doses de insulina NPH A critério médico, 5 verificações por semana = 25 tiras/mês 1 lanceta para 3 dias = 10/mês 1 seringa/dia = 30/mês
Tipo 2 em uso de 1 dose de insulina NPH 3 verificações/semana = 12 tiras/mês 1 lanceta/semana = 5/mês 1 seringa para 2 dias = 15 seringas/mês

Sugerimos que seja enfatizado os cuidados com o acompanhamento da Hipertensão e Diabetes e colocado como uma das ações da consulta de enfermagem a revisão do uso da medicação e no caso do paciente não apresentar nenhuma alteração e estar dentro do prazo esperado o enfermeiro deve fazer a manutenção do esquema terapêutico prescrito pelo médico ou caso necessite de reavaliação da medicação ser encaminhado a consulta médica.

Atribuições do enfermeiro:

Para melhor esclarecimento, o que se tem denominado "transcrição ou renovação de receita médica" é a manutenção da prescrição médica pelo enfermeiro, realizada mediante consulta de enfermagem,e que deverá ser pactuada previamente com a equipe, por um período pré-definido,com a garantia de que o paciente seja reavaliado periodicamente pelo médico.

Pode-se ainda , respaldar o procedimento, mediante receituário assinado e carimbado pelo emitente, no caso o enfermeiro, identificando que se trata de manutenção dos medicamentos prescritos pelo médico, para paciente acompanhado pela equipe, controlado, sem intercorrências no momento da consulta de enfermagem.

Se o receituário contiver a palavra "médico", impressa no local de identificação do prescritor, riscá-la e substituir pela palavra " enfermeiro". Por fim, é necessário que o enfermeiro registre a conduta no prontuário do paciente, date e assine.

O objetivo desses cuidados é resguardar o enfermeiro nessa conduta, para evitar interpretações que possam comprometê-lo quanto ao exercício ético e legal da profissão.

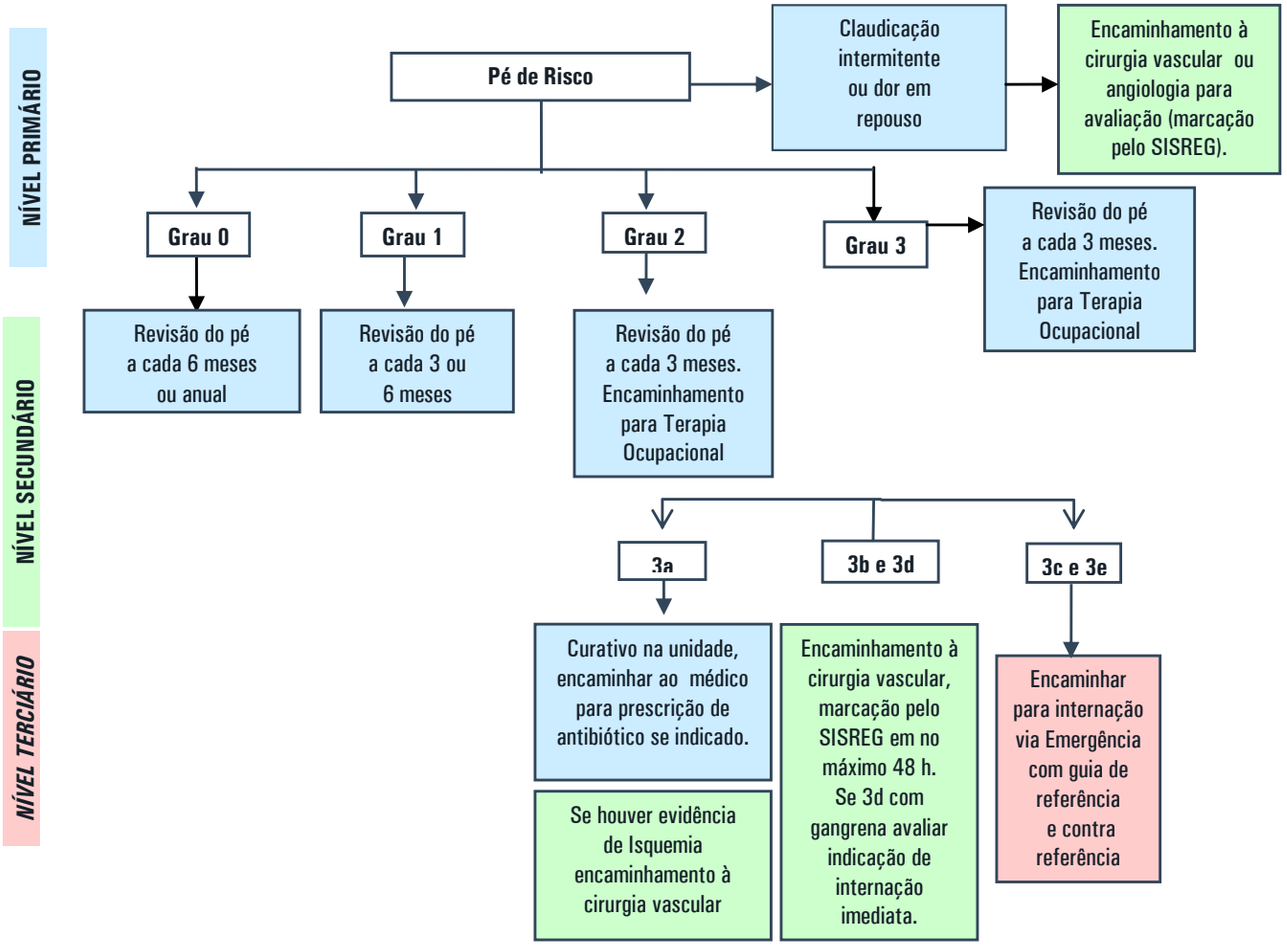
– Ressaltamos, ainda, que o objetivo da manutenção da receita médica pelo enfermeiro não é suprir a ausência do profissional médico, mas sim, dar continuidade à assistência dos usuários controlados e aderentes ao tratamento, como conduta inerente à assistência de enfermagem pela qual deve responder e assinar.

6.6. Avaliação do pé de risco pelo enfermeiro

Todo paciente diabético deve passar por uma consulta, com um enfermeiro treinado, para avaliação dos pés. O enfermeiro deve ser capaz de detectar, classificar e se necessário, encaminhar as lesões nos pés, de acordo com a classificação do grau de risco descrita abaixo, adaptada da SBACV 2001 e da classificação de Wagner.

protocolo_A4_final.indd 92 31/07/2012 14:49:56

6.6.1. Avaliação do pé de risco pelo enfermeiro



protocolo_A4_final.indd 93 31/07/2012 14:49:56

Categorias Risco e Encaminhamento (adaptada da SBACV 2001) e da classificação de Wagner

Categorias de Risco	Sensibilidade	Deformidade/ Hiperceratose	Úlcera	Encaminhamento
Grau 0	Presente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 6 meses ou anual*
Grau 1	Ausente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 ou 6 meses*
Grau 2	Ausente	Presente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para Terapia Ocupacional*
Grau 3	Ausente	Presente ou Ausente	Cicatrizada	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para Terapia Ocupacional*
Grau 3 a	Úlcera superficial com ou sem infecção superficial			Curativo na unidade, antibiótico se indicado. Se houver evidência de isquemia encaminhamento à cirurgia vascular*
Grau 3 b	Úlcera Profunda, sem infecção e sem atingir o osso			Encaminhamento à cirurgia vascular, marcação em no máximo 48 h.
Grau 3 c	Infecção profunda (celulite, abscesso, tendinite, sinovite, osteomielite)			Internação imediata
Grau 3 d	Necrose ou gangrena localizada			Encaminhamento à cirurgia vascular, marcação em no máximo 48 h. No caso de gangrena avaliar indicação de internação imediata.
Grau 3 e	N ecrose ou gangrena extensa			Internação imediata

A presença de isquemia potencializa o risco e a sua descompensação exige tratamento imediato.
Todos os pacientes deverão ser submetidos à avaliação da árvore vascular arterial dos membros inferiores
Claudicação limitante e dor em repouso são indicação de encaminhamento para a cirurgia vascular, sendo que no último caso a marcação deve ser no máximo em 48h .

protocolo_A4_final.indd 94 31/07/2012 14:49:56

Todo paciente diabético e seus familiares devem receber orientações sobre os cuidados necessários para prevenção de ulcerações e amputações:

Examinar os pés diariamente. Se for necessário, pedir ajuda a um familiar ou usar um espelho.

Procurar o médico ou enfermeiro no caso de aparecimento de rachaduras, calos, feridas, alterações de cor na pele ou infecções micóticas nas unhas ou entre os dedos.

Dar preferência a meias de lã ou algodão, sem costuras.

Calçar apenas sapatos que não lhe apertem, de preferência macios. Não usar sapatos sem meias. Não usar sandálias de dedo.

Sapatos novos devem ser usados aos poucos. Usar nos primeiros dias em casa, por no máximo 2h. Comprar, de preferência, no final do dia.

Nunca andar descalço, nem mesmo em casa. Sempre examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los.

Lavar os pés diariamente com água e sabão. Evitar água quente. Secar bem os pés, especialmente entre os dedos. Após lavar os pés, usar um hidratante, porém não aplicar entre os dedos.

Não usar escalda pés ou bolsas de água quente.

Cortar as unhas de forma reta, sem mexer nos cantos.

Não mexer em calos ou unhas encravadas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – 2010. Disponível em www.publicacoes.cardiol/consenso/

Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003; 21:1011-53.

The seventh report of the Joint National Comittee of Prevent, detection e evoluation and treatment of high blood presssure (JNC VII). Disponível em www.nhlbi. nih.gov/guidelines/hypertension/

Braunwald E. Tratado de Medicina Cardiovascular. 5a ed. São Paulo: Roca; 1999; 52: 1838-65. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes SBD, 2006

AMERICAN Diabetes Association. Standards of Medical Care-2009. Diabetes Care, 2009, 32 (Suppl I): S13-61.

AMERICAN Diabetes Association. Standards of Medical Care-2011. Diabetes Care, 2011; 34 (Suppl I): S11-S61

Posicionamento Oficial SBD nº 3/2011 – 2011. Algoritmo para o Tratamento do Diabetes Tipo 2.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica*. JBN. XXVI, vol3

BRASÍLIA. Distrito Federal. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

protocolo_A4_final.indd 95 31/07/2012 14:49:57

7. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Sexualmente Transmissíveis, ou DST, Infecções Sexualmente Transmissíveis são doenças antigamente conhecidas e estão até hoje entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e assim como em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do vírus HIV. O uso de preservativo (camisinha) tem sido considerado como a medida mais eficiente para prevenir a contaminação e impedir sua disseminação. Vários tipos de agentes infecciosos (vírus, fungos, bactérias e parasitas) estão envolvidos na contaminação por DST, gerando diferentes manifestações, como feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

Algumas DST quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves ou mesmo levar à morte.

Apesar de não haver cura para o HIV, esta infecção pode ser controlada através de diagnóstico precoce e terapia adequada da pessoa portadora do vírus.

As hepatites virais são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil. A grande maioria das pessoas infectadas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B (HBV) ou do vírus da hepatite C (HCV), o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão dessas infecções.

A sífilis permanece como causa importante de mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, assim como a sífilis congênita que ocupa espaço entre as causas básicas de óbitos infantis. A sífilis e seus desdobramentos, assim como outras DST se inserem no quadro de doenças evitáveis, passíveis de tratamento e cura, através do diagnóstico precoce e proceder ao tratamento de forma efetiva.

A consulta de enfermagem aos usuários com DST é regulamentada pela lei do exercício profissional n.º 7.498/86 de 25 de junho de 1986(regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87) prevê solicitação de exames laboratoriais, diagnóstico, (tratamento) e aconselhamento adequados (Resolução COFEN-195/1997).

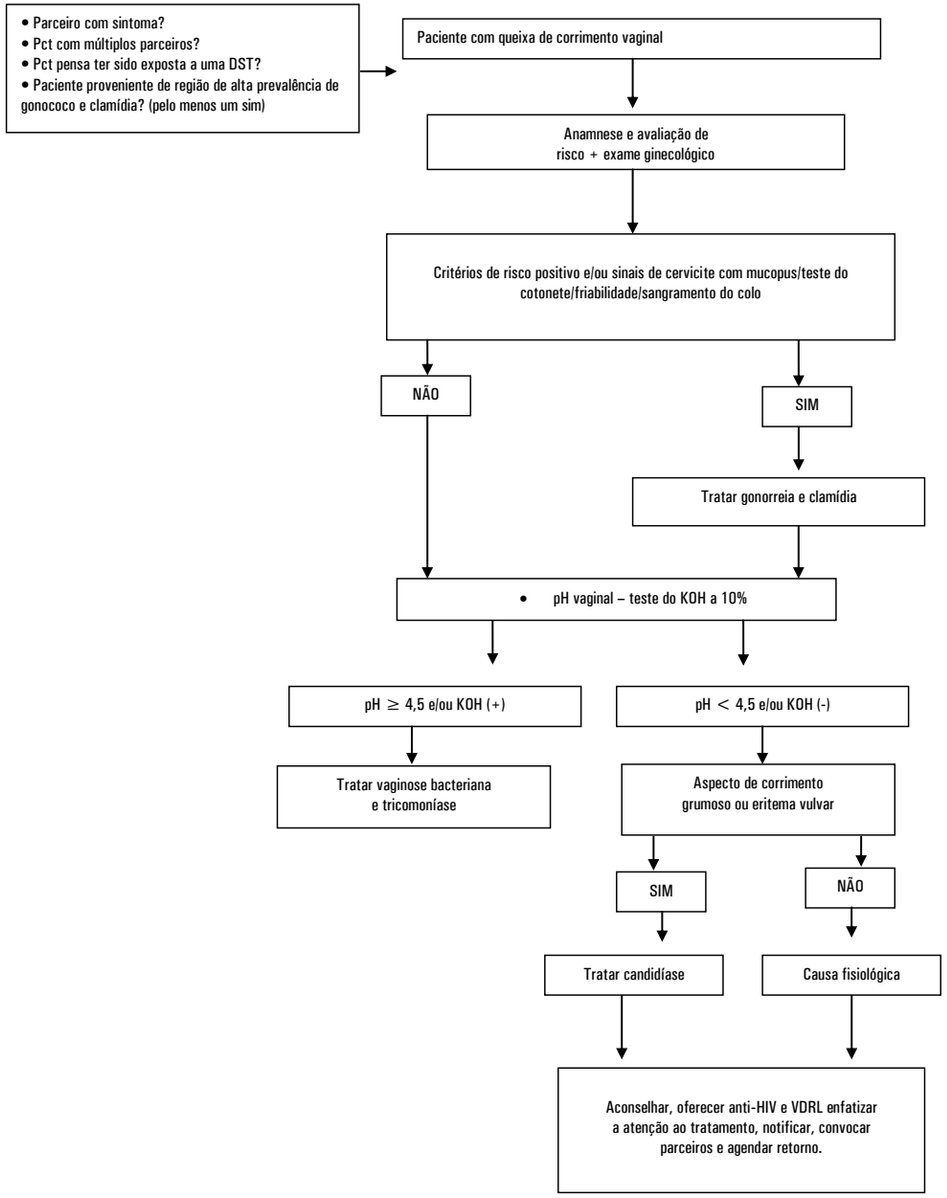
Os Fluxogramas de atendimento ao usuário de DST já foram estruturados pelo Ministério da Saúde e auxiliam o profissional na tomada de decisão, seguindo as orientações do MS, o profissional enfermeiro poderá realizar diagnóstico, aconselhamento, determinar tratamento, dentre outros.

7.1. Principais síndromes em DST

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais Comuns
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal Prurido Dor à micção Dor durante a relação sexual Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa: • Tricomoníase • Vaginose bacteriana • Candidíase Cervicite: • Gonorreia • Infecção por Clamídia
Corrimento uretral	Corrimento uretral Prurido Estrangúria Polaciúria Odor fétido	Corrimento uretral (se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	Gonorreia Infecção por Clamídia Tricomoníase Micoplasma Ureoplasma
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital Aumento de linfonodos inguinais	Sífilis Cancro mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou dor pélvica na mulher	Dor ou desconforto pélvico Dor durante a relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor à mobilização do colo Temperatura $>37,5^{o}C$	Gonorreia Infecção por Clamídia Infecção por germes Anaeróbios

protocolo_A4_final.indd 96 31/07/2012 14:49:57

7.2. Corrimento vaginal e cervicite



7.2.1. Tratamento para corrimento vaginal e cervicite

CLAMÍDIA:	GONORREIA:
Azitromicina, 1g, VO, dose única; ou	Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou
Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 10 anos); ou	Ciprofloxacino 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou
Eritromicina (estearato), 500 mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias.	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
	Tianfenicol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias.

GESTANTES E NUTRIZES:

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

PARCEIROS:

CLAMÍDIA:	GONORREIA:
Azitromicina 1 g, VO, dose única.	**Oflaxacina 400 mg,** VO, dose única; **ou**

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

EM GESTANTES: Metronidazol 400 mg, VO, 12/12 horas por 7 dias ou metronidazol 250 mg, VO, 3 vezes ao dia por 7 dias.Observação: Tratar somente após o fim do primeiro trimestre de gravidez.

EM NUTRIZES: Metronidazol Gel a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 12/12 horas, por 5 dias; ouMetronidazol 2 g, VO, dose única.Observação: suspender o aleitamento por 24 horas. A nutriz deverá ser orientada para retirar o leite necessário para alimentar o bebê durante esse período, antes de iniciar o tratamento.

protocolo_A4_final.indd 97 31/07/2012 14:49:57

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

CANDIDÍASE:
Miconazol, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite, ao deitar-se, por 7 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 100 mg, 1 aplicação via vaginal, à noite, ao deitar-se, por 7 dias; ou
Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300 mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou
Fluconazol de 150 mg, VO em dose única ou Itraconazol 200 mg, VO, 12/12 horas em 24 horas; ou
Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite, ao deitar-se, por 14 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: Por não ser uma DST, o(s) parceiro(s) sexual(ais) não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

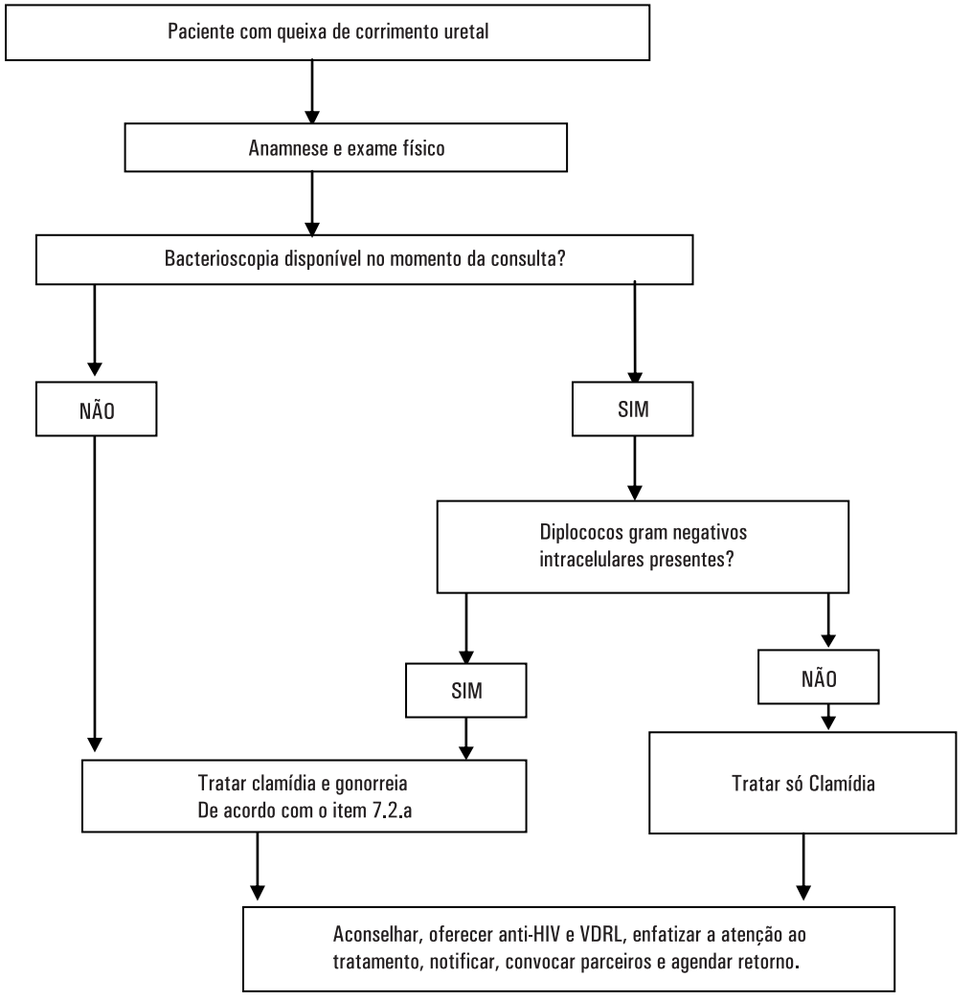
VAGINOSE BACTERIANA:
Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
Metronidazol 2 g, VO, dose única; **ou**
Metronidazol Gel 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; **ou**
Tinidazol 2 g, VO, dose única
Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
Clindamicina creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias

GESTANTES: Metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após o final do primeiro trimestre); ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias (contraindicado em gestantes pois aumenta o risco de aminiorexe prematura).

NUTRIZES: Metronidazol 2 g, VO, dose única. Observação: suspender o aleitamento por 24 horas. A nutriz deverá ser orientada para retirar o leite necessário para alimentar o bebê durante esse período, antes de iniciar o tratamento.

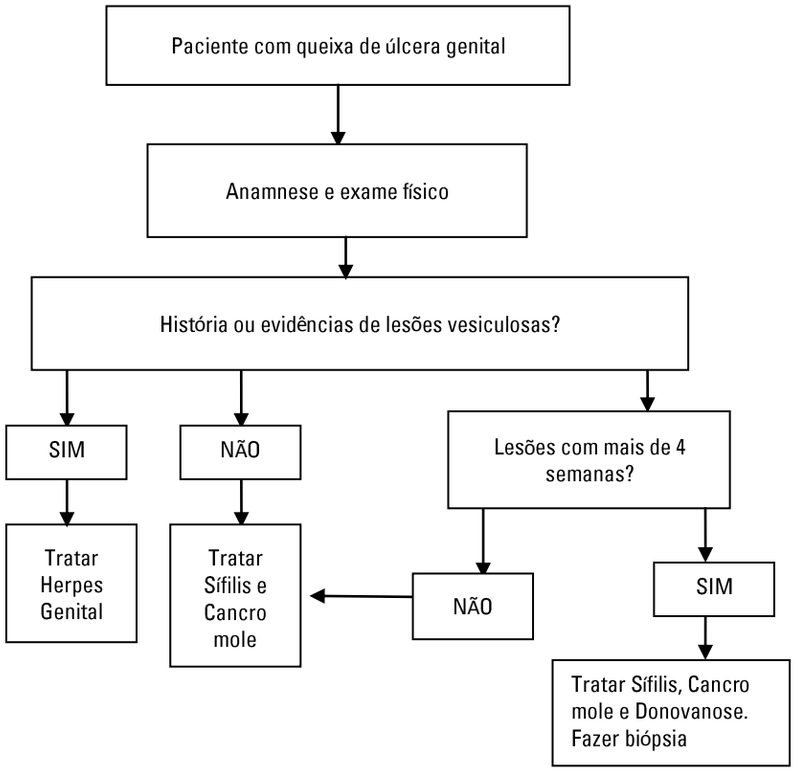
PARCEIROS: Por não ser uma DST, o(s) parceiro(s) sexual(ais) não precisa(m) ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

7.3. Corrimento uretral



protocolo_A4_final.indd 98 31/07/2012 14:49:58

7.4. Úlceras genitais



Aconselhar, oferecer anti-HIV, VDRL, sorologia para hepatite B e C. Vacinar contra hepatite B, enfatizar a atenção ao tratamento, notificar, convocar parceiros e agendar retorno.

Em caso de herpes, tratar sífilis se VDRL ou FTAbs reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soro prevalência de herpes for maior ou igual que 30% na região, deve se tratar herpes concomitante à sífilis e cancro mole.

7.4.1. Tratamento para úlceras genitais

– Herpes genital:

No primeiro episódio de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível com:	Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência quando aparecerem os primeiros pródromos (dores articulares, aumento de sensibilidade, prurido) com:
Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 dias, ou aciclovirv 200mg, VO, 4/4 hors por 7 dias; ou	Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 5 dias, ou
Valaciclovir 1 g, VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias; ou	Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12 horas por5 dias; ou
Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias.	Famciclovir 125 mg, VO, 12/12 horas por5 dias.

*No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, o tratamento deve ser injetável:

Aciclovir 5 a 10 mg por kg de peso, IV, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias ou até resolução clínica do caso.

*Gestantes: evitar tratar as recidivas. Tratar o primeiro episódio com:

Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias.

Sífilis:	Cancro mole:
Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, via IM em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega); ou	Azitromicina 1 g, VO, em dose única; ou
	Ciprofloxacino 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou
Eritromicina (estearato/estolato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (menos eficaz que a penicilina).	Eritromicina (estearato/estolato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias; ou
	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.

* O tratamento da Sífilis dependente da fase da infecção:

Sífilis primária:	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI 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 UI
Sífilis tardia (latente e terciária):	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões UI

protocolo_A4_final.indd 99 31/07/2012 14:49:58

REALIZAR ACONSELHAMENTO, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, ENFATIZAR A ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES E AO TRATAMENTO, DIAGNOSTICAR E TRATAR PARCEIRO(S), NOTIFICAR, AGENDAR RETORNO.

"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.

Desconforto ou dor pélvica na mulher:

Durante a Consulta de Enfermagem , em caso de queixa de desconforto e/ou dor pélvica seguir a seguinte conduta: Fornecer orientações sobre as possíveis causas dos sintomas, realizar aconselhamento, oferecer Anti-HIV e VDRL e encaminhar à **Consulta Médica**.

7.5. Infecção pelo papilomavírus humano (HPV)

É uma doença infecciosa, de transmissão frequentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo.

É causada pelo papilomavírus humano (HPV) é um DNA-vírus não cultivável do grupo papovavírus. Atualmente são conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital.

Estão divididos em 3 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade.

Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros cofatores, tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino, da vulva, da vagina e da região anal.

Quadro abaixo apresenta a associação de subtipos HPV e doenças neoplásicas e seus precursores:

Classificação	Tipos de HPV	Associação com lesões cervicais
Baixo risco: Estão associados às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e neoplasias intraepiteliais de baixo grau. Estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes (verrugas genitais visíveis) e podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus.	– 6, 11, 42, 43 e 44.	20,2% em NIC de baixo grau, praticamente inexistentes em carcinomas invasores
Alto risco: Possuem uma alta correlação com as neoplasias intraepiteliais de alto grau e carcinomas do colo uterino, da vulva, do ânus e do pênis (raro)	a) 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58, 59 e 68. b) 16. c) 18, 45, 46, 56.	a) 23,8% em NIC de alto grau, mas emapenas 10,5% dos carcinomas invasores. b) 47,1% em NIC de alto grau ou carcinoma invasor. c) 6,5% em NIC de alto grau e 26,8 em Ca invasor.

Avaliação de Enfermagem: Durante a consulta de Enfermagem e coleta citopatológico, não é raro surgirem queixas sobre as "Lesões", comumente chamadas de Verrugas. O Próprio profissional pode verificar este tipo de alteração no tecido durante o exame físico.

É atribuição do enfermeiro realizar aconselhamento, solicitar sorologias e encaminhar ao PROFISSIONAL MÉDICO que é responsável pelo tratamento do condiloma. O Enfermeiro poderá dar continuidade ao acompanhamento de casos de HPV assintomáticos.

7.6. Hepatites virais e infecção por HIV/ AIDS

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes e importantes particularidades. As hepatites virais têm grande

protocolo_A4_final.indd 100 31/07/2012 14:49:58

importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

Papel do Enfermeiro em Hepatites Virais e Infecção por HIV/ AIDS :

É atribuição do enfermeiro acolher o usuário no serviço, promover ações de prevenção e controle da doença e orientar o cuidado.

Acolher significa oferecer uma escuta qualificada, interagindo com o usuário na construção e reconstrução de trocas de saberes, buscando e favorecendo um aumento da capacidade de responsabilização e autonomia do sujeito.

Para isto, faz-se necessária confirmação sorológica da infecção, através de testes sorológicos preconizados (HBsAg, Anti-HBc total, Anti-HBs, Anti-HCV, Anti-HIV 1 e 2 e exames complementares quando necessário), realizar aconselhamento pré e pós teste; encaminhamento ao médico de família do serviço. Cabe ao enfermeiro orientar sobre os medicamentos para pacientes em tratamento, proporcionando sempre ao usuário atuação no seu autocuidado; manter a vigilância epidemiológica dos casos notificados, garantir a natureza confidencial de suas informações e convocar os parceiros. Assim sendo, o enfermeiro desenvolve ações de prevenção e acompanhamento da evolução da infecção, com participação efetiva da equipe multiprofissional como agente facilitador da comunicação e promotor da prestação de cuidados ao usuário.

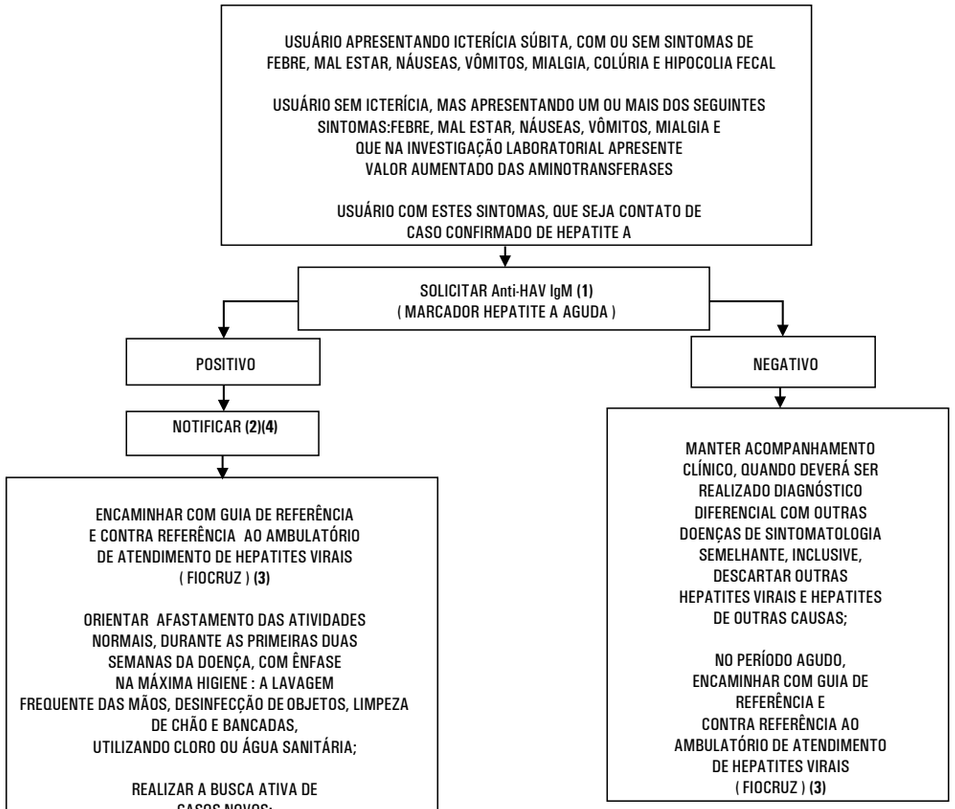
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

8.PROTOCOLO DE HEPATITES VIRAIS PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

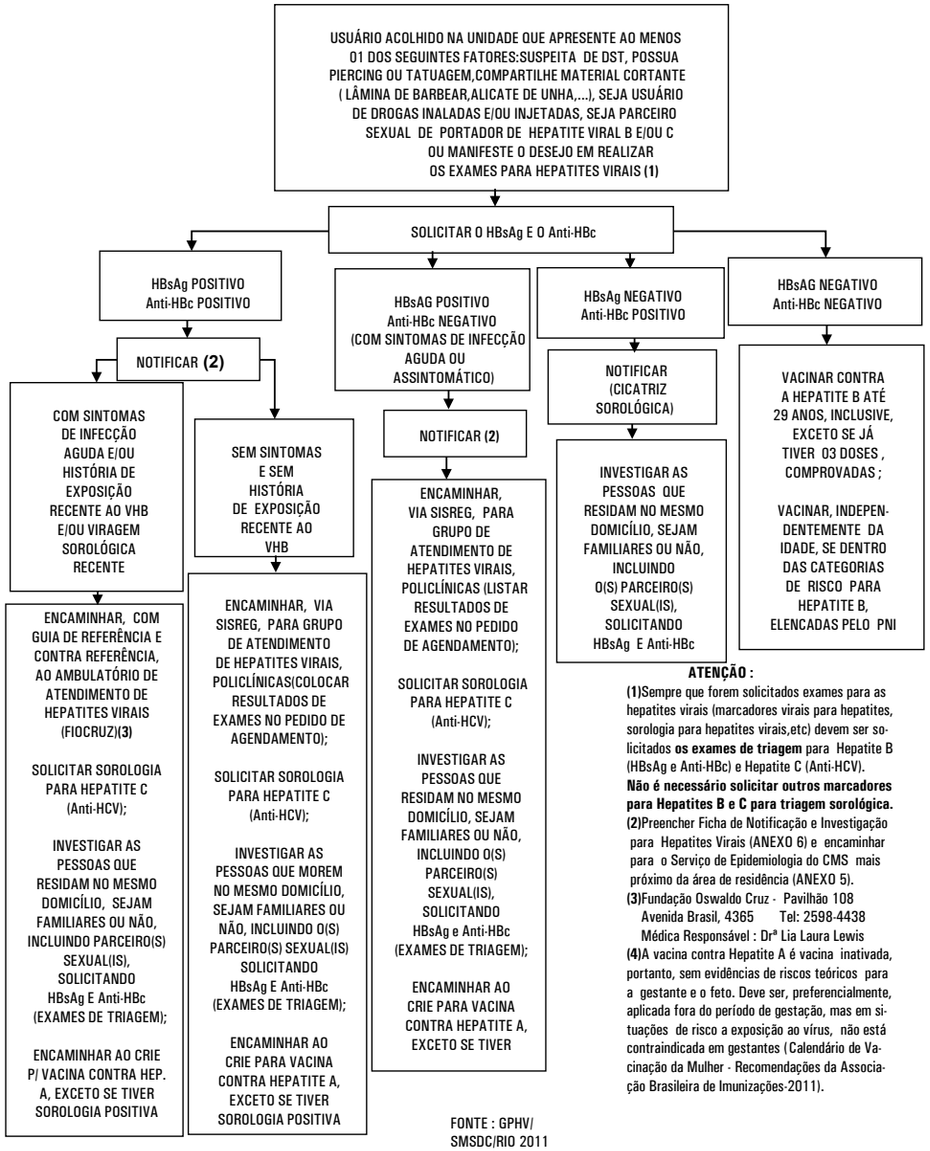
8.1. Fluxograma de Hepatite Viral A



(1) Em adolescentes e adultos, solicitar também sorologia para Hepatite B Aguda (Anti-HBc IgM)
(2) Telefones do Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMSDC-RJ (Nível Central): 3971-1893 /1894 /1804 e 2976-1660 /1661
(3) Fundação Oswaldo Cruz - Pavilhão 108
Avenida Brasil, 4365 Tel: 2598-4438
Médica Responsável : Drª Lia Laura Lewis Ximenez
(4) Preencher Ficha de Notificação e Investigação para Hepatites Virais(ANEXO 6) e encaminhar ao Serviço de Epidemiologia do CMS, próximo da área de residência.
FONTE : GPHV/SMSDC/RIO 2011

protocolo_A4_final.indd 101 31/07/2012 14:49:58

8.2. Protocolo de Hepatites Virais para Enfermagem (Atenção Básica) – Fluxograma de Hepatite Viral B



FONTE : GPHV/ SMSDC/RIO 2011

ATENÇÃO :

(1) Sempre que forem solicitados exames para as hepatites virais (marcadores virais para hepatites, sorologia para hepatites virais,etc) devem ser solicitados **os exames de triagem** para Hepatite B (HBsAg e Anti-HBc) e Hepatite C (Anti-HCV). **Não é necessário solicitar outros marcadores para Hepatites B e C para triagem sorológica.**

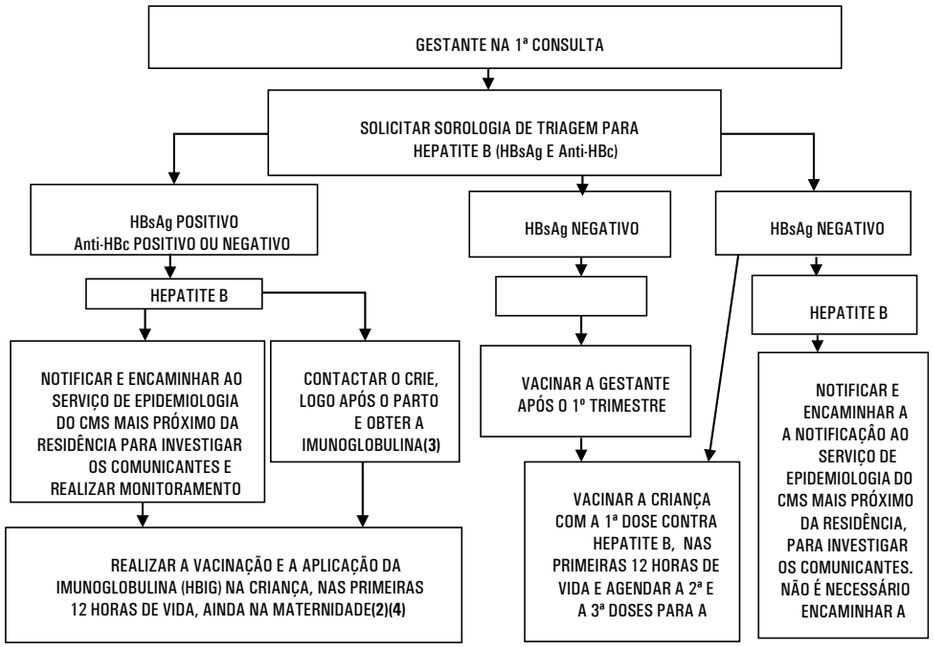
(2) Preencher Ficha de Notificação e Investigação para Hepatites Virais (ANEXO 6) e encaminhar para o Serviço de Epidemiologia do CMS mais próximo da área de residência (ANEXO 5).

(3) Fundação Oswaldo Cruz - Pavilhão 108
Avenida Brasil, 4365 Tel: 2598-4438
Médica Responsável : Drª Lia Laura Lewis

(4)A vacina contra Hepatite A é vacina inativada, portanto, sem evidências de riscos teóricos para a gestante e o feto. Deve ser, preferencialmente, aplicada fora do período de gestação, mas em situações de risco a exposição ao vírus, não está contraindicada em gestantes (Calendário de Vacinação da Mulher - Recomendações da Associação Brasileira de Imunizações-2011).

8.3. Fluxograma para prevenção da transmissão vertical do vírus da Hepatite B

FLUXOGRAMA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA HEPATITE B



(1)A vacinação para as gestantes está indicada, segundo o PARECER TÉCNICO 04/2010 do CGPNI/DEVEP/SVS/MS e DST-AIDS e HEPATITES VIRAIS/SVS/MS (ANEXO 2) -¨Atualização da indicação da vacina hepatite B nos serviços de saúde do SUS¨.

(2)O esquema vacinal é composto de 3 doses.A segunda dose é aplicada 1 mês após a primeira e a terceira dose, 6 meses após a primeira (0, 1 e 6 meses); o esquema só estará completo quando a terceira dose for aplicada.

(3) No caso das gestantes, se houver comprovação de administração prévia de uma ou duas doses, completar o esquema até a terceira dose.Na ausência de comprovação, o esquema completo deve ser iniciado (após o 1º trimestre de gestação), com a 1ª dose e agendamento da 2ª e 3ª doses. A gestante sempre deve ser estimulada a completar o esquema.

(4)A Imunoglobulina para a Hepatite B (HBIG) está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)(ANEXO 1) e deve ser solicitada, logo após o parto de criança, filha de mãe portadora do vírus da Hepatite B (HBsAg Positivo).

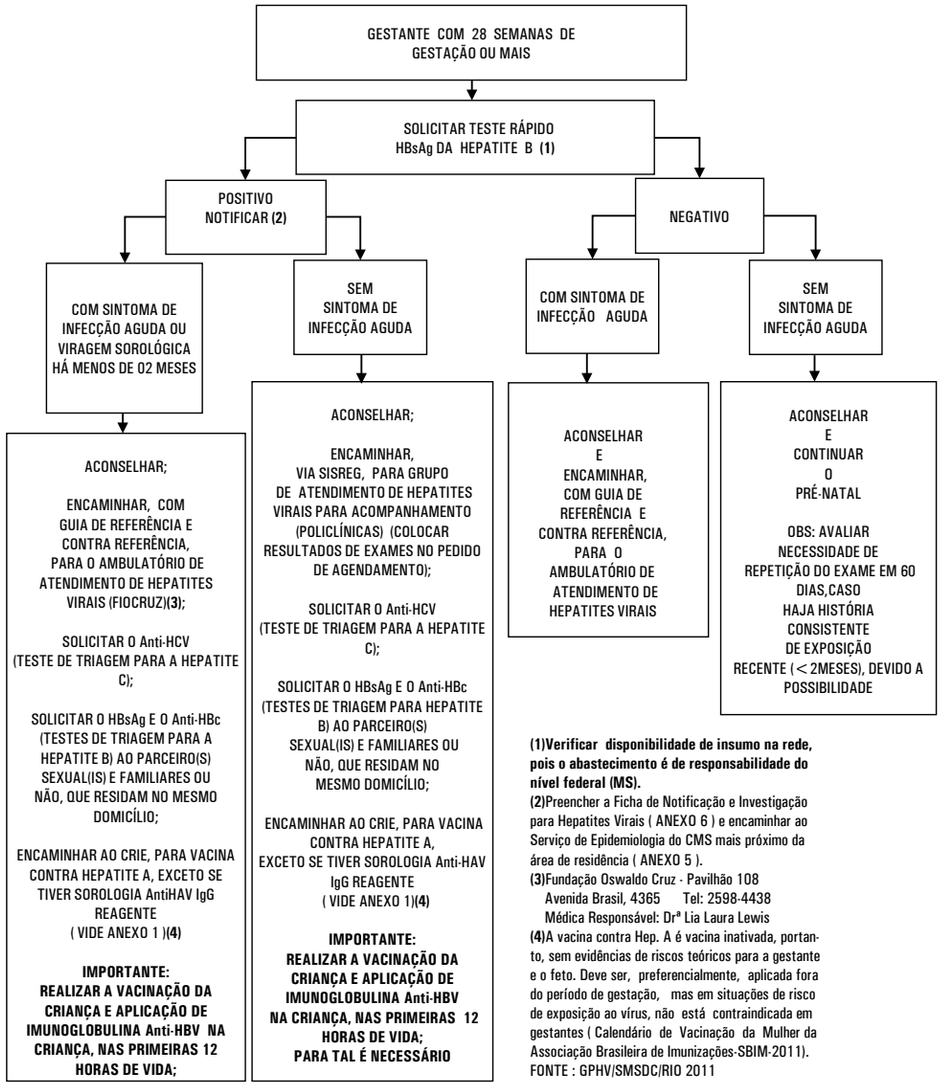
Nota : O atendimento em ambos os CRIE, no período da noite (a partir das 17 horas), finais de semana e feriados é realizado, com liberação de vacinas ou imunoglobulinas, pelo plantonista médico do CRIE, após avaliação da solicitação. Junto ao CRIE, faz-se necessário a apresentação de caixa de isopor, com bobina de gelo para retirada da imunoglobulina, garantindo a armazenagem e a conservação adequadas, durante o transporte até a maternidade.

(5)A vacina contra Hepatite A é vacina inativada, portanto, sem evidências de riscos teóricos para a gestante e o feto. Deve ser aplicada fora do período de gestação, preferencialmente, mas em situações de risco a exposição ao vírus, não está contraindicada em gestantes (Calendário de Vacinação da Mulher - Recomendações da Associação Brasileira de Imunizações-SBIM-2011).

FONTE : GPHV/SMSDC/RIO 2011

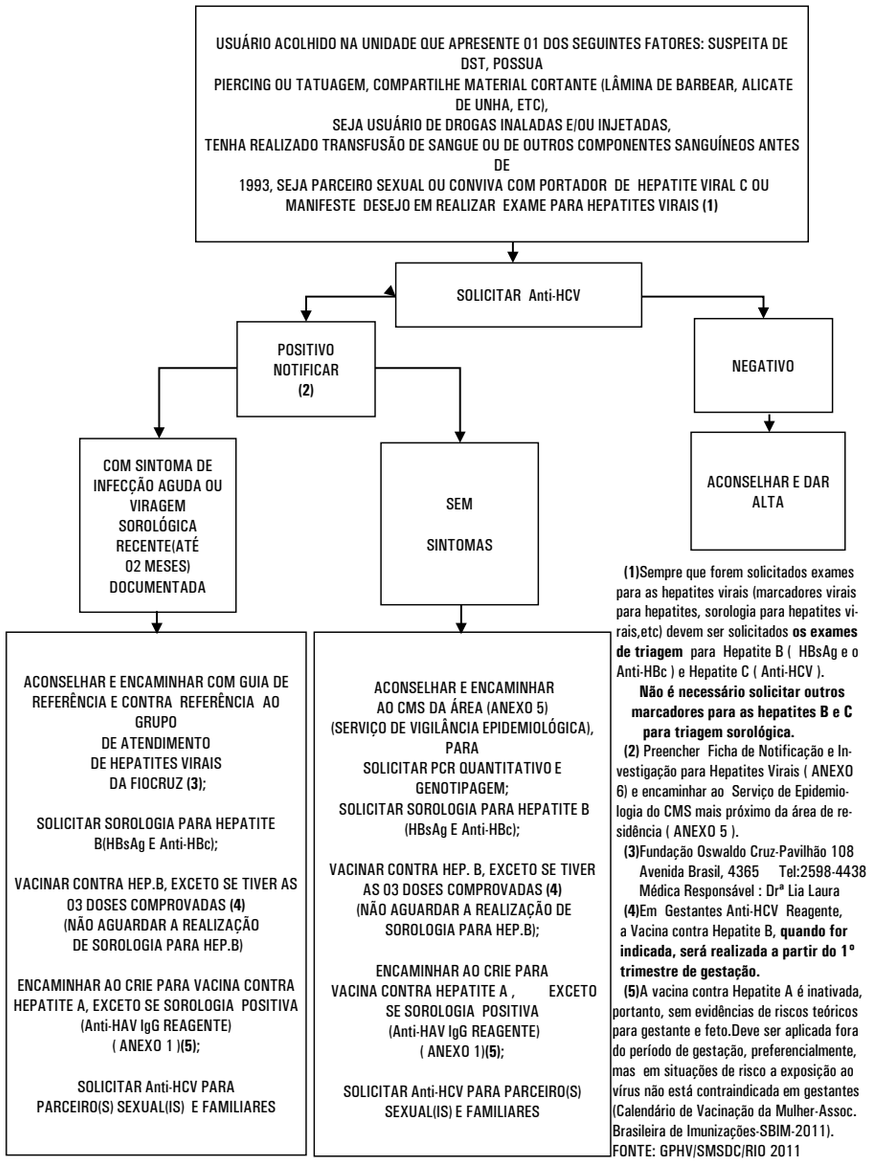
protocolo_A4_final.indd 102 31/07/2012 14:49:58

8.4. Fluxograma para testagem em gestantes que iniciarem tardiamente o pré-natal



(1)Verificar disponibilidade de insumo na rede, pois o abastecimento é de responsabilidade do nível federal (MS).
(2) Preencher a Ficha de Notificação e Investigação para Hepatites Virais (ANEXO 6) e encaminhar ao Serviço de Epidemiologia do CMS mais próximo da área de residência (ANEXO 5).
(3) Fundação Oswaldo Cruz - Pavilhão 108
Avenida Brasil, 4365 Tel: 2598-4438
Médica Responsável: Drª Lia Laura Lewis
(4)A vacina contra Hep. A é vacina inativada, portanto, sem evidências de riscos teóricos para a gestante e o feto. Deve ser, preferencialmente, aplicada fora do período de gestação, mas em situações de risco de exposição ao vírus, não está contraindicada em gestantes (Calendário de Vacinação da Mulher da Associação Brasileira de Imunizações-SBIM-2011).
FONTE : GPHV/SMSDC/RIO 2011

8.5. Protocolo de Hepatites Virais para enfermagem (Atenção Básica) – Fluxograma de Hepatite Viral C



(1) Sempre que forem solicitados exames para as hepatites virais (marcadores virais para hepatites, sorologia para hepatites virais,etc) devem ser solicitados **os exames de triagem** para Hepatite B (HBsAg e o Anti-HBc) e Hepatite C (Anti-HCV).
Não é necessário solicitar outros marcadores para as hepatites B e C para triagem sorológica.
(2) Preencher Ficha de Notificação e Investigação para Hepatites Virais (ANEXO 6) e encaminhar ao Serviço de Epidemiologia do CMS mais próximo da área de residência (ANEXO 5).
(3) Fundação Oswaldo Cruz-Pavilhão 108
Avenida Brasil, 4365 Tel:2598-4438
Médica Responsável : Drª Lia Laura
(4) Em Gestantes Anti-HCV Reagente, a Vacina contra Hepatite B, **quando for indicada, será realizada a partir do 1º trimestre de gestação.**
(5)A vacina contra Hepatite A é inativada, portanto, sem evidências de riscos teóricos para gestante e feto.Deve ser aplicada fora do período de gestação, preferencialmente, mas em situações de risco a exposição ao vírus não está contraindicada em gestantes (Calendário de Vacinação da Mulher-Assoc. Brasileira de Imunizações-SBIM-2011).
FONTE: GPHV/SMSDC/RIO 2011

protocolo_A4_final.indd 103 31/07/2012 14:49:58

8.6. Atenção da enfermagem no tratamento e acompanhamento da Hepatite B

Nota : O usuário em tratamento para Hepatite B é acompanhado, mensalmente, através de consulta médica e faz uso de medicação oral ou subcutânea, de acordo com a prescrição médica;

O usuário, sem indicação de tratamento, será acompanhado pelo médico, através de consultas e exames semestrais.

Atribuições da Enfermagem durante o Acompanhamento e/ou Tratamento da Hepatite B:

* Preencher e encaminhar Ficha de Notificação e Investigação para Hepatites Virais (Anexo 6) ao CMS mais próximo da área de residência (Anexo 5);

* Incentivar a adesão ao tratamento e/ou acompanhamento;

* Encaminhar o paciente para a realização de imunização contra Hepatite A, nos CRIE (Anexo 1), exceto se apresentar Sorologia Anti-HAV IgG Reagente;

* Orientar quanto ao tratamento e possíveis efeitos colaterais e com relação aos cuidados diante destes;

* Encaminhar o paciente a seu médico assistente, em vigência de efeitos colaterais e/ou outras intercorrências;

* Administrar medicação, quando necessário;

* Orientar, treinar e acompanhar quanto a autoaplicação da medicação subcutânea e/ou aplicação por familiares, quando desejado pelo paciente, com ênfase no rodízio nos locais de aplicação, quando do uso do Interferon (IFN);

* Orientar quanto as formas de transmissão do vírus da Hepatite B aos familiares ,ao(s) parceiro(s) sexual(is) e outros contatos, visando evitar a transmissão da doença;

* Orientar quanto às restrições dietéticas, principalmente, álcool e gorduras, que são completamente contraindicados;

* Acolher paciente e familiares e oferecer suporte aos mesmos;

* Realizar Busca Ativa de faltosos as consultas;

* Buscar manter comunicação entre os níveis de assistência;

* Acompanhar o tratamento e/ou o acompanhamento através de consulta de enfermagem, de visita domiciliar ou de outro recurso disponível na Unidade;

* Gestantes, com HBsAg POSITIVO, deverão ser acompanhadas como está indicado no Fluxograma contido neste Protocolo.

8.7. Atenção da enfermagem no tratamento e acompanhamento da Hepatite C

Nota: O usuário em tratamento para Hepatite C é acompanhado, mensalmente, através de consulta médica e faz uso de medicação subcutânea (Interferon) e oral (Ribavirina) por até 18 meses.

O usuário, sem indicação de tratamento, será acompanhado pelo médico, através de consultas e exames semestrais.

Atribuições da Enfermagem durante o Acompanhamento e/ou Tratamento da Hepatite C :

* Preencher e encaminhar Ficha de Notificação e de Investigação para Hepatites Virais (Anexo 6) ao CMS mais próximo da área de residência (Anexo 5);

* Incentivar a adesão ao tratamento e/ou acompanhamento;

* Realizar imunização contra Hepatite B, exceto se apresentar 03 doses comprovadas;

* Encaminhar o paciente para realizar a imunização contra Hepatite A , nos CRIE (Anexo 1), exceto se já apresentar sorologia anti-HAV IgG reagente;

* Orientar quanto as restrições dietéticas, principalmente, álcool e gorduras, que são completamente contraindicados;

* Administrar medicação, quando necessário;

protocolo_A4_final.indd 104 31/07/2012 14:49:58

* Orientar, treinar e acompanhar quanto a autoaplicação da medicação subcutânea e/ou aplicação por familiares, quando desejado pelo paciente, com ênfase no rodízio dos locais de aplicação, quando do uso do Interferon (IFN);

* Orientar quanto ao tratamento e possíveis efeitos colaterais (Anexo 3) e com relação aos cuidados diante destes;

* Encaminhar o paciente a seu médico assistente, em vigência de efeitos colaterais e/ou outras intercorrências;

* Acolher o paciente e sua família e oferecer suporte aos mesmos;

* Orientar quanto as formas de transmissão do vírus da Hepatite C aos familiares, ao(s) parceiro(s) sexual(is) e outros contatos, visando evitar a transmissão da doença;

* Realizar Busca Ativa de faltosos as consultas;

* Buscar manter comunicação entre os níveis de assistência;

* Acompanhar o tratamento e/ou o acompanhamento, através de consulta de enfermagem,de visita domiciliar ou outro recurso disponível na Unidade;

* Gestante, com marcador sorológico reagente para Hepatite C (Anti-HCV), deverá ser encaminhada ao CMS ao mais próximo de sua residência, através de Guia de Referência e Contra Referência, para confirmação diagnóstica e avaliação de tratamento após o parto.

ANEXO I – Endereços e Telefones dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) da Cidade do Rio de Janeiro

– Hospital Municipal Rocha Maia (na rotina de 2ª a 6ª feira, de 8 às 17 h) Rua General Severiano, nº 91 – Botafogo

Telefones:2275-6531 / 2295-2295 Ramal 203

–IPEC-FIOCRUZ (na rotina de 2ª a 6ª feira,de 8 às 17h)

Avenida Brasil, nº 4365 -Manguinhos

Telefone: 3865-9124

FONTE: GPHV/SMSDC/RIO 2011

ANEXO II – Parecer Técnico 04/2010

CGPNI/DEVEP/SVS/MS E DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS/SVS/MS

Assunto: Atualização da indicação da vacina hepatite B nos serviços de saúde do SUS

1 – A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e o Programa

Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV) informam que a partir deste data a vacina contra hepatite B está disponível nas Salas de Vacina do Sistema Único de Saúde (SUS) para os seguintes grupos com maior vulnerabilidade, independente da faixa etária.

– gestantes, após o primeiro trimestre de gestação;

– trabalhadores da saúde;

– bombeiros,policiais militares,policiais civis e policiais rodoviários;

– carcereiros, de delegacia e de penitenciárias;

– coletadores de lixo hospitalar e domiciliar;

– comunicantes sexuais de pessoas portadoras de VHB;

– doadores de sangue;

– homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo(HSH e MSM);

protocolo_A4_final.indd 105 31/07/2012 14:49:58

– lésbicas, gays, bissexuais,travestis e transexuais (LGBT);

– pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, dentre outras):

– manicures,pedicures e podólogos:

– populações de assentamentos e acampamentos;

– populações indígenas;

– potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundidos;

– profissionais do sexo/prostitutas

– usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas;

– portadores de DST;

– caminhoneiros.

2 – Conforme indicação médica, nos seguintes casos, o imunobiológico está disponível nas Salas de Vacinação e nos Centros de Referência para imunobiológicos especiais (CRIE):

– pessoas infectadas com HIV;

– pessoas vivendo com AIDS;

– asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas;

– convívio domiciliar contínuo com pessoas portadoras do VHB;

– doadores de órgãos sólidos ou de medula óssea;

– imunodeficiência congênita ou adquirida:

– doenças autoimune;

– doenças do sangue;

– fibrose cistítica (muscoviscidose);

– hemofílicos;

– portadores de hepatopatias crônicas e hepatite C;

– portadores de doenças renais crônicas/diálise/hemodiálise;

– imunodeprimidos;

– portadores de neoplasias;

– transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea;

3 – Além da vacina, é necessária a administração da imunoglobulina huma anti-hepatite B (IGHAHB), disponível nos CRIE, nas seguintes situações:

– vítimas de abuso sexual;

– comunicantes sexuais de caso agudo de hepatite B;

– vítimas de exposição sanguíneas (acidentes pérfuro-cortantes ou exposição de mucosas), quando o caso fonte for portador do HBV ou de alto risco;

– recém-nascidos de mães sabidamente portadora do HBV.

4 – Ressalta-se que a vacina continuará disponível na Rede SUS para faixas etárias específicas:

– Menores de um ano de idade, a partir do nascimento,preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto;

– Crianças e adolescentes entre um e 19 anos de idade. **

5 – O Ministério da Saúde considera que a ampliação desse imunobiológico para os grupos populacionais mais vulneráveis contribuirá para a prevenção e o controle da hepatite B, sendo necessária, a adoção de estratégias diferenciadas para a ampliação das coberturas vacinais no país.

protocolo_A4_final.indd 106 31/07/2012 14:49:58

Em 02/03/10

Carmen Lucia Osterno Silva– Coordenadora Geral do PNI

Ricardo Gadelha de Abreu – Coordenador do PNHV

De acordo – Eduardo Hage Carmo-Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica

De acordo– Mariângela Batista Galvão Simão-Diretora do Departamento DST,AIDS e Hepatites Virais.

** Ampliado em 2011 para indivíduos até 24 anos; em 2012, deverá ser ampliado até 29 anos. Observação feita pela Gerência do Programa de Hepatites Virais.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **HEPATITES VIRAIS**

Nº

Suspeita clínica/bioquímica:
- Sintomático ictérico:
* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.
* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
* Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

Suspeito com marcador sorológico reagente:
- Doador de sangue:
* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.
- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual
2 Agravo/doença — HEPATITES VIRAIS — Código (CID10) B 19
3 Data da Notificação
4 UF
5 Município de Notificação — Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código
7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente
9 Data de Nascimento
10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
12 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
15 Número do Cartão SUS
16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF
18 Município de Residência — Código (IBGE)
19 Distrito
20 Bairro
21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código
22 Número
23 Complemento (apto., casa, ...)
24 Geo campo 1
25 Geo campo 2
26 Ponto de Referência
27 CEP
28 (DDD) Telefone
29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Data da Investigação
32 Ocupação
33 Suspeita de: 1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada
34 Tomou vacina para: 1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado — Hepatite A — Hepatite B
35 Institucionalizado em — 1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado
36 Agravos associados — 1 -Sim 2- Não 9- Ignorado — HIV/AIDS — Outras DSTs
37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC — 1-Sim, há menos de seis meses 2-Sim, há mais de seis meses 3-Não 9-Ignorado — Sexual — Domiciliar (não sexual) — Ocupacional

Hepatites Virais — Sinan NET — SVS 29/09//2006

protocolo_A4_final.indd 107 31/07/2012 14:49:59

continuação do impresso da 107

Antecedentes Epidemiológicos

38 O paciente foi submetido ou exposto a 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado

- ☐ Medicamentos Injetáveis
- ☐ Drogas inaláveis ou Crack
- ☐ Drogas injetáveis
- ☐ Água/Alimento contaminado
- ☐ Três ou mais parceiros sexuais
- ☐ Transplante
- ☐ Tatuagem/Piercing
- ☐ Acupuntura
- ☐ Tratamento Cirúrgico
- ☐ Tratamento Dentário
- ☐ Hemodiálise
- ☐ Outras
- ☐ Acidente com Material Biológico
- ☐ Transfusão de sangue /derivados

39 Data do acidente ou transfusão ou transplante

40 Local/ Município da Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35)
(para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)

UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone

41 Dados dos comunicantes

Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Dados Laboratoriais

42 Paciente encaminhado de ☐
1- Banco de sangue
2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA)
3- Não se aplica

43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA

44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA
1-Reagente 4-Não realizado
2-Não reagente 9-Ignorado
3-Inconclusivo
- ☐ HBsAg
- ☐ Anti HBc (Total)
- ☐ Anti-HCV

45 Data da Coleta da Sorologia

46 Resultados Sorológicos/Virológicos
1 - Reagente/Positivo
2 - Não Reagente/Negativo
3 - Inconclusivo
4 - Não Realizado
- ☐ Anti-HAV - IgM
- ☐ HBsAg
- ☐ Anti-HBc IgM
- ☐ Anti -HBc (Total)
- ☐ Anti-HBs
- ☐ HBeAg
- ☐ Anti-HBe
- ☐ Anti -HDV Total
- ☐ Anti -HDV - IgM
- ☐ Anti -HEV - IgM
- ☐ Anti-HCV
- ☐ HCV-RNA

47 Genótipo para HCV ☐
1-Genótipo 1 4-Genótipo 4 7-Não se aplica
2-Genótipo 2 5-Genótipo 5 9-Ignorado
3-Genótipo 3 6-Genótipo 6

Conclusão

48 Classificação final ☐
1 - Confirmação laboratorial
2 - Confirmação clínico-epidemiológica
3 - Descartado
4 - Cicatriz Sorológica
8 - Inconclusivo

49 Forma Clínica ☐
1 - Hepatite Aguda
2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático
3 - Hepatite Fulminante
4 - Inconclusivo

50 Classificação Etiológica ☐☐
01- Vírus A
02- Vírus B
03- Vírus C
04- Vírus B e D
05- Vírus E
06- Vírus B e C
07- Vírus A e B
08- Vírus A e C
09- Não se aplica
99- Ignorado

51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção ☐☐
01-Sexual
02-Transfusional
03-Uso de drogas
04-Vertical
05-Acidente de trabalho
06-Hemodiálise
07-Domiciliar
08-Tratamento cirúrgico
09-Tratamento dentário
10-Pessoa/pessoa
11-Alimento/água contaminada
12-Outros _____
99- Ignorado

52 Data do Encerramento

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Hepatites Virais Sinan NET SVS 29/09/2006

HEPATITE B: GRUPOS QUE DEVEM SER VACINADOS (CONSULTAR ANEXO 2)

Situação Clínica	Esquema	Dosagem	Observação	Sorologia
Crianças e Adolescentes < 20 anos (rotina)	0, 1, 6 meses	0,5ml IM Deltoide < 2 anos Vasto lateral coxa.		Não
20 a 24 anos (rotina), até 29 anos em 2012.	0, 1, 6 meses	1 ml IM Deltóide.		Não
Pré-Dialise Hemodialisados.	0,1, 2, 6 meses	Dose dupla em relação à recomendada para a mesma idade, conforme o produto. < 20a 1 ml ≥ 20a 2 ml		Sim Vide OBS1
Recem-nascidos Prematuros < 33 semanas ou < 2kg.	0,1, 2, 6 meses	0,5ml IM Vasto lateral da coxa.		Não
Recém-nascidos, Filhos de mãe HIV+	0, 1, 6 meses	0,5ml IM Vasto lateral da coxa.	Se a infecção pelo HIV for confirmada, aplicar 4ª dose dobrada para idade, 6 a 12 meses após 3ª dose.	Não
HIV + < 20 anos Conforme orientação médica	0, 1, 2, 6 meses	1 ml IM		Não
HIV + ≥ 20 Conf. Orientação médica.	0,1, 2, 6 meses	2 ml IM		Não
Gestante após 1º trimestre sem dose comprovada.	0, 1, 6 meses	< 20 anos 0,5ml ≥ 20 anos 1 ml		Não
Transplantados de medula óssea,transplante de órgãos sólidos e pacientes com neoplasiase ou que necessitem de quimioterapia, radioterapia e cordicoterapia.	4 doses : 0, 1, 2 e 6 a 12 meses.	Dobro da dose para a idade < 20 anos 1 ml ≥ 20 anos 2 ml		Sim Vide OBS1

protocolo_A4_final.indd 108 31/07/2012 14:49:59

continuação do impresso da 108

Pacientes com doenças hemorrágicas e politransfundidos.	0, 1, 6 meses	< 20 anos 1 ml ≥ 20 anos 2 ml	Hemácias lavadas: intervalo 0 m; Concentrado de hemácias: intervalo 5m; Sangue total: intervalo 6m; Plasma ou plaquetas: intervalo 7m.	Sim Vide OBS1
Portador de VHC hepatopatia crônica.	0, 1, 6 meses	< 20 anos 0,5ml ≥ 20 anos 1 ml		Sim Vide OBS1
Asplenia,anatômica ou funcional,hemoglobinopatias	0, 1, 6meses	< 20 anos 0,5ml ≥ 20 anos 1 ml		Não
Profissional da saúde	0, 1, 6 meses	< 20 anos 0,5ml ≥ 20 anos 1 ml		Sim Vide OBS2
Fibrose cística	0, 1, 6 meses	< 20 anos 0,5ml ≥ 20 anos 1 ml		Não

OBS1: testar 1 a 2 meses após última dose. Repetir esquema uma vez para os sem resposta adequada. Retestar anualmente os sem resposta adequada e fazer reforço nos que apresentarem títulos < 10 mUI/ml de anticorpos anti-HBs.
OBS2: sorologia anti-HBs negativa 1 a 2 meses após a terceira dose, repetir esquema.
Sorologia anti-HBs negativa, passado muito tempo após a 3ª dose do 1º esquema, aplicar uma dose e repetir a sorologia 1 mês após, caso positiva, considerar vacinado, caso negativo, completar esquema, com 2ª e 3ª doses.
Sorologia anti-HBs negativa 1 a 2 meses após a 3ª dose do segundo esquema, não vacinar mais, considerar como suscetível, não respondedor.
OBS3: todo usuário, tendo uma ou duas doses comprovadas, completar o esquema independentemente do intervalo de tempo.
OBS 4: o prazo especificado pelo fabricante deve ser, rigorosamente, respeitado.
A dose da vacina ver conforme produtor, a idade e a condição do receptor. As bulas do produto devem ser sempre consultadas, bem como as recomendações atualizadas, do Programa Nacional de Imunização.
Contra indicação: reação anafilática após aplicação de dose anterior contra indica o prosseguimento ou púrpura trombocitopênica associada à vacina.
Efeitos adversos: manifestações locais: podem ocorrer dor, enduração, rubor no local da injeção.
Manifestações sistêmicas: febre nas primeiras 24 horas após aplicação, geralmente bem tolerada e autolimitada, fadiga, tontura, cefaléia, irritabilidade e desconforto.

HEPATITE A: GRUPOS QUE DEVEM SER VACINADOS (CONSULTAR ANEXO 3)

A vacina da Hepatite A, não faz parte da rotina do calendário básico de imunização, por isso encontra-se disponível apenas no CRIE e para os grupos especificados no ANEXO 3.

Endereços dos CRIE constam no ANEXO 1.

Vacina da Hepatite A tanto na apresentação adulta como infantil, deve ser administrada em duas doses de 0,5 ml IM no músculo deltóide ou vasto lateral da coxa, com intervalo de 6 meses.

Pode ser aplicada a partir de um ano de idade e também ser aplicada, simultaneamente, com outras vacinas do PNI, com qualquer intervalo. Consultar sempre as recomendações dos fabricantes.

Contraindicações: história de reação anafilática a algum componente da vacina. Não é recomendado durante a gestação, mas, caso necessário, não há contraindicação, sua aplicação será avaliada pelo médico do CRIE.

Eventos adversos locais são os mais comumente registrados: dor, eritema ou edema, sendo leves e transitórios.

Eventos adversos sistêmicos: febre e/ou fadiga ocorrem em menos de 5% dos vacinados.

Alérgicos: anafilaxia é rara.

FONTE:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Brasília. 2006.

protocolo_A4_final.indd 109 31/07/2012 14:49:59

ANEXO 3 – INDICAÇÕES DA VACINA CONTRA HEPATITE A

* Hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores do vírus da Hepatite C;

* Portadores crônicos do vírus da Hepatite B;

* Coagulopatias;

* Crianças menores de 13 anos com HIV/Aids;

* Adultos com HIV/Aids que sejam portadores do vírus da Hepatite B e/ou C;

* Doenças de depósito;

* Fibrose cística;

* Trissomias;

* Imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora;

* Candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes;

* Transplantados de órgão sólido ou de medula óssea;

* Doadores de órgão sólido ou de medula óssea, cadastrados em programas de transplantes;

* Hemoglobinopatias.

FONTE : Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Brasília.2006.

ANEXO 4 – Efeitos adversos mais frequentes da terapia com Interferon e Ribavarina

IFN convencional e IFN peguilado
Alopecia
Anemia
Distúrbios autoimunes (Ex:Tireoidite, Fibrose Pulmonar, Neuropatia periférica,etc)
Depressão ou transtornos do humor (Complexo ansiedade/depressão, mais comum)
Diarreia
Sintomas semelhantes aos da gripe
Dor ou eritema no local da injeção
Retinopatia
Transtornos do sono
Trombocitopenia e neutropenia
Disfunção da tireóide
Perda de peso

Ribavirina
Anemia
Tosse
Dispnéia
Gota
Náusea
Erupções cutâneas
Teratogenicidade

FONTE : Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções.Série A.Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de DST,Aids e Hepatites Virais.Brasília – DF.Julho 2011.

protocolo_A4_final.indd 110 31/07/2012 14:49:59

UNIDADES MUNICIPAIS DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO DE HEPATITES VIRAIS – NÍVEL 1 – CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E PREVENÇÃO ANEXO 5

Centro Municipal de Saúde(CMS)Américo Velloso
Endereço: Rua Gérson Ferreira, 100 – Ramos
Telefone(s): 2573-7235 / 2590-3941 / 2573-1172
Área de Planejamento: 3.1
Período de Funcionamento: Segunda à sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas, Sábados: 08:00 às 12:00 horas
E-mail: cmsaveloso@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Ariadne Lopes de Menezes
Endereço: Rua Engenheiro Carlos Gonçalves Penna, s/nº – Engenho da Rainha
Telefone(s): 3111-6699 / 3111-6757 / 3111-6701
Área de Planejamento: 3.2
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª à 6ª das 7 às 16 horas.
E-mail: cmsalmenezes@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Belizário Penna
Endereço: Rua Franklin nº 29 São Cláudio – Campo Grande
Telefone(s): 3394-2433 / 3394-2418 / 3406-8670 / 3406-8727
Área de Planejamento: 5.2
Período de Funcionamento: Segunda a Sábado das 07 às 17 horas.
E-mail: cmsbpenna@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Clementino Fraga
Endereço: Rua Caiçara, 514 – Irajá
Telefone(s): 2482-7242 / 3351-8905
Área de Planejamento: 3.3
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª à 6ª das 7 às 17 horas.
E-mail: cmscfraga@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Ernani Agrícola
Endereço: Rua Constante Jardim, nº 8 – Santa Tereza
Telefone(s): 2224-7194 / 2224-7965
Área de Planejamento: 1.0
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª à 6ª das 8 às 17h e aos Sábados das 8 às 12 h – para Imunização.
E-mail: cmseagricola@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Ernesto Zeferino Tibau Jr.
Endereço: Av. do Exército, 1 – São Cristóvão
Telefone(s): 3895-8658 / 3895-8659 / 3895-8660 / 3895-8661 / 3895-8662 / / 3895-8663
Área de Planejamento: 1.0
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª à 6ª das 8 às 17 h e aos Sábados das 8 às 12 h – plantão de vacina, inclusive anti-rábica.
E-mail: cmseztjunior@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Hamilton Land
Endereço: Rua Edgard Werneck, 1601 – Cidade de Deus
Telefone(s): 3412-3774 / 3412-3199
Área de Planejamento: 4.0
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª a 6ª feira de 8:00 às 17:00h e sábado de 8h às 12h.
E-mail: uishland@rio.rj.gov.b

Centro Municipal de Saúde (CMS) Harvey Ribeiro de Souza Filho
Endereço: Rua Guiomar Novaes, 133 – Recreio dos Bandeirantes
Telefone(s): 3418-4518 / 3418-0611 / 3418-2547
Área de Planejamento: 4.0
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª a 6ª feira de 8:00 às 17:00h e sábado de 8h às 12h.
E-mail: cmshribeiro@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Heitor Beltrão
Endereço: Rua Desembargador Isidro, 144 – Tijuca
Telefone(s): 2288-4738 / 3238-1787 / 2288-4382
Área de Planejamento: 2.2
Período de Funcionamento: Atendimento: de2ª a 6ª de 8:00 às 17 horas sábado de 8:00 às 12:00 horas.
E-mail: cmshbeltrao@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) João Barros Barreto
Endereço: Rua Siqueira Campos (ao lado da estação do metrô) – Copacabana
Telefone(s): 3208-5295 / 3208-5368
Área de Planejamento: 2.1
Período de Funcionamento: Atendimento: 2ª a 6ª feira, das 07 às 17 horas. Sábados, das 08 às 12:00 horas.
E-mail: cmsjbarreto@rio.rj.gov.br

protocolo_A4_final.indd 111 31/07/2012 14:49:59

Centro Municipal de Saúde (CMS) Jorge Saldanha Bandeira de Mell
Endereço: Av. Geremário Dantas, 135 – Tanque
Telefone(s): 3392-0715 / 3392-0050 / 3392-1555 / 3392-7594 / 3392-0715
Área de Planejamento: 4.0
Período de Funcionamento: Atendimento: 2ª à 6ª feira de 8h às 17h e sábado de 8h às 12h.
E-mail: cmsjsbmello@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) José Messias do Carmo
Endereço: Rua Waldemar Dutra, 55 – Santo Cristo
Telefone(s): 2233-8468 / 2233-1706
Área de Planejamento: 1.0
Período de Funcionamento: segunda a sexta-feira, 08:00 às 17:00h.
E-mail: cmsjmcarmo@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Manoel José Ferreira
Endereço: Rua Silveira Martins, 161 (próximo ao Museu da República, saída da Estação Metrô Catete) – Catete
Telefone(s): 2225-3864/ 2205-7802 / 2265-4282
Área de Planejamento: 2.1
Período de Funcionamento: Atendimento: 2ª a 6ª feira das 7:00 às 17:00h. Sábados 8:00 às 12:00h.
E-mail: cmsmjferreira@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Marcolino Candau
Endereço: Rua Laura de Araújo, 29 – Cidade Nova
Telefone(s): 2273-2244 / 2273-2344
Área de Planejamento: 1.0
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª à 6ª das 8 às 17 horas.
E-mail: cmsmcandau@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Maria Augusta Estrella
Endereço: Rua Visconde de Santa Isabel, 56 – Vila Isabel
Telefone(s): 3111-6100 / 3111-6107 / 3111-6101 / 2976-4590
Área de Planejamento: 2.2
Período de Funcionamento: Atendimento: 2ª a 6ª feira de 8:00 às 17:00 horas.
E-mail: cmsmaestrella@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Milton Fontes Magarão
Endereço: Av. Amaro Cavalcanti, 1387 – Engenho de Dentro
Telefone(s): 3111-6710 / 3111-6703 / 3111-6709 / 3111-6708
Área de Planejamento: 3.2
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª à 6ª das 7 às 17 horas. Sábado de 8 às 17horas.
E-mail: cmsmfmagarao@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Necker Pinto
Endereço: Rua Rio Jequiá nº. 428 – Ilha do Governador
Telefone(s): 2467-0184 / 3396-5751 / 3367-5171 / 3367-5199 / 3367-5304 / 3367-5293 / 3367-5264
Área de Planejamento: 3.1
Período de Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 7:00 h às 17:00 horas. Sábado de 08:00 às 12:00 horas. (vacinas, odontologia e clínica médica)
E-mail: cmsnpinto@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Oswaldo Cruz
Endereço: Av. Henrique Valadares, 151 – Centro
Telefone(s): 2224-8258
Área de Planejamento: 1.0
Período de Funcionamento: segunda a sexta-feira das 8:00 às 17:00h.
E-mail: poc@rio.rj.gov.br

Unidade Integrada de Saúde (UIS) Manoel Arthur Villaboim
Endereço: Praça Bom Jesus, 40 – Paquetá
Telefone(s): 3397-0123 / 3397-0325
Área de Planejamento: 1.0
Período de Funcionamento: Atendimento 24 horas.
E-mail: uismvillaboim@rio.rj.gov.br

Centro Municipal de Saúde (CMS) Píndaro de Carvalho Rodrigues
Endereço: Rua Padre Leonel Franca, s/nº (Em frente ao Planetário) – Gávea
Telefone(s): 2274-2796 / 2274-6495 / 2274-2989 / 2274-6977
Área de Planejamento: 2.1
Período de Funcionamento: Atendimento: 2ª a 6ª feira, das 07 às 17 horas. Sábados, das 08 às 12:00 horas.
E-mail: cmspcrodrigues@rio.rj.gov.br

entro Municipal de Saúde (CMS) Waldyr Franco
Endereço: Praça Cecília Pedro, nº 60 – Bangu
Telefone(s): 3332-1359 / 3338-1629 / 3332-9322 / 3335-0519
Área de Planejamento: 5.1
Período de Funcionamento: Atendimento: de 2ª à Sábado das 7 às 17 horas.
E-mail: cmswfranco@rio.rj.gov.br

protocolo_A4_final.indd 112 31/07/2012 14:49:59

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

A tuberculose ainda é um grande problema de saúde pública e vem preocupando autoridades da área de saúde. Embora a taxa de incidência venha diminuindo, a mortalidade ainda é muito alta, principalmente entre casos de coinfecção com o HIV.

A tuberculose está diretamente relacionada a determinantes sociais, fato que vem envolvendo os governos em ações intersetoriais para a redução da vulnerabilidade em saúde da população.

No Brasil, 57 milhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo e 71 mil casos novos foram notificados em 2010, levando a uma incidência de 37,2/100.000 habitantes.

O Rio de Janeiro é uma cidade de muitos contrastes, com grandes bolsões de pobreza e aglomerados humanos. Apresenta uma incidência de tuberculose de 95,2/100.000 habitantes, com uma tendência de queda de 13% nos últimos 9 anos, ocupando o 4º lugar em incidência entre as capitais. Foram notificados 7.741 casos de tuberculose em 2010, sendo que 6.083 foram casos novos.

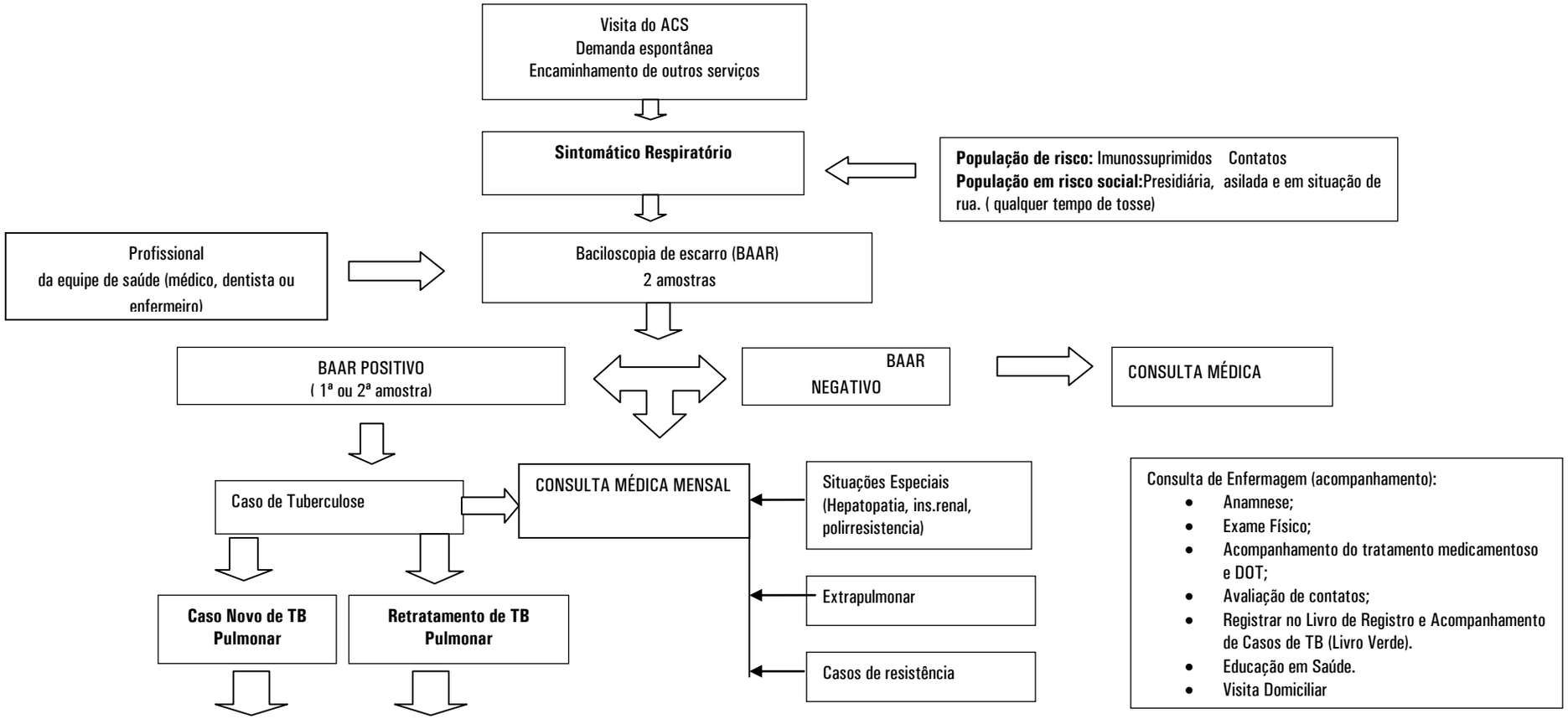
A OMS e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose propõem a implementação do tratamento diretamente observado – TDO de alta qualidade, medidas urgentes para reduzir a morbidade e a mortalidade da coinfecção tuberculose/HIV e a promoção do acesso às populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, com ênfase na atenção básica.

Nesse cenário, o papel da enfermagem se coloca como primordial para a realização das ações de controle da tuberculose, como:

- Identificar os sintomáticos respiratórios.
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto à coleta de escarro.
- Administrar a vacina BCG.
- Realizar a prova tuberculínica. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência.
- Realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Solicitar exames (BAAR, raio-X de tórax, cultura, identificação e teste de sensibilidade para BK, prova tuberculínica), além do teste HIV sob autorização e aconselhamento, iniciar tratamento e prescrever medicações (esquema básico de TB), observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. (Se o serviço tiver médico, encaminhar o paciente imediatamente para a consulta; caso contrário, o enfermeiro inicia o tratamento e agenda a consulta para o médico).

protocolo_A4_final.indd 113 31/07/2012 14:49:59

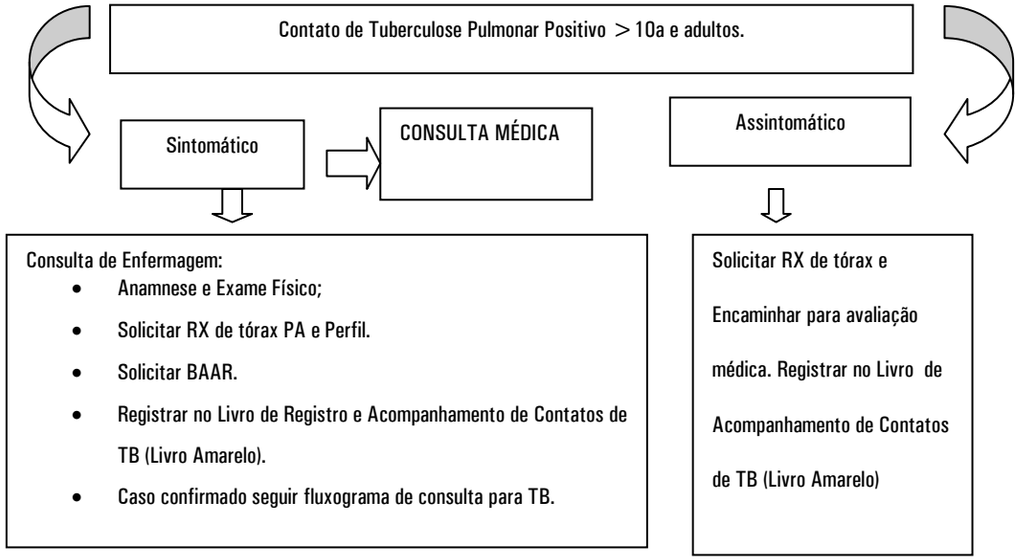
9.1. Consulta de enfermagem para tuberculose em adolescentes maiores de 10 anos e adultos



Consulta de enfermagem:
1. Anamnese e exame físico;
2. Solicitação de baciloscopia mensal (com orientação adequada para a coleta de escarro) e preenchimento do Livro de Registro de Sintomático Respiratório , Rx de tórax (1º, 3º e 6º mês de tratamento);
3. Solicitação de cultura para BK e TSA para todos os casos de retratamento, pacientes vivendo com HIV, em situação de rua, asilados, presidiários e com BAAR positivo no 2º mês de tratamento;
4. Iniciar tratamento segundo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, prioritariamente em DOT(ver item 12.5);
5. Notificar o caso (em ficha específica do SINAN) ;
6. Registrar no Livro de Registro e Acompanhamento de Casos de TB e manter atualizado exames (Livro Verde);
7. Avaliação de Contatos e Preenchimento do Livro de Registro de Investigação de Contatos de Caso de Tuberculose (Livro Amarelo);
8. Educação em Saúde.

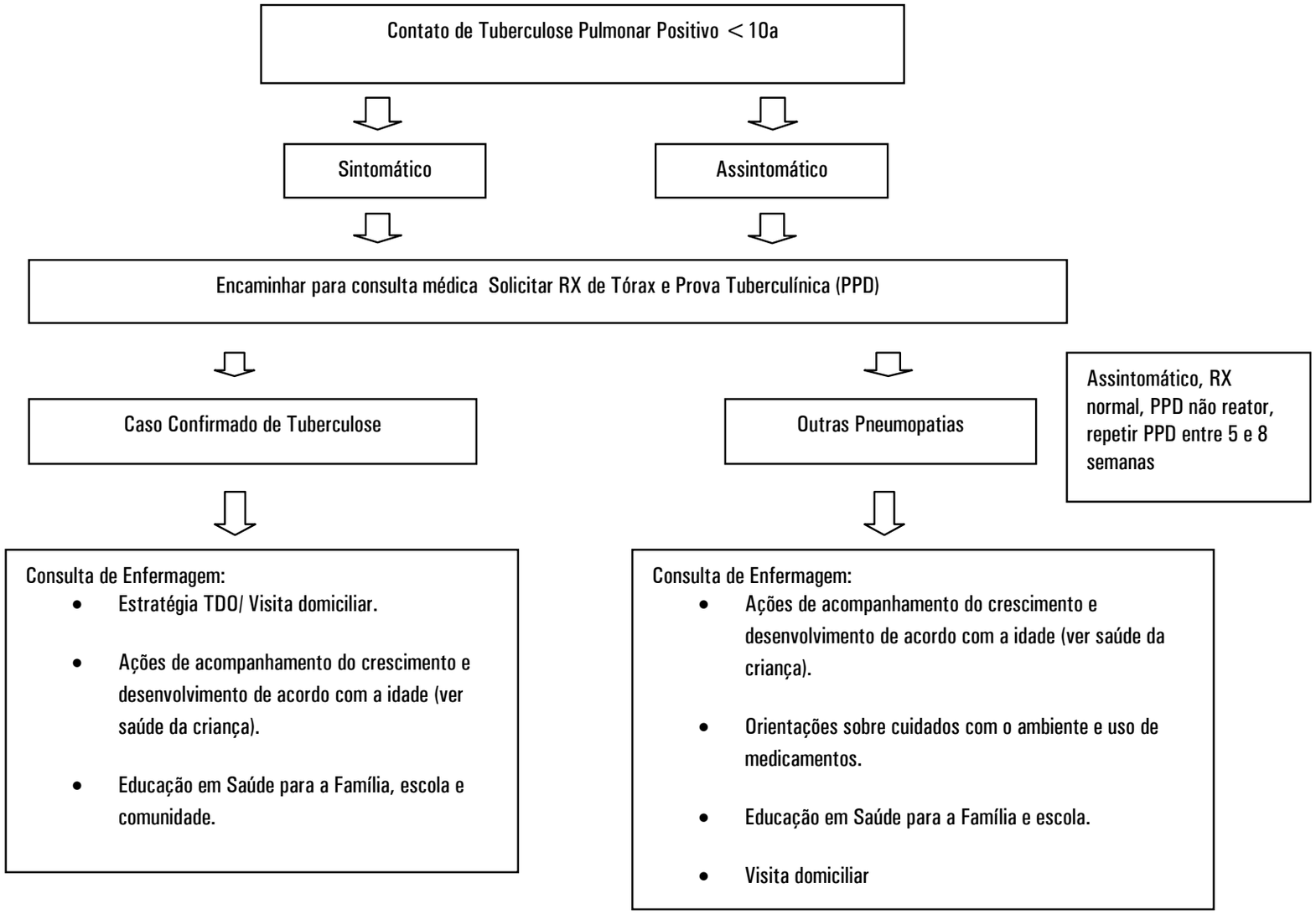
protocolo_A4_final.indd 114 31/07/2012 14:49:59

9.2. Exame de contatos para adolescentes maiores de 10 anos e adultos



protocolo_A4_final.indd 115 31/07/2012 14:49:59

9.3. Exame de contatos para menores de 10 anos



protocolo_A4_final.indd 116 31/07/2012 14:49:59

9.4. Tratamento de tuberculose para adolescentes maiores de 10 anos e adultos (Esquema Básico para Tuberculose Pulmonar e Retratamento)

Regime	Fármacos e doses por comprimido	Faixa de peso	Unidades/dose/dia	Meses
2 RHZE (Fase intensiva)	Rifampicina: 150 mg Isoniazida: 75 mg Pirazinamida: 400 mg Etambutol: 275 mg	Até 20 kg	10/10/35/25 mg/kg	2
		20 a 35 kg	2 comprimidos	
		35 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4 RH (Fase de manutenção)	Rifampicina: 150 mg Isoniazida: 75 mg	Até 20 kg	10/10/35/25 mg/kg	4
		20 a 35 kg	2 comprimidos	
		35 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	

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

OBS: 1 – O esquema pode ser usado por gestantes em qualquer período da gestação. Associar Piridoxina 50mg/dia.

2. Em casos de reações adversas aos medicamentos antituberculose o paciente deve ser encaminhado imediatamente ao médico da equipe ou da unidade de referência.

9.5. Supervisão dos medicamentos (DOT)

Regime		Tomada dos medicamentos
Fase intensiva RHZE 2 meses (uso diário)	2ª à 6ª feira	Supervisão direta do uso da medicação (no domicílio ou na US). Paciente leva para casa a medicação para o final de semana e feriados.
	Sáb, dom e feriados	Uso autoadministrado (TAA): paciente faz uso da medicação sem supervisão.
Fase de manutenção RH 4 meses (uso diário)	2ª a 6ª	Medicação supervisionada no mínimo (2x/sem). Paciente leva o restante da medicação para casa.

IMPORTANTE: Na Estratégia Saúde da Família a supervisão da medicação deverá ser realizada diariamente até o final do tratamento.

9.6. Tratamento para Infecção Latente de Tuberculose (ILTB ou TBL)

Médico indica quimioprofilaxia → Consulta de Enfermagem:
- Notifica em ficha própria.
- Anamnese e exame Físico.
- Acompanhamento mensal.
- Visita domiciliar.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Nota Técnica sobre as mudanças no sistema de tratamento da tuberculose em maiores de 10 anos de idade no Brasil. Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. 2010

Recomendações acerca do Controle de Contatos e Quimioprofilaxia (primária e tratamento da infecção latente de tuberculose) – SESDEC 2011.

BRASIL. Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

http://portal.saúde.gov.br/portal/saúde/visualizar_texto.cfm?idtxt=28055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica*: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Gerência de Pneumologia Sanitária. *Linha de Cuidados de Tuberculose*. 2012.

protocolo_A4_final.indd 117 31/07/2012 14:49:59

10. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS E TRATAMENTO DA HANSENÍASE

A hanseníase ainda constitui relevante problema de saúde pública no Município do Rio de Janeiro caracterizando-se por seu alto potencial incapacitante. O estigma e a discriminação social gerados pelas incapacidades físicas podem afetar a qualidade de vida das pessoas doentes e suas famílias. Embora a tendência da endemia no Município do Rio de Janeiro (MRJ) apresente redução gradativa do número anual de casos novos, em 2011 verificou-se um coeficiente de detecção considerado médio (7,33 casos/100.000 habitantes). Dentre os casos novos, 9% apresentaram incapacidade física, o que indica a ocorrência de diagnóstico tardio. O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, no tratamento e na cura. O tratamento possibilita a eliminação de fontes de infecção e a prevenção de sequelas. A assistência de enfermagem é parte integrante desse processo de cura e deve estar de acordo com a proposta da Linha de Cuidado da Hanseníase.

Neste contexto, o acolhimento na Hanseníase perpassa todo o cuidado à pessoa, envolvendo fortalecimento de vínculo, escuta cuidadosa, humanização da assistência, o olhar ao indivíduo no seu contexto de vida como ser integral e o apoio em situações de insegurança, preconceito e discriminação em relação à doença.

O(a) enfermeiro(a) na atenção à pessoa com hanseníase deve: dialogar com o usuário, a família e a comunidade sobre o processo de adoecimento, tratamento e cura; descobrir casos novos identificando sinais e sintomas da doença, avaliar os casos suspeitos; fazer o seguimento de casos, realizar consulta de enfermagem, solicitar baciloscopia; monitorar o tratamento PQT/OMS e antireacional; orientar sobre os efeitos adversos dos medicamentos; avaliar o grau de incapacidade física; aplicar técnicas de prevenção de incapacidades; fazer a investigação epidemiológica do caso, realizar o exame de contato intradomiciliar e fazer a visita domiciliar.

A Enfermagem tem papel fundamental no Cuidado integral à pessoa com hanseníase atuando no acolhimento dos usuários, no monitoramento da poliquimioterapia (PQT/OMS), na vigilância de intercorrências como a reação hansênica e o efeito adverso aos medicamentos, na prevenção de incapacidades físicas, na vigilância de contatos e na educação em saúde.

protocolo_A4_final.indd 118 31/07/2012 14:49:59

10.1. Fluxograma – atuação do enfermeiro na suspeição e no acompanhamento de casos de hanseníase

Acolhimento e Suspeição Diagnóstica:
Questionar e observar a existência de lesões de pele há mais de 3 meses; áreas de pele com alteração de sensibilidade; alterações motoras em extremidades;

CASO SUSPEITO

Consulta de Enfermagem:
– anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológico;
– solicitação e/ou coleta de baciloscopia (BAAR), esfregaço intradermico;
– Educação em saúde
– encaminhar para consulta médica.

Consulta Médica

Caso confirmado:
Iniciar tratamento de acordo com a prescrição médica

Primeira Consulta de Enfermagem:
– Diagnóstico de enfermagem (anamnese, histórico psicossocial, exame físico e dermatoneurológico.);
– Administrar a dose supervisionada e fornecer auto-administrada;
– Orientação quanto à realização de exames complementares: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum e exame parasitológico de fezes (EPF);
– Avaliar necessidade e encaminhar para as seguintes especialidades terapeuta ocupacional, oftalmologia, odontologia, psicologia, serviço social, nutricionista, dermatologista, clínico e ginecologista.
– Construir com o paciente e a família (quando necessário) o plano de cuidados.
-Agendamento e avaliação dos contatos intradomiciliares.
– Educação em saúde

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

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

10.2. Situações de risco na hanseníase

10.2.1. Risco epidérmico

10.2.2. Acompanhamento de casos – classificação de risco

Consulta de enfermagem

MB ou PB **com** intercorrências:
- reação hansênica
- efeito adverso à PQT
- Grau 1 ou 2 de incapacidade
- com neurite

MB ou PB sem intercorrências:
- sem reação hansênica
- sem efeito adverso à PQT
- Grau zero de incapacidade
- sem neurite

Baixo risco

SINAIS DE ALERTA

-Inflamação súbita de manchas pré-existentes; -aparecimento súbito de nódulos vermelhos e doloridos, ulcerações;
-piora do quadro geral com febre, mal-estar, mialgia e adenomegalia;
- dor e vermelhidão nos olhos;
- edema de mãos, pernas, pés e face.

Reação hansênica

- dor aguda em nervos de face, mãos e pés;
- piora da sensibilidade de mãos e pés;
- perda súbita da força muscular em face, mãos e pés;
- diminuição súbita da acuidade visual;
Obs. A neurite pode acompanhar a reação hansênica

Neurite

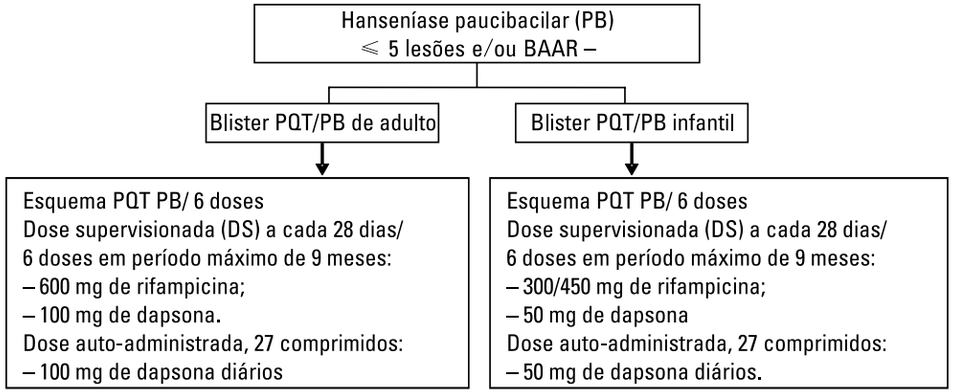
- anemia grave;
- cianose de extremidades;
- sintomas parecidos com a gripe após a dose supervisionada;
- icterícia;
- náuseas e vômitos incontroláveis;
- pele apresentando edema, eritema, vesículas, bolhas, descamação.

Efeito adverso

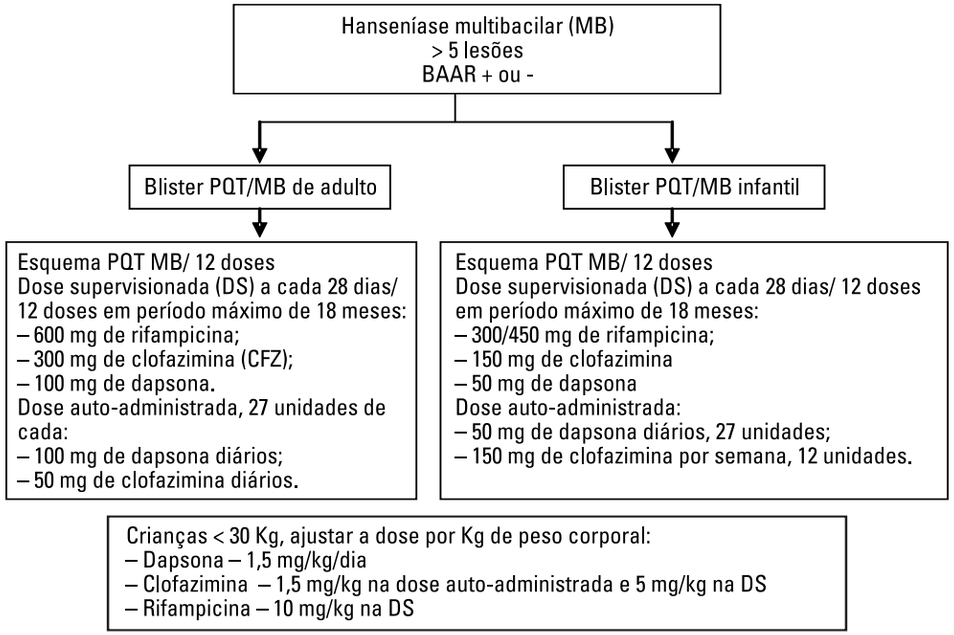
ALTO RISCO

protocolo_A4_final.indd 119 31/07/2012 14:50:00

10.3. Tratamento medicamentoso para hanseníase paucibacilar



10.4. Tratamento medicamentoso para hanseníase multibacilar



10.5. Conduta de enfermagem nas reações adversas à PQT

Efeitos principais	Medicamento	Conduta
Síndrome sulfona: 1º mês de tratamento (Anemia, dermatite esfoliativa, febre, dores abdominais, poliadenomegalia, icterícia, aumento de transaminases, linfocitose com linfócitos atípicos. Síndrome mononuclease-símile) Pode ser fatal.	DDS	Suspender PQT Encaminhar ao médico,com urgência Orientações e prescrições subseqüentes do esquema substitutivo.
Anemia macrocítica (Sonolência, astenia; paciente hipocorado) metahemoglobinemia. (Cianose, dispnéia, astenia, taquicardia, cefaléia)	DDS	Encaminhar ao médico. Solicitar hemograma completo mensal Orientações e prescrições subsequentes do esquema substitutivo. Suspender PQT Avaliar saturação de O^2 em hospital
Anemia hemolítica	DDS RFM	Suspender PQT Hemograma completo de urgência Ht < 30% e/ou Hb < 9 g/dL e/ou sinais de descompensação cardíaca: Encaminhar ao serviço de emergência. Ht > 30% e Hb > 9 g/dL sem sinais de descompensação cardíaca: Encaminhar ao médico para substituição de esquema terapêutico. Orientações e prescrições subsequentes do esquema substitutivo.
Síndromes de hipersensibilidade tegumentar	DDS RFM	Suspender PQT Encaminhar ao médico. Orientações e prescrições subsequentes do esquema substitutivo.
Icterícia	DDS RFM	Suspender PQT Encaminhar ao médico.
Síndrome pseudogripal: a partir da 2ª DS	RFM	Suspender PQT Encaminhar ao médico. Orientações e prescrições subsequentes do esquema substitutivo.
Náuseas e vômitos incontroláveis	RFM	Suspender PQT Encaminhar ao médico. Orientações e prescrições subsequentes do esquema substitutivo.

protocolo_A4_final.indd 120 31/07/2012 14:50:00

10.6. Conduta de enfermagem nas reações hansênicas

Acolhimento e Consulta de Enfermagem:
Identificação dos estados reacionais antes, durante ou após o tratamento PQT

↓

Encaminhar para consulta médica para atendimento urgente
Atentar para classificação da reação e prescrição medicamentosa.

↓

Reação tipo I ou Reversa
– Lesões antigas mais eritematosas, edematosas e dolorosas;
– Lesões novas;
– Sintomas sistêmicos pouco frequentes
– Neurite

Reação tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico
– Eritema nodoso, eritema polimorfo;
– Mão e pé reacional;
– Sintomas sistêmicos como febre, mal-estar, anorexia;
– Neurite;
– Irite, iridocicilite, artralgias, glomerulonefrite (proteinúria)

↓

Consulta de Enfermagem:

- Anamnese e exame físico;
- Orientar sobre autocuidados para olhos, nariz, mãos e pés.
- Orientar quanto à observância da prescrição medicamentosa quanto à adesão, horários, posologia, armazenamento;
- realizar o controle de pressão arterial, glicemia, peso (IMC), circunferência abdominal e avaliação dermatoneurógica a cada 30 dias ou a cada 15 dias dependendo do quadro clínico, nos pacientes em corticoterapia.
- Orientar quanto ao uso da talidomida em mulheres em idade fértil (Resolução da Diretoria Colegiada Nº 11 de 22/03/2011 ANVISA) e monitorizar quanto ao uso de métodos contraceptivos.
- Orientação quanto à realização de exames complementares, hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum e exame parasitológico de fezes (EPF), ou outros solicitados, com a atenção para resultados de exames compatíveis com situações de risco.
- Encaminhar ao médico imediatamente em caso de agravamento do quadro.
- Encaminhar ao oftalmologista, odontologista, nutricionista e serviço social, caso necessário.
- Construir plano de cuidados baseado nas queixas do paciente e situação socioeconômica.
- Sempre encaminhar ao Terapeuta Ocupacional os casos em reação hansênica.

10.7. Ações de prevenção de incapacidade físicas realizadas pelos enfermeiros

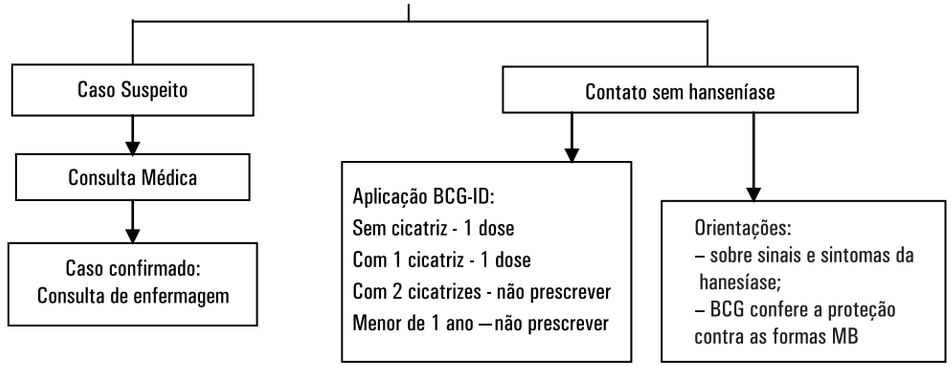
Achados	Condutas
Grau 0 de incapacidade física Nenhum problema com olhos mãos e pés no momento do diagnóstico	Avaliar o grau de incapacidade: • PB e MB – no diagnóstico, de 3/3 meses e na alta. Fazer orientação para o autocuidado durante o tratamento PQT e pós-alta: • Observar sinais e sintomas de estados reacionais e neurites. • Inspecionar olhos, mãos e pés. Fazer avaliação dermatoneurológica no momento da dose supervisionada mensal. Encaminhar pacientes com reações hansênicas, neurites e outras alterações de mãos, pés e olhos para o nível secundário.
Neurites de membros superiores e/ou inferiores, mão e pé reacional (durante o tratamento PQT e pós-alta)	Avaliar prescrição medicamentosa quanto à adesão, horários, posologia, armazenamento e uso. Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor. Orientar paciente quanto à importância do repouso do membro afetado; Imobilizar com tipóia e encaminhar para pólo de PI Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional Acompanhar evolução clínica.
Grau 1 de incapacidade física → Diminuição ou ausência(retiraria de sensibilidade em: • CÓRNEA (não reponde ao toque com fio dental) • MÃOS (não responde ao monofilamento de 2,0g -lilás) • PÉS (não responde ao monofilamento de 4,0g – vermelho fechado)	Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor. Prescrever, orientar e observar o uso de material de proteção como óculos, boné, luvas antitérmicas. Fazer orientação e demonstração para o autocuidado: • Inspecionar olhos, mãos e pés. • Hidratar e lubrificar a pele. • Observar sinais e sintomas de reações e neurites. • Usar colírio. • Usar material de proteção para olhos, mãos e pés. Prescrever Hipromelose colírio 0,2 % e 0,3 %, 1 a 2 gotas, sempre que necessário, ou de 4 a 6 vezes por dia. Prescrever Creme de Uréia a 10%, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo. Prescrever Óleo Mineral, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo. Prescrever vaselina salicilada para aplicar nas áreas de calosidade, 1 a 2 vezes ao dia.
Grau 2 de incapacidade: Lagoftalmo; ectrópio; entrópio	Prescrever colírio e óculos Orientar e demonstrar autocuidado: • Exercícios • Lubrificar com colírio • Usar óculos para proteção noturna e diurna. Encaminhar para terapia ocupacional. Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional

protocolo_A4_final.indd 121 31/07/2012 14:50:01

Triquíase	Retirar os cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessário; Orientar e demonstrar autocuidado (inclusive aos familiares) • Inspecionar os olhos • Comparecer à US em caso de irritação ocular, crescimento de cílios Encaminhar para terapia ocupacional e oftalmologia.
Opacidade corneana; acuidade visual < 0,1	Encaminhar para terapeuta ocupacional Encaminhar para o oftalmologista. Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional
Úlceras e lesões traumáticas em mãos	Encaminhar para terapeuta ocupacional Prescrever medidas de proteção nas atividades do cotidiano, trabalho e lazer. Orientar e demonstrar autocuidado. Fazer curativo Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional
Garras em mãos	Encaminhar para terapeuta ocupacional; Orientar a realização de exercícios em caso de garra móvel, Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional
Mão caída	Encaminhar para terapeuta ocupacional. Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico , urgente. Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional
Lesões traumáticas em pés	Encaminhar para terapeuta ocupacional. Avaliar e orientar quanto ao calçado adequado Realizar curativo. Prescrever medidas de proteção para as atividades de vida diária e laborativa. Orientar e demonstrar autocuidado. Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional
Úlcera plantar (mal perfurante plantar)	Úlceras superficiais: Avaliar o calçado/ orientar calçado adequado Encaminhar para terapeuta ocupacional. Realizar curativo Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional
Pé caído	Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente. Monitorar o uso do corticoide. Encaminhar para terapeuta ocupacional. Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional
Garras em pés	Orientar a realização de exercícios.(garra móvel) Encaminhar para terapeuta ocupacional. Verificar adesão ao tratamento prescrito pelo terapeuta ocupacional

10.8. Consulta de enfermagem na vigilância de contatos

Consulta de Enfermagem do Contato:
-Anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica.
– Avaliação da cicatriz vacinal do BCG.
– Educação em saúde
– Comunicar, via SINAN, os contatos avaliados e atualizar, via boletim de atualização, o número de contatos avaliados



10.9. Ações de enfermagem na comunidade

- Visita Domiciliar: queixa induzida, identificação de sintomáticos respiratórios.
- Mobilização da comunidade: escolas, Igrejas, associação de moradores, sala de espera, grupos, atividades de identificação diagnóstica.

10.10. Ações de enfermagem na organização do serviço

- Educação permanente
- Supervisão da equipe de enfermagem
- Sistema de informação do PCH: atualização sistemática dos dados

protocolo_A4_final.indd 122 31/07/2012 14:50:01

REFERÊNCIA 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília, 2008. 200p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Gerência de Dermatologia Sanitária. *Linha de Cuidados na Hanseníase*. 2010. Disponível em: http://www.sms.rio.rj.gov.br/forum/ead/

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Orientações para uso de Corticóides em Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 52p. (Série A-Normas e Manuais Técnicos). 2010b.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. 2010a Disponível em: www.saude.gov.br/hanseniase. Acesso em: 03 de janeiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72p

MINAS GERAIS. Como reconhecer e tratar reações hansênicas/ [adaptada por um grupo de trabalho da Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, SES, Minas Gerais], Belo Horizonte: SES, 2005. 85p. Baseada na obra: How to Recognise and Manage Leprosy Reactions de Paul Saunderson

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase* nº 1, 2,3,4 e 5. 2008 Disponível em: www.saude.gov.br/bvs

11. PROTOCOLO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO PARA DENGUE

Este protocolo de atendimento de casos suspeitos de dengue foi estruturado buscando a padronização de condutas no atendimento aos casos de dengue no município, dessa forma, tem o objetivo fundamental oferecer aos usuários do Sistema Único de Saúde o atendimento preconizado pelos manuais publicados pelo Ministério da Saúde e reduzir os casos de óbitos relacionados à doença.

A identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a tomada de decisões e a implementação de medidas de maneira oportuna, visando principalmente ao controle da doença. A organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica, é essencial para reduzir a letalidade das formas graves e conhecer o comportamento da dengue, sobretudo em períodos de epidemia.

11.1. 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: cefaleia, dor retro-orbitária, 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).

protocolo_A4_final.indd 123 31/07/2012 14:50:01

11.2. Aspectos clínicos na criança

A dengue na criança pode ser assintomática ou apresentar-se como uma síndrome febril clássica viral, ou com sinais e sintomas inespecíficos: adinamia, sonolência, recusa da alimentação e de líquido, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nos menores de dois anos de idade, especialmente em menores de seis meses, sintomas como cefaleia, dor retro-orbitaria, mialgias e artralgias podem manifestar-se por choro persistente, adinamia e irritabilidade, geralmente com ausência de manifestações respiratórias, podendo ser confundidos com outros quadros infecciosos febris, próprios da faixa etária.

Na criança, o início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. O agravamento, em geral, e súbito diferente do que ocorre no adulto, que é gradual, em que os sinais de alarme são mais facilmente detectados.

11.3. Aspectos clínicos na gestante

Pacientes gestantes devem ser tratadas de acordo com o estado clínico da dengue. As gestantes necessitam de vigilância, devendo o médico estar atento aos riscos para mãe e concepto. Os riscos para mãe infectada estão principalmente relacionadas ao aumento de sangramentos de origem obstétrica e as alterações fisiológicas da gravidez, que podem interferir nas manifestações clínicas da doença. Para o concepto de mãe infectada durante a gestação, há risco aumentado de aborto e baixo peso ao nascer (ver em detalhes seção de parecer técnico científico para situações especiais).

11.4. Sinais de alarme na dengue

a) dor abdominal intensa e contínua;
b) vômitos persistentes;
c) hipotensão postural e/ou lipotímia;
d) hepatomegalia dolorosa;
e) sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena);
f) sonolência e/ou irritabilidade;
g) diminuição da diurese;
h) diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia;
i) aumento repentino do hematócrito;
j) queda abrupta de plaquetas;
l) desconforto respiratório.

11.5. Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações hemodinâmicas

Parâmetros	Circulação estável	Choque compensado	Choque com hipotensão
Nível de consciência	Claro e lúcido	Claro e lúcido (pode passar despercebido, caso o paciente não seja interrogado)	Alterações do estado mental (agitação, agressividade)
Enchimento capilar	Rápido (< 2 segundos)	Prolongado (> 2 segundos)	Muito prolongado, pele com manchas.
Extremidades	Extremidades quentes e rosadas	Extremidades periféricas frias	Extremidades frias e úmidas
Volume do pulso periférico	Pulso forte	Pulso fraco e fibroso	Tênue ou ausente
Ritmo cardíaco	Normal para a idade	Taquicardia	Taquicardia intensa, com bradicardia no choque tardio
Pressão arterial	Normal para a idade e pressão de pulso normal para a idade	Pressão sistólica normal, mas pressão diastólica elevada, com diminuição da pressão de pulso e hipotensão postural	Redução de pressão do pulso (≤ 20 mm Hg), hipotensão, sem registro da pressão arterial
Ritmo respiratório	Normal para a idade	Taquipneia	Acidose metabólica, hiperpneia ou respiração de Kussmaul

Fonte: Opas. ***Dengue – Guia de Atencion para Enfermos em la Region de las Américas.*** La Paz, Bolívia, 2010.

11.6. Prova do laço

A Prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo.
A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.
• Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula (PAS + PAD) /2; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então 100 + 60 = 160, 160/2 = 80; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg.
• Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças.
• Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e dez ou mais em crianças; atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
• Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, a mesma pode ser interrompida.
• A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e **durante o choque**.

protocolo_A4_final.indd 124 31/07/2012 14:50:01

11.7. Classificação de risco

A classificação de risco do paciente com dengue visa a reduzir o tempo de espera no serviço de saúde. Para essa classificação, foram utilizados os critérios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o estadiamento da doença. Os dados de anamnese e exame físico serão utilizados para fazer esse estadiamento e para orientar as medidas terapêuticas cabíveis.

11.7.1. Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

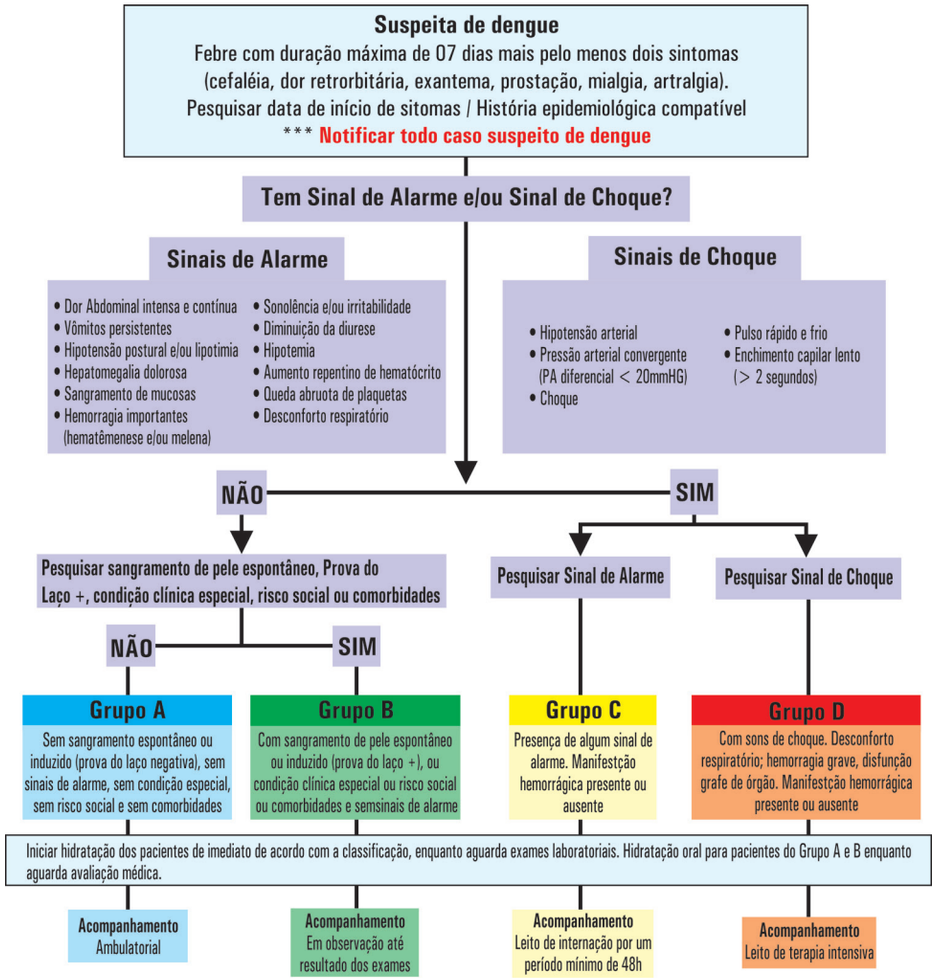
* Azul : Grupo A – atendimento de acordo com o horário de chegada

* Verde: Grupo B – prioridade não urgente

* Amarelo: Grupo C – urgência, atendimento o mais rápido possível

* Vermelho: Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

11.7.2. Fluxograma para classificação de risco de dengue



protocolo_A4_final.indd 125 31/07/2012 14:50:03

11.7.3. Hidratação

(fundamental no tratamento à dengue)

Manter o organismo bem hidratado é a melhor maneira de enfrentar uma virose como a dengue. A ingestão de bastante líquido evita quedas de pressão e agravamento do quadro clínico do paciente. Água, leite, chás e sucos naturais são os mais recomendados. Mas qual a quantidade que deve ser ingerida quando se está com dengue? Isso depende se o doente é criança ou adulto e também do peso.

Na tabela de hidratação para pacientes com dengue, do Ministério da Saúde, o volume total diário indicado varia de 3 a 4 litros para uma pessoa com 50 Kg, até 6 a 8 litros, para alguém com 100 Kg. Já para criança vai de meio litro (10Kg) até 2 litros (40Kg)." Dependendo da gravidade o paciente terá que ser hidratado pela via endovenosa de acordo com critério médico.

11.7.4. Seguimento ao paciente e Informações Importantes:

Para seguimento do paciente, recomenda-se a adoção do "Cartão de Identificação do Paciente com Dengue".

Dengue é uma doença dinâmica, em que o paciente pode evoluir de uma fase para outra rapidamente.

Os salicilatos, como o AAS, são contraindicados e não devem ser administrados, pois podem causar ou agravar sangramentos. Os anti-inflamatórios não hormonais (Cetoprofeno, Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulida e outros) e as drogas com potencial hemorrágico não devem ser utilizados.

O hemograma tem como finalidade principal avaliar o hematócrito, para identificação de hemoconcentração. Hemoconcentração indica provável alteração de permeabilidade capilar (extravasamento plasmático), associado à gravidade, além de definir a necessidade de hidratação e resposta a terapia de reposição instituída. Queda de hematócrito pode sugerir hemorragias.

Os sinais de alarme e o agravamento do quadro clínico costumam ocorrer na fase de remissão da febre (entre o 3º e 6º dia da doença).

Apesar de ser uma doença que pode evoluir gravemente, seu tratamento, quando oportuno, é relativamente simples e barato, sendo necessário acompanhamento atento das manifestações clínicas, sinais vitais e sinais de gravidade da doença.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. *Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico – Adulto e Criança*. 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

protocolo_A4_final.indd 126 31/07/2012 14:50:03

© 2012 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

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

RIO PREFEITURA

SAÚDE E DEFESA CIVIL

Apoio

redeunida

Tiragem 2ª ed. Revista e Corrigida – 2012. 250 exemplares. Imprensa da Cidade.

9 788586 074264

SUS Sistema Único de Saúde

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

Coren RJ
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

protocolo_A4_final.indd 128 31/07/2012 14:50:03