

# Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás

3ª EDIÇÃO



# **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**

**3ª Edição**

GOIÂNIA  
2017

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
GPT/BC/UFG**

P962 Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás / organização, Claci Fátima Weirich Rosso...[et al.]. - 3. ed. - Goiânia : Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.  
394 p. : il.

Bibliografia: p. 390-391  
ISBN : 978-85-68947-02-9

1. Enfermagem. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Goiás (Estado). I. Rosso, Claci Fátima Weirich. II. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

CDU: 616-083

## **Conselho Federal de Enfermagem**

Lei 5.905 de 12 de julho de 1973

### **Conselho Regional de Enfermagem de Goiás**

Filiado ao C.I.E. - Genebra

#### **Diretoria**

Presidente: ENF Ivete Santos Barreto

Secretária: ENF Ângela Cristina Bueno Vieira

Tesoureira: TEC Marli Aparecida de Ávila

#### **Conselheiros Efetivos**

ENF Laura Maria Isabela Tiago de Barros

ENF Michelle da Costa Mata

ENF Milca Severino Pereira

TEC Fernando Correa

TEC Rosilene Alves Brandão e Silva

TEC Julivan Rosa Prata

#### **Conselheiros Suplentes**

ENF Cristiane José Borges

ENF Glenda Batista de Almeida Andrade

ENF Luciana Aparecida Soares Moreira

TEC Iramar Alves dos Santos

TEC Marines de Sousa Ribeiro

TEC Nilza Maria Pires de Moraes

TEC Ronilda de Souza Cavalcante e Silva

ENF Silvio José de Queiroz

ENF Viviane Ribeiro

#### **Organizadores**

Claci Fátima Weirich Rosso, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Luana Cássia Miranda Ribeiro,

Maria Salete Silva Pontieri Nascimento, Marisa Aparecida Souza e Silva,

Nilza Alves Marques Almeida, Samira Nascimento Mamed e Silvio José de Queiroz

#### **Sede**

Rua 38 no 645, Setor Marista. CEP: 74150-250. Goiânia-GO

Telefone/Fax: (62) 3242.2018 e 3239.5300

Site: [www.corengo.org.br](http://www.corengo.org.br) | E-mail: [corengo@corengo.org.br](mailto:corengo@corengo.org.br)

#### **Subseções**

##### **Anápolis**

Av. Minas Gerais no 142, Edifício Empresarial Jundiá – sala 7, Jundiá.

Telefone/Fax: (62) 3324.0708

##### **Valparaíso de Goiás**

Unidade Vapt Vupt - Rodovia BR 040, Km 12 Gleba F, Parque Esplanada III,

Shopping Sul, loja 140-A - CEP: 72876-301 - Telefone/Fax: (61) 3629.2371



## DOS ORGANIZADORES

O intuito da elaboração do Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás foi oferecer um instrumento de gestão e de cuidado aos profissionais de saúde da Atenção Primária em diferentes cenários sociais, econômicas e de acesso às informações das normas e protocolos do Ministério da Saúde e outros órgãos produtores de conhecimento na área da saúde.

A construção da primeira edição foi iniciada na gestão do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás (Coren-GO) 2005-2008 e foi publicada em 2010 com o título “Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás”. Essa primeira edição contou com a participação de 14 enfermeiros, representantes de órgãos de gestão públicas de saúde e de ensino, que assumiram papel de organizadores e autores na elaboração do referido Protocolo. O grande desafio foi unir autores de diversas instituições e áreas distintas para elaborarem protocolos de enfermagem voltados para Atenção Primária, considerada uma experiência inovadora para enfermagem brasileira, especialmente para o estado de Goiás.

A primeira edição foi estruturada em 14 capítulos abordando as seguintes temáticas: pré-natal de baixo risco, atenção à saúde da criança, atenção à imunização, atenção ao adolescente, atenção à saúde da mulher, atenção à saúde da família, doenças sexualmente transmissíveis, atenção à hipertensão arterial, atenção à diabetes, atenção ao paciente com tuberculose, hanseníase e dengue, atenção à raiva e saúde do trabalhador.

A segunda edição do Protocolo foi publicada em 2014, com avanço na organização do processo de trabalho por meio da constituição uma Câmara Técnica para revisão da primeira edição, composta por cinco enfermeiras organizadoras e uma jornalista, sendo que quatro enfermeiras participaram da primeira edição. Nessa elaboração, participaram 59 enfermeiros de diferentes áreas do conhecimento, instituições e órgãos de saúde, como autores.

Os protocolos foram revisados e atualizados e três novos temas foram incluídos na segunda edição: atenção à saúde do homem, atenção à saúde mental, atenção à saúde do idoso. Totalizando, assim, 16 protocolos consolidados em um livro, publicado no formato impresso e digital, que foi amplamente divulgado e distribuído em todo território goiano e em alguns eventos nacionais, bem como disponibilizado no site do Coren-GO.

A gestão 2015-2017 do Coren-GO sugeriu a revisão da segunda edição do Protocolo, compondo uma nova Câmara Técnica com sete enfermeiros organizadores e 135 autores, que revisaram os 16 protocolos existentes e ampliaram as áreas temáticas com outros dez novos protocolos voltados para assistência de enfermagem na Atenção Primária: gerenciamento de resíduos nos serviços de saúde, atenção às pessoas com feridas, atenção domiciliar, saúde de grupos sociais vulneráveis, atenção às urgências e emergências, vigilância epidemiológica, segurança do paciente, processamento de produtos para saúde, plano de parto e atenção às urgências obstétricas.

Em todas as edições, o desafio de unir autores de diferentes áreas de atuação, representantes de instituições de ensino superior, secretaria de saúde do estado, secretarias de saúde de diversos municípios e outros estabelecimentos de saúde, tornou o processo enriquecedor. De tal modo que permitiu, aos profissionais enfermeiros, vislumbrarem a importância e o incentivo do uso desses protocolos na prática da enfermagem e gestão dos serviços de saúde, incentivando na construção de uma cultura de segurança ao paciente e ao trabalhador, que contribuirá na melhoria da gestão da qualidade nos serviços de saúde e na assistência prestada ao indivíduo e comunidade.

**Claci Fátima Weirich Rosso** – Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFG, Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFG. Coordenadora de Extensão da UFG, Pró-reitora Adjunta de Extensão e Cultura da UFG. Coordenadora e Organizadora do Protocolo de Enfermagem na 1ª, 2ª e 3ª edição, Autora de capítulos do Protocolo de Enfermagem na 1ª, 2ª e 3ª edição. Coordenadora da

Câmara Técnica de elaboração do Protocolo do Conselho Regional de Enfermagem – Coren-GO. (claci.fen@gmail.com)

**Ana Lúcia Queiroz Bezerra** - Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Pesquisadora e Bolsista de Produtividade do CNPq, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFG, Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFG. Organizadora da 1ª e 3ª edição do Protocolo de Enfermagem, Autora de capítulos do Protocolo de Enfermagem na 1ª, 2ª e 3ª edição. Membro da Câmara Técnica de elaboração do Protocolo – Coren-GO. (analuciaqueiroz@uol.com.br)

**Luana Cássia Miranda Ribeiro** – Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Instituto Federal de Goiás – IFG. Colaboradora do Coren-GO, Organizadora da 3ª edição do Protocolo – Coren-GO. (luaufg@yahoo.com.br).

**Maria Saete Silva Pontieri Nascimento** – Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Organizadora da 3ª edição do Protocolo de Enfermagem, Autora de capítulos do Protocolo de Enfermagem 2ª e 3ª edição. Membro da Câmara Técnica de elaboração do Protocolo – Coren-GO. (saetepontieri@hotmail.com).

**Marisa Aparecida Souza e Silva** – Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela IAPA/LTDA; Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UFG e Fundacentro/SP e Especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde pelo Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês. Gerente da Atenção à Saúde da Secretária de Saúde do Estado de Goiás. Organizadora do Protocolo de Enfermagem na 1ª, 2ª e 3ª edição, Autora de capítulos do Protocolo de Enfermagem na 1ª, 2ª e 3ª Edição. Membro da Câmara Técnica de elaboração do Protocolo – Coren-GO. (marisa.apss@gmail.com).

**Nilza Alves Marques Almeida** – Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFG. Organizadora da 2ª e 3ª edição do Protocolo de Enfermagem, Autora de capítulos do Protocolo de Enfermagem na 1ª, 2ª e 3ª edição. Membro da Câmara Técnica de elaboração do Protocolo – Coren-GO. (nilzafenufg@gmail.com)

**Samira Nascimento Mamed** – Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Autora de capítulo do protocolo na 2ª e 3ª edição. Organizadora do Protocolo de Enfermagem na 3ª edição. Membro da Câmara Técnica de elaboração do Protocolo Coren-GO. (samiramamed31@gmail.com)

**Silvio José de Queiroz** – Enfermeiro, Doutor em Promoção de Saúde, Docente do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Conselheiro do Coren-GO, Enfermeiro Intervencionista do Resgate Aéreo do Estado de Goiás. Enfermeiro Intervencionista do Serviço Móvel de Urgência - Samu 192. Autor de capítulos do Protocolo de Enfermagem 3ª edição, Organizador do Protocolo de Enfermagem na 3ª edição, Membro da Câmara Técnica de elaboração do Protocolo Coren-GO. (silvio.resgate@gmail.com)



# SUMÁRIO

Apresentação.....	09
Protocolo de Enfermagem na Atenção para Vigilância Epidemiológica na Atenção Primária .....	11
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Família .....	23
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança .....	33
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Adolescente .....	79
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher .....	91
Protocolo de Enfermagem na Atenção de Plano de Parto e Nascimento .....	119
Protocolo de Enfermagem na Atenção ao Parto e Urgências Obstétricas .....	135
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Homem.....	147
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.....	161
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Trabalhador .....	175
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde Mental .....	185
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Imunização .....	199
Protocolo de Enfermagem na Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis .....	211
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Tuberculose .....	231
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Hanseníase .....	239
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Raiva Humana.....	249
Protocolo de Enfermagem na Atenção à ao Paciente com suspeita de Dengue.....	259
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Hipertensão.....	269
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Diabetes Mellitus .....	279
Protocolo de Enfermagem na Atenção às Pessoas com Feridas.....	289
Protocolo de Enfermagem na Atenção às Urgências e Emergências .....	311
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) .....	325
Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde de Grupos Sociais Vulneráveis.....	335
Protocolo de Enfermagem na Atenção para Segurança do Paciente na Atenção Primária.....	349
Protocolo de Enfermagem no Processamento de Produtos para Saúde .....	361
Protocolo de Enfermagem para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde na Atenção Primária .....	381



## APRESENTAÇÃO

A diversidade de procedimentos hoje disponíveis na saúde, a premente necessidade de organização dos serviços e o desenvolvimento de atitudes interdisciplinares exigem dos profissionais e gestores, a elaboração, a divulgação e a adoção de ferramentas que sejam capazes de instrumentalizar as ações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações de saúde são sustentadas por processos de trabalho e procedimentos que envolvem a equipe multidisciplinar. Neste, ressalta-se a enfermagem, pois possui um papel fundamental na implementação das políticas públicas, além de representar quantitativamente a maior força de trabalho no contexto da saúde.

Para nortear as ações dos profissionais de enfermagem, o Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (Coren-GO) tem a satisfação de apresentar esta reedição atualizada, impressa e digital do **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**.

A ideia de criação do Protocolo, desde a sua primeira versão, foi inspirada na preocupação do Coren-GO em elaborar um instrumento prático e objetivo que ofereça contribuições para a realização de um atendimento de qualidade e segurança aos usuários do SUS.

O protocolo trata-se de um consolidado de normativas, políticas governamentais e pesquisas científicas que dão subsídios às ações dos profissionais de enfermagem. Assim, os capítulos foram elaborados ou atualizados a partir das evidências de melhores práticas para a tomada de decisão desses profissionais com base em referencial atualizado, confiável e de acordo com os pressupostos legais.

Nessa terceira edição, buscou-se facilitar o acesso às informações relevantes e foram ainda incluídos 10 novos capítulos oriundos das necessidades apresentadas pelos profissionais de enfermagem, além daquelas diagnosticadas pelo próprio Conselho para atender as demandas atuais da assistência. Foram abrangidos, além dos já disponibilizados, os seguintes assuntos: gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, atenção às pessoas com feridas, atenção domiciliar, saúde de grupos sociais vulneráveis, atenção às urgências e emergências, vigilância epidemiológica, segurança do paciente, processamento de produtos para saúde, plano de parto e urgências obstétricas.

O uso sistemático do protocolo permite ao enfermeiro, como membro ativo da equipe multiprofissional, desenvolver um trabalho com autonomia e maior resolutividade, e também inserido nos programas de saúde pública preconizados pelo Ministério da Saúde, conforme salienta a Lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional de Enfermagem. Além disso, ele também é útil aos gestores dos serviços como uma diretriz para a implementação das políticas públicas de saúde.

É importante ressaltar que para a elaboração desse documento, foi constituída a Câmara Técnica de Revisão dos Protocolos de Atenção Primária em Saúde, a partir de um grupo composto com representatividade institucional para tal finalidade. Essa câmara estruturou os trabalhos com base na composição de Grupos de Trabalho (GT), divididos de acordo com as áreas temáticas de 'expertise' dos profissionais, representados por segmentos dos setores de serviço e ensino.

Assim, o presente protocolo é fruto de um trabalho integrado deliberado pelo Coren-GO que visa contribuir de forma legal, ética, crítica e responsável, com a busca para a transformação das práticas e a consequente ampliação da qualidade e autonomia da enfermagem em nosso Estado.



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Samira Nascimento Mamed<sup>1</sup>  
Divânia Dias da Silva França<sup>2</sup>  
Flúvia Pereira Amorim da Silva<sup>3</sup>  
Juliana Brasiel da Silva<sup>4</sup>  
Leandro Nascimento da Silva<sup>5</sup>  
Magna Maria de Carvalho<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## 1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), definindo-a, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 2009).

Ao longo dos anos, o SVE tem ampliado seu escopo, incorporando novos objetos de interesse e adotando novas metodologias de atuação, como a Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, a Vigilância de Fatores de Risco, a Vigilância Nutricional e, mais recentemente, a Vigilância do Óbito, com destaque para o Óbito Materno e Infantil. A vigilância do óbito, por exemplo, tem dado uma importante contribuição para o planejamento em saúde, pois através da reconstituição da história de vida e morte, da trajetória em busca de

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Medicina Tropical, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre em Medicina Tropical, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

assistência e da análise dos determinantes sociais e dos critérios de evitabilidade, permite a correção e qualificação dos dados de mortalidade e da atuação para prevenção de novas ocorrências.

A operacionalização da vigilância epidemiológica permite conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. As funções da vigilância epidemiológica são: coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas; promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e divulgação de informações pertinentes (BRASIL, 2009).

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis (BRASIL, 2009).

Com o desenvolvimento do SUS, os sistemas municipais de vigilância epidemiológica vêm sendo dotados de autonomia técnico-gerencial e ampliando o enfoque, para além dos problemas definidos como de prioridade nacional, que inclui os problemas de saúde mais importantes de suas respectivas áreas de abrangência (BRASIL, 2009).

Atualmente, busca-se oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico. Assim, a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são imprescindíveis, pois, permitem o estabelecimento, a partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades, do planejamento do trabalho em saúde (CAMPOS, 2003).

Ademais, são atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica, garantir a atenção à saúde, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e propiciar atendimento da demanda espontânea, realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012). A equipe local é, portanto, responsável por todos os aspectos implicados com a saúde e tem por objetivo partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, prevenção e atendimento à saúde das famílias a ela referidas (CAMPOS, 2003).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser considerada o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde (CAMPOS, 2003), incorporando as práticas da Vigilância Epidemiológica ao nível local de assistência à saúde, se responsabilizando de maneira integral pela população de sua área de abrangência.

No Quadro 1 estão listadas as principais atribuições das equipes de saúde da família, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as quais guardam grande coerência com os princípios da vigilância da saúde, em especial, da Vigilância Epidemiológica.

Quadro 1. Atribuições das equipes de saúde da família, segundo o Ministério da Saúde.

- Conhecer a realidade das famílias (socioeconômica, psicológica, cultural, demográfica e epidemiológica);
- Identificar problemas de saúde e situações de risco;
- Elaborar planos locais de saúde;
- Valorizar o vínculo, a continuidade e a relação de confiança;
- Executar ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária;
- Desenvolver ações voltadas para o controle de hanseníase, tuberculose, IST/aids, doenças crônicas, ligadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência;
- Prestar assistência integral e promover a saúde através da educação para a saúde;
- Desenvolver a autoestima, o apoio mútuo, o autocuidado, a troca de experiências;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente;
- Incentivar a formação e a participação nos conselhos de Saúde.

Fonte: BRASIL, 2012.

No contexto da APS, o planejamento, a coordenação e a execução das ações de Vigilância Epidemiológica não são exclusivas de uma categoria profissional, contudo, fazem parte das competências do enfermeiro, conforme o decreto, 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498/86, do exercício profissional. Em seu Art. 11, parte II, letra “g”, compete ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde: “Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de Vigilância Epidemiológica”. Assim, a participação do enfermeiro em todas as etapas do processo de vigilância epidemiológica é garantida em Lei e deve ser exercida com zelo e competência.

Cabe ao enfermeiro, profissional sempre presente nas equipes de APS e, comumente, o profissional que coordena os Núcleos de Epidemiologia municipais, promover a integração entre as equipes de Vigilância e Atenção Primária, através da promoção de uma ambiência que possibilite a construção conjunta entre as equipes da análise de situação de saúde local, a produção de informações a partir da notificação e investigação epidemiológica, e o *feedback* de informações às equipes de saúde.

Em Goiás, a Portaria nº 439 GAB/SES, de 08 de junho de 2001, estabelece normas para a formação e as atividades dos Núcleos de Epidemiologia e de Informação em Saúde municipais, com a finalidade de desempenhar as ações de Vigilância Epidemiológica nos municípios. A portaria regulamenta as competências do núcleo, a equipe mínima e as categorias profissionais aptas a exercer a função, sendo o enfermeiro integrante dessa equipe. A Portaria nº 111 GAB/SES, de 29 de agosto de 2015, altera parte da Portaria nº 439 permitindo a acumulação do cargo de coordenador do núcleo de epidemiologia com ações das equipes da estratégia saúde da família em municípios com menos de 7.500 habitantes.

Assim, as ações de Vigilância Epidemiológica são desencadeadas, em grande parte, no âmbito da APS, que deve ser a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde local e coordenadas, em âmbito global, pela equipe do Núcleo de Epidemiologia Municipal. Contudo, o trabalho deve ser integrado respeitando as especificidades das equipes.

Sendo assim, este protocolo atua como uma base teórica e, simultaneamente, como uma síntese dos seguintes Manuais do Ministério da Saúde: *Guia de vigilância epidemiológica* (2009) e *Guia de Vigilância em Saúde* (2014); que pretende auxiliar as equipes da APS no desenvolvimento das etapas do processo de Vigilância Epidemiológica.

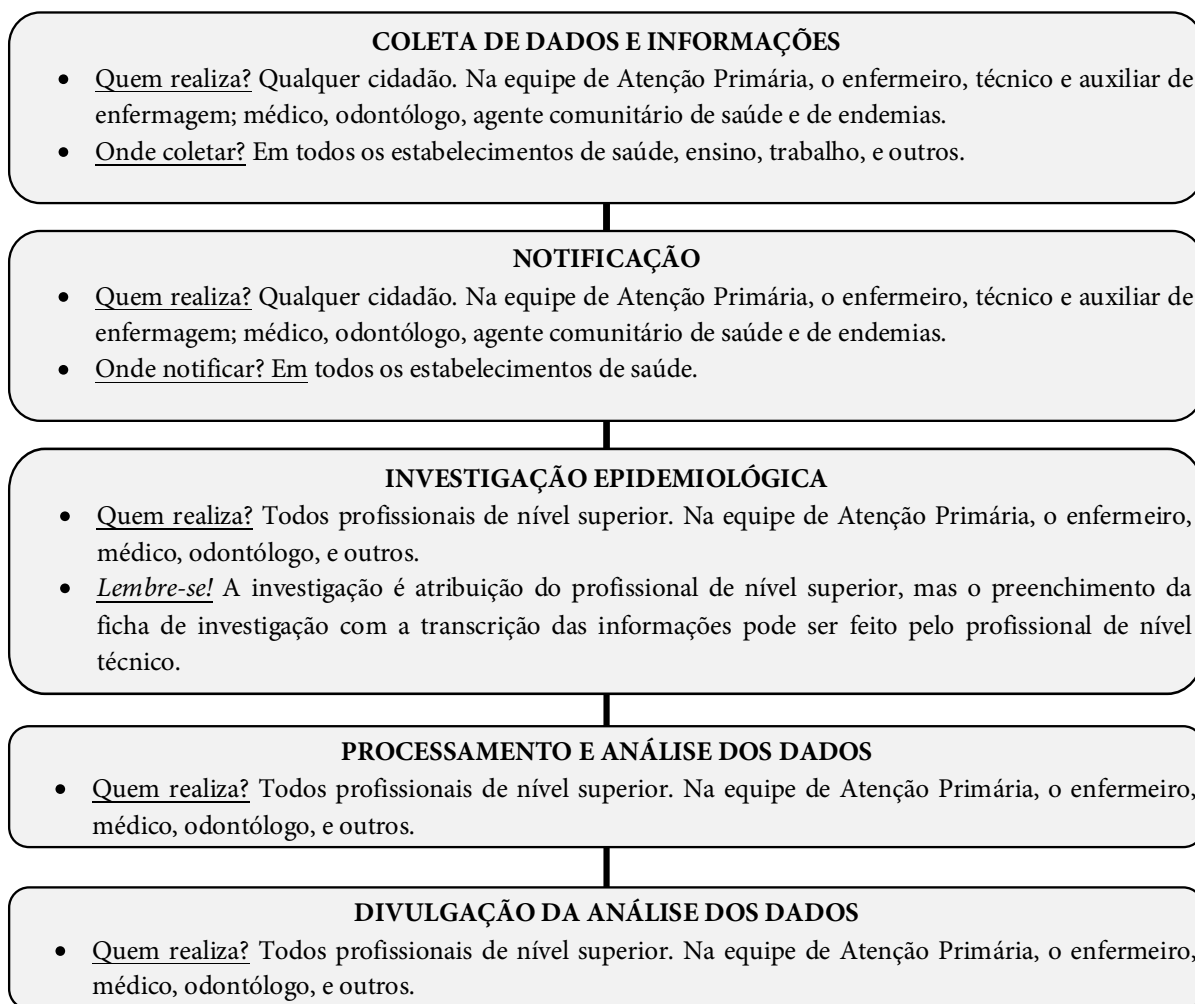
## 2. ETAPAS DO PROCESSO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

As etapas do processo de Vigilância Epidemiológica são descritas, resumidamente, na Figura 1. Vale destacar que várias dessas etapas acontecem simultaneamente e, em determinados momentos, de maneira cíclica.

### 2.1 Coleta de dados e informações

Os dados exercem funções importantes na vigilância epidemiológica, pois o cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário, como a atenção primária. É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento, a informação, capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2009).

**Figura 1.** Etapas do processo de Vigilância Epidemiológica



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

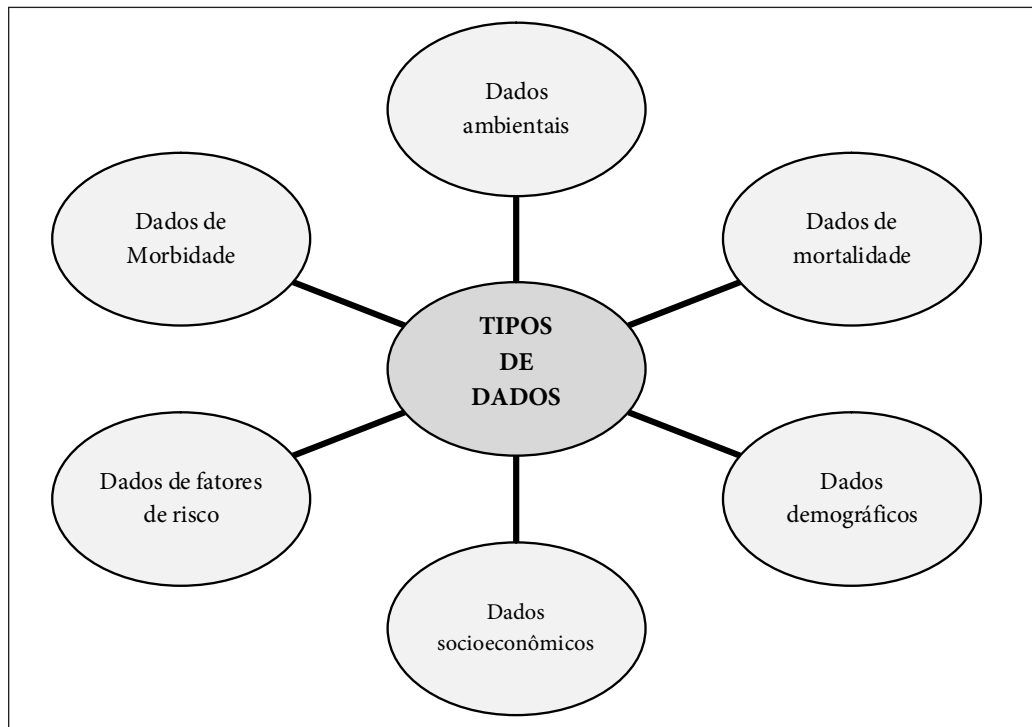
Deve-se abranger o maior número possível de fontes geradoras, entretanto, não é possível, nem necessário, conhecer a totalidade dos casos. A partir de fontes selecionadas e confiáveis, pode-se acompanhar as tendências da doença ou agravo, com o auxílio de estimativas de sub-enumeração de casos (BRASIL, 2009).

O fluxo, a periodicidade e os tipos de dados coletados devem corresponder a necessidades de utilização previamente estabelecidas, com base nas características próprias de cada doença ou agravo sob vigilância. O fluxo deverá ser suficientemente rápido para que não ocorra atraso na adoção de medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2009).

Os dados e informações que alimentam o SVE são, principalmente, os seguintes: dados demográficos, ambientais e socioeconômicos, dados de morbidade, fatores de risco e mortalidade (Figura 2).



**Figura 2.** Tipos de dados e informações utilizadas pela Vigilância Epidemiológica.



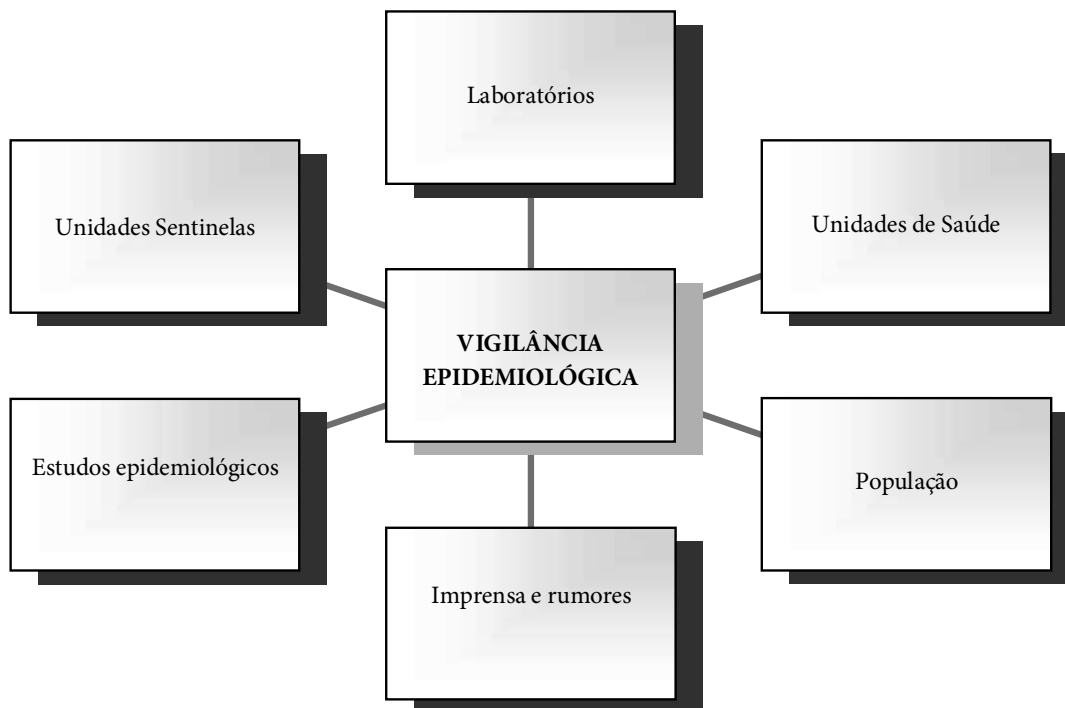
**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017). Adaptado de Brasil (2009).

## 2.2 Notificação

Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação (BRASIL, 2009). As principais fontes notificadoras são apresentadas na Figura 3.

A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país. A atual Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 especifica as doenças de notificação obrigatória (suspeita ou confirmada), além das doenças ou eventos de “notificação imediata” (informação rápida, ou seja, deve ser comunicado por e-mail, telefone, fax ou web em até 24 horas após a detecção), conforme o Quadro 2 (p. 21).

**Figura 3.** Fontes notificadoras de informações e eventos de importância em saúde pública para a Vigilância Epidemiológica.



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país. A atual Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 especifica as doenças de notificação obrigatória (suspeita ou confirmada), além das doenças ou eventos de “notificação imediata” (informação rápida, ou seja, deve ser comunicado por e-mail, telefone, fax ou web em até 24 horas após a detecção), conforme o Quadro 2 (p. 21).

O caráter compulsório da notificação implica responsabilidades formais para todo cidadão e uma obrigação inerente ao exercício da medicina e da enfermagem, bem como de outras profissões na área de saúde e responsáveis por organizações e estabelecimentos de saúde e ensino (BRASIL, 1975; BRASIL, 2009), com possibilidade de sanções penais em casos de inobservância dessa obrigatoriedade, conforme “Art. 269 - deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória: Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa” (BRASIL, 1940; BRASIL, 2009).

Os dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória são incluídos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Estados e municípios podem adicionar à lista outras patologias de interesse regional ou local, justificada a sua necessidade e definidos os mecanismos operacionais correspondentes (Figura 4, p. 21). Entende-se que só devem ser coletados dados para efetiva utilização no aprimoramento das ações de saúde, sem sobrecarregar os serviços com o preenchimento desnecessário de formulários (BRASIL, 2009).

Para seleção das doenças de notificação compulsória, são exigidos alguns critérios (conforme a Figura 4, p.21) que devem ser avaliados e considerados em conjunto, embora o atendimento a apenas alguns deles possa ser suficiente para incluir determinada doença ou evento (BRASIL, 2009).

O principal instrumento de notificação são as fichas de investigação do Ministério da Saúde. Cada agravo possui uma ficha específica, que contempla dados sociodemográficos do caso ou evento, descrição clínica e laboratorial e também os critérios para notificação, considerando que cada agravo possui um critério diferente.

O repasse dessas informações deve ser em tempo oportuno para que se evitem atrasos na disponibilidade desses dados e dificuldades na sua utilização na vigilância epidemiológica. A disseminação eletrônica de dados tem contribuído muito para facilitar o acesso a essas informações. Os sistemas locais de saúde devem ser

estimulados a utilizar de imediato as informações das declarações de óbito (BRASIL, 2009).

Aspectos que devem ser considerados na notificação:

- Notificar a simples suspeita da doença ou evento. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente;
- A notificação tem de ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos;
- O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações (BRASIL, 2009).

### 2.3 Investigação Epidemiológica

A investigação epidemiológica de campo de casos, surtos, epidemias ou outras formas de emergência em saúde, é uma atividade obrigatória de todo sistema local de vigilância epidemiológica, cuja execução primária é responsabilidade de cada unidade técnica que, nesse contexto, pode ser apoiada pelos demais setores relacionados e níveis de gestão do SUS. Sendo, portanto, passível de realização *in loco* na atenção primária, principalmente pelo enfermeiro. Todavia cada agravo possui um fluxo de investigação específico.

O objetivo da investigação é garantir a obtenção, de forma correta e completa, por meio de fontes primárias (coleta direta nos pacientes ou serviços de saúde) ou secundárias (registros de serviços de saúde ou bases de dados de sistemas de informação), das informações necessárias referentes a diferentes contextos (BRASIL, 2014).

Essa investigação deve ser iniciada imediatamente após a notificação de caso isolado ou agregado de doença/agravo, seja ele, suspeito, clinicamente declarado, ou mesmo contato, para o qual as autoridades sanitárias considerem necessário dispor de informações (BRASIL, 2014).

De modo geral, quando da suspeita de doença transmissível de notificação compulsória, o profissional deve buscar responder a várias questões essenciais para orientar a investigação e as medidas de controle da doença (Quadro 3) (BRASIL, 2014).

**Quadro 3.** Questões essenciais a serem respondidas e informações adquiridas em uma investigação epidemiológica

Questões a serem respondidas	Componente da Investigação
Trata-se realmente de casos da doença sob suspeita?	Confirmação do diagnóstico
Quais são os principais atributos individuais dos casos?	Identificação de características biológicas, ambientais e sociais
A partir de que ou de quem foi contraída a doença?	Fonte de infecção
Como o agente da infecção foi transmitido aos doentes?	Modo de transmissão
Outras pessoas podem ter sido infectadas/afetadas a partir da mesma fonte de infecção?	Delimitação da área de abrangência de transmissão
A quem os casos investigados podem ter transmitido a doença?	Identificação de casos novos, contatos, comunicantes
Quais fatores determinaram a ocorrência da doença ou podem contribuir para uma nova transmissão?	Identificação de fatores de risco
Por quanto tempo os doentes podem transmitir a doença?	Determinação do período de transmissibilidade
Como os casos da doença estão distribuídos em tempo e espaço?	Determinação de relação espacial e/ou temporal entre os casos
Como evitar a disseminação da doença entre a população?	Medidas de controle e prevenção

Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

O enfermeiro deve estar atento para orientar seu trabalho na perspectiva de buscar respostas às questões acima referidas. Deve entender, ainda, que muitos passos dessa atividade são realizados de modo simultâneo e sempre devem recorrer à equipe de vigilância epidemiológica de seu município para desenvolver ações conjuntas e complementares (BRASIL, 2014).

A questão laboratorial também é muito importante. O enfermeiro deve oportunizar os exames específicos e complementares de acordo com a estratégia de vigilância determinada para cada agravo. Deve, inclusive, otimizar ações diferenciais para cada doença no sentido de efetivar recomendações em saúde aos usuários doentes, expostos e susceptíveis, como: orientações quanto ao tratamento adequado, e métodos e ações de prevenção primária (vacina, higienização e mudança de hábitos, entre outros).

### 2.3.1 Investigação epidemiológica de surtos e epidemias

Os primeiros casos de uma epidemia, sempre devem ser submetidos à investigação profunda. A magnitude, extensão, natureza do evento, a forma de transmissão e os tipos de medidas de controle indicadas (individuais, coletivas ou ambientais) são alguns elementos que orientam a equipe sobre a necessidade de serem investigados todos ou apenas uma amostra dos casos (BRASIL, 2014).

O principal objetivo da investigação de um surto ou epidemia é identificar formas de interromper o mecanismo de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos. Também é importante avaliar se o referido aumento de casos se trata realmente de uma alteração do padrão epidemiológico esperado ou se é um evento esperado para aquela época do ano, lugar e população (BRASIL, 2014).

Além da prevenção de novos casos e surtos, a investigação desse tipo de evento pode contribuir para a descoberta de novos agentes, novas doenças e novos tratamentos, ampliar o conhecimento sobre novas doenças e daquelas já conhecidas e, ainda, fazer com que a população passe a ter mais confiança no serviço público de saúde (BRASIL, 2014).

#### *Epidemia*

Elevação do número de casos de uma doença ou agravo, em um determinado lugar e período de tempo, caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada (BRASIL, 2014).

#### *Surto*

Tipo de epidemia em que os casos se restringem a uma área geográfica geralmente pequena e bem delimitada ou a uma população (BRASIL, 2014).

Assim, é de extrema relevância que as equipes de atenção primária iniciem as ações conjuntamente com as equipes de vigilância epidemiológica do município, visando atender as seguintes etapas:

- **Etapa 1** – Confirmação do diagnóstico da doença: verificar se a suspeita diagnóstica inicial enquadra-se na definição de caso suspeito ou confirmado da doença em questão;
- **Etapa 2** – Confirmação da existência de epidemia ou surto: breve análise da tendência temporal da, observando a história natural da doença (se vinha apresentando tendência estacionária, ascendente, descendente ou oscilação periódica);
- **Etapa 3** – Caracterização da epidemia: informações que visam responder a algumas questões relativas à distribuição no tempo, lugar e pessoa da epidemia ou surto;
- **Etapa 4** – Formulação de hipóteses preliminares: visa determinar a fonte de infecção, o período de exposição dos casos, o modo de transmissão, a população exposta a um maior risco e o agente etiológico.
- **Etapa 5** – Investigação epidemiológica: busca dos dados referentes à etapa 3 de maneira detalhada, por meio de busca ativa de casos envolvidos, bem como de casos novos e susceptíveis, sempre em busca de responder às questões do Quadro 3 aqui apresentado.

- **Etapa 6** – Análises parciais e finais: realizadas periodicamente (diária, semanal, mensal) de acordo com a magnitude do evento e contém informações quanto à pessoas, tempo, lugar, dados clínicos-epidemiológicos, medidas de controle e etc.
- **Etapa 7** – Divulgação: O relatório e outros produtos resultantes da investigação epidemiológica deverão ser divulgados aos serviços participantes da investigação e, o mais breve possível, aos demais serviços relacionados à implementação das medidas recomendadas, bem como à população.

## 2.4 Processamento, análise e divulgação dos dados

No decorrer do processo de vigilância e investigações epidemiológicas é necessário fazer análises parciais e finais com o objetivo de concluir a investigação e levar às medidas de controle efetivas. São importantes características de pessoa, espaço, tempo, relação causal, aspectos clínicos, riscos ambientais e populacionais, dentre outros.

Esses dados devem ser consolidados e apresentados por meio de um relatório que contenha um breve histórico do agravo/evento e também gráficos, tabelas, mapas da área investigada, diagramas, fluxos e outras ferramentas que facilitam a leitura e interpretação. Após serem processados, os dados devem ser analisados criteriosamente. Quanto mais oportunas e eficazes forem as análises, mais chances de se tomar decisões-ações também eficazes.

O relatório final (em forma de boletim, por exemplo) deve ser compartilhado e amplamente divulgado entre os profissionais que prestaram assistência aos casos e aos participantes da investigação clínica e epidemiológica, autoridades locais, gestores locais e centrais dos órgãos responsáveis pela investigação e controle do agravo/evento, bem como em mídias que alcançam a comunidade em geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemiologia é uma ciência transversal que deve ser a âncora do processo de trabalho dos profissionais enfermeiros, independente da área de atuação. Do ponto de vista funcional, é importante ressaltarmos que, sem dados, não há problemas, ou seja, a investigação epidemiológica conduzida como método aplicado/padronizado de obtenção e análise dos dados, tem como função captar os principais problemas relacionados à situação de saúde-doença da população e mediante isso, propor medidas de prevenção e controle pertinentes no âmbito da Saúde Pública.

Nesse sentido, destacamos o papel fundamental do enfermeiro e demais profissionais da equipe de enfermagem que atuam na Atenção Primária à Saúde, especialmente na captação das informações referente ao indivíduo assistido. Ressaltamos, que a utilização dos instrumentos de coleta de dados padronizados, conforme mencionado neste capítulo, propicia o conhecimento do padrão de adoecimento de uma coletividade.

O enfermeiro não deve negligenciar o processo da notificação em detrimento das demais funções relacionadas à assistência ao paciente. Afinal, trata-se de uma das suas responsabilidades técnicas, sem a qual, formam-se lacunas no processo de atenção ao paciente em sua integralidade. A captação adequada das informações serão subsídios para a elaboração de políticas públicas de saúde que possam atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a todos, os princípios doutrinários e organizacionais do sistema.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016**. Que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 23-24, 18 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm#art361](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm#art361)>. Acesso em: 09 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6259.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm)>. Acesso em: 09 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)>. Acesso em: 09 abr. 2017.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003 .

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 439 de 08 de junho de 2001**. Estabelece Normas para a formação e atividades dos Núcleos de Epidemiologia e de Informações em Saúde municipais. Goiás: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 111 de 29 de agosto de 2005**. Altera a portaria nº 439/2001, no artigo 1º, parágrafo 2º, cláusula 1ª. Goiás: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. 2005.

**FIGURA 4 - PARÂMETROS PARA INCLUSÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS NA LISTA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**



Fonte: Elaborado pelos autores (2017) com base em Brasil (2009).

**QUADRO 2. LISTA DE DOENÇAS/AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E PERIODICIDADE QUE DEVEM SER NOTIFICADAS\***

Nº	DOENÇA/AGRAVO (ordem alfabética)	Periodicidade da Notificação			
		Imediata (até 24 horas) para**:			Semanal
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por “Haemophilus Influenza”		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional:				
	Antraz pneumônico Tularemia Variola	X	X	X	

13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: Arenavírus, Ebola, Marburg, Lassa, Febre purpúrica brasileira.	X	X	X	
	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
14	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
	a. Febre de Chikungunya				X
19	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetsioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	
25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerperal e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: Infantil e Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: Sarampo e Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: Adquirida; Congênita; e em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus: SARS-CoV; MERS-CoV	X	X	X	
44	Tétano: Acidental e Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela – caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

\* Não constam nessa lista as doenças e agravos de notificação estadual.

\*\* Informação adicional: Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS; Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

Fonte: Brasil (2016).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Bárbara Souza Rocha<sup>1</sup>  
Ana Lúcia Alves Carneiro da Silva<sup>2</sup>  
Mirlene Guedes de Lima<sup>3</sup>  
Marisa Aparecida de Souza e Silva<sup>4</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## INTRODUÇÃO

A atenção à Saúde da Família (SF) está inserida no sistema de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS) – como a estratégia capaz de consolidar as propostas do sistema e de fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como força motora das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Dentre as características mais marcantes da APS, está seu alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, a sua capacidade de chegar o mais próximo possível da vida das pessoas. Por essa razão, a APS tornou-se o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada deles no SUS. Ela se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2011, 2012, 2015).

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestra em Ensino na Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da APS e da SF como contato e porta de entrada preferencial das RAS (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a atenção à SF é considerada a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes, nesse protocolo optaremos por utilizar o termo Atenção Primária à Saúde (APS).

## DESENVOLVIMENTO

A SF trabalha de forma a garantir a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco a que essa população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença (FIGUEIREDO, 2010).

Nesse sentido, a SF é norteada pelos princípios de:

- **Territorialização e Adscrição da Clientela:** que é a responsabilização da a Unidade de Saúde Familiar (USF) por um território de abrangência definido, envolvendo o cadastramento e acompanhamento dessa população.

- **Equipe Multiprofissional:** composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos e auxiliares ou técnicos em saúde bucal, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.

- **Caráter Substitutivo:** é a substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado em ações integrais de saúde.

O funcionamento da estratégia SF se orienta pelos fundamentos e diretrizes da APS, que estabelece os seguintes objetivos (BRASIL, 2012):

- I. Ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- III. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV. Coordenar a integralidade, integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades;
- V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, às pessoas e às coletividades do território.

As ações previstas na implementação da SF podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio:

**Nas unidades de saúde:** geralmente, são os locais onde se realizam os procedimentos de enfermagem, médicos e odontológicos. Entretanto, podem ser feitas consultas, palestras, rodas de conversa, atividades de educação permanente, reuniões entre outras ações;

**Na comunidade:** com a identificação de equipamentos sociais, é possível desenvolver diversas ações na

comunidade, utilizando os espaços como as creches, escolas, igrejas, centros comunitários, entre outros;

**No domicílio:** o domicílio representa o epicentro da maioria dos processos e ações da SF, pois é nesse local que tem-se acesso aos condicionantes individuais, coletivos e sociais de cada indivíduo e família cadastrada. Nesse aspecto, a visita domiciliar se torna uma ferramenta indispensável para a efetividade das ações de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade.

## PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA SF

A organização do trabalho na SF é fundamental para que a equipe possa avançar, tanto na integralidade da atenção quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Consiste na organização do serviço e na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: realização de reuniões periódicas para discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações; diagnóstico situacional do território; território adscrito; ações no território, busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; acolhimento resolutivo em tempo integral; atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas do território; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população do território; serviços com normas e rotinas bem estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território, entre outros aspectos (BRASIL, 2015a).

## ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES

A proposta da estratégia SF exige do enfermeiro uma ampliação e por vezes a readequação de sua prática (FERRAZ; SANTOS, 2007). Este trabalho requer a compreensão de diversos conhecimentos “para lidar com a complexidade que é a APS, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde” (MISHIMA; ALMEIDA, 2001).

A PNAB (BRASIL, 2012) relaciona as atribuições comuns a todos os componentes das equipes de SF, a saber:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V. Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade

- da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
  - VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
  - IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;
  - X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir, em conjunto, o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
  - XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
  - XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;
  - XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
  - XIV. Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;
  - XV. Participar das atividades de educação permanente;
  - XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
  - XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais e
  - XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

No que se refere à atuação específica do enfermeiro, suas atribuições são (BRASIL, 2012):

- I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II. Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal; observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e
- VI. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Partindo das atribuições inerentes a todos os profissionais e àquelas especificamente do enfermeiro, é possível identificar ações determinantes para o processo de trabalho na SF, tais como:

a) Territorialização, Mapeamento e Cadastro

A territorialização representa para a equipe de SF o diagnóstico social, demográfico e epidemiológico da sua área de abrangência. O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Permitindo o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Já o mapeamento é a representação gráfica do conhecimento da área, um retrato que mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente. Ao desenhar o mapa,

fica representado, no papel, o que existe no território: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes (BRASIL, 2012).

O cadastramento, praticamente delegado exclusivamente para o ACS, é realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas para a estratégia SF, e ajuda na definição precisa do território, tanto na organização de aspectos domiciliares como nos individuais. O cadastramento é o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adscrição de responsabilidade da equipe (JUNQUEIRA, 2011).

Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita visa garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. O território adstrito da equipe é sua unidade de planejamento de ações, que devem ser desenvolvidas com base nas necessidades e nas prioridades da comunidade cadastrada (BRASIL, 2015a).

Reconhece-se que a noção de território não se limita a uma área geográfica determinada e engloba as pessoas, as instituições, as redes sociais e os cenários da vida comunitária, apresentando caráter dinâmico. A equipe deve realizar o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeando o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes (BRASIL, 2015a).

Precisa-se, portanto, cuidar do território, bem como da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo, o reconhecimento das suas potencialidades e no envolvimento da população como sujeita, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e das responsabilidades cidadãos (NEVES, 2011).

#### b) Acolhimento

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e de funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2015).

Assim, o serviço de saúde deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde, minorar danos e sofrimentos e/ou responsabilizar-se com a resposta, por mais que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2015).

Todos os profissionais da equipe de saúde têm, por atribuição, participar do acolhimento da demanda espontânea na unidade de saúde, garantindo escuta qualificada das suas necessidades de saúde como uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos destes usuários. Este acolhimento pode ocorrer de diversas formas:

- Acolhimento pela equipe de referência do usuário;
- Equipe de acolhimento do dia;
- Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de Acolhimento do dia);
- Acolhimento coletivo.

O principal papel do profissional no momento do Acolhimento, ou seja, “na primeira escuta do usuário”, é organizar a demanda de acordo com a necessidade individual. Nesse momento é muito importante estar atento à: necessidade de cuidados imediatos; prestar ou facilitar os primeiros cuidados; identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas; classificar o risco para definir as prioridades de cuidado; organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, administração de medicação, espera de remoção para outro serviço ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea e encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação (BRASIL, 2015).

#### c) Consulta de Enfermagem / Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Na APS, consideramos importante possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolher os usuários e promover sua vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2015).

A equipe deve levar em consideração a discussão e a montagem das agendas de atendimento em função da análise das informações, das necessidades e das prioridades em saúde da população atendida. É importante que se proporcione a seus usuários a marcação de consulta sem restrições de dia e horários, a fim de ampliar o acesso ao serviço de saúde. Além de realizar o planejamento e a gestão das agendas que contemple essas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, para demanda espontânea (consulta no dia e o primeiro atendimento as urgências) e para retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas (BRASIL, 2015).

Faz-se importante que a equipe de enfermagem que atua na SF, atue de forma sistematizada, com registro de todas as ações planejadas e desenvolvidas para o indivíduo, família e comunidade com agendamento programático e atendimento à demanda espontânea por meio da consulta de enfermagem.

A assistência de enfermagem deve ser realizada de forma sistematizada por meio do Processo de Enfermagem, que é composto por cinco etapas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento (meta, objetivos e prescrições); implementação e evolução (COFEN, 2009). Assim,

O profissional de enfermagem precisa lançar mão de teorias e terminologias em enfermagem, capazes de contemplar a realização do processo de enfermagem e sistematizar sua assistência. Algumas teorias são muito usadas e são mais adequadas para a atuação do enfermeiro na APS, tais como a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar e a teoria do Autocuidado. Quanto às terminologias que são fundamentais para a construção de diagnósticos e prescrição estão a North American Nursing Diagnoses Associativo (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ROCHA et al., 2014, p. 20).

#### d) Visita domiciliar

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem realizada, a visita domiciliar deve ser planejada, contar com roteiro, programação da utilização do tempo, ser pautada na identificação das necessidades de cada família, adaptada à realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita. Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo foi alcançado e se foram colhidas as informações necessárias. E, quando da identificação de uma situação de risco, demandar a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

A visita domiciliar possibilita conhecer a comunidade e o território, fortalece os vínculos e possibilita o acesso na assistência à saúde. Contribui também para reconhecer as características sociodemográficas e culturais, bem como o perfil epidemiológico da população adstrita; acompanhar e orientar com responsabilidade os autocuidados em saúde da comunidade no âmbito da APS (BRASIL, 2015a).

#### e) Reunião de equipe

Por meio das reuniões com todos os membros da equipe, é possível conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade; compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe; participação na formação e no treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. É atribuição comum de todos os componentes da estratégia SF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis (BRASIL, 2012).

#### f) Educação Permanente

A Educação Permanente na SF deve ser constitutiva, garantindo a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve ir além de sua dimensão pedagógica, a mesma deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com o objetivo de permitir mudanças no cotidiano dos serviços e deve

ser embasada num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho que podem ser definidos por múltiplos fatores (BRASIL, 2012, 2015b).

Outro pressuposto importante da educação permanente é a análise coletiva dos processos de trabalho, na qual se identificam os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2015b).

g) Estimular a participação do usuário

Direito de todo cidadão, a saúde vem sendo assumida desde a Constituição de 1988 como uma responsabilidade do Estado, regulamentado pela Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Decreto nº 7408 e Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação do usuário ou a participação social se dá em diversos níveis, passando do vínculo do usuário à equipe de SF, destacando-se, preponderantemente, a figura do ACS, que conquistou a empatia do usuário e representa o elo entre o poder público e a comunidade, além de ser o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da equipe de SF.

Outra forma de participação social do usuário é através dos Conselhos de Saúde, que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local, sendo instâncias coletivas com poder de decisão e ligadas ao Poder Executivo.

A equipe de SF deve utilizar métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário em relação ao acesso, ao acolhimento, à qualidade do atendimento, ao tempo de espera para ser atendido, ao encaminhamento para os serviços de referência, ao acompanhamento do usuário na rede de serviços, à qualidade do vínculo, ao comprometimento do profissional, entre outros. Além disso, deve promover discussão com as equipes a partir das análises de levantamentos realizados, utilizando-as como reorientadoras dos processos de trabalho (BRASIL, 2015a)

É importante também disponibilizar canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria etc.) aos usuários da APS para expressão de suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações. (BRASIL, 2015a).

h) Coordenação do cuidado

Trata-se da elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, bem como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Para que seja implementada a coordenação do cuidado são necessários a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera para consultas especializadas, procedimentos e exames, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros (BRASIL, 2012, 2015a).

A Equipe de APS deve compreender a gestão do cuidado como a sistematização da atenção ao indivíduo e a familiares com o intuito de assegurar uma assistência integral, resolutiva e contínua. A equipe deve atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários, em qualquer um deles, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2015a).

i) Monitoramento e Avaliação

As equipes de SF contam com “sistemas de informações” que visam a agilizar e consolidar os dados coletados, possibilitando a equipe detectar desigualdades, micro-localizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar progressivamente

as informações. Possibilitando o uso de dados para planejar as ações e tomar decisões locais (FREITAS; PINTO, 2005).

O Ministério da Saúde apresentou diversos sistemas para desenvolver, reestruturar e garantir a integração das informações, tais como o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que moderniza a plataforma tecnológica, por meio do software e-SUS AB (BRASIL, 2013). Esse é composto pelo Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e seus instrumentos de coleta de dados e pelo sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade. Também para permitir um registro da situação de saúde individualizado é utilizado o Cartão Nacional de Saúde.

Outro avanço do SISAB é contemplar o registro das informações produzidas pelas seguintes equipes: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua (Cm), Atenção Domiciliar (AD), polos de Academia da Saúde, assim como as ações das equipes participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS. Para tanto, a autoavaliação é entendida como ponto de partida para processos orientadores para a melhoria da qualidade. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2013).

## REDE DE APOIO À SF

O Enfermeiro na SF está inserido dentro de uma RAS que integra uma rede de cuidados e deve ser articulada intra e intersetorialmente para garantir a coordenação do cuidado do usuário.

As RAS são formadas por pontos em todos os níveis de atenção que devem ser interligados. Cada município tem a sua RAS estabelecida através de pactuações, dessa maneira, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento de como a rede de saúde do seu município está estruturada para embasar e direcionar as ações da equipe.

A lógica das redes vem organizando o cuidado através de redes integradas que colocam a APS e a estratégia SF como o centro ordenador/coordenador das redes. No Brasil, várias redes temáticas foram criadas pelo Ministério da Saúde para garantir a integralidade do cuidado e a articulação intersetorial dos serviços de saúde, tais como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Cegonha, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

A SF é um importante articulador de ações dentro do território e deve compreender a dimensão social do cuidado, para isso, o conhecimento de todos os equipamentos sociais é uma ferramenta de planejamento de ações do enfermeiro e permite a articulação intersetorial com a assistência social, educação, cultura, justiça e tantos outros parceiros e espaços potenciais para a ampliação das ações do enfermeiro.

Um dispositivo que a SF pode ter para potencializar o cuidado ofertado são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que fazem parte da APS, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (esses, quando necessários devem ser regulados pela estratégia SF). Eles foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012).

Os NASFs são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de APS para populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e Academia da Saúde, atuando diretamente no apoio matricial às equipes as quais está vinculado e no território destas equipes (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 70), são atividades desenvolvidas pelo NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p. 39-52, fev. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série Legislação Federal Copilada).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Coleção para entender a Gestão do SUS).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Universidade Federal de Santa Catarina. E-SUS. Atenção Básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: Manual para preenchimento das fichas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Satisfação dos Usuários da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica. Gestão do Processo de Trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica**. Equipe da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- ROCHA, B.S. et al. Protocolo de Enfermagem na Atenção à saúde da Família. In: ROSSO, C. F. W. et al. (Org.). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à saúde no Estado de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.336 p.
- FERRAZ, L. N. de Sá; SANTOS, Á. da S. O programa de Saúde da Família e o enfermeiro: atribuições previstas e realidade vivencial. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n.15, p.89-93, 2007. Disponível em: <<http://redalyc.org/articulo.oa?id=84201506>>. Acesso em: 19 abr. 2016.
- FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor, 2010.
- FREITAS, F. P. de; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-554, ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. Módulo Político Gestor, 2011.
- MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. de. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.5, n. 9, 2001. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114091012>>. Acesso em: 7 abr. 2016.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 898-906, 2005.
- NERY, A. A. et al. Saúde da Família: visão do usuário. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 397-402, 2011.
- NEVES, R. T. N. de Alencar. **Mapeamento do Território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no município de São José do Belmonte**. Recife: [s.n.], 2011. 33 p.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il.

PENA, R. **O Protagonismo do Usuário no SUS e a Promoção da Saúde**. Brasília: Rede Humaniza SUS, 2010.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de M. Programa Saúde da Família segundo Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários. **Ciênc. e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p 23-34, 2008.

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Julia Carneiro Godoy de Sousa<sup>1</sup>

Karina Machado Siqueira<sup>2</sup>

Lana Teixeira Nascimento<sup>3</sup>

Lillian Lúcia Alves<sup>4</sup>

Nilza Alves Marques Almeida<sup>5</sup>

Thaíla Corrêa Castral<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 295/2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo Enfermeiro na assistência à criança hospitalizada.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 317/2007

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

O presente protocolo foi elaborado para ser um facilitador na assistência à criança, à família e/ou ao cuidador durante a consulta de enfermagem e no atendimento a grupos educativos e em visita domiciliar.

Como a saúde da criança, nos primeiros anos de vida, tem relação direta com o planejamento familiar

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>3</sup>Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás.

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

e a adequada assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como, com as medidas de promoção, proteção e recuperação à saúde, o Ministério da Saúde (MS) implantou várias ações com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade na infância (0 a 5 anos). Entre elas, destacam-se as ações da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável, Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância e Rede Cegonha.

Com ênfase na atuação do enfermeiro na atenção à saúde da criança, destacam-se as seguintes ações básicas preconizadas pelo MS: acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (CD); realização da Triagem Neonatal (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho); estímulo e apoio ao aleitamento materno e orientação para alimentação saudável; diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes na infância e imunização.

A finalidade deste documento é apoiar a organização da assistência à população infantil de 0 a 10 anos e possibilitar que, o enfermeiro atuante na Atenção Básica, identifique as ações prioritárias para a saúde da criança. No entanto, cabe a esse profissional adequar as informações contidas neste protocolo para o contexto de atuação, procurando atender às reais necessidades de cada região.

## CONSULTA DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS

A consulta de enfermagem (Fluxograma I, p. 54) consiste na avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento infantil (CD), estado nutricional, situação vacinal, social e psíquico da criança, terapêutica ou encaminhamento adequado.

O acompanhamento do CD da criança de 0 a 10 anos deverá ser realizado em consultas intercaladas entre o profissional enfermeiro e o médico, visitas domiciliares e grupos educativos. Para as crianças sem fator de risco, deve-se seguir o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (Quadro 1, p. 67).

Condições da população infantil podem configurar situações de vulnerabilidade para saúde da criança e impor acompanhamento mais rigoroso e encaminhamento para o pediatra e/ou especialista. Essas situações de vulnerabilidade estão apresentadas nos Quadros 2 e 3 (p. 67 e 68).

Para as crianças com o fator de risco prematuridade, preconiza-se um calendário especial de seguimento ambulatorial (Quadro 4, p.?).

A consulta de enfermagem tem como objetivos:

- Acompanhar o CD de criança de 0 a 10 anos;
- Identificar situações de risco para a saúde da criança e encaminhar os casos que necessitem de acompanhamento pelo pediatra e/ou especialista, juntamente com a equipe de atenção básica de saúde;
- Estimular o Aleitamento Materno e os Dez Passos da Alimentação Saudável;
- Prestar assistência de enfermagem às queixas comuns na infância;
- Estimular a formação de grupos educativos de puericultura;
- Reduzir a morbidade e mortalidade nessa faixa etária;
- Contemplar os direitos da criança (Estatuto da Criança);
- Identificar, denunciar e encaminhar às instituições competentes os casos de acidentes e violência doméstica contra a criança.

## CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL DA CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS

No Fluxograma II (p. 55) estão apresentadas orientações para anamnese, exame físico e condutas referentes a consulta de enfermagem ambulatorial da criança de 0 a 10 anos.

### Exame físico

- **Sinais vitais:** temperatura por no mínimo 3 minutos (verificar na região axilar), respiração (observar

tórax e frequência respiratória), pulso (radial ou carotídeo com frequência e amplitude) e pressão arterial (caso necessário).

- **Cabeça:** formato e simetria do crânio e face, integridade do couro cabeludo, suturas (disjuntas simétricas ou assimétricas, justapostas, cavalgadas), traumatismos reversíveis (amoldamento craniano, bossa serossanguinolenta, cefalohematoma, pega de fórceps, máscara cianótica, craniotable), medir perímetro cefálico.

- **Fontanelas:** anterior (bregmática) mede de 4 a 6 cm ao nascer, fecha entre 18 e 24 meses; posterior (lâmbdia) mede de 1 a 2 cm, fecha por volta de 2 meses. Avaliar tamanho, tensão e se estão abauladas, deprimidas ou planas.

- **Olhos:** aspecto e simetria dos olhos, presença de visão pela observação de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz, presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo.

- **Ouvidos:** forma, alterações, implantação das orelhas. Acuidade auditiva através do pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente 3 metros.

- **Nariz:** inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal e presença e aspecto de secreção, presença de batimento de asas nasais.

- **Boca e faringe:** inspeção dos dentes e gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina, presença de hiperemia, integridade da mucosa e palato (fenda palatina ou labial) e outras alterações.

- **Pescoço:** inspeção e palpação de gânglios (tamanho, mobilidade, dor), rigidez de nuca.

- **Tórax:** forma, simetria, deformidades, sinais de raquitismo e mamilos (número, simetria, ingurgitamento, secreção, tecido areolar, integridade, nódulos), medir perímetro torácico.

- **Pulmão:** percussão e ausculta, presença de tiragem, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios, tipo e ritmo respiratório.

- **Coração:** ausculta de frequência, intensidade, ritmo e qualidade do batimento; presença de cianose e edema.

- **Abdômen:** presença de hiperemia e secreção no coto umbilical (mumificação completa entre o 7º e o 10º dia de vida), alterações globais de forma, volume e abaulamento, presença de hérnias umbilicais, inguinais e ventrais. Observar sinais de alteração na região do fígado e rins (percutir, auscultar e realizar palpação superficial e profunda), observar presença de dor e rigidez.

- **Pele e mucosas:** elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN, normalmente está lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida.

- **Genitália:** 1) **Meninos** – integridade da pele e mucosa, edema, secreção e esmegma, comprimento do pênis, orifício uretral (hipospádia, epispádia), verificar presença de fimose, testículos na bolsa escrotal (ectópicos) ou criptorquidia (condição médica na qual não houve uma descida correta do testículo da cavidade abdominal para o escroto), observar presença de Bálano (inflamação do prepúcio e glande ocorre devido ao estreitamento do prepúcio, fimose ou contaminação por urina, fezes e sujeiras), presença de hérnias e hidrocele; 2) **Meninas** – integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema, secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida), existência de fístulas.

- **Ânus:** pérvio ou presença de fístula ou fissuras.

- **Membros superiores e inferiores:** tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, deformidades ou malformações (pés tortos, sindactilia, polidactilia, parestias, paralisias, luxações congênicas de quadril – Manobra de Ortoloni), fraturas, presença de massas, linha palmar e plantar, presença de acesso venoso e arterial (local, tipo de cateter, sinais de infecção ou extravasamento).

- **Coluna vertebral:** rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufo de pelos e hipersensibilidade.

## **AValiação DO Crescimento e Desenvolvimento Infantil**

O CD infantil são eixos de referência para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente idealizadas e desenvolvidas pelo serviço de saúde pública, sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social.

Um dos instrumentos de registro do CD da criança é a Caderneta de Saúde da Criança, na qual o profissional de saúde deverá anotar todas as informações mais importantes sobre a história da saúde e desenvolvimento da criança até os 10 anos de idade. A partir dos 10 anos, a caderneta a ser utilizada é a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2013).

O crescimento da criança pode ser acompanhado pelos gráficos de peso, altura e índice de massa corporal (IMC) e o desenvolvimento pela ficha de marcos do desenvolvimento infantil da Caderneta de Saúde da Criança. Para a avaliação do crescimento, utilizam-se os indicadores demográficos sexo e idade (data de nascimento em meses) e os indicadores antropométricos peso e massa corporal em quilogramas (kg), estatura e perímetro cefálico em centímetros (cm).

A combinação entre os indicadores antropométricos e demográficos determina o índice a ser registrado nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança como peso x idade, IMC x idade, comprimento x idade, perímetro cefálico x idade (Quadro 5, p. 68) (BRASIL, 2012, 2015). Esses índices são expressos em percentis ou escores Z, nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança.

## EVOLUÇÃO DO PESO

No Quadro 6 (p. 68), apresentam-se a evolução do ganho de peso, estatura e perímetro cefálico adequados à criança do 1º ao 2º ano de vida.

Registrar a aferição de peso e estatura na Caderneta de Saúde da Criança, para garantir a avaliação e o diagnóstico nutricional, através da curva de percentil ou escore Z. O recém-nascido, geralmente, perde 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida, depois ganha de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida e triplica o peso de nascimento até o 12º mês de vida. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos três) e avaliam-se o traçado ascendente como satisfatório, o horizontal como sinal de alerta e o descendente como sinal de perigo.

## AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação do desenvolvimento compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento.

Durante as consultas é importante perguntar para a mãe/cuidador sobre fatores associados ao desenvolvimento da criança, observar alguns detalhes no seu exame físico e finalizar com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária.

Devem ser observados e avaliados fatores de risco e alterações físicas associadas aos problemas de desenvolvimento da criança. Os fatores de risco associados aos problemas de desenvolvimento da criança são a ausência ou pré-natal incompleto, problema na gestação, parto e nascimento, prematuridade (menor de 37 semanas), peso abaixo de 2.500 gramas, icterícia grave e hospitalização no período neonatal, meningite, traumatismo craniano e convulsões, parentesco entre os pais, deficiência ou doença mental na família, violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual. As alterações físicas associadas aos problemas de desenvolvimento da criança são o perímetro cefálico menor – 2 escore Z ou maior que +2 escore Z, alterações fenotípicas, fenda palpebral oblíqua, olhos afastados, implantação baixa das orelhas e lábio leporino, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e 5º dedo da mão curto e recurvado (BRASIL, 2015).

Os instrumentos de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 12 meses e 12 meses a 3 anos descritos na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2015) deverão ser avaliados pelo profissional de saúde, sendo algumas atividades estimuladas para serem feitas com a ajuda da mãe/cuidador.

Na Caderneta de Saúde da Criança, onde se encontra a área de hachurada de amarelo significa o período no qual é adequado o marco correspondente ser encontrado, na avaliação da criança. Sendo assim, o profissional deverá marcar com a letra P (marco presente), A (marco ausente) ou NV (marco não verificado) em cada marco, de acordo com a faixa etária da criança. Podem ser necessários alguns objetos ou brinquedos na avaliação dos

marcos do desenvolvimento e, portanto, a criança precisa se sentir à vontade, confortável e em ambiente tranquilo.

Após avaliação dos marcos no desenvolvimento infantil, o profissional deverá classificar e tomar as condutas adequadas (Quadro 7, p. 69).

## SAÚDE BUCAL

O nascimento dos primeiros dentes se inicia, na maioria das crianças, entre o 5º e 6º mês de vida e aos 3 anos, geralmente já apresentam todos os 20 dentes decíduos. Em torno dos 6 anos se inicia a troca desses dentes pelos permanentes (BRASIL, 2014).

A introdução da alimentação complementar saudável favorece a promoção e proteção da saúde bucal, devendo-se reforçar a não introdução de açúcares precocemente (BRASIL, 2013c; 2015). Quando introduzido o uso de mamadeiras, pais e cuidadores devem ser orientados a evitar que a criança durma com a mamadeira na boca sem realizar higiene bucal, pois tal hábito pode ocasionar a cárie precoce da infância ou “cárie da mamadeira noturna” (BRASIL, 2004, 2015).

A higiene bucal pode ser feita antes mesmo do nascimento dos primeiros dentes e a recomendação é de que a limpeza seja feita com fralda ou gaze umedecida em água filtrada/fervida (BRASIL, 2014). Essa higienização deve ser mantida até a erupção dos dentes incisivos. Após o nascimento dos primeiros dentes molares, que geralmente ocorre entre 18 e 36 meses, deve-se utilizar escova de dente pequena e macia (BRASIL, 2013c).

Os adultos devem ser orientados a escovar os dentes ou realizar a supervisão, quando a criança já consegue escovar sozinha. A Associação Brasileira de Odontopediatria recomenda o uso de pastas de dentes com flúor em bebês e crianças que não sabem cuspir, na quantidade equivalente a um grão de arroz – 0,1g. Nos que sabem cuspir, a quantidade equivalente a um grão de ervilha – 0,3g. Deve-se atentar para a não ingestão de pasta com flúor em maior quantidade que a recomendada. Além disso, deve-se incentivar a criança a cuspir a pasta. (BRASIL, 2009; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA, 2016).

## Aleitamento materno

O aleitamento materno exclusivo é recomendado até 6 meses de idade, e complementar até 2 anos ou mais. O leite materno é um alimento completo porque contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê; possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não se encontram no leite de vaca e em nenhum outro leite.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), o aleitamento materno pode ser classificado em:

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

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

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

- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

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

A amamentação é um tema que deve ser abordado pelo enfermeiro no período pré-natal e puerperal, na unidade de saúde e no domicílio. Deve-se destacar que não existe leite fraco e sim mamada incorreta. O leite humano é adequado, completo, equilibrado e suficiente para o bebê de qualquer mulher. As informações principais que necessitam ser apresentadas e reforçadas são em relação ao colostro, a apojadura, a técnica de amamentação e sua avaliação (Quadro 8, p. 69), a amamentação exclusiva em livre demanda, a evitar bicos e mamadeiras, os tipos de mamilos, os cuidados com as mamas e os problemas mais comuns na amamentação (Quadro 9, p. 70).

## SUPLEMENTAÇÃO PROFILÁTICA

### Suplementação de ferro

A anemia por deficiência de ferro é o problema nutricional de maior magnitude no Brasil, com uma prevalência de aproximadamente 50% nas crianças brasileiras menores de 24 meses (Quadro 10, p. 72) (BRASIL, 2013a).

#### *Orientações para a mãe/família:*

- Administrar o suplemento no mesmo horário, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da alimentação). Quando não em AME, oferecer junto com suco de fruta (ex.: laranja, caju, acerola) para aumentar a absorção do ferro.
- Ocorrência de possíveis efeitos adversos (ex.: fezes escuras, diarreia, constipação intestinal).

### Suplementação de Vitamina A

A suplementação com vitamina A, em crianças de 6 a 59 meses de idade (4 anos e 11 meses), reduz em 24% o risco global de morte, em 28% da mortalidade por diarreia e mortalidade por todas as causas, e, em 45%, em crianças HIV positivo (BRASIL, 2013b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda administração de suplementos de vitamina A para prevenir a sua carência, a xeroftalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses (4 anos e 11 meses) (Quadro 11, p. 72) (BRASIL, 2013b).

#### **Medidas importantes para prevenção da deficiência de vitamina A**

- ✓ Promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, e complementar até 2 anos de idade (pelo menos) com a introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade.
- ✓ Promoção da alimentação adequada e saudável e consumo de alimentos que sejam fontes em vitamina A.
- ✓ Suplementação periódica e regular das crianças de 6 a 59 meses de idade, com megadoses de vitamina A.
  - ✓ Suplementação com megadoses de vitamina A para puérperas no pós-parto imediato, antes da alta hospitalar.

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017), baseado nas referências consultadas.

Alimentos ricos em vitamina A:

Animais	Vegetais	Frutas e oleaginosas
Carnes (fígado bovino), leite humano, leite vaca integral, óleos de peixe e ovo.	Abóbora, agrião, alface lisa, brócolis, cenoura, couve, espinafre e rúcula.	Acerola, buriti, dendê, goiaba, mamão, manga, melão, pequi, pitanga, pupunha e tomate.

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017), baseado nas referências consultadas.

Os suplementos de vitamina A devem ser oferecidos à criança de 6 em 6 meses, com intervalo mínimo de 4 meses entre a administração de duas megadoses. A administração é feita via oral e não há contraindicações. Geralmente, não há efeitos colaterais, mas é possível que a criança coma menos durante um dia, vomite ou sinta dor de cabeça. Avise à mãe que esses sintomas estão previstos, são temporários e não necessitam de tratamento específico.

Registrar na Caderneta de Saúde da Criança as doses administradas, data e retorno da criança.

### Suplementação para o bebê prematuro

O bebê prematuro possui necessidades nutricionais aumentadas em relação ao recém-nascido a termo. A suplementação de vitaminas por via oral, a partir da 1ª semana de introdução da dieta enteral e durante todo



o 1º ano de vida, geralmente supre as necessidades nutricionais diárias das vitaminas hidrossolúveis. Além do sulfato ferroso, o prematuro deve receber:

**Polivitamínico (solução oral) contendo vitaminas A, C e D:** 12 gotas VO 1x/dia; ou Vitamina A + D, 4 gotas VO 1x/dia, mais vitamina C, 3 gotas VO 1x/dia (a oferta de vitamina D deve ser de 400 UI/dia).

**Sulfato de zinco (10 mg/ml):** 0,5-1 mg/kg/dia VO desde 36 semanas até 6 meses de idade corrigida.

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Pediatria. Seguimento Ambulatorial do prematuro de risco, 2012.

## Alimentação saudável

### Recomendações para crianças menores de 2 anos

A “Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)”, lançada em 2012, resultou da integração da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS).

Em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o MS recomenda a operacionalização dos “Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos”, sintetizados no Quadro 12 (p. 72).

De forma resumida, o Quadro 13 (p. 73) apresenta o esquema alimentar recomendado pelo MS para os 2 primeiros anos de vida de crianças que amamentam.

Os alimentos complementares, especialmente preparados para a criança, são chamados de alimentos de transição. A partir dos 8 meses, alguns alimentos que fazem parte da refeição básica da família já podem ser oferecidos à criança (arroz, feijão, carne cozida, legumes). Importante estarem amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com excesso de temperos ou condimentos. Oferecer água nos intervalos. O Quadro 14 (p. 73) contém os grupos de alimentos recomendados (BRASIL, 2012).

O Quadro 15 (p. 73) resume a quantidade e consistência dos alimentos recomendadas nos dois primeiros anos de vida.

#### **Recomendações gerais às famílias de crianças pequenas, com dificuldades de adaptação ou recusa na introdução de outros alimentos**

- ✓ Oferecer refeição em prato individual para ter certeza do quanto a criança está ingerindo.
- ✓ Estar junto à criança durante as refeições mesmo que ela coma sozinha.
- ✓ Ter paciência e bom humor para não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente.
- ✓ Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Não esperar muito, ela pode perder o apetite.
- ✓ Evitar forçar a criança a comer para não aumentar estresse e diminuir o apetite. Fazer das refeições momentos tranquilos e felizes.

**Fonte:** BRASIL, 2010.

### Recomendações para as crianças que não recebem leite materno

As recomendações anteriores, relativas à consistência, quantidade e tipo de alimentos a serem ofertados para crianças que amamentam, também devem ser seguidas para aquelas que não amamentam, com exceção a época de introdução desses alimentos, conforme destacado no Quadro 16 (p. 74) (BRASIL, 2010).

### Diluição e preparo de leite artificial

Nos casos em que há necessidade de se orientar o preparo das fórmulas lácteas e diluições de leite (Quadro 17, p. 74), tais orientações devem ser feitas de forma individualizada e por um profissional qualificado

(BRASIL, 2012).

A utilização de fórmulas infantis para crianças não amamentadas é a mais adequada, especialmente para os menores de 4 meses. No entanto, em situações em que os cuidadores insistem em oferecer o leite de vaca, deverá ser orientada a diluição. O leite de vaca integral deverá ser diluído até os 4 meses de idade por causa do excesso de proteína e eletrólitos que fazem sobrecarga renal (BRASIL, 2010).

### **Recomendações para crianças de 2 a 10 anos**

Recomendações gerais foram feitas pelo Ministério da Saúde para as crianças maiores de 2 anos, as quais estão sintetizadas nos “Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos” (Quadro 18, p. 74), encontrados na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2015).

Importante orientar que a criança deve se alimentar juntamente com os outros membros da família, seguindo os mesmos horários. Além disso, não se deve substituir o almoço e o jantar por mamadeiras de leite ou por outros produtos lácteos. É importante também não recompensar as crianças com sobremesa ou guloseimas (BRASIL, 2012).

Para o ambiente escolar, foram instituídas diretrizes nacionais para a promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de Educação Infantil, Fundamental e Nível Médio nas redes públicas e privadas (BRASIL, 2006). Os profissionais de saúde que atuam em parceria com as escolas devem assumir o papel de colaborar na implementação dos “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas”.

### **Recomendações para um ambiente seguro para dormir (AAP, 2016; MS, 2011)**

- Manter o bebê em posição supina (barriga para cima) sempre que for dormir, até que ele complete 1 ano de idade. As posições lateral ou ventral não são seguras e, portanto, não são recomendadas.

- Colocar o bebê para dormir em superfícies firmes. O carrinho e cadeirinhas não são locais seguros para o bebê dormir.

- Levar o bebê para dormir no mesmo quarto dos pais, porém nunca deixar a criança dormir na cama dos pais.

- Não deixar objetos no berço do bebê.

- Evitar a exposição ao cigarro, álcool, e drogas ilícitas durante a gestação e após o parto.

- Amamentação.

- Oferecer chupeta durante o horário de dormir.

- Colocar e supervisionar o bebê de barriga para baixo quando estiver acordado durante alguns períodos do dia para prevenir o achatamento da cabeça e favorecer o desenvolvimento.

- Realizar todas as vacinas preconizadas.

- Não superaquecer o bebê. Utilizar apenas uma camada a mais de roupa do que um adulto estiver usando.

## **QUEIXAS MAIS COMUNS NA INFÂNCIA**

### **Dermatite amoniacal**

É conhecida como dermatite das fraldas e por monília/cândida. Acomete a região da pele da criança que tem contato com as fraldas (Fluxograma III, p. 56).

### **Dermatite seborreia**

Lesão eritematosa, descamativa, papulosa, não pruriginosa podendo apresentar, de forma focal ou generalizada, em couro cabeludo, em face, pescoço, axilas e área de fraldas. Podem evoluir para lesões pós-inflamatórias pigmentadas. O Fluxograma IV (p. 57) aborda o fluxo de consulta de enfermagem para dermatite seborreia.

## Intertrigo

Infecção de pele causada pelo mesmo fungo responsável pela candidíase (*Candida albicans*). Aloja na pele sem causar alteração, com o objetivo de alimentar a queratina para manter-se ativo. No entanto, nas áreas sujeitas a atritos (dobras da pele, axilas, virilhas e nuca), sob o efeito do calor e da umidade, pequenas fissuras podem servir de porta de entrada para a infecção por esse fungo.

A irritação da pele pode ser causada pela urina e pelas fezes nas fraldas, favorecendo o desenvolvimento do fungo e de eritema intenso nas áreas de dobras cutâneas, de aspecto úmido e descamativo a qual se propaga com lesões eritemato-vesicopustulosas na periferia (lesões satélites). As vesículas rompem-se, unem-se, e assim, novas placas se formam intensificando o quadro. Nesse caso, o melhor método de prevenção é lavar a região íntima da criança com água e sabão neutro após ter urinado e/ou evacuado, enxaguar bem a pele da criança, principalmente, na região das dobras e trocar a fralda, manter as dobras da pele seca e evitar uso de tecidos sintéticos, trocar a roupa da criança após transpiração ou banho no mar ou piscina e dar preferência por roupas de algodão.

## Impetigo

No Fluxograma V (p. 58) apresento o direcionamento na consulta de enfermagem frente à suspeita de impetigo.

É uma doença comum que na infância, geralmente, manifesta-se entre o segundo e terceiro dia de vida, com alta probabilidade de transmissão. Os agentes causadores mais frequentes são: *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus beta-hemolítico*. A transmissibilidade ocorre por meio de agentes colonizados (nas narinas do doente ou do portador sem sintomas). As mãos são os meios de maior propagação da infecção.

### Impetigo bolhoso

Lesão inicial assemelha-se à queimadura de cigarro. As áreas mais afetadas são: tronco, face, coxa, nádegas. Na pele íntegra, desenvolvem-se bolhas, vesículas, porém sem sinais de eritema ao redor. A crosta amarelada que se forma após é resultado da dessecação do conteúdo seroso inicial.

### Impetigo não bolhoso

Há eritema seguido de formação de vesículas que facilmente rompem-se. Observam-se áreas com erosão de pele e crostas amareladas que se localizam mais frequentemente na face, braços, pernas e nádegas. As áreas acometidas são costumeiramente as úmidas como virilha, dobras do pescoço e axilas.

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017), baseado nas referências consultadas.

O tratamento ocorrerá segundo as condições do recém-nascido. Na ausência de manifestações sistêmicas, o tratamento será tópico. Havendo evidências sistêmicas infecciosas, o tratamento será via parenteral (antibioticoterapia).

### Indicações para tratamento com antibióticos sistêmicos

Mais de cinco lesões, linfadenomegalia, febre, infecções no couro cabeludo, pela dificuldade do uso de cremes ou pomadas no local, faringite associada, acometimento de estruturas mais profundas (tecido subcutâneo, fáscia muscular), e infecções próximas à cavidade oral uma vez que a criança pode retirar a medicação tópica com a boca.

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017), baseado nas referências consultadas.

## Constipação intestinal

A constipação intestinal é a eliminação das fezes, endurecidas, com dor ou dificuldade, além da sensação de evacuação insatisfatória e incompleta, que pode ou não ser acompanhada pelo aumento do intervalo entre as evacuações. É considerada também como um atraso ou dificuldade na defecação, por 2 semanas ou mais,

suficiente para causar desconforto.

A constipação aguda pode ser observada durante um curto período como jejuns, anorexia, mudanças de ambiente (como em viagens, por exemplo, algumas pessoas não conseguem evacuar).

A constipação crônica pode ser dividida em funcional e orgânica. Algumas causas orgânicas são as anormalidades anorretais (ânus imperfurado, ânus ectópico anterior, ânus anteriorizado, doença de Hirschsprung) e cólon. Além dessas, há causas extras intestinais, como uso de alguns medicamentos, doenças endócrinas, metabólicas e neurológicas. Já as causas funcionais são as responsáveis pela grande maioria da constipação crônica nas crianças e são condições que envolvem múltiplos fatores.

Em recém-nascidos pode haver um longo período (até 10 dias) sem evacuações, uma vez que o seu intestino está adaptando ao novo alimento (leite materno) e desenvolvendo o peristaltismo. Já em lactentes, após o desmame ou a transição para a alimentação complementar, pode-se observar a eliminação, com dor ou dificuldade, de fezes ressecadas não muito volumosas. É importante saber que lactentes em aleitamento materno exclusivo não devem receber tratamento para constipação, pois uma situação fisiológica ocorre quando eliminam fezes amolecidas e volumosas sem dificuldade/dor em intervalo de tempo maiores.

Nos pré-escolares é frequente a ocorrência do comportamento de retenção. Na maioria das vezes, o motivo é o medo de evacuar e algumas atitudes são observadas na anamnese, como segurar a defecação, aversão ao vaso sanitário, e busca de novas posições e lugares para evacuar. A partir dos quatro ou cinco anos, aumenta a queixa de escape fecal pela criança, acompanhado de constrangimento e rejeição no convívio social.

Deve-se aplicar um programa terapêutico individualizado de acordo com a idade, tipo de alimentação, relações sociais com a família, amigos e dentro do ambiente escolar e, principalmente, com a gravidade do caso. Em casos menos complicados, a terapêutica é voltada para orientação alimentar, como aumento da oferta hídrica e alimentos ricos em fibras. Além disso, é de extrema importância que a criança tenha acesso irrestrito ao banheiro e que nesse tenha um vaso sanitário na altura adequada para que ela apoie os pés durante a evacuação. É importante, também, que a criança seja encorajada a ficar no vaso sanitário após refeição para estimular a evacuação por meio do reflexo gastrocólico. Na criança até 1 ano de idade, o uso do supositório de glicerina é uma boa opção, visto que é menos traumático que o enema, não apresentando efeitos colaterais significativos.

O objetivo do tratamento de manutenção é manter evacuações (2-3 vezes/dia) de fezes macias. Modificações dietéticas são essenciais para crianças com constipação funcional. Alguns alimentos em especial auxiliam na manutenção de um hábito intestinal regular, como por exemplo: vegetais folhosos (alface, agrião, brócolis, couve, espinafre), frutas (abacaxi, ameixa, abacate, coco, laranja, mamão, melancia, melão, uva), legumes (moranga, pepino, tomate, vagem), cereais integrais, aveia e farelo de trigo (barato, e pode ser acrescentado no caldo de feijão).

Caso não ocorra melhora dos sintomas da criança dentro de seis meses (considerando boa adesão ao tratamento) encaminhamento para o especialista.

## **Parasitose intestinal**

A Infestação ou infecção do trato intestinal por parasitas conduzida pela consulta de enfermagem está descrita no Fluxograma VI (p. 59) e o tratamento descrito no Quadro 19 (p. 75).

## **Diarreia**

Quantidade de água das fezes é maior do que a normal. É reconhecida também como evacuações amolecidas ou aquosas. Em muitas regiões, a diarreia é definida como presença de três ou mais evacuações amolecidas em um período de 24 horas.

## **Diarreia em crianças menores de 2 meses**

A ocorrência de diarreia com duração menor de 7 dias, em crianças menores de 2 meses, é considerada diarreia aguda. Caso a diarreia persista durante 7 dias ou mais, denomina-se diarreia prolongada. Este tipo de diarreia pode ocasionar desidratação e, conseqüentemente, problemas nutricionais e morte. A diarreia com

sangue nas fezes, com ou sem muco, é denominada diarreia com sangue. A causa mais comum de diarreia com sangue é a doença hemorrágica do recém-nascido secundária à deficiência de vitamina K, à enterocolite necrosante ou outros problemas de coagulação. Nas crianças de mais de 15 dias, o sangue nas fezes pode ser secundário a fissuras anais ou à alimentação com leite de vaca.

Para avaliação da criança com diarreia deve-se perguntar a mãe/cuidador há quanto tempo ela está com diarreia e se tem sangues nas fezes; observar e determinar sinais de desidratação como letargia, inconsciência, inquietação ou irritação, olhos fundos e sinal da prega cutânea. Classificar e tratar conforme os parâmetros de avaliação (Quadro 20, p. 76), classificação e tratamento de diarreias, em maiores de 2 meses até 5 anos de idade, em crianças menores de dois anos de idade, conforme descritos em Quadros 21, 22, 23 e 24 (p. 77 e 78).

## **PLANOS DE REIDRATAÇÃO PARA CRIANÇAS**

### **Plano A: tratamento na unidade de saúde**

- 1) Aumentar a ingestão de líquidos (tanto quanto a criança queira tomar):
  - i) Amamentar a criança com frequência e durante mais tempo por mamada;
  - ii) Se a criança está em AME, oferecer também SRO, além do leite materno;
  - iii) Se a criança não está em AME, oferecer SRO, água pura, manter aleitamento materno, e orientar alimentação.
- 2) Ensinar a mãe como misturar e administrar o SRO:
  - i) Oferecer 50 a 100ml de SRO após cada evacuação;
  - ii) Oferecer o SRO no copinho em goles pequenos e frequentes;
  - iii) Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e oferecer novamente;
  - iv) Orientar para retornar imediatamente caso apresente sinal de perigo ou retornar em 2 dias para avaliação.

### **Plano A: tratamento no domicílio**

Explique aos pais ou acompanhante para fazer no domicílio:

1. Oferecer ou ingerir mais líquido que o habitual para prevenir a desidratação: oferecer líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica; não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco;
2. Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição: continuar o aleitamento materno; manter a alimentação habitual para as crianças maiores de 6 meses; e maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia;
3. Se a criança não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo, orientar a levá-la imediatamente ao serviço de saúde: alertar para os sinais de perigo como piora na diarreia, recusa de alimentos, vômitos repetidos, sangue nas fezes, muita sede e diminuição da diurese;
4. Orientar os pais para: reconhecer os sinais de desidratação; preparar e administrar a SRO e praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos);
5. Administrar zinco uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias: até seis meses de idade: 10mg/dia.

### **Plano B: a criança deve permanecer na unidade de saúde até reidratação completa**

1. Administrar SRO a quantidade de soro de reidratação oral de acordo com a faixa etária da criança, conforme descrito no Quadro 23 (p. 77). O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. Inicialmente a criança deverá receber de 50 a 100ml/kg, a ser administrado no período de 4 a 6 horas. Se a criança vomitar, pode-se reduzir o volume e aumentar a frequência das soluções, e observar a criança continuamente durante a reidratação, e ajudar a família a oferecer o SRO;

2. Durante a reidratação reavaliar o estado de desidratação da criança: se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A; se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise); se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C (Fluxograma VII, p. 60);
3. Durante a permanência da criança no serviço de saúde, orientar os pais ou acompanhante a: reconhecer os sinais de desidratação, preparar e administrar a SRO e praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos);
4. Após reidratação completa, a criança deve retornar ao serviço para reavaliação, após 24 a 48 horas ou imediatamente, em caso de piora.

## Plano C

Pesar a criança e referenciar para uma unidade de suporte mais avançada para iniciar terapia intravenosa e ser monitorizada. No caso de uso de terapia endovenosa de hidratação, seguir a recomendação de manejo de crianças menores de cinco anos com diarreia, conforme apresentado no Quadro 21 (p. ?). Para garantia de manutenção e reposição endovenosa no manejo do paciente com diarreia para todas as faixas etárias, seguir as recomendações do Quadro 24 (p. 78).

Após a fase rápida, avaliar a criança e, assim que ela puder beber (geralmente após 2 a 3 horas), também iniciar o SRO, mantendo hidratação por via venosa. Manter a avaliação da criança continuamente. Se não estiver melhorando, aumentar a velocidade da infusão.

Manter a criança em observação durante pelo menos 6 horas. Suspender a hidratação via endovenosa somente quando a criança puder ingerir SRO suficiente para manter-se hidratada. A quantidade de SRO necessária varia de uma criança para outra, dependendo do volume de evacuações. Lembrar aos pais ou responsáveis que a quantidade de SRO a ser ingerida é maior nas primeiras 24 horas do tratamento, principalmente em crianças com desidratação grave. Como orientação, considerar a quantidade média de SRO necessária para esses pacientes: entre 250-500 ml (SRO/kg de peso/24 horas).

**ATENÇÃO!** Caso exista sangue nas fezes, fazer uma anamnese e exame físico cuidadosos para investigar parasitoses, verminoses ou até infecções bacterianas e encaminhar para consulta médica. A prescrição de antibióticos e anti-heméticos deve ser cuidadosa e sob responsabilidade médica.

## CÓLICA DO RECÉM-NASCIDO

A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e regride por si mesma, antes do 6º mês de vida. Caracteriza-se pelo choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatos, abdome rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem duração de 3 horas, por pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida. O Fluxograma VIII (p. 61) apresenta o fluxo da consulta do enfermeiro voltada para cólicas no recém-nascido.

## REFLUXO NO RECÉM-NASCIDO

O refluxo é caracterizado pelo retorno do conteúdo do estômago para o esôfago e outras áreas, como a boca. É um evento comum nos primeiros meses de vida, que, na maioria das vezes, não causa sintomas graves e está ligada à regurgitação, também conhecida como golfada. Essas acontecem duas ou mais vezes por dia em quase metade das crianças até os dois meses, e em 1% daquelas com cerca de um ano. A melhora, espontânea, está relacionada ao crescimento e desenvolvimento da criança.

Para minimizar o refluxo no recém-nascido, as seguintes orientações devem ser dadas para mãe ou família: evitar balançá-lo, não vestir roupas que apertem sua barriga, não o deixar chorar por muito tempo, colocar um calço de 10 centímetros para manter a cabeceira do berço elevada a 30 graus, ter uma boa pega e posição durante as mamadas para prevenir a entrada de ar pela boca e após o término da mamada, mantê-lo em

posição vertical no colo por 30 minutos.

Sinais de que o refluxo pode ser patológico devem ser explorados, entre eles estão: inquietação depois das mamadas, regurgitação frequente, choro constante, recusa alimentar, sangramento digestivo, episódios de bradicardia, anemia, tosse depois e durante as regurgitações, irritabilidade durante a mamada, menos ganho de peso ou nenhum ganho de peso, sinais de problemas respiratórios e inquietação no sono. Se a criança apresentar um ou mais desses sinais ela deve ser encaminhada à especialidade adequada.

## MONILÍASE ORAL

É causada pelo fungo *Candida Albicans*, naturalmente presente na boca. Seu aumento leva ao desenvolvimento da candidíase oral, que se caracteriza pelo aparecimento de placas brancas com aspecto de queijo, exudativas, cremosas, sobre a língua, a mucosa oral, o palato e outras superfícies da cavidade oral.

A candidíase oral acomete adultos e crianças e também pode ser conhecida por “sapinhos”. Como consequência, podem surgir a esofagite e suas complicações, como a disfagia, dificuldades com a alimentação do bebê e da criança e odinofagia.

O tratamento recomendado é 1,0 ml de Nistatina Suspensão Oral 100.000UL/ML. O uso é diário, sendo aplicado 4 vezes ao dia, na mucosa oral por 7 dias. Deve-se realizar antes a higiene oral com água bicarbonatada, aguardar 10 minutos e, então, aplicar a solução de nistatina, metade em cada região da mucosa oral. Desaparecendo os sintomas, manter esquema por mais 2 dias.

No Fluxograma IX (p. 62) está descrita a consulta de enfermagem voltada para a monilíase oral.

## COTO UMBILICAL

É a parte do cordão umbilical que fica anexa ao abdome, após o clampeamento e corte do mesmo. Inicialmente, apresenta-se gelatinoso e seco, progressivamente, mumificando perto do 3º ou 4º dia de vida e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia. É importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical. Os cuidados com o coto na consulta de enfermagem estão descritos no Fluxograma X (p. 63).

## TOSSE

As crianças comumente apresentam episódios de tosse no decorrer de seu crescimento e desenvolvimento. Ela é um reflexo fisiológico importante, ajuda a expulsar secreções e partículas aspiradas pelas vias aéreas. Apesar do amplo diagnóstico diferencial para tosse em crianças, são imprescindíveis a identificação da causa e o tratamento adequado.

A tosse aguda geralmente tem um curso menor de duração, em torno de 3 semanas, enquanto que a tosse crônica pode variar em um intervalo de 3 a 12 semanas. Grande parte das crianças que apresenta tosse aguda é decorrente de algum resfriado ou infecção viral, logo, costuma ser mais autolimitada. Entretanto, a tosse aguda, também, pode estar ligada à pneumonia, alergias ou aspiração de um corpo estranho. A tosse crônica pode estar relacionada a outras condições como doença do refluxo gastroesofágico, fibrose cística e asma.

Doenças respiratórias são o mais frequente motivo de consulta de crianças em ambulatórios e serviços de urgência. A pneumonia é uma das principais doenças da infância e a segunda causa de morte em menores de 1 ano. A asma e sua associação com a alergia e pneumonia merecem atenção especial, seja por se tratar de uma das principais causas de internação e procura em serviços de urgência, seja pela interferência na qualidade de vida da criança (BRASIL, 2004).

Durante o atendimento à criança com tosse, deve-se realizar anamnese e exame físico completo, buscando triar os casos graves, que precisam ser encaminhados com urgência para avaliação médica. Se a criança está com tosse ou dificuldade para respirar, deverá ser referenciada com urgência, caso apresente algum outro sinal de perigo: não consegue mamar, vomita tudo, convulsões, letargia/inconsciência ou flacidez, tiragem subcostal,

apneia, batimentos de asas do nariz, gemido ou estridor, cianose central (BRASIL, 2014). A referência para taquipneia varia de acordo com a faixa etária da criança (em repouso): FR > 60 ipm para menores de 2 meses; FR > 50 ipm para lactentes de 2 a 12 meses; FR > 40 ipm para crianças de 1 a 4 anos (BRASIL, 1999).

Nos casos onde não se suspeita de pneumonia ou doença grave, o tratamento para tosse envolve o aumento na ingestão de líquidos, umidificação de narinas com soro fisiológico 0,9%, atenção para os cuidados com o ambiente no intuito de reduzir alérgenos respiratórios e evitar lugares com maior aglomeração de pessoas. Os antibióticos, broncodilatadores e corticoides sistêmicos devem ter uso somente mediante indicação e prescrição médica.

## FEBRE

Caso haja febre, administre antitérmico de acordo com a idade e peso da criança (Quadro 25, p. 78 ; Fluxograma XI, p. 64).

## DOR DE OUVIDO

A dor de ouvido é o sintoma mais frequente de otite média. A otite média é uma infecção aguda localizada no ouvido médio com início rápido de sinais e sintomas. A otite média recorrente é definida quando ocorre por três vezes, em um intervalo de seis meses ou, quando ocorrem quatro eventos, em um período de doze meses. No Fluxograma XII (p. 65) contém o direcionamento da consulta de enfermagem para a dor de ouvido.

A ocorrência de otite média aguda antes dos seis meses de vida oferece maior risco de evoluir para otite média recorrente e secretora. O período de maior probabilidade de surgir o primeiro episódio de otite média aguda é entre 6 a 17 meses de vida. Há evidências de que a amamentação diminui os riscos de otite média aguda em virtude de certos mecanismos protetores.

As bactérias mais frequentes na otite média aguda são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*.

O diagnóstico deve estar associado à história (exposição à fumaça de cigarro, posição durante mamada, frequência à creche, início dos sintomas, outros tratamentos instituídos e sua adesão) e ao exame físico (inspeção da cabeça e do pescoço com atenção à fenda palatina e palatina submucosa, desvio de septo e Síndrome de Down). O tratamento segue a indicação médica.

## Diagnóstico Diferencial

### Otite Média Aguda

Apresenta dor e febre (febre > 39,5°C se acompanhada de bacteremia), irritabilidade, cefaleia, vômitos, anorexia e diarreia. A membrana timpânica visualizada por otoscopia apresenta aumento da vascularização, abaulada, opaca, hiperemiada e com otorreia purulenta. Torna-se difícil a visualização de perfuração de membrana timpânica em detrimento do edema e secreção.

### Otite Média Secretora

É silenciosa e assintomática, acompanhada de sensação de orelha entupida e diminuição da audição. A membrana timpânica visualizada por otoscopia apresenta-se retraída e não há sinais de inflamação. Para avaliação auditiva na otite média secretora são realizados exames audiométricos e impedanciometria. Essa otite pode provocar alterações no desenvolvimento cognitivo e na linguagem, dependendo da idade.

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017), baseado nas referências consultadas.



## TRIAGENS NEONATAIS

### Programa Nacional de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho)

A coleta de sangue para o Teste do Pezinho deve ser realizada preferencialmente após 48 horas de vida e até o 5º dia de vida do bebê (Fluxograma XIII, p. 66), para triar as doenças Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística ou Mucoviscidose, Hiperplasia Adrenal Congênita ou Síndrome Adrenogenital (HAC) e Deficiência da Biotinidase (BRASIL, 2002).

### Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha)

A triagem auditiva neonatal é realizada por meio do exame de Emissão Evocada Otoacústica. Coloca-se um pequeno fone na parte externa do ouvido do recém-nascido que permite a produção de um estímulo sonoro e a captação do seu retorno (eco), sendo registrado no computador se as partes internas da orelha (cóclea) estão funcionando. O resultado do exame é emitido na forma de um gráfico. Deve ser realizado nos primeiros dias de vida (24 a 48 horas) e, no máximo, no primeiro mês de vida.

### Triagem Visual Neonatal (Teste do Reflexo Vermelho ou Teste do Olhinho)

A Triagem Visual Neonatal (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012) contempla ações de prevenção e de identificação precoce de deficiência visual.

É um teste rápido, fácil, indolor e não necessita de colírio. O exame é realizado com um oftalmoscópio para facilitar a inspeção ocular. Ao serem atingidos pelo foco de luzes nos olhos, refletirão tons de vermelho, laranja ou amarelo, na presença de retinas saudáveis. Em caso de alteração, o reflexo de luz será esbranquiçado ou não será possível observá-lo.

### Teste de Oximetria de Pulso (Teste do Coraçãozinho)

O teste do coraçãozinho é recomendado antes da alta hospitalar ou até a primeira semana de vida. Consiste em um exame não invasivo, simples, indolor e rápido realizado com um aparelho chamado oxímetro. Tem o objetivo de identificar manifestação de cardiopatias congênitas. No Fluxograma XIV (p. 67) está descrito o fluxo do teste do coraçãozinho.

### Teste de Linguinha

O teste da linguinha possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela língua presa que podem comprometer as funções de sugar, engolir, mastigar e falar. É realizado por meio da aplicação do Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual com escores para bebês (MARTINELLI, 2013). Tem pontuações independentes e pode ser aplicado por partes, até o 6º mês de vida.

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS**  
Martinelli, 2013

HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: \_\_\_\_\_  
Data do Exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ Gênero: M ( ) F ( )  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Nome do pai: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Fones: residencial: ( ) \_\_\_\_\_ trabalho: ( ) \_\_\_\_\_ celular: ( ) \_\_\_\_\_  
Endereço eletrônico: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares**

(investigar se existem casos na família com alteração de frênulo da língua)

( ) não (0) ( ) sim (1) Quem e qual o problema: \_\_\_\_\_

**Problemas de Saúde**

( ) não ( ) sim Quais: \_\_\_\_\_

**Amamentação:**

- tempo entre as mamadas: ( ) 2h ou mais (0) ( ) 1h ou menos (2)
- cansaço para mamar? ( ) não (0) ( ) sim (1)
- mama um pouquinho e dorme? ( ) não (0) ( ) sim (1)
- vai soltando o mamilo? ( ) não (0) ( ) sim (1)
- morde o mamilo? ( ) não (0) ( ) sim (2)

Total da história clínica: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 8

Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Fonte: Cartilha do Teste da Linguinha (2014).

# PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

Martinelli, 2013

EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)

## PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL

### 1. Postura de lábios em repouso



( ) lábios fechados (0)



( ) lábios entreabertos (1)



( ) lábios abertos (1)

### 2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



( ) língua na linha média (0)



( ) língua elevada (0)



( ) língua na linha média com elevação das laterais (2)



( ) língua baixa (2)

### 3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro



( ) arredondada (0)



( ) ligeira fenda no ápice (2)



( ) formato de "coração" (3)

Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Fonte: Cartilha do Teste da Linguinha (2014).

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS**  
Martinelli, 2013

**4. Frênulo da língua**



( ) é possível visualizar



( ) não é possível visualizar



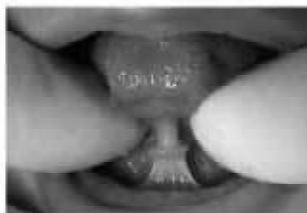
( ) visualizado com manobra\*

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA A PARTE II (Avaliação da Sucção não Nutritiva e Nutritiva)

**4.1. Espessura do frênulo**



( ) delgado (0)



( ) espesso (2)

**4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua**



( ) no terço médio (0)



( ) entre o terço médio e o ápice (2)



( ) no ápice (3)

**4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca**



( ) visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



( ) visível a partir da crista alveolar inferior (1)

\* Manobra de elevação e posteriorização da língua. Se não observável, fazer o acompanhamento.

Total da avaliação anatomofuncional (item 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma do item 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Total da Avaliação anatomofuncional (itens 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 12

Quando a soma dos itens 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Fonte: Cartilha do Teste da Linguinha (2014).

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS**  
Martinelli, 2013

**PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA**

**1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado)**

**1.1. Movimento da língua**

adequado: protrusão de língua, movimentos coordenados e sucção eficiente (0)

inadequado: protrusão de língua limitada, movimentos incoordenados e atraso para início da sucção (1)

**2. Sucção Nutritiva na Amamentação**

(na hora da mamada, observar o bebê mamando durante 5 minutos)

**2.1. Ritmo da sucção (observar grupos de sucção e pausas)**

várias sucções seguidas com pausas curtas (0)

poucas sucções com pausas longas (1)

**2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração**

adequada (0) (equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de estresse)

inadequada (1) (tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)

**2.3. “Morde” o mamilo**

não (0)

sim (1)

**2.4. Estalos de língua durante a sucção**

não (0)

sim (1)

Total da avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 5

Quando a soma da avaliação da Sucção Não Nutritiva e Nutritiva for igual ou maior que 2, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Quando a soma do exame clínico for igual ou maior que 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

TOTAL GERAL DA HISTÓRIA E DO EXAME CLÍNICO: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 25

Quando a soma da história e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Fonte: Cartilha do Teste da Linguinha (2014).

## REFERÊNCIAS

- AAP TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: **Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment**. *Pediatrics*. v.138, n.5, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Orientações aos pais sobre cuidados com a saúde bucal do bebê e das crianças**. Disponível em: <[http://abodontopediatria.org.br/orientacoes\\_aos\\_pais\\_sobre\\_cuidados\\_com\\_a\\_saude\\_bucal\\_do\\_bebe\\_e\\_da\\_crianças.pdf](http://abodontopediatria.org.br/orientacoes_aos_pais_sobre_cuidados_com_a_saude_bucal_do_bebe_e_da_crianças.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Organização Pan-Americana de Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar e Classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade**. Módulo 2. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 124 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde da Criança. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Atendimento à Criança de 2 meses a menos de 5 anos de idade. Atendimento à Criança de 1 semana a menos de 2 meses idade**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 124 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação- Geral de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Série Cadernos de Atenção Básica, n.11. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 173. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 100 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Organização Pan-Americana de Saúde. **Dez Passos da Alimentação Saudável: orientação para crianças menores de 2 anos. Orientação para a promoção da alimentação saudável para a criança menor de dois anos de idade. Um guia para o profissional de saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 48 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006**. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília. 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Promovendo o Aleitamento Materno. 2. ed. rev**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania. Menino. 10. ed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 93 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menino\\_10ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_10ed.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº16, de 15 de janeiro de 2010. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Insuficiência Adrenal Congênita. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0016\\_15\\_01\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0016_15_01_2010.html)>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cartaz Manejo da Diarreia**. Janeiro, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Anexo: Diretrizes Brasileiras da Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para Prevenção de Deficiências Visuais.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias de Saúde. **Biotina para o tratamento da Deficiência de Biotinidase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação do Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 24 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 34 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. 2013c. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)>. Acesso em: 04 maio 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
- BRODLIE, M.; GRAHAM, C.; MCKEAN, M.C. Tosse em crianças. **British Medical Journal Brasil**, n. 64, 2013. Disponível em: < <http://www.grupoa.com.br/revista-bmj/artigo/7016/tosse-em-criancas.aspx>>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- CARTILHA do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014. Disponível em: <[http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/testelinguinha\\_2014\\_livro.pdf](http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/testelinguinha_2014_livro.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- CHANG, A. B. Pediatric cough: children are not miniature adults. **Lung**, v.188, suppl. 1, p.33-40, 2010.
- COREN-RJ. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.
- COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás.. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2010.
- DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA E NEONATOLOGIA DA SBP. Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diagnostico-precoce-oximetria.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- FIGUEIRAS, A. C. et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.
- HAY, A. D.; WILSON, A. D. The natural history of acute cough in children aged 0 to 4 years in primary care: a systematic review. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 52, p.401-409, 2002.
- LOPEZ, F. A.; CAMPOS Jr., D. **Da gravidez aos 2 anos de idade**. Dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: Editora Manole, 2010.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224 p. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Atencao\\_Saude\\_Crianca\\_MG.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Atencao_Saude_Crianca_MG.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- PORTARIA SCTIE/MS Nº 34, de 27 de setembro de 2012. Torna pública a decisão de incorporar o medicamento Biotina para o tratamento da Deficiência de Biotinidase no Sistema Único de Saúde (SUS).
- PORTARIA Nº 659, de 19 de junho de 2013. Habilita o Estado de Goiás na Fase IV de implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

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

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

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde**. 4. ed. São Paulo: SMS, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde**. Coordenação Rita de Cássia Silveira. 4. ed. São Paulo: SMS, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco. 1. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012. 77 p. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento\\_prematuro\\_oficial.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento_prematuro_oficial.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2017.

MARCHANT, J. M. et al. What is the burden of chronic cough for families? **Chest**, v.134, p.303-309, 2008.

SHIELDS, M. D. et al. Guidelines: recommendations for the assessment and management of cough in children. **Thorax**, v. 63, suppl. 3, p.1-15, 2008.

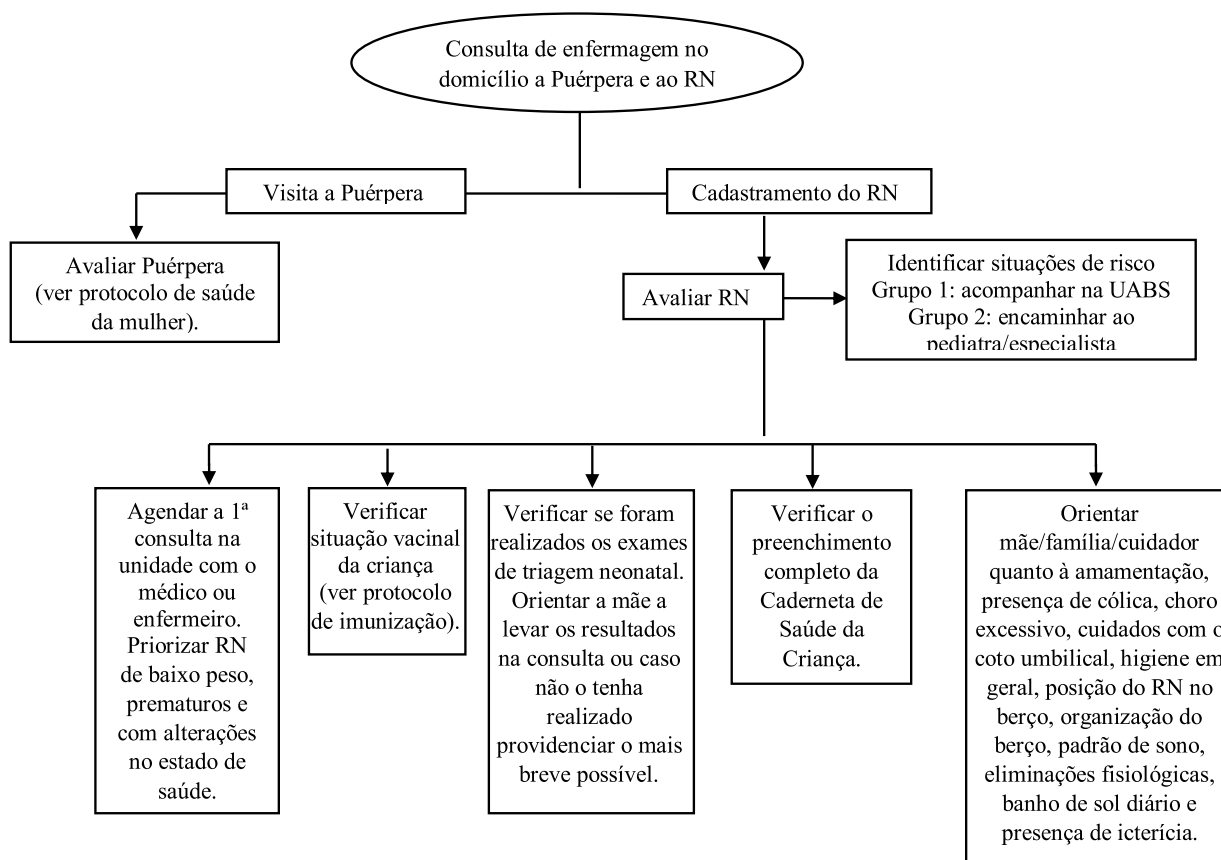
PAPPAS, D.E. et al. Symptom profile of common colds in school-aged children. **Pediatr. Infect. Dis. J.**, v. 27, p. 8-11, 2008.

MCKENZIE, S. Cough – but is it asthma? **Arch. Dis. Child.**, v. 70, p. 1-2,1994.

MUNYARD, P.; BUSH, A. How much coughing is normal? **Arch. Dis. Child.**, v.74, p. 531-534. 1996.

VIEIRA, A.C.; COSTA, A. R.; GOMES, P. G. Boas práticas em aleitamento materno: aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 15, n. 1, p. 13-20, 2015.

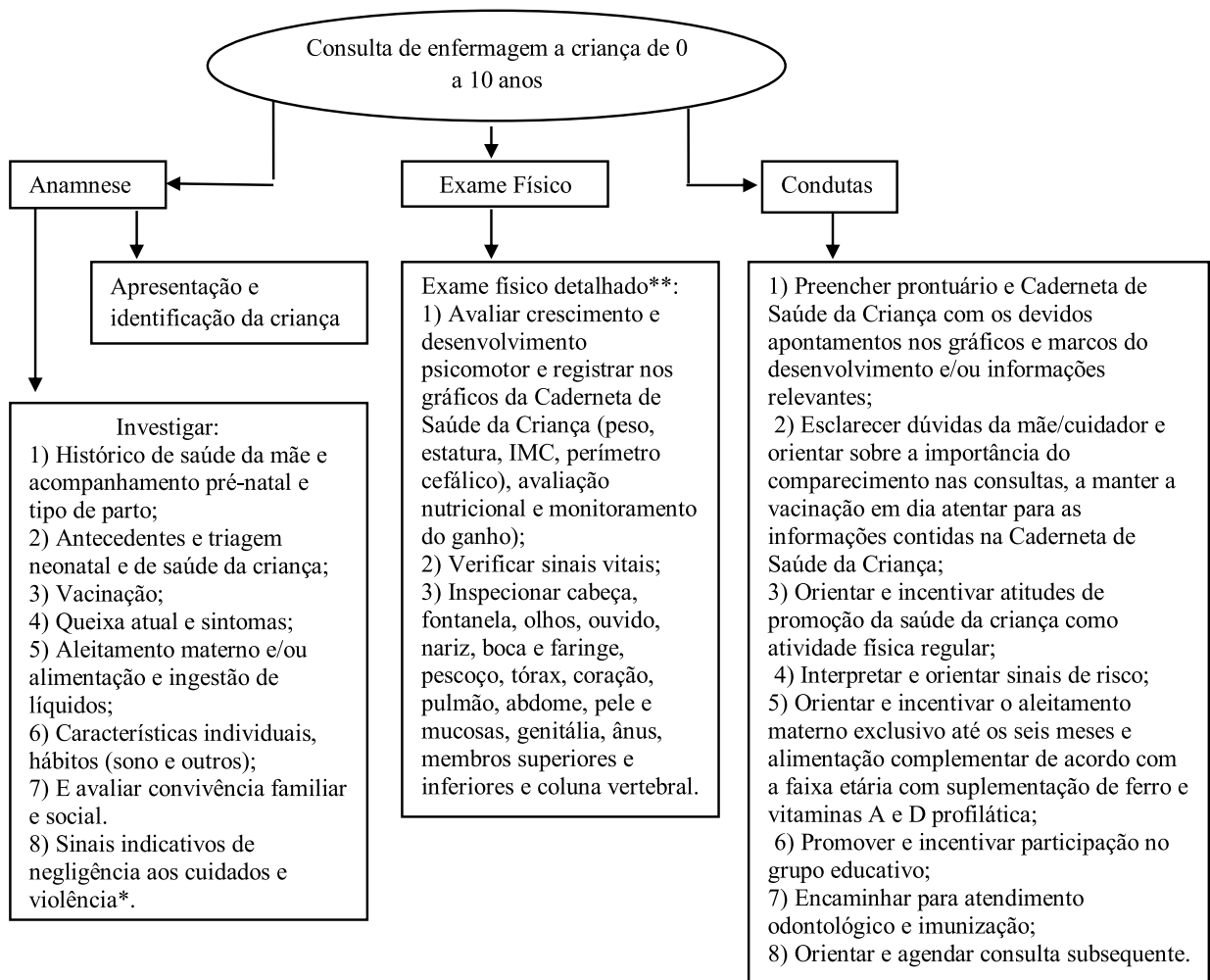
**FLUXOGRAMA I – CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO À PUÉRPERA E AO RECÊM-NASCIDO (RN)**



Fonte: Elaborado pelos autores (2017).



## FLUXOGRAMA II – CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL DA CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS



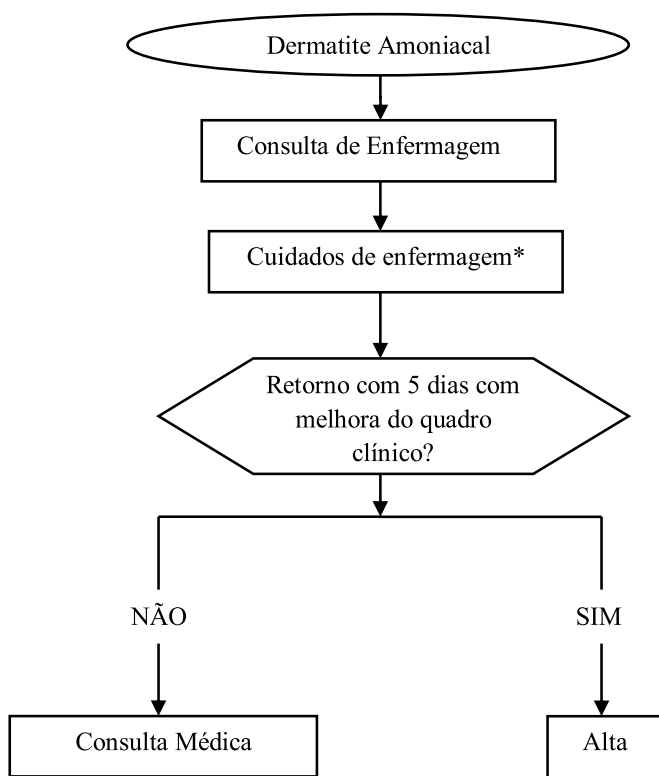
### Observações:

\*Sinais indicativos de negligência aos cuidados relacionados à higienização, alimentação e estado de saúde e de violência. Em caso de evidências dos sinais de equimoses, hematomas, pequenos traumas e comportamento de hipoatividade ou abatimento da criança, encaminhar a criança para o conselho tutelar local.

\*\*Alterações de pele: Eritema tóxico – pequenas lesões eritematopopulosos disseminadas; Mancha mongólica – mancha arroxeadada localizada na região dorso glúteo, relacionada à miscigenação de raça; Nerus materno – manchas avermelhadas disseminadas, não salientes, na fronte, pálpebras, lábios e nuca; Milium sebáceo – glândulas sebáceas aumentadas (queixo, bochecha, nariz) que desaparecem nos dois primeiros meses de vida; Descamação fisiológica nas mãos e pés; Marca do bico da cegonha – cor rósea localiza-se na região frontal e nuca, desaparece até o primeiro ano de vida; Marca vinho do porto – coloração vermelho-púrpura varia o tamanho e dificilmente desaparece; Hemangioma – afeta o tecido subcutâneo, são vênulos interligados dando cor azulada à pele que a recobre e raramente desaparece.

Fonte:Elaborado pelos autores (2017).

### FLUXOGRAMA III – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA DERMATITE AMONIAL

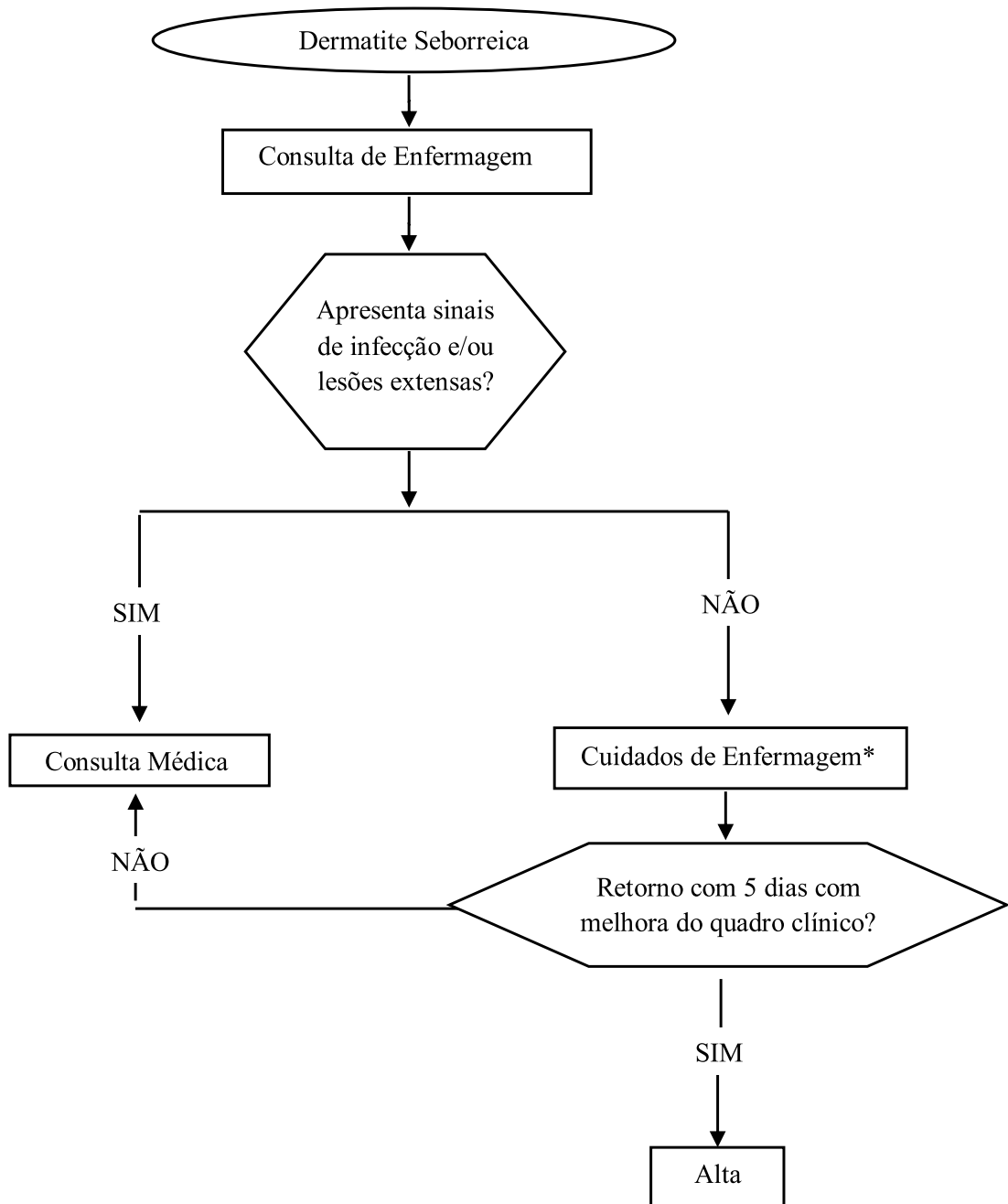


**\*Orientações de enfermagem:**

- Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;
- Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
- Usar amido de milho na água do banho e/ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local, retirar cuidadosamente todo o resíduo após cada troca de fralda;
- Suspender fraldas descartáveis;
- Lavar as fraldas com sabão neutro, enxaguar bem e evitar o uso de produtos perfumados;
- Usar Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias e cremes à base de óxido de zinco;
- Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

## FLUXOGRAMA IV – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA DERMATITE SEBORREICA

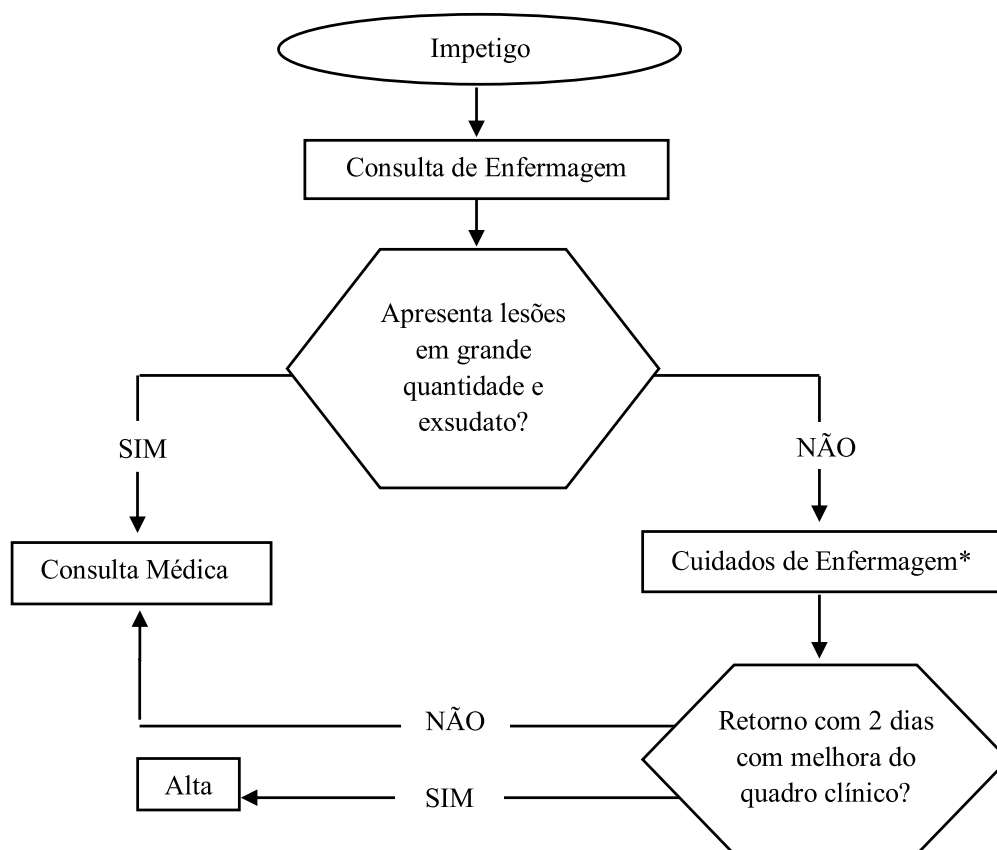


**\*Orientações de Enfermagem:**

- Passar vaselina ou óleo mineral no couro cabeludo uma vez ao dia, deixar por 1 hora e retirar seborreia com escova ou pente fino delicado;
- Lavar a cabeça com sabonete neutro;
- Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

## FLUXOGRAMA V – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA IMPETIGO

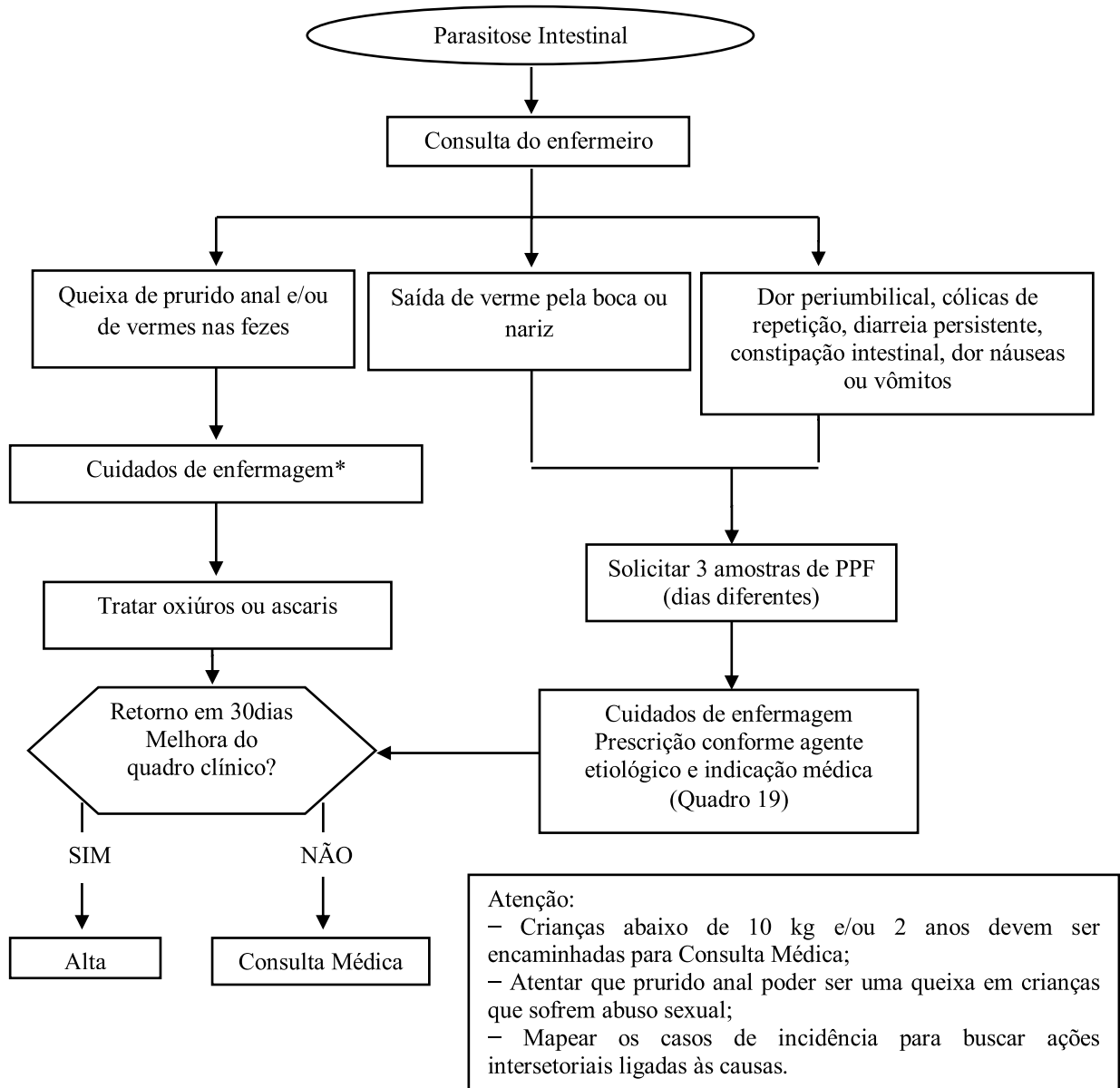


### Cuidados de enfermagem:

- Limpar as superfícies afetadas com água e sabão, a fim de remover crostas, escamas e secreção;
- Orientar quanto ao banho de permanganato de potássio diluído de acordo com a prescrição médica;
- Orientar quanto a aplicação de medicação tópica de acordo com prescrição médica;
- Realizar exame de inspeção na cuidadora e demais contatos da criança, a fim de detectar outros infectados que necessite de tratamento;
- Orientar a cuidadora quanto à necessidade de hábito higiênicos adequados;

Fonte:Elaborado pelos autores (2017).

FLUXOGRAMA VI – CONSULTA DE ENFERMAGEM VOLTADA PARA PARASITOSE INTESTINAL

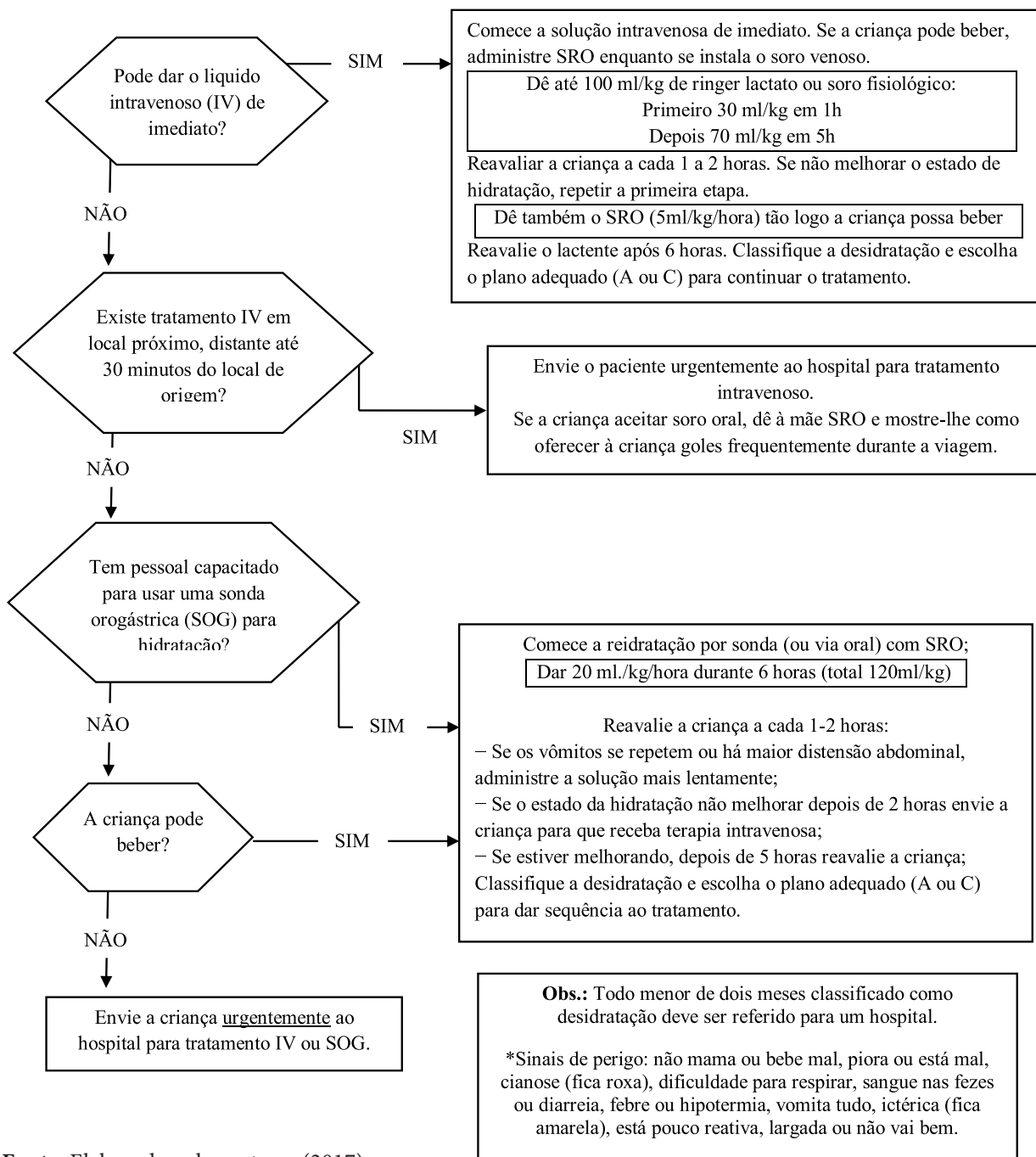


\*Cuidados e orientações de enfermagem:

- Beber água tratada ou fervida e lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito 2,0% (duas gotas por litro) por 30 minutos e lavar novamente;
- Comer carne bem cozida ou assada;
- Manter as mãos limpas e as unhas curtas e lavar as mãos antes de preparar os alimentos, de todas as refeições e após cada evacuação;
- Proteger os alimentos contra poeira, moscas e outros animais;
- Manter os pés limpos e calçados;
- Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados;
- Não usar água parada para banho ou brincar;
- Orientar quanto a indicação do uso de vermífugo, conforme Quadro 19.

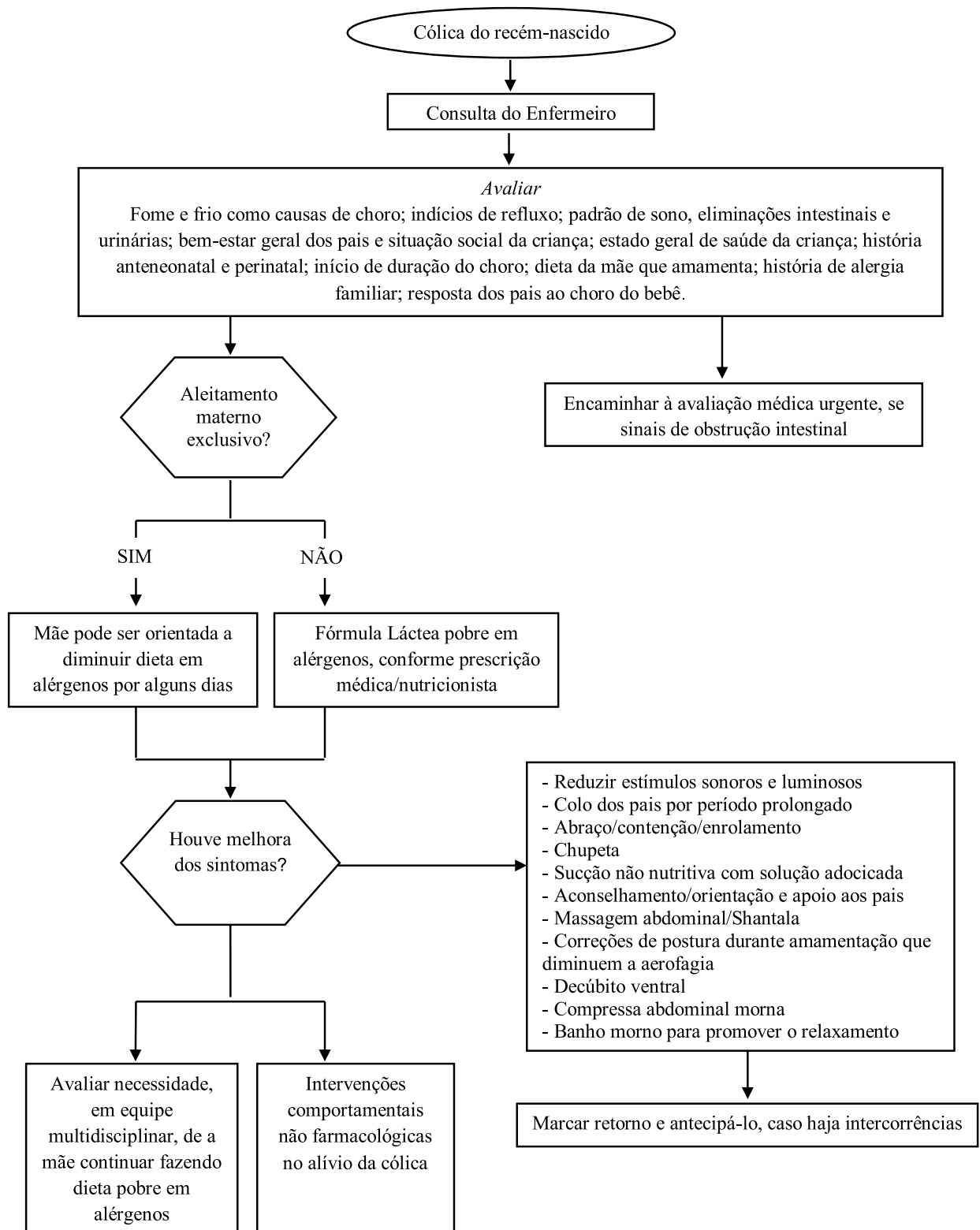
Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

**FLUXOGRAMA VII – PLANO C PARA O TRATAMENTO DA DIARREIA, TRATAR A DESIDRATAÇÃO RAPIDAMENTE**



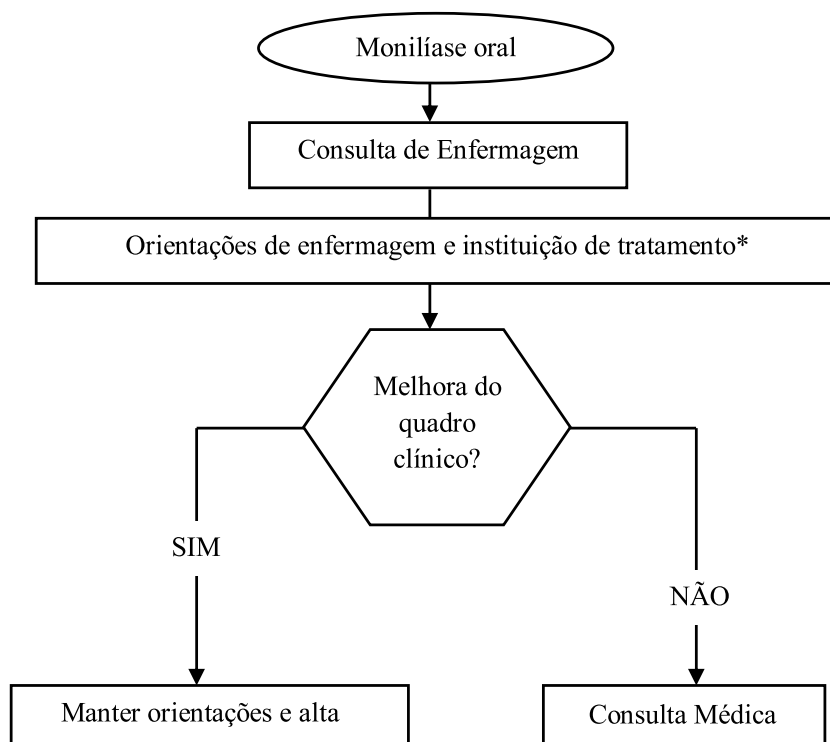
Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

**FLUXOGRAMA VIII – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO DE CÓLICA NO RECÉM-NASCIDO**



Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

## FLUXOGRAMA IX – CONSULTA DE ENFERMAGEM VOLTADA PARA MONILÍASE ORAL



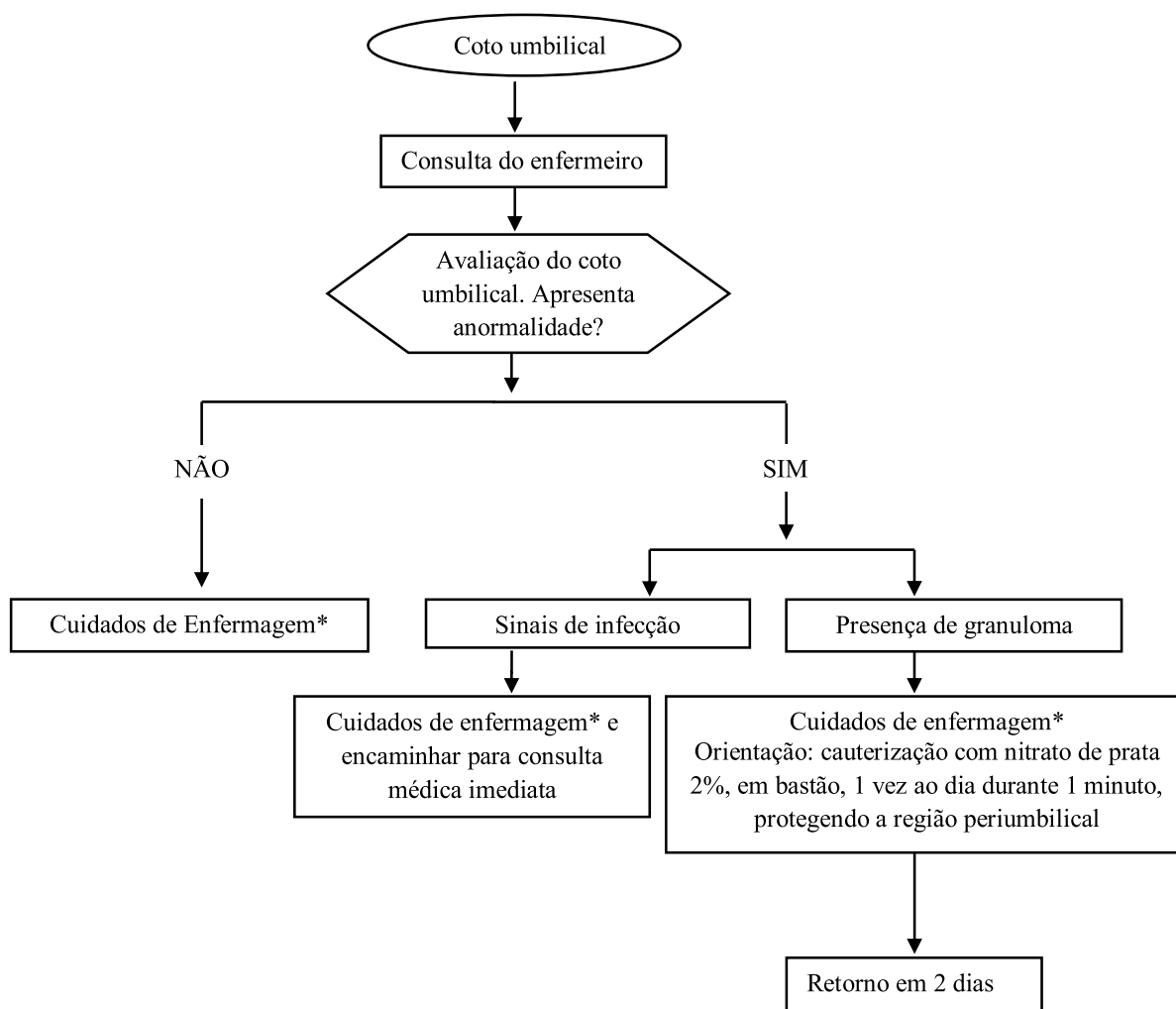
\*Orientações de enfermagem (COREN-RJ, 2012):

- Limpar as lesões superficiais com solução bicarbonatada: 1 xícara de chá com água (fervida e já fria) e 1 colher de chá de bicarbonato de sódio. Essa higiene oral deve ser feita antes da mamada, assim como do seio materno, antes e após cada oferta ao bebê;
- Remover, quando possível, bicos de mamadeiras, chupetas, mordedores e outros. Caso não seja possível, suspendê-los ou lavá-los com água e sabão e ferver por 15 minutos;
- Evitar beijar a criança próximo aos lábios;
- Lavar sempre as mãos antes e após contato com a criança, antes e após higienizar as mamas.
- Agendar retorno após 2 dias.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.



**FLUXOGRAMA X – CONSULTA DE ENFERMAGEM VOLTADA PARA OS  
CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL**

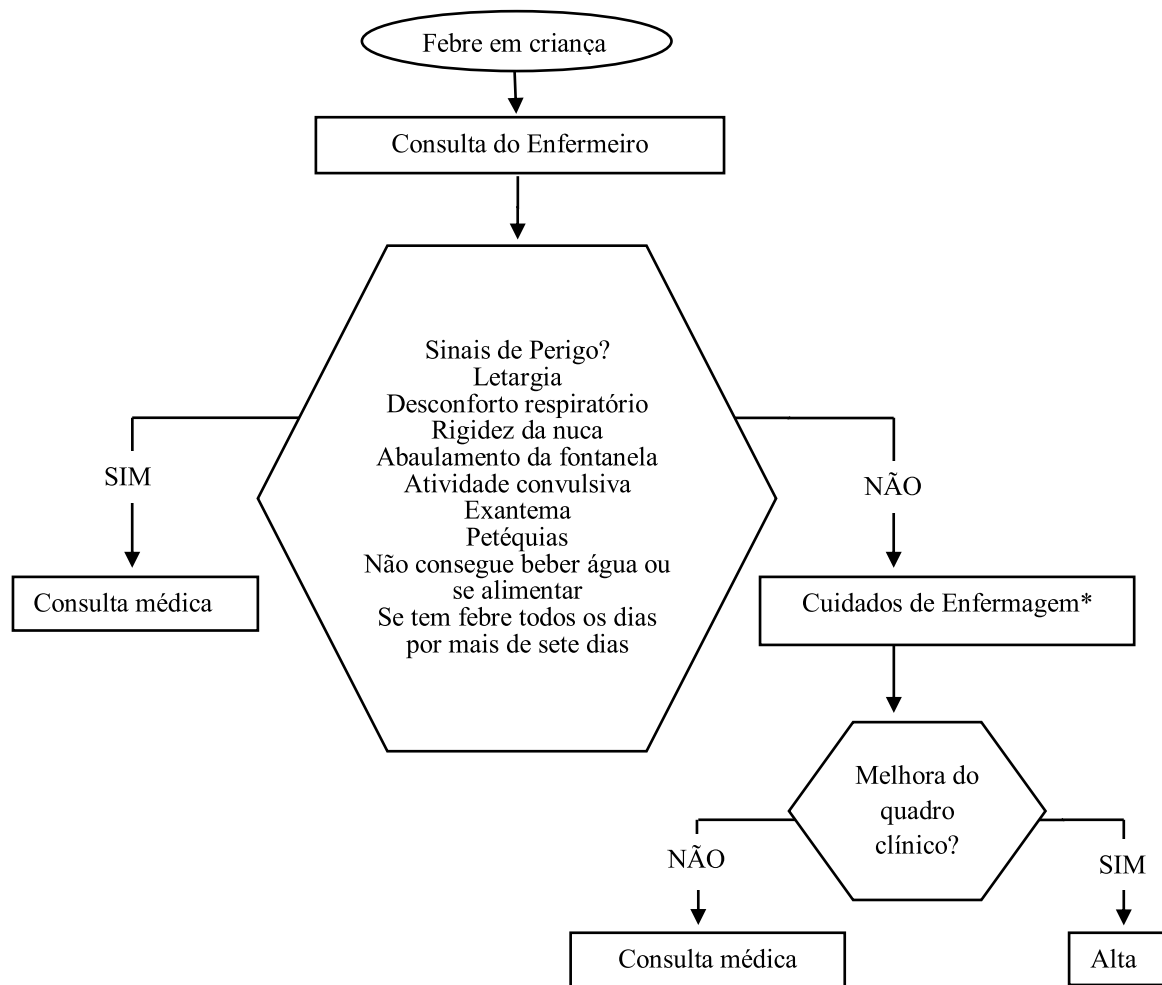


**\*Orientações de enfermagem:**

- Realizar higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem.
- Aplicar álcool 70% com cotonete ou gaze limpa após cada troca de fralda e após o banho, no mínimo 3 vezes ao dia.
- Procurar atendimento mediante sinais de infecção (secreção purulenta, odor fétido, vermelhidão na pele ao redor do umbigo).
- Não cobrir o coto umbilical com faixas.
- Não utilizar outros produtos como: pomadas, talcos, moedas etc.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

## FLUXOGRAMA XI - ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM FEBRE

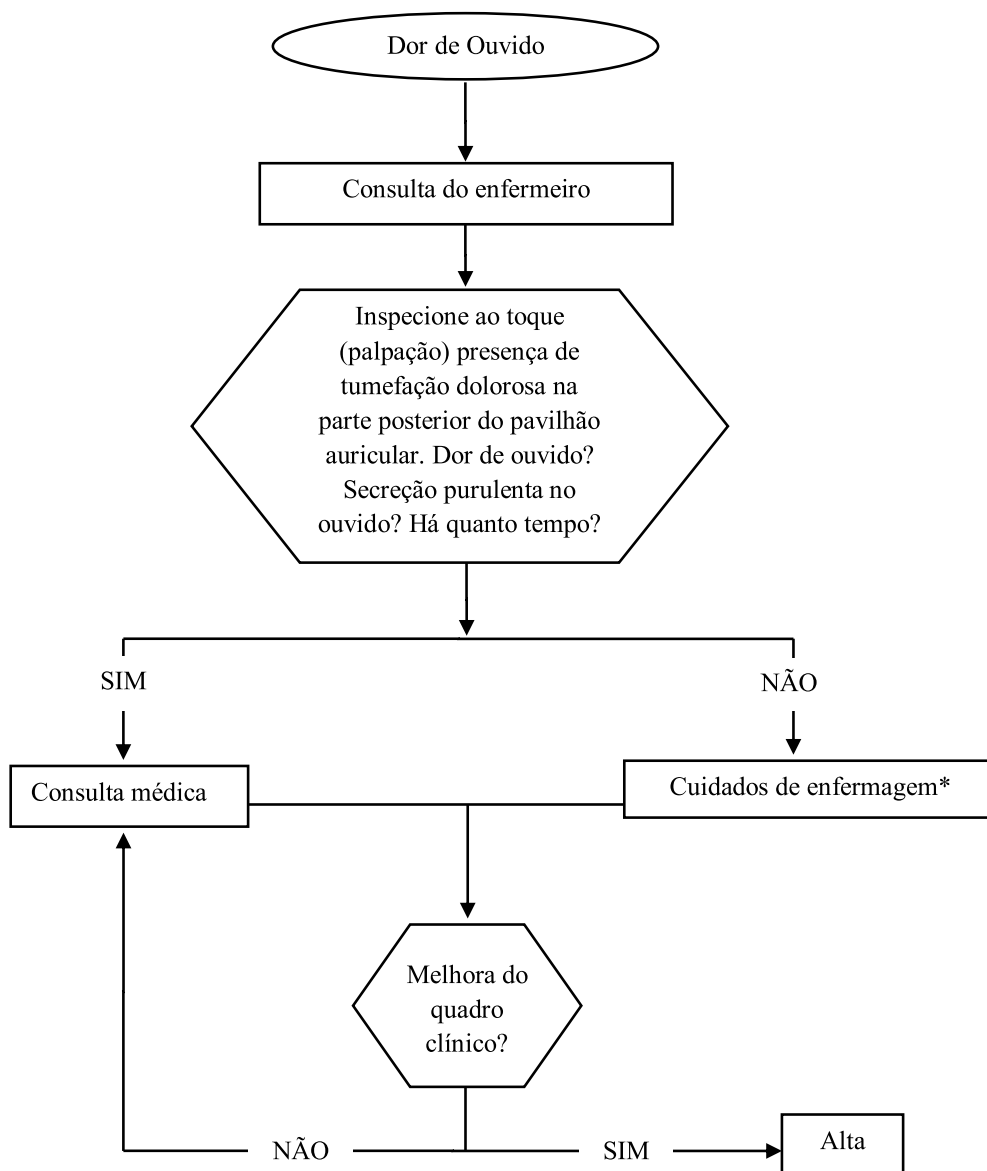


### \*Cuidados de Enfermagem:

- Orientar quanto à indicação do uso de antitérmico (paracetamol ou dipirona), ver Quadro 25;
- Orientar o risco de administração de antitérmicos em intervalos menor de 6 horas;
- Orientar o uso de vestimentas leves;
- Orientar retorno imediato ao sinal de perigo ou piora do quadro, conforme fluxograma acima;
- Orientar retorno em dois dias, se persistir a febre.

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

FLUXOGRAMA XII – CONSULTA DE ENFERMAGEM DIRECIONADA À DOR DE OUVIDO

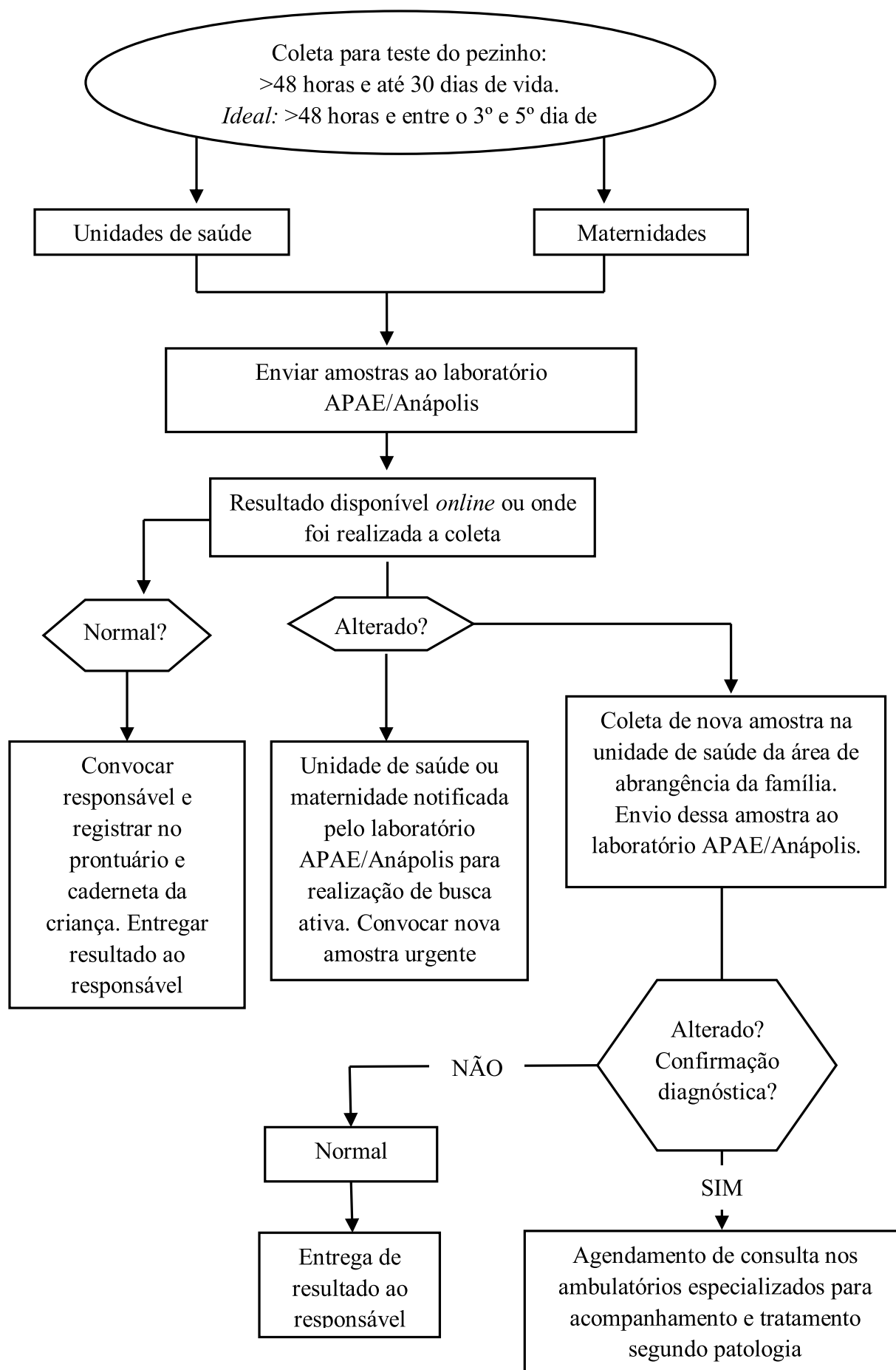


\*Cuidados de enfermagem

- Inspeccionar hipertermia e orientar quanto a indicação do uso de antitérmico (temperatura > ou = 37,5°C);
- Orientar quanto ao uso do antibiótico indicado;
- Orientar a secagem do pavilhão auditivo com algodão ou gaze, conforme necessidade e realizar a substituição desses até quando o pavilhão auditivo estiver seco;
- Recomendar o uso de compressa morna e alertar quanto aos cuidados com queimaduras.

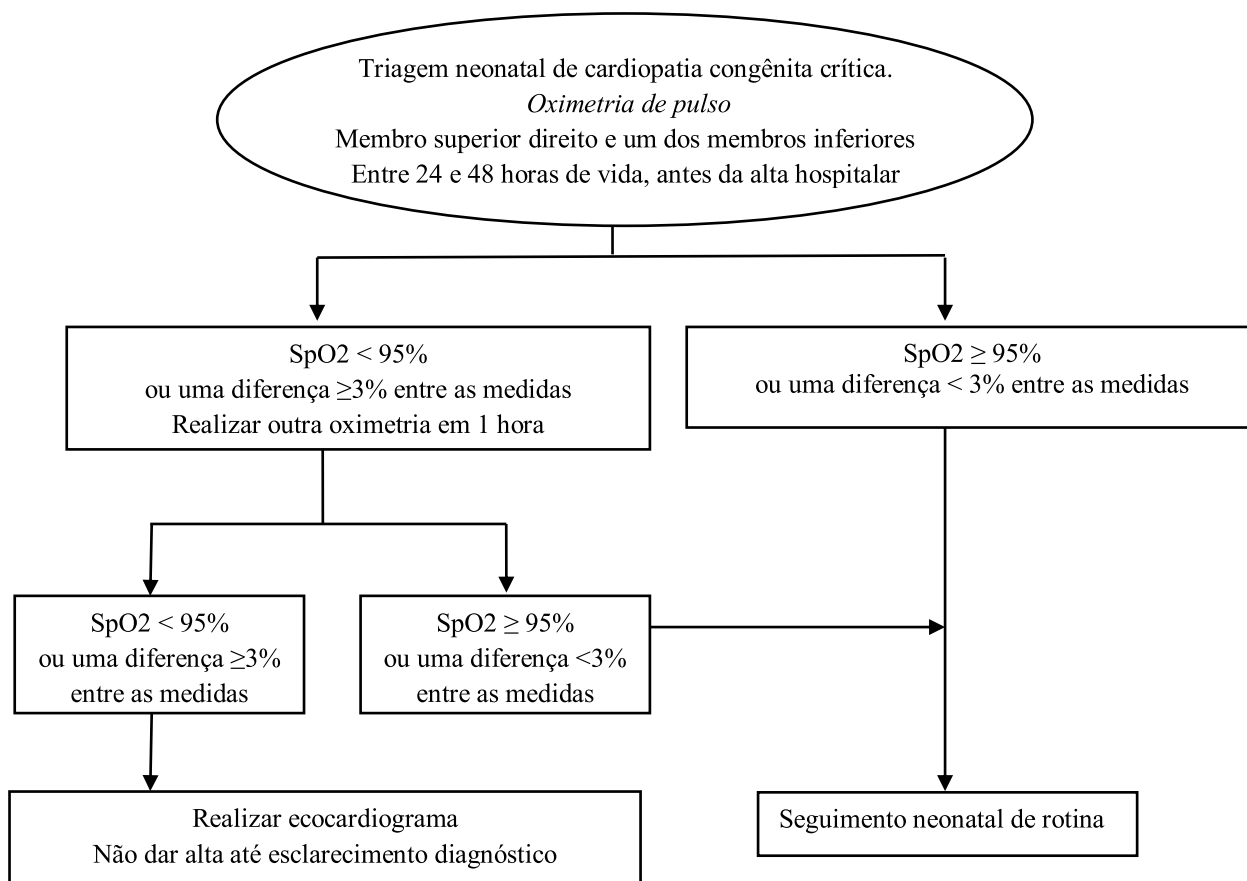
Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

FLUXOGRAMA XIII – COLETA PARA TESTE DO PEZINHO



Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

## FLUXOGRAMA XIV – FLUXO TESTE DE OXIMETRIA DE PULSO/ TESTE DO CORAÇÃOZINHO



Fonte: Departamentos de Cardiologia e Neonatologia da SBP (2013).

### QUADRO 1. CALENDÁRIO BÁSICO DE CONSULTAS PARA CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS

CALENDÁRIO DE CONSULTAS	AGENDAMENTO
Consultas no 1º ano de vida	Primeira consulta com 7 dias e as demais no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º mês
Consultas no 2º ano de vida	18º e 24º mês
Consultas do 3º ao 10º ano de vida	Consulta anual próxima ao mês de aniversário

Fonte: Adaptado de Brasil (2012, p. 61).

### QUADRO 2. SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE PARA A SAÚDE DA CRIANÇA ACOMPANHADA PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (GRUPO1)

Criança residente em área de risco	Gestação gemelar
Baixo peso ao nascer (menor que 2500g)	Malformação congênita
Prematuridade (menor que 37 semanas)	Mais do que três filhos morando juntos
Asfixia grave ou Apgar menor que 7 no quinto minuto	Ausência de pré-natal
Internações/Intercorrências	Problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança
Mãe com menos de 18 anos de idade	Problemas específicos da criança que interfiram na sua saúde
Mãe com baixa escolaridade	Não realização de vacinas
História familiar de morte de criança com menos de cinco anos de idade	Identificação de atraso no desenvolvimento
Aleitamento materno ausente ou não exclusivo	Suspeita ou evidência de violência

Fonte: Adaptado de Brasil (2012, p. 50).

**QUADRO 3. SITUAÇÕES FAMILIARES DE VULNERABILIDADE PARA A SAÚDE DA CRIANÇA ACOMPANHADA PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (GRUPO 2)**

Gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação
Problemas de ruptura e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez
Separações e lutos na família
Mãe em situação de sofrimento aguda ou diagnóstico de doença mental
Parto difícil ou traumático
Pais com dificuldade de assumir a parentalidade
Famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas)

Fonte: Adaptado de Brasil (2012, p. 51).

**QUADRO 4. CALENDÁRIO DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL PARA CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS COM O FATOR DE RISCO PREMATURIDADE**

CALENDÁRIO DE CONSULTAS	AGENDAMENTO
Primeira consulta	7 a 10 dias
Revisões mensais	até 6 meses
Revisões bimestrais ou trimestrais	6 meses aos 12 meses
Revisões trimestrais	13 a 24 meses
Revisões semestrais 2 a 4 anos	2 a 4 anos de idade cronológica
Revisões anuais	4 anos até a puberdade

Fonte: Adaptado de SBP (2012, p. 6).

**QUADRO 5. ÍNDICES DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS A PARTIR DA COMBINAÇÃO ENTRE INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS E DEMOGRÁFICOS**

ÍNDICES	OBJETIVO
Peso (ou IMC) x idade	Avaliar o estado nutricional; caracterizar o baixo peso e detectar precocemente desnutrição aguda e sobrepeso
Comprimento x idade	Detectar precocemente déficits de estatura, sendo a causa mais provável a associação entre dieta deficiente e ocorrência de infecções pregressas
Perímetro cefálico x idade	Avaliar o crescimento da cabeça/cérebro

Fonte: Adaptado de Brasil (2013).

**QUADRO 6. EVOLUÇÃO DO GANHO DE PESO, ESTATURA E PERÍMETRO CEFÁLICO - 1º AO 2º ANO DE VIDA.**

Mês ou ano	Peso (1º ano de vida)
1º trimestre	20 a 30 g/dia
2º trimestre	15 a 20 g/dia
3º trimestre	10 a 14 g/dia
Mês ou ano	Estatura
1º semestre	15 cm
2º semestre	10 cm
1 ano	25 cm

2 anos *	10 a 12 cm
3 a 4 anos	7 cm
Até o início da puberdade	5 a 6 cm
<b>Mês ou ano</b>	<b>Perímetro Cefálico</b>
1º e 2º mês	2 cm/mês
3º e 4º mês	1,5 cm/mês
5º ao 12º mês	0,5 cm/mês
2º ano	0,3 cm/mês

\*(50% da estatura a ser atingida na fase adulta)

Fonte: Adaptado de Brasil (2012).

#### QUADRO 7. AVALIAÇÃO DOS MARCOS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Perímetro cefálico < - 2 escores Z ou > +2 escores Z ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior	Provável atraso no desenvolvimento	Referir para avaliação neuropsicomotora
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária	Alerta para o desenvolvimento	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança Marcar retorno em 30 dias
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco	Desenvolvimento normal com fatores de risco	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	Desenvolvimento normal	Elogiar a mãe/cuidador Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança Retornar para o acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta

Fonte: Adaptado de Brasil (2012)..

#### QUADRO 8. AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possíveis dificuldades
<b>POSTURA CORPORAL</b> <input type="checkbox"/> mãe relaxada e confortável, com costas e pés apoiados <input type="checkbox"/> bebê próximo, de frente para o seio <input type="checkbox"/> cabeça e corpo do bebê alinhados <input type="checkbox"/> queixo do bebê tocando o seio <input type="checkbox"/> nádegas do bebê apoiadas <input type="checkbox"/> mãe segura o seio em forma de C	<input type="checkbox"/> ombros tensos, deita sobre o bebê <input type="checkbox"/> bebê longe da mãe <input type="checkbox"/> pescoço do bebê torcido <input type="checkbox"/> queixo do bebê não toca o seio <input type="checkbox"/> só ombro ou cabeça apoiado <input type="checkbox"/> mãe segura o seio em forma de tesoura
<b>RESPOSTAS</b> <input type="checkbox"/> bebê procura o seio, se faminto <input type="checkbox"/> bebê roda e busca o seio <input type="checkbox"/> bebê explora o seio com a língua <input type="checkbox"/> bebê calmo e alerta no seio <input type="checkbox"/> sinais de ejeção do leite (vazamento, cólica uterina)	<input type="checkbox"/> nenhuma resposta ao seio <input type="checkbox"/> não busca o seio <input type="checkbox"/> bebê não interessado no seio <input type="checkbox"/> bebê inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> bebê escorrega do seio <input type="checkbox"/> não há sinais de saída de leite

<b>VÍNCULO EMOCIONAL</b> <input type="checkbox"/> carrega de forma segura e confiante <input type="checkbox"/> atenção da mãe face a face <input type="checkbox"/> muito toque materno	<input type="checkbox"/> nervosa ou carrega vacilante <input type="checkbox"/> contato olho no olho ausente <input type="checkbox"/> pouco tempo <input type="checkbox"/> sacolejando o bebê
<b>ANATOMIA</b> <input type="checkbox"/> seios macios após mamada <input type="checkbox"/> mamilos exteriorizados, protácteis <input type="checkbox"/> pele parece saudável <input type="checkbox"/> seios parecem redondos após mamada	<input type="checkbox"/> seios ingurgitados <input type="checkbox"/> mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> fissuras ou vermelhidão da pele <input type="checkbox"/> seios parecem estirados ou caídos
<b>SUCÇÃO</b> <input type="checkbox"/> boca bem aberta <input type="checkbox"/> lábio inferior virado para fora <input type="checkbox"/> língua acoplada em torno do seio <input type="checkbox"/> bochechas redondas <input type="checkbox"/> mais aréola acima da boca do bebê <input type="checkbox"/> sugadas lentas e profundas, ruídas e pausas <input type="checkbox"/> pode-se ver ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> boca pouco aberta, aponta para frente <input type="checkbox"/> lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> língua do bebê não visível <input type="checkbox"/> bochechas tensas ou para dentro <input type="checkbox"/> mais aréola abaixo da boca do bebê <input type="checkbox"/> apenas sugadas rápidas <input type="checkbox"/> ouve-se ruídos altos
<b>TEMPO GASTO NA SUÇÃO</b> <input type="checkbox"/> bebê solta o seio <input type="checkbox"/> bebê sugou __ min	<input type="checkbox"/> mãe retira o bebê do seio

Fonte: Vieira, Costa e Gomes (2015).

#### QUADRO 9. PROBLEMAS MAIS COMUNS NA AMAMENTAÇÃO

Problema	Definição	Causas	Prevenção e manejo
<b>Ingurgitamento mamário</b>	O ingurgitamento pode ser fisiológico e patológico. O primeiro é discreto e representa a descida do leite, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida e, às vezes, é acompanhado de febre e mal estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade.	Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AME em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, logo após o parto;</li> <li>- Suporte emocional;</li> <li>- Massagem, particularmente nas regiões mais afetadas, e ordenha manual de alívio;</li> <li>- Compressas frias (não mais de 20 minutos) após as mamadas;</li> <li>- Uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes;</li> <li>- Uso de analgésicos sistêmicos/ antiinflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol) se dor.</li> </ul>
<b>Trauma mamilar</b>	Eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses.	Pega e/ou posicionamento incorretos, uso de intermediário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AME em livre demanda;</li> <li>- Identificação da causa e correção;</li> <li>- Suporte emocional;</li> <li>- Ordenha de alívio antes da mamada para deixar mamilo macio;</li> <li>- Uso de posições diferentes para amamentar (ex.: cavaleiro e invertida);</li> <li>- Utilizar lanolina ou leite materno na aréola e nos mamilos após as mamadas;</li> <li>- Uso de concha protetora;</li> <li>- Uso de analgésicos sistêmicos/ antiinflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol) se dor.</li> </ul>



<b>Mastite</b>	Processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (> 38°C) e calafrios.	Mamadas com horários restritos, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação da causa e correção;</li> <li>- Suporte emocional;</li> <li>- Esvaziamento regular com ordenha mamária;</li> <li>- Amamentar com mama afetada, se possível;</li> <li>- Usar sutiã para sustentação;</li> <li>- Antibioticoterapia, se necessário;</li> <li>- Analgésicos ou antiinflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol).</li> </ul>
<b>Abcesso</b>	Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado.	Mastite não tratada ou com tratamento tardio ou ineficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suporte emocional;</li> <li>- Drenagem cirúrgica;</li> <li>- Antibioticoterapia;</li> <li>- Analgésicos ou antiinflamatórios (ex.: ibuprofeno, paracetamol);</li> <li>- Esvaziamento regular com ordenha mamária;</li> <li>- Amamentar com mama afetada, se possível.</li> </ul>
<b>Pouco leite</b>	A suplementação com outros leites muitas vezes faz com que o bebê sugue menos o peito e, pode resultar em menor produção de leite, processo que poderá culminar no desmame.	Ansiedade materna, mamadas pouco frequentes, pega incorreta, suplementação com outros leites, uso de chupeta/mamadeira e intermediário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Massagear a mama antes da mamada;</li> <li>- Aumentar a frequência das mamadas;</li> <li>- Corrigir pega e posicionamento;</li> <li>- Oferecer as duas mamas em cada mamada;</li> <li>- Suspender uso de chupeta, mamadeira;</li> <li>- Translactação com leite materno, de preferência;</li> <li>- Alimentação balanceada da mãe;</li> <li>- Suporte emocional.</li> </ul>

Fonte: Brasil (2015).

**QUADRO 10. DOSE PROFILÁTICA DE FERRO ELEMENTAR PARA PREVENÇÃO DE ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES DE IDADE**

RECÉM-NASCIDO	INDICAÇÃO	DOSE PROFILÁTICA DE FERRO ELEMENTAR	APRESENTAÇÃO
a termo*	A partir dos 6 meses de idade (quando em AME)	1mg/kg/dia até 24 meses de idade	Solução oral 25mg/ml (1 gota = 1mg de ferro)
	A partir dos 4 meses de idade (quando <u>NÃO</u> em AME)		
pré-termo** (<37 semanas de IG) ou de baixo peso (< 2.500g)	> 1.500g	A partir de 30 dias de vida oferecer 2mg/kg/dia durante 12 meses; e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	
	1.500-1.00g	A partir de 30 dias de vida, oferecer 3 mg/kg/dia durante 12 meses; e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	
	< 1.000 g	A partir de 30 dias de vida, oferecer 4 mg/kg/dia durante 12 meses; e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	

Fonte: \*Brasil (2013b); \*\*Sociedade Brasileira de Pediatria (2012).

**QUADRO 11. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A PARA CRIANÇAS DE 6 A 59 MESES DE IDADE**

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
Crianças: 6 – 11 meses	100.000 UI (cor amarela)	Uma dose
Crianças: 12 – 59 meses	200.000 UI (cor vermelha)	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: Brasil (2013c).

**QUADRO 12. DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS**

<b>Passo 1:</b> Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
<b>Passo 2:</b> Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
<b>Passo 3:</b> Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
<b>Passo 4:</b> A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
<b>Passo 5:</b> A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família. Não processar os alimentos no liquidificador ou passar na peneira
<b>Passo 6:</b> Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
<b>Passo 7:</b> Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
<b>Passo 8:</b> Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
<b>Passo 9:</b> Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
<b>Passo 10:</b> Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: Adaptado de Brasil (2010).

**QUADRO 13. ESQUEMA ALIMENTAR PARA OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA DE CRIANÇAS QUE RECEBEM LEITE MATERNO**

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
<b>Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda</b>	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda
	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta, pão simples, tubérculo ou cereal
	Leite materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: Adaptado de Brasil (2010).

**QUADRO 14. GRUPOS DE ALIMENTOS A SEREM UTILIZADOS NO PREPARO DE PAPAS SALGADAS**

GRUPO DE ALIMENTOS	EXEMPLOS
Cereais, tubérculos	arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa e inhame
Leguminosas	feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico
Legumes, verduras e Frutas	folhas verdes, laranja, abóbora/jerimum, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga
Carnes ou ovo	frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras

Fonte: Adaptado de Brasil (2010).

**QUADRO 15. CONSISTÊNCIA E QUANTIDADE DE ALIMENTOS RECOMENDADAS PARA CRIANÇAS NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.**

IDADE	CONSISTÊNCIA	QUANTIDADE
A partir de 6 meses	Alimentos bem amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

Fonte: Adaptado de Brasil (2010).

**QUADRO 16. ESQUEMA ALIMENTAR PARA OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA DE CRIANÇAS QUE NÃO RECEBEM LEITE MATERNO**

Nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
<b>Alimentação láctea</b>	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: Brasil (2010).

**QUADRO 17. VOLUME E NÚMERO DE REFEIÇÕES LÁCTEAS POR FAIXA ETÁRIA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA**

IDADE	VOLUME*	NÚMERO DE REFEIÇÕES POR DIA
Até 30 dias	60 a 120 ml	6 a 8
De 30 a 60 dias	120 a 150 ml	6 a 8
De 2 a 4 meses	150 a 180 ml	5 a 6
De 4 a 8 meses	180 a 200 ml	2 a 3
Acima de 8 meses	200 ml	2 a 3

\* Valores aproximados de acordo com a variação do peso corporal do lactente nas diferentes idades. Recomenda-se, após os quatro meses, oferecer o leite e outros alimentos.

Fonte: Brasil (2012).

**QUADRO 18. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS DE 2 A 10 ANOS.**

<b>Passo 1</b> – Oferecer alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.
<b>Passo 2</b> – Incluir diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches da criança ao longo do dia. Dar preferência aos alimentos na sua versão integral e na sua forma mais natural.
<b>Passo 3</b> – Oferecer legumes e verduras nas duas principais refeições do dia; oferecer também, diariamente, 2 frutas nas sobremesas e lanches.
<b>Passo 4</b> – Oferecer feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana. Logo após a refeição, oferecer ½ copo de suco de fruta natural ou ½ fruta que seja fonte de vitamina C, como limão, laranja, acerola e outras para melhorar o aproveitamento do ferro pelo corpo e prevenir anemia.
<b>Passo 5</b> – Oferecer leite ou derivados (queijo e iogurte) 3 vezes ao dia. Se a criança ainda estiver sendo amamentada, não é necessário oferecer outro leite. Carnes, aves, peixes ou ovos devem fazer parte da refeição principal da criança. Além das carnes, oferecer à criança vísceras e miúdos (fígado, moela), que também são fontes de ferro, pelo menos uma vez por semana.
<b>Passo 6</b> – Evitar alimentos gordurosos e frituras; preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retirar a gordura visível das carnes e a pele das aves antes da preparação para tornar esses alimentos mais saudáveis.

**Passo 7** – Evitar oferecer refrigerantes e sucos industrializados ou com muito açúcar, balas, bombons, biscoitos recheados, salgadinhos. Esses alimentos podem ser consumidos no máximo 2 vezes por semana, em pequenas quantidades. Uma alimentação muito rica em açúcar e doces aumenta o risco de obesidade e cáries.

**Passo 8** – Diminuir a quantidade de sal na comida; não deixar o saleiro na mesa. Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, salsicha, linguiça e outros, pois contêm muito sal.

**Passo 9** – Estimular a criança a beber no mínimo 4 copos de água durante o dia. Suco natural de fruta também é uma bebida saudável, mas só deve ser oferecido após as principais refeições, para não tirar a fome da criança.

**Passo 10** - Incentivar a criança a ser ativa e evitar que ela passe mais do que 2 horas por dia assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador. É importante sair para caminhar com ela, levá-la para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, ou seja, fazer alguma atividade física.

**Fonte:** Adaptado de Brasil (2015).

#### QUADRO 19. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO INDICADO PARA PARASITOSE INTESTINAL

DOENÇA	IDADE/ PESO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÃO
<b>Ascaridíase</b>	Acima de 10Kg	Mebendazol 20mg/ml	5ml 2x/dia VO por 3 dias	✓ Repetir após 3 semanas
	Acima de 2 anos	Albendazol 400mg	01 cp ou 10ml VO/ dose única	
<b>Ancilostomíase</b>	Acima de 10Kg	Mebendazol 20mg/ml	5 ml 2 x/dia por 3 dias	✓ Repetir após 3 semanas
<b>Amebíase</b>	Acima de 2 anos	Metronidazol Não exceder 750 mg/dose	35 mg/kg/dia 3x/dia nos casos leves por 5 dias Extra intestinal ou sintomática 50 mg/kg/dia por 10 dias	✓ Efeito Colateral: náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarreias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões
<b>Enterobíase ou Oxiuriase</b>	Dose para todas as crianças, independente do peso e da idade	Mebendazol 20mg/ml	5 ml 2 x/dia VO por 3 dias	✓ Repetir após 3 semanas ✓ Tratar todas as crianças da casa
<b>Estrongiloidíase</b>	Acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	1 cp VO dose única	✓ Repetir em 3 semanas ✓ Tratar todas as crianças da casa
<b>Giardíase</b>	Acima de 2 anos	Metronidazol	15 mg/kg/dia (máximo 250mg) VO 2x/dia por 5 dias	✓ Efeito Colateral: náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarreias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões.
<b>Tricocefalíase</b>	Acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	10ml em dose única ou 1 cp de 400 mg VO	✓ Repetir após 14 dias s/n ✓ Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaleia, diarreia, náuseas e vômitos

<b>Teníase</b>	Acima de 2 anos	Mebendazol 20mg/ml ou Albendazol 400 mg	10 ml 2x/dia por 3 dias 1cp VO dose única	✓ Tratar todas as crianças da casa
----------------	-----------------	--	--	------------------------------------

Fonte: São Paulo (2012).

**QUADRO 20. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE DIARREIAS, EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE.**

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Dois dos sinais seguintes: - Letárgico ou inconsciente - Irritado ou inquieto - Olhos fundos - Sinal de prega cutânea - Sucção débil ou não consegue mamar	Desidratação	- Referir urgentemente ao hospital, com a mãe ou profissional de saúde oferecendo SRO frequentemente no caminho - Dar líquidos para desidratação: PLANO C - Aconselhar a mãe que continue dando peito
Não tem sinais suficientes para classificar como desidratação	Sem desidratação	- Dar líquidos para prevenir a desidratação em casa: PLANO A - Indicar quando retornar de imediato - Ensinar a mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato - Retornar em 2 dias
Tem diarreia há 7 dias ou mais	Diarreia prolongada	- Referir urgentemente ao hospital com a mãe ou profissional de saúde oferecendo SRO frequentemente no caminho - Aconselhar a mãe que continue dando peito
Tem sangue nas fezes	Diarreia com sangue	- Referir urgentemente ao hospital com a mãe ou profissional de saúde oferecendo SRO frequentemente no caminho - Aconselhar a mãe que continue dando peito - Administrar 1 dose de vitamina K por via IM - Administrar a primeira dose de antibiótico recomendado via parenteral

SRO= soro de reidratação oral, IM=intramuscular

Fonte: Brasil (2011).

**QUADRO 21. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE DIARREIAS, EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES ATÉ 5 ANOS DE IDADE**

DIARRÉIA = 3 ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em 24 horas		
DESIDRATAÇÃO		
Perguntar, Observar, Palpar (2 Sinais):	Classificar	Tratamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ letárgica ou inconsciente</li> <li>▪ olhos fundos</li> <li>▪ não consegue beber ou bebe muito mal</li> <li>▪ sinal da prega (pele volta ao estado anterior muito lentamente, ex.: &gt; 2 segundos)</li> </ul>	SEM OUTRA CLASSIFICAÇÃO GRAVE	➤ PLANO C - terapia endovenosa
	DESIDRATAÇÃO GRAVE COM OUTRA CLASSIFICAÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ referir urgentemente para hospital</li> <li>➤ goles freqüentes de SRO durante o trajeto</li> <li>➤ manter amamentação</li> <li>➤ se <sup>3</sup> 2 anos e se houver cólera na região, administrar antibiótico contra o cólera</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ inquieta, irritada</li> <li>▪ olhos fundos</li> <li>▪ bebe avidamente, com sede</li> <li>▪ sinal da prega (pele volta ao estado anterior lentamente)</li> </ul>	<b>DESIDRATAÇÃO</b>	SEM OUTRA CLASSIFICAÇÃO GRAVE	➤ PLANO B - SRO
		COM OUTRA CLASSIFICAÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ referir urgentemente para hospital</li> <li>➤ goles frequentes de SRO durante o trajeto</li> <li>➤ manter amamentação</li> <li>➤ retornar se apresentar sinais de piora (dificuldade para beber)</li> <li>➤ retornar em 5 dias se não melhorar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ não há sinais suficientes para classificar como desidratação ou desidratação grave</li> </ul>	<b>SEM DESIDRATAÇÃO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PLANO A</li> <li>➤ dar líquidos e alimentos em casa</li> <li>➤ retornar se apresentar sinais de piora (dificuldade para beber)</li> <li>➤ retornar em 5 dias se não melhorar</li> </ul>
<b>DIARRÉIA HÁ MAIS DE 14 DIAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ com desidratação</li> </ul>	<b>DIARRÉIA PERSISTENTE GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ se desidratada, tratar a desidratação antes de referir, a não ser que a criança tenha uma possível infecção bacteriana grave</li> <li>➤ referir ao hospital</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sem desidratação</li> </ul>	<b>DIARRÉIA PERSISTENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ informar à mãe sobre como alimentar a criança</li> <li>➤ dar multivitaminas e sais minerais</li> <li>➤ retornar em 5 dias</li> </ul>	

Fonte: Brasil (2011).

**QUADRO 22. QUANTIDADE DE SRO A SER ADMINISTRADA DE ACORDO COM FAIXA ETÁRIA DA CRIANÇA:**

Idade	Quantidade de SRO após evacuação diarreica	Quantidade de SRO para levar para o domicílio
Menores de 1 ano	50 a 100 ml	1 envelope por dia
1 a 10 anos	100 a 200 ml	2 envelopes por dia
Maiores de 10 anos	Maior volume que aceitar	4 envelopes por dia

Fonte: Brasil (2011).

**QUADRO 23. TERAPIA ENDOVENOSA DE HIDRATAÇÃO NO MANEJO DE CRIANÇAS COM DIARREIA, MENORES E MAIORES DE CINCO ANOS.**

<b>FASE RÁPIDA &lt; 5 anos (expansão)</b>		
Solução	Volume total	Tempo de infusão
SF 0,9%	Iniciar com 20ml/kg. Repetir essa quantidade até que a criança esteja reidratada, reavaliando os sinais clínicos.	30 minutos
<b>FASE RÁPIDA &gt; 5 anos (expansão)</b>		
1º soro fisiológico 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º ringer lactato ou solução polieletrólítica	70ml/kg	2 horas e 30 minutos

Fonte: Brasil (2011).

**QUADRO 24. FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO ENDOVENOSA NO MANEJO DE DIARREIA PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS.**

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
Solução	Volume em 24 horas	
soro glicosado a 5% + soro fisiológico 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10kg	100ml/kg
	Peso 10-20kg	1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima 20kg	1500ml + 50ml/kg de peso que exceder 20ml
Soro glicosado a 5% + soro fisiológico 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente	
KCL a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção	

Fonte: Brasil (2011).

**QUADRO 25. INDICAÇÃO DO USO DE ANTITÉRMICO DE ACORDO COM A IDADE E PESO DA CRIANÇA.**

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

Fonte: Adaptado de Coren-RJ (2012).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Márcia Maria de Souza<sup>1</sup>

Damiana Aparecida Andrade de Carvalho Moreira<sup>2</sup>

Daniella Alves Cardoso Guadelup<sup>3</sup>

Laurena Moreira Pires<sup>4</sup>

Maria Aparecida da Silva Vieira<sup>5</sup>

Patrícia Carvalho de Oliveira<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## Introdução

Adolescência é um fenômeno singular influenciado por aspectos sócio-históricos que se concretiza por meio de reformulações constantes de caráter social e cultural, sexual e de gênero, ideológico e vocacional. Trata-se de um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual, social e esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (MALAGUTTI, 2009). Essa fase se inicia com as mudanças corporais da puberdade, que é marcada pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual, e termina quando o indivíduo consolida

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Escola Superior Ciências da Saúde do Distrito Federal.

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.

seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (BRASIL, 2008b).

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e juventude, como o situado entre 15 e 24 anos. Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir àquelas com idade entre 10 e 24 anos (BRASIL, 2010a).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069 em 13 de julho de 1990, considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade e sustenta uma doutrina da proteção integral, prioridade e política de atendimento à criança e ao adolescente. O ECA preconiza que o adolescente tem direito à saúde, independente de sua condição de vida, gênero, classe social, cor, raça ou religião, valorizando seu crescimento e desenvolvimento (ECA - Lei nº 8.069/90; BRASIL, 2010a).

Atualmente, apesar de mais de duas décadas do ECA, profissionais de saúde em diversas situações de atendimento aos adolescentes expressam dúvidas éticas, legais e receios ao prestar atendimento à uma adolescente, em especial na ausência de um responsável legal, o que emerge a necessidade de discussões sobre princípios e diretrizes do atendimento ao adolescente. Portanto, faz-se necessário preparar os profissionais enfermeiros para assistir com competência a população de adolescentes em suas especificidades e complexidades, inerentes a essa fase da vida.

## Princípios e diretrizes do atendimento a adolescentes e jovens

O acesso aos serviços de saúde é indicador de qualidade de vida e desenvolvimento de uma população. Entretanto, se tratando da população adolescente e jovem, os princípios da ética, privacidade, confidencialidade e sigilo devem ser considerados para melhor organização da atenção à saúde como suas necessidades e características específicas e o favorecimento do protagonismo juvenil. São princípios na atenção ao adolescente:

- Ética – a relação profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias.
- Privacidade – adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, caso desejem.
- Confidencialidade e sigilo – adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. No entanto, eles devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o cliente quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros (BRASIL, 2010a, 2010b).

Para tanto, o enfermeiro deve estar qualificado para acolhê-lo e observar o perfil de vulnerabilidade do adolescente nas unidades de saúde, em todas as suas complexidades e especificidades. Assim, foram elencados neste protocolo os temas que viabilizarão o trabalho dos enfermeiros para um atendimento organizado e, sistematizado com escuta afetiva, respeito e imparcialidade. Todo o atendimento do enfermeiro deve ser registrado com dados pertinentes no modelo de protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta (ver p. 87).

## Crescimento e desenvolvimento

O crescimento e desenvolvimento acontecem em três diferentes fases – lactância, infância propriamente dita e puberdade. A puberdade, período curto de dois a quatro anos, compõe a fase inicial da adolescência e é responsável por intensas modificações físicas e comportamentais. Na adolescência se inicia a capacidade reprodutiva e dá-se o fim do crescimento (EISENSTEIN, 2005; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

O crescimento está relacionado à maior secreção dos esteroides sexuais, do hormônio de crescimento (GH), e é influenciado diretamente por demais ações hormonais (glucagon, testosterona, dopamina, alfo-

adrenérgicos, serotonina). Fatores externos como a alimentação, atividade física e fatores psicossociais podem contribuir no crescimento, que tem velocidade variada para os sexos, sendo de 10-12 cm/ano para o sexo masculino e 8-10 cm/ano para o sexo feminino e, 2 a 3 kg/ano no peso (SAITO; SILVA, 2001). A avaliação do crescimento e desenvolvimento deve compor a consulta de enfermagem, que a partir de avaliação clínica clássica (anamnese e exame físico), irá identificar prováveis alterações ou fatores de risco para distúrbios do crescimento e desenvolvimento, sejam eles ambientais, sociais, comportamentais, genéticos e físicos (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

No exame clínico, o profissional deverá levantar possíveis hipóteses diagnósticas e se necessário, poderá solicitar exames. Os exames são hemograma completo, EAS e parasitológico de fezes. O enfermeiro deve esclarecer sobre as condutas, fazer orientações gerais e realizar os encaminhamentos necessários para as diversas especialidades. Após a anamnese e exame físicos as informações devem ser registradas na caderneta de saúde do/da adolescente que contempla também a Prancha de Tanner (TANNER, 1962), que permite, portanto, a identificação do estágio de maturação sexual e sua correlação com outros eventos da puberdade, assim como dados antropométricos (peso, altura e IMC).

Embora alterações no período da adolescência não sejam esperadas, podem ocorrer a identificação de alterações do crescimento e desenvolvimento do adolescente e alterações gonadais, provocadas por alterações hormonais, de alimentação, baixas condições socioeconômicas ou até mesmo a identificação de síndromes genéticas (COUTINHO; BARROS, 2001).

O enfermeiro deve exercer a sensibilidade de escuta, dispensar tempo e um tratamento especial que a própria adolescência requer, procurando estar atento às queixas e dúvidas e mantendo-se sensível para apreender aspectos que são difíceis de serem expressos verbalmente pelo adolescente.

## Atendimento ao adolescente em situação de violência

Casos expressivos de violências ocorrem na faixa etária entre 5 a 19 anos. Mesmo nas situações não fatais, as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais deixam sequelas. As situações de violência mais comuns contra adolescentes são violências físicas, psicológicas, negligência, abuso sexual (com ou sem contato físico), violência intrafamiliar, violência doméstica, trabalho infantil e *bullying* (THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Quando em contato com um caso suspeito de violência contra adolescentes, o enfermeiro deve observar a história compatível com as lesões existentes, relatos discordantes e identificar comportamentos de quem está em situação de violência como: isolamento social, carência afetiva, baixa autoestima, regressão a comportamentos infantis, submissão, apatia, dificuldades e problemas escolares, tendência suicida, culpa e autoflagelação além do uso e abuso de substâncias como álcool e outras drogas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2010).

A identificação do abuso sexual pode ser realizada mediante o relato da vítima ou um dos responsáveis. É importante que seja constatada ou não a existência de lesões genitais ou anais que poderão resultar em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou gravidez (SOARES et al., 2016).

No caso de negligência, os sinais a serem observados são: aspecto de má higiene; roupa não adequada ao clima local, desnutrição, tratamentos médicos inadequados (não cumprimento do calendário vacinal, não atendimento de recomendações médicas, comparecimento irregular ao acompanhamento de patologias crônicas, internações frequentes), distúrbios de crescimento e desenvolvimento, frequência irregular à escola e escolaridade inadequada à idade (UNICEF, 2011).

Na identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra adolescentes, o enfermeiro deve acolher com escuta afetiva, atendimento humanizado integral, contínuo e singular, atuando com a equipe multidisciplinar e interinstitucional, realizando encaminhamento para exames de gravidez, prevenção e tratamento de IST/HIV/Aids e Hepatites e inseri-los na Rede de Atenção à Pessoa em Situação de Violência, integrada por: Conselho tutelar, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializada de Assistência Social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), IML (Instituto de Medicina Legal), Delegacias especiais, Juizado da infância e juventude, CEVAM (Centro de Valorização da Mulher), NASF (Núcleo de Apoio

da Saúde da Família) e realizar a notificação de casos de violência ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal pela Ficha de Notificação Compulsória de Violências (Lei nº 12.845/2013).

## Álcool e outras drogas

A utilização de drogas representa um grave problema de saúde pública que resulta em consequências pessoais e sociais (YRBS, 2013). No mundo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos usam drogas (UNODOC, 2010). O consumo de drogas lícitas e ilícitas tem sido observado na fase da adolescência e é considerado uma das principais causas de vulnerabilidade social, o que associado à busca por descobertas próprias da fase e aliados à necessidade de identificação e interação grupal aproximam o adolescente à condições de fragilidade social (GALDURÓZ et al., 2004; UNODOC, 2010; MONTEIRO et al., 2012).

Deste modo, o acompanhamento familiar e multiprofissional aos adolescentes usuários de drogas é de fundamental importância. A equipe multidisciplinar deve trabalhar de maneira articulada com outros serviços de saúde para atender à demanda de usuários de álcool e de outras drogas. Dentre esses serviços destacam-se os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CREAS (Centro de Referência Especializada de Assistência Social) e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). O enfermeiro, neste contexto, deve atuar, de maneira interdisciplinar e intersetorial, sensibilizando os adolescentes e orientando as famílias para os sinais, causas e consequências do problema, num entendimento biopsicossocial para prevenção, enfrentamento, assistência e encaminhamento dos casos. O enfermeiro deve registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta (ver p. 87).

## Nutrição

Na adolescência são formados comportamentos alimentares que normalmente se propagam para a vida adulta e influenciam a saúde dos indivíduos e, quando inadequados, causam distúrbios ou transtornos alimentares (WILLET, 2008).

Transtornos alimentares constituem um conjunto de doenças capazes de afetar o desenvolvimento biológico, psicológico e social contribuindo para doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares (WHO, 2004; WILLET, 2008; CIMADON; GEREMIA; PELLANDA, 2010; TEIXEIRA; BARBOSA; BERTOLIN, 2015).

Os principais transtornos alimentares na adolescência são: obesidade, anorexia, bulimia nervosa e compulsão alimentar sem purgação e desnutrição. Outros transtornos alimentares como perda do apetite, hiperfagia de origem psicogênica e vômitos associados a distúrbios psicológicos podem ser encontrados (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006; NUNES; VASCONCELOS, 2010; SALVATTI, 2011).

Os profissionais da saúde e da enfermagem devem identificar os transtornos alimentares do adolescente, encarando-os como problemas de saúde pública. O enfermeiro tem função primordial no acompanhamento e diagnóstico de padrões alimentares desregulados e deve em suas avaliações observar esses comportamentos, fazer orientações e solicitar acompanhamento da equipe multidisciplinar, como nutricionista e psicólogo, além de intervenções junto à família para reeducação alimentar.

O monitoramento nutricional é realizado pelo cálculo direto do IMC/idade, por meio da fórmula:  $IMC = \text{Peso (kg)} \div \text{altura}^2 \text{ (m)}$ . O enfermeiro deve registrar todos os dados referentes à situação nutricional, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta do adolescente.

## Saúde bucal

Problemas bucais podem causar dor, infecção, halitose, dificuldade em falar ou mastigar, ocasionando constrangimentos interferindo nos estudos, no trabalho e na vida social dos adolescentes (BARROS, 2007). Alguns comportamentos prejudicam a saúde bucal, como o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas as quais

podem causar mau hálito, câncer bucal, manchas nos dentes ou doença periodontal (SCHNEID, 2007).

A caderneta de saúde do adolescente contempla informações para promoção da saúde bucal, incluindo a escovação com pasta fluoretada, o uso do fio dental, a alimentação balanceada e consultas periódicas ao odontólogo, além do odontograma (BRASIL, 2012).

## Saúde mental

Estima-se que entre 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais (BRASIL, 2005), nos quais os mais prevalentes são de natureza comportamental (autismo, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, espectro autista), transtornos do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, esquizofrenia, anorexia, bulimia, transtornos pelo uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (FEITOSA et al., 2011; MENEZES; MELO, 2010).

Os serviços de saúde mental, de acordo com a Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004, devem ofertar a essas populações o acolhimento humanizado e baseado na responsabilização pelo cuidado aos responsáveis, devendo os serviços agenciar o cuidado e estabelecer uma rede ampliada de atenção como a educação, saúde, ação social, cultura, esportes, cidadania, direitos humanos e justiça (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental estabelece que o atendimento deve ser realizado preferencialmente nos dispositivos de atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI). No entanto, muitas vezes o diagnóstico inicial de um agravo mental será realizado na atenção básica, assim, os profissionais desses serviços devem avaliar o adolescente de forma coerente. Quando encontradas alterações importantes, o profissional deve avaliar e discutir com a equipe de referência em Saúde Mental um plano terapêutico com a corresponsabilidade das instâncias sociais que envolvem aquele cenário, e se necessário, a necessidade de um encaminhamento ao atendimento ambulatorial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2010).

## Sexualidade e saúde reprodutiva

A sexualidade é uma das dimensões mais importantes e de relevância para a conformação do indivíduo, e não pode ser apenas confundida com o ato sexual e prazer, mas deve ser reconhecida como um fenômeno amplo, abrangente que se manifesta em todas as fases da vida humana. O enfermeiro deve sempre buscar ampliar seus conhecimentos para prestar orientações de temas cada vez mais evidentes como identidade de gênero e diversidade sexual (TAQUETE, 2008; QUEIROS, 2012).

Na adolescência, a intensificação da sexualidade é esperada, e as várias condições de vulnerabilidade como o sexo desprotegido, associado ou não ao uso de drogas têm levado à contaminação por IST, especialmente, o HIV/Aids (WHO, 2007; BRASIL, 2010). Estima-se que exista cinco milhões de adolescentes e jovens infectados pelo HIV no mundo representando, aproximadamente 15%, de todos os casos notificados (UNICEF, 2011), o qual acomete pessoas de baixa renda e na faixa etária de 13 a 19 anos (TAQUETTE; MATOS; RODRIGUES et al., 2011; TAQUETTE; MEIRELLES, 2012).

Deste modo justifica-se a abordagem da temática sexualidade com o público adolescente cujo principal enfoque deve ser a prevenção e a orientação. Durante a consulta de enfermagem o profissional deve investigar sobre o conhecimento, comportamentos que podem afetar a saúde sexual e reprodutiva e possibilitarão traçar um plano de cuidado. É importante que o enfermeiro oriente os adolescentes e disponibilize os métodos de barreira como o preservativo masculino. Ressalta-se a relevância do envolvimento da família das ações de orientação e prevenção para o início da vida sexual segura e saudável (CAMARGO; BOTELHO, 2007; OLIVEIRA, 2013).

Para o atendimento e manejo clínico sindrômico das DST, o enfermeiro deve se consultar o manual de controle das DST (BRASIL, 2000). Registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS) (ver p. 87).

## Vulnerabilidade do adolescente

A vulnerabilidade de um sujeito é resultante de um plano interdependente de eixos de determinação, de ordem individual, social e programático. Desse modo, a vulnerabilidade a agravos e situações adversas da vida é constituída no indivíduo-coletivo e distribui-se de maneira diferente segundo os indivíduos e o momento histórico e sociocultural de cada um (CAMARGO et al., 2010; CAMPO-ARIAS; CEBALLO; HERAZO, 2010).

Adolescentes por serem indivíduos em maturação psíquica e biológica lidam com uma nova visão de si próprios e as constantes modificações geram dúvidas e, por conseguinte, o aumento do desejo de descobrir fatos novos, que irão estabelecer a identidade adulta. Deste modo, a atenção à saúde deve pautar-se na premissa de que adolescentes são indivíduos propensos a assumir comportamentos que os tornam vulneráveis, como aqueles associados às descobertas sexuais, uso de álcool e outras drogas e envolvimento em situações de violência (GRIBOSKI; GUILHEM; BRANCO, 2007).

A oferta de ações que visem à redução da vulnerabilidade dos adolescentes deve considerar aspectos como o acesso à informação, a importância do papel da família, as constantes mudanças históricas e socioculturais entre os grupos e as perspectivas de futuro dos adolescentes inseridos nessas comunidades (SILVA; MELO; MELO et al., 2014).

Para tanto, destaca-se a necessidade de trabalho intersetorial envolvendo todos os segmentos da sociedade com ações que envolvam em especial a escola, a comunidade e a família na interlocução das principais temáticas de interesse, com empoderamento dos sujeitos para escolhas saudáveis (MALTA et al., 2011; PIRES et al., 2012; RUFINO et al., 2013).

É necessário que a assistência em enfermagem esteja sensibilizada para construção e manutenção do vínculo com a família, escolas e unidades de saúde, assim como a implantação e fortalecimento do Programa Saúde na Escola, com vistas a promover a saúde integral dos adolescentes para assim minimizar as vulnerabilidades (JESUS et. al., 2011).

## REFERÊNCIAS

- BARROS, C. M. S. B. (Coord.) **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. p. 53-55.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul .1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde 2008b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2010a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2010: versão preliminar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/documentos>>. Acesso em: jun. 21.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. (Série Normas e Manuais Técnicos).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde do adolescente**. Departamento de ações programáticas estratégias. 2. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005b.
- CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 61-68, fev. 2007.

CAMARGO, B. V. et al. Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/Aids. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 343-354, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2010000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2010000300006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CAMPO-ARIAS A.; CEBALLO G. A.; HERAZO, E. Prevalence of Pattern of Risky Behaviors for Reproductive and Sexual Health Among Middle- and High-School Students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p.170-174, abr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000200005&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000200005&nrm=iso)>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CIMADON, H. M. S.; GEREMIA, R.; PELLANDA, L. C. Dietary habits and risk factors for atherosclerosis in students from Bento Gonçalves. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 2, p. 166-72, ago. 2010.

COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. **Adolescência: uma abordagem prática**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p.17-31.

EISENSTEIN E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, v. 2, n. 2, 2005.

FEITOSA, H. N. e al. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Rev. Bioética**, v. 19, n. 1, p. 259 -75, 2011.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2004.

GRIBOSKI R. A.; GUILHEM D.; BRANCO J. D. C. Adolescent, sexuality and situations of vulnerability. A qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/1061>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

JESUS, F. B. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 359-67, jun. 2011.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Growth and puberal development in adolescence. **Rev Med**, São Paulo, v. 89, n. 2, p.70-75, 2010.

MALAGUTTI, W; BERGO, A. M. A. **Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar**. 1. ed. São Paulo: Ed. Martinari, 2009.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, Supl. 1, p. 166-177, set. 2011.

MENEZES, T. T.; MELO, V. J. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 38-46, jul./set. 2010.

MONTEIRO, C. F. D. S. et al. Adolescentes e uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 344-348, jul./set. 2012.

NUNES, A. L.; VASCONCELOS, F. A. G. Transtornos alimentares na visão de meninas adolescentes de Florianópolis: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 539-550, mar. 2010.

OLIVEIRA, P. C. **Estudo do Comportamento e Conhecimentos em Sexualidade entre Adolescentes de Goiânia-Goiás**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, 2013.

PIRES, L. M. et al. A enfermagem no contexto da saúde do escolar: revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro v. 20, n. 1, p. 668-75, 2012.

QUEIROS, P. S. et al. Concepções de pais de adolescentes escolares sobre a sexualidade de seus filhos. **Rev. RENE**, v. 17, n. 2, 2016.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência: prevenção e risco/coordenadores**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 41-58.

SALVATTI, A. G. et al. Padrões alimentares de adolescentes na cidade de São Paulo. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 5, p. 703-713, out. 2011.


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de atenção à saúde do adolescente. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.

SCHNEID, J. L. et al. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis-TO. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 297-306, out./dez. 2007.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Florianópolis, SC: Ed. Copiart, 2010.
- SILVA, M. A. I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 619-627, fev. 2014.
- SOARES, E. M. R. et al. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 87-96, 2016.
- TAQUETTE, S. R. Sexualidade na adolescência. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde de Adolescente e do Jovem. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 205-212. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_.; MEIRELLES, Z. V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DST/AIDS de adolescentes femininas. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 56-64, jul./set. 2012.
- \_\_\_\_\_.; MATOS, H. J.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R.; AMORIM, E. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 44, n. 4, p. 467-70, 2011.
- TANNER, J. M. **Grow that Adolescence**. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962.
- TEIXEIRA, C. S. et al. Transtornos alimentares em adolescentes de uma escola estadual do noroeste paulista. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 84-87, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/148>>. Acesso em: 02 abr. 2017.
- THOMAZIME, A. M.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 830-840, dez. 2009.
- UNICEF. **Protocolo de atenção integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem multidisciplinar em saúde**. Brasília, DF: Unicef, 2011.
- UNODOC. United Nations Office on Drugs and Crime. **Relatório Mundial sobre Drogas**, 2010. Brasília: UNODC Brasil e Cone Sul, 2010. Disponível em: <<http://www.unodc.org/brazil/pt/prevencao-drogas.html>>. Acesso em: 09 jun. 2013.
- WILLET, W. C. Overview and perspective in human nutrition. **Asia Pac. J. Clin. Nutr.**, Austrália, v. 17, n. S1, p. 1-4, 2008.
- WHO. World Health Organization. **Fight childhood obesity to help prevent diabetes**, 2004.
- \_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015: breaking the chain of transmission**. Geneva: WHO, 2007.
- YRBS. Youth Risk Behavior Survey. Trends in the Prevalence of Alcohol Use National YRBS: 1991-2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/yrbss>>. Acesso em: 22 maio 2013.



**PROTOCOLO OPAS E CADERNETA DO ADOLESCENTE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		INSTITUIÇÃO																																																																
NOME E SOBRENOME _____							DATA DE NASCIMENTO																																																											
ENDEREÇO _____				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MÊS</td> <td style="width: 33%;">ANO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			DIA	MÊS	ANO																																																									
DIA	MÊS	ANO																																																																
CIDADE _____		TEL _____		<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> recados		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>																																																												
<b>AVALIAÇÃO CLÍNICO/PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE</b>																																																																		
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>																																																																		
<b>PERINATAIS</b> normais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>CRESCIMENTO</b> normais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>DESENVOLVIMENTO</b> normais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>VACINAS COMPLETAS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>DOENÇAS CRÔNICAS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	OBSERVAÇÕES _____ _____ _____																																																												
<b>ACIDENTES INTOXICAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>CIRURGIA HOSPITALIZAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>USO DE MEDICAMENTOS/SUBSTÂNCIAS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>MALTRATO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>JUDICIAIS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não																																																											
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>																																																																		
<b>DIABETES</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>OBESIDADE</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>CARDIOVASCULAR (HTA, cardiopatia, etc)</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>ALERGIA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>INFECÇÕES (TBC, HIV, etc)</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	OBSERVAÇÕES _____ _____ _____																																																												
<b>ÁLCOOL/DROGAS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>MÃE ADOLESCENTE</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>JUDICIAIS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não																																																														
<b>FAMÍLIA</b>																																																																		
<b>CONVIVE COM</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Não</th> <th>Na casa</th> <th>No quarto</th> </tr> <tr> <td>Mãe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pai</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Madrasta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Padrasto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Irmãos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Companheiro/a</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Filho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Não	Na casa	No quarto	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Madrasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padrasto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Companheiro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>NÍVEL DE INSTRUÇÃO</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Pai ou substituto</th> <th>Mãe ou substituta</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Analfabeto</td> <td><input type="checkbox"/> Analfabeto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto</td> <td><input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo</td> <td><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto</td> <td><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ensino médio completo/curso técnico</td> <td><input type="checkbox"/> Ensino médio completo/curso técnico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto</td> <td><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ensino superior completo</td> <td><input type="checkbox"/> Ensino superior completo</td> </tr> </table>			Pai ou substituto	Mãe ou substituta	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo/curso técnico	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo/curso técnico	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	<b>TIPO DE TRABALHO</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Pai ou substituto</th> <th>Mãe ou substituta</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nenhum</td> <td><input type="checkbox"/> Nenhum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Não estável</td> <td><input type="checkbox"/> Não estável</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estável</td> <td><input type="checkbox"/> Estável</td> </tr> </table>	Pai ou substituto	Mãe ou substituta	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Não estável	<input type="checkbox"/> Não estável	<input type="checkbox"/> Estável	<input type="checkbox"/> Estável
	Não	Na casa	No quarto																																																															
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Madrasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Padrasto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Companheiro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Filho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Pai ou substituto	Mãe ou substituta																																																																	
<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Analfabeto																																																																	
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto																																																																	
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo																																																																	
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto																																																																	
<input type="checkbox"/> Ensino médio completo/curso técnico	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo/curso técnico																																																																	
<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto																																																																	
<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo																																																																	
Pai ou substituto	Mãe ou substituta																																																																	
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Nenhum																																																																	
<input type="checkbox"/> Não estável	<input type="checkbox"/> Não estável																																																																	
<input type="checkbox"/> Estável	<input type="checkbox"/> Estável																																																																	
<b>VIVE</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> </tr> <tr> <td>Em instituição</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Na rua</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sozinho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Compartilha a cama</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Sim	Não	Em instituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compartilha a cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>HABITAÇÃO</b>			<b>OCUPAÇÃO</b> <b>PERCEPÇÃO FAMILIAR DO ADOLESCENTE</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Boa</th> <th>Regular</th> <th>Má</th> <th>Não há relação</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Boa	Regular	Má	Não há relação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
	Sim	Não																																																																
Em instituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
Na rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
Sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
Compartilha a cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
Boa	Regular	Má	Não há relação																																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
<b>ENERGIA ELÉTRICA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			<b>NÚMERO DE QUARTOS</b> <input type="text"/> <input type="text"/>		OBSERVAÇÕES _____ _____ _____																																																													
<b>ÁGUA</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Na casa</th> <th>Fora da casa</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Na casa	Fora da casa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>DEJETOS</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Na casa</th> <th>Fora da casa</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Na casa	Fora da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
Na casa	Fora da casa																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
Na casa	Fora da casa																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<b>EDUCAÇÃO</b>																																																																		
<b>ESTUDA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>NÍVEL</b> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> E. fundamental <input type="checkbox"/> E. médio <input type="checkbox"/> E. superior <input type="checkbox"/>	<b>PROBLEMAS NA ESCOLA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>ANOS REPETIDOS</b> <input type="checkbox"/> Causa _____	<b>ABANDONO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Causa _____	<b>EDUCAÇÃO FORMAL</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____																																																													
<b>TRABALHO</b>																																																																		
<b>ATIVIDADE</b> <input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Procurando 1ª vez <input type="checkbox"/> Não e não procura <input type="checkbox"/> Desocupado	<b>IDADE DE INÍCIO DO TRABALHO</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b> <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> O dia todo <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Fim de semana <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> n/c	<b>RAZÃO DO TRABALHO</b> <input type="checkbox"/> Econômica <input type="checkbox"/> Autonomia <input type="checkbox"/> Porque gosta <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> n/c	<b>TRABALHO LEGALIZADO</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> n/c	<b>TRABALHO INSALUBRE</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> n/c	<b>TIPO DE TRABALHO</b> _____ _____ _____																																																												

VIDA SOCIAL								
<b>ACEITAÇÃO</b> Bem aceito <input type="checkbox"/> Rejeitado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	<b>NAMORADO (A)</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>AMIGOS</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>ATIVIDADE DE GRUPO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>ESPORTE</b> <input type="checkbox"/> h/semana TV <input type="checkbox"/> h/dia	<b>OUTRAS ATIVIDADES</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quais? _____ Sim Não _____ _____ _____			
HÁBITOS								
<b>SONO NORMAL</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>ALIMENTAÇÃO ADEQUADA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>REFEIÇÕES/DIA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>FUMO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cig/dia	<b>IDADE DE INÍCIO DO FUMO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<b>OUTRO TÓXICO</b> Frequência e tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não _____ _____			
<b>REFEIÇÕES/DIA COM A FAMÍLIA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>ÁLCOOL</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> equivalente a litros de cerveja/sem.	<b>IDADE DE INÍCIO DO ÁLCOOL</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<b>DIRIGE VEÍCULO</b> Qual? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não _____ _____				
GINECO-UROLÓGICO								
<b>MENARCA/ESPERMARCA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos meses	<b>DUM</b> <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dia mês ano <input type="checkbox"/> Não corresp.	<b>CICLOS REGULARES</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>DISMENORRÉIA</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>FLUXO PATOLÓGICO/ SECREÇÃO PENIANA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>DST</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Qual? sim não _____ _____			
<b>Gestações</b> <input type="checkbox"/> <b>Filhos</b> <input type="checkbox"/> <b>Abortos</b> <input type="checkbox"/>								
SEXUALIDADE								
<b>NECESSITA INFORMAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>RELAÇÕES SEXUAIS</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Hetero <input type="checkbox"/> Homo <input type="checkbox"/> Ambas	<b>COMPANHEIRO (A)</b> <input type="checkbox"/> Companheiro único <input type="checkbox"/> Vários companheiros <input type="checkbox"/> n/c	<b>SEXARCA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos	<b>DISPAREUNIA</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> n/c	<b>CONTRACEPÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> n/c	<b>PRESERVATIVO</b> <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> n/c	<b>ABUSO SEXUAL</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
SITUAÇÃO PSICOEMOCIONAL								
<b>AUTO-PERCEPÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Cria preocupação <input type="checkbox"/> Impede relação com os demais		<b>IMAGEM CORPORAL</b> <input type="checkbox"/> Alegre <input type="checkbox"/> Muito tímido <input type="checkbox"/> Nervoso <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Outro		<b>ADULTO DE REFERÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro familiar <input type="checkbox"/> Fora da casa <input type="checkbox"/> Nenhum		<b>PROJETO DE VIDA</b> <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Ausente		
EXAME FÍSICO								
<b>ASPECTO GERAL</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>PESO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg <b>IMC</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>ALTURA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm	<b>PELE E ANEXOS</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>CABEÇA</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>ACUIDADE VISUAL</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>ACUIDADE AUDITIVA</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>BOCA E DENTES</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>PESCOÇO E TIREÓIDES</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>TÓRAX E MAMAS</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<b>CARDIO-VASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>PRESSÃO ARTERIAL</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>FREQ. CARDÍACA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bat/min	<b>ABDOMEN</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>GENITO-URINÁRIO</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>TANNER</b> <input type="checkbox"/> mamas <input type="checkbox"/> pelos pubianos <input type="checkbox"/> genitais	<b>VOLUME TESTICULAR</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dir. cm3 Esq.	<b>COLUNA</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>EXTREMIDADES</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<b>NEUROLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
OBSERVAÇÕES _____								
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA INTEGRAL _____								
INDICAÇÕES DE CONSULTAS EXTERNAS _____								
RESPONSÁVEL _____ DATA _____								
Qual assunto você gostaria que a escola trabalhasse em conjunto com a saúde? _____ _____ _____								

Fonte: Brasil (2010a; 2012)

## CONSULTA DO ENFERMEIRO

1. Acolher o adolescente e procurar saber se o mesmo tem a caderneta;
2. Preencher o prontuário ou formulário próprio da UBS com os dados pessoais e endereço do adolescente;
3. Ver Protocolo OPAS (p. 87) e ofertar a caderneta do adolescente, caso ainda não tiver.

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM EDUCAÇÃO SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

1. Desenvolver com toda a equipe junto à unidade e Agente Comunitário de Saúde a captação precoce da população de adolescente, ter um dia na semana preferencialmente para atender o adolescente com reuniões de grupos;
2. Registrar as interpretações das informações obtidas do adolescente;
3. Fazer a busca de fatores de eventuais deficiências encontradas no atendimento. Identificar as situações de vulnerabilidade e risco e realizar o encaminhamento para os setores de acordo com especificidade – Equipe multiprofissional;
4. Garantir a manutenção das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-los;
5. Organizar todas as informações contidas no formulário da Unidade Básicas de Saúde e protocolo OPAS para o referido acompanhamento do adolescente.

Estabelecer um conteúdo padronizado para atividades relativas ao adolescente, junto à equipe multidisciplinar, assim, toda ação educativa deve persistir em objetivos, com conhecimentos sobre as condições de saúde do adolescente.



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Maria Eliane Liégio Matão<sup>1</sup>  
Cristiane Vieira Manso de Lima<sup>2</sup>  
Damiana Aparecida Andrade de Carvalho Moreira<sup>3</sup>  
Diego Viera de Mattos<sup>4</sup>  
Diala de Carvalho Rodrigues Máximo<sup>5</sup>  
Elisângela Euripedes Resende Guimarães<sup>6</sup>  
May Socorro Martinez Afonso<sup>7</sup>  
Nilza Alves Marques Almeida<sup>8</sup>  
Valéria Costa Peres<sup>9</sup>  
Angela Bete Severino Pereira<sup>10</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 381/2011. *Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou.*

Resolução COFEN nº 423/2012. *Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 439/2012. *Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

<sup>1</sup>Enfermeira Obstetra, Doutora, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Enfermeira Obstetra, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>3</sup>Enfermeira, Epidemiologista, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>4</sup>Enfermeiro Obstetra, Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>5</sup>Enfermeira Obstetra, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>6</sup>Enfermeira, Mestre, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>7</sup>Enfermeira Obstetra, Doutora, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

<sup>8</sup>Enfermeira Obstetra, Doutora em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

<sup>9</sup>Enfermeira Obstetra, Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>10</sup>Enfermeira, Mestre, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 516/2016. *Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetiz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetiz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.*

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de atenção à mulher são prioridades e se expressam por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). As linhas de cuidado prioritárias da PNAISM são: atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada baseada em evidências científicas; promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres, desde a adolescência ao climatério, incluindo prevenção e tratamento das DST/AIDS; atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; redução da morbimortalidade por câncer de mama e colo uterino.

Estas ações têm como princípios a humanização, a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais, a promoção da equidade, o enfoque de gênero e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. O Ministério da Saúde (MS) prioriza a construção de redes temáticas, com ênfase em algumas linhas de cuidado, como a Rede Cegonha para atenção materno-infantil e a Rede de Atenção Oncológica para prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero.

Implementada em 2011, a Rede Cegonha é uma estratégia do MS para reorganizar a rede assistencial materno infantil. Visa garantir o acesso ao serviço de saúde, acolhimento e resolutividade, com foco no direito reprodutivo e na atenção qualificada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério e nascimento seguro. Além de atenção integral à criança de 0 a 24 meses de vida e objetivar a redução da morbimortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede de Atenção Oncológica propõe a implementação da linha de cuidado para o câncer de mama por meio de ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno e, para o câncer de colo do útero, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras.

A atenção de enfermagem nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), consiste na avaliação e no acompanhamento sistemático da saúde da mulher com enfoque nas linhas de cuidados prioritários e ações de promoção da saúde, redução de risco ou manutenção de baixo risco, rastreamento e detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação, considerando a individualidade, as necessidades e os direitos das mulheres.

Este protocolo tem como objetivo nortear e oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos profissionais da enfermagem; especificamente na atenção à saúde da mulher, em todos os seus ciclos de vida, por meio de diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e de estudos baseados em evidências científicas.

## 2. DIRETRIZES ÉTICAS E LEGAIS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A atuação do profissional da enfermagem no Brasil está respaldada pela Lei nº 7.498/86, que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem; pelas Resoluções nº 195/1997, nº 477/2015, nº 317/2007 e nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); e pelas Portarias nº 985/GM/1999, que institui os Centros de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS; Portaria nº 1.067/2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; Portaria nº 1459/2011, que institui a Rede Cegonha, no âmbito do SUS; Portaria nº 371/2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no SUS (COREN-GO, 2012; BRASIL, 2014). Assim, o enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de

risco habitual e puerpério na atenção básica e em hospitais da rede de saúde, conforme estabelecido pelo MS e garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

### 3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal de risco habitual objetiva assegurar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações sobre a saúde materna e perinatal, inclusive com enfoque psicossocial e educativo, para garantia do parto de um recém-nascido saudável (BRASIL, 2012).

O acesso à assistência pré-natal é um indicador importante do prognóstico ao para a gestação, parto e nascimento, sendo recomendadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais até o termo. Caso o parto não ocorra até a 41ª semana, encaminhar a gestante para a avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal na rede de serviços de atenção materno infantil, utilizando-se de mecanismos de regulação. A Unidade de Atenção Básica (UABS) deve garantir os 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade (Quadro 1, p. 116).

#### 3.1 Consulta pré-natal

O enfermeiro tem papel fundamental na captação precoce das gestantes para o pré-natal (Fluxograma I, p. 99). Preferencialmente, o pré-natal deve ser iniciado até a 12ª semana de gestação com acolhimento e classificação de risco, observando-se as singularidades e vulnerabilidade das gestantes para encaminhamentos, caso necessário, à equipe multiprofissional.

Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de AB (Quadro 2, p. 116), está incluído o atendimento ao pré-natal. É preconizada a assistência de forma humanizada, com a realização de consultas de enfermagem (Fluxograma II, p. 100), solicitação de exames (Fluxograma III, p. 101), realização de testes rápidos e prescrição de medicamentos, previamente estabelecidos nas políticas de saúde e protocolos instituídos pela gestão municipal.

Em todas as consultas de pré-natal subsequentes (Fluxograma IV, p. 102) também é necessário realizar a avaliação de risco gestacional. Por essa ocasião, deve ser feita a identificação dos fatores de risco que permitem o acompanhamento pela equipe da UABS, os quais devem ser destacados na Caderneta da Gestante. Uma situação que envolva risco real e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica deve ser, necessariamente, referenciada para atendimento especializado (Quadro 3, p. 117). Nesses casos, a UABS deve continuar responsável pelo seguimento dessa gestante até o final da gravidez, com o acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2012).

Durante todo o período pré-natal, deve-se acompanhar a gestante quanto a rotina de vacinação (Fluxograma V, p. 103) e casos de RH negativo (Fluxograma VI, p. 104), fazer rastreamento e aplicar conduta para anemia falciforme (Fluxograma VII, p. 105), alteração de glicemia (Fluxograma VIII, p. 106) e de acordo com a suspeita/presença de pressão arterial (Fluxograma IX e X, p. 107 e 108).

#### Controle da pressão arterial durante o pré-natal

A qualidade do cuidado pré-natal pode ser considerada uma das mais importantes metas em termos de saúde pública, devido à possibilidade de redução da morbimortalidade materna e neonatal. A medida da pressão arterial (PA), recomendada em todas as consultas de pré-natal, permite avaliar a ocorrência de hipertensão arterial que é um fator de risco gestacional e prevenir suas complicações.

As alterações hipertensivas na gestação constituem uma das três maiores causas de morbimortalidade materna e perinatal. Correspondem, no mundo, a 10% das complicações na gestação, o que equivale entre 3 e 5% das gestações (ALKEMA et al., 2015; OMS, 2014). No Brasil, em 2012, as alterações hipertensivas foram responsáveis por 20% dos óbitos maternos e, em Goiás, por 24,1%, sendo observada maior prevalência em gestantes na faixa etária entre 20 a 29 anos (VETTORE et al., 2013). Estudos apontam que a causa da pré-eclâmpsia não é clara. Associações robustas têm sido identificadas entre pré-eclâmpsia e variantes genéticas envolvidas em trombofilia, inflamação, estresse oxidativo e o sistema renina-angiotensina (MOL et al., 2016).

## Recomendações para verificação da pressão arterial (PA)

- A PA deve ser verificada com a gestante em posição sentada, com as costas apoiadas ou em decúbito lateral esquerdo, com o braço ao nível do coração, e com a bexiga vazia;
- 30 minutos antes da medição da PA, a gestante deverá se abster de cafeína ou de fumar;
- Deve ser usado aparelho com manguito de comprimento adequado (comprimento de 1,5 vezes da circunferência do braço) e esfigmomanômetro calibrado;
- A fase V dos sons Korotkoff deve ser usada para designar diastólica;
- Todos os dispositivos de verificação de PA usados em hospitais ou ambulatorios devem ser calibrados regularmente e possuir selo do INMETRO (BRASIL, 2009);
- A elevação severa da PA deve ser confirmada por repetição da verificação, com pelo menos, 15 minutos de intervalo e deve ser verificada por três vezes; o primeiro valor é ignorado, e utilizamos a média da segunda e terceira verificação.

## Fatores de risco para alteração da pressão arterial

- **Fatores de alto risco:** história anterior de pré-eclâmpsia ou hipertensão na gravidez; doença renal crônica; história de trombofilia; hipertensão prévia; diabetes (tipo 1 ou tipo 2); distúrbio autoimune, incluindo o lúpus eritematoso sistêmico ou síndrome antifosfolípide e gestação múltipla;
- **Fatores de risco moderado:** primeira gravidez; idade de 40 anos ou mais; um intervalo de gravidez superior a 10 anos; índice de massa corporal de 35 kg/m<sup>2</sup> ou mais; síndrome do ovário policístico e história familiar de pré-eclâmpsia.

## Queixas mais comuns na gravidez

- **Náusea e vômito:** ocorrem especialmente nos primeiros meses de gestação (altos índices de HCG e fatores psicológicos). O tratamento consiste no apoio e na alimentação fracionada. Encaminhar para consulta médica na persistência dos sintomas;
- **Ptialismo ou sialorreia:** aumento da salivação. Orientar dieta semelhante à indicada para as náuseas e vômitos;
- **Pirose/azia:** causada pelo refluxo gastroesofágico. Orientar refeições fracionadas;
- **Gengivite:** agendar atendimento odontológico para avaliação e promoção do tratamento;
- **Constipação intestinal:** redução da motilidade da musculatura lisa causada pela ação da progesterona na gravidez. Orientar alimentação rica em fibras e laxativa, hidratação e atividade física regular;
- **Tontura e vertigem:** evitar mudanças bruscas de posição e, quando de sua ocorrência, sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral com os MMII ligeiramente elevados;
- **Cãibras:** frequentes na segunda metade da gestação e acometem mais os membros inferiores. Orientar moderação da atividade física, hidratação e ingestão de alimentos ricos em Potássio;
- **Varizes:** orientar a evitar permanência prolongada na posição de pé ou sentada e a repousar por 20 minutos com membros elevados, em ângulo de 45 graus, sempre que possível ao longo do dia;
- **Edema:** orientar o uso de meias elásticas de média compressão;
- **Hemorroidas:** são vasos do plexo hemorroidário, que podem sangrar ou mesmo sediar uma trombose. Orientar alimentação rica em fibras e laxativa e hidratação;
- **Dor lombar e dor hipogástrica:** orientar a realizar exercícios indicados na gestação e sob supervisão e posição em decúbito lateral quando for repousar;
- **Polaciúria:** orientar eliminação vesical com frequência maior ao longo do dia;
- **Corrimento vaginal:** reforçar cuidados básicos de higiene e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e investigar sinais e sintomas para diagnóstico e tratamento.



## Cuidados com a mama na gravidez

O preparo da mama para a amamentação deve ser iniciado no pré-natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno, que envolvem:

1. Avaliar das mamas durante as consultas de pré-natal;
2. Orientar sobre o uso do sutiã durante a gestação, banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas); contra-indicação do uso de sabão, cremes ou pomadas no mamilo e de expressão mamilar (ou ordenha), durante a gestação para a retirada do colostro;
3. Identificar conhecimentos, crenças e atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiência prévia sobre amamentação;
4. Promover troca de experiências, por meio de reuniões de grupo de gestantes, para informar as vantagens e o manejo da amamentação.

## 4 CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER

### 4.1 Planejamento reprodutivo

O planejamento reprodutivo, também denominado planejamento familiar, é um direito sexual e reprodutivo, assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos, a partir da escolha informada sobre os meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2008, 2016).

O planejamento reprodutivo deve ser orientado à mulher e parceiro (a) durante a consulta pelo enfermeiro (Fluxograma XI e XII, p. 109 e 110).

### 4.2 Prevenção do câncer de mama

A incidência e mortalidade por câncer de mama na população feminina mundial e brasileira é alta. As ações previstas para seu controle estão na detecção precoce, que consiste em diagnóstico precoce e rastreamento, através do exame-clínico das mamas e da mamografia (Fluxograma XIII, p. 111) (INCA, 2015).

O enfermeiro tem importante papel na promoção da saúde da mulher e prevenção do câncer de mama, por meio de orientações e encaminhamentos. Conforme a Nota Técnica do Instituto Nacional de Câncer de 2009, o enfermeiro tem autonomia para solicitação da mamografia de rastreamento, porém cada estado/município deve seguir o protocolo local (INCA, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama através da mamografia, em mulheres com idades entre 50 e 69 anos, com periodicidade bienal. Não recomenda o autoexame das mamas (AEM) como método de rastreamento, por esse exame ter uma recomendação fraca, os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios.

Diante disto, é recomendado que se estimule o processo de promoção de autoconhecimento, que consiste na mulher apalpar as mamas espontaneamente e conhecer as características das próprias mamas nas diferentes fases da sua vida para identificar o que é normal e habitual. Além disso, ela deve ser orientada sobre os achados suspeitos de câncer de mama e para procurar o serviço de saúde, se perceber alterações (BRASIL, 2015).

### 4.2 Prevenção do câncer de colo do útero

A realização periódica do exame preventivo do câncer de colo de útero permite a detecção de alterações causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), que podem evoluir para o câncer. Quando detectado precocemente e tratado, há maior chance de cura com redução da mortalidade das mulheres.

Segundo o INCA (2016, p. 34), “os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado”.

Em situações especiais, seguir as recomendações de rastreamento contidas no Quadro 4 (p. 118) e de conduta inicial frente aos resultados de exame citopatológico do colo de útero nas Unidades de Atenção Básica, apresentadas no Quadro 5 (p. 118).

#### 4.5 Consulta de enfermagem à mulher no climatério

O climatério é uma fase biológica da vida da mulher, definido pela Organização Mundial da Saúde, como a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo. Como marco dessa fase, a menopausa corresponde ao último ciclo menstrual depois de passados 12 meses da sua ocorrência, geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008). Por isso, na consulta de enfermagem devem ser consideradas as especificidades desta fase do ciclo de vida da mulher (Fluxograma XIV, p. 112).

#### 4.6 Atenção às mulheres em situação de violência

A violência contra a mulher é considerada como “todo ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada” (BRASIL, 2012, p. 11).

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo e recorrente, considerado um problema relevante de Saúde Pública. É silenciosa e sem visibilidade social, associada na grande maioria das vezes com força, poder e gênero. É causada frequentemente por alguém do convívio (padrasto, pai, irmão, parentes, companheiros ou marido), com ocorrência no próprio lar ou em outro cenário. Pode levar a consequências traumáticas do ponto de vista físico e mental, algumas vezes irreparáveis (TAQUETTE, 2007).

O fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e/ou violência sexual (Fluxograma XV, p. 113), envolve as seguintes ações: acolhimento; atendimento clínico; atendimento psicológico; dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde; notificação compulsória institucionalizada e encaminhamento para o núcleo de vigilância epidemiológica; referência laboratorial para exames necessários; referência para coleta de vestígios de violência sexual e encaminhamento para os Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Nesse caso, é necessário, também, realizar encaminhamentos por requerer avaliação de riscos e cuidado de equipe multidisciplinar e interinstitucional, a fim de promover uma linha de cuidado e colocar a mulher na rede de proteção à pessoa em situação de violência (Fluxograma XVI, p. 115). Isso favorecerá acompanhamento de qualidade, de acordo com todas as necessidades, sejam elas de interrupção da gravidez, de assistência ao pré-natal de anticoncepção de emergência. Além de que dará visibilidade ao agravo, contribuindo consequentemente para a não perpetuação e agravamento da situação. O agressor, na medida do possível, deve ser identificado para que possa entrar na Rede e receber a atenção necessária, visto que provavelmente também foi vítima de alguma violência durante sua vida e precisa de acompanhamento.

## REFERÊNCIAS

- ALKEMA L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, England, v. 389, n.100010, p. 2275-2286, dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>. Acesso em: 11 ago. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento do consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 32 p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/>>

ConsensoIntegra.pdf>. Acesso em: 17 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros\\_Prog\\_e\\_rastreamento\\_Ca\\_de\\_Mama\\_.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nota técnica para a solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT\\_INCA\\_DARAO\\_Mamografia\\_requerida\\_pela\\_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES](http://www1.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT_INCA_DARAO_Mamografia_requerida_pela_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em: 18 jun. 2016.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_2016\\_3.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio_2016_3.pdf)>. Acesso em 16 out. 2016.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informe Técnico: Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasil: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm)>. Acesso em: 18 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 528, de 1 de abril de 2013**. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2013&jornal=1&pagina=20&totalArquivos=128>>. Acesso em: 18 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Política Nacional de Atenção Oncológica. Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005. 3 p**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, modificada pela Portaria nº 2.351 de 05/10/11**. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/portaria/legislacao/portaria2351de051011>>. Acesso em: 18 abr. 2016

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa nacional de controle do câncer de mama. **Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncccmama.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Número 32).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed. 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 82 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 3. ed. rev.. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: <<http://>

portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\_puerperio\_2006.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas. 3. ed. atual e ampl.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ses-24957>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_climaterio.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2016.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, e legislação correlata. 5. ed. rev. e ampl.** Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/edicoes/paginas-individuais-dos-livros/legislacao-sobre-o-idoso-1>>. Acesso em: 02 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. 7. ed.** Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 207 p. Disponível em: <<http://9cndca.sdh.gov.br/legislacao/Lei8069.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p. Disponível em: <[file:///C:/Users/Administrador/Downloads/PNPM\\_2013\\_2015%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Administrador/Downloads/PNPM_2013_2015%20(5).pdf)>. Acesso em: 02 set. 2016.

\_\_\_\_\_. **Legislação do exercício profissional da enfermagem.** Goiânia, Goiás, Coren Goiás, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-195/1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-1951997_4252.html)>. Acesso em: 13 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-223/1999.** Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2231999\\_4266.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2231999_4266.html)>. Acesso em: 13 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-271/2002** – Revogada pela Resolução COFEN--317/2007. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2712002-revogada-pela-resolucofen-3172007\\_4308.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2712002-revogada-pela-resolucofen-3172007_4308.html)>. Acesso em: 13 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-272/2002** – Revogada pela Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2712002-revogada-pela-resolucofen-3172007\\_4308.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2712002-revogada-pela-resolucofen-3172007_4308.html)>. Acesso em: 16 abr. 2017.

ROSSO, C. F. W. et al. (Org.) **Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás.** Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem, 2014.

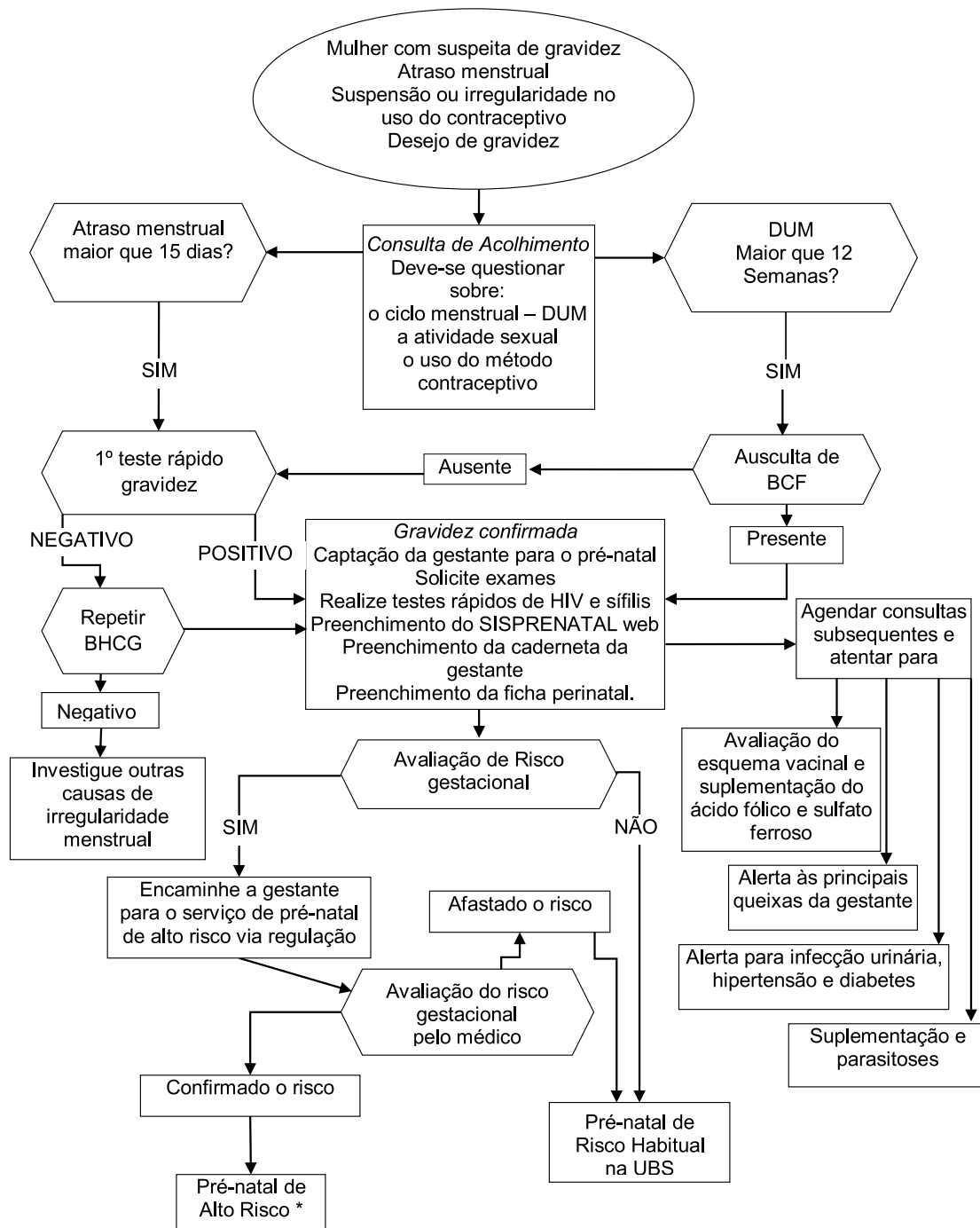
SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de Vacinação da Mulher.** 2015/2016.

MOL, B. W. et al. Pre-eclampsia. **Lancet**, England, v. 387, p. 999-1011, 2016.

VETTORE M. V. et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100, jun. 2013.

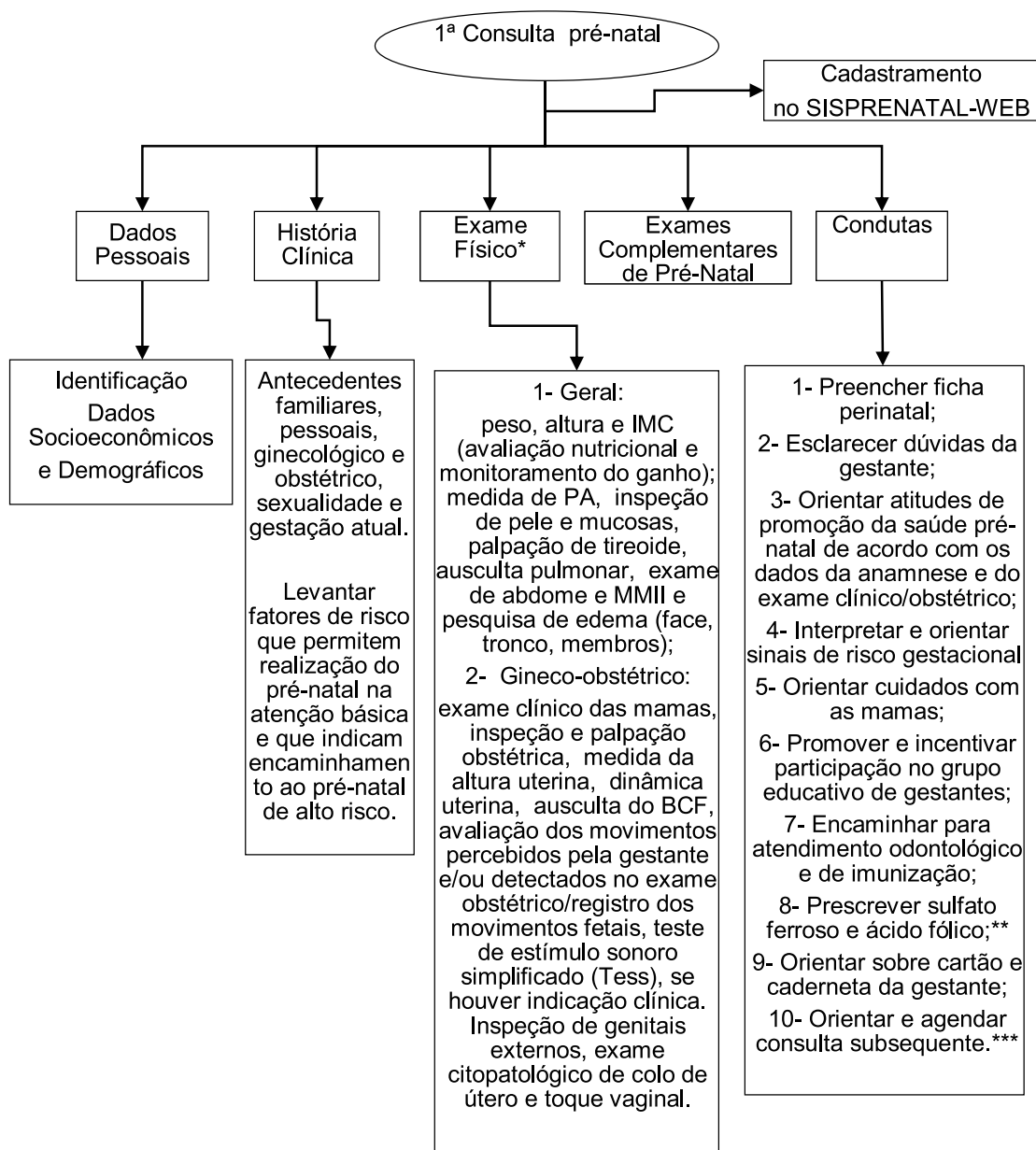
WHO. World Health Organization. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division.** 2014 Disponível em :<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2017.

### FLUXOGRAMA I – DETECÇÃO DE GRAVIDEZ E DIRECIONAMENTO QUANTO AO RISCO



**Observação:** garantir atendimento no ambulatório de pré-natal de alto risco; manter acompanhamento da gestante pela equipe de saúde; monitorar os retornos das gestantes ao ambulatório de alto risco durante as visitas domiciliares; identificar o hospital de referência de alto risco para o parto; garantir atendimento da equipe de área de abrangência (incluir o companheiro da gestante); monitorar retorno: agendar consulta de puerpério para 1ª semana de pós-parto.

## FLUXOGRAMA II - 1ª CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉ-NATAL

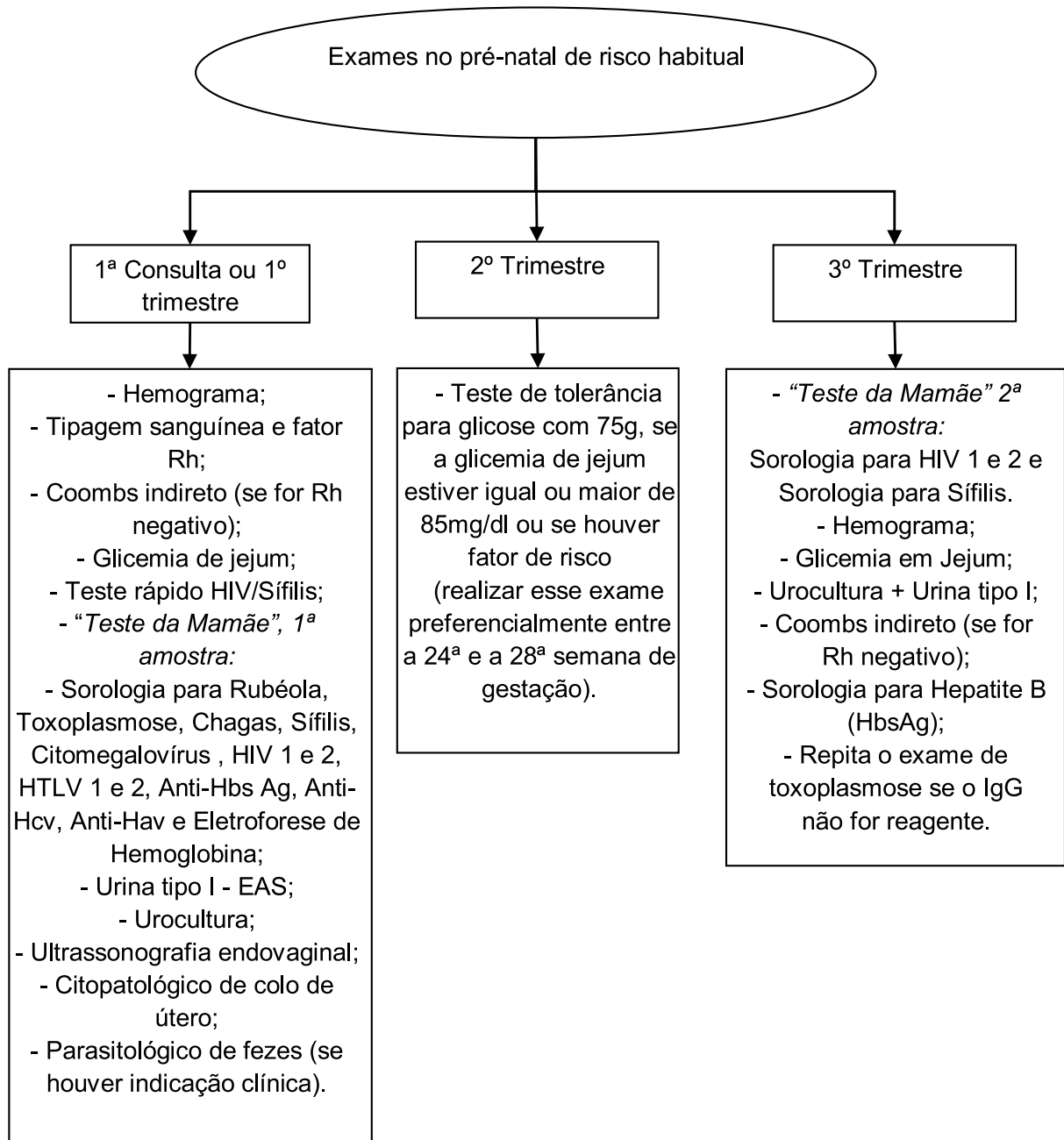


### Observações

- \*O exame físico de adolescentes deverá seguir as orientações do Protocolo de Saúde dos Adolescentes.
- \*\*Prescrever sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) durante toda gestação e ácido fólico (5mg/dia) até a 12ª semana de gestação.
- \*\*\*Reforçar para a gestante da importância da alternância da consulta pré-natal, com enfermeiro e/ou médico, conforme cronograma de consulta por trimestre e realização de no mínimo uma consulta odontológica.

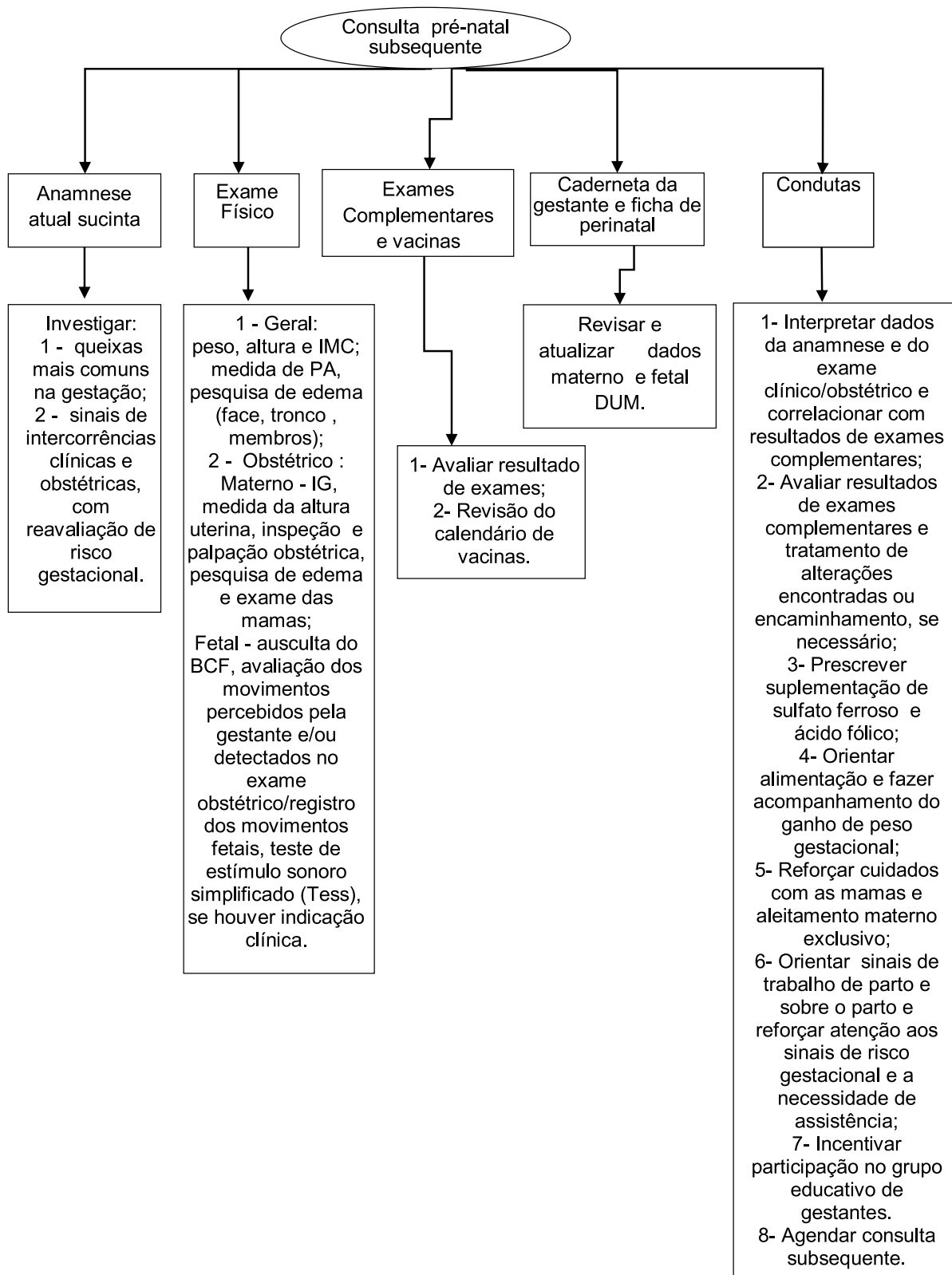
Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Brasil (2012).

### FLUXOGRAMA III - EXAMES NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL



Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Brasil (2012).

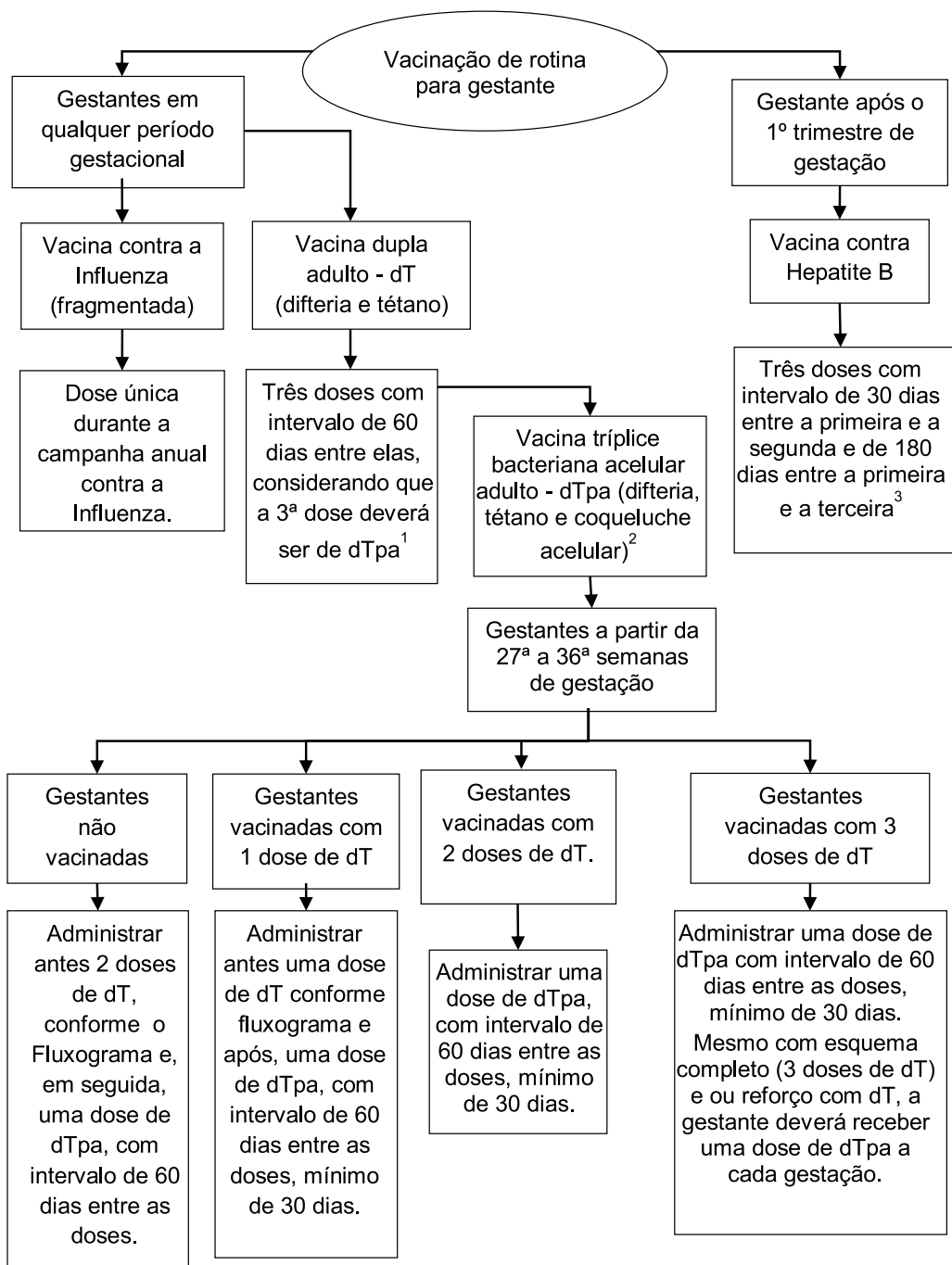
## FLUXOGRAMA IV – CONSULTA SUBSEQUENTE DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL



Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Brasil (2012).



## FLUXOGRAMA V - VACINAÇÃO DE ROTINA PARA GESTANTE



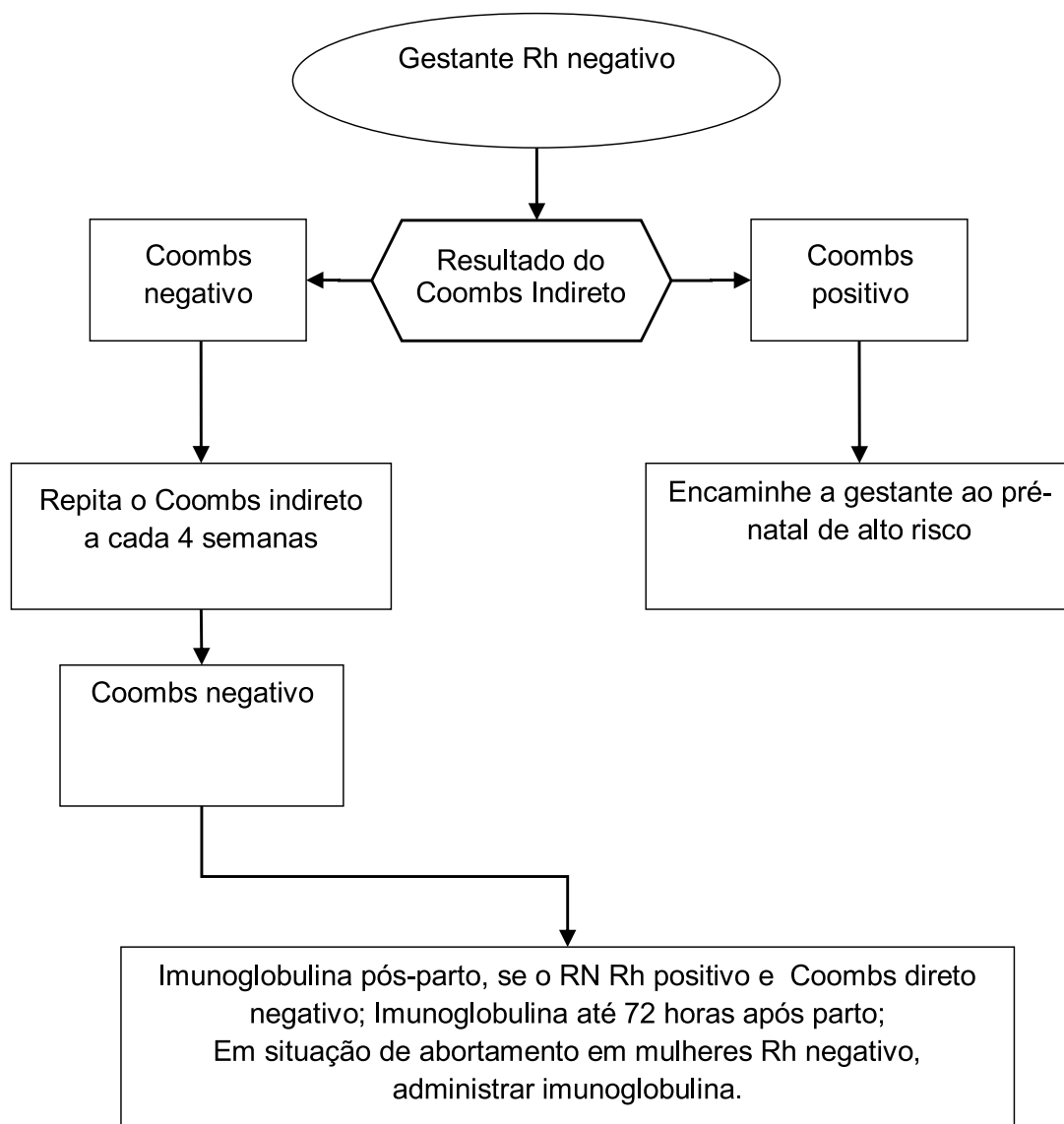
1. Nos comunicantes com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. É possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não perder a oportunidade de vacinação. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.

2. Gestantes em áreas de difícil acesso, administrar a vacina dTpa a partir da vigésima (20ª) semana de gestação adequando a administração das doses conforme o Fluxograma acima.

3. Gestantes com esquema incompleto (1 ou 2 doses): deve-se completar o esquema. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

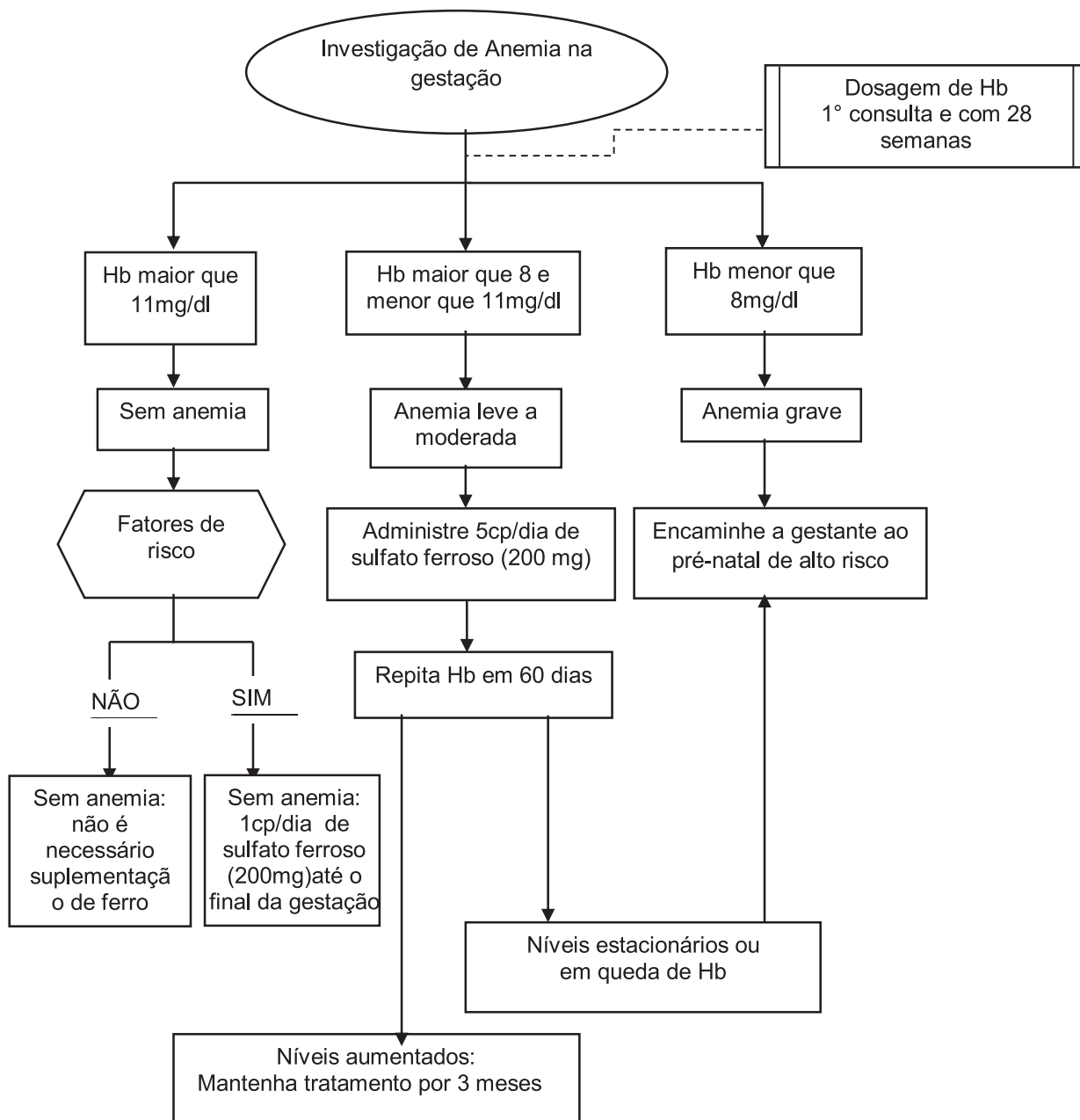
Fonte: Brasil (2012).

FLUXOGRAMA VI - GESTANTE COM RH NEGATIVO



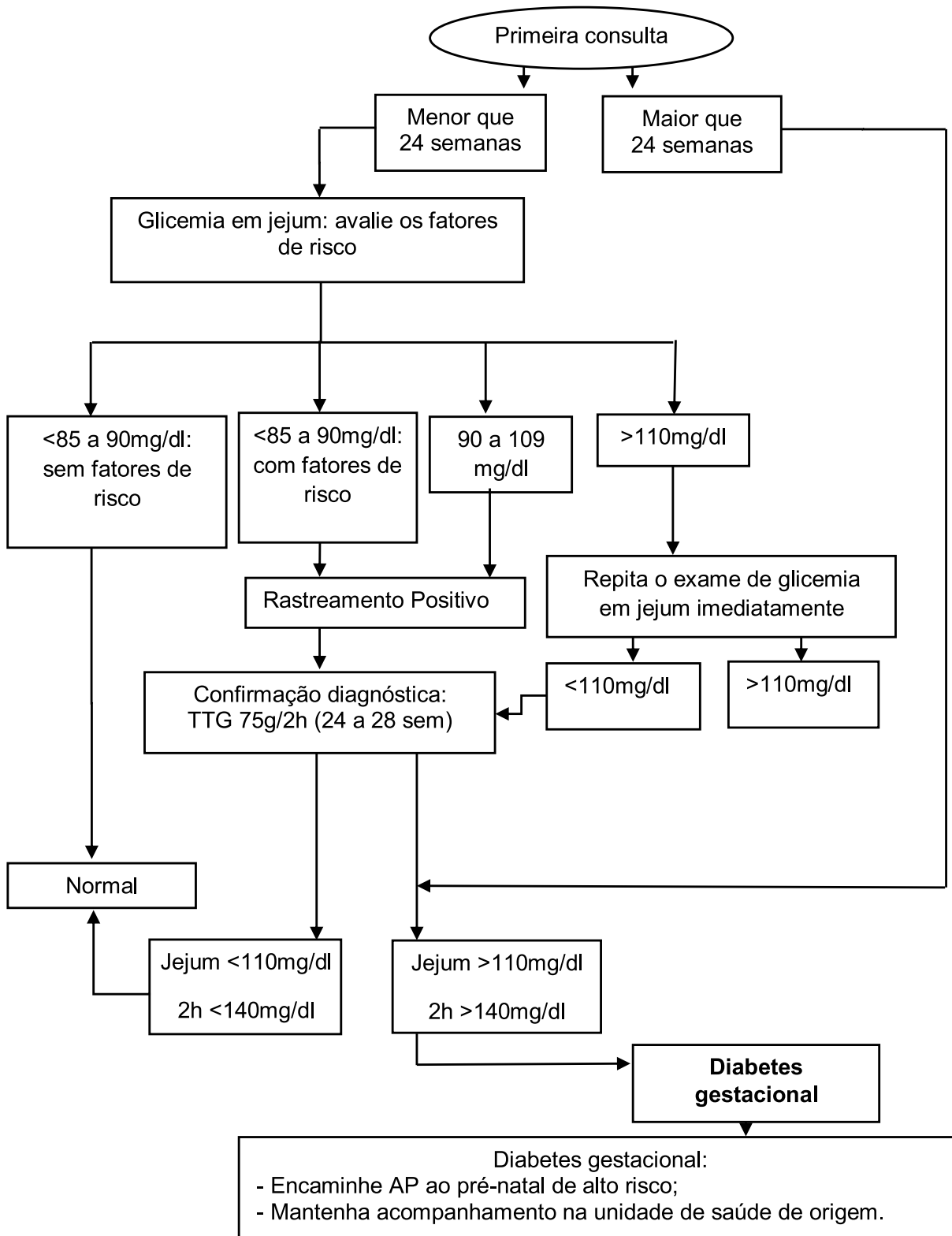
FONTE: Brasil (2012).

FLUXOGRAMA VII - RASTREAMENTO E CONDUTA NA GESTANTE COM ANEMIA FALCIFORME



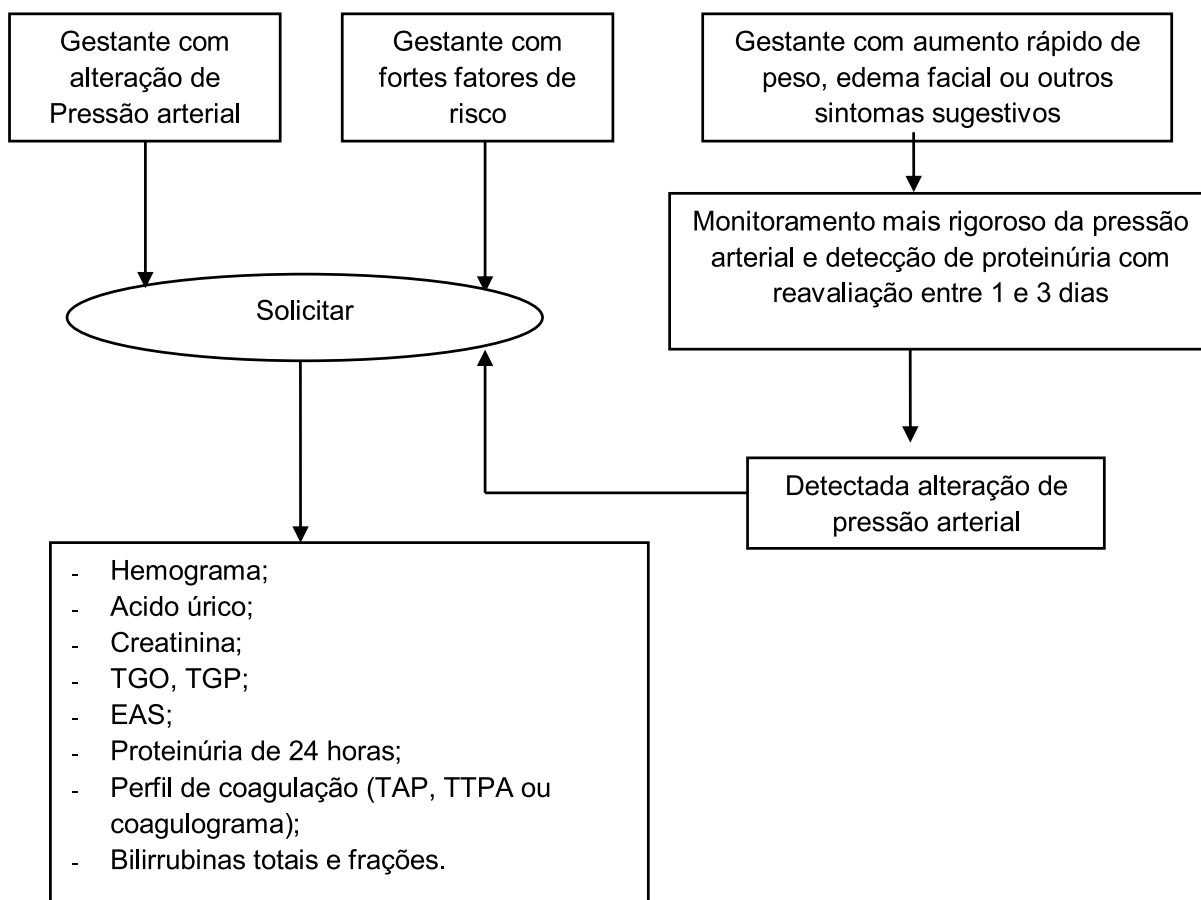
FONTE: Brasil (2012).

FLUXOGRAMA VIII - INVESTIGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA GLICEMIA



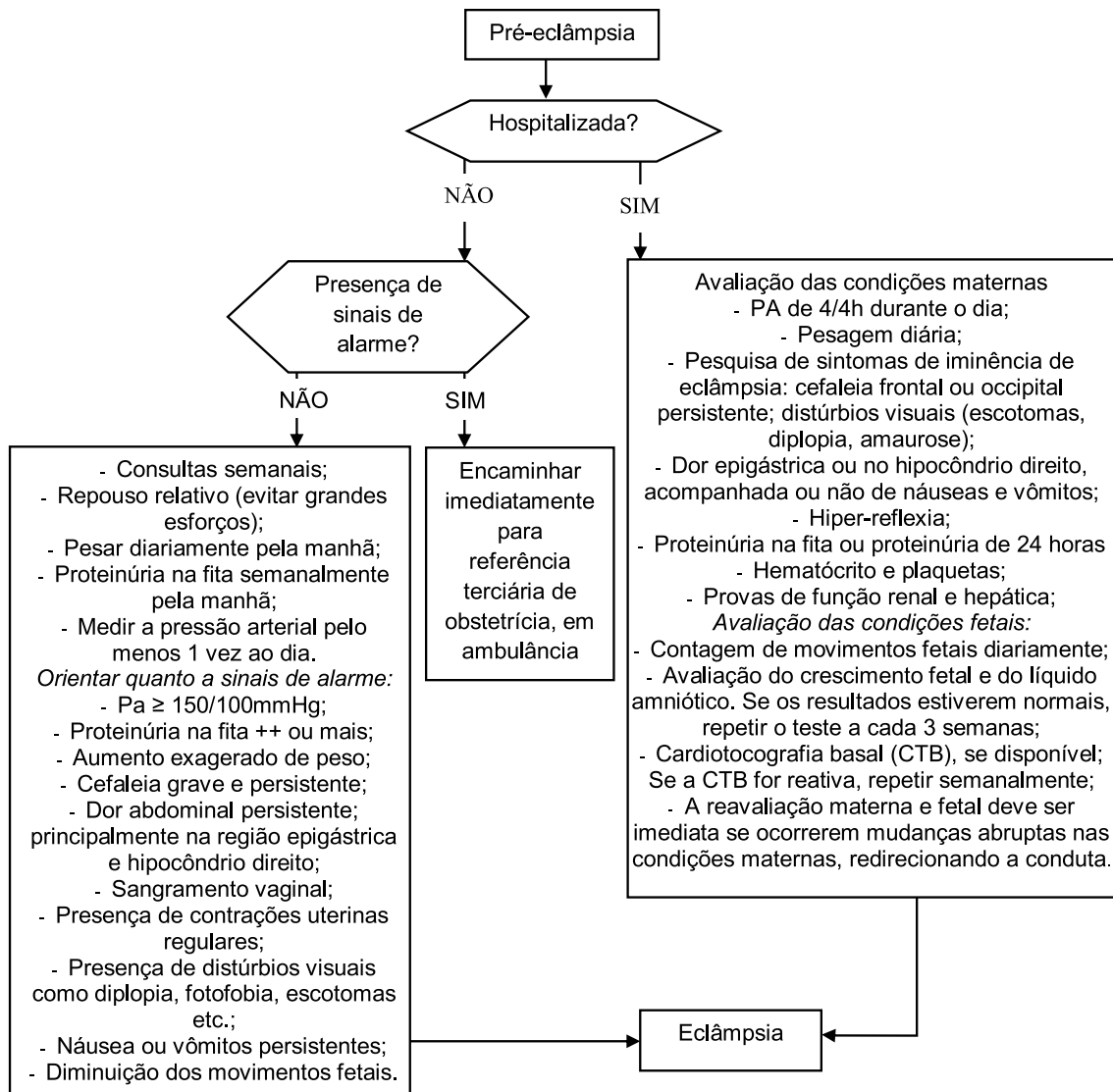
Fonte: Brasil (2012).

FLUXOGRAMA IX - CONDUTAS DE ACORDO COM A SUSPEITA/PRESENÇA DE ALTERAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL



Fonte: Brasil (2012).

**FLUXOGRAMA X - CUIDADOS COM GESTANTES COM ALTERAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL**



**Cuidados Gerais**

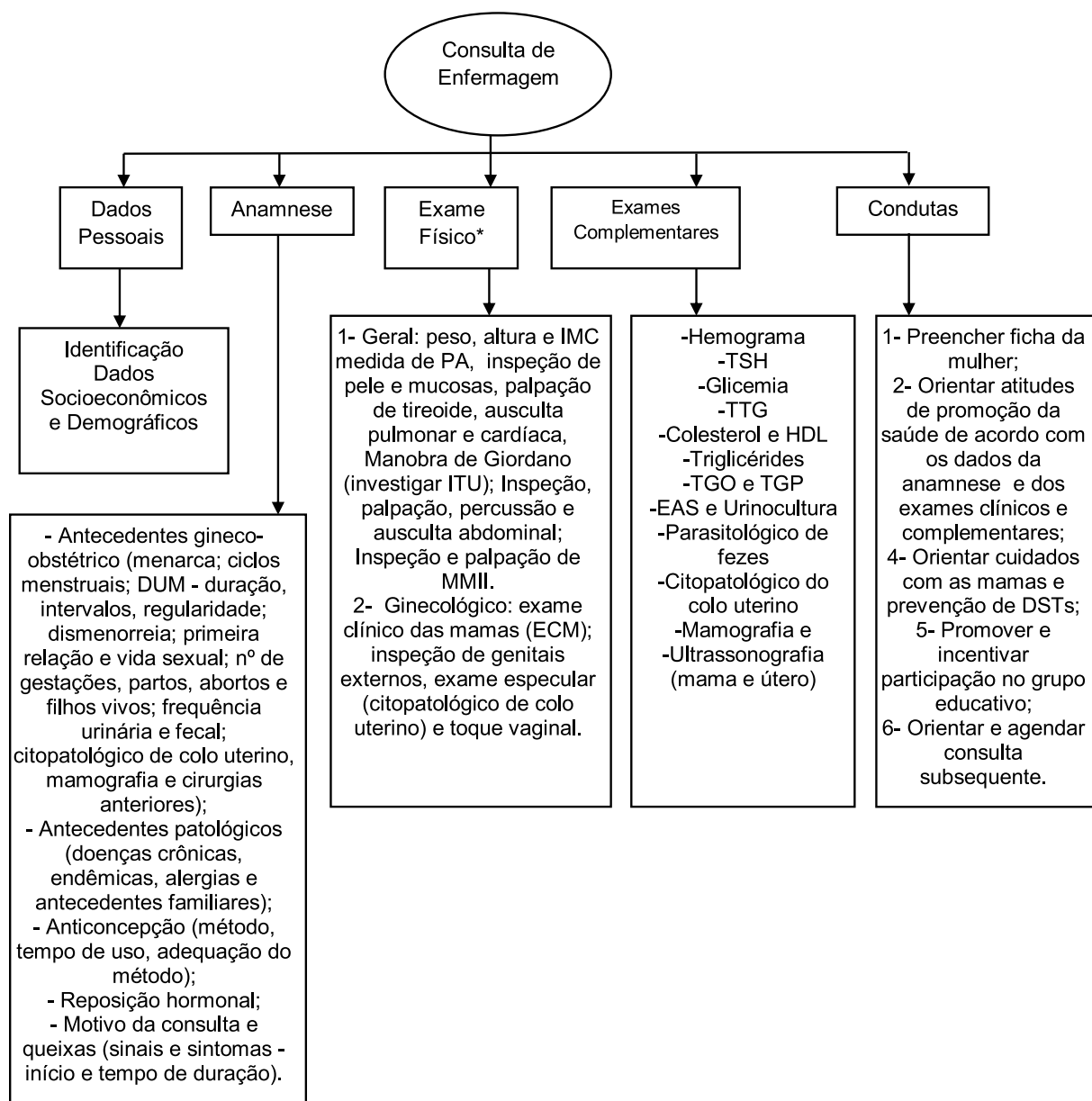
- Manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível;
- Decúbito elevado a 30° e face lateralizada;
- Catéter nasal com oxigênio (5l/min);
- Punção de veia central ou periférica calibrosa;
- Catéter vesical contínuo.

**Cuidados com o uso do sulfato de magnésio**

- A administração da dose de manutenção deverá ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto, os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml, durante as 4 horas precedentes.
- Deve-se utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração intramuscular;
- Manter gluconato de cálcio a 10% na cabeceira.

Fonte: Brasil (2012).

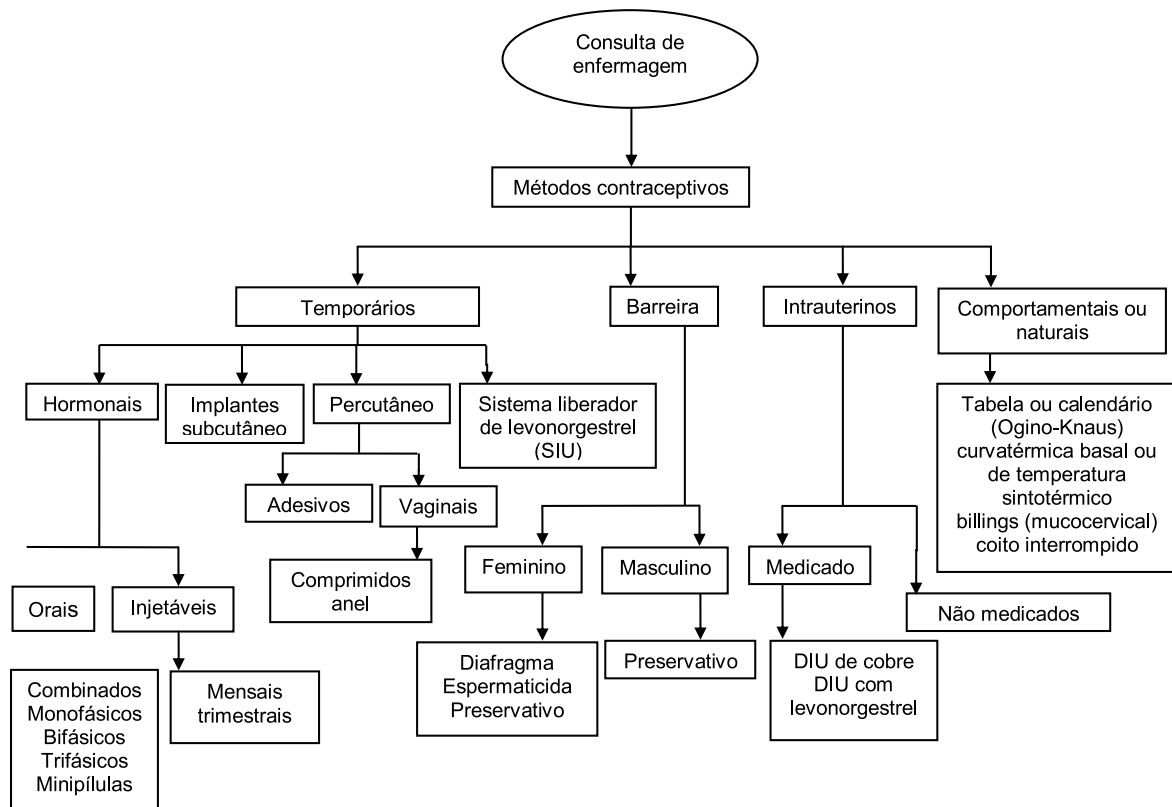
## FLUXOGRAMA XI - CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER



\*Somente para mulheres que realizaram o exame citopatológico de colo de útero e mamografia.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Brasil (2016).

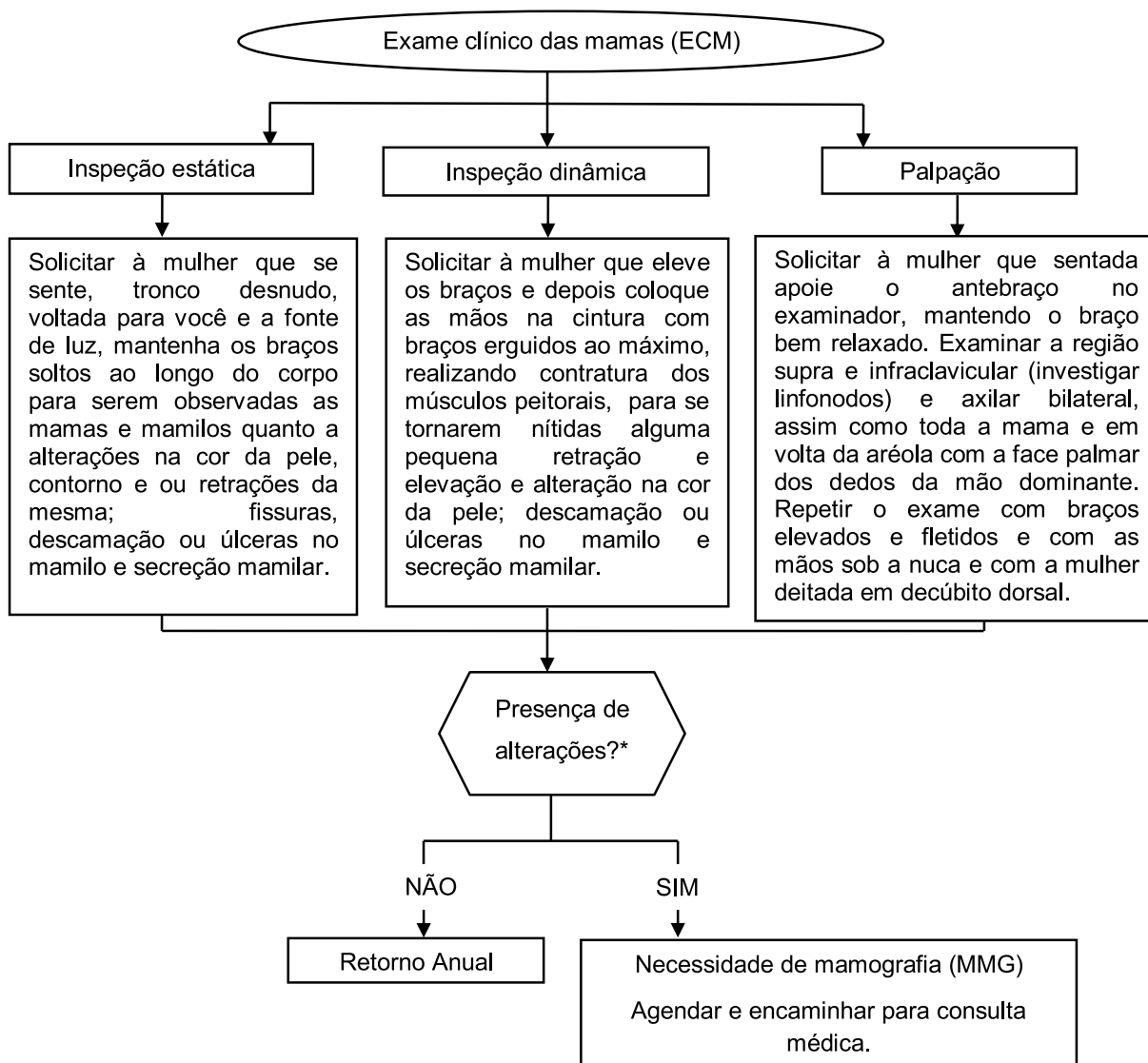
## FLUXOGRAMA XII - PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



Fonte: Brasil (2009).



## FLUXOGRAMA XIII - EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

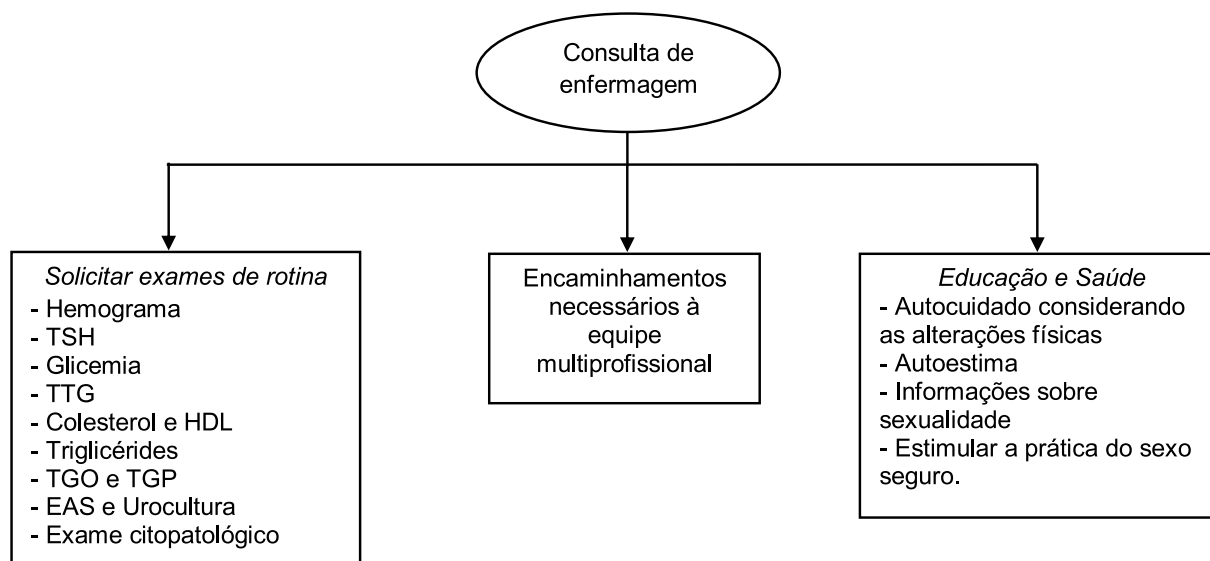


*Conduta\**

- Anotar em prontuário: número, simetria, volume, forma, consistência, contorno, modificações da pele da mama e do mamilo e número, tamanho, consistência e mobilidade dos gânglios axilares e supra e intraclaviculares.
- Registrar alterações quanto à localização (quadrante), consistência, tamanho, textura, sensibilidade.

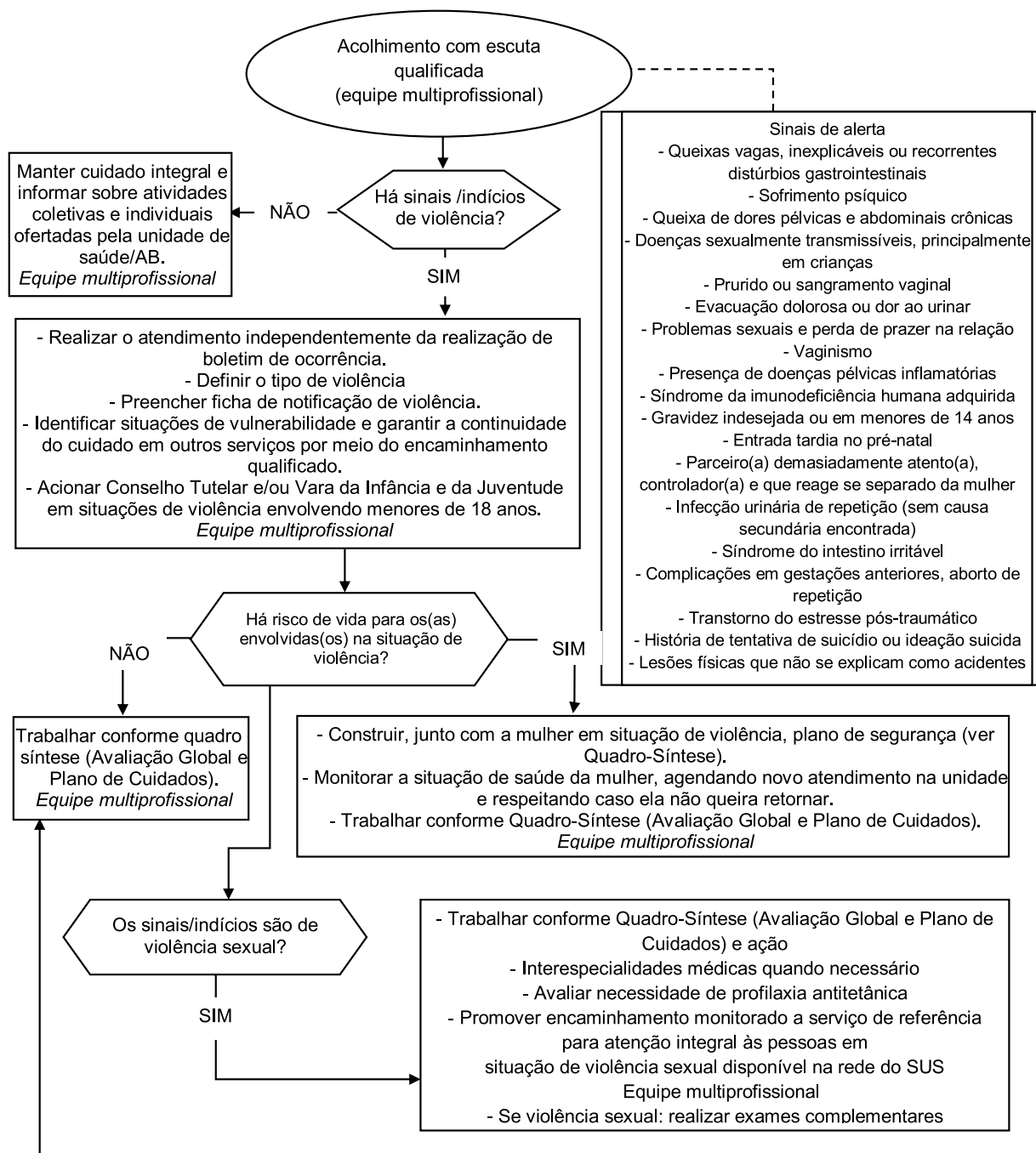
Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Brasil (2011).

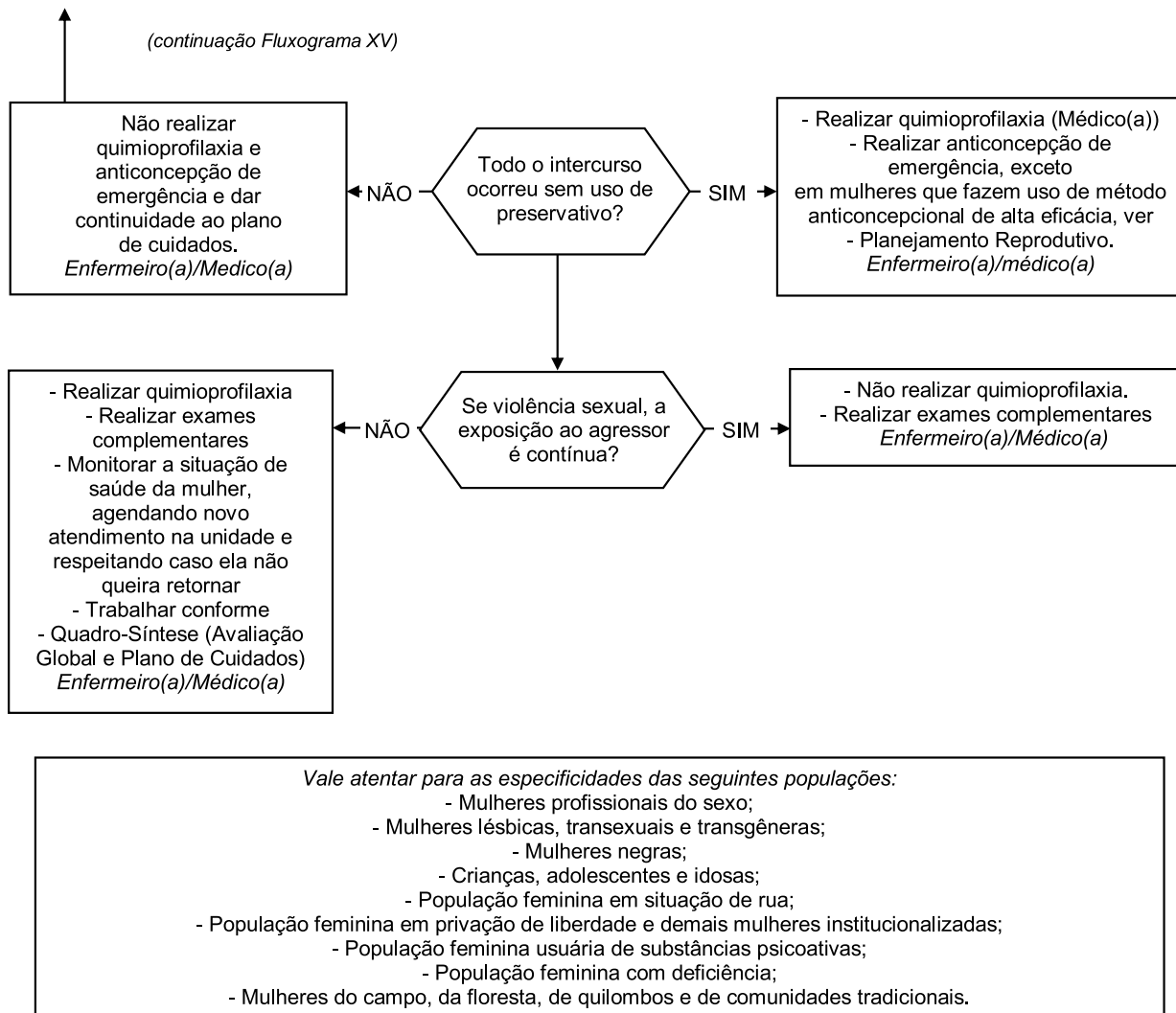
## FLUXOGRAMA XIV – CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO



Fonte: Brasil (2008).

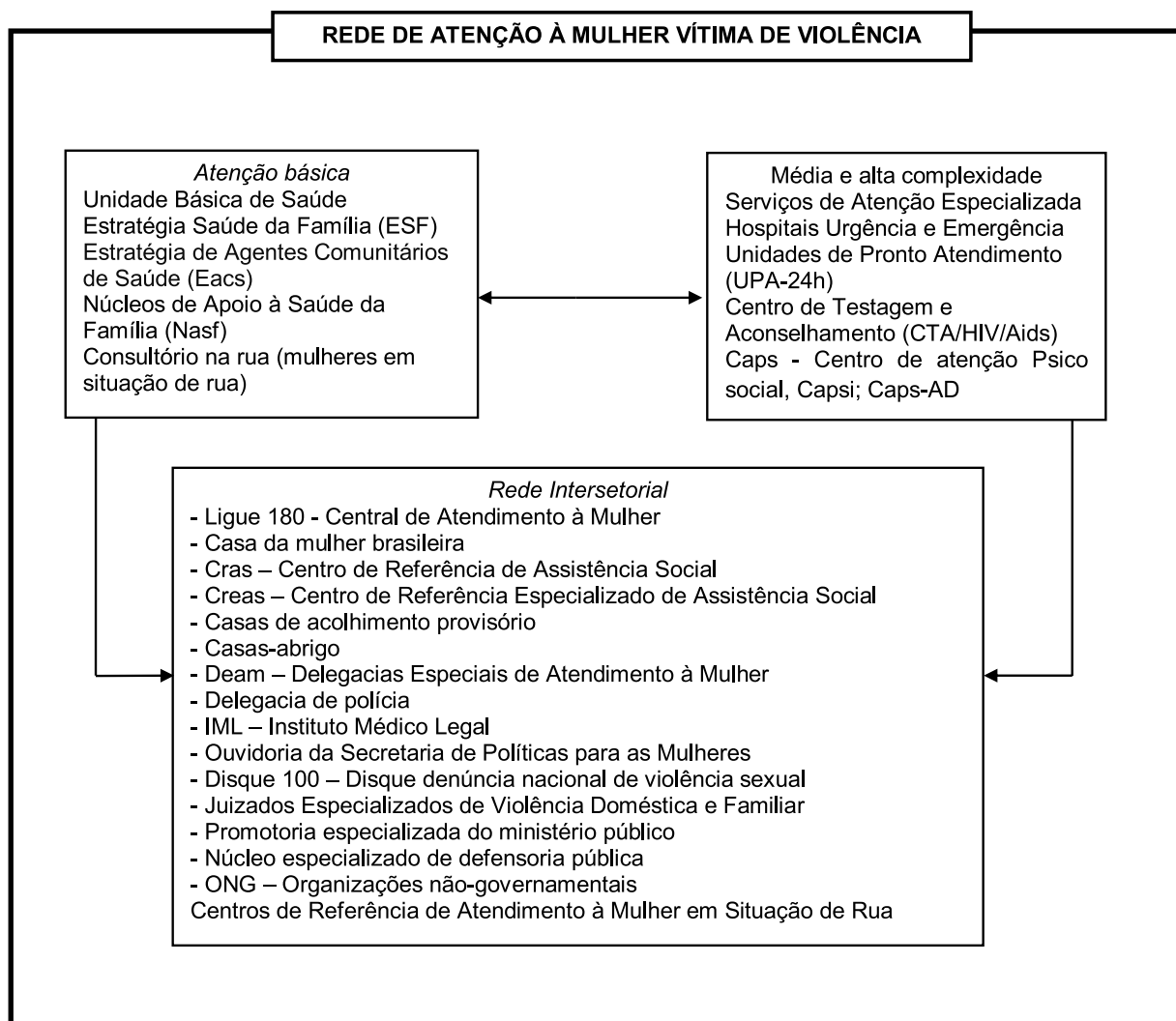
**FLUXOGRAMA XV- ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E/OU VIOLÊNCIA SEXUAL**





Fonte: Brasil (2016. p. 225).

## FLUXOGRAMA XVI - REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



O termo *Rede de Atendimento* designa um conjunto de ações e serviços intersectoriais (com destaque dos setores da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que “visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento”.

Os serviços da Rede de Atenção à saúde compõem a *Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência* e devem esgotar todos os recursos disponíveis para oferecer a Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência, desde o acolhimento com escuta qualificada até o monitoramento/seguimento das mulheres na rede de atendimento, fortalecendo a integração entre os serviços que compõem a rede.

Fonte: Brasil (2016. p. 226).

## QUADRO 1. DEZ PASSOS PARA O PRÉ-NATAL DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

<b>Passo 1</b> - Iniciar o pré-natal na AB até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
<b>Passo 2</b> - Garantir recursos humanos, físicos, materiais e técnicos à atenção pré-natal.
<b>Passo 3</b> - Assegurar a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
<b>Passo 4</b> - Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais.
<b>Passo 5</b> - Garantir o transporte sanitário gratuito para atendimento pré-natal, quando necessário.
<b>Passo 6</b> - É direito da gestante e seu parceiro serem cuidados (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação. Pré-natal do parceiro.
<b>Passo 7</b> - Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
<b>Passo 8</b> - Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”.
<b>Passo 9</b> - Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
<b>Passo 10</b> - As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Brasil (2012).

## QUADRO 2. ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

✓ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação.
✓ Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta).
✓ Realizar consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com a presença do médico.
✓ Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de assistência pré-natal.
✓ Realizar testes rápidos.
✓ Prescrever medicamentos padronizados para o pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos para tratamento de DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica).
✓ Referenciar a gestante para atendimento odontológico e médico.
✓ Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista, assistente social de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional).
✓ Orientar e encaminhar a gestante para a vacinação contra tétano e hepatite B quando não estiver imunizada.
✓ Identificar gestantes com sinal de alarme e/ou de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso haja dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para esse atendimento), encaminhar diretamente ao serviço de referência.
✓ Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.
✓ Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera).
✓ Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
✓ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas.
✓ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Fonte: Brasil (2012).

**QUADRO 3. FATORES DE RISCO DE GESTAÇÃO QUE PERMITEM A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA**

<b>Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis</b>
✓ Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos
✓ Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse
✓ Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente para adolescentes
✓ Situação conjugal insegura
✓ Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular)
✓ Condições ambientais desfavoráveis
✓ Altura menor que 1,45m
✓ IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade
<b>Fatores relacionados à história reprodutiva anterior</b>
✓ Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
✓ Macrossomia fetal
✓ Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas
✓ Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos
✓ Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos)
✓ Cirurgia uterina anterior
✓ Três ou mais cesarianas
<b>Fatores relacionados à gravidez atual</b>
✓ Ganho ponderal inadequado
✓ Infecção urinária
✓ Anemia

**Fonte:** Brasil (2012).

**QUADRO 4. RECOMENDAÇÕES PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS**

Situações	Recomendações
<b>Gestantes</b>	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
<b>Mulheres na pós-menopausa</b>	Seguir recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. Se necessário, proceder a estrogenização previamente a realização da coleta.
<b>Histerectomizadas</b>	Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.
<b>Mulheres sem história de atividade sexual</b>	Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.
<b>Imunossuprimidas</b>	O exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm <sup>3</sup> devem ter priorizadas a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

**Fonte:** INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

**QUADRO 5. RECOMENDAÇÕES PARA CONDUTA INICIAL FRENTE AOS RESULTADOS DE EXAME CITOPATOLÓGICO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA.**

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
<b>Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)</b>	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
	≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses	
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
<b>Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)</b>	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
<b>Células atípicas de origem indefinida (AOI)</b>	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
<b>Lesão de Baixo Grau (LSIL)</b>		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
<b>Lesão de Alto Grau (HSIL)</b>			Encaminhar para colposcopia
<b>Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão</b>			Encaminhar para colposcopia
<b>Carcinoma escamosa invasor</b>			Encaminhar para colposcopia
<b>Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor</b>			Encaminhar para colposcopia

**Fonte:** INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE PLANO DE PARTO E NASCIMENTO \*

Nilza Alves Marques Almeida<sup>1</sup>

Meiry Helena Gomes Borges<sup>2</sup>

Patrícia Borges de Oliveira<sup>3</sup>

Marinézia Aparecida do Prado<sup>4</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 439/2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.

## 1 Introdução

O presente Protocolo de Plano de Parto e Nascimento foi idealizado para ser referência na Atenção Básica e na Atenção ao Parto Humanizado no estado de Goiás. Tem como objetivo nortear os profissionais de

<sup>1</sup> Revisado pela Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN).

<sup>2</sup> Enfermeira Obstetra, Doutora em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>3</sup> Enfermeira Obstetra, Hospital Materno Infantil de Goiânia-Goiás, Secretaria do Estado de Saúde de Goiás.

<sup>4</sup> Enfermeira Obstetra, Hospital das Clínicas da UFG.

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Associada da FEN/UFG

saúde na atenção pré-natal, ao parto e nascimento e no pós-parto, por meio de orientações e diretrizes para as ações de promoção e educação em saúde da gestante sobre o seu planejamento para o parto e nascimento de seu filho.

O protocolo tem como prioridade contribuir para a humanização da atenção à gestante no pré-natal e nas Unidades Hospitalares de Atenção ao Parto e Nascimento, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, das Diretrizes da Rede Cegonha e Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e dos Dez Passos da Atenção ao Pré-Natal na rede Básica de Saúde (BRASIL, 2011, 2012, 2017), além de subsidiar os profissionais de saúde envolvidos nestes dois níveis de atenção.

Protocolos "são rotinas de cuidados e ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas por profissionais experientes e especialistas em uma área, a partir do conhecimento científico respaldado em evidências científicas para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde" (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 31).

Nesta perspectiva, ações como o Protocolo de Plano de Parto e Nascimento são indispensáveis para a promoção do cuidado humanizado com um sentido global e para a garantia do tripé – efetividade, qualidade e segurança e consolidação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, a partir da inserção de práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, na segurança do paciente e no parto seguro (BRASIL, 2014, 2017).

No estado de Goiás, uma pequena parcela de instituições e serviços da rede pública de atenção ao pré-natal, ao parto e nascimento estão inseridos na proposta da Rede Cegonha, porém, o Plano de Parto, ainda não se encontra implantado como estratégia de humanização. Além disto, a falta de acesso da gestante ao Plano de Parto, aliada ao desconhecimento sobre o seu direito, podem constituir uma lacuna favorável ao medo e insegurança em optar pelo parto natural. O Plano de Parto pode preservar a gestante de ser induzida e exposta a ações de intervenção em detrimento ao parto natural, tendo em vista que ela deve ser agente ativo do parto. Destaca-se com isso, a importância do empenho de gestores e dos profissionais da saúde na garantia de aplicação do Plano de Parto.

Ademais, perante a evolução das pesquisas relacionadas à Atenção ao Parto e Nascimento, ressalta-se que este protocolo necessita ser submetido periodicamente a revisão, reedição e que as informações e recomendações nele contidas poderão modificar no decorrer da atualização das evidências científicas e das diretrizes nacionais e internacionais.

## 2 Marco e diretrizes éticas e legais para o exercício profissional da enfermagem obstétrica

A **Constituição da República Federativa do Brasil, no artigo 5º, inciso XIII**, dispõe que: "é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer" (BRASIL, 2012). O exercício profissional do enfermeiro é regulamentado pela **Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986** (COFEN, 1986).

A **Resolução COFEN nº 223, de 3 de dezembro de 1999**, que dispõe sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal reforça a atuação do enfermeiro segundo Lei supracitada e estabelece em seu Art. 1º - "A realização de Parto Normal sem Distócia é da competência de enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher; Art. 2º - Compete ainda: Assistência a gestante, parturiente e puérpera; Acompanhamento do trabalho de parto; Execução e assistência Obstétrica em situação de emergência. Art. 3º - Ao Enfermeiro Obstetra, Obstetrix, Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência em Saúde da Mulher, além das atividades constantes do Art. 2º, compete ainda: Assistência à parturiente e ao parto normal; Identificação de distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; Realização da episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local quando couber; Emissão de Laudo de Enfermagem para autorização de Internação Hospitalar, constante do Anexo da Portaria SAS/MS-163/98; Acompanhamento do cliente sob seus cuidados, da internação até a alta" (COFEN, 1999a).

A **Portaria SAS nº 743, de 20 de dezembro de 2005**, que revoga a **Portaria n.º 163/GM, de 22 de setembro de 1998**, conforme disposto no artigo 4º, define somente aos profissionais portadores de diploma ou certificado de obstetra ou de enfermeiro (a) obstetra a autorização de emitir laudos de AIH para o procedimento 35.080.01.9 - parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro (a) Obstetra, do grupo 35.150.01-7 da tabela do SIH/SUS (BRASIL, 2005a).

Na **Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999**, que instituiu os Centros de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, o Art. 3º dispõe sobre as seguintes atribuições do CPN: “I. desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto e da amamentação do recém-nascido”. Estas atribuições vêm reforçar a relevância da atuação do enfermeiro obstetra no preparo da gestante para elaboração do seu Plano de Parto (BRASIL, 1999b).

Para garantir a humanização da assistência ao parto e nascimento preconizado pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento e a aplicação dos achados de estudos baseados em evidências científicas, foi instituída a **Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005**, que garante a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS (BRASIL, 2005b). E para garantir o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS foi instituída a **Lei nº 11.634, de 26 /10/ 2007** (BRASIL, 2007).

Em atenção aos princípios da humanização da atenção obstétrica a **Portaria nº 1.067, de 4 de Julho de 2005**, institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. No anexo I, estabelece os princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal, estando no item I - Atenção pré-natal, seguida de ações e procedimentos, dentre eles, no item 3.3, as Atividades educativas, que aqui destaca-se: “[...] preparo para o parto: planejamento individualizado [...] (BRASIL, 2005c).

A **Resolução COFEN nº 339, de 23 de julho de 2008**, normatiza a atuação e responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências (BRASIL, 2008). Com o objetivo de estabelecer padrões fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente a **Resolução-RDC nº36, de 3 de junho de 2008**, vem dispor sobre o “Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal”, estabelecendo no Anexo I, item 3.9, [...] um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo seu conselho de classe. Em consonância com esse propósito, a **Resolução COFEN nº 439/2012**, dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências (BRASIL, 2012) e a **Resolução COFEN nº 0516, de 24 de junho de 2016**, normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Corens, e dá outras providências (BRASIL, 2016).

Para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, foi instituída a Rede Cegonha, no âmbito do SUS, através da **Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011** (BRASIL, 2011), em atenção as diretrizes estabelecidas para a organização da Rede de Atenção a Saúde – RAS, no âmbito do SUS, pela **Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010** (BRASIL, 2010). Esta é instituída como estratégia para assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência.

Para atender aos propósitos da Rede Cegonha, a **Portaria nº 11, de 7 de Janeiro de 2015**, revoga a Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, e redefine as diretrizes para implantação e habilitação de CPN, no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal (BRASIL, 2013a, 2015). E a **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**, institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no SUS (BRASIL, 2014a).

Dentre os projetos de Lei – PL destacam-se: **PL nº077/2013**, que visa normatizar a implementação

de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2013b); **PL nº 7633/2014**, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências (BRASIL, 2014b); e **PL s/nº de 27 de maio de 2014**, do Sr. Jean Wyllys - deputado federal PSOL/RJ, que faz referência as diretrizes e princípios inerentes ao direito da gestante, sendo destacado no Art. 6º o Plano Individual de Parto; no Art. 7º, o direito da gestante de ser informada para elaboração do Plano Individual de Parto; e no Art. 8º e 9º, as disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se comprovadas pela instituição, em condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher e registradas no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado (BRASIL, 2014c).

Em atenção as relevantes considerações da **Portaria nº 11/ 2015**: “[...], destaca-se: a importância de garantir a todas as mulheres o acesso à informação a respeito de seus direitos sexuais e reprodutivos e à atenção qualificada, segura e humanizada; [...] as revisões sistemáticas e evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstrando os benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetritz; [...] a necessidade de organização e adequação das ofertas de serviços de atenção ao parto e nascimento em conformidade às diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal, e de superação do modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto; [...] a necessidade da implementação de medidas para redução da taxa de cesarianas no país; e [...] o direito das mulheres a espaços de cuidado que possibilitem ambiência adequada e favoreça as boas práticas de atenção ao parto e nascimento” (BRASIL, 2015).

Frente a todas as ações instituídas pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, para aplicação pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com objetivo de ordenar, ampliar e qualificar a assistência ao parto e nascimento nas Maternidades e Centros de Parto Normal do estado, com atuação do enfermeiro obstetra, destaca-se este profissional como importante instrumento de mudança de paradigma do modelo intervencionista para o modelo humanizado de cuidado, com ênfase no cuidado centrado na mulher e sua família, com importantes resultados perinatais. Nessa perspectiva, vale ressaltar, a importância de normatizar e unificar os protocolos assistenciais da enfermagem obstétrica do estado da Goiás. Com esse propósito apresenta-se o Protocolo de Plano de Parto e Nascimento para a atenção pré-natal, com ênfase na atuação do Enfermeiro Obstetra em nível ambulatorial e nos Centros Obstétricos e Centros de Parto Normal.

### 3 PLANO DE PARTO

O Plano de Parto foi desenvolvido na década de 80, nos EUA, por Sheila Kitzinger, antropóloga social, ativista do Parto Natural, a partir da sua vivência com gestantes em países anglo-saxônicos (HASENMILLER, 2001). Consiste em um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informações sobre a gravidez e o processo de parto, apresenta em sua proposta os valores e desejos pessoais, necessidades particulares e expectativas para o seu parto. Pode favorecer a relação clínica entre a gestante e o profissional na Atenção Primária de Saúde e, posteriormente, com o profissional da Atenção hospitalar, sobre quais alternativas, dentro das boas práticas, prefere durante seu parto. Serve também para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo do Parto e Nascimento (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015).

O Plano de Parto é “pessoal e intransmissível”. Apresenta as preferências da gestante e do parceiro para o trabalho de parto, parto, pós-parto e os cuidados com o recém-nascido, baseadas nas boas práticas de atenção ao parto da OMS (OMS, 1996). Desperta a gestante sobre as fases de evolução fisiológica do trabalho de parto, facilita suas escolhas e ainda as partilha com o acompanhante. Além de que permite a equipe obstétrica conhecer as prioridades da gestante e seus sentimentos e expectativas para garantir a satisfação no parto. De outro lado, a gestante será esclarecida, no período pré-natal, que o Plano de Parto necessita ser flexível, pois se trata de um plano.

Por isso é necessário que a equipe multiprofissional realize aconselhamento com a gestante e o parceiro se for necessário; e em caso de ocorrência de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/

ou fetal, deve-se modificar o Plano de Parto para melhor condução do trabalho de parto e parto, com notificação em seu prontuário.

No presente protocolo, os modelos de Plano de Parto apresentados foram idealizados a partir da adaptação de modelos utilizados pela Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto (APDMGP, 2015) e estão apresentados, a seguir, em quatro modelos. Ao final estão dispostos também o Fluxograma I (p. 132) da gestante, durante o atendimento pré-natal referente a elaboração de seu Plano de Parto, e da parturiente, Fluxograma II (p. 133), a partir de sua admissão na instituição de atenção ao parto para protocolar o seu Plano de Parto, que facilitará o conhecimento individualizado de seu perfil e de suas expectativas de parto, por parte da equipe de profissionais.

### 3.1 Tipos de Plano de Parto

#### Modelo de Plano de Parto Estruturado

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Quantas Gestações? \_\_\_\_\_ Partos? \_\_\_\_\_ Abortos? \_\_\_\_\_  
Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_ Fator Rh \_\_\_\_\_  
Tipo sanguíneo e fator Rh do meu parceiro \_\_\_\_\_

O plano de parto é um instrumento flexível que pode ser modificado antes e durante o trabalho de parto. Ele será discutido no pré-natal e grupo de gestantes. Se você for admitida no Hospital e Maternidade, que dispõe de Centro de Parto Normal intra-hospitalar com quarto privativo, o enfermeiro obstetra e pediatra acompanharão o seu parto e nascimento de seu filho(a). Caso seja necessária intervenção, o médico obstetra fará o seu parto.

Se não houver vaga para sua admissão nessa maternidade, você será encaminhada para outra maternidade. Se essa maternidade não tiver o profissional enfermeiro obstetra na equipe, seu parto será realizado pelo médico obstetra com a participação do pediatra no Centro Obstétrico.

**No meu Plano de Parto descrito abaixo estão os desejos e expectativas que tenho para o parto e nascimento do meu bebê:**

**1.** Desejo ter um familiar, uma amiga ou alguém em quem eu confie em um momento tão importante, como o nascimento do meu bebê, para dar apoio emocional e físico, amparada pela Lei 11.108/2005 – Lei do Acompanhante:

- Durante o trabalho de parto                       Sala de Cirurgia, caso seja parto cesáreo  
 Durante o parto                                       Não desejo ter um (a) acompanhante  
 Após o nascimento

**2.** Durante o trabalho de parto é muito importante a ingestão de líquidos para minha hidratação e a alimentação para que eu tenha mais energia. Gostaria de receber no:

Café da manhã e lanche

- suco                       leite                       frutas                       doces  
 chá                       café                       gelatina                       nada

Almoço e jantar

- arroz                       carne vermelha                       verduras                       salada  
 feijão                       frango                       legumes                       nada

**3.** Existem alguns exercícios que podem ajudar a aumentar a dilatação do meu colo do útero durante o trabalho de parto. Durante o trabalho de parto desejo:

- caminhar                       agachar                       balanço pélvico                       exercício na Bola Suíça

**4.** Fui orientada que as contrações se tornam frequentes e intensas, por isso algumas gestantes sentem maior incômodo e dor. Como existem métodos não farmacológicos, comprovadamente eficazes, para ajudar a suportar a dor durante trabalho de parto até o nascimento do bebê desejo:

- banho morno no chuveiro                       massagens nos locais de dor  
 respiração profunda                       exercícios de relaxamento com bola suíça  
 escalda pés

**5.** Muitas gestantes preferem menor luminosidade e ruídos para o relaxamento e a diminuição da irritabilidade que algumas podem desenvolver neste período. Outras já preferem músicas de diversas categorias. Portanto, para relaxar desejo um ambiente com:

- luminosidade natural                       silêncio                       fresco  
 pouca luminosidade                       com musica                       temperatura natural

**6.** Fui esclarecida que em alguns casos é necessário o profissional assistente interferir a favor da aceleração do trabalho de parto e do nascimento do bebê, para evitar que o bebê entre em sofrimento. Desejo orientação sobre a necessidade de:

- escutar coração do bebê                       corte na vagina (episiotomia)  
 rotina de toque vaginal                       uso de fórceps  
 ruptura de bolsa                       uso de vácuo-extrator  
 soro com ocitocina                       indicação de cesariana

**7.** ( ) Desejo parto na água morna para alívio da dor, caso a maternidade tenha banheira disponível e eu atenda aos critérios.

**8.** No final do trabalho de parto, quando eu já apresentar a dilatação total e a vontade de fazer força para o nascimento do meu bebê, desejo ficar na posição:

- ( ) cócoras ( ) semi-sentada  
( ) quatro apoios (Gasking) ( ) deitada com cabeceira elevada  
( ) sentada na banqueta

**9.** Após o nascimento do meu bebê, se tudo estiver bem com ele e comigo, desejo que o corte do cordão umbilical seja feito por ou pelo:

- ( ) mim ( ) acompanhante ou parceiro ( ) profissional

**10.** Como o parto e nascimento do meu bebê será um momento único, para mim e o pai, merece ser registrado. Desejo que o meu acompanhante tire fotos:

- ( ) durante o trabalho de parto  
( ) durante o nascimento do bebê  
( ) após o nascimento do bebê

**11.** ( ) Como no útero o meu bebê estará bem aquecido e após o nascimento e o corte do cordão umbilical, ele precisará ser aquecido. Estando tudo bem com meu bebê e comigo, desejo que ele seja colocado sobre meu peito, imediatamente após o seu nascimento.

**12.** ( ) Como a amamentação na primeira hora de vida será benéfica para mim e o meu bebê, por aumentar os laços entre nós e ele receberá o colostro durante a sucção desejo amamentá-lo na sua primeira hora de vida.

**13.** ( ) Como, após a primeira hora do parto, o bebê receberá os primeiros cuidados (medição da estatura e circunferências, pesagem, “colírio” preventivo nos olhos, vitamina K na coxa, colocar a primeira roupinha, curativo no umbigo), desejo que o acompanhante participe dos primeiros cuidados com o bebê.

**14.** Tenho estes outros desejos e expectativas em relação a vivência do parto e nascimento do meu bebê:

\_\_\_\_\_

Estou o protocolando o meu Plano de Parto, neste momento, para que minha vontade e autonomia sejam atendidas, em relação ao nascimento de meu bebê, caso tudo transcorra tranquilamente. Estou ciente de que o parto, embora seja um processo natural, está sujeito a alterações que possam exigir intervenção médica. Sempre que algo não puder ser seguido, desejo ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas e, que estas sejam devidamente justificadas no meu prontuário médico.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Protocolo:

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (nome completo por extenso e função): \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

### Modelo de Plano de Parto em Tópicos

Prezada equipe obstétrica, reunimos neste Plano de Parto as preferências de parto, para as condições consideradas normais, na esperança de vivenciar uma experiência satisfatória para o nascimento de nosso filho(a).

Mãe e Pai: \_\_\_\_\_

Bebê: \_\_\_\_\_ DPP: \_\_\_\_\_

**SEMPRE:** [colocar aqui todas as coisas imprescindíveis]:

- Parceiro e/ou doula presentes durante o trabalho de parto e parto;
- Escolhas totalmente informadas em relação aos procedimentos comigo e o bebê.
- Todos os exames feitos ao bebê na presença de um dos pais.

**Admissão:**

- Pretendo evitar raspagem de pelos vaginais, soros, monitorização fetal contínua e rompimento da bolsa.
- Prefiro não receber soro com oxitocina sintética ou outras drogas para induzir, acelerar, ou intensificar o trabalho de parto.

**Trabalho de Parto:**

- Prefiro liberdade para andar e mudar de posição, ao longo do trabalho de parto e parto.
- Prefiro liberdade para comer e beber.
- Desejo usar livremente o chuveiro com água morna.
- Prefiro controlar o ambiente, a luminosidade e a temperatura
- Por favor não me ofereçam analgesia se eu não pedir. Prefiro usar estratégias naturais do controle da dor.

**Parto e nascimento:**

- Massagem e apoio no períneo para evitar rasgar;
- Prefiro rasgar a um corte cirúrgico rotineiro no meu períneo;
- Prefiro a saída suave e sem pressa do meu bebê; sem o uso de fórceps ou vácuo-extrator.
- Prefiro a expulsão natural da placenta.

**Cuidados ao bebê:**

- Prefiro contacto imediato com meu bebê após o nascimento. Coloque-o no meu peito para termos contato pele-a-pele.
- Quero amamentar meu bebê imediatamente após o nascimento.
- Prefiro que cordão umbilical do meu bebê ser cortado quando parar de pulsar.
- Aceito a administração de injeção de vitamina K e colírio para os olhos do meu bebê.

**Pós-parto:**

- Prefiro permanecer em alojamento conjunto com meu bebê.
- Quero amamentar meu bebê todos os momentos que ele desejar.
- Prefiro que eu ou pai do bebê para dar o primeiro banho.

Estamos protocolando o meu Plano de Parto, neste momento, para que minha vontade e autonomia sejam atendidas, em relação ao nascimento de meu bebê, caso tudo transcorra tranquilamente. Estou ciente de que o parto, embora seja um processo natural, está sujeito a alterações que possam exigir intervenção médica. Sempre que algo não puder ser seguido, desejo ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas e, que estas sejam devidamente justificadas no meu prontuário médico.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Protocolo: Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (nome completo por extenso e função): \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_



### Modelo de Plano de Parto em Tabela

Prezada equipe obstétrica, reunimos neste Plano de Parto as preferências de parto, para as condições consideradas normais, na esperança de vivenciar uma experiência satisfatória para o nascimento de nosso filho(a).

Mãe e Pai: \_\_\_\_\_

Bebê: \_\_\_\_\_ DPP: \_\_\_\_\_

Local do parto	
Nome e contato do acompanhante	
Nome e contato da doula	
Uso de água	
Uso de Alimentos	
Alívio da dor	
Posições no trabalho de parto	
Posição no parto	
Cuidados com o bebê	
Luzes, música, temperatura, luminosidade	
Observações	

Estamos protocolando o meu Plano de Parto, neste momento, para que minha vontade e autonomia sejam atendidas, em relação ao nascimento de meu bebê, caso tudo transcorra tranquilamente. Estou ciente de que o parto, embora seja um processo natural, está sujeito a alterações que possam exigir intervenção médica. Sempre que algo não puder ser seguido, desejo ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas e, que estas sejam devidamente justificadas no meu prontuário médico.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Protocolo:

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (nome completo por extenso e função): \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

### Modelo de Plano de Parto em Carta

Nomes (mãe e pai): \_\_\_\_\_

Aos profissionais do serviço de obstetrícia

Esta chegando o dia do nascimento do nosso filho (a) \_\_\_\_\_, momento de alegria para nossa família.

Fizemos o curso de Preparação para o Parto e estamos informados das várias orientações da Organização Mundial de Saúde para o parto e nascimento.

Conhecendo o bom desempenho dos profissionais do Hospital \_\_\_\_\_ e da competência técnica e do esforço e empenho para um serviço de excelência e, principalmente, cada vez mais humanizado, apresentamos nosso Plano de Parto.

Minha gestação foi saudável e devidamente acompanhada. Por isso, minha expectativa é ter um parto natural. Assim sendo, gostaria de o mínimo de intervenções possíveis durante o trabalho de parto quando forem necessárias. Peço também para nos informar antecipadamente de todos os procedimentos a serem realizados e, que estas sejam devidamente justificadas no meu prontuário médico. Compreendo que possa haver necessidade de intervenção mais rápida, no caso de emergência, mas desejo que o meu Plano de Parto seja respeitado ao máximo, para que minha vontade e autonomia sejam atendidas, em relação ao nascimento de meu filho(a), caso tudo transcorra tranquilamente.

Desejos e expectativas para o:

Trabalho de parto \_\_\_\_\_

Parto \_\_\_\_\_

Pós parto \_\_\_\_\_

Cuidados com o bebê \_\_\_\_\_

Em caso de cesárea (se necessário) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura )

Protocolo:

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por (nome completo por extenso e função): \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

## 4 CONSIDERAÇÕES

A institucionalização do presente Protocolo de Plano de Parto constitui uma relevante estratégia para a Rede Cegonha e o fortalecimento da atenção humanizada ao parto e nascimento no estado de Goiás.

Nessa perspectiva, o mesmo aponta desafios aos enfermeiros obstetras e a equipe multiprofissional, no que tange a adesão aos princípios de humanização e direitos da gestante inerentes ao processo de educação em saúde, orientação e planejamento do cuidado pré-natal e no parto. Assim como para a gestão dos serviços na viabilização ética e legal de sua implantação e qualificação dos profissionais de saúde.

Fica evidente o quanto o Protocolo de Plano de Parto beneficiará as gestantes durante o pré-natal e o processo de parto e nascimento. Pois, ao ser oportunizado para as gestantes conhecerem a aplicação e as vantagens do Plano de Parto, elas irão aderir a proposta do parto natural, de forma consentida e informada, com atitude ativa e segura e, assim, com maiores possibilidades de satisfação no processo de parto e nascimento. E em longo prazo, a aplicação do Plano de Parto contribuirá para o aumento das taxas de partos normais no estado de Goiás, ao mobilizar a equipe de saúde para sua implementação e garantia de ampliação das condutas de humanização de atenção ao parto e nascimento.

Desperta a nossa atenção, enquanto enfermeiros obstetras, para buscar alternativas que favoreçam a institucionalização do Plano de Parto, em benefício da atenção humanizada à gestante. A produção e implantação desses instrumentos constituirão em estratégia para o fortalecimento da atuação do enfermeiro obstetra na atenção humanizada ao pré-natal e ao parto e nascimento.

## 5 REFERÊNCIAS

- Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto. APDMGP. O Plano de Parto ou Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto. 2015. [acesso 2017 mar 10]. Disponível em: <http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução n. 36, de 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Lei n. 7.498/86.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 163/GM.** Dispõe sobre Parto Normal sem distócia realizado por Enfermeiro Obstetra e aprova o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para realização de parto normal. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://www.google.com.br/#q=.+Portaria+n.%C2%BA+163%2FGM%2C+de+22+de+setembro+de+1998>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 985/GM, de 05/08/1999.** Dispõe a criação dos Centros de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria\\_985\\_1999\\_cpn.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005.** Garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. D. S. **Portaria GM n.985, de 05 de agosto de 1999.** Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 985/GM. SAÚDE., I. B. M. D. Brasília 1999a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 572, de 01 de junho de 2000.** Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. 2000.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. (Série textos básicos, n. 67)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. . Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jul. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Portaria nº. 1.067, de 4 de Julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outra providências. Disponível em: <[www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/.../155-neonatologia?...politica-nacional-de-atencao](http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/.../155-neonatologia?...politica-nacional-de-atencao)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36, de 3 de Junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projetos de Lei destacam-se o nº077/2013**, que visa normatizar a implementação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos Humaniza SUS**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei do Exercício Profissional nº 7.498/ 1986, regulamentada pelo**

**Decreto nº 94.406/87 e pela Resolução COFEN nº 271, de 2002.** [Internet]. Rio Janeiro (Brasil). Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2712002-revogada-pela-resoluo-cofen-3172007\\_4308.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2712002-revogada-pela-resoluo-cofen-3172007_4308.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 339/2008.** Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2008. [Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3392008\\_4364.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3392008_4364.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 159/1993.** Dispõe sobre a consulta de enfermagem. [Internet]. Rio Janeiro (Brasil): COFEN, 1993. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 195/1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros. [Internet]. Rio Janeiro (Brasil): COFEN, 1997. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 223/1999,** Dispõe sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. [Internet] Brasília: COFEN, 1999. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999\\_4266.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 0516/2016.** Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 439/2012,** dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04392012\\_17420.html/print/](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04392012_17420.html/print/)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

DATASUS. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. **Nascimento por mãe residente e por tipo de parto segundo Região de Saúde/Município. 2000-2014.**

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília (DF): IPEA, 2010.

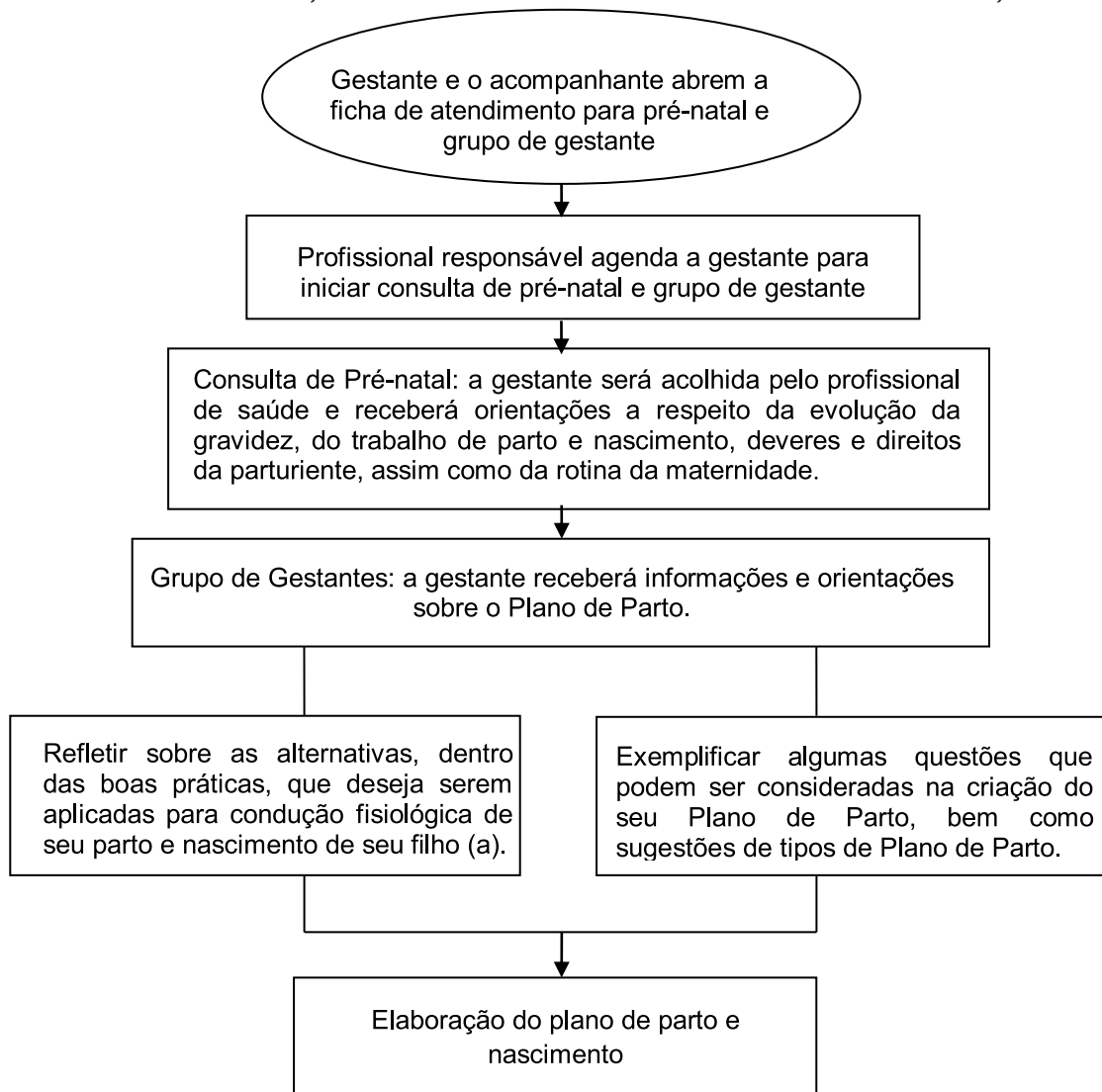
OMS. Organização Mundial de Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: Suíça. Grupo Técnico de Tradução: Ministério da Saúde, Brasil. 1996. 53 p.

PEREIRA, A. L. F. et al. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. **Acta Paul. Enferm.,** São Paulo, v. 20, n. 2, p. 205-215, jun. 2007.

SUÁREZ-CORTÉS M. et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.

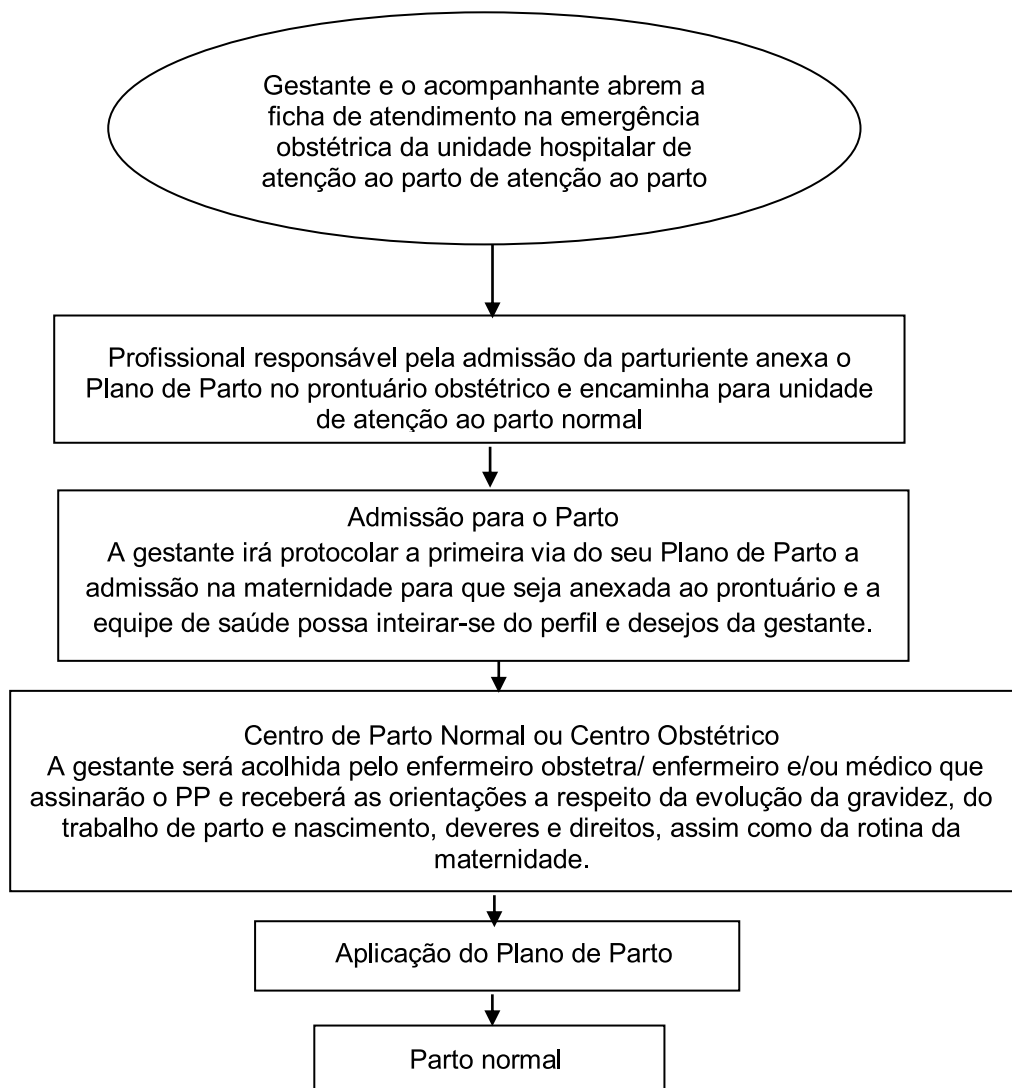
WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de Cuidados à Saúde e de Organização dos Serviços.** Belo Horizonte: Nescon, UFMG; Editora Coopmed, 2009. 84 p.

FLUXOGRAMA I - ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO PELA GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

FLUXOGRAMA II - PROTOCOLIZAÇÃO DO PLANO DE PARTO NA UNIDADE DE ATENÇÃO AO PARTO



Fonte: Elaborado pelos autores (2017).





# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PARTO E URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Cristiane Vieira Manso de Lima<sup>1</sup>

Damiana Aparecida Andrade de Carvalho Moreira<sup>2</sup>

Diala de Carvalho Rodrigues Máximo<sup>3</sup>

Diego Viera de Mattos<sup>4</sup>

Elisângela Euripedes Resende<sup>5</sup>

Maria Eliane Liégio Matão<sup>6</sup>

May Socorro Martinez Afonso<sup>7</sup>

Nilza Alves Marques Almeida<sup>8</sup>

Valéria Costa Peres<sup>9</sup>

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 423/2012. *Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 439/2012. *Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 516/2016. *Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.*

<sup>1</sup>Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás.

<sup>2</sup>Enfermeira. Epidemiologista, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO).

<sup>3</sup>Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás.

<sup>4</sup>Enfermeiro. Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestre, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO).

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO).

<sup>7</sup>Enfermeira. Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>8</sup>Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>9</sup>Enfermeira. Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO.

## 1 INTRODUÇÃO

O parto representa uma transição importante na vida da mulher e da família, devendo ser garantido a eles o direito à assistência humanizada com qualidade, efetividade e segurança.

A inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional de atenção ao parto e nascimento assegura o cuidado humanizado e integral às mulheres e recém-nascidos (RNs). A relevância de sua participação ativa neste contexto está na garantia do cuidado intermitente e holístico e com o mínimo de intervenções.

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizam a necessidade da adoção de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas. Elas reforçam o parto como um evento natural, no qual a mulher é a protagonista e necessita de cuidados que, na maioria das vezes, podem ser inteiramente proporcionados pelo profissional enfermeiro durante o acompanhamento do trabalho de parto, parto e nascimento.

Com essa perspectiva, este protocolo tem como objetivo nortear os profissionais de saúde para o cuidado e as ações de gestão dos serviços, a partir do conhecimento baseado em evidências científicas, para atenção ao parto e nascimento. Por isso, foi construído de maneira prática e objetiva, com textos de rápido acesso e fácil utilização, para auxiliar na atuação do enfermeiro de forma decisiva e correta nas situações clínicas, no cotidiano de sua prática assistencial, no ensino ou na pesquisa.

## 2 ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

### 2.1 Primeiro Período do Parto – Trabalho de Parto

O primeiro período do parto é o trabalho de parto. Este é marcado pelo apagamento e início da dilatação do colo do útero e finaliza com a dilatação total da cérvix. Este período está dividido em duas fases. A primeira, denominada fase latente, consiste na fase inicial e mais lenta deste período, e culmina com a dilatação do colo uterino em até 3 centímetros. Esta dilatação varia de uma mulher para outra. A segunda, fase ativa, inicia quando o colo uterino alcança 4 centímetros até atingir 10 centímetros. Neste período, as contrações uterinas acontecem aproximadamente de 3 a 10 minutos, com a duração de 30 a 60 segundos e com intensidade moderada a forte, podendo atingir até 5 contrações em 10 minutos. O colo uterino normalmente dilata de 1 a 1,5 cm por hora (BRASIL, 2003).

O momento adequado para a internação da parturiente é na fase ativa, uma vez que a admissão precoce pode favorecer a utilização de procedimentos muitas vezes desnecessários (PORTO et al., 2010). Para admissão da mulher em trabalho de parto devem ser considerados: presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos duas em cada 10 minutos e pelo menos dois dos seguintes sinais, como o apagamento cervical, a dilatação do colo uterino para 3 centímetros ou mais e a ruptura espontânea das membranas (ICSI, 2007). O primeiro atendimento da parturiente antes da admissão será realizado pelo enfermeiro, que promoverá o acolhimento e fará a classificação de risco obstétrico (Fluxograma I, p. 141). Ao ser admitida, no Centro de Parto Normal (CPN) ou no pré-parto, a parturiente será acompanhada e assistida pelo enfermeiro durante o seu primeiro estágio do trabalho de parto (Fluxograma II, p. 142).

### Técnicas não farmacológicas de alívio à dor da parturiente

As técnicas não farmacológicas (TNF) ou tecnologias não invasivas do cuidado obstétrico têm como objetivo o alívio da dor da parturiente para garantia de sua participação como agente ativo no parto e de sua satisfação no processo de parturição. Tem caráter não invasivo e a sua utilização depende de uma decisão compartilhada entre a parturiente e o profissional de saúde. Neste sentido, é necessário que o enfermeiro conheça a aplicação das TNF descritas abaixo, para a promoção de assistência humanizada na atenção ao manejo da dor parto (HODNETT et al., 2007; NASCIMENTO et al., 2010).

- Deambulação: ativar o trabalho de parto e favorecer a descida e rotação do feto (HODNETT et al., 2007);
- Alternância de posição: aliviar a fadiga, aumentar o conforto, favorecer a circulação sanguínea e a

adaptação da parturiente as mudanças anatômicas e fisiológicas (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006);

- Posição vertical: melhorar o padrão das contrações uterinas e, com isso, as trocas materno-fetais e a descida do feto devido à ação da gravidade, e assim reduzir o uso de fármacos (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006; DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008);
- Posição lateral: favorecer a circulação útero placentária, o padrão rítmico do BCF e o descanso a parturiente, quando ela não deseja andar (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002);
- Bola Suíça: Equipamento que estimula a posição de cócoras, facilitando a abertura do diâmetro pélvico e a rotação e descida fetal. Promove a posição vertical, movimentação, mobilidade pélvica, massagem perineal e descida e rotação do feto durante o trabalho de parto. Auxilia no conforto e alívio da dor (SILVA, 2010);
- Bamboleio ou balanço pélvico: ativar o trabalho de parto, favorecer a descida e rotação do feto e liberar endorfinas. Quando a mulher se deixa guiar pelo seu instinto, procura movimentar-se, seguindo o ritmo das contrações, movendo a pelve para frente e para trás, de um lado para o outro ou em movimentos circulares (ODENT, 2000);
- Massagens: técnica de estimulação sensorial caracterizada pelo toque sistêmico. Tem o potencial de promover alívio da dor e relaxamento durante o contato físico com a parturiente, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (CHANG et al., 2000);
- Banho de imersão e chuveiro: a água morna promove vasodilatação periférica com relaxamento muscular e alívio da dor, conforto e relaxamento com diminuição de adrenalina e aumento de ocitocina e endorfinas. É indicado na fase ativa do TP (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009).
- Técnicas de respiração e de relaxamento: visam promover melhor oxigenação para o útero e o feto e a redução dos desconfortos, da dor e do estresse da parturiente (ALMEIDA et al., 2004);
- Acompanhante: acompanhante e/ou doula: respaldada pela Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005). Favorece suporte contínuo e precoce e a redução da necessidade de analgesia e parto operatório (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011);
- Ambiente acolhedor, aromaterapia e musicoterapia: promove maior grau de satisfação materna (HODNETT et al., 2007; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

## 2.2 Segundo Período do Parto – Expulsão do Feto

O Fluxograma III (p. 143) apresenta a assistência de enfermagem no segundo período do parto, a expulsão do feto.

O tempo de expulsão do feto irá depender da eficiência da contratilidade uterina e da proporção cefalopélvica, caso a parturiente apresente dilatação total, no entanto, sem puxos voluntários, esta deverá ser reavaliada em 1 hora para identificação da fase do segundo período (BRASIL, 2016).

Caso a fase ativa do segundo período do trabalho de parto ultrapasse a duração de 1 hora na nulípara e 30 minutos na múltipara, deve-se suspeitar de prolongamento deste período. As reavaliações posteriores diante da suspeita de prolongamento da fase ativa do segundo período devem ser realizadas a cada 15-30 minutos.

Recomenda-se estimular a parturiente a adotar posições verticais e que sejam mais confortáveis, incluindo as posições de cócoras, quatro apoios, lateral, entre outras, assim como movimentos que mobilizam a pelve, a fim de facilitar o progresso do período expulsivo (BRASIL, 2016).

Devem ser estimulados puxos espontâneos e evitar puxos dirigidos. Se os puxos espontâneos forem ineficazes, deve-se oferecer alternativas à mulher, tais como mudanças de posição, a prática de exercícios de auxílio ao trabalho de parto, suporte e encorajamento. Nos casos de analgesia, pode-se incentivar a mulher a realizar o puxo durante as contrações após 1 hora do procedimento. A Manobra de Kristeller não deve ser realizada nesse período (BRASIL, 2016).

Em casos de prolongamento do segundo período, deve-se fornecer a parturiente apoio e encorajamento e também avaliar a necessidade de analgesia. Caso as contrações se mantenham ineficazes, deve-se solicitar a avaliação de um médico obstetra e considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras e/ou uso de ocitocina (BRASIL, 2016).

A massagem perineal não é recomendada no segundo período de parto e pode-se considerar a aplicação de compressas mornas no períneo nesse período. Poderá ser realizado nesse período a proteção perineal e o controle da deflexão da cabeça fetal. Não se deve realizar a episiotomia de rotina mas, se esta for necessária, optar pela a médio lateral direita, assegurando a analgesia efetiva antes do procedimento (BRASIL, 2016).

A confirmação da falha de progresso, no segundo período, deverá ser realizada após 2 horas de duração em primíparas e 1 hora em múltiparas, tarefa para a qual deverá ser solicitada a avaliação de um médico treinado a realizar parto vaginal operatório se não ocorrer nascimento imediato (BRASIL, 2016).

Poderá ser necessária a realização de um parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator) pelo médico, principalmente se não houver segurança quanto ao bem-estar fetal. Nos casos em que o parto vaginal não for possível, orientar e preparar a mulher quanto a realização da cesariana após esta ser indicada pelo médico (BRASIL, 2016).

De acordo com a Resolução nº 0516 (COFEN, 2016), no artigo 3º, item VII, compete ao Enfermeiro Obstetra prestar assistência ao parto normal sem distócia (evolução fisiológica) e ao recém-nascido. Dessa forma, recomenda-se que as gestantes de alto risco sejam diretamente acompanhadas pelo médico obstetra. Portanto, deverá ser solicitada a supervisão médica, caso a parturiente apresente algum dos diagnósticos de risco obstétrico apresentados no Quadro 1 (p. 146).

### **2.3 Terceiro Período do Parto – Dequitação**

No Fluxograma IV (p. 144) está descrita a assistência ao terceiro período do parto (dequitação).

O terceiro período é delimitado desde o nascimento do bebê até a expulsão da placenta e das membranas. É necessário manter vigilância nesse período quanto aos sinais vitais, perda sanguínea, contração uterina e condição geral da mulher – aparente e relatada (BRASIL, 2016).

O manejo fisiológico do terceiro período inclui (BRASIL, 2016):

1. Evitar o uso rotineiro de uterotônicos: caso a mulher apresente baixo risco de hemorragia e se optar pela conduta expectante, ela poderá ser apoiada na sua decisão; mas caso ocorra risco de hemorragia e transfusão sanguínea, deve-se aplicar 10UI de ocitocina intramuscular, antes do clampamento e do corte do cordão umbilical. Para os casos em que não ocorra a dequitação após 1 hora de parto, a ocitocina também deve ser administrada;

2. Clampar o cordão após este parar de pulsar ou após 3 minutos do nascimento, exceto em casos de necessidade de reanimação neonatal;

3. Acompanhar a expulsão fisiológica da placenta, sem esforço materno;

4. Examinar a placenta e as membranas após a dequitação para verificar sua integridade. Se for identificado hemorragia, retenção placentária ou qualquer outro fator que coloque em questionamento o bem-estar da mulher, deverá ser solicitado a presença do médico obstetra para assumir o caso. A seguir, deve-se puncionar acesso venoso calibroso e informar a puérpera e acompanhante sobre os procedimentos que poderão ser realizados, assim como os riscos e benefícios de cada conduta.

5. Evitar separação entre mãe e filho, e mediante evolução fisiológica, deve-se estimular o contato pele a pele logo após o parto e a amamentação na primeira hora de vida.

### **2.4 Quarto Período do Parto – Período de Greenberg**

O profissional que assiste o parto e o nascimento deverá orientar a puérpera quanto a necessidade de (BRASIL, 2016): avaliar os sinais vitais, loquiação, contrações uterinas e suas condições emocionais; realizar a revisão completa do canal de parto para identificar possíveis lacerações e promover os cuidados gerais no local da rafia.

Na ocorrência de laceração esclarecer à mulher que será realizado bloqueio anestésico local adequado. Para tanto, é necessário solicitar a equipe assistencial que providencie posicionamento confortável e boa iluminação para visualização completa da região genital da mulher. Durante a sutura, se houver relato de não alívio da dor local, este deverá ser considerado imediatamente. Se houver suspeita de laceração da musculatura

perineal, será necessário realizar o exame retal. Diante de laceração de primeiro grau, não é necessário realizar sutura se as bordas da pele estiverem bem aproximadas. A seguir, descrever o parto e os procedimentos realizados detalhadamente no prontuário.

### 3 CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

No Fluxograma V (p. 145) são apresentados os cuidados mediatos com o recém-nascido na sala de parto.

A assistência imediata ao RN deverá ser prestada por profissional capacitado, preferencialmente por pediatra/neonatologista ou por enfermeiro obstetra/neonatal, desde o início do trabalho de parto até o seu encaminhamento ao Alojamento Conjunto com a mãe ou à Unidade Neonatal (BRASIL, 2016).

A temperatura ambiente ideal da sala de parto deve estar entre 23-26°C para melhor manutenção da temperatura corpórea do RN. O material necessário para reanimação neonatal deverá estar disponível na sala, em local de fácil acesso, e ser preparado e testado antes do nascimento (BRASIL, 2011; SBP, 2016).

Logo após o nascimento, estando o RN com boa vitalidade, colocá-lo em contato direto com a pele da mãe, em uma posição segura que permita respiração adequada, além de cobri-lo (cabeça, tronco e membros) com campo seco e aquecido para evitar hipotermia. Da mesma forma, a amamentação na primeira hora de vida deve ser estimulada como conduta favorável à manutenção do aleitamento materno e vínculo entre mãe-filho (BRASIL, 2011a).

Deve-se realizar o cálculo do índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto em todos os casos e também avaliar as condições do RN (frequência cardíaca, respiração e tônus); no entanto, estes não devem ser os únicos critérios para iniciar manobras de reanimação neonatal, mas sim para avaliação da resposta às manobras realizadas (SBP, 2016).

Recomenda-se evitar a aspiração orofaríngea e nasofaríngea de rotina em RNs saudáveis, devendo estar reservada apenas para casos de obstrução por acúmulo de secreção (SBP, 2016).

O clameamento do cordão umbilical deverá ser realizado após cessar a pulsação ou, no mínimo, 3 minutos após o nascimento, exceto nos casos em que for avaliada a necessidade de reanimação (BRASIL, 2011b; 2016).

A assistência imediata na sala de parto deverá ser planejada e no local devem estar disponíveis recursos para ressuscitação cardíaca e transferência do RN se necessário (BRASIL, 2016). Se houver mecônio em quantidade significativa, a reanimação deverá ser iniciada por profissional habilitado conforme as Diretrizes de Reanimação Neonatal (BRASIL, 2016). Recomenda-se ter equipe de retaguarda 24 h, além de disponibilidade de material completo para atendimento (BRASIL, 2011a).

Qualquer intervenção a ser realizada com o RN deverá primeiramente ser informada aos pais. Recomenda-se que o banho não seja realizado nas primeiras horas de vida para manter a estabilidade térmica do neonato, exceto nos casos em que a mãe foi diagnosticada com Hepatites virais e HIV positivo, o banho deverá ser realizado imediatamente após o nascimento em água corrente.

A separação entre mãe e filho na primeira hora de vida deverá ser evitada, como para o banho e realização de medidas antropométricas. Prioriza-se a utilização, em todos os RNs, da profilaxia de oftalmia neonatal, considerando que o tempo de administração poderá ser ampliado por até 4 horas após o nascimento. Recomenda-se que todos os RNs recebam a vitamina K, conforme prescrição médica, a fim de evitar a doença hemorrágica (BRASIL, 2016).

Em casos de RNs graves, todos os cuidados serão prestados após a estabilização deles na sala de parto e com a liberação do médico pediatra/neonatologista. Os sinais apresentados no Quadro 2 (p. 146) indicam alerta para reavaliação do RN pelo pediatra/neonatologista após o parto.

### 4 CONCLUSÃO

A atenção ao parto e nascimento requer atualização constante de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, para garantia de qualidade, efetividade e segurança à mulher, ao seu filho e à família.

Um dos instrumentos de aprimoramento importantes para atualização dos profissionais de saúde são os protocolos. Eles podem nortear os cuidados e as ações de gestão dos serviços de saúde e ainda garantir a sistematização da assistência de enfermagem.

Espera-se que o presente protocolo contribua significativamente para o exercício da autonomia do enfermeiro na atenção ao parto e nascimento e para sua decisão pela melhor conduta frente às situações apresentadas neste capítulo.

## 5 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M. et al. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 292-298, dez. 2004.
- BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 671-679, nov. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 199 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 320 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <<http://goo.gl/ZhsG6p>>. Acesso em: 07 jul. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. Protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Disponível em: <<http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/10/portaria2068.pdf>>. Acesso em: 08 dez 2016.
- CHANG, M. Y.; WANG, S. Y.; CHEN, C. H. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. **J. Adv. Nurs.**, England, v. 38, n. 1, p. 68-73, abr. 2002.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 0516/2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)>. Acesso em: 08 dez 2016
- DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p.600-609, ago. 2008.
- HODNETT E. D. et al. **Continuous support for women during childbirth** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007.
- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MAZONI S. R.; FARIA D. G. S.; MANFREDO V. A. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 40-44, jan./mar. 2009.
- NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a

percepção de mulheres. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, set. 2010.

ODENT, M. A. **Cientificação do amor**. Tradução Talita Gevaerd de Souza. São Paulo: Terceira Margem, 2000. 125 p.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Suíça. Grupo Técnico de Tradução: Ministério da Saúde, Brasil. 1996. 53 p.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm.*, v. 16, n. 1, p. 82-87, jan./mar. 2011.

SILVA L. M. Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos de São Paulo. 2010. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

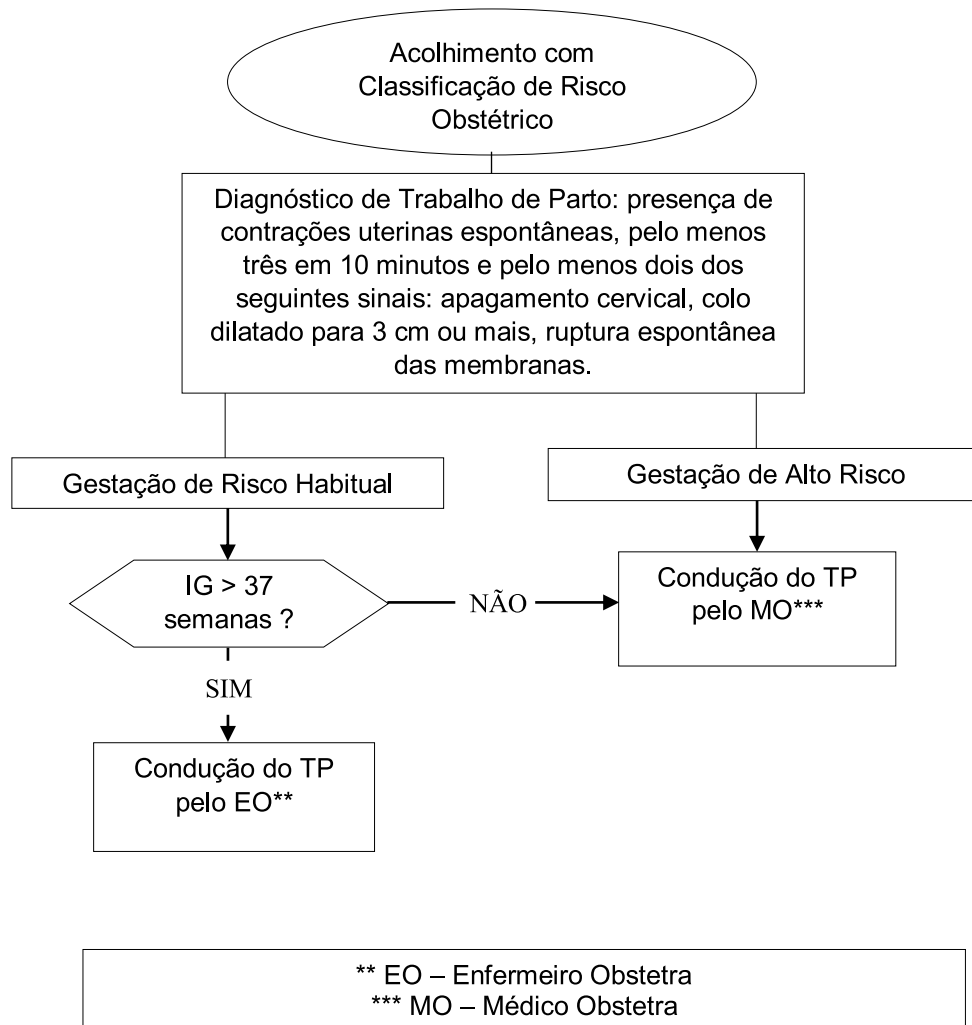
ICSI. Institute for Clinical Systems Improvement. Management of labor. Bloomington(MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2007. Disponível em: <[https://www.icsi.org/\\_asset/br063k/LaborMgmt.pdf](https://www.icsi.org/_asset/br063k/LaborMgmt.pdf)>. Acesso em:

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*, v. 38, n. 10, out. 2010. Disponível em: <[http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/artigo\\_femina\\_assistencia\\_ao\\_parto\\_parte\\_I.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf)>. Acesso em:

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

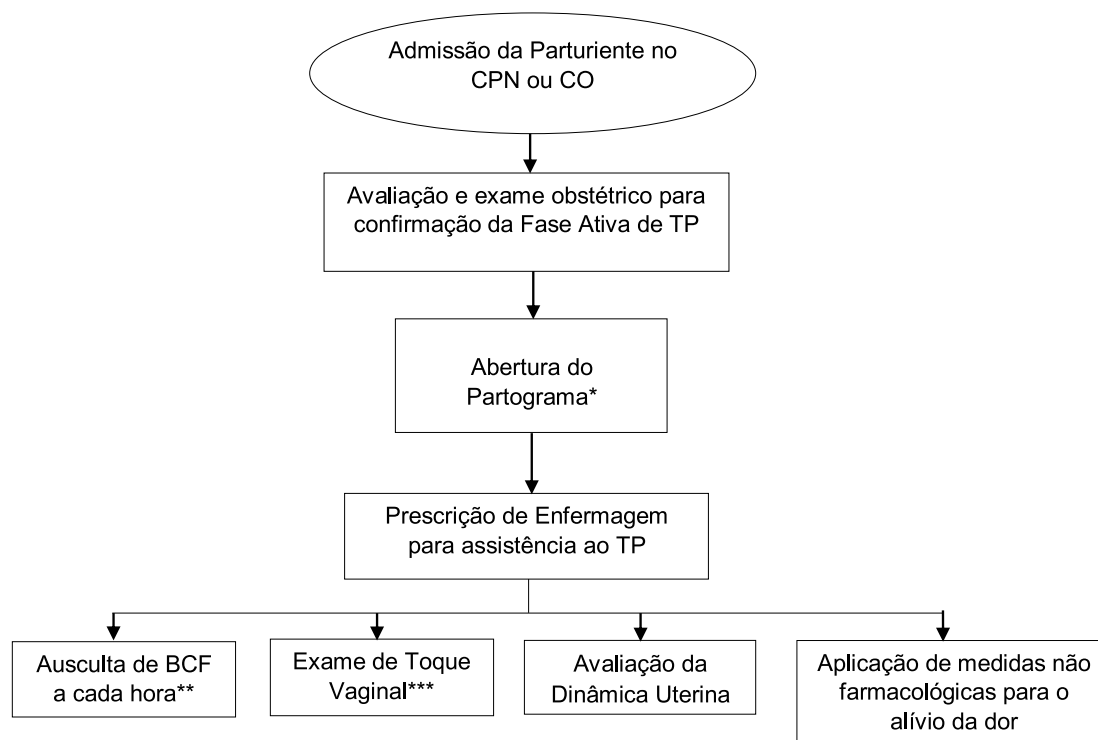
ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 2. ed. Editora: Manole, 2012.

#### FLUXOGRAMA I - ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO



Fonte: Elaborado pelos autores (2017) e adaptado do ICSI (2007).

**FLUXOGRAMA II – ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO PRIMEIRO  
ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO**

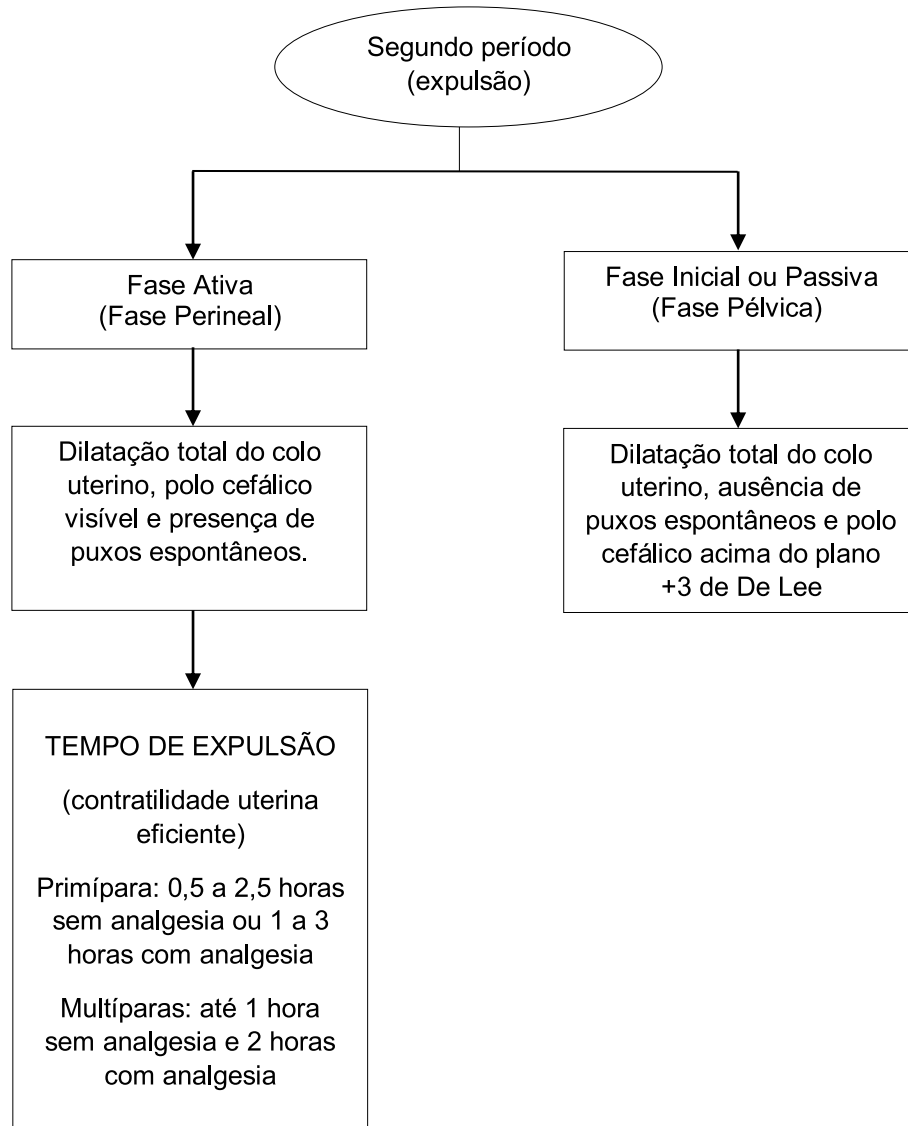


\* A abertura do Partograma deve ser realizada na Fase Ativa do Trabalho de Parto (BRASIL, 2016; OMS, 1996).  
\*\* Frente ao uso de indução do parto com Prostaglandina (Misoprostol), Ocitocina Exógena ou Analgesia de Parto, recomenda-se avaliação da vitalidade fetal a cada 15–30 minutos.  
\*\*\* A OMS recomenda exame de toque vaginal com intervalos de 4 horas (OMS, 1996).

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

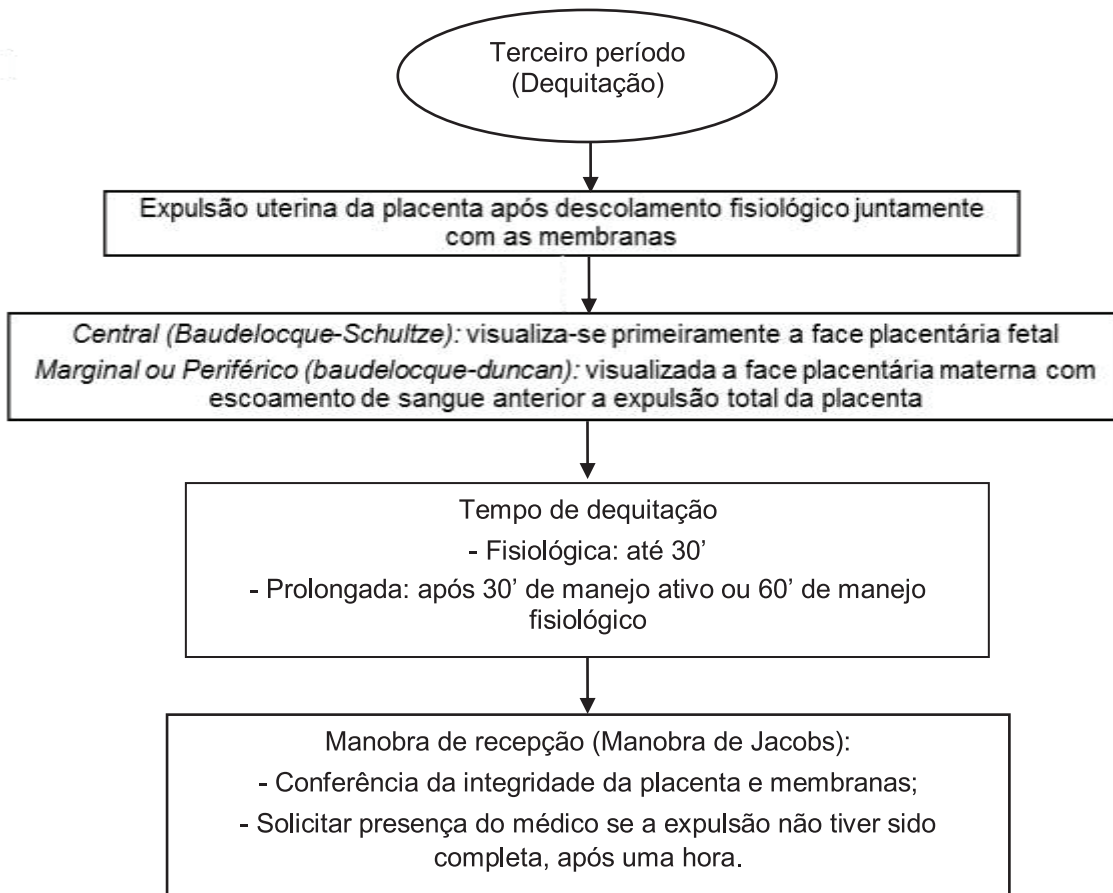


### FLUXOGRAMA III - ASSISTÊNCIA AO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO - EXPULSÃO DO FETO



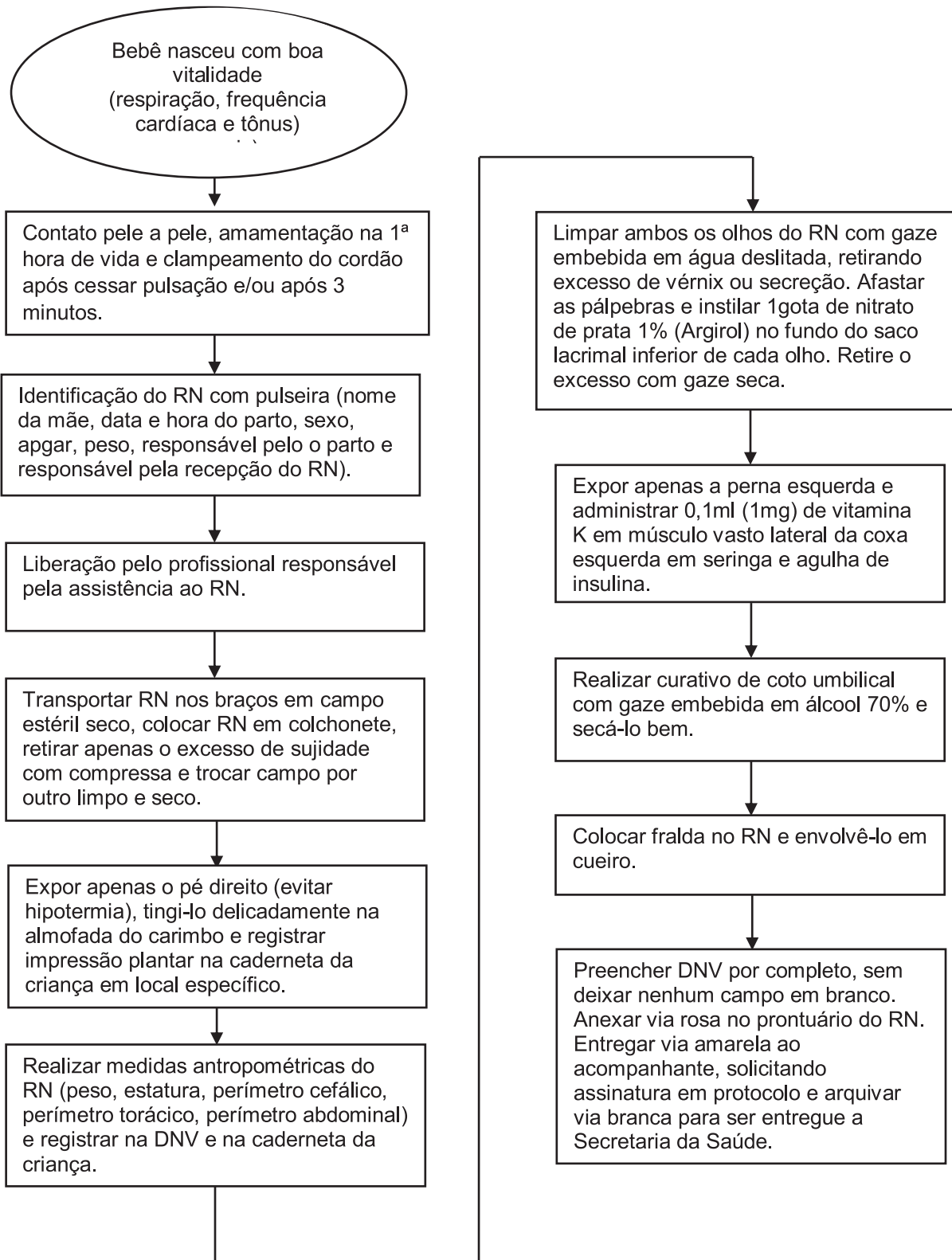
Fonte: ZUGAIB (2012); Brasil (2016).

## FLUXOGRAMA IV – ASSISTÊNCIA AO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO – DEQUITAÇÃO



Fonte: ZUGAIB (2012).

## FLUXOGRAMA V - CUIDADOS MEDIATOS COM O RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO



Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

**QUADROS 1. DIAGNÓSTICOS DE RISCOS OBSTÉTRICOS QUE INDICAM SUPERVISÃO MÉDICA DA PARTURIENTE**

❖ Síndromes hipertensivas da gravidez;	❖ Apresentações Anômalas;
❖ Síndromes hemorrágicas;	❖ Placenta Prévia.
❖ Desvios de crescimento fetal;	❖ Anemia grave;
❖ Alterações da duração da gestação;	❖ Epilepsia;
❖ Corioamnionite;	❖ Doenças auto-imunes;
❖ Alterações do volume de líquido amniótico;	❖ Aloimunização materno-fetal;
❖ Cardiopatias;	❖ Malformação Confirmada;
❖ Nefropatias;	❖ Óbito fetal;
❖ Diabetes;	❖ Doenças Infecciosas na Gestação (Sífilis não Tratada, Hepatites, HIV/AIDS);
❖ Prematuridade (se IG < 36 semanas);	❖ Outras doenças que venham a trazer risco de morte para a mãe ou bebê durante o parto.
Recomenda-se solicitar avaliação médica caso ocorra:	
❖ Presença de mecônio espesso, bradicardia ou taquicardia fetal;	
❖ Parturientes sem pré-natal e sem exames;	
❖ Qualquer alteração importante durante a evolução do trabalho de parto que venha a comprometer o bem-estar materno-fetal.	

Fonte: Brasil (2012).

**QUADRO 2 - SINAIS CLÍNICOS QUE INDICAM ALERTA E EXIGEM REAVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PELO PEDIATRA/NEONATOLOGISTA APÓS O PARTO**

Frequência respiratória > 60 ipm
Presença de gemidos
Frequência cardíaca <100bm ou >160bpm
Perfusão capilar acima de 3 segundos
Temperatura corporal ≥38°C ou 37,5°C em dois momentos com 30 minutos de intervalo
Saturação de O <sub>2</sub> <95%
Presença de cianose central confirmada pela oximetria de pulso

Fonte: Brasil (2016).

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Marcos André de Matos<sup>1</sup>  
Mirlene Guedes de Lima<sup>2</sup>  
Patrícia Carvalho de Oliveira<sup>3</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## Introdução

A Andrologia constitui uma especialidade médica dedicada ao cuidado e estudo da saúde da população masculina. Contudo, atualmente no Brasil, a abordagem em andrologia nos serviços de saúde configura-se um dos principais desafios para a saúde pública, em parte por ser, comumente, confundida com a Urologia e ser objeto de uma política relativamente recente e, por outro ponto, pelo imaginário de masculinidade hegemônica ainda presente na cultura brasileira, o que culmina por distanciar os homens dos serviços de saúde (MATOS, 2014; ARRUDA et al., 2017).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009), tendo como diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina adulta – 20 a 59 anos, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às intervenções e aos serviços de atenção à saúde.

A PNAISH visa a assistência, na perspectiva de uma linha de cuidado que atenda às necessidades de saúde articuladas aos três níveis de atenção, sendo a Atenção Básica (AB) a porta de entrada para o homem no

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutor em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFMG).

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Ciências da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.

Sistema Único de Saúde (SUS) com garantia de continuidade da assistência e, na compreensão de que grande parcela dos problemas que afetam a saúde masculina deve ser considerada em sua abrangência histórica, social, emocional, cultural e espiritual e, não puramente biologicista (BRASIL, 2009).

Este protocolo, portanto, foi elaborado visando instrumentalizar a prática clínica do enfermeiro no desenvolvimento de intervenções, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a terapêutica, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma assistência de enfermagem integral com impacto na situação de saúde e autonomia da população masculina e nos fatores determinantes e condicionantes de saúde desse grupo populacional.

Devido à magnitude da temática, não temos a pretensão de abordar todos os aspectos relativos às ações de enfermagem em andrologia, mas nortear a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garantindo à população masculina, atendida no SUS, uma assistência segura, com cuidados e condutas diagnósticas e terapêuticas definidas a partir de critérios técnicos e científicos de eficácia e efetividade. Para tanto, respaldou-se na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, Decreto nº 94.406/87, Resoluções do COFEN 195/1997; 317/2007 e 358/2009 e Parecer nº 17/2010/COFEN, bem como na Portaria nº 1.944/2009, do MS, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009). Almeja-se que este protocolo forneça elementos para o aprimoramento do raciocínio crítico e julgamento clínico em enfermagem, sendo utilizado de forma transversal nos outros protocolos deste documento, fortalecendo, por conseguinte, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

## **Desenvolvimento da temática**

A população masculina vivencia um processo de vulnerabilidade, uma vez que apresenta comportamentos de risco de longo prazo modificáveis, como tabagismo, etilismo, inatividade física, alimentação inadequada e violência, e ainda determinantes sociais, tais como: desigualdades sociais, diferenças no acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade, desigualdades no acesso à informação, identidade de gênero, orientação sexual, percepção de masculinidade e déficit de conhecimento acerca do autocuidado (BRASIL, 2015; MATOS, 2014).

Sabe-se que mais da metade dos óbitos por causas preveníveis e evitáveis ocorre na população masculina de 20 a 59 anos, a cada cinco óbitos, três são indivíduos do sexo masculino em idade economicamente ativa e as mulheres vivem em média 7,8 anos a mais que os homens, ocasionando um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens no Brasil (BRASIL, 2015). Nesse sentido, o modelo tradicional das políticas de saúde já instituídas no Brasil, que privilegiam os quatro segmentos populacionais do ciclo vital, a saber: crianças, adolescentes, mulheres e idosos; não têm se mostrado eficientes para atender as demandas específicas desse segmento que representa cerca de 30% da população brasileira, sendo necessário o investimento na PNAISH.

Em suma, o contexto de mudança do perfil epidemiológico e demográfico, vulnerabilidade masculina e políticas incipientes reforçam a necessidade de inovações científicas e tecnológicas, como protocolos, para o aprimoramento da prática clínica de enfermagem na AB aos homens de 20 a 59 anos. Neste contexto, o Quadro I (p. 159) lista as potencialidades no trabalho em Saúde do Homem nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

## **Atendimento a população masculina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)**

### **Cuidado de enfermagem ao homem de 20 a 59 anos**

A prática clínica de enfermagem em andrologia nas UBS compreende uma série de ações sistemáticas, englobando: a) o acesso, acolhimento e recepção do usuário; b) consulta de enfermagem com avaliação holística progressivamente integral da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade; definição dos diagnósticos de enfermagem; realização das intervenções; avaliação dos cuidados; anotações de enfermagem e; c) encaminhamentos a consultas multiprofissionais ou serviço especializado.

O Fluxograma I (p. 153) apresenta o fluxo geral de atenção à saúde do homem nas UBS. Nesse processo, o raciocínio crítico e o julgamento clínico na prática de enfermagem representa uma importante ferramenta

para a SAE na atenção ao homem, norteando, aprimorando e atribuindo a prática do cuidar científicidade, efetividade, credibilidade, coerência, resolubilidade, aplicabilidade, confiabilidade e visibilidade (PASSOS et al., 2013; VICTOR-CHMIL, 2013).

### Acesso e acolhimento da população masculina

O acesso e acolhimento aos homens ainda representam um dos principais desafios atuais de aproximar os homens da AB (BRASIL, 2009). Visando minimizar tal lacuna e reorganizar os serviços de saúde, de modo que os homens se sintam pertencentes ao ambiente e, por sua vez, os profissionais reconheçam os homens como usuários em potencial que carecem de atenção particularizada. É apresentado no Fluxograma II (p. 154) o fluxo para acolhimento ao homem nas UBS, com foco na Política Nacional de Humanização na Atenção Básica.

### Consulta de Enfermagem em Andrologia

#### Aspectos particularizados da anamnese masculina:

- **Características sociodemográficas:** identidade de gênero e orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, transsexualidade, panssexualidade, assexualidade e intergênero);
- **Estrutura, desenvolvimento e funcionalidade da família:** realizar genograma e ecomapa utilizando o modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF);
- **Antecedentes familiares:** Hiperplasia Benigna Prostática (HBP), Câncer de Próstata (CaP) e abuso de álcool e outras drogas;
- **História de saúde pregressa:** comorbidades transmissíveis e não transmissíveis, cirurgias, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, hábitos e vícios (abandono), sedentarismo e atividade física, internação por causas externas (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, intoxicação, queimaduras, acidente com animais peçonhentos, exposição à radiação e violência), tratamento dentário, imunização, uso de medicamentos, polifarmácia, fotoproteção solar, conhecimento prévio da doença e adesão à terapêutica;
- **Antecedentes uro-andrológicos:** sexarca, uso de métodos contraceptivos, contracepção, uso de preservativo com parceria fixa e não fixa, número de filhos, autoexame testicular e de mama, uso de próteses (silicone), antecedentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), histórico de disfunção erétil, aborto, infertilidade e uso de hormônios, fimose, balanopostite, ginecomastia, HBP, orquiepididimite, priapismo, escroto agudo, varicocele, disfunção erétil, atividade sexual, libido, história de cirurgia, trauma renal, uretral e de genitália externa, infecção urinária, incontinência urinária, história de toque prostático (retal), níveis de testosterona e espermograma completo, data e motivo da última visita a unidade de saúde, diurese e Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM);
- **Queixa principal:** investigar holisticamente as características de problemas relatados (início, duração, intensidade, fatores agravantes e minimizadores);
- **Doença ou preocupação de saúde atual:** não subestimar a clínica e a preocupação do homem. Acolher os homens, escutando suas demandas e sugestões (escuta sem juízo de valores de ordem pessoal e moral), e oferecendo apoio nas situações difíceis, incentivando-os a cuidar da própria saúde;
- **Perfil do homem:** percepção de masculinidade, vulnerabilidade, identidade de gênero e orientação sexual, satisfação com o emprego, lazer, ambiente interpessoal e cultural, relacionamento familiar e sistema de apoio, autocuidado, padrão de estilo de vida, autoimagem, autorrealização, autoconceito e filosofia de vida;
- **Cuidador:** verificar presença e grau dependência de cuidador formal ou informal.

### Triagem

A triagem pode ser realizada pelo auxiliar/técnico em enfermagem assim que o homem chegar à unidade de Saúde, verificando, avaliando e registrando: Peso e Altura – IMC; Circunferência Abdominal; Valores de níveis de Glicemia Capilar; Valores da Pressão Arterial (PA); Valores de Temperatura, Frequência Cardíaca e Frequência

Respiratória; Relato de Dor.

# Vide protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para verificar os valores de anormalidades e condutas terapêuticas.

**Aspectos particularizados do Exame Clínico Geral** (sugestão para evolução de enfermagem):

- **Avaliação cogniscente:** vide protocolo de saúde mental;
- **Hidratação, nutrição, oxigenação, autocuidado, abrigo, liberdade e comunicação;**
- **Amor, gregária, segurança, criatividade, aprendizagem, atenção e aceitação;**
- **Regulação térmica, hormonal, vascular, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica e crescimento celular;**
- **Sono e repouso:** padrão de sono e insônia;
- **Cuidador:** verificar presença e dependência de cuidador formal ou informal;
- **Inspeção e palpação da cabeça e pescoço e exame torácico;**
- **Exame das mamas:** realizar a avaliação das mamas, com base na inspeção estática e dinâmica, e palpação. Embora haja uma porcentagem menor de CA em homens (1:1.000 mulheres), o câncer de mama masculino deve ser investigado (INCA, 2015). O Fluxograma III (p. 155) orienta o fluxo para o exame de prevenção ao câncer de mama masculino;
- **Exame cardíaco e exame abdominal;**
- **Exame genital externo masculino:** embora os homens e os profissionais de saúde não tenham o hábito de realizarem o exame do genital externo, este autocuidado é necessário para a prevenção e detecção precoce de câncer de pênis e testículo que tem aumentado consideravelmente nos últimos anos (INCA, 2015). Segundo o Fluxograma IV (p. 156), os passos para este exame incluem inspeção e palpação;
- **Exame anal:** colocar homem na posição de *sims* e verificar presença de hemorroidas, nódulos, fissuras, lesões ou úlceras em região anal (vide Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis);
- **Exame de próstata:** A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda que todos os homens acima de 50 anos e os homens acima de 45 anos de pele negra, obesos ou que possuem histórico familiar de câncer de próstata (CaP), mesmo que não apresentem sintomas específicos, devem verificar o valor sérico da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) e toque retal, sendo que a junção dos dois constitui o padrão ouro, ou seja, é o método mais adequado para o diagnóstico do câncer de próstata (INCA, 2015; SBU, 2016);
- **Membros:** edema e panturrilhas livres;
- **Eliminações urinárias e intestinais.**

## Exames laboratoriais

Sugere-se que assim como as mulheres, os homens também sejam orientados desde a infância a realizarem “check-ups” anuais para promoção da saúde e prevenção de doenças (SBU, 2016). O processo para solicitação de exames laboratoriais à população masculina nas UBS estão descritos no Fluxograma V (p. 157).

## Consulta pré-nupcial do homem

As etapas da consulta pré-nupcial incluem avaliação clínica de enfermagem e pedidos de exames laboratoriais, descritos no Fluxograma VI (p. 158). Na anamnese é importante a verificação de história de doenças progressivas com potencial de dificultar a gravidez ou má formação genética, faixa etária, vacinas, medicamentos, tratamentos médicos de infertilidade, mapeamento de anomalias genéticas na família e histórico de aborto.

## Planejamento familiar

No SUS (Lei nº 9.263, de 1996) todo homem tem direito ao planejamento familiar (BRASIL, 1997). Atualmente, existem vários tipos de métodos contraceptivos (vide Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher),



sendo que a vasectomia deve ser melhor discutida entre a população masculina devido aos seus benefícios.

## Consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem

Infelizmente, por questões de gênero, grande parcela das mulheres e dos profissionais de saúde possuem limitações para considerar que os homens, juntamente com suas parceiras, também “ficam grávidos”. Neste sentido, o MS tem estimulado a participação do homem, por meio do acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério (Lei do Acompanhante), Rede Cegonha, Paternidade Responsável e licença paternidade (BRASIL, 2016). A consulta de pré-natal com participação do homem está descrita no Fluxograma VII (p. 159).

### Considerações finais

Para que o enfermeiro desenvolva uma prática de enfermagem contínua, integral, equânime, sistematizada e resolutiva, é fundamental que se invista em uma consulta de enfermagem instrumentalizada mediada pelo uso de tecnologias leve-duras, como os protocolos; em especial quando se trata do cuidado às populações carentes de atenção em saúde. O instrumento apresentado, possivelmente, possibilitará um cuidado individualizado em andrologia na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a conscientização da vulnerabilidade social e em saúde do homem, e conseqüentemente, o aproximando dos serviços de saúde. Ainda, subsidiará os enfermeiros na reorganização gerencial e assistencial dos serviços de saúde e no desenvolvimento de diagnósticos, intervenções e avaliações de enfermagem que acolham as necessidades reais do homem, sua família e comunidade.

Por fim, acredita-se que este documento será de importância fundamental não somente para os enfermeiros, mas também para os profissionais do SUS em todo o país, pois identifica as principais estratégias para sistematizar a assistência e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e serviços de assistência integral à saúde, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade e, também, na melhoria das condições de saúde dos homens de 20 a 59 anos de idade.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, G. O. de; MATHIAS, T. A. de F.; MARCON, S. S. Prevalence and factors associated with the use of public health services for adult men. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 279-290, 2017.

BRASIL,.Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.148 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Estudos e análises. **Informação demográfica e Socioeconômica. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 p. (Número 3).

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122 p.

MATOS, M. A. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Homem. In: ROSSO, C.F.W. et al. (Org.). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.

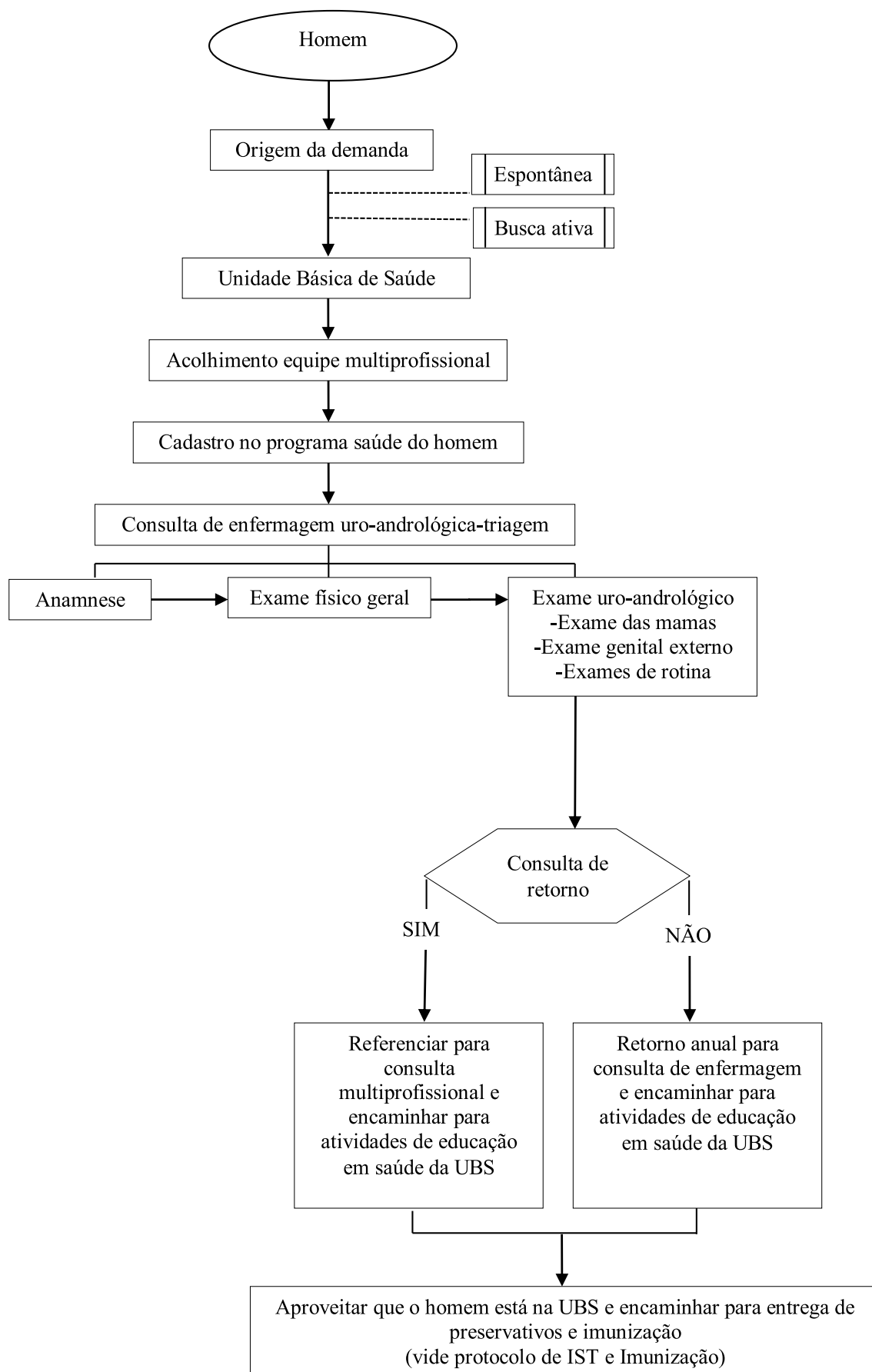
PASSOS, V. C et al., Nursing scientific production on diagnostic reasoning: integrative review. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 10, n. 1, p. 152-162, 2015.

1. SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. Saúde do Homem. Disponível em: <<http://www.sbu.org.br/escritorio-de-brasilia>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

2.

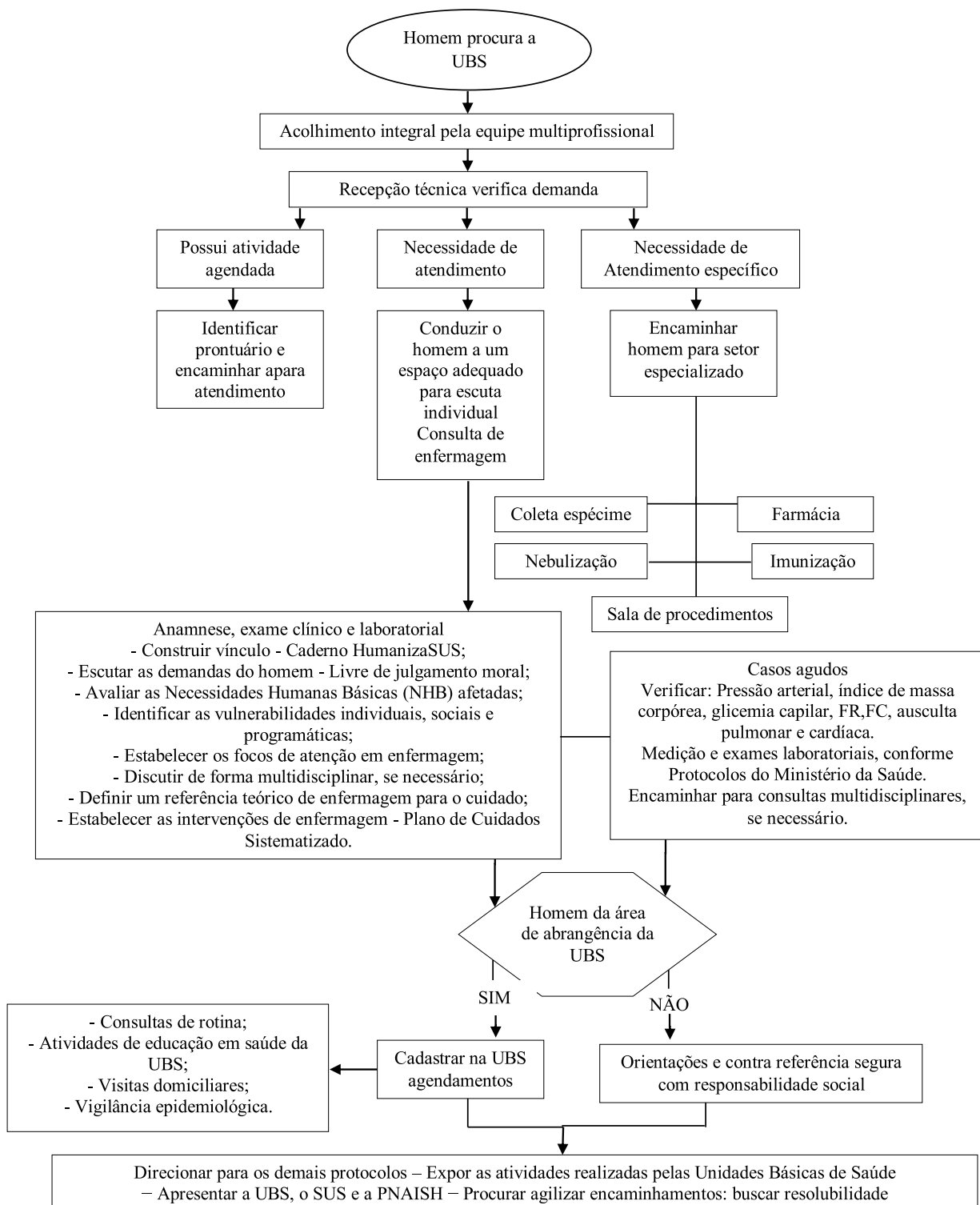
VICTOR-CHMIL, J. Critical thinking versus clinical reasoning versus clinical judgment: Differential diagnosis. **Nurse educator**, v. 38, n. 1, p 34-36, 2013.

## FLUXOGRAMA I – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NAS UBS



Fonte: Matos (2014).

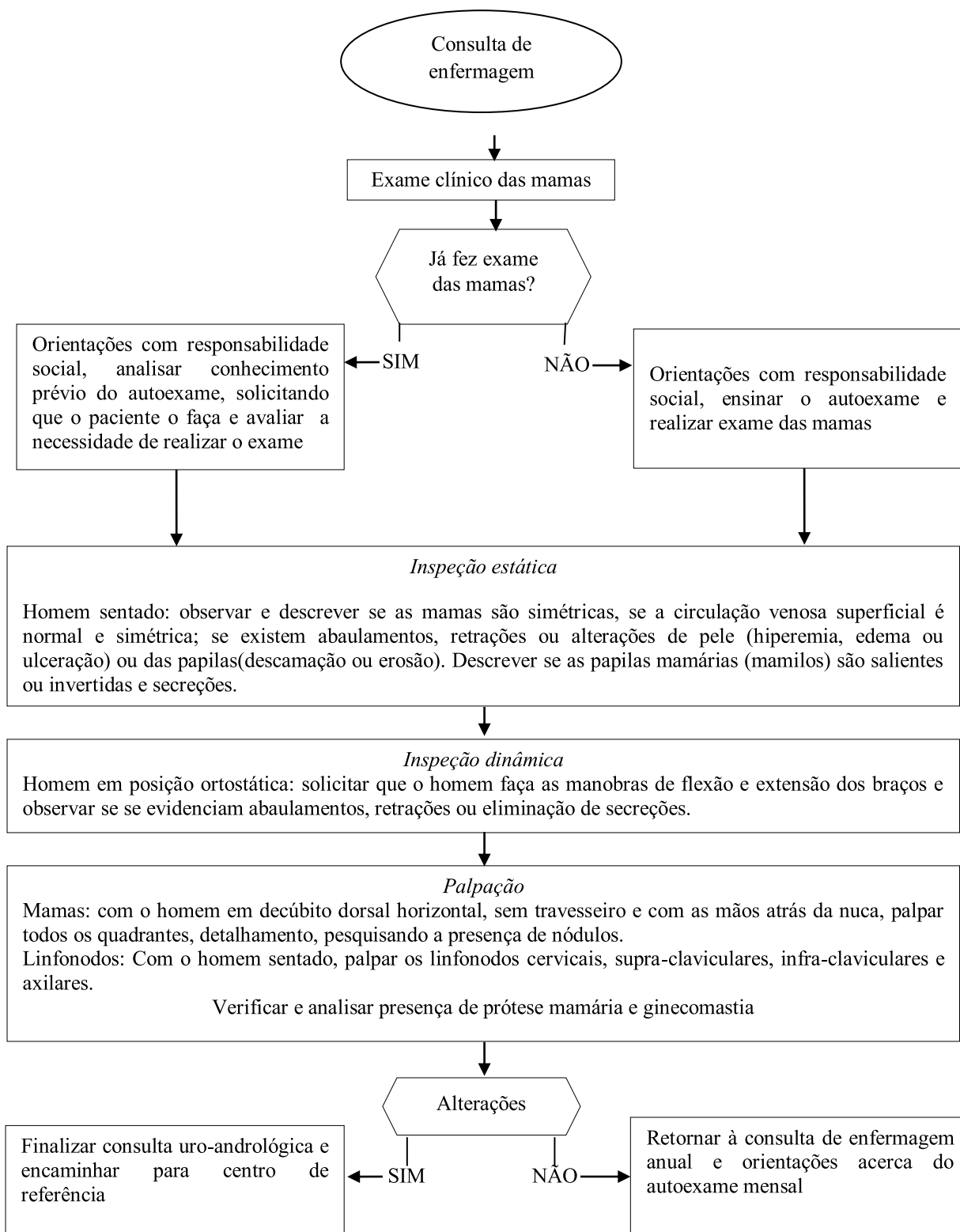
**FLUXOGRAMA II – ACESSO E ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM AO HOMEM  
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**



\* vide quadro I que aborda os principais fatores que podem acolher, aproximar e subsidiar o cuidado aos homens nos serviços de saúde.

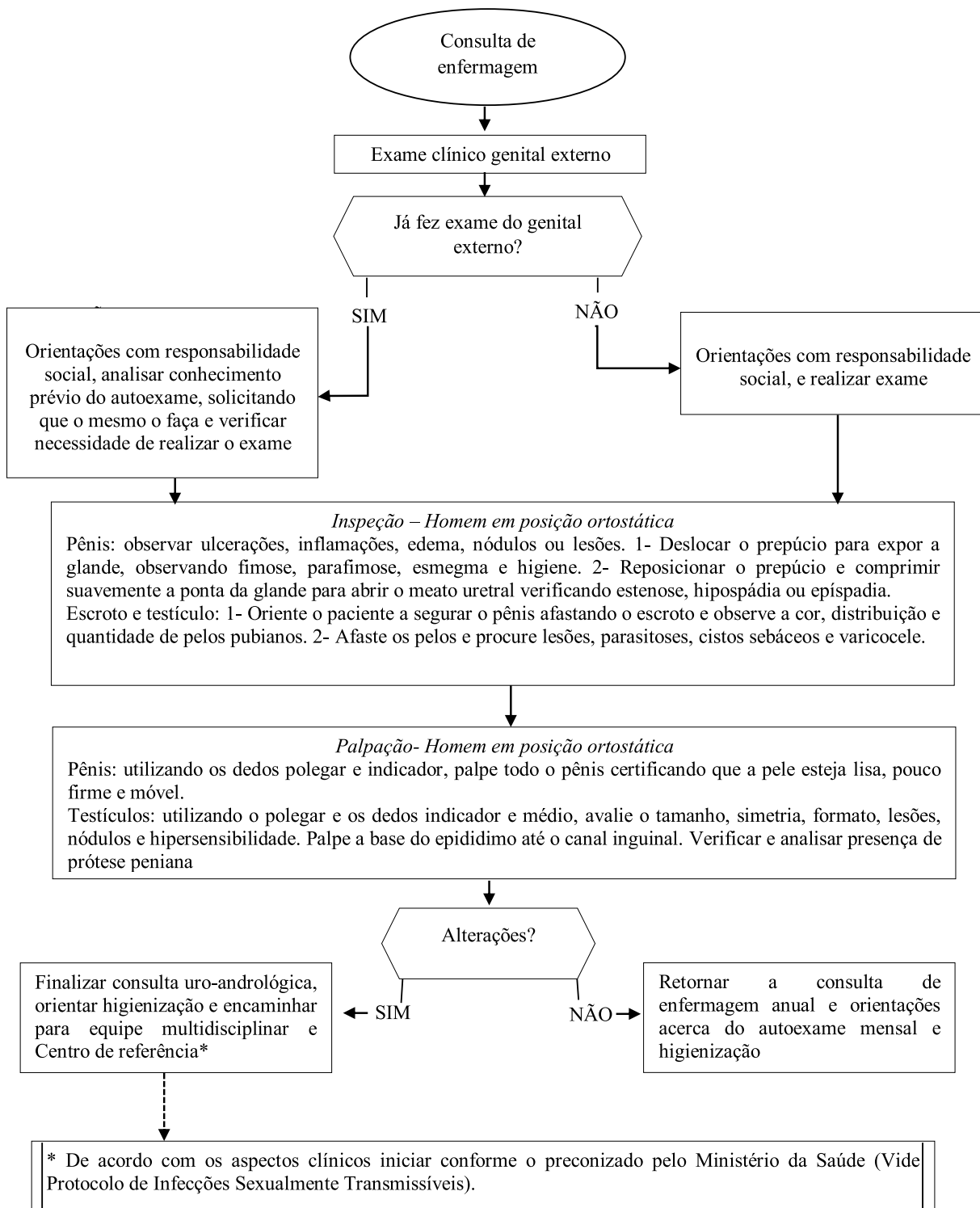
FONTE: Matos (2014).

**FLUXOGRAMA III – EXAME DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA MASCULINO –  
CONSULTA URO-ANDROLÓGICA**



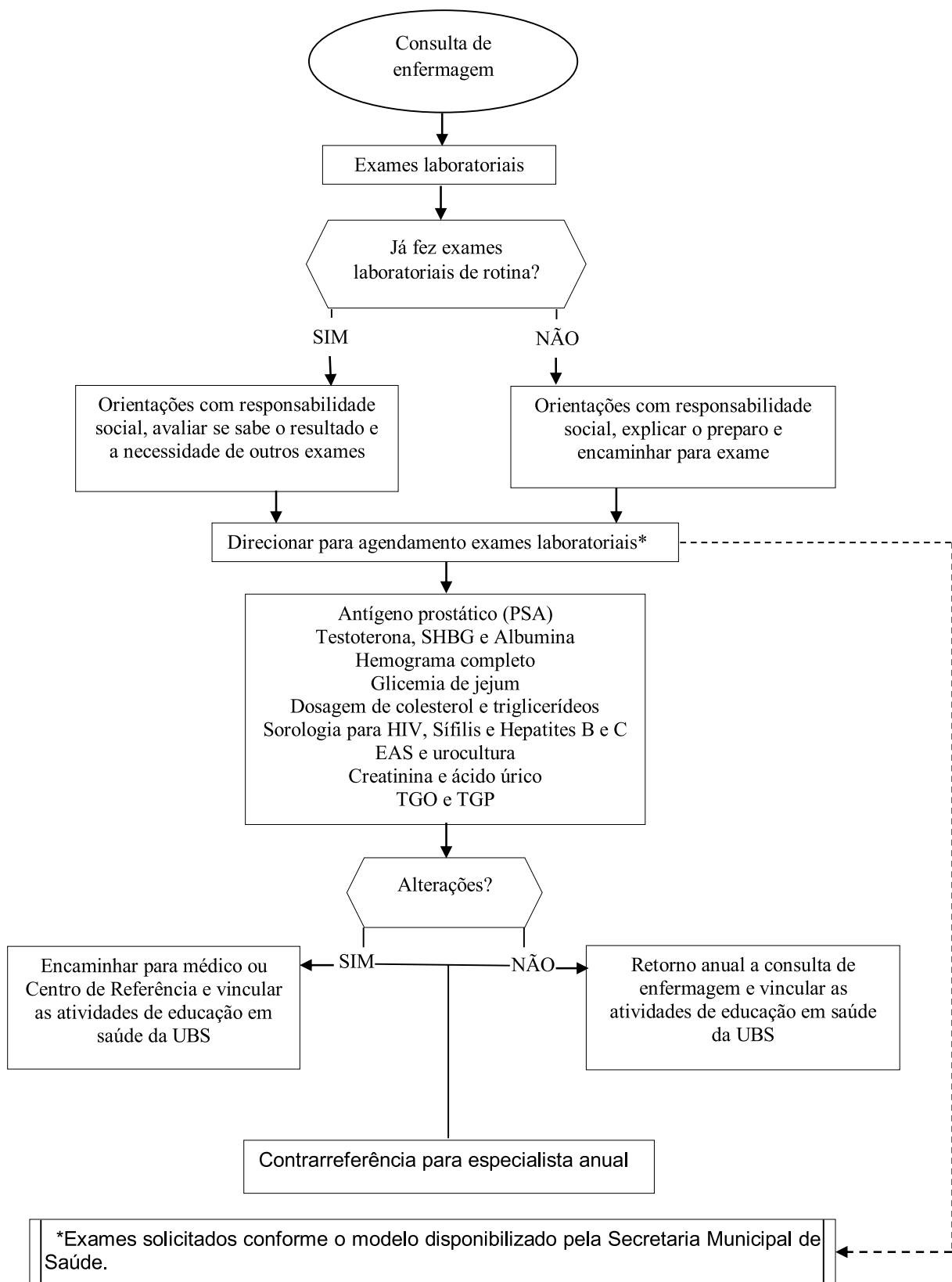
Fonte: Matos (2014).

FLUXOGRAMA IV – EXAME GENITAL EXTERNO MASCULINO – CONSULTA URO-ANDROLÓGICA



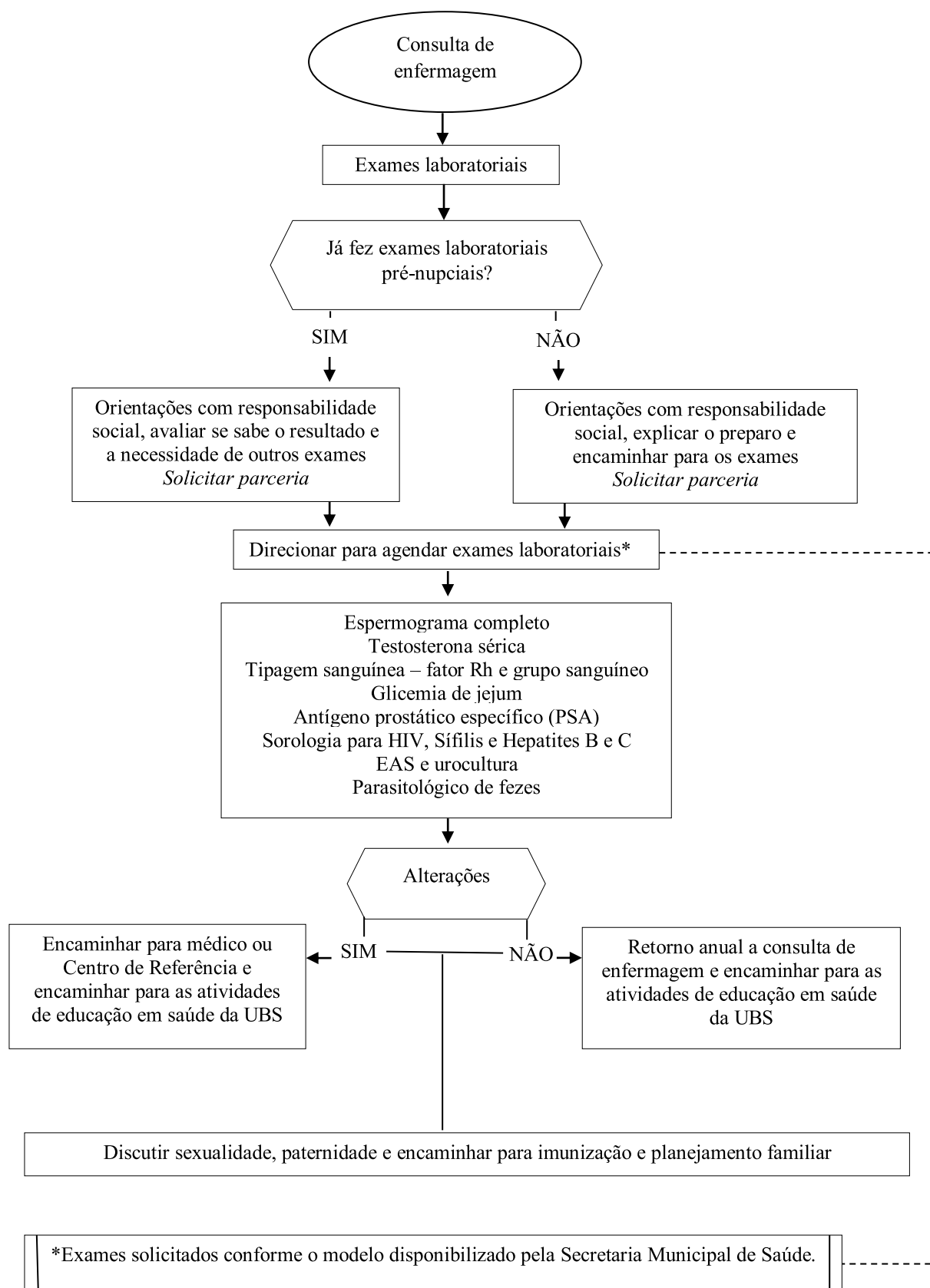
Fonte: Matos (2014).

FLUXOGRAMA V – EXAMES LABORATORIAIS DA POPULAÇÃO MASCULINA –  
CONSULTA URO-ANDROLÓGICA



Fonte: Matos (2014).

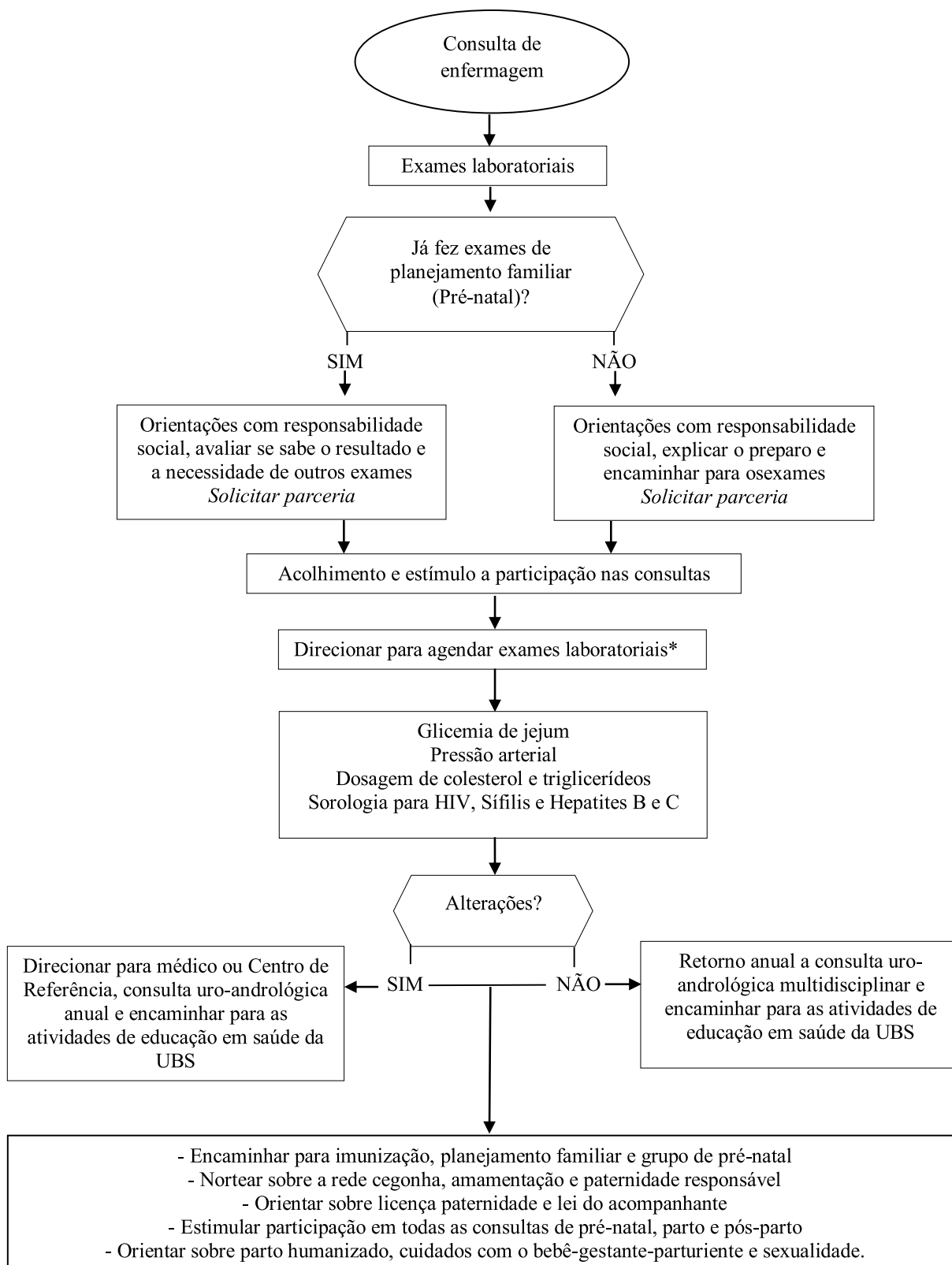
## FLUXOGRAMA VI – CONSULTA E EXAMES PRÉ-NUPCIAIS DO HOMEM



Fonte: Matos (2014).



**FLUXOGRAMA VII – CONSULTA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR (PRÉ-NATAL) COM PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NAS UBS**



Fonte: Matos (2014).

**QUADRO 1. POTENCIALIDADES NO TRABALHO EM SAÚDE DO HOMEM NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

<b>POTENCIALIDADES NO TRABALHO EM SAÚDE DO HOMEM</b>
Articular de modo transversal a PNAISH com as demais políticas públicas de saúde do SUS.
Organizar o ambiente das Unidades de Saúde com perfil de gênero neutro.
Colaborar para a ruptura da cultura da masculinidade hegemônica.
Contribuir para a conscientização do homem das vulnerabilidades em saúde aos quais podem estar expostos.
Encorajar o homem a realizar rotineiramente a consulta andrológica e exames necessários.
Utilizar a escola, por meio do Programa Saúde nas Escolas (PSE), enquanto equipamento social e formador de opinião, como espaço para discutir os principais tópicos concernentes à morbimortalidade masculina: prevenção de violência e acidentes, doenças cardiovasculares, tabagismo e obesidade.
Realizar ações em saúde em comemoração ao dia internacional do homem (19 de novembro). Obs.: No Brasil, desde 1992, de forma não oficial, o Dia do Homem é comemorado em 15 de julho.
Promover com os homens atividades educativas que discutam temas relacionados ao cuidado numa perspectiva de gênero.
Incentivar a participação dos homens no pré-natal, parto e puerpério, estimulando-os nos cuidados compartilhados com a mulher.
Proporcionar visibilidade ao tema do cuidado paterno, incluindo-o nas diferentes atividades educativas realizadas pela unidade como: contracepção, pré-natal, aleitamento materno, grupos de adolescentes, pais e idosos.
Divulgar o direito dos homens de acompanharem ao parto de suas parcerias.
Orientar e discutir o tempo da licença paternidade.
Valorizar projetos de acolhimento ao homem nos serviços de saúde.
Colaborar para a conscientização do homem da importância de valorizar as práticas preventivas e o autocuidado.
Capacitar, técnica e cientificamente, os profissionais de saúde para o atendimento e acolhimento ao homem.
Fortalecer as ações de busca ativa do homem, em parceria com a equipe multidisciplinar.
Fornecer orientações acerca do funcionamento e estrutura do SUS.
Orientar os profissionais de saúde a destinarem maior tempo aos homens durante as consultas.
Corresponsabilizar os homens de seu autocuidado e do seu papel de cuidador.
Orientar a população masculina acerca dos riscos da cultura da automedicação.
Aprimorar o raciocínio crítico e julgamento clínico dos profissionais de saúde a atender integralmente à saúde do homem, não focando apenas nas queixas e patologias.
Incluir a temática saúde do homem nos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de formação/qualificação dos profissionais de saúde.
Incentivar a qualificação de profissionais com especialidade em Andrologia.
Estabelecer estratégias de acolhimento específicas ao homem durante as ações de educação em saúde.
Investir em políticas de educação continuada acerca da temática saúde do homem.
Buscar metodologias de ensino-aprendizagem nas atividades educativas que atraiam o público masculino.
Fortalecer campanhas educativas e de sensibilização que abarcam as singularidades masculinas.
Oferecer horários alternativos para atendimento ao homem.
Instituir nos serviços de saúde a consulta em saúde do homem.
Promover junto à equipe da ESF e NASF grupos de trabalho que promovam a reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, cuidado e metodologias para o trabalho com homens.
Estabelecer parcerias com a comunidade para fortalecer a rede de apoio social.
Discutir entre os profissionais de saúde a política de acolhimento à população LGBT, lembrando que geneticamente possuem características masculinas.
Criar estratégias de aproximação de empresas nas quais há maior número de homens, como obras, empresas de grande porte etc.
Comemorar o dia dos pais, aproveitando para encaminhá-los à consulta andrológica.
Qualificar os Agentes Comunitários de Saúde para atrair o público masculino às UBS.
Propiciar maior visibilidade aos homens durante as visitas domiciliares.
Estimular a participação da população masculina em programas específicos como: grupo de tabagismo, etilismo, pré-natal, sexualidade humana, drogadição, Hiperdia.
Incitar o olhar diferenciado sobre os homens nos momentos nos quais estão como acompanhantes de usuários nas UBS.
Trabalhar de forma multiprofissional buscando encaminhar os homens com casos que necessitem de outra abordagem profissional.

**Fonte:** Matos (2014).

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Valéria Pagotto<sup>1</sup>  
Cristiane José Borges<sup>2</sup>  
Daniella Pires Nunes<sup>3</sup>  
Kátia Regina Borges<sup>4</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 288/2004. Dispõe sobre Ações relativas ao atendimento de idosos e outros.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## 1 Introdução

No Brasil, são consideradas idosas, as pessoas com 60 anos, e na atualidade atingem aproximadamente 13% da população total (PNAD, 2013). Paralelo a este processo, ocorre uma transição epidemiológica, caracterizado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis que podem contribuir para o comprometimento da saúde, bem como independência e autonomia dos idosos, o que demandará cuidados que requerem a integração de

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora, Universidade Federal de Goiás (UFG), Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Goiás.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora, Universidade Federal de Goiás (UFG)- Regional Jataí - Goiás

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora, Universidade Federal do Tocantins (UFT).

<sup>4</sup>Enfermeira. Especialista, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

diferentes setores da saúde e da sociedade.

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa organiza-se em atenção primária, secundária e terciária, fazendo transversalidade com outros serviços, como atenção farmacêutica, apoio e diagnóstico, saúde bucal, urgência e emergência. A equipe de enfermagem está inserida nos vários pontos de atenção da Rede para prestar cuidados desde a promoção da saúde até a reabilitação do idoso. Para que isso ocorra, os enfermeiros precisam conhecer os principais aspectos e demandas de saúde dos idosos e serem constantemente qualificados para estes aspectos.

Sendo assim, este protocolo tem como objetivo instrumentalizar a equipe de enfermagem na atenção prestada à pessoa idosa, sua família e seus cuidadores na Atenção Primária, seja na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio.

## 2. Consulta de enfermagem à pessoa idosa

A consulta de enfermagem é uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para abordagem dos idosos na Atenção Primária. Durante a sua execução devem estar previstas as etapas da Resolução COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): 1. Coleta de dados, na qual serão avaliados aspectos do envelhecimento com avaliação multidimensional rápida (funcionalidade global, sistemas fisiológicos e funcionais principais, medicamentos, história pregressa e fatores contextuais); 2. Definição dos Diagnósticos de Enfermagem (julgamento dos problemas encontrados); 3. Planejamento da assistência; 4. Intervenções; 5. Avaliação da assistência. Contudo, neste protocolo serão enfatizadas as etapas de coleta de dados, diagnóstico e intervenções de enfermagem.

A consulta de enfermagem ao idoso consistirá na avaliação das grandes síndromes geriátricas e também de outros fatores importantes e específicos em cada uma delas: Instabilidade cognitiva (demência, depressão e *Delirium*), Instabilidade postural e quedas, Imobilidade, Incontinência e Iatrogenia; Incapacidade Comunicativa e Insuficiência familiar. Estes auxiliam na sistematização da avaliação clínica do idoso e são utilizados basicamente na identificação de situações que afetam a dependência e autonomia dos idosos e que podem impactar na sua qualidade de vida. A avaliação da síndrome da fragilidade e das pessoas que cuidam dos idosos (cuidadores) são outras condições especiais na avaliação do idoso. As iatrogenias não serão abordadas neste protocolo, porém sugerimos a leitura do Protocolo de Segurança do Paciente na Atenção Primária (p. 349), que inclui alguns aspectos sobre essa temática.

### 2.1. Incapacidade cognitiva

A cognição pode ser avaliada por meio de funções como a memória, a atenção, a linguagem, a praxia, as funções executivas, além de outras como a concentração, a compreensão, o raciocínio, a aprendizagem e a inteligência. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução da função cognitiva.

Alguns sinais de alerta importantes indicam a necessidade da avaliação cognitiva, tais como: esquecimento ou perda da memória, dificuldade na execução de tarefas familiares, desorientação no tempo e no espaço, mudanças no humor e comportamento diferente do habitual sem motivo aparente. Em relação aos idosos com esquecimento, deve-se avaliar a autopercepção, o tipo e a evolução do esquecimento. Quando a presença de esquecimento é notada pelo paciente de forma desproporcional à percepção dos familiares suspeita-se de comprometimento cognitivo. O enfermeiro deve-se atentar para algumas doenças que podem causar perdas cognitivas temporárias como a depressão e o *Delirium*. Pacientes deprimidos tendem a superestimar a perda de memória, dificultando o diagnóstico de comprometimento cognitivo. Idosos com declínio cognitivo poderão inferir na execução das atividades de vida diária, com tendência a apresentar comprometimento nas atividades que demandam funções cognitivas mais complexas, como dificuldade para realizar compras, utilizar o transporte, para preparar as refeições, gerenciar suas finanças e, em casos mais avançados, apresentam dificuldades nas atividades de autocuidado.

Para a avaliação do estado cognitivo, sugere-se a realização do teste rápido, que consiste em solicitar ao

idoso que repita o nome dos objetos: Mesa, Maça e Dinheiro. Após 3 minutos, solicita-se que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada. Um dos testes utilizados é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) devido a sua rapidez e facilidade de aplicação.

É importante destacar que ao enfermeiro cabe investigar a possível perda cognitiva, encaminhar de forma responsável a pessoa idosa para o diagnóstico correto e garantir tratamento adequado, dentro da sua área de competência contando com a estrutura da rede de saúde na qual atua. O planejamento e a execução das medidas terapêuticas e de reabilitação cognitivas necessárias a melhor qualidade de vida dos idosos deverão ser adotadas em conjunto pela equipe interdisciplinar.

O Fluxograma I (p. 168) aborda a consulta de enfermagem para avaliação da capacidade cognitiva da pessoa idosa.

### **Intervenções para idosos com declínio cognitivo e suas famílias**

- Proporcionar tranquilidade e segurança quanto aos locais de seus pertences pessoais;
- Auxiliar a elaborar suas tentativas de conversação, seja baseada em fatos antigos ou não. Utilizar palavras curtas, simples, específicas e familiares, em frases simples;
- Estimular diariamente a cognição do idoso com lembranças e imagens do cotidiano ou repetir o último pensamento que o paciente expressou;
- Utilizar relógio e calendário para a manutenção da orientação temporal e espacial;
- Incentivar o aprendizado de novas experiências e reforçar experiências passadas;
- Criar oportunidades para o uso da memória por meio de jogos, reconhecimento de figuras e fotos;
- Atentar-se para sentimentos de inutilidade, tristeza, choro e isolamento social;
- Manter a capacidade de execução das atividades de vida diária;
- Incentivar a integração com outros idosos e estimular a participação social;
- Promover a comunicação com outros idosos e com outras gerações;
- Envolver a família no cuidado ao idoso com declínio cognitivo, orientando-os nos cuidados;
- Identificar na família os potenciais cuidadores e orientar a importância de terem momentos de descanso, atividades de lazer e sociais;

### **2.2 Instabilidade postural e quedas**

A queda pode ser conceituada como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da cama/macá ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeira higiênica, banheira), incluindo o vaso sanitário.

As quedas ocorrem por causas biológicas (idade extrema, déficit de mobilidade, perda de força e equilíbrio), comportamentais (polifarmácia, sedentarismo), ambientais (pisos, iluminação, escadas) e sociais (baixa renda, moradia inadequada).

As consequências das quedas ocorrem em todas as faixas etárias, porém os idosos apresentam maior risco de complicações, sendo as principais: lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte.

O enfermeiro deve questionar em todas as consultas a ocorrência e frequência de quedas. Destaca-se que a visita domiciliar é também uma importante ação para identificação do risco, tendo em vista a possibilidade de observação do ambiente em que pessoa idosa vive. O Fluxograma II (p. 169) resume a consulta de enfermagem para avaliação da instabilidade postural e quedas da pessoa idosa.

### **Intervenções para prevenção de Quedas**

Os pilares da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção de quedas incluem o aumento da *conscientização* da população sobre a prevenção; a melhoria da *avaliação* dos fatores individuais, ambientais e

sociais; e a implementação de *intervenções* que visem à redução da probabilidade de cair. Sugere-se as seguintes intervenções:

- Acompanhar e orientar a adesão ao tratamento de comorbidades;
- Orientar a racionalização do uso de múltiplos medicamentos;
- Orientar a necessidade e utilização correta de dispositivos de auxílio à marcha (bengalas, andadores e cadeiras de rodas, entre outros);
- Orientar sobre a acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se o uso de escadas e banquinhos;
- Orientar a reorganização do ambiente interno à residência (não deixar fios soltos, brinquedos espalhados, escadas com corrimão; piso antiderrapantes e mobiliários bem dispostos);
- Sugerir a instalação de um diferenciador de degraus nas escadas, bem como iluminação adequada da mesma e corrimãos bilaterais para apoio;
- Orientar quanto a iluminação adequada do ambiente interno e externo da residência;
- Recomendar a retirada de tapetes, em especial, no início e no final da escada e dos degraus; caso não abra mão do uso do tapete, orientar a utilização de tapetes antiderrapantes.
- Orientar o banho sentado quando houver instabilidade postural;
- Orientar a prática de exercícios físicos regulares;
- Orientar o uso de calçados adequados;
- Orientar quanto ao risco de tropeçar/esbarrar em animais domésticos;

### 2.3. Incontinência urinária

A Incontinência Urinária (IU) pode ser definida como “a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico”. Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Os efeitos psicológicos da incontinência urinária podem levar a pessoa idosa a isolar-se socialmente, provocar erupções cutâneas na região do períneo, comprometer a cicatrização de úlceras por pressão e levar a sintomas depressivos.

Erroneamente, a incontinência urinária é considerada uma consequência normal do envelhecimento, pois em muitos casos ela é reversível. Entretanto o envelhecimento induz a mudanças funcionais e estruturais no trato urinário inferior que tornam o idoso mais suscetível ao problema, são elas: Bexiga (redução da capacidade, hiperatividade e redução da contratilidade do detrusor, aumento do volume residual); Uretra (redução da pressão de fechamento uretral); Próstata (aumento do volume); aumento da produção noturna de urina; redução da produção de estrógeno na mulher; aumento da incidência de infecções recorrentes.

A incontinência urinária pode ser classificada como Transitória (reversível) e estabelecida (persistente). A transitória é causada pela perda involuntária de urina na ausência de disfunção do trato urinário inferior. Provocada por eventos clínicos agudos, potencialmente reversíveis. Já a incontinência estabelecida refere-se a variedade não causada por comorbidades clínicas ou efeito colateral de medicamentos, que persiste ao longo do tempo. Relaciona-se aos seguintes mecanismos fisiopatológicos: hiperatividade ou hipoatividade do detrusor, alteração da pressão uretral, obstrução da saída vesical e distúrbios funcionais.

O Fluxograma III (p. 170), direciona a consulta de enfermagem para avaliação da incontinência urinária na pessoa idosa.

### Intervenções de enfermagem para idosos com Incontinência Urinária

A assistência ao idoso incontinente deve envolver a cooperação dele e o envolvimento dos familiares nas seguintes medidas a serem implementadas:

- Manter uma rotina de atividades como caminhadas, exercícios leves, contatos sociais com outras pessoas e programas de terapia ocupacional;
- Dar oportunidades frequentes para urinar (a cada 2 ou 3 horas), levando a pessoa idosa ao banheiro

ou colocando à disposição e em locais próximos, dispositivos coletores de urina, como comadres e papagaios;

- Estimular a higiene corporal e manter vestuários adequados;
- Facilitar a locomoção da pessoa idosa até o banheiro: eliminar escadas, mobílias em excesso no trajeto, retirar tapetes, colocar barras e corrimãos e melhorar a iluminação;
- Propor a elevação da altura do vaso sanitário (quando apropriado);
- Estimular o treinamento vesical: durante a urgência urinária o idoso contrai a musculatura pélvica, enquanto levanta-se ou senta-se devagar, inspirando de forma lenta, fazendo exercícios de relaxamento mental. Passada a urgência, o paciente deve caminhar lentamente para o banheiro.

## 2.4. Imobilidade

A imobilidade é definida como a incapacidade de deslocamento sem o auxílio de terceiros para os cuidados necessários às atividades cotidianas, podendo o idoso estar restrito ao leito ou a uma cadeira de rodas.

Em geral essa condição está relacionada com a imobilização prolongada, como no caso de pacientes com fraturas de fêmur, osteoartrose, deformidade plantar, úlcera plantar, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, doença pulmonar obstrutiva crônica, iatrogenia medicamentosa, demência, depressão, doença de Parkinson, isolamento social, desnutrição.

Esses fatores geram adinamias no aparelho locomotor, tais como: redução na amplitude de movimentos, diminuição da velocidade da marcha (passos lentos, movimentos dos braços diminuídos e próximos a do corpo, base de sustentação ampliada e centro de gravidade corporal adiantado em busca de maior equilíbrio). A Escala de Tinetti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, mostra-se útil para o desenvolvimento desta avaliação (BRASIL, 2010).

A imobilidade prolongada leva à deterioração funcional progressiva dos vários sistemas, muito além da senescência, podendo ocasionar a síndrome de imobilização. No Quadro 1 (p. 172) apontam-se os sistemas atingidos pela síndrome, as modificações por eles sofridas e os cuidados que o enfermeiro deverá orientar os familiares e cuidadores.

## 2.5. Fragilidade

A fragilidade é uma síndrome silenciosa e contínua, resultante do impacto de déficits em múltiplos sistemas, principalmente, nos sistemas neuroendócrino, imunológico e musculoesquelético. Como resultado, ocorre a diminuição de reservas fisiológicas e o aumento da vulnerabilidade dos indivíduos, reduzindo sua capacidade de adaptação homeostática, resultado de processo interno e progressivo exteriorizado por um fenótipo composto por cinco componentes mensuráveis: perda de peso não intencional, fadiga, redução da força e da velocidade de caminhada e baixa atividade física.

Sabe-se que pode ser uma síndrome reversível ou postergável, a partir de sua identificação precoce quando seus sinais são, ainda, pouco perceptíveis. Recentemente, Nunes et al. (2015) propuseram a avaliação de fragilidade por questões autorreferidas de seus componentes, cuja aplicação é simples, rápida e de baixo custo, sendo que ainda possibilita o rastreamento dos indivíduos em processo de fragilização, e estabelecimento de intervenções precoces apropriadas e individualizadas.

O instrumento autorreferido (Quadro 2, p. 173) considera a percepção dos idosos ou de seus informantes auxiliares/substitutos com relação aos componentes da síndrome de fragilidade. Classificam-se como pessoas “frágeis” as que pontuaram para três ou mais componentes, “pré-frágeis” os que pontuaram positivamente para um ou dois, e “não frágeis” os que não apresentaram nenhum dos componentes.

## 2.6. Incapacidade funcional

A capacidade funcional é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, constituindo-se como um paradigma e um dos principais marcadores de saúde da pessoa idosa. No entendimento da capacidade

funcional, alguns conceitos que estão interligados merecem destaque:

- *Autonomia*: liberdade para agir e tomar decisões;
- *Independência*: capaz de realizar atividades sem ajuda, sem supervisão de outra pessoa;
- *Dependência*: precisa da ajuda de outra pessoa para realizar as atividades cotidianas;

Em geral, estudos indicam que primeiramente ocorre a perda da autonomia e, posteriormente, a perda da independência funcional. Alguns fatores contribuem para redução da capacidade funcional, tais como: ter mais que 80 anos, autoavaliação negativa da saúde, histórico de internação no último ano, alterações cognitivas, déficit visual, multimorbidades, isolamento social, baixa escolaridade, baixa qualidade de vida.

A avaliação da capacidade funcional se dá por meio das Atividades de Vida Diária (AVD), que subdividem-se em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVD são atividades elementares do cotidiano e estão relacionadas ao autocuidado: alimentar-se; banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. As AIVD estão relacionadas a socialização e ao grau de autonomia do idoso: utilizar meio de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças. O grau de comprometimento para as ABVD pode ser avaliado pelo Índice de Katz, enquanto as AIVD pode ser avaliada pela Escala de Lawton.

O enfermeiro atua tanto no diagnóstico quanto nas intervenções aos idosos e cuidadores. O Fluxograma IV (p. 171) propõe uma avaliação e encaminhamentos.

## 2.7. Insuficiência familiar

A família constitui-se a principal instituição cuidadora de idosos frágeis e/ou dependentes, e deve ser reconhecida pelo enfermeiro como um suporte na prestação de cuidados e promoção/proteção da qualidade de vida.

Entretanto, a família pode contribuir ou ser um fator estressor na assistência ao idoso. Em algumas situações, os membros não se adaptam às situações de dependência e reestruturação para o cuidado do idoso, podendo ocasionar em sobrecarga dos cuidadores. Em situações de insuficiência familiar estão em destaque dois elementos: baixo apoio social e vínculo familiar prejudicado.

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve ser capaz de identificar a estrutura e funcionalidade familiar. O genograma e ecomapa são ferramentas que podem ilustrar vínculos e relações. Para avaliar a funcionalidade da família, pode ser aplicado o instrumento Apgar de Família que classifica sistemas familiares funcionais e disfuncionais.

Cuidar de outrem, seja idoso ou não, requer reestruturação na vida do cuidador, alterando costumes, rotinas, hábitos e a natureza de sua relação com o idoso. Essa mudança pode ser acompanhada por sentimentos de tensão, angústia e sobrecarga. Portanto, o enfermeiro ao avaliar o cuidador familiar deve atentar-se para a sobrecarga de trabalho, utilizando o instrumento de Avaliação de Sobrecarga dos Cuidadores de Zarit. Para avaliação básica da família, o enfermeiro deve considerar: a funcionalidade da família e as atividades cotidianas que o cuidador familiar oferece suporte.

## Intervenções de enfermagem para famílias e cuidadores de idosos

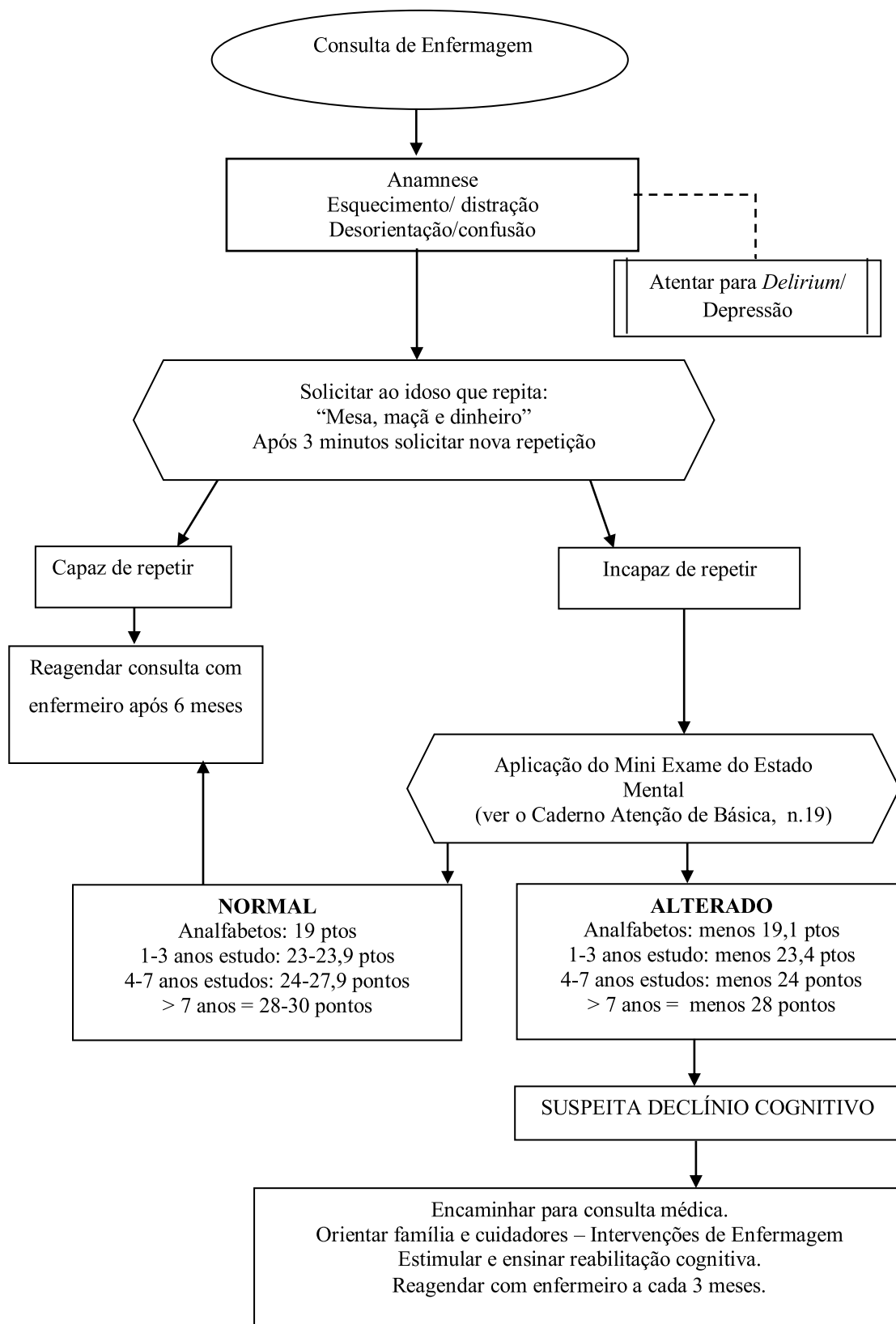
- Acompanhar a dinâmica familiar e ambiente doméstico;
- Acompanhar a evolução do estado de saúde do idoso/familiar e respectivo desenvolvimento de cuidados;
- Capacitar e avaliar constantemente familiares cuidadores como também cuidadores contratados se houver, para a execução dos cuidados diários ao paciente;
- Determinar a disponibilidade e a utilização dos sistemas de apoio e dos recursos disponíveis;
- Apoiar e ajudar o cuidador a planejar e executar mudanças;
- Apoiar a família em todos os cuidados, incluindo os cuidados na finitude.



## REFERÊNCIAS

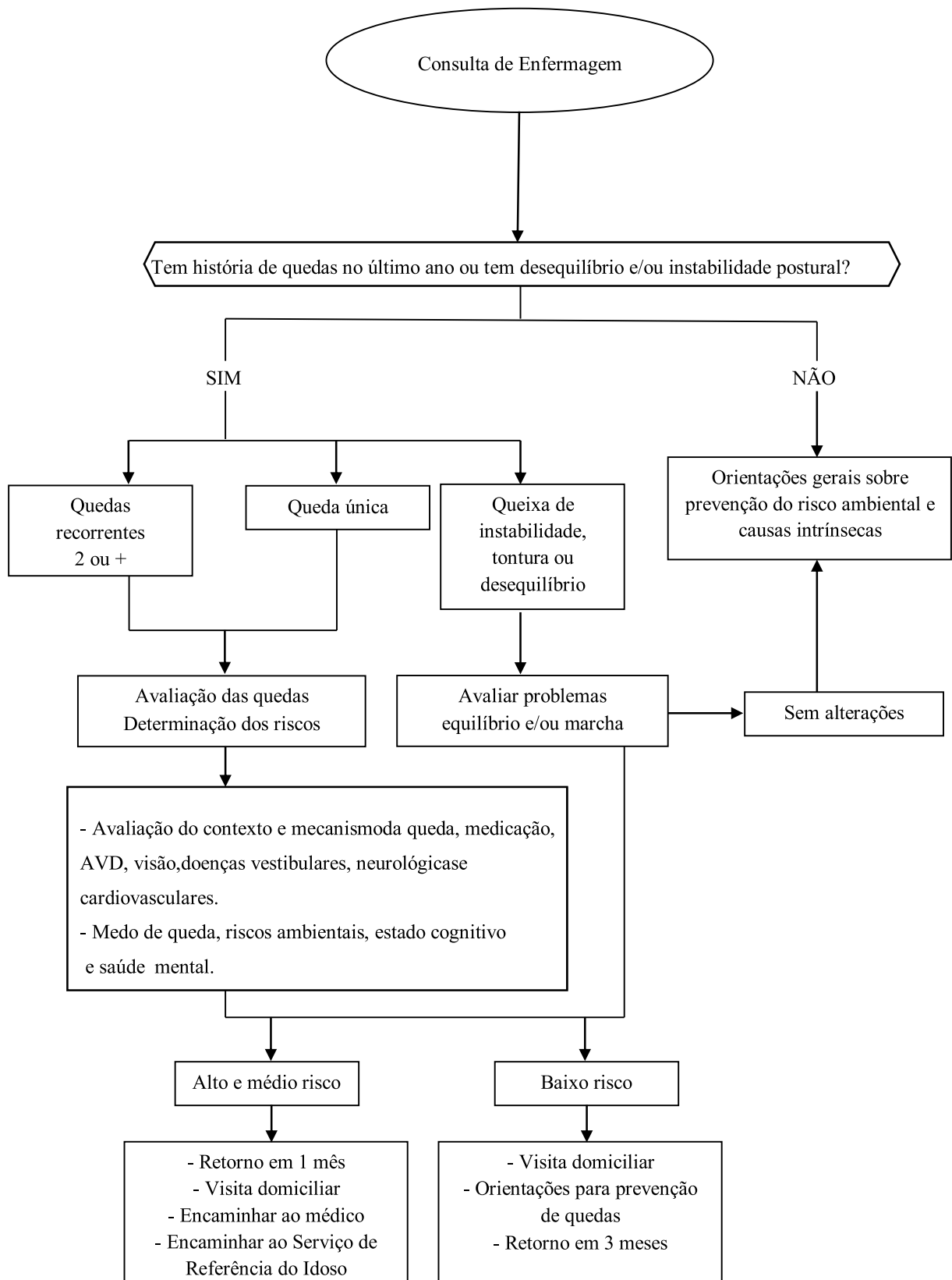
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: < [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 18 abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 18 abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, n. 113).
- CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- DUARTE, I. V. et al. Cuidados Paliativos Domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.16 n. 2, p.73-88, dez. 2013.
- FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, E. V. et.al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p.900-909.
- GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 507-518, dez. 2010.
- HEKMAN, P. R. W. O idoso frágil. In: FREITAS, E. V et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 926-929.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- MACIEL, A. C. Incontinência urinária. In: FREITAS, E. V. et al. (Org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2..ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MORAES, E. N. et al. Grandes síndromes geriátricas. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Org.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p.171-250
- NUNES, D. P. et al. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Rev Saúde Pública**, v.49, n.3, 2015.
- MINAYO, M. C. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- PAVARINI S, C. I.; NERI, A, L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- PNAD, 2013.
- SOUZA, A; et al . Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1176-1185, dez. 2015.
- SILVA, K. M.; VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.681-687, 2014.
- WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

**FLUXOGRAMA I - CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE COGNITIVA DA PESSOA IDOSA**



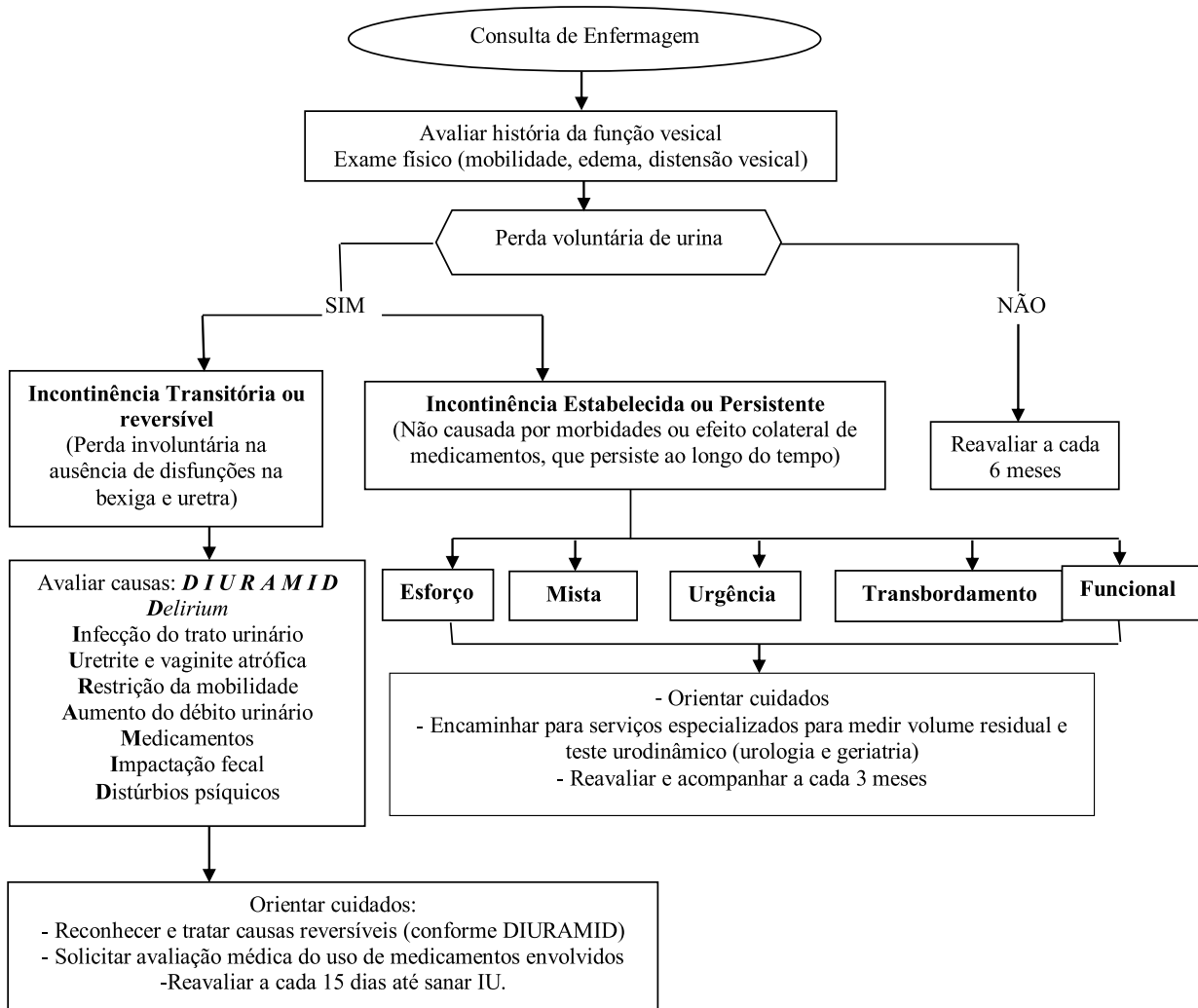
Fonte: Elaborado pelas autoras (2017).

FLUXOGRAMA II - CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO DA INSTABILIDADE POSTURAL E QUEDAS DA PESSOA IDOSA



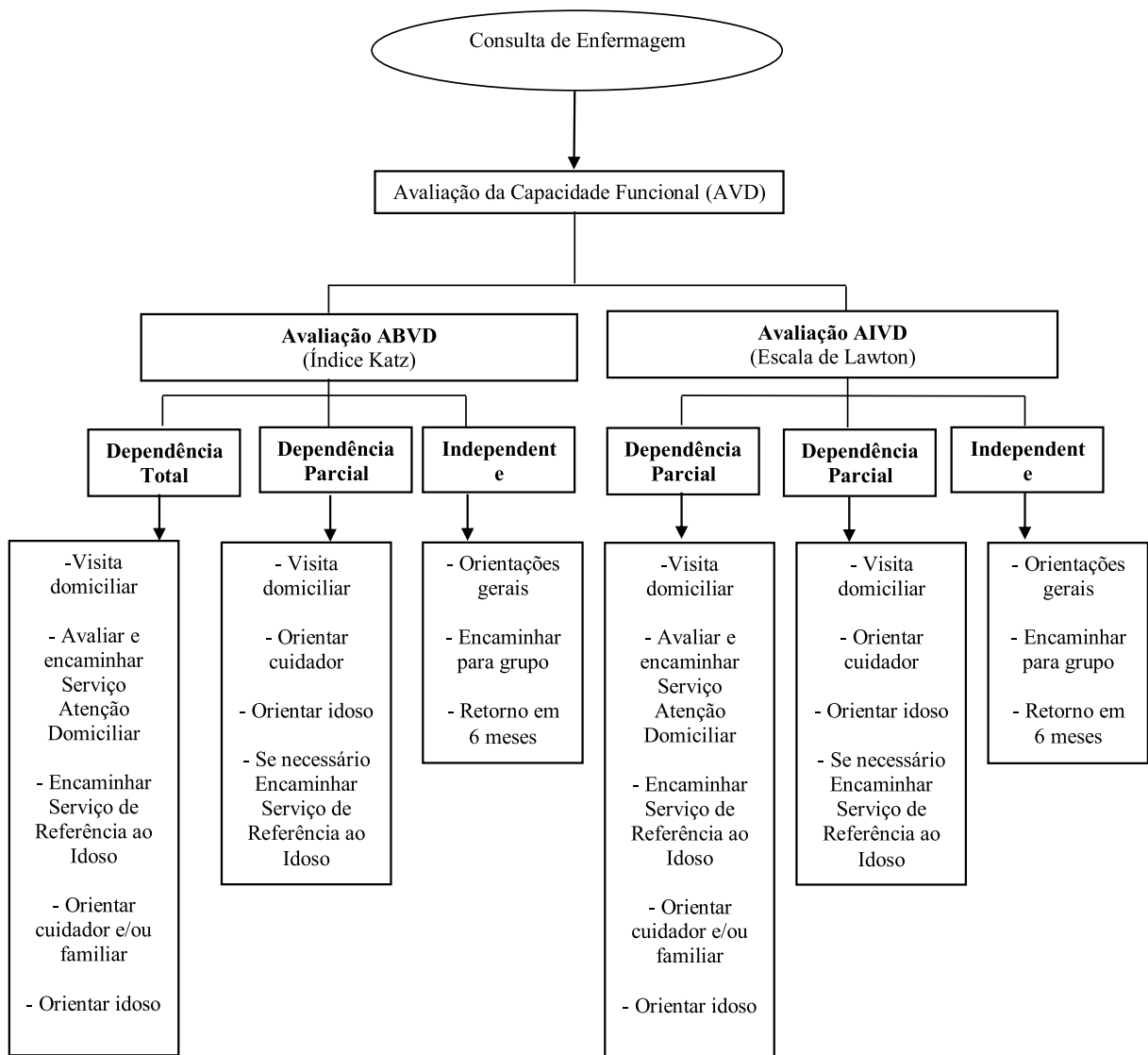
Fonte: Elaborado pelas autoras (2017).

FLUXOGRAMA III -CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DA PESSOA IDOSA



Fonte: Elaborado pelas autoras (2017).

**FLUXOGRAMA IV-CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA**



Fonte: Elaborado pelas autoras (2017).

**QUADRO 1. SISTEMAS ATINGIDOS PELA SÍNDROME DE IMOBILIZAÇÃO E CUIDADOS A SEREM ORIENTADOS A FAMILIARES E CUIDADORES.**

SISTEMAS	PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DA IMOBILIDADE	CUIDADOS
TEGUMENTAR	Lesões por pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a mudança de decúbito a cada 2 horas.</li> <li>• Proteger as proeminências ósseas com coxins.</li> <li>• Identificar áreas com hiperemia.</li> <li>• Orientar o uso de colchões confortáveis.</li> <li>• Manter a nutrição adequada.</li> <li>• Manter o idoso sentado sempre que possível</li> </ul>
	Dermatite amoniacal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a troca frequente de fraldas.</li> <li>• Observar vermelhidão na pele.</li> </ul>
CARDIOVASCULAR	Trombose venosa profunda /Embolia pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar-se para edema, rubor e calor em membros inferiores.</li> <li>• Realizar movimentação dos membros para estimular o retorno venoso.</li> </ul>
ESQUELÉTICO	Osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o idoso sentado na cadeira tomando o sol no horário até às 10 h e após às 16h, quando possível.</li> <li>• Estimular a ingestão de alimentos ricos em cálcio, como leite e derivados, ovos, feijão, sardinha, frango, verduras verde-escuras.</li> <li>• Orientar sobre prevenção de quedas.</li> </ul>
URINÁRIO	Incontinência urinária Retenção urinária Infecções urinárias recorrentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos casos de incontinência, é necessário o uso de fraldas nas mulheres, e de coletores para os homens coletores.</li> <li>• Realizar a troca frequente de fraldas.</li> <li>• Estabelecer um programa de treinamento vesical.</li> <li>• Recomendar micções em intervalos de tempo a cada duas ou três horas.</li> </ul>
MUSCULAR	Atrofias e contraturas musculares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar o idoso adequadamente no leito.</li> <li>• Orientar os familiares sobre a importância da movimentação passiva de membros superiores e inferiores.</li> </ul>
DIGESTÓRIO	Desnutrição Constipação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a ingestão de alimentos ricos em fibras e o aumento da ingestão de água.</li> <li>• Atentar para a rotina de evacuações.</li> <li>• Ensinar o cuidador a realizar massagem de impulsão do bolo fecal.</li> </ul>
RESPIRATÓRIO	Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a cabeceira do leito elevada.</li> <li>• Estimular a tosse e expectoração.</li> <li>• Atentar-se para febre.</li> </ul>

Fonte: Moraes et al. (2014).

**QUADRO 2. AVALIAÇÃO AUTORREFERIDA DE FRAGILIDADE**

COMPONENTE DA FRAGILIDADE	PERGUNTAS E RESPOSTAS
<p><b>Perda de peso</b> (Pontua-se, neste componente, o idoso que referir perda de peso superior a 3 kg)</p>	<p>Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sim, quantos quilos?</i></li> <li>- <i>Entre 1 e 3 kg</i></li> <li>- <i>Mais de 3 kg</i></li> <li>• <i>Não</i></li> </ul>
<p><b>Redução da força</b></p>	<p>Nos últimos 12 meses (último ano), o (a) Sr.(a) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sim</i></li> <li>• <i>Não</i></li> </ul>
<p><b>Redução da velocidade de caminhada</b></p>	<p>O (a) Sr.(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (há um ano)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sim</i></li> <li>• <i>Não</i></li> </ul>
<p><b>Baixo nível de atividade física</b></p>	<p>O (a) Sr.(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sim</i></li> <li>• <i>Não</i></li> </ul>
<p><b>Fadiga relatada</b> (Pontua-se neste componente, o idoso que referir “algumas vezes” ou “a maior parte do tempo”, em pelo menos uma das perguntas).</p>	<p>Com que frequência, na última semana, o(a) Sr.(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Nunca ou raramente (menos de 1 dia)</i></li> <li>• <i>Poucas vezes (1 – 2 dias)</i></li> <li>• <i>Algumas vezes (3 – 4 dias)</i></li> <li>• <i>A maior parte do tempo</i></li> </ul> <p>Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) Sr.(a) um grande esforço para serem realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Nunca ou raramente (menos de 1 dia)</i></li> <li>• <i>Poucas vezes (1 – 2 dias)</i></li> <li>• <i>Algumas vezes (3 – 4 dias)</i></li> <li>• <i>A maior parte do tempo</i></li> </ul>

Fonte: Nunes et al. (2015).





# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

Guilherme José Duarte<sup>1</sup>  
Izabel Cristina Teles Venâncio<sup>2</sup>  
Michelle da Costa Mata<sup>3</sup>  
Thaysa Zago Ázara Figueiredo<sup>4</sup>  
Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite<sup>5</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 238/2000. Fixa normas para qualificação em nível médio de Enfermagem do Trabalho e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 289/2004. Dispõe sobre a autorização para o ENFERMEIRO DO TRABALHO preencher, emitir e assinar LAUDO DE MONITORIZAÇÃO BIOLÓGICA, previsto no Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 389/2011. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades.

Resolução COFEN nº 418/2011. Atualiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de especialização técnica de nível médio em Enfermagem.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, no art. 200, remete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade sobre a Saúde do Trabalhador e ao ambiente de trabalho.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Mestre, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás.

<sup>4</sup>Enfermeira. Especialista, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestre, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador; [...] VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho

As Leis Federais nº 8.080, de setembro de 1990 e nº 8.142, de dezembro de 1990, também conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS), regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde. A Lei nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O art. 6º, da mesma Lei, inclui no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, Saúde do Trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica. O parágrafo 3º, do mesmo artigo, conceitua a Saúde do Trabalhador como:

§ 3º Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

## 2. Saúde do Trabalhador e Saúde Ocupacional

A Saúde do Trabalhador e a Saúde Ocupacional coexistem, contudo, possuem níveis de atuação distintos face ao entendimento de ambas em relação ao processo saúde-doença relacionada ao trabalho, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Características da saúde do trabalhador e da saúde ocupacional

SAÚDE DO TRABALHADOR	SAÚDE OCUPACIONAL
Campo da Saúde Pública	➤ Representada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, órgão responsável por normatizar e supervisionar a saúde e segurança.
Assiste aos trabalhadores independentes do seu vínculo empregatício	➤ Trabalhadores com vínculo empregatício, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, através das Normas Regulamentadoras – NRs
➤ Coordena os Protocolos dos Agravos à Saúde do Trabalhador. Possui um olhar além do Processo laboral	Atuação multiprofissional com a finalidade de controlar os riscos ambientais. Baseia-se no processo saúde/doença, vinculados ao serviço de perícia médica.

**Fonte:** Centro de Referência Saúde do Trabalhador/ Secretaria Estadual de Goiás, 2002.

## 3. Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), instituída pela Portaria nº 3.120/98, é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e, também, preconiza a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A VISAT tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva. Seu campo de atuação objetiva à relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas.

Na perspectiva do modelo de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e componente da vigilância em

saúde, a VISAT está inserida no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, conforme a Portaria GM/MS Nº 3.252/09.

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador estão embasadas nas Normas Regulamentadoras (NRs) e na Portaria nº 3.214/1978, que orientam as ações relacionadas com o cuidar da saúde do trabalhador a serem cumpridas obrigatoriamente pelas empresas e seus empregados.

#### **4. Atenção Básica e Saúde do Trabalhador**

As ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica estão previstas no processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, com o objetivo de integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento e a ampliação de forma articulada das ações em Saúde do Trabalhador.

Neste cenário, o Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST) atua como o ponto de atenção da rede que possui como principal atribuição o matriciamento das ações de saúde do trabalhador, por meio da rede sentinela e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se organiza a partir dos pontos de atenção, detecção e registro dos agravos relacionados ao trabalho.

#### **5. CEREST**

Instituído pela Portaria do Ministério da Saúde – MS nº 1.679/2002 e habilitado pela Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS nº 614/2006, o CEREST é um serviço do SUS e uma estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral de Saúde do Trabalhador (RENAST), com a função de retaguarda técnica e científica para os serviços do SUS nas ações de prevenção, promoção, proteção e vigilância em Saúde dos Trabalhadores.

A rede de centros de referência forma a estrutura da RENAST em caráter permanente, com o papel fundamental de consolidar a cultura de atenção integral à Saúde do Trabalhador.

As ações dos CERESTs são coordenadas pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e nas LOS nº 8.080/90, e atendem a todos os trabalhadores, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho, seja nos setores formais e informais da economia, inclusive aqueles que exercem atividades não remuneradas, em situação de desemprego involuntário.

Como orientação geral, os CERESTs não poderão assumir atividades que os caracterizem como porta de entrada para o sistema de Atenção Básica em saúde, salvo em regiões desprovidas de rede de serviços.

### **6. Principais atribuições dos CERESTs em Saúde do Trabalhador**

#### **6.1. Centros de Referências Estaduais em Saúde do Trabalhador - CEREST Estadual:**

- Participar na elaboração e na execução da Política de Saúde do Trabalhador no Estado;
- Participar do planejamento das Ações em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual;
- Acompanhar e auxiliar no Planejamento dos CEREST Regionais, respeitando a autonomia e a realidade regional;
- Estruturar o Observatório Estadual de Saúde do Trabalhador;
- Estimular, prover subsídios e participar da pactuação para definição da Rede Sentinela de Serviços em Saúde do Trabalhador no Estado;
- Contribuir para as ações de Vigilância em Saúde, com subsídios técnicos e operacionais para a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária.

#### **6.2. Centros de Referências Regionais em Saúde do Trabalhador - CEREST Regional:**

- Atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra e intersetorial de Saúde do Trabalhador;

- Realizar e auxiliar na capacitação da rede de serviços de saúde, mediante organização e planejamento de ações em Saúde do Trabalhador em nível local e regional;
- Ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar e, quando necessário, em conjunto com técnicos do CEREST Estadual;
- Apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória.o trabalho;
- Prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência;
- Prover suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, de intervenções em ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e aos serviços de vigilância municipal e/ou estadual;
- Prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em sua área de abrangência.

\*O texto na íntegra relacionado as atribuições dos CERESTs Estaduais e Regionais, pode ser consultado na Portaria nº 1679/ GM, de 19 de setembro de 2002.

## 7. A equipe de saúde do trabalhador e as ações básicas realizadas pelos profissionais

**Quadro 2.** Profissionais que compõem a equipe de saúde do trabalhador e suas respectivas formações e funções.

EQUIPE DE SAÚDE DO TRABALHADOR		
PROFISSIONAL	FORMAÇÃO	FUNÇÃO
<b>Enfermeiro do trabalho</b>	Profissional portador de certificado de conclusão de curso de especialização em enfermagem do trabalho, em nível de pós-graduação.	Tem dentre as suas atribuições: Programar e realizar ações de assistência básica e de Vigilância à Saúde do Trabalhador; realizar investigações em ambientes de trabalho e juntamente ao trabalhador em seu domicílio; notificar acidentes e doenças do trabalho, dentre outros.
<b>Técnico em Enfermagem do Trabalho</b>	Profissional portador de certificado de conclusão de curso de Técnico em Enfermagem do Trabalho, com título de especialização técnica	Realizam dentre outras atribuições: Acompanhar, por meio de visita domiciliar, os trabalhadores que sofreram acidentes graves e/ou os portadores de doença relacionada ao trabalho; participar do Planejamento das atividades educativas em Saúde do Trabalhador.
<b>Técnico de Segurança do Trabalho</b>	Profissional portador de certificado de conclusão de curso de Técnico de Segurança do Trabalho, ministrado no País em estabelecimento de ensino de 2º grau;	Informar os trabalhadores sobre os riscos da sua atividade, bem como as medidas de eliminação e neutralização; realizar Parecer Técnico; analisar os métodos e os processos de trabalho e identificar os fatores de risco de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho e a presença de agentes ambientais agressivos ao trabalhador.

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017) baseado nas referências consultadas.

O Quadro 3 (p. 183) aborda as principais ações de saúde do trabalhador na atenção básica.

## 8. Ações em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde

As propostas de ações apresentadas a seguir deverão ser desenvolvidas pela rede básica municipal de saúde, quer ela se organize em equipes de Saúde da Família, em Agentes Comunitários de Saúde e/ou em centros/postos de saúde.

Não devem ser compreendidas como um checklist, pois devem ser discutidas e adaptadas em função da dinâmica de trabalho dos grupos de profissionais que atuam na atenção básica no nível municipal de saúde.

## 9. Atribuições gerais da equipe de saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde

Na atenção básica, a equipe de saúde do trabalhador deve identificar e registrar:

- A população economicamente ativa, por sexo e faixa etária;
- As atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente;
- Os integrantes das famílias que são trabalhadores (ativos do mercado formal ou informal, no domicílio, rural ou urbano e desempregados), por sexo e faixa etária;
- A existência de trabalho precoce (crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independentemente de remuneração, que frequentem ou não as escolas);
- A ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho;
- Organizar e analisar os dados obtidos em visitas domiciliares realizadas pelos agentes e membros das equipes de saúde da família;
- Incluir o campo ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças acima de 5 anos, adolescentes e adultos;
- Desenvolver programas de educação em Saúde do Trabalhador.

## 10. Acidente de Trabalho

O termo “acidentes de trabalho” refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como no informal de trabalho. São também considerados como acidentes de trabalho aqueles que, embora não tenham sido causa única, contribuíram diretamente para a ocorrência do agravo. São eventos agudos, podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

Arranjo físico inadequado do espaço de trabalho, falta de proteção em máquinas perigosas, ferramentas defeituosas, possibilidade de incêndio e explosão, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, pressão da chefia por produtividade, ritmo acelerado na realização das tarefas, repetitividade de movimento, extensa jornada de trabalho com frequente realização de hora-extra, pausas inexistentes, trabalho noturno ou em turnos, presença de animais peçonhentos e presença de substâncias tóxicas nos ambientes de trabalho, estão entre os fatores mais frequentemente envolvidos na gênese dos acidentes de trabalho.

Tradicionalmente, os riscos presentes nos locais de trabalho são classificados em:

**Riscos físicos** – São aqueles que se apresentam sob forma de energia: ruído, vibração, calor, frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressões anormais, radiação etc.;

**Riscos ou agentes químicos** – Substâncias químicas tóxicas, presentes nos ambientes de trabalho nas formas de gases, fumo, névoa, neblina e/ou poeira;

**Riscos ou agentes biológicos** – São formas vivas ou produtos e substâncias deles derivados, como: bactérias, fungos, parasitas, vírus etc.;

**Risco Ergonômico** – Levantamento e transporte manual de peso, repetitividade, responsabilidade, ritmo excessivo, posturas inadequadas de trabalho, trabalho em turnos e noturno e outras situações geradoras de estresse físico e/ou psíquico;

**Risco de acidentes** – Arranjo físico inadequado, iluminação inadequada, incêndio e explosão, eletricidade, máquinas e equipamentos sem proteção, quedas e animais peçonhentos e outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes. Os principais acidentes que ocorrem com os profissionais da saúde nas unidades básicas são de trajeto, com material perfurocortante contaminado e alergias às substâncias químicas utilizadas na desinfecção.

**Acidentes fatais** – É aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não. Devem gerar notificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal, acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa, que deverá fazê-la até 24 horas após a ocorrência do evento.

**Acidentes graves** – É aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante. Acidentes com trabalhador menor de 18 anos independentemente da gravidade.

Os procedimentos a serem tomados em caso de acidente de trabalho estão resumidos no Fluxograma I (p. 181).

## 11. Doenças relacionadas ao trabalho

As doenças do trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Também são consideradas as doenças provenientes de contaminação acidental no exercício do trabalho e as doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho realizado.

Algumas doenças do trabalho são consideradas pelo Ministério da saúde como prioridades para notificação e investigação epidemiológica, são elas: Pneumoconioses; Silicose; Asbestose; Asma ocupacional; Perda auditiva induzida por ruído; Lesão por esforço repetitivo/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (LER/DORT); Intoxicações Exógenas; Dermatoses ocupacionais; Distúrbios mentais do trabalho. Ressalta-se que cada estado ou município tem autonomia para a inclusão de outras doenças, em função de suas específicas necessidades regionais e locais.

Os procedimentos a serem adotados frente a diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho pelo nível local de saúde, estão esquematizados no Fluxograma II (p. 182).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 63 p. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/genero/s00b.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

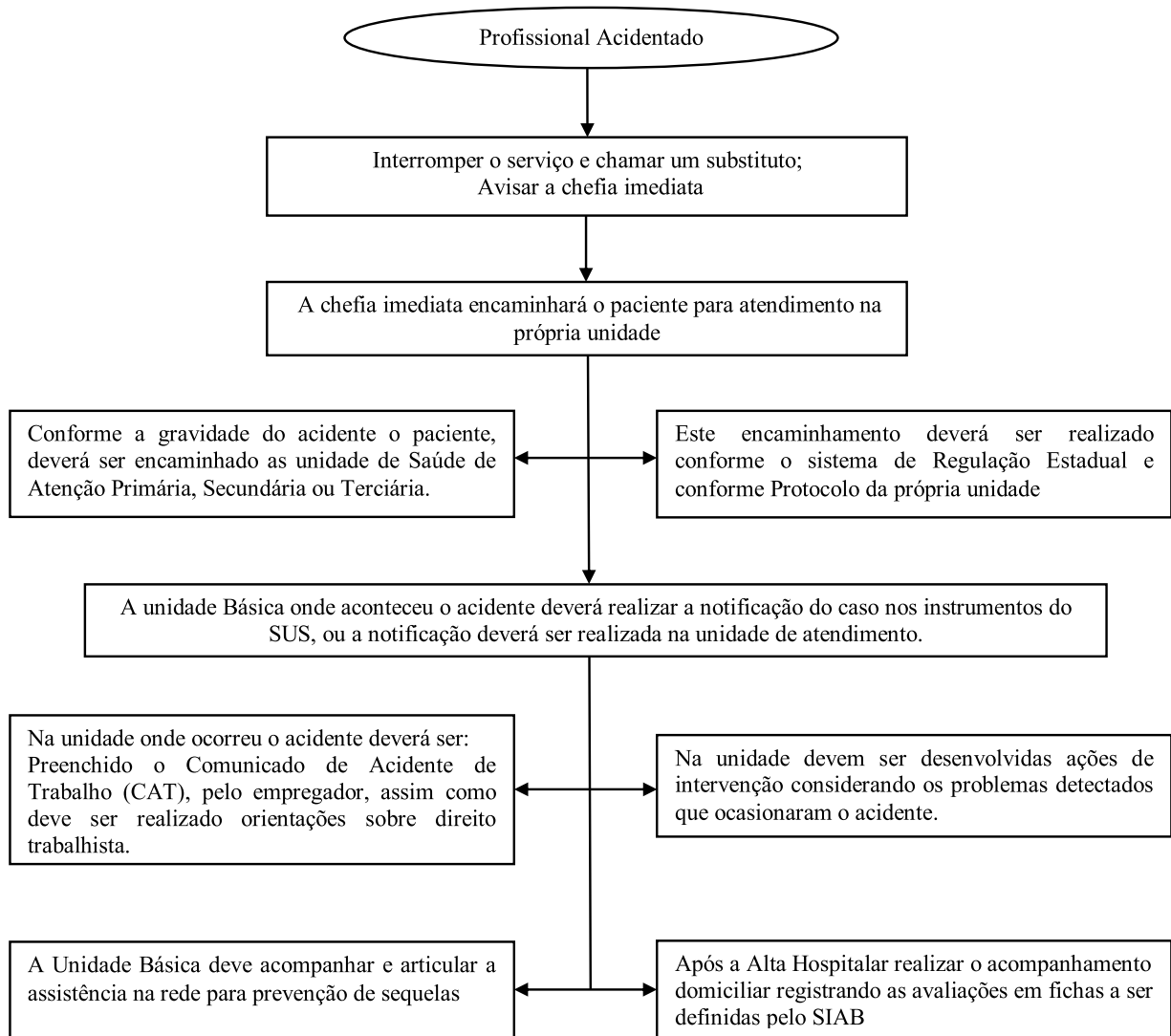
\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437\\_07\\_12\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 84 p.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n.1, p. 85-100, jan.-mar. 2011. doi: 10.5123/S1679-49742011000100010

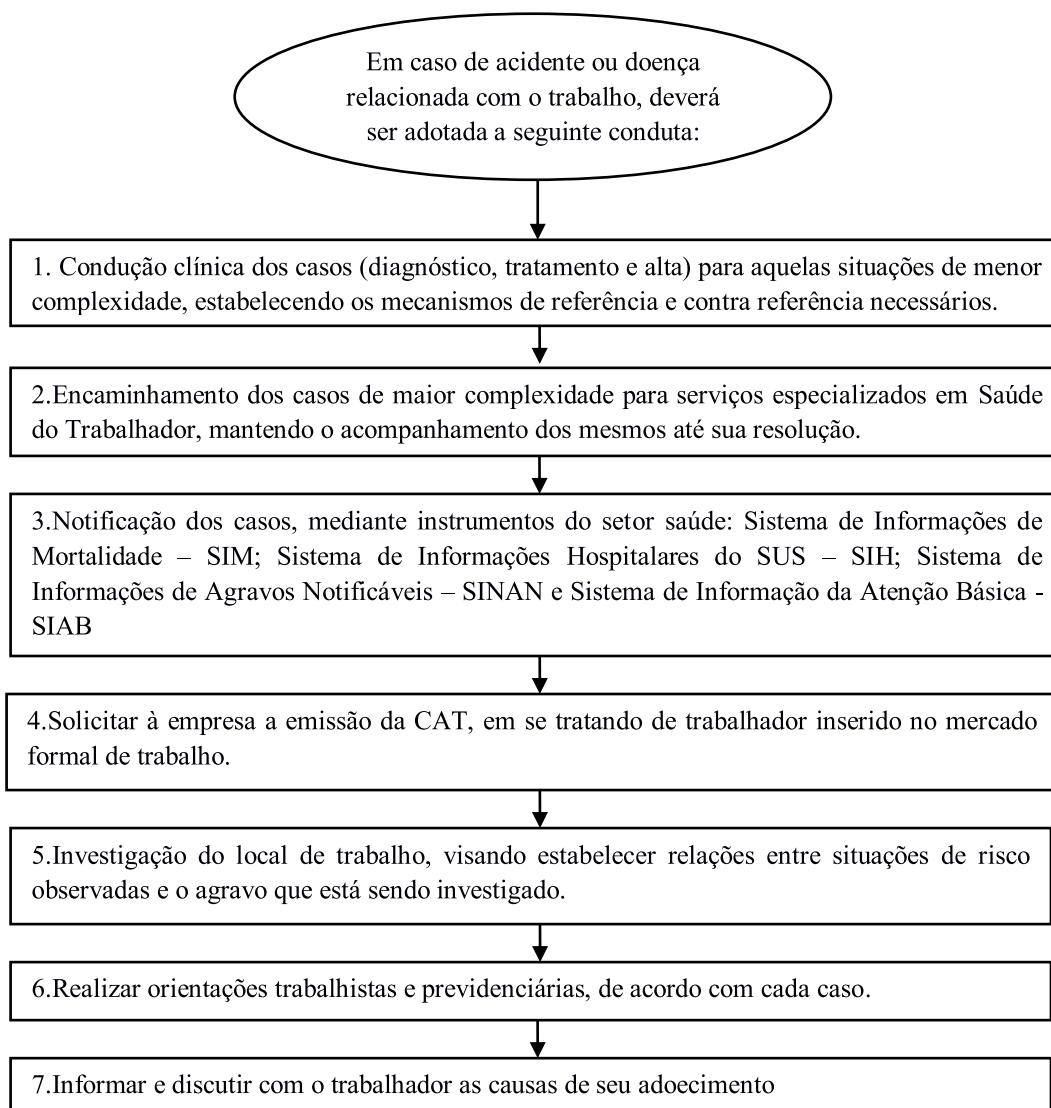
MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. Belo Horizonte, 2011.

### FLUXOGRAMA I - PROCEDIMENTO NO ACIDENTE DE TRABALHO



**Fonte:** Autores deste protocolo (2017) baseado nas referências consultadas.

**FLUXOGRAMA II - PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS FRENTE A DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO PELO NÍVEL LOCAL DE SAÚDE**



**Fonte:** Autores deste protocolo (2017) baseado nas referências consultadas.



**QUADRO 3. AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA**

ÁREA	AÇÕES
<p><b>Assistência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho, de modo articulado com outros programas de saúde específicos para grupos populacionais (mulheres, crianças, idosos, portadores de necessidades especiais, etc.).</li> <li>• Coleta sistemática da história ocupacional para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho.</li> <li>• Referência e contrarreferência para níveis mais complexos de cuidado</li> <li>• Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes.</li> </ul>
<p><b>Vigilância da Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanitária</li> <li>• Epidemiologia</li> <li>• Ambiental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartografia das atividades produtivas no território.</li> <li>• Identificação e cadastro dos trabalhadores.</li> <li>• Vigilância das condições e dos ambientes de trabalho – Vigilância Sanitária.</li> <li>• Busca ativa de casos de doença relacionada ao trabalho – Vigilância Epidemiológica.</li> <li>• Identificação da necessidade e participação nos processos de Regulação.</li> <li>• Referência e contrarreferência para níveis mais complexos de cuidado.</li> </ul>
<p><b>Informação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores.</li> <li>• Alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)</li> </ul>
<p><b>Produção de Conhecimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho que necessitam ser investigadas ou estudadas.</li> <li>• Participação em Projetos e Estudos.</li> </ul>
<p><b>Atividades Educativas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos etc.</li> <li>• Educação permanente.</li> <li>• Produção e divulgação de material educativo.</li> </ul>
<p><b>Controle Social</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações.</li> <li>• Discussão da organização dos processos produtivos e de suas consequências sobre a saúde e o ambiente.</li> </ul>

Fonte: Secretaria Estadual de Minas Gerais/Belo Horizonte (2011).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Elizabeth Esperidião<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Camila Cardoso Caixeta<sup>2</sup>

Edilene Lima Vianey<sup>3</sup>

Maria Salete Silva Pontiere Nascimento<sup>4</sup>

Nathália dos Santos Silva<sup>5</sup>

Paula Cândida da Silva Dias<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.

Resolução COFEN nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

O Protocolo de Enfermagem na atenção à saúde mental visa nortear as ações do enfermeiro que atua no contexto da área da Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, especialmente no Estado de Goiás. Elaborado

<sup>1</sup>Enfermeira e Psicóloga, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>2</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>3</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GOIÁS).

<sup>4</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GOIÁS).

<sup>5</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem, Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

<sup>6</sup>Enfermeira, Mestre, Doutoranda em Enfermagem, Escola de Ciências sócias e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GOIÁS).

a partir das políticas públicas de saúde, mas com ênfase na Política Nacional de Saúde Mental, ele apresenta a configuração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), segundo a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. O protocolo também elenca algumas ferramentas do cuidado e as atribuições do enfermeiro e destaca a importância da enfermagem nas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), procurando nortear as ações, incluindo a atenção a crises e urgências em saúde mental.

A adoção de um Protocolo em Saúde Mental configura-se como um desafio, visto que implica discutir práticas e crenças muitas vezes cristalizadas entre as pessoas em geral e, também, entre os próprios profissionais de saúde. Além de reconhecer a plasticidade do cuidado, muitas vezes influenciado pelas mudanças nas políticas públicas de saúde e pelas particularidades da Rede Assistencial nos vários municípios.

## **2 O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

A Lei nº 10.216/2001 traz um marco importante para a área da saúde mental no Brasil, pois redireciona as ações da assistência especializada, na medida em que privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe, ainda, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e com os dependentes de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

A referida lei, legitima a Política Nacional de Saúde Mental e tem, entre as suas diretrizes centrais, a desinstitucionalização, com a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos; a expansão e consolidação da RAPS; a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; a atenção integral ao usuário; a implantação de um programa permanente de formação de profissionais para Reforma Psiquiátrica; a promoção dos direitos de pacientes e familiares e por fim a implantação de um programa de geração de renda e trabalho de usuário (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

Quando se trata do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, destaca-se a Portaria nº 1.028/GM/MS, de 1º de julho de 2005, que aborda ações com vistas à redução de danos sociais e à saúde. Trata-se de ações de saúde dirigidas aos usuários que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso de álcool e outras drogas, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. Assim, a redução de danos define as ações que contemplem medidas de atenção integral à saúde respeitando as necessidades do público-alvo e da comunidade, incluindo informação, educação, aconselhamento, assistência social e à saúde com disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção do HIV/Aids e das Hepatites.

É importante reconhecer que a complexidade da atenção em saúde mental só pode ser atendida se houver articulação efetiva entre dispositivos de saúde e serviços sociais existentes na comunidade, seguindo a lógica da atenção territorial, na perspectiva da inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

Nesta perspectiva, a enfermagem é uma categoria profissional essencial na construção de vários espaços de cuidado. Assim, na constituição da equipe mínima para atuar nos diversos pontos de atenção da RAPS, o enfermeiro é profissional obrigatório, pois a sua formação contempla competências humanísticas e integrais para o trabalho no território, com foco no cuidado à pessoa e suas relações num determinado contexto.

## **3 A CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)**

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), segundo a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde; II - atenção psicossocial especializada; III - atenção de urgência e emergência; IV - atenção residencial de caráter transitório; V - atenção hospitalar; VI - estratégias de desinstitucionalização e; VII - reabilitação psicossocial (Figura 1, p. 197).

Considerando que a Atenção Básica é um componente da RAPS, espera-se que os enfermeiros da Atenção Básica voltem também suas ações para o cuidado em saúde mental e articulem com outros profissionais e serviços respostas resolutivas no próprio território. Neste aspecto, em especial, recomenda-se o estudo do Caderno de Atenção Básica, número 34, publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde, que aborda o cuidado em

saúde mental.

Em todos os componentes preconizados pelas RAPS estão previstas equipes multiprofissionais em que o enfermeiro é integrante essencial das equipes mínimas. Portanto, ainda que o enfermeiro tenha um importante papel neste cenário, é fundamental que todos tenham competências mínimas para o acolhimento das demandas relativas à área em saúde mental, com atenção à necessária articulação dos diversos pontos estabelecidos na rede com os demais equipamentos existentes no território.

No Estado de Goiás, além dos serviços previstos na RAPS, existem ambulatórios, prontos-socorros e outros setores que também prestam atendimento em saúde mental.

Destaca-se que a eficiência da RAPS e de outros dispositivos de saúde ou sociais existentes no território, está ligada diretamente com a real articulação entre eles, implicando diretamente na competência dos profissionais e gestores em compreender sistemas de regulação e conexões entre serviços, de forma a operacionalizar as possibilidades da rede assistencial para atender os usuários, em atenção aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que a atenção em saúde mental é singular e dinâmica, sugere-se a utilização do Fluxograma I (p. 196) para atender os usuários, recomendando-se sua adequação para a realidade dos serviços no contexto dos municípios.

## **4 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL**

Falar das atribuições do enfermeiro em saúde mental, significa falar do seu fazer profissional nos vários espaços do cuidado, seja voltado especialmente aos serviços da RAPS ou em qualquer outro dispositivo de saúde do SUS. Entretanto, serão salientadas neste item as ações esperadas para os serviços especializados em saúde mental.

### **Realizar Acolhimento**

O acolhimento tem por objetivo oferecer escuta diferenciada que possibilita a ressignificação de sentimentos, observação de sinais e sintomas, bem como as condições familiares e sociais para as intervenções necessárias; receber o usuário acolhendo a sua demanda e contribuindo para a sua integração ao grupo e a unidade; informar sobre a dinâmica do serviço, o tratamento e a forma de cuidar e também esclarecer dúvidas; identificar necessidades e potenciais do sujeito para facilitar a definição de um projeto terapêutico inicial, personalizado e efetivo.

Realizar o acolhimento voltado às necessidades e demandas do usuário favorece a formação de vínculo, aspecto fundamental para que o cuidado oferecido pelo profissional seja significativo para o usuário. Se em uma primeira conversa, a equipe da unidade de saúde proporcionar um espaço de escuta ao usuário e sua família, ela contribuirá para que ambos se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias. Dessa forma, demonstra que o serviço está disponível para acolher, acompanhar ou, se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

Esta perspectiva na atenção possibilita ao profissional conhecer as demandas e necessidades de saúde da população e de seu território, trazendo elementos para que a equipe de saúde crie recursos de cuidado, individuais e coletivos, de acordo com a avaliação do que for mais necessário ao acompanhamento e suporte dos usuários de sua comunidade.

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

Para a implementação do Processo de Enfermagem é imprescindível que o enfermeiro conheça a Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem, em ambientes, públicos ou privados, onde ocorre o cuidado do profissional de Enfermagem, sinalizando o que é privativo do enfermeiro e das contribuições da equipe de enfermagem neste quesito.

A consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro é essencial para subsidiar a construção e implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta de cuidado comum a todos os serviços de saúde mental.

O PTS é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas entre si, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão da equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário e que deve envolver a participação do usuário e sua família, no sentido de corresponsabilização pelo seu tratamento e de serem protagonistas nesse processo. É bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando aspectos que vão além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação prescrita. Valoriza-se a autonomia do usuário, definindo prioridades a serem alcançadas, de acordo com sua capacidade de realizar atividades do cotidiano, auxiliando-o na (re)construção de espaços sociais e afetivos. É, portanto, uma ação conjunta em que toda a equipe expressa seu conhecimento específico e multidisciplinar para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas e ações.

Recomenda-se utilizar a denominação Projeto Terapêutico Singular, em substituição à terminologia também conhecida como Projeto Terapêutico Individual, pois destaca que pode ser elaborado para grupos ou famílias e não somente para indivíduos, além de ressaltar que busca a singularidade e a diferença como elementos centrais de articulação, na direção contrária dos processos diagnósticos, que de um modo geral tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças.

A seguir, aponta-se, como sugestão, algumas orientações para a realização da consulta de enfermagem e a construção do PTS.

1. Escolher espaço que possua recursos físicos e materiais para a realização da consulta de enfermagem, com iluminação e ventilação adequadas;
2. Preparar o ambiente acolhedor (livre de ruídos, propício para a escuta, privacidade);
3. Apresentar-se ao usuário e convidá-lo para a consulta de enfermagem. Cabe ao enfermeiro avaliar a necessidade da presença de um familiar ou pessoa que possua vínculo para acompanhar a consulta. Neste caso, é importante primeiramente ouvir o usuário e dar espaço para que possa se expressar;
4. Iniciar a entrevista de forma não diretiva, permitindo a livre expressão do usuário e seu acompanhante;
5. Após a exposição inicial do usuário ou acompanhante, o enfermeiro deve assumir um papel mais ativo na condução da entrevista, observando sinais da sua comunicação não-verbal, que geralmente trazem elementos importantes para serem considerados no PTS. Vale destacar que, a avaliação psiquiátrica começa antes mesmo da entrevista, com a observação criteriosa do comportamento do usuário, sua expressão facial e corporal, traços, e outros detalhes que julgar serem pertinentes.
6. Realizar o Processo de Enfermagem que compreende 5 etapas (Resolução COFEN nº 358/2009, BRESSAN, 2013).

**1ª etapa – Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem).** Esta primeira etapa consiste na realização da anamnese/entrevista, dos exames psíquico e físico, da compreensão da rede de apoio familiar/social e dos comentários/observações do enfermeiro. A entrevista é a fase inicial e a primeira e melhor oportunidade do usuário dizer como percebe o seu estado de saúde. Propicia a compreensão de como a pessoa é, como ela e a família enfrentam o processo saúde-doença, suas perspectivas em relação ao cuidado e como podem participar do plano de cuidados que será estabelecido pelo enfermeiro. Para isto, mais do que um diálogo organizado, a entrevista exige habilidades de comunicação terapêutica, de escuta para entender e explorar os dados reconhecendo este momento como uma oportunidade de estabelecer vínculo.

A anamnese/entrevista é composta por vários itens que exploram a sequência de fatos importantes sobre a situação atual ou pregressa do indivíduo (CHENIAUX, 2008). Inclui a identificação, queixa principal, história da doença atual, história patológica pregressa, história social, história familiar, uso de álcool e drogas (padrões e contexto de uso, necessidades e nível de autonomia), padrão do sono, funcionamento intestinal e urinário, hábitos alimentares, hidratação, atividades de vida diária (AVD), atividade instrumentais de vida diária (AIVD), relacionamento social, atividade física, de recreação e lazer, relacionamento afetivo, aspectos da sexualidade, informação sobre sua condição e tratamento (CHENIAUX, 2008; TOWNSEND, 2002).

É fundamental que o enfermeiro registre os relatos dos usuários e familiares, atentando para sentimentos, sensações, atitudes, história de vida, itinerário terapêutico, desejos e perspectivas de vida. Tais elementos constituem-se importantes fatores para a construção do PTS, assim como maior eficiência na continuidade do cuidado.

O exame psíquico abrange dados referentes a avaliação das funções psíquicas, encontrando-se na literatura vários instrumentos norteadores para tal avaliação. Chama-se a atenção para a observação atenta da fala do indivíduo, seu comportamento durante a entrevista, os dados trazidos por ele durante a consulta, memória, orientação e presença de delírios e/ou alucinações.

Também o exame físico da pessoa com transtorno mental e/ou usuário de álcool e outras drogas, quando realizado de forma adequada e respeitosa pelo profissional, pode ser uma forma de aproximação afetiva e criação de vínculo (DALGALARRONDO, 2008).

Encontram-se acessíveis na literatura vários modelos de instrumentos para a coleta de dados, traduzidos, adaptados e validados, que podem ser utilizados pelos enfermeiros com o objetivo de avaliar aspectos relevantes do usuário/família/território.

Espera-se ainda que, nesta etapa, o enfermeiro faça seus comentários deixando suas impressões e observações, considerando que podem surgir informações preciosas de situações percebidas, como o relacionamento entre o usuário e sua família, comportamentos e atitudes manifestados. Vale destacar que as impressões ou sentimentos do profissional podem ser produto de muitos fatores, tais como sua experiência clínica, aspectos transferenciais e contratransferenciais, valores pessoais e preconceitos que, inevitavelmente, permeiam a prática profissional.

Na coleta de dados, o Genograma e o Ecomapa são instrumentos que facilitam a avaliação da estrutura familiar, pois são fontes ricas de informação. Através deles é possível ter uma rápida visão da complexidade das relações familiares, de forma sucinta, para o planejamento de estratégias (BOUSSO; ANGELO, 2010).

O Genograma favorece o mapeamento dos membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, fornecendo bases para a discussão e análise das interações familiares. Também faz com que a própria família identifique quais os membros que a integram e as relações estabelecidas entre si (NASCIMENTO, ROCHA, HAYES, 2005). O Ecomapa, por sua vez, é um diagrama das relações entre a família e a comunidade. Representa ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos de um determinado momento do ciclo vital da família, sendo, portanto, dinâmico na medida em que houver modificação ao longo do tempo. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade necessita de maior investimento da enfermagem em intervenções que auxiliam na busca por mais conexões ou estabilizações das relações (ROCHA, NASCIMENTO, LIMA, 2002).

**2ª etapa – Diagnóstico de Enfermagem.** Inclui a análise dos dados coletados, através avaliação de problemas identificados, para levantar as necessidades do usuário e da sua família. Estas informações auxiliam na seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados pelo usuário/equipe/família no território. O enfermeiro tem autonomia para escolher a taxonomia que entender mais adequada para pensar o processo de enfermagem.

**3ª etapa – Planejamento de enfermagem.** Nesta etapa, identificam-se as intervenções necessárias, sendo importante discuti-las com a equipe multiprofissional, usuário e família para o alcance dos resultados que se espera alcançar, pois irão compor o PTS. A proposta terapêutica ou prescrição de enfermagem é composta por intervenções ou ações que serão desenvolvidas pelo enfermeiro ou pela equipe de enfermagem, em perfeita articulação com a equipe de saúde mental. Destaca-se que as ações devem ser pensadas no âmbito individual, familiar e comunitário, lembrando que, na perspectiva do modelo de atenção psicossocial, todos os equipamentos sociais do território devem ser considerados no planejamento das ações.

As intervenções propostas pelo enfermeiro devem ser individuais e grupais, tendo como objetivos o fortalecimento de vínculo enfermeiro-indivíduo-família-equipe; oferecer apoio/suporte, proporcionar mais autonomia ao usuário e sua família, orientar quanto ao tratamento, monitorar e intervir em sinais e sintomas psíquicos e efeitos colaterais da medicação, estimulá-los a buscar novas alternativas de manejo e apoio na rede social, visando diminuir a sobrecarga e nível de sofrimento da família, além de estimular a socialização e a troca

de experiências (STUART, LARAIA; 2001).

**4ª etapa – Implementação.** Compreende a realização das ações propostas no PTS que foram planejadas nas etapas anteriores. No campo da Saúde Mental, os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, devem ser contemplados, sendo altamente recomendável que os principais dispositivos comunitários do território sejam acionados (BRASIL, 2013).

**5ª etapa – Avaliação de Enfermagem.** Processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa e família para determinar se o resultado das ações ou intervenções do PTS foi alcançado. Vale destacar que o aprazamento das ações e avaliações em Saúde Mental deve ser ampliado, considerando as características do adoecimento psíquico. Também, é fundamental que os profissionais de enfermagem façam o registro sistemático, organizado e completo das suas ações, sejam elas realizadas individualmente ou em conjunto com os outros profissionais da equipe. O registro deverá ser feito tanto no prontuário do usuário, quanto nos instrumentos estabelecidos para alimentar Sistemas de Informações do SUS.

## 5. PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A concepção do trabalho de enfermagem em saúde mental está pautada no modelo humanista em que as funções do enfermeiro estão baseadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda a pessoa a enfrentar as pressões e dificuldades do cotidiano, além da capacidade de assisti-la, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido para o sofrimento mental (VILELA; MORAES, 2008).

Neste aspecto, é importante resgatar a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, que enfoca o potencial terapêutico do relacionamento de pessoa-para-pessoa oferecendo subsídios no empreendimento das ações do enfermeiro. Contribuições não menos importantes são defendidas por Joyce Travelbee, que também discute o relacionamento interpessoal no exercício profissional do enfermeiro. Ambas as teorias trazem aspectos que dão suporte para o desenvolvimento de uma metodologia de cuidado ao usuários e suas famílias, na perspectiva do modelo de atenção psicossocial.

Assim o enfermeiro deve, juntamente com a equipe multiprofissional e nos diversos dispositivos de atenção, garantir ao indivíduo e sua família boas condições de saúde física e mental, permitindo mecanismos de enfrentamento das adversidades, da dor e do sofrimento que determinadas ocasiões impõem. Neste sentido, seu processo de trabalho deve ser contemplado por ações gerenciais e administrativas, ações educativas e ações assistenciais.

### Ações gerenciais e administrativas

- Planejar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem aos usuários do CAPS;
- Participar/coordenar dos programas de saúde implantados na unidade;
- Participar do planejamento, execução e avaliação dos programas de educação em saúde;
- Integrar-se no sistema de referência e contrarreferência visando assegurar a continuidade de assistência ao usuário de forma corresponsabilizada;
- Notificar os casos suspeitos e/ou confirmados de agravos a saúde;
- Elaborar relatórios e boletins das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem;
- Supervisionar a limpeza e desinfecção dos materiais da unidade;
- Zelar pelo bom uso dos materiais de consumo, visando o uso racional;
- Zelar pelos bens patrimoniais da unidade;
- Cumprir e fazer cumprir normas de biossegurança;
- Prever o material de consumo para as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem;
- Elaborar escala de serviço e atribuições diários do pessoal de enfermagem da sua supervisão;
- Participar diariamente do repasse juntamente com a equipe de enfermagem;



- Atribuir tarefas à equipe de Enfermagem, conforme a situação;
- Coordenar reuniões com a equipe de Enfermagem;
- Coordenar, supervisionar e avaliar as ações da equipe de enfermagem nas atribuições técnicas, pertinentes ao serviço para manter os padrões desejáveis de assistência aos usuários.

### Ações educativas

- Participar dos programas de educação continuada e educação permanente visando a atualização em relação aos avanços técnicos e científicos requeridos pela profissão;
- Realizar atividades educativas, sejam de orientação individual e/ou em grupos;
- Participar na elaboração de normas, instruções e rotinas específicas para padronização de procedimentos e racionalizar trabalhos, controlando sua aplicação;
- Participar das atividades de prevenção, controle de infecções e acidentes de trabalho;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto à implantação das atividades da unidade de saúde e da assistência a ser prestada;
- Planejar e desenvolver capacitação sistemática em serviço, para a equipe de enfermagem ou quando for solicitado pelos gestores, a fim de aprimorar e melhorar o padrão de assistência prestada;
- Atualizar periodicamente as rotinas de enfermagem;
- Participar da elaboração dos programas de estágios das IES (Instituição de Ensino Superior), assim como das escolas de nível médio de Enfermagem;
- Participar de pesquisas;
- Participar das ações de matriciamento. O matriciamento é um criador de vínculos que possibilita a formulação de soluções de referência e contrarreferência, por meio da interação entre as unidades. A troca de experiências e o esclarecimento de dúvidas da equipe da UBS sobre como lidar com os usuários possibilita a reflexão de antigos estigmas de atendimento às pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, alicerçados em conceitos mais humanizados, ampliando a visão do cuidado psicossocial e da rede assistencial disponível. O Apoio Matricial é um arranjo organizacional com o objetivo de reordenação dos serviços de saúde, de acolhimento e apoio aos profissionais, usuários e suas famílias dentro do território (BRASIL, 2011b).

### Ações assistenciais

- Implementar o processo de enfermagem em saúde mental, contemplando o usuário e sua família também como unidade de cuidado;
- Participar ativamente da construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular;
- Oferecer cuidados específicos de enfermagem: administrar medicação, quando necessário, verificar medidas antropométricas e sinais vitais;
- Verificar se o usuário que faz uso de medicamentos está tomando regularmente e se não estiver identificar o motivo, fazer as devidas orientações e discutir o caso com a equipe;
- Coordenar e participar dos grupos de medicação. Recomenda-se utilizar a estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (CAMPOS et al., 2014);
- Acompanhar a terapêutica medicamentosa dos usuários;
- Participar das reuniões da equipe multidisciplinar;
- Participar das discussões dos casos;
- Realizar procedimentos de maior complexidade, tais como: assistência aos pacientes graves e/ou situações de urgência/emergência;
- Manter organizada a sala de procedimentos de enfermagem;
- Realizar atendimento individual, em grupo, atendimento aos familiares;
- Coordenar grupos, oficinas e rodas de conversas;
- Realizar visitas domiciliares, recurso facilitador no estabelecimento de vínculo entre usuário, família e equipe e que tem como objetivo compreender a dinâmica familiar, identificar as possibilidades de envolvimento

da família no PTS e na corresponsabilização de seu tratamento. O critério de escolha de qual usuário deverá ser visitado é decorrente da demanda que a equipe julgar necessária. A visita domiciliar fornece aos usuários suporte para que possam dar continuidade ao tratamento. O enfermeiro realizará a visita, quantas vezes forem necessárias, juntamente com outro membro de sua equipe, discutindo-se posteriormente o caso com a equipe a fim de traçar as estratégias de ação. É fundamental que o registro da visita e as orientações realizadas estejam registrados no prontuário do usuário e/ou outros meios de comunicação entre a equipe;

- Atenção à família como unidade de cuidado. A reunião de família em saúde mental tem por objetivo fazer a escuta acolhedora, de fortalecê-la para reaprender a cuidar de si e instrumentalizá-la no cuidado ao seu familiar.

## 6. O ENFERMEIRO EM INTERVENÇÃO EM CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

O termo crise, aqui descrito, refere-se à períodos transitórios de perturbação psicológica e comportamental decorrentes de situações de ameaças, perdas ou eventos significativos que a pessoa enfrenta no seu processo de vida. Conceitualmente, há diferenças entre as crises e os surtos psicóticos, por exemplo.

A crise, de natureza existencial, tem como principais características: ocorrência em pessoas saudáveis, de caráter agudo, duração limitada, experimentada como uma reação emocional excessivamente opressora, sendo a gravidade do evento determinada pela pessoa que o experimenta e não pela sua magnitude e possibilidade de ser vivenciada como oportunidade para crescimento.

A maioria dos autores classificam estes tipos de crises em três tipos básicos: a maturacional ou evolutivas (relacionada aos eventos evolutivos, principalmente nas transições), a situacional (fatores externos) e a acidental ou fortuita (seriedade do evento) (CAPLAN, 1980; RODRIGUES, 1996).

A possibilidade de uma pessoa entrar em crise está inversamente relacionada às suas características de vulnerabilidade e resiliência/recursos sociais. Assim, a existência de crise e/ou enfrentamento dela depende da estrutura psíquica da pessoa, da gravidade do evento e dos recursos pessoais e sociais que essa pessoa possui.

A evolução da crise é, em geral, previsível. Ela é descrita em quatro fases que correspondem ao aumento da ansiedade quando os mecanismos habituais de resposta falham, levando a um estado de desorganização da pessoa. 1ª fase – a pessoa se depara com o evento e há aumento de ansiedade porque seus mecanismos de enfrentamento habituais não são suficientes para enfrentar o problema. 2ª fase – o desconforto aumenta, tentativas de ensaio e erro para reestabelecer equilíbrio anterior. 3ª fase – se tentativas anteriores falharam, todos os recursos internos e externos são acionados, diante do aumento da ansiedade que mobiliza comportamentos de alívio automáticos (isolamento, fuga, regressão). 4ª fase – presença de ansiedade esmagadora: desorganização da personalidade, pânico, confusão, violência contra outros, tentativa de suicídio.

Os principais objetivos da intervenção em crise são oferecer segurança e redução da ansiedade da pessoa, vislumbrando-se o retorno ao estágio de funcionamento anterior à crise ou a um nível mais adequado, pois novas habilidades de enfrentamento são aprendidas na resolução do evento. O apoio e suporte nestas situações são imprescindíveis para ajudar a pessoa na superação de seus problemas, movendo recursos internos neste processo.

A intervenção em crise é uma das ações de enfermagem, como estratégia de ajuda indicada para auxiliar uma pessoa e/ou família ou grupo, diante de alguma situação traumática, com vistas a amenizar os efeitos negativos - danos físicos e psíquicos, incrementando a possibilidade de crescimento de novas habilidades de enfrentamento, identificando opções e perspectivas de vida. Há ferramentas de cuidado que o enfermeiro pode se apropriar no desenvolvimento da saúde mental das pessoas que estão sob seus cuidados (BENJAMIN, 2004; FELDMAN, 2006; MIRANDA; MIRANDA, 1996).

### O enfermeiro nas situações de urgência em saúde mental

As situações de urgência e emergência psiquiátrica, por sua vez, trazem grandes desafios para a abordagem segundo a lógica da Reforma Psiquiátrica, pois difere do modelo psiquiátrico clássico, em que haviam intervenções padronizadas. São situações muitas vezes difíceis, pois restringe a capacidade de decisão

e a liberdade do usuário, o que pode impedir que aceite o tratamento necessário. Por outro lado, a retomada do poder de decisão e da liberdade depende justamente de uma aproximação hábil e respeitosa nesse momento.

Nas situações de urgência e emergência, o enfermeiro deve considerar três aspectos:

- **O aspecto psicopatológico:** avaliar a presença e o grau de sintomatologia psíquica grave e/ou aguda. Se existe atividade delirante-alucinatória intensa e perturbadora, se o usuário está se sentindo perseguido, ouvindo vozes, achando que lêem seu pensamento, apresentando agitação psicomotora intensa ou pelo contrário, se há lentificação psicomotora acentuada, isolamento, estupor ou relatos de ideias ou tentativas mais decididas de autoextermínio ou de agressão. Observar se os sintomas estão prejudicando o sono e o apetite, e outras funções fisiológicas;

- **O aspecto dos laços sociofamiliares:** a abordagem da crise depende muito do suporte que a família e a comunidade podem oferecer. Por isso é importante o enfermeiro verificar se a família tem estrutura que lhe permita acolher e ajudar o usuário ou se há outros parentes, vizinhos, amigos que possam ajudar. Se a posição da família diante da crise é de perplexidade, confusão, medo do usuário. Observar se a postura da família diante da abordagem recebida é receptiva, reservada e compromete-se com o tratamento proposto para o usuário.

- **O aspecto da posição do sujeito em crise:** quanto mais receptivo o usuário se mostrar, mais fácil será tratá-lo com recursos mais simples. Investigar qual a posição do usuário diante de seus sintomas, seus problemas, sua vida. Se ele consegue perceber que não está bem, como vivencia e tenta explicar seus sintomas atuais, se aceita receber ajuda ou mostra-se hostil, com medo diante da abordagem da equipe e como age diante dos familiares ou acompanhantes. É importante avaliar se está ou esteve vinculado a um tratamento em Saúde Mental, como um CAPS, ou apenas conhece a internação em hospital psiquiátrico como formas de tratamento.

A intervenção em urgência em saúde mental pode ser orientada pelo próprio Processo de Enfermagem estabelecido pelo COFEN por meio da Resolução 358/2009. A escolha da técnica de intervenção depende da competência, criatividade e flexibilidade do enfermeiro. No campo da saúde mental, todos os equipamentos sociais do território devem ser considerados no planejamento das ações, assim como as estratégias de comunicação terapêutica.

Os objetivos do atendimento da urgência em saúde mental envolvem: 1 - Escuta qualificada/acolhedora e estabilização do quadro, 2 - Compreensão do caso, 3 - Exclusão de causa orgânica, 4 - Encaminhamento corresponsabilizado para sequência no tratamento.

Para tanto, a abordagem nas situações de urgências e emergências em Saúde Mental deverá iniciar no espaço onde a pessoa estiver e, se necessário, solicitar o SAMU para fazer o atendimento e o encaminhamento para a UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde ou para o CAPS III (se o usuário já estiver vinculado). Esses pontos de atendimento são regulados por Centrais de Regulação Médica que deverão ser consultadas.

Recomenda-se a utilização dos Protocolos Nacionais de Intervenção para o SAMU 192, que foram construídos a partir da análise de experiências nacionais e internacionais de desenvolvimento de protocolos, da análise da legislação brasileira que rege o exercício profissional das diferentes categorias envolvidas no cuidado e sua base fundamental foi composta pela literatura científica mais recente sobre cada tema (BRASIL, 2014).

Para iniciar uma intervenção nas situações de urgência, sempre procure conversar com o próprio usuário, para procurar obter sua cooperação (peça licença; escute o que ele diz; não o desminta; seja claro em sua oferta de ajuda). Aproxime-se com cuidado; recue se necessário; evite assustá-lo; não permaneça a sós com ele em espaços fechados; mantenha colegas da equipe por perto ou ao lado.

Apenas em casos extremos de riscos para si mesmo ou para terceiros, está indicada a contenção mecânica ou química imediata.

O enfermeiro deve obter uma breve história do quadro do usuário:

- O que sente, quando e por que começou a sentir se desta maneira, se já teve sintomas semelhantes, quais os tratamentos feitos, se usa medicamentos e quais; se tem doenças orgânicas concomitantes;
- Procure notar não só o que ele diz, mas como se expressa, o que não consegue informar, o que omite, deliberadamente ou não;
- Depois, complete esta história com uma entrevista com familiares (na ausência destes, de

acompanhantes e vizinhos), com dados que permitam avaliar sua situação sociofamiliar;

- Ao abordar a família, procure tranquilizá-la e orientá-la, mas nunca se comporte como cúmplice, e sim como parceiro.

Nas situações que envolvem risco de auto ou heteroagressividade, é importante considerar o manejo ambiental, comportamental, farmacológico e físico.

Em casos de extrema vulnerabilidade, com comportamento alucinatório-delirante muito desorganizado e risco de auto ou heteroagressão, o usuário pode mostrar-se inabordável, recusando terminantemente o tratamento. Nestes casos, justifica-se o recurso a medidas involuntárias, como a contenção química ou mecânica. As medidas involuntárias jamais devem ter caráter punitivo, nem ser tomadas visando a comodidade da equipe. As razões que legitimam a contenção devem ser claramente expostas em seu prontuário.

Os princípios gerais para o manejo de situação de agitação ou violência envolve três níveis distintos de complexidade:

1) Controle de fatores ambientais do próprio serviço que podem aumentar o risco de agitação ou violência. O espaço físico deve ser organizado de maneira a aumentar a segurança do paciente e da equipe, ajudar o paciente a controlar seus impulsos violentos e evitar a progressão do comportamento violento;

2) Antecipação e diagnóstico precoce de risco de agitação e violência, com intervenção rápida que impeça a escalada do comportamento violento. Requer habilidades de comunicação terapêutica;

3) Intervenção adequada, no caso de comportamento agitado ou violento já instituído. Caso seja prescrita a intervenção química pelo médico, o enfermeiro deverá ter clareza dos possíveis sinais e sintomas indesejáveis. Se contenção física, apesar de ser uma prática contraditória, deverá ser feita com técnica para evitar traumas.

Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão conter o paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com os protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados. Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente. E, por fim, todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente conforme resolução COFEN 427/2012.

Diante da inexistência de legislação específica no Brasil que trate da prescrição de contenção mecânica como ato exclusivamente médico, o Enfermeiro está autorizado a prescrever o procedimento mediante a aplicação do processo de enfermagem previsto na Resolução COFEN 358/2009.

## REFERÊNCIAS

- BENJAMIN A. **A entrevista de ajuda**. 11. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes,. 2004
- BETEGHELLI, P.; TOLEDO, V. P.; CREPSCHI, J. L. B.; DURAN, E. C. M. Sistematização da assistência de Enfermagem em um ambulatório de Saúde Mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 334 - 343, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-19, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: **15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam

à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de Janeiro de 2011, Republicada em 30/12/11**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)..

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Organizado por Dulce Helena Chiaverini. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BOUSSO, R. S.; ANGELO M. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: IDS, 2001. p. 18-22.

BRESSAN, V. R. Consulta de Enfermagem: sistematização voltada ao Projeto Terapêutico. In: MARCOLAN, J. F. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CAMPOS, R. T. O.; PASSOS, E; PALOMBINI, A. et al. **Gestão Autônoma da Medicação: Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução **COFEN 427/2012**. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes

CHENIAUX, E. **Manual de psicopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FELDMAN, C. **Encontro: uma abordagem humanista**. Belo Horizonte: Crescer, 2006.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

MIRANDA, C. F. M.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 10. ed. Belo Horizonte, Crescer, 1996.

MELO, J. M. **A tecnologia de intervenção grupal em sala de espera num serviço de saúde mental**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M., HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2005.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002.

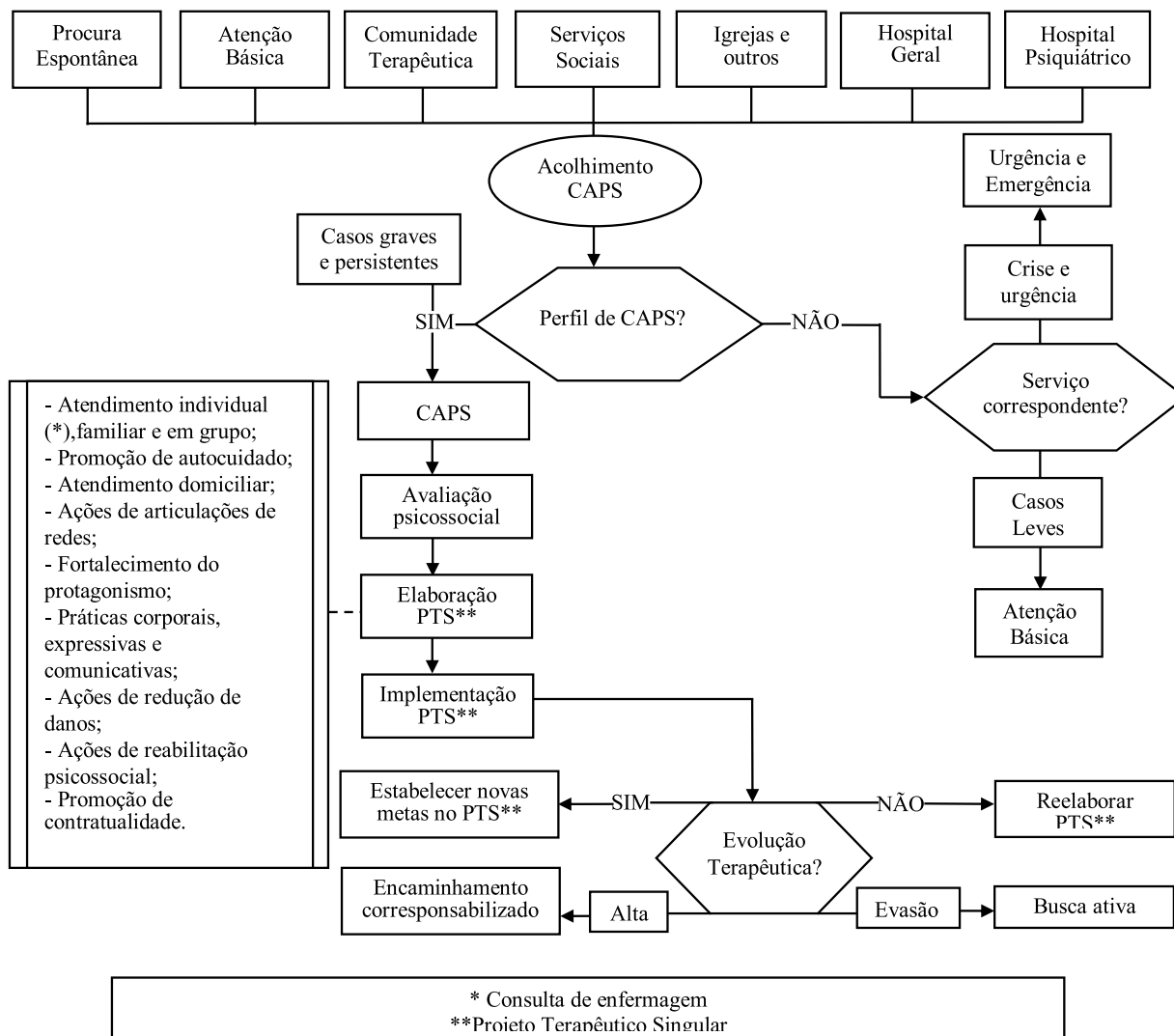
ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem psiquiátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 709-14, 2002.

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem Psiquiátrica: saúde mental - prevenção e intervenção**. São Paulo: EPU, 1996.

STUART, G. W. ; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

**FLUXOGRAMA I – FLUXO DE ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS NOS CAPS E ARTICULAÇÃO COM OUTROS DISPOSITIVOS DE SAÚDE E SOCIAIS**



Fonte: Adaptado de Melo (2014).

**FIGURA 1 - COMPONENTES E PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**



Fonte: Brasil (2011).





# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À IMUNIZAÇÃO

Clécia di Lourdes Vecci Menezes<sup>1</sup>

Grécia Carolina Pessoni<sup>2</sup>

Ana Luiza Neto Junqueira<sup>3</sup>

Claci Fátima Weirich Rosso<sup>4</sup>

Maria Aparecida da Silva<sup>5</sup>

Lorena Peres Castro<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos seus 42 anos de existência, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) vem contribuindo para a redução da morbimortalidade causada pelas doenças imunopreveníveis, buscando a qualidade e a segurança dos produtos oferecidos para a manutenção e a disponibilidade, em tempo oportuno, dos imunobiológicos preconizados nos calendários e nas campanhas nacionais de vacinação para a população brasileira. Neste sentido, o PNI vem desenvolvendo e aperfeiçoando ferramentas para possibilitar a melhor instrumentalização e qualificação das atividades de vacinação em todo o território nacional (BRASIL, 2014a).

O PNI é uma prioridade nacional e de responsabilidade das três esferas gestoras da saúde: federal, estadual e municipal, onde o desempenho, a eficiência e eficácia pressupõem uma organização e avaliação técnica

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora, Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - GO.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

das atividades voltadas ao cidadão. A descentralização das ações de imunizações, a parceria e a participação cada vez maior dos gestores municipais têm contribuído bastante para que os municípios brasileiros alcancem suas metas de vacinação, com a participação efetiva e importante da enfermagem.

O PNI tem como uma das suas competências estabelecer normas básicas para a execução das atividades de vacinação; assim, este protocolo foi elaborado com base nessas normas. No entanto, é possível que, no momento da leitura, alguns aspectos já estejam ultrapassados, pois a área de imunização está em constante evolução. Neste sentido, é importante lembrar que os calendários de imunização são constantemente atualizados, sendo necessárias consultas frequentes aos calendários do PNI.

O Fluxograma I (p. 204) apresenta o seguimento da imunização na Atenção Primária.

## 2 CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, o PNI define calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas.

### 2.1 Vacinação simultânea

A vacinação simultânea consiste na administração de duas ou mais vacinas no mesmo momento, em diferentes regiões anatômicas e vias de administração. De um modo geral, as vacinas dos calendários de vacinação podem ser administradas simultaneamente sem que ocorra interferência na resposta imunológica, exceto as vacinas FA, tríplice viral, contra varicela e tetra viral, que devem ser administradas com intervalo de 30 dias entre elas para crianças menores que dois anos primovacinadas.

### 2.2 Contraindicações gerais à vacinação

- Ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos;
- A ocorrência de febre acima de 38,5°C, após a administração de uma vacina, não constitui contraindicação à dose subsequente.
  - Quando ocorrer febre, administre antitérmico de acordo com a prescrição médica;
  - Não indique o uso de paracetamol antes ou imediatamente após a vacinação para não interferir na imunogenicidade da vacina.

### 2.3 Contraindicações específicas às vacinas de microrganismos vivos atenuados

- Imunodeficiência congênita ou adquirida;
- Gravidez;
- A vacina contra febre amarela não está indicada para mulheres que estejam amamentando, devendo ser adiada até a criança completar seis meses de idade;
  - Uso de corticóides em doses imunossupressoras. É considerada imunossupressora a dose superior a 2 mg/kg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/kg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias. Doses inferiores às citadas, mesmo por período prolongado, não constituem contraindicação. O uso de corticóides por via inalatória ou tópicos ou em esquemas de altas doses em curta duração (menor do que 14 dias) não constitui contraindicação de vacinação;
    - Após uso de imunoglobulina, sangue e derivados, a vacinação deverá ser adiada por um período de 3 a 7 meses devido ao possível prejuízo na resposta imunológica.

### 2.4 Pacientes imunodeprimidos

Os pacientes imunodeprimidos – devido as neoplasias ou ao tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, corticóide em doses elevadas, HIV/aids – deverão ser avaliados caso a caso para a administração

adequada de imunobiológicos. Tais pacientes não deverão receber vacinas vivas. Nas situações de pós-exposição, eles receberão soros ou imunoglobulinas específicas.

## 2.5 FALSAS CONTRAINDICAÇÕES À VACINAÇÃO

- Doença aguda leve, com febre baixa (até 37,5°C);
- Uso de antimicrobiano;
- Reação local a uma dose prévia;
- História pregressa da doença contra a qual se vai vacinar;
- Desnutrição (avaliar o estado imunológico);
- Vacinação contra raiva em andamento;
- Doença neurológica estável;
- Tratamento com corticoides em doses não imunossupressoras;
- Alergias (exceto de natureza anafilática a algum componente da vacina);
- Gravidez da mãe ou de outro contato domiciliar;
- A aplicação de mais de uma vacina no mesmo dia;
- Prematuridade ou baixo peso no nascimento. As vacinas devem ser administradas na idade cronológica recomendada, não se justificando adiar o início da vacinação. (Excetua-se o BCG, que deve ser aplicado somente em crianças com >2kg);

**Obs.:** Criança infectada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode receber todas as vacinas previstas no esquema básico de vacinação (verificar estado imunológico).

## 3 NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO (EAPV)

Após a identificação de um evento, a notificação/investigação deve ser iniciada prontamente com o formulário preenchido e encaminhada à Vigilância Epidemiológica local ou municipal. **Para fins de vigilância epidemiológica, o tempo máximo para se considerar a investigação iniciada em tempo oportuno é de 48 horas após a notificação.**

### 3.1 Classificação dos eventos adversos pós-vacinação

De acordo com o *Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação* (BRASIL, 2014b), os EAPV podem ser classificados:

1. Quanto ao tipo de manifestações: locais ou sistêmicas.
2. Quanto à gravidade:
  - **Evento Adverso Grave (EAG):** são consideradas graves as situações a seguir:
    - a. Requer hospitalização por pelo menos 24 horas ou prolongamento de hospitalização já existente;
    - b. Causa disfunção significativa e/ou incapacidade persistente (sequela);
    - c. Resulta em anomalia congênita;
    - d. Causa risco de morte (ou seja, induz à necessidade de uma intervenção clínica imediata para evitar o óbito);
    - e. Causa o óbito.
  - **Evento Adverso Não Grave (EANG):** qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios do EAG.
3. Quanto à causalidade:
  - Reação inerente ao produto;
  - Reação inerente à qualidade das vacinas;

- Erro de imunização (manuseio, prescrições e/ou administração inadequados);
- Reação de ansiedade relacionada à vacinação; e
- Coincidentes (causado por outros motivos que não o produto (vacina, imunização ou reação de ansiedade).

#### **ATENÇÃO!**

- Eventos clinicamente relevantes em pacientes que não necessitem de internação, tais como broncoespasmo, discrasias sanguíneas, convulsões febris, por terem um potencial de gravidade, devem ser investigados e acompanhados.
- É muito importante diferenciar-se “gravidade e “intensidade” (esta última é adequadamente traduzida em alguns textos como severidade). Um evento pode ser leve, moderado ou intenso, independente de ser ou não grave, por exemplo, uma hiperemia local intensa.

**Fonte:** Brasil (2014b).

### **3.2 Erro de imunização**

Erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou levar ao uso inapropriado de medicamentos, entre estes todos os imunobiológicos, ou causar dano a um paciente, enquanto o medicamento está sob o controle de profissionais de saúde, pacientes ou consumidores.

É essencial que as vacinas sejam utilizadas de acordo com suas indicações, contraindicações, dosagens, condições de armazenamento, procedimentos de reconstituição descritas em bula, entre outros. Todos os profissionais envolvidos com a imunização devem estar devidamente capacitados e atualizados.

#### **ATENÇÃO!**

Os erros de imunização são preveníveis por meio de treinamento de pessoal, de suprimento adequado de equipamentos e insumos para a vacinação e de supervisão dos serviços. Todos os erros em imunização devem ser notificados em tempo oportuno.

## **4 REDE FRIO**

### **4.1 Cadeia de Frio**

Conforme o Ministério da Saúde, a Cadeia de Frio é o processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o usuário, incluindo as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, assegurando a preservação de suas características originais (BRASIL, 2013).

Os imunobiológicos são produtos farmacológicos produzidos a partir de microrganismos vivos, subprodutos ou componentes, capazes de imunizar de forma ativa ou passiva. São produtos termolábeis, sensíveis ao calor, ao frio e a luz. A alteração da temperatura de conservação pode comprometer a potência imunogênica da vacina, ou seja, as características verificadas e certificadas pelo laboratório produtor em determinadas condições ideais de conservação: temperatura, prazo de validade, umidade, luz e outras (BRASIL, 2013).

### **4.2 Instrumentos para Monitoramento e Controle de Temperatura**

Nos locais de aplicação, os imunobiológicos devem ser conservados à temperatura entre: + 2° C e +8° C: ambulatórios, postos de saúde, hospitais, clínicas privadas etc. Assim, de forma a manter sua potência, devem ser armazenados, transportados, organizados, monitorados, distribuídos e administrados adequadamente.

Figuras 1, 2 e 3. Climatização das bobinas de gelo e montagem da caixa térmica



Fonte: imagens dos autores

### 4.3 Imunobiológicos em desvio de qualidade

- Imunobiológicos são considerados com desvio de qualidade quando forem submetidos a temperatura inferior a +2°C ou superior a +8°C, independentemente do tempo em que eles ficaram expostos;
- Suspender de imediato a utilização do imunobiológico, mantendo-o sob refrigeração adequada em outra geladeira da sala de vacinas ou em caixa térmica previamente climatizada na temperatura entre +2°C a +8°C;
- Organizar os imunobiológicos separadamente na caixa térmica: por vacina e lote;
- Comunicar o ocorrido ao responsável pela Unidade de Saúde e Vigilância Epidemiológica municipal;
- Identificar os imunobiológicos, preencher e encaminhar a ficha “Imunobiológicos em Desvio de Qualidade”, conforme o fluxo local.

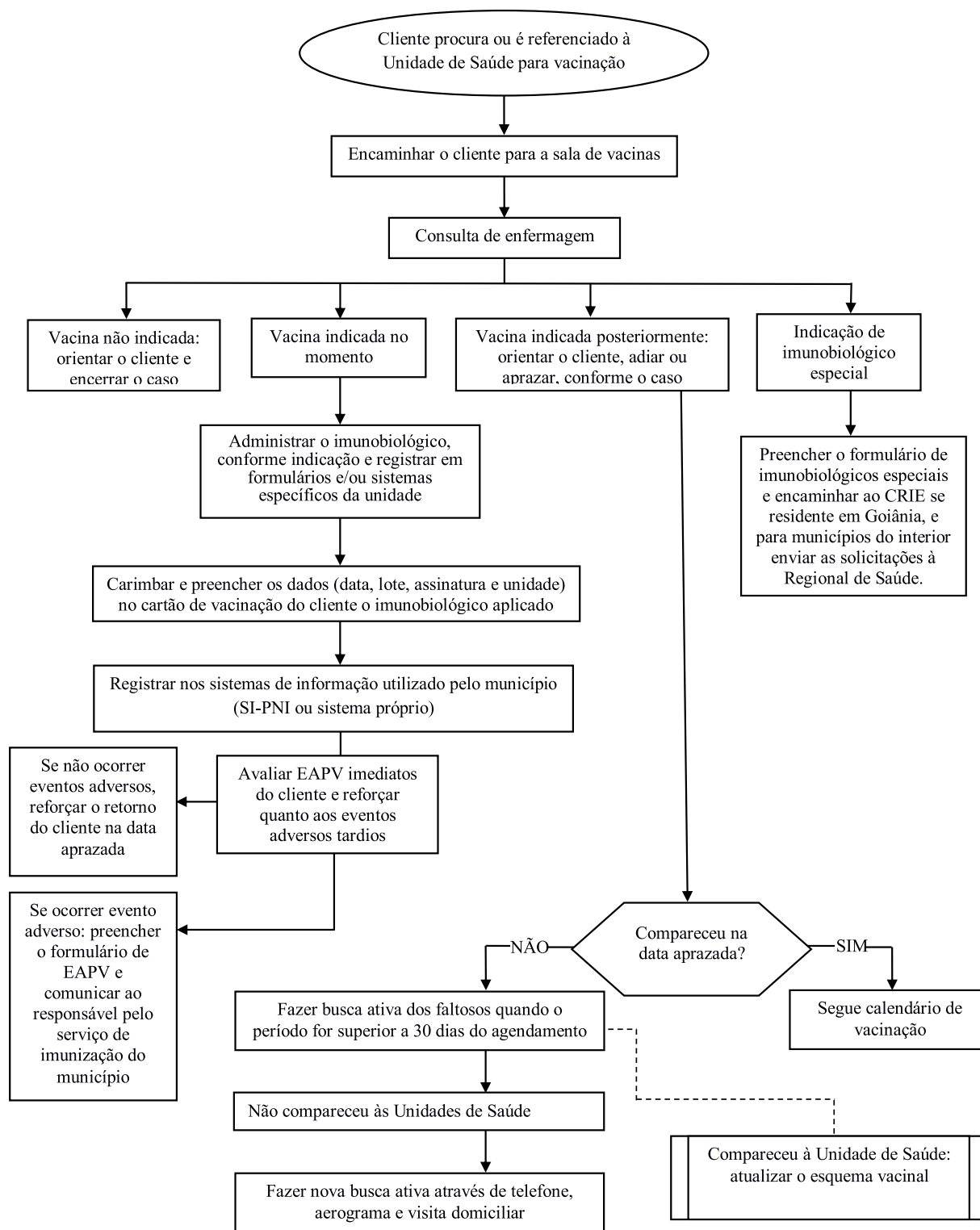
#### IMPORTANTE:

- Usar tomada ou conexão com a fonte de energia elétrica exclusivos para o refrigerador ou câmara de vacinas;
- Colocar a câmara distante da fonte de calor (autoclaves, raios solares), perfeitamente nivelado e afastado da parede, pelo menos 20 cm, de modo a permitir a livre circulação de ar;
- Usar a câmara única e exclusivamente para os imunobiológicos;
- Não armazenar no refrigerador ou câmara nenhum outro tipo de material, como material de laboratórios, alimentos, material radioativo, insulina etc.;
- A sala de vacinas deve ser exclusiva para as atividades de vacinação. Não é permitido administração de vitamina A, teste do pezinho, ou a execução de qualquer outro procedimento na sala de vacinas;
- Deixar um espaço livre entre as caixas de vacinas.

### REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de rede de frio**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.533, de 18 de agosto de 2016**. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Brasília: Diário Oficial da União nº160, Ministério da Saúde, 2016.

## FLUXOGRAMA I - SALA DE IMUNIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Brasil (2014a).

# CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO (Conforme Portaria/MS n.º 1.533 de 18/08/2016)



## Crianças

VACINA	Nº DE DOSES		IDADE PARA VACINAÇÃO		INTERVALO ENTRE AS DOSES		DOSAGEM	VIA DE ADM.	LOCAL DE APLICAÇÃO	AGULHA RECOMENDADA	VALIDADE APÓS ABERTURA DO FRASCO
	VACINAÇÃO BÁSICA	REVACINAÇÃO OU REFORÇO	MÍNIMA	MÁXIMA	IDEAL	MÍNIMO					
BCG (atenuada)	dose única	--	ao nascer	4 anos, 11 meses e 29 dias	---	6 meses	0,1 ml	intradérmica (ID)	inserção inferior do músculo deltóide direito	13 x 4,5	6 horas
HEPATITE B	1 dose	--	ao nascer	30 dias	---	--	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo vasto lateral da coxa direita	20 x 5,5 (até 5 Kg) 25 x 7 ou 25 x 6 (acima de 5 Kg)	Bulnarian: 15 dias; Sanofi Pasteur: 4 semanas
PENTA/ALENTE	3 doses (2, 4 e 6 meses)	--	2 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias	60 dias	30 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo vasto lateral da coxa esquerda (< 2 anos) músculo deltóide esquerdo (a partir de 2 anos)	20 x 5,5 (até 5 Kg) 25 x 7 ou 25 x 6 (acima de 5 Kg)	Uso imediato
VIP - POLIO INATIVADA	3 doses (2, 4 e 6 meses)	--	2 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias	60 dias	30 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo vasto lateral da coxa direita (< 2 anos) músculo deltóide direito (a partir de 2 anos)	20 x 5,5 (até 5 Kg) 25 x 7 ou 25 x 6 (acima de 5 Kg)	28 dias
PNEUMO 10 (conjugada)	2 doses (2 e 4 meses)	1 reforço (12 meses)	2 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias	60 dias	30 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo vasto lateral da coxa direita (< 2 anos) músculo deltóide direito (a partir de 2 anos)	20 x 5,5 (até 5 Kg) 25 x 7 ou 25 x 6 (acima de 5 Kg)	Imediato
ROTA/VIRUS (atenuada)	2 doses (2 e 4 meses)	--	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses	1ª dose: 3 meses e 15 dias / 2ª dose: 7 meses e 29 dias	60 dias	30 dias	1,5 ml	oral	---	--	até o final do dia de trabalho
MENINGO C (conjugada)	2 doses (3 e 5 meses)	1 reforço (12 meses)	1ª dose: 3 meses dose: 5 meses Reforço: 12 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias	60 dias	30 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo vasto lateral da coxa esquerda (< 2 anos) músculo deltóide esquerdo (a partir de 2 anos)	20 x 5,5 (até 5 Kg) 25 x 7 ou 25 x 6 (acima de 5 Kg)	Imediato
FEBRE AMARELA (atenuada)	1 dose (9 meses)	--	9 meses	-	---	30 dias	0,5 ml	subcutânea (SC)	região posterior do braço esquerdo	13 x 4,5	6 horas
TRÍPLICE VIRAL (atenuada)	1 dose (12 meses)	--	12 meses	49 anos	---	30 dias	0,5 ml	subcutânea (SC)	região posterior do braço direito	13 x 4,5	8 horas

Hepatite A	1 dose (15 meses)	--	15 meses	1 anos 11 meses e 29 dias	---	6 meses	---	0,5ml	intramuscular (IM)	músculo vasto lateral da coxa esquerda	20 X 5,5 ( até 5kg) , 25 X 7 ou 25 X 6 (acima de 5kg)	Imediato
VOP - POLIO ATENUADA	---	2 reforços ( 15 meses e 4 anos)	15 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias	6 meses	2 gotas	oral	---	---	---	---	5 dias
TETRA VIRAL	1 dose (15 meses)	--	15 meses	15 meses	---	0,5 ml	subcutânea (SC)	região posterior do braço direito	16 x 5,0	região posterior do braço direito	16 x 5,0	Imediato
DTP -Difteria, Tétano e Pertussis (coqueluche)	---	2 reforços ( 15 meses e 4 anos)	15 meses	6 anos, 11 meses e 29 dias	60 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltóide esquerdo ou região ventro-glútea esquerda	25 x 7 ou 25 x 6	músculo deltóide esquerdo ou região ventro-glútea esquerda	25 x 7 ou 25 x 6	Butantan - 15 dias; Serum - 4 semanas
HPV	2 doses em meninas (9 a 14 anos)	--	09 anos	9 a 14 anos de idade.	6 meses	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltóide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	músculo deltóide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	Imediato
	2 doses em meninos (11 a 14 anos)	--	11 anos	11 a 14 anos de idade.	6 meses	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltóide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	músculo deltóide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	Imediato
	3 doses em indivíduos do sexo feminino e masculino vivendo com HIV/AIDS (9 a 26 anos)	--	09 anos	9 a 26 anos de idade.	1ª p/ 2ª dose: 60 dias 2ª p/ 3ª dose: 6 meses após a 1ª dose	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltóide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	músculo deltóide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	Imediato
dT - DUPLA ADULTO	3 doses (considerar sempre vacinação anterior com componentes do tétano; (tetraivalente, pentavalente, DTP, TT, DT, dT)	1 reforço a cada 10 anos	a partir de 7 anos (quando for necessário iniciar o esquema)	---	60 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltóide esquerdo ou região ventro-glútea esquerda	25 x 7 ou 25 x 6	músculo deltóide esquerdo ou região ventro-glútea esquerda	25 x 7 ou 25 x 6	Butantan - 15 dias; Serum - 4 semanas



CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO - CRIANÇA			ORIENTAÇÕES	
IDADE	VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	DOSE	
Ao nascer	BCG	Formas graves da tuberculose (principalmente nas formas miliar e meningea)	única	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se o esquema de vacinação for interrompido, não é necessário reiniciá-lo desde que as doses estejam registradas no cartão. Basta completar as doses que faltam;</li> <li>Em situações de bloqueio, a <b>Triplíce Viral</b> deverá ser administrada a partir de 6 meses de idade;</li> <li>A vacina de Febre Amarela e <b>Triplíce Viral</b> não podem ser aplicadas no mesmo dia em menores de 2 anos primovacinados observando o intervalo de 30 dias entre as doses;</li> <li><b>VORH</b>: Criança que por ocasião da idade perdeu a 1ª dose, não deverá fazer a 2ª dose;</li> <li><b>DIP</b>: Criança a partir de 4 anos sem nenhum reforço, aplicar apenas o 1º reforço;</li> <li><b>Pentavalente</b>: • crianças com menos de 5 anos sem nenhuma dose da vacina- administrar 3 doses de Penta</li> </ul>
	HEPATITE B	Hepatite B	1ª dose	
2 meses	PENTAVALENTE	Hepatite B, Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	1ª dose	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hepatitis B</b>: • casos especiais com menor produção de anticorpos, fazer esquema de quatro doses com a dose dobrada (0 a &lt;20: 1ml; 20 anos acima: 2ml). Conferir recomendações de cada laboratório produtor da vacina.</li> <li><b>VIP</b>: criança menor de 5 anos nunca vacinada: garantir 1ª, 2ª e 3ª doses com VIP</li> </ul>
	VIP - POLIO INATIVADA	Poliomielite ou paralisia infantil		
	PNEUMOCÓCICA 10 VALENTE	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas por <i>Pneumococo</i>		
3 meses	ROTAVÍRUS	Diarréia por rotavírus	1ª dose	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Pentavalente</b>: • crianças com menos de 5 anos sem nenhuma dose da vacina- administrar 3 doses de Penta</li> </ul>
	MENINGITE MENINGOCÓCICA CONJUGADA	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C		
4 meses	PENTAVALENTE	Hepatite B, Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	1ª dose	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hepatitis B</b>: • casos especiais com menor produção de anticorpos, fazer esquema de quatro doses com a dose dobrada (0 a &lt;20: 1ml; 20 anos acima: 2ml). Conferir recomendações de cada laboratório produtor da vacina.</li> <li><b>VIP</b>: criança menor de 5 anos nunca vacinada: garantir 1ª, 2ª e 3ª doses com VIP</li> </ul>
	VIP - POLIO INATIVA	Poliomielite ou paralisia infantil		
	PNEUMOCÓCICA 10 VALENTE	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas por <i>Pneumococo</i>		
5 meses	ROTAVÍRUS	Diarréia por rotavírus	2ª dose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Localizado no HMI - Hospital Materno Infantil, é um centro de referência que atende as seguintes indicações:</li> <li>Profilaxia pré e pós exposição a agentes infecciosos em determinados grupos de risco;</li> <li>Substituição de outros produtos disponíveis normalmente no país, quando não puderem ser utilizados devido à hipersensibilidade ou eventos adversos;</li> <li>Imunização de crianças e adultos com imunocomprometimentos;</li> </ul>
	MENINGITE MENINGOCÓCICA CONJUGADA	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C		
6 meses	PENTAVALENTE	Hepatite B, Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	3ª dose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Localizado no HMI - Hospital Materno Infantil, é um centro de referência que atende as seguintes indicações:</li> <li>Profilaxia pré e pós exposição a agentes infecciosos em determinados grupos de risco;</li> <li>Substituição de outros produtos disponíveis normalmente no país, quando não puderem ser utilizados devido à hipersensibilidade ou eventos adversos;</li> <li>Imunização de crianças e adultos com imunocomprometimentos;</li> </ul>
	VIP - POLIO INATIVADA	Poliomielite ou paralisia infantil		
	HEPATITE B	Hepatite B		
9 meses	FEBRE AMARELA	Febre amarela	dose inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Localizado no HMI - Hospital Materno Infantil, é um centro de referência que atende as seguintes indicações:</li> <li>Profilaxia pré e pós exposição a agentes infecciosos em determinados grupos de risco;</li> <li>Substituição de outros produtos disponíveis normalmente no país, quando não puderem ser utilizados devido à hipersensibilidade ou eventos adversos;</li> <li>Imunização de crianças e adultos com imunocomprometimentos;</li> </ul>
	PNEUMOCÓCICA 10 VALENTE	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas por <i>Pneumococo</i>	reforço	
12 meses	TRIPLICE VIRAL	Sarampo, caxumba e rubéola	1ª dose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Localizado no HMI - Hospital Materno Infantil, é um centro de referência que atende as seguintes indicações:</li> <li>Profilaxia pré e pós exposição a agentes infecciosos em determinados grupos de risco;</li> <li>Substituição de outros produtos disponíveis normalmente no país, quando não puderem ser utilizados devido à hipersensibilidade ou eventos adversos;</li> <li>Imunização de crianças e adultos com imunocomprometimentos;</li> </ul>
	MENINGITE MENINGOCÓCICA CONJUGADA	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C	reforço	

15 meses	TRÍPLICE BACTERIANA (DTP)	Difteria, tétano e coqueluche	1º reforço	11. Vacina meningocócica A/C - (polissacarídica) - a partir de 2 anos de idade; 12. Vacina meningocócica B/C - (polissacarídica) - a partir de 2 anos de idade; 13. Vacina Dupla Infantil – DT – a partir de 2 meses de idade e menores de 7 anos; 14. Imunoglobulina Humana Contra Hepatite B – qualquer faixa etária; 15. Imunoglobulina Humana Antitetânica – qualquer faixa etária; 16. Imunoglobulina Anti-Rábica Humana – qualquer faixa etária; 17. Imunoglobulina Humana Anti-Varicela Zoster – qualquer faixa etária.
	VOP - POLIO ATENUADA	Poliomielite ou paralisia infantil	1º reforço	
	HEPATITE A	Hepatite A	Dose única	
	TETRA VIRAL	Sarampo, caxumba, rubéola e Varicela	Dose única	
4 anos	TRÍPLICE BACTERIANA (DTP)	Difteria, tétano e coqueluche	2º reforço	
	VOP - POLIO ATENUADA	Poliomielite ou paralisia infantil	2º reforço	
9 anos (Meninas)	HPV-PAPILOMA VÍRUS HUMANO	Papiloma Vírus Humano	dose inicial e 2ª dose 6 meses após a primeira	
11 anos (Meninos)	HPV-PAPILOMA VÍRUS HUMANO	Papiloma Vírus Humano	dose inicial e 2ª dose 6 meses após a primeira	
12 anos (Meninas e meninos)	MENINGITE MENINGOCÓCICA CONJUGADA	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C	Dose única ou Reforço	

## CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2017 (Conforme Portaria/MS n.º 1.533 de 18/08/2016)

VACINA	ADOLESCENTE 10 a 19 anos										VALIDADE APÓS ABERTO
	Nº DE DOSES		IDADE PARA VACINAÇÃO		INTERVALO ENTRE AS DOSES		DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	AGULHA RECOMENDADA	
	VACINAÇÃO BÁSICA	REVACINAÇÃO OU REFORÇO	MÍNIMA	MÁXIMA	IDEAL	MÍNIMO					
HEPATITE B	3 doses	Repelir esq 3 doses se anti-HBsAg < 10mIU/ml	ao nascer	para todas as faixas etárias	1ª p/ 2ª dose: 30 dias 2ª p/ 3ª dose: 6 meses após a 1ª dose	--	Butantan-0,5ml até 19 anos e 1,0ml acima de 20anos; Sanofi-0,5ml até 15 anos e 1,0ml acima de 15 anos	intramuscular (IM)	músculo deltoide direito	25 x 7 ou 25 x 6	Butantan: 15 dias; Sanofi Pasteur: 4 semanas
TRÍPLICE VIRAL (atenuada)	2 doses	--	12 meses	49 anos, 11 meses e 29 dias	30 dias	30 dias	16 anos 0,5 ml	subcutânea (SC)	região posterior-braço direito	13 x 4,5	8 horas
dT - DUPLA-ADULTO	3 doses (considerar sempre vacinação anterior com componentes do tétano: tetraavalente, pentavalente, DTp, TT, DT, dT)	1 dose a cada 10 anos	a partir de 07 anos (quando for necessário iniciar o esquema)	para todas as faixas etárias	60 dias	30 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide esquerdo ou região ventro-glútea esquerda	25 x 7 ou 25 x 6	Butantan-15 dias; Serum-4semanas
FEBRE AMARELA (atenuada)	1 dose	--	9 meses	Até 59 anos	--	--	0,5 ml	subcutânea (SC)	região posterior-braço esquerdo	13 x 4,5	6 horas
HPV	2 doses em meninas (9 a 14 anos)	--	09 anos	9 a 14 anos de idade.	6 meses	--	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	Imediato
	2 doses em meninos (11 a 14 anos)	--	11 anos	11 a 14 anos de idade.	6 meses	--	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	Imediato
	3 doses em indivíduos do sexo feminino e masculino vivendo com	--	09 anos	9 a 26 anos de idade.	1ª p/ 2ª dose: 60 dias 2ª p/ 3ª dose: 6 meses após a 1ª	--	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide do braço esquerdo	25 x 7 ou 25 x 6	Imediato
ADULTO 20 a 59 anos											
HEPATITE B	3 doses	Repelir esq 3 doses se anti-HBsAg < 10mIU/ml	ao nascer	para todas as faixas etárias	1ª p/ 2ª dose: 30 dias 2ª p/ 3ª dose: 6 meses após a 1ª dose	--	1 ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide direito	25 x 7 ; 25X6 ou 30X7	Butantan-15 dias; Sanofi-10 dias
TRÍPLICE VIRAL (atenuada)	1 dose	--	12 meses	49 anos, 11 meses e 29 dias	30 dias	30 dias	0,5 ml	subcutânea (SC)	região posterior-braço direito	13 x 4,5	8 horas
dT - DUPLA-ADULTO	3 doses (considerar sempre vacinação anterior: tetraavalente, pentavalente, DTp, TT, DT, dT)	1 reforço a cada 10 anos	a partir de 07 anos (quando for necessário iniciar o esquema)	para todas as faixas etárias	60 dias	30 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide esquerdo ou região ventro-glútea esquerda	25 x 7 ; 25x6 ou 30X7	Butantan-15 dias; Serum-4semanas
HPV	3 doses (exclusivamente para mulheres com HIV de 9 até 26 anos 11 meses e 29 dias.)	--	26 anos 11 meses e 29 dias	26 anos 11 meses e 29 dias	60 dias entre a 1ª e a 2ª dose e 1 80 dias entre a 2ª e 3ª dose	--	0,5ml	intramuscular(IM)	músculo deltoide direito	25X7 ;25X6 ou 30X7	Imediato
FEBRE AMARELA (atenuada)	1 dose	--	Até 59 anos	Até 59 anos	--	--	0,5 ml	subcutânea (SC)	região posterior-braço esquerdo	13 x 4,5	6 horas

GESTANTE											
HEPATITE B	3 doses	Repetir esq 3 doses se anti-HBsAg < 10mUI/ml	---	---	1ª p/ 2ª dose: 30 dias 2ª p/ 3ª doses: 6 meses após a 1ª dose	---	0,5 ml - até 19 anos; 11 meses e 29 dias 1 ml - a partir de 20 anos	intramuscular (IM)	músculo deltoide direito ou região ventro-glútea direita	25 x 7 ; 25 x 6 ou 30X7	Butantan-15 dias; Serum-4semanas
dT - DUPLA ADULTO	3 doses (considerar sempre vacinação anterior: tetraivalente, pentavalente, DTP, TT, DT, dT)	1 dose a cada 5 anos	---	---	60 dias	30 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide esquerdo ou região ventro-glútea esquerda	25 x 7 ; 25 x 6 ou 30X7	Butantan-15 dias; Serum-4semanas
dTPacelular	1 dose a cada gestação		20ª semana gestacional	Ideal: até 20 dias antes do parto, contudo caso a gestante não tenha sido vacinada poderá ser aplicada até 45 dias após o parto (puerpério)			0,5ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide esquerdo	25X7 ;25X6 ou 30X7	Imediato
IDOSO 60 anos e mais											
dT - DUPLA ADULTO	3 doses (considerar sempre vacinação anterior: tetraivalente, pentavalente, DTP, TT, DT, dT)	1 dose a cada 10 anos	a partir de 60 anos (quando for necessário iniciar o esquema)	---	60 dias	30 dias	0,5 ml	intramuscular (IM)	músculo deltoide esquerdo	25 x 7 ; 25X6 ou 30X7	Butantan-15 dias Serum-4 semanas
INFLUENZA (Campanha)	dose anual	Anual	a partir de 60 anos	---	---	---	0,5 ml	intramuscular (IM) ou subcutânea (SC)	músculo deltoide direito ou parte posterior do braço direito	25 X 7 ou 25 x 6 ou 13 x 4,5	7 dias

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Ana Cecilia Coelho Melo<sup>1</sup>

Karlla Antonieta Caetano<sup>2</sup>

Letícia Dogakiuchi Silva de Castro<sup>3</sup>

Marise Ramos De Souza<sup>4</sup>

Roberta Ribeiro Rios<sup>5</sup>

Sandra Maria Brunini<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 381/2011. *Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## 1. INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) e as hepatites virais são consideradas problemas para saúde sexual e reprodutiva em todo mundo, elas são transmitidas principalmente por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea (GOTTSLIEB et al., 2014b). Estima-se que meio bilhão de casos de IST curáveis ocorram anualmente no mundo (WHO, 2013b). Entre as IST curáveis estão a clamídia, a gonorreia e a sífilis como maior causa de incapacidade e, também, a parasitária tricomoníase. Segundo a Organização Mundial de

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás e Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre em Medicina Tropical. Universidade Federal de Goiás – Regional Jataí.

<sup>5</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás

<sup>6</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG)

Saúde (OMS), mais de 11 milhões de casos novos de sífilis são notificados por ano, destes, 900 mil ocorrem no Brasil (WHO, 2012b).

Por outro lado, as IST ocasionadas por vírus, tais como o papiloma vírus humano (HPV), o vírus herpes simples, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o vírus da hepatite B (HBV), são as mais prevalentes e incuráveis (GOTTLIEB et al., 2014). Considerando este cenário, estratégias de atenção às pessoas com IST e suas parcerias sexuais, no campo da prevenção, assistência e tratamento dessas infecções, tornam-se prioritárias no contexto de saúde pública do Brasil.

As unidades de saúde do Estado de Goiás devem garantir em todos os níveis de atenção à saúde uma assistência eficaz aos portadores de IST, prezando por um acolhimento adequado e garantindo a privacidade e confidencialidade das pessoas. As atividades de cada nível de atenção em saúde no manejo operacional das IST estão apresentadas no Quadro 1 (p. 224).

O enfermeiro possui um papel importante na execução e na qualidade da atenção à saúde das pessoas com IST no país. Conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, entre outras atribuições específicas, é permitido a este profissional a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo (BRASIL, 2015d). Ainda, conforme outros protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços (BRASIL, 2015d).

Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e estabelece que cabe ao(a) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BRASIL, 1986). O objetivo desse atendimento é prover um atendimento integral e contribuir para a quebra da cadeia de transmissão.

## 2- ABORDAGEM SINDRÔMICA

É baseada em sinais e sintomas, cujo fluxograma de conduta é para orientar o processo de diagnóstico e tratamento a partir de sinais e sintomas e pressupõe: aconselhamento, investigação de outras IST, seguimento dos casos, abordagem de parcerias sexuais, notificação e oferta de exames.

## 3. SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM

“Presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído ou após compressão da base do pênis em direção à glândula (“ordenha”), associado ou não à bacterioscopia com diplococos **Gram negativos intracelulares ou cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae*** e/ou exame ELISA ou imunofluorescência direta reagente ou captura híbrida ou reação de polimerase em cadeia (PCR) positiva para clamídia *Chlamydia trachomatis*” (MATOS et al., 2014). A Uretrite gonocócica é causada pelo microorganismo *Neisseria gonorrhoeae*, e a Uretrite não gonocócica é causada pelo *Chlamydia trachomatis*.

O Fluxograma I (p. 218) apresenta o manejo de corrimento uretral em homem e no Quadro 2 (p. 225) é descrito o tratamento para corrimento uretral em homem.

## 4- CORRIMENTOS VAGINAIS E CERVICITE

O Fluxograma II (p. 219) apresenta o manejo de corrimento vaginal sem microscopia.

**Critérios de risco para infecção cervical** (WHO. RTI 2005, modificado apud BRASIL, 2006)

- ✓ Parceiro com sintomas;
- ✓ Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção;

- ✓ Paciente acredita ter se exposto a IST;
- ✓ Proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia.

Nos casos sintomáticos, as queixas são: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, dispareunia e disúria. Podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e sangramento ao toque da espátula ou swab. “Se houver mucopus endocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, tratar como cervicite (gonorréia e clamídia)” (BRASIL, 2015d).

**GONORRÉIA:** Agente: *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo);

**CLAMÍDIA:** Agente: *Chlamidia trachomatis* (bactéria).

A maioria das mulheres são assintomáticas; não descartar a possibilidade de co-infecção pela clamídia, dessa forma recomenda-se sempre, o tratamento concomitante para as duas infecções (co-infecção presente em 10-30%).

O Quadro 3 (p. 225) apresenta as opções terapêuticas para cervicite. Já o Quadro 4 (p. 226) apresenta as opções terapêuticas para o tratamento dos corrimentos vaginais.

## 5- ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais se manifestam acompanhadas ou não de dor, com ou sem pústulas e/ou vesículas, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional. Os agentes etiológicos mais comuns nas úlceras genitais são: HSV-1 e HSV-2 (herpes perioral e genital, respectivamente); *Haemophilus ducreyi* (cancroide); *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV); *Klebsiella granulomatis* (donovanose) e *Treponema pallidum* (sífilis primária e secundária).

O Fluxograma III (p. 220) representa o manejo de úlcera genital, enquanto o Quadro 5 (p. 227) aborda o tratamento pra herpes genital e o Quadro 6 (p. 228) o tratamento para cancroide, LGV e donovanose.

## Sífilis

A relevância em priorizar a sífilis, neste protocolo, está diretamente relacionada à alta incidência de sífilis congênita em nosso país (3,3 casos /1.000 nascidos vivos). A sífilis congênita é um agravo 100% evitável. O Quadro 7 (p. 229) trata das manifestações clínicas da sífilis adquirida de acordo com a sua evolução e estágios. .

**Diagnóstico da Sífilis:** Para o diagnóstico da sífilis são utilizados testes divididos em duas categorias:

**Exame direto:** A pesquisa direta de *Treponema Pallidum* na sífilis recente primária ou secundária pode ser realizada por microscopia de campo escuro.

**Testes Imunológicos:** Os testes imunológicos são subdivididos nas categorias testes treponêmicos por detectarem anticorpos específicos produzidos contra o *Treponema Pallidum*, e testes não-treponêmicos, caracterizados por detectarem anticorpos não específicos, ou ainda a titulação desses anticorpos.

Para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados:

- Um dos testes treponêmicos (ex: teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA) **MAIS**- Um dos testes não treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST).

**Tratamento da Sífilis:** O tratamento da Sífilis é dependente da fase da infecção. Os exames não treponêmicos são importantes para acompanhar a evolução da cura.

O Quadro 8 (p. 229) aborda os esquemas terapêuticos para o tratamento da Sífilis e seguimento.

## 6- HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são importantes problemas de saúde pública, sendo causadas por diferentes agentes virais: vírus da hepatite A (HAV); vírus da hepatite B (HBV); vírus da hepatite C (HCV); vírus da hepatite

D (HDV); vírus da hepatite E (HEV) (BRASIL, 2015e).

As hepatites A e E são doenças agudas autolimitadas, de transmissão oral-fecal (ARTEAGA-RODRÍGUEZ et al., 2010; PARK; CHOI; KWON, 2012). O vírus da hepatite B pode ser transmitido por via percutânea/parenteral, vertical, horizontal e sexual. A principal via de transmissão do HCV é a parenteral, enquanto as formas sexual e vertical são menos eficazes (BRASIL, 2015e). Importantes hábitos vulneráveis estão associados a infecção pelo HCV e HBV, como compartilhamento de equipamentos para uso de drogas (injetáveis e inalatórias) (BRASIL, 2015d). Portanto, será dado enfoque às hepatites B e C.

## Hepatite B

As hepatites virais são responsáveis por aproximadamente 1,4 milhões de mortes por ano, e cerca da metade dos óbitos são devido à hepatite B (LOZANO et al., 2012; WHO, 2013a). No Brasil, resultados do inquérito nacional das hepatites virais mostraram taxas globais de positividade para o HBsAg e anti-HBc de 0,37% e 7,4%, respectivamente (PEREIRA et al., 2010). Em Goiás, estudos em populações urbanas da região metropolitana de Goiânia mostram uma prevalência global (anti-HBc) para infecção pelo HBV, variando de 5,9% em adolescentes de famílias de baixa renda (OLIVEIRA et al., 2006) a 63,4% em pacientes renais crônicos (BORGES et al., 1997).

A confirmação diagnóstica da infecção pelo HBV pode ser realizada por meio da detecção dos marcadores sorológicos HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, anti-HBcIgM e anti-HBc Total (IgM e IgG) e também da pesquisa qualitativa e quantitativa do DNA viral (CHEVALIEZ e PAWLOTSKY, 2008). O Quadro 9 (p. 230) traz a interpretação dos resultados sorológicos da Hepatite B e o Fluxograma IV (p. 221) aborda o fluxo de diagnóstico da infecção pelo vírus da Hepatite B.

No Brasil, ações de grande importância para prevenção e controle dessa infecção devem ser garantidas, como atividades educativas (aconselhamento), acesso ao diagnóstico precoce, triagem sorológica do HBV em bancos de sangue, monitoramento do HBsAg em gestantes e parturientes, profilaxia pós-exposição e programas de redução de danos (BRASIL, 1993, 2003, 2005, 2006, 2011, 2015a). Entretanto, a imunização ativa, utilizando as modernas vacinas recombinantes constitui na atualidade a ferramenta mais importante para prevenção da hepatite B (GOTTLIEB et al., 2014a).

## Hepatite C

A Hepatite C constitui um importante problema de saúde pública mundial e, juntamente com a Hepatite B, responde pela maioria dos casos de cirrose hepática e carcinoma hepatocelular - CHC (WHO, 2012). Estima-se que 2,8% da população mundial, ou seja, aproximadamente 185 milhões de pessoas sejam portadoras da forma crônica da Hepatite C e que, a cada ano, morram cerca de 350 mil pessoas em decorrência das complicações (WHO, 2014).

Sua transmissão ocorre principalmente por via parenteral, podendo ocorrer por sexual de forma esporádica e, apesar de raro, pode ocorrer por via vertical (WHO, 2014; BRASIL, 2015). Testes de triagem e testes confirmatórios são realizados para diagnosticar exposição prévia ao vírus com eliminação espontânea, infecção aguda ou crônica (GUPTA; BAJPAI; CHOUDHARY, 2014).

O Quadro 10 (p. 230) aborda a interpretação dos resultados sorológicos da Hepatite C e no Fluxograma V (p. 222) está descrito o fluxo de diagnóstico da Hepatite C.

## 7- HIV

O HIV é eficientemente transmitido por via parenteral, sexual e vertical. A transmissão sexual do HIV está associada à elevada concentração do vírus nas secreções genitais, que são mais comuns durante o estágio mais avançado da doença e infecção aguda. Além disso, a presença de IST aumenta significativamente o risco para se infectar pelo HIV (PATEL et al., 2014).

O início da infecção pelo HIV, conhecida por síndrome retroviral aguda ou infecção primária, é caracterizada por uma intensa replicação viral, elevada viremia e queda transitória de contagem de linfócitos



T-CD4 (HO; BIENIASZ, 2008). Manifestações clínicas inespecíficas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), podem ocorrer em cerca de 50% dos casos, incluindo febre alta, mialgia, artralgia, exantema, linfadenomegalia transitória, esplenomegalia, fadiga, falta de apetite, depressão e ainda úlceras oral, cutânea e genital (LEWTHWAITE; WILKINS, 2009). Aproximadamente seis meses após a infecção aguda, os indivíduos evoluem para a forma latente da doença (LEVY, 2009), que dura, em média, 8 a 10 anos, na ausência de tratamento. A evolução para o estágio mais avançado da infecção pelo HIV, a aids, é caracterizado pela aparecimento de infecções oportunistas. Observa-se neste momento, persistência de níveis elevados de replicação viral com consequente diminuição da contagem de linfócitos T-CD4 a níveis inferiores a 200 células/mm<sup>3</sup> (BRASIL, 2015).

O Fluxograma VI (p. 223) aborda o fluxo com dois testes diferentes, usados sequencialmente, para detecção do HIV.

O acesso ao conhecimento do estado sorológico dos indivíduos, somado a agilidade da resposta diagnóstica e encaminhamento para assistência médica são estratégias principais para o controle da epidemia no Estado de Goiás.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, 2009.

ARTEAGA-RODRÍGUEZ, A. et al. Changes in the epidemiology of hepatitis A in Spain (2005–2008): trends of acute hepatitis A hospitalizations, comorbidities, and costs associated with the hospitalization. **European journal of gastroenterology & hepatology**, v. 22, n. 11, p. 1284-9, 2010.

BORGES, A. M. T. et al. Hepatitis B in dialysis center in Goiânia - Goiás. **Revista de patologia tropical**, v. 26, n. 1, p. 9-16, 1997.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)>. Acesso em: 21 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993**. Normas técnicas em hemoterapia. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsa.saude.gov.br%2Flegisla%2Flegisla%2Fhemo%2FGM\\_P1376\\_93hemo.doc&ei=Mc2NU972B8ybqAbwjoHgAQ&usq=AFQjCNHJ4Rk\\_x4cQWHQ\\_4L9HWfemVXpqqQ&sig2=tVhnxF8lhwsunIy5DUaXQA&bvm=bv.68191837,d.b2k](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsa.saude.gov.br%2Flegisla%2Flegisla%2Fhemo%2FGM_P1376_93hemo.doc&ei=Mc2NU972B8ybqAbwjoHgAQ&usq=AFQjCNHJ4Rk_x4cQWHQ_4L9HWfemVXpqqQ&sig2=tVhnxF8lhwsunIy5DUaXQA&bvm=bv.68191837,d.b2k)>. Acesso em: 23 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 52 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 31 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 227 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 74 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

**Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 142 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 100 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. 120 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015e. 68 p.

CHEVALIEZ, S.; PAWLOTSKY, J. M. Diagnosis and management of chronic viral hepatitis: antigens, antibodies and viral genomes. **Best practice & research. Clinical Gastroenterology**, v. 22, n. 6, p. 1031-1048, 2008.

DENY, P.; ZOULIM, F. Hepatitis B virus: from diagnosis to treatment. **Pathologie-biologie**, v. 58, n. 4, p. 245-253, 2010.

FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. S3, p. S333-344, 2007.

FRANCO, E. et al. Hepatitis B: Epidemiology and prevention in developing countries. **World Journal of Hepatology**, v. 4, n. 3, p. 74-80, 2012.

GOTTLIEB, S. L. et al. Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): The need for STI vaccines. **Vaccine**, v. 32, n. 14, p. 1527-1535, 2014a.

\_\_\_\_\_. Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): the need for STI vaccines. **Vaccine**, v. 32, p. 1527-1535, 2014b.

HALLAL, R. et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Tempus Actas**, v. 2, n. 2, p. 53-65, 2010.

HO, D. D.; BIENIASZ, P. D. HIV-1 at 25. **Cell**, v. 133, n. 16, p. 561-565, 2008.

JINDAL, A.; KUMAR, M.; SARIN, S. K. Management of acute hepatitis B and reactivation of hepatitis B. **Liver International**, v. 33, n. S1, p. 164-175, 2013.

KLIMAS, N.; KONERU, A. O. B.; FLETCHER, M. A. Overview of HIV. **Psychosom Med.**, v. 70, p. 523-30, 2008.

LEVY, J. A. HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges. **AIDS**, v. 23, n. 2, p. 147-160, 2009.

LEWTHWAITE, P.; WILKINS, E. Natural history of HIV/AIDS. **Medicine**, v. 37, n. 7, p. 333-337, 2009.

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2095-2128, 2012.

MANAVI, K. A review on infection with human immunodeficiency virus. **Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.**, v. 20, n. 6, p. 923-940, 2006.

MATOS, A. S. O. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Homem. In: ROSSO, C.F.W. et al. (Org.). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.** Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem, 2014.

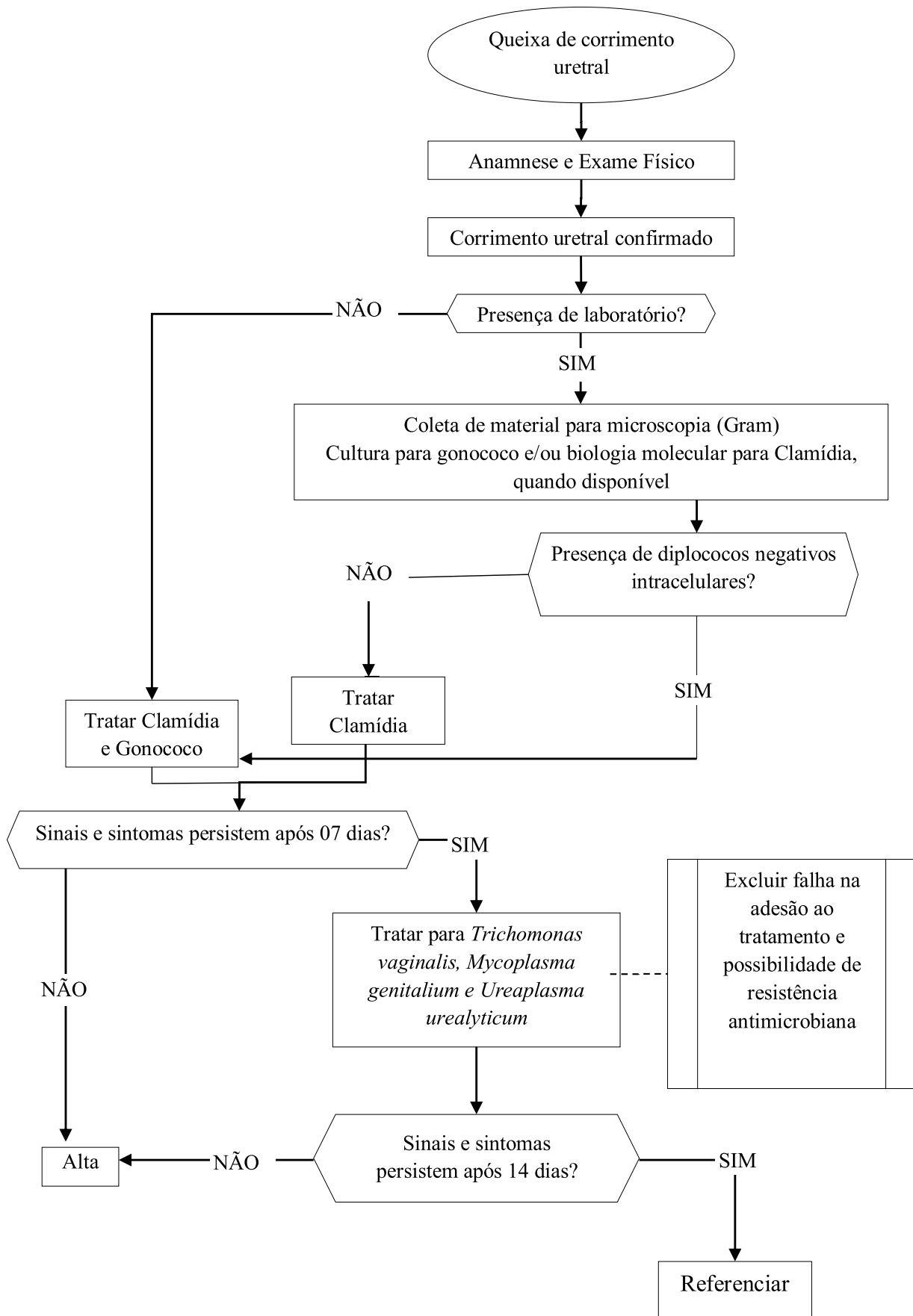
MAST, E. E. et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part 1: immunization of infants, children, and adolescents. **MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control**, v. 55, n. 6, p. 158-159, 2005.

MCMAHON, B. J. Chronic hepatitis B virus infection. **The Medical Clinics of North America**, v. 98, n. 1, p. 39-54, 2014.

OLIVEIRA, M. D. et al. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection and high rate of response to hepatitis B virus Butang vaccine in adolescents from low income families in Central Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 101, n. 3, p. 251-256, 2006.

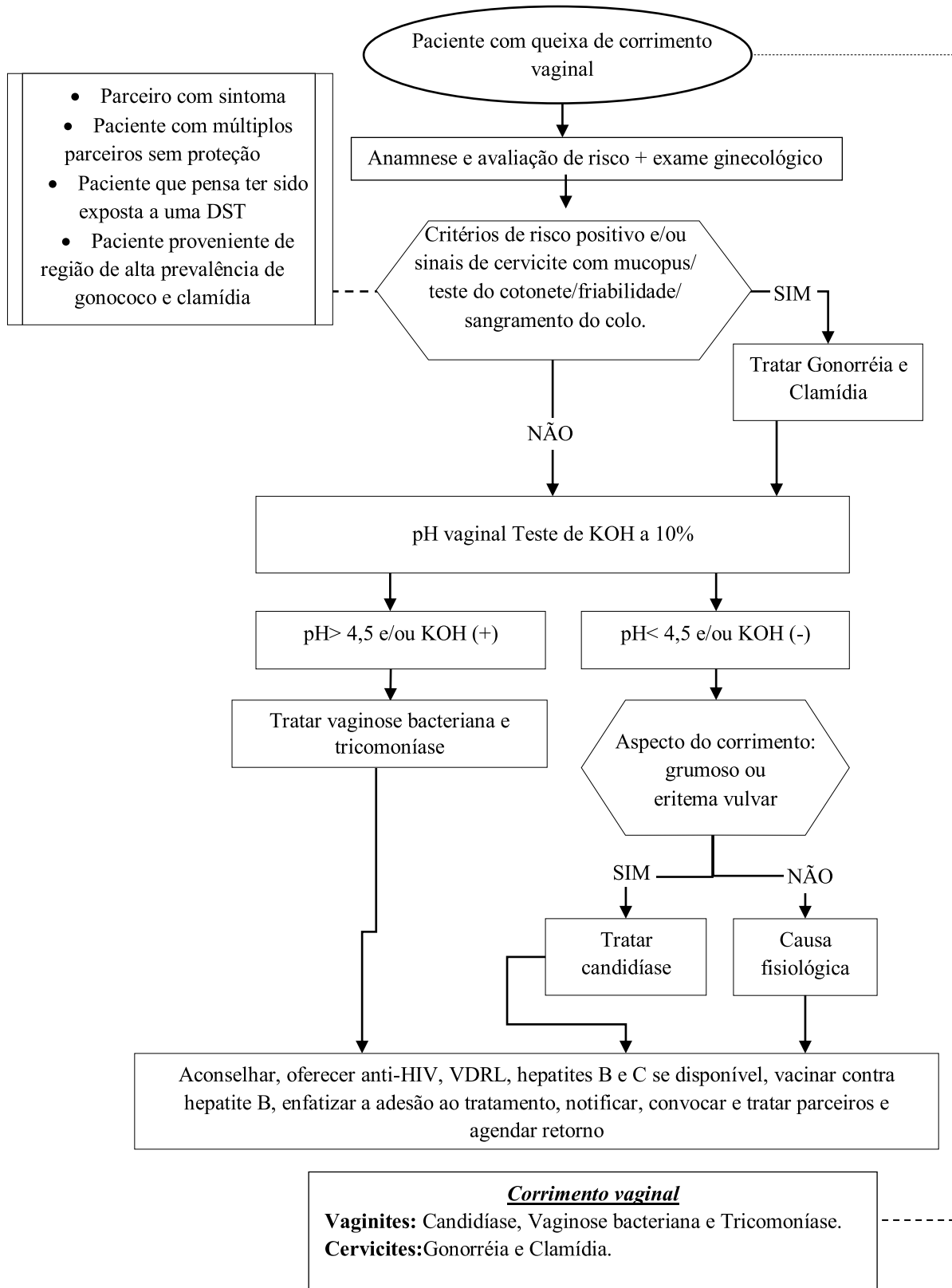
- PARK, H. S.; CHOI, B. Y.; KWON, Y. D. Rapid increase in the national treatment costs for hepatitis A infections in Korea. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine**, v. 226, n. 1, p. 85-93, 2012.
- PATEL, P. et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. **AIDS**, v. 28, p. 1509-1519, 2014.
- PEREIRA, L. M. M. B. et al. Universidade de Pernambuco. Núcleo de Pós-Graduação. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos Vírus das Hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Recife: Ministério da Saúde - Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. 295 p.
- TORRE, C. Syringe Exchange Programmes in the Context of Harm Reduction. **Arq. Med.**, v. 23, n. 3, p. 119-31, 2009.
- UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS, 2014. 40 p.
- WHO. **Prevention & Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action**. Geneva: World Health Organization, 2012a. 28 p.
- \_\_\_\_\_. **Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008**. Geneva: World Health Organization, 2012b. 28 p.
- \_\_\_\_\_. Hepatitis B. **World Health Organization**, 2013a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>>. Acesso em: 19 abr. 2014.
- \_\_\_\_\_. **Report on global sexually transmitted infection surveillance**. Geneva, 2013b. 64 p.
- \_\_\_\_\_. **Global summary of the AIDS epidemic - 2013**. Geneva: World Health Organization, 2014.

FLUXOGRAMA I - MANEJO DE CORRIMENTO URETRAL COM USO DE FLUXOGRAMA



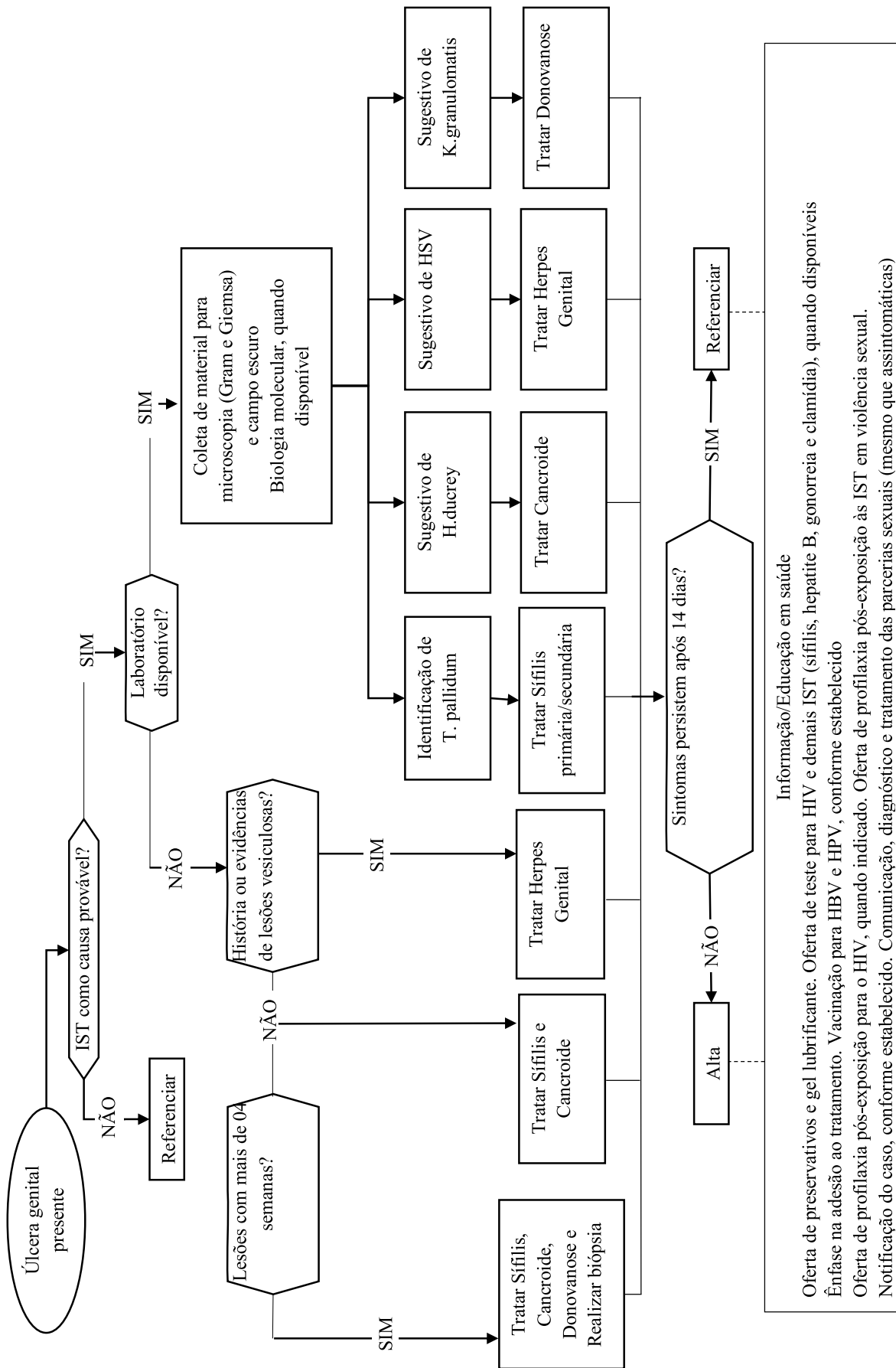
Fonte: Brasil (2015d)

FLUXOGRAMA II - MANEJO DE CORRIMENTO VAGINAL SEM MICROSCOPIA



Fonte: Brasil (2015d)

FLUXOGRAMA III - MANEJO DE ÚLCERA GENITAL



Informação/Educação em saúde

Oferta de preservativos e gel lubrificante. Oferta de teste para HIV e demais IST (sífilis, hepatite B, gonorreia e clamídia), quando disponíveis

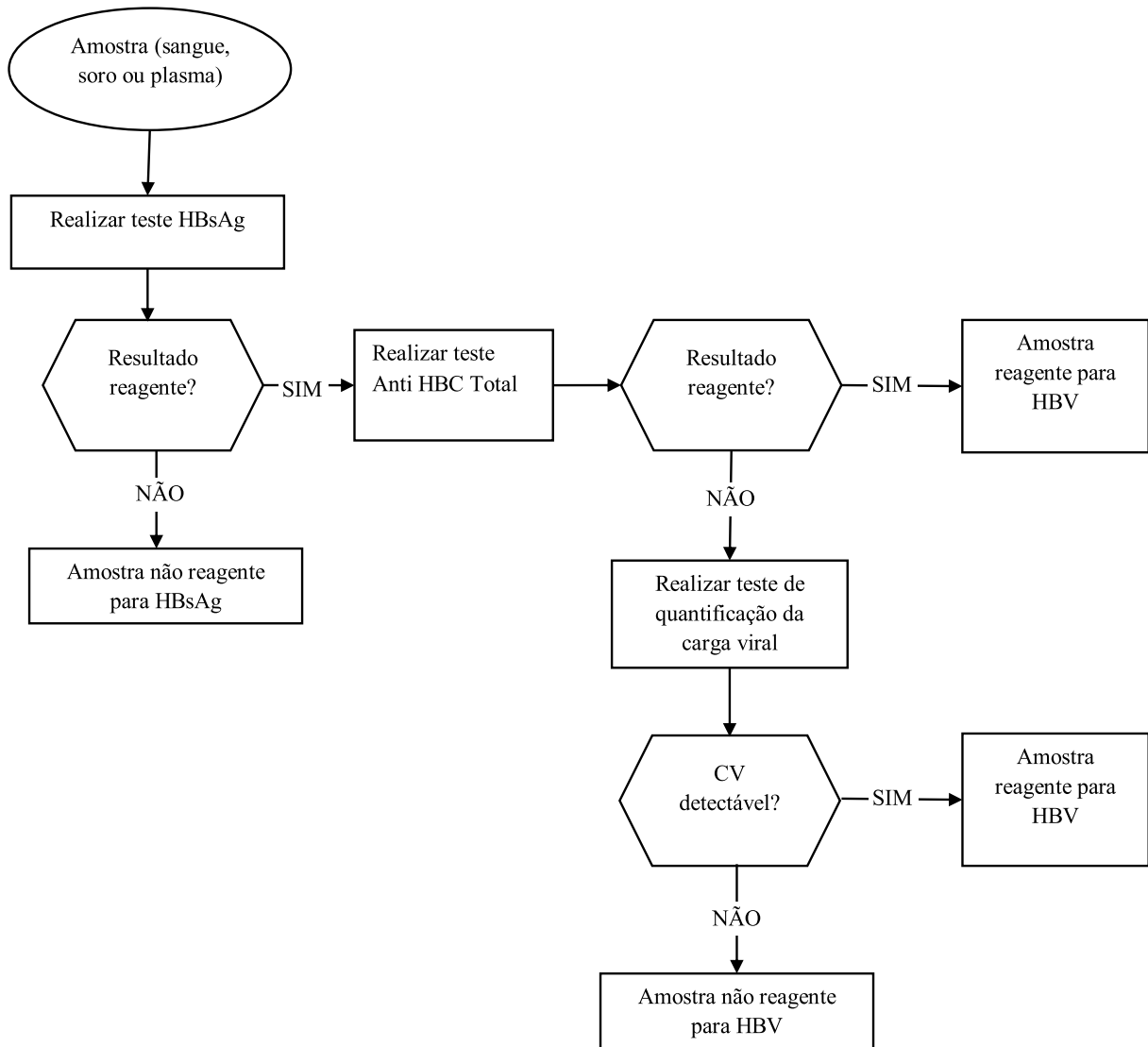
Ênfase na adesão ao tratamento. Vacinação para HBV e HPV, conforme estabelecido

Oferta de profilaxia pós-exposição para o HIV, quando indicado. Oferta de profilaxia pós-exposição às IST em violência sexual.

Notificação do caso, conforme estabelecido. Comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas)

Fonte: Brasil (2015d)

## FLUXOGRAMA IV – DE DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B (HBV)

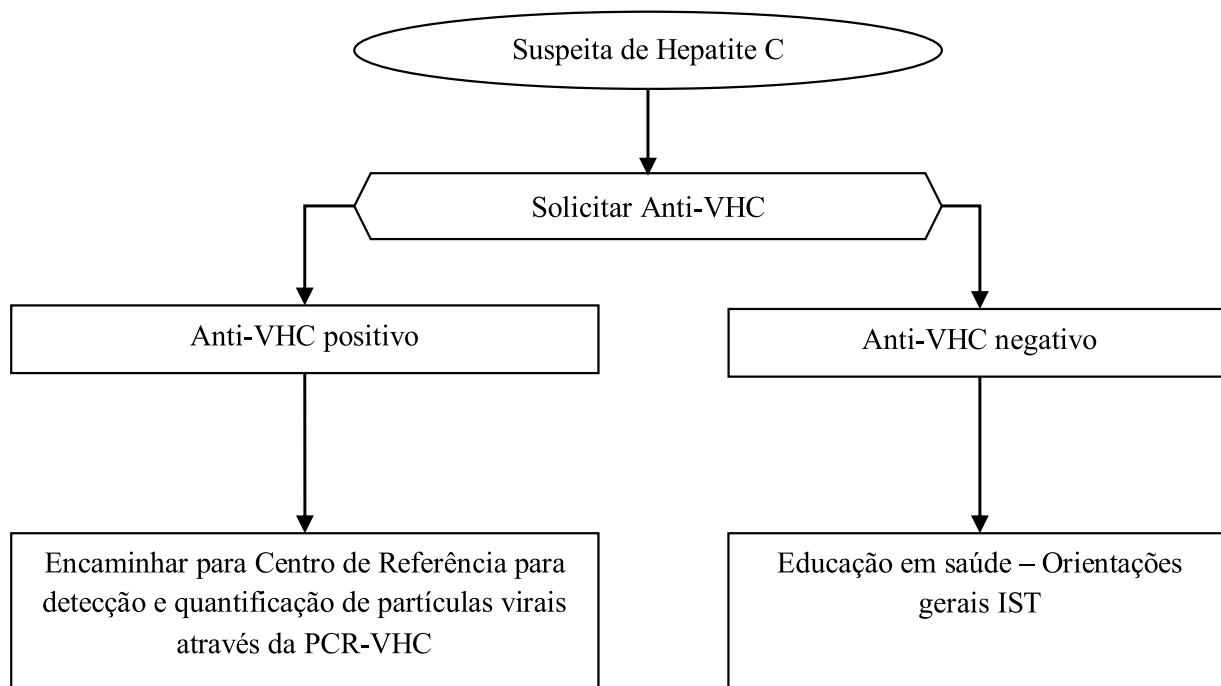


Fonte: Brasil (2015d)

### OBS.:

- Pode ser utilizado em gestantes;
- Por fazer uso de testes que detectam anticorpos totais, este fluxograma não pode ser usado em indivíduos menores de 18 meses, e também em indivíduos imunossuprimidos;
- Este fluxograma é capaz de identificar infecções ativas pelo HBV;
- Em laboratórios que realizam pequenas rotinas (máximo cinco testes por dia) o teste para detecção do HBsAg pode ser um teste rápido;
- Em caso de resultado não reagente, e permanecendo a suspeita de infecção, após 30 dias coletar uma nova amostra para repetir o teste.

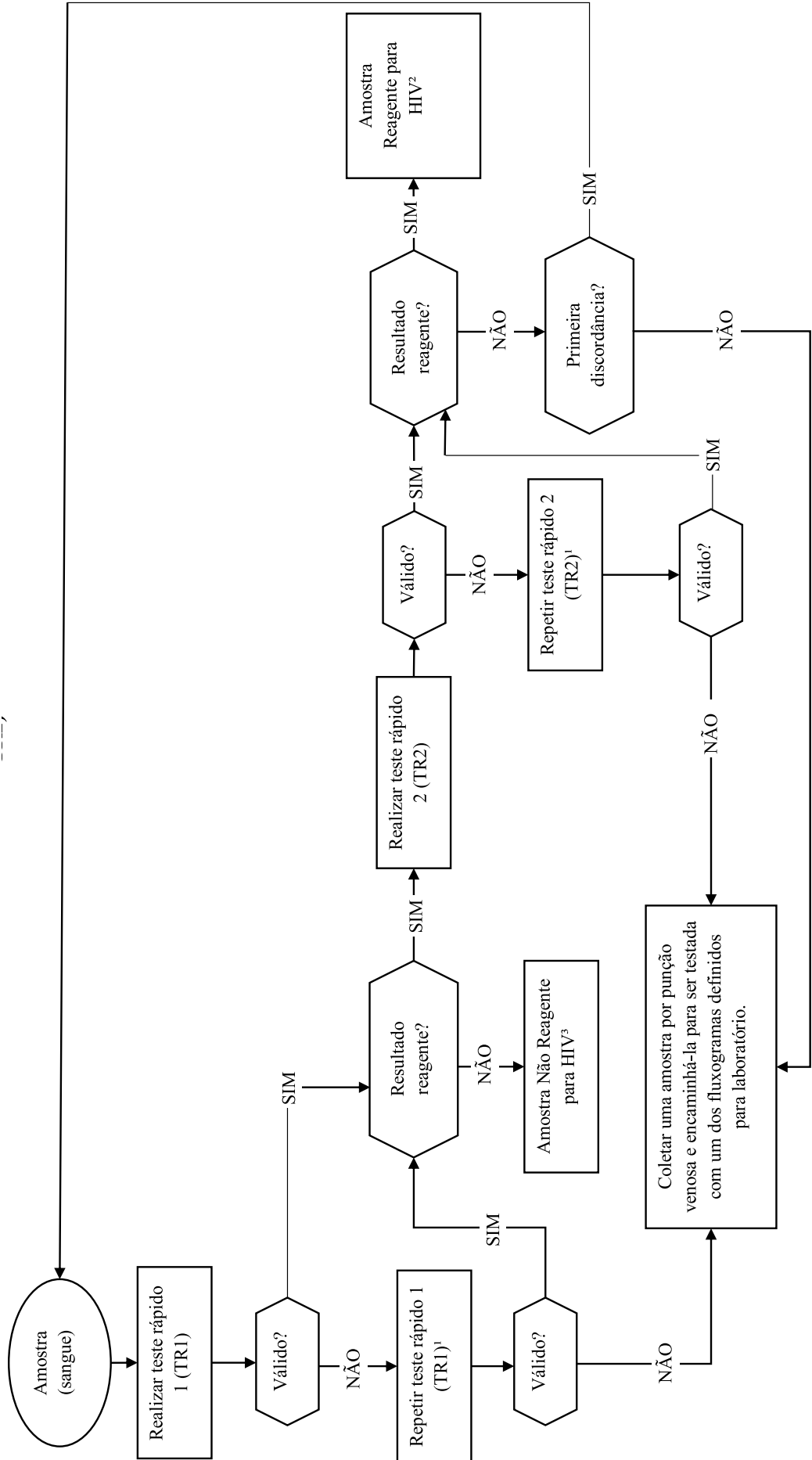
FLUXOGRAMA V - DIAGNÓSTICO DA HEPATITE C NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.



Fonte: Autores deste Protocolo (2017) baseados nas referências consultadas



FLUXOGRAMA VI -DIAGNÓSTICO DO HIVCOM DOIS TESTES RÁPIDOS DIFERENTES (TR1 E TR2)



Fonte: Brasil (2014).

**QUADRO 1. ATIVIDADES DE CADA NÍVEL DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO MANEJO OPERACIONAL DAS IST**

ATENÇÃO BÁSICA	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE
Garantir o acolhimento e realizar atividades de informação/ educação em saúde;	Realizar todas as atividades elementares de prevenção e assistência, além do diagnóstico e tratamento das IST;	Realizar todas as atividades elementares e intermediárias de prevenção e assistência das IST;
Realizar consulta imediata no caso de úlceras genitais, corrimentos genitais masculinos e femininos e de verrugas anogenitais;	Realizar colposcopia, se disponível, ou encaminhar a paciente para serviços de referência;	Ter um laboratório de pesquisa equipado e em funcionamento, realizando os testes diagnósticos para as IST;
Realizar coleta de material cérvico-vaginal para exames laboratoriais;	Realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;	Interagir com outras instituições, a fim de agregar outras tecnologias e massa crítica;
Realizar testagem rápida e/ou coleta de sangue e/ou solicitação de exames para sífilis, HIV e hepatites B e C, nos casos de IST;	Notificar as IST, conforme a Portaria nº 1.271/2014	Oferecer sistematicamente capacitação para o manejo integral às IST para os demais níveis de atenção;
Realizar tratamento das pessoas com IST e suas parcerias sexuais;	Comunicar as parcerias sexuais do caso-índice para tratamento, conforme protocolo;	Ter equipe composta por especialistas e pós-graduados e/ou com experiência comprovada em pesquisa;
Seguir o protocolo do MS para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais;	Promover capacitações para os profissionais de saúde da atenção básica.	Ter um núcleo para avaliação epidemiológica (atividades de vigilância e notificação);
Notificar as IST, conforme a Portaria nº 1.271/2014.		Realizar diagnóstico das IST apoiado em todos os recursos laboratoriais recomendados;
Comunicar as parcerias sexuais do caso-índice para tratamento, conforme protocolo;		Realizar pelo menos uma vez ao ano, vigilância de resistência microbiana aos fármacos e da etiologia dos corrimentos uretrais e vaginais, ulcerações genitais e cervicites;
Referir os casos suspeitos de IST com manifestações cutâneas extragenitais para unidades que disponham de dermatologista, caso necessário;		Disponer de comitê de ética ou acesso a um comitê de ética externo;
Referir os casos de IST complicadas e/ou não resolvidas para unidades que disponham de especialistas e mais recursos laboratoriais;		Apoiar o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde nas atividades de supervisão integradas;
Referir os casos de dor pélvica com sangramento vaginal, casos com indicação de avaliação cirúrgica ou quadros mais graves para unidades com ginecologista e/ou que disponham de atendimento cirúrgico.		Apresentar coerência com as necessidades da população e prioridades do Ministério da Saúde.

Fonte: Brasil (2015d).

**QUADRO 2 . TRATAMENTO PARA CORRIMENTO URETRAL**

TIPO DE CORRIMENTO	TRATAMENTO DE ESCOLHA
Uretrite gonocócica e por clamídia não complicada (uretrite e proctite)	Ciprofloxacina 500 mg, 1 comprimido, VO, dose única <b>MAIS</b> Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única <b>OU</b> Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única <b>MAIS</b> Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única <b>Em menores de 18 anos ou Gestantes</b> A ciprofloxacina é contra-indicada, sendo a ceftriaxona o medicamento de escolha
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única <b>OU</b> Doxiciclina 100 mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias <b>OU</b> Amoxicilina 500 mg, VO, 3x ao dia, por 7 dias
Uretrite por <i>mycoplasmagenitalium</i>	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única

Fonte: Brasil (2006).

**QUADRO 3. OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CERVICITE**

AGENTE	1º OPÇÃO	2º OPÇÃO	GESTANTES E MENORES DE 18 ANOS
CLAMÍDIA	<b>Azitromicina</b> 1 g, VO, em dose única,  <b>OU</b> <b>Doxicilina</b> 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;	<b>Eritromicina</b> (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias  <b>OU</b> <b>Tetraciclina</b> 500mg oral, 4x/dia, 7 dias  <b>OU</b> <b>Ofloxacina</b> 400mg oral, 2x/dia, 7 dias	Contra-indicar o floxacina e a doxicilina. Indicar azitromicina, eritromicina ou amoxicilina (500 mg, VO de 8/8 horas, por 7 dias).
GONORREIA	<b>Ciprofloxacina</b> 500 mg, VO dose única;  <b>OU</b> <b>Ceftriaxona</b> 250 mg, IM, dose única	<b>Cefixima</b> 400 mg, VO, dose única;  <b>OU</b> <b>Ofloxacina</b> 400 mg, VO, dose única,  <b>OU</b> <b>Espectinomicina</b> 2g IM dose única	Contra-indicado o uso de ciprofloxacina e o floxacina

Fonte: Brasil (2015d)

**OBS.:** Parceiros sexuais: tratados, preferencialmente com medicamentos de dose única.

QUADRO 4 . OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA O TRATAMENTO DOS CORRIMENTOS VAGINAIS:

AGENTE	1º OPÇÃO	2º OPÇÃO	TRATAMENTO EM GESTANTES	CASOS RECORRENTES	COMENTÁRIOS
Candidíase vulvovaginal	<p><b>Miconazol</b> creme a 2% via vaginal, um aplicador bem cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias.</p> <p><u>OU</u></p> <p><b>Nistatina</b> 100.000 UI, uma aplicação via vaginal à noite ao deitar-se, por 14 dias.</p>	<p><b>Fluconazol</b> 150 mg, VO, dose única</p> <p><u>OU</u></p> <p><b>Itraconazol</b> 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x ao dia por 1 dia</p>	<p>Deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contra-indicado na gestação e lactação.</p>	<p>Mesmas opções de tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias.</p> <p><u>OU</u></p> <p><b>Fluconazol</b> 150 mg, VO, 1x por dia, nos dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: Fluconazol 150 mg, VO, 1 x por semana, por 6 meses.</p>	<p>As parceiras sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.</p> <p>É comum recidivas em gestantes pelas condições propícias do pH vaginal nesse período.</p>
Vaginose bacteriana	<p><b>Metronidazol</b> 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x por dia, por 7 dias</p> <p><u>OU</u></p> <p><b>Metronidazol</b> gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias.</p>	<p><b>Clindamicina</b> 300mg, VO, 2x por dia, por 7 dias</p>	<p><i>Primeiro Trimestre:</i> <b>Clindamicina</b> 300mg, VO, 2x por dia, por 7 dias</p> <p><i>Após o primeiro trimestre:</i> <b>Metronidazol</b> 250 mg, 1 comprimido, VO, 3x por dia, por 7 dias</p>	<p><b>Metronidazol</b> 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x por dia, por 10 a 14 dias.</p> <p><u>OU</u></p> <p><b>Metronidazol</b> gel vaginal 100 mg/g, um aplicador via vaginal 1 x por dia, seguido de tratamento supressivo com 2 aplicações semanais, por 4 a 6 meses</p>	<p>O tratamento das parceiras sexuais não está recomendado.</p> <p>Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento para gestantes.</p>
Tricomoníase	<p><b>Metronidazol</b> 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2 g).</p> <p><u>OU</u></p> <p><b>Metronidazol</b> 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x por dia, por 7 dias.</p>	<p>-----</p>	<p><b>Metronidazol</b> 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g).</p> <p><u>OU</u></p> <p><b>Metronidazol</b> 400 mg, 1 comprimido, VO, 2 x por dia, por 7 dias.</p> <p><u>OU</u></p> <p><b>Metronidazol</b> 250 mg, 1 comprimido, VO, 3 x por dia, por 7 dias.</p>	<p>-----</p>	<p>As parceiras sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p> <p>O tratamento pode aliviar os sintomas em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital no RN.</p> <p>Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento para gestantes.</p>

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

Fonte: Brasil (2015d)

#### QUADRO 5. TRATAMENTO PARA HERPES GENITAL

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

Fonte: Brasil (2015d)

QUADRO 6. TRATAMENTO PARA CANCROIDE, LGV E DONOVANOSE

IST	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
Cancroide	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única <b>OU</b> Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única	Ciprofloxacina <sup>a</sup> 500 mg, 1 comprimido, VO, 2x por dia, por três dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina <sup>b</sup> 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x por dia, por 21 dias	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x por semana, por 21 dias ( <b>preferencial nas gestantes</b> )	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única <b>OU</b> Doxiciclina <sup>b</sup> 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x por dia, por 7 dias. O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital
Donovanose	Doxiciclina <sup>b</sup> 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x por dia, por pelo menos 21 dias <b>OU</b> até o desaparecimento completo das lesões	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x por semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões <b>OU</b> Ciprofloxacina <sup>a</sup> 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x por dia, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total 750 mg) <b>OU</b> Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80 mg), 2 comprimidos, VO, 2x por dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, 3x dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões.  Em PVHA, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos, e o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.  O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.  Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento das parcerias sexuais.

Fonte: Brasil (2015d)

**QUADRO 7. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE ACORDO COM EVOLUÇÃO E ESTÁGIOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA**

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis Recente (Menos de um ano de duração)	<b>Primária:</b> - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas; - A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento.	- Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada; - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam.
	<b>Secundária:</b> - Seis semanas a seis meses após o contato; - As lesões desaparecem sem cicatrizes em 4 a 12 semanas; - Pode haver novos surtos.	- Lesões cutaneomucosas sintomáticas <sup>a</sup> ; - Sintomas gerais, micropoliadenopatia; - Pode haver envolvimento ocular (ex. uveíte), hepático e neurológico (ex. alterações nos pares cranianos, meningismo);
	<b>Latente recente<sup>b</sup></b>	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes.
Sífilis Tardia (Mais de um ano de duração)	<b>Latente tardia<sup>b</sup></b>	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes.
	<b>Terciária<sup>c</sup>:</b> - Dois a 40 anos após o contato.	- Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão; - Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo.

<sup>a</sup>Erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmo-plantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênuas e acinzentadas), lesões papulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopecia em clareiras e madarose (perda da sobrancelha).

<sup>b</sup> A maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente, é difícil diferenciar a fase latente precoce da latente tardia.

<sup>c</sup> Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas); ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

Fonte: Brasil (2015d)

**QUADRO 8. ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DA SÍFILIS E SEGUIMENTO**

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPEUTICO	ALTERNATIVA <sup>a</sup>
Sífilis Primária, Secundária e Latente recente (com menos de um ano de evolução)	<b>Penicilina G benzatina</b> 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões em cada glúteo) <sup>b</sup>	<b>Doxicilina</b> 100mg, VO, 2x por dia, por 15 dias (exceto gestantes).  <b>OU</b> <b>Ceftriaxona<sup>c</sup></b> 1g, IV ou IM, 1x por dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Sífilis latente tardia (mais de um ano de evolução) ou Latente com duração ignorada e Terciária	<b>Penicilina G benzatina</b> 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas (Dose total: 7,2 milhões UI, IM)	<b>Doxicilina</b> 100mg, VO, 2x por dia, por 30 dias (exceto gestantes).  <b>OU</b> <b>Ceftriaxona<sup>c</sup></b> 1g, IV ou IM, 1x por dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

Neurosífilis	<b>Penicilina cristalina</b> 12-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	<b>Ceftriaxona</b> <sup>d</sup> 2 g, IV ou IM, 1x por dia, por 10 a 14 dias.
--------------	--	--

Nota:

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

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

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

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

Fonte: Brasil (2015d)

#### QUADRO 9. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS DA HEPATITE B

TESTES SOROLÓGICOS	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
HBsAg	Não reagente	Ausência de contato prévio com HBV. Susceptível a infecção pelo HBV.
Anti-HBc total	Não reagente	
Anti-HBs	Não reagente	
HBsAg	Não reagente	Imune após infecção pelo HBV.
Anti-HBc total	Reagente	
Anti-HBs	Reagente	
HBsAg	Não reagente	Imune após vacinação contra o HBV.
Anti-HBc total	Não reagente	
Anti-HBs	Reagente	
HBsAg	Reagente	Infecção pelo HBV
Anti-HBc total	Reagente	
Anti-HBs	Não reagente	

Fonte: Brasil (2015e).

#### QUADRO 10. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS SOROLÓGICOS DA HEPATITE C

TRIAGEM	MARCADOR	INTERPRETAÇÃO
IMUNOENSAIOS Teste rápido (imunocromatográfico)	Anti-VHC	Indica contato prévio com o VHC.
CONFIRMATÓRIO	MARCADOR	INTERPRETAÇÃO
TESTES MOLECULARES	RNA-HCV	São testes de amplificação do (HCV-RNA) capazes de detectar, quantificar ou caracterizar os componentes de partículas virais do HCV através da técnica RT-PCR ( <i>reverse transcription</i> – RT)

Fonte: Brasil (2015).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE

Seyssa Cristina Pereira e Silva Cintra<sup>1</sup>

Ana Lourdes Pereira da Silva Melo<sup>2</sup>

Aline Sampaio Bello<sup>3</sup>

Emílio Alves Miranda<sup>4</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## INTRODUÇÃO

Doença infectocontagiosa, a Tuberculose é causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. Apesar de a forma pulmonar bacilífera ser a mais importante, do ponto de vista epidemiológico, sendo a responsável pela cadeia de transmissão, outras formas de tuberculose também podem ser observadas, como a disseminada miliar ou as extrapulmonares: pleural, ganglionar, osteoarticular, geniturinária, meningoencefálica, entre outras. Também esta enfermidade pode acometer, ao mesmo tempo, mais de um órgão em um mesmo paciente.

O Brasil permanece entre os 22 países que concentram 80% dos casos de Tuberculose no mundo, apesar da tendência de queda da incidência dos casos nos últimos 20 anos, a Tuberculose ainda é mantida como sério problema de saúde pública.

Em Goiás são notificados, em média, 928 casos novos de tuberculose por ano, correspondendo a uma incidência de 14,0 por 100.000 habitantes. Embora seja um dos três Estados de menor incidência de casos, a taxa de cura permanece abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que é de 85%, sendo este, um dos

<sup>1</sup>Enfermeira, Especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

<sup>2</sup>Enfermeira, Especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

<sup>3</sup>Enfermeira, Especialista, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás.

<sup>4</sup>Enfermeiro, Especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

fatores que garante a manutenção da cadeia de transmissão.

O principal sintoma da tuberculose é a tosse por tempo igual ou superior a três semanas, acompanhado de perda acentuada de peso, falta de apetite, febre ao entardecer e sudorese noturna; e nos casos graves, o paciente pode apresentar episódios de hemoptise.

Através deste protocolo, o profissional de enfermagem poderá subsidiar as ações que realiza nos locais onde atua, de forma sistemática, estabelecendo qualidade nos processos realizados, diante de um paciente com suspeita de tuberculose na atenção básica.

### **A descoberta de casos e a busca de Sintomáticos Respiratórios (SR)**

Identificar precocemente pessoas com *tosse* por tempo igual ou superior a *três semanas* visa à descoberta dos casos de bacilíferos, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. A busca ativa do SR é uma estratégia recomendada internacionalmente e deve ser realizada permanentemente pelos serviços de saúde.

A operacionalização dessa ação requer a atuação do enfermeiro visando a captação de suspeitos continuamente na rotina diária da unidade de saúde, considerando:

- Organização de agendamento aberto, para pessoas que procuram as unidades de saúde e os suspeitos encaminhados dos outros serviços, por motivo de tosse por tempo igual ou maior que três semanas;
- A busca dos sintomáticos deve ter abrangência multiprofissional e envolvimento da totalidade dos profissionais da unidade de saúde;
- O estabelecimento de fluxo dos exames laboratoriais, com agilidade na realização e divulgação dos resultados das baciloscopias, além do controle de qualidade;
- Desenvolvimento de ações que facilitem o alcance das metas na sua unidade de saúde de acordo com a programação anual de SR nos serviços de saúde, as quais foram pactuadas por estados e municípios;
- Organização de ações voltadas às populações especiais, ou seja, com maior vulnerabilidade de adoecer por tuberculose (Pessoas em Situação de Rua, População Privada de Liberdade, Profissionais de Saúde, Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, Indígenas, Diabéticos e Tabagistas);
- Encaminhamento para a referência dos casos que demandam maior capacidade resolutiva.

**Dentre as ações de planejamento para a busca ativa do Sintomático Respiratório (SR), caberá ao enfermeiro:**

1. Programar metas e monitorar mês a mês a descoberta do sintomático respiratório nas unidades de saúde e em populações especiais, utilizando-se do registro no Livro do Sintomático Respiratório;
2. Mobilizar e capacitar os profissionais de saúde e todos os funcionários da unidade de saúde (ex.: vigilantes, serviços administrativos e limpeza), assim como os agentes comunitários de saúde e a equipe da Estratégia de Saúde da Família na identificação e no registro do caso de sintomático respiratório;
3. Identificar e priorizar as áreas de maior afluência de pessoas no serviço de saúde na busca do sintomático respiratório (ex.: sala de espera, recepção, farmácia, laboratório, serviço odontológico e outros).

#### **Orientação para a coleta de escarro espontâneo:**

O enfermeiro deve conduzir sua orientação para a coleta do exame. Para maiores informações quanto ao passo a passo para a coleta do escarro verifique o *Guia de Orientações para a Coleta de Escarro* (BRASIL, 2014b). Deve-se considerar, neste caso, a realidade do Serviço de Saúde, sendo que as dúvidas devem ser esclarecidas na Secretaria de Saúde dos respectivos municípios.

**Observação:** na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, esta deverá ser conservada em geladeira comum por 5 a 7 dias em uma temperatura entre 2°C e 8°C. As amostras clínicas encaminhadas ao laboratório deverão estar acompanhadas da requisição de exames, contendo os dados de identificação do paciente, descrição dos achados clínicos do paciente e a natureza do exame solicitado. Agendar em seguida a consulta médica.

**Frente ao material para exame de escarro enviado ao laboratório e o seu resultado, o enfermeiro deverá:**

- Observar se o resultado do exame emitido pelo laboratório chega, no máximo, em 24h nos serviços; registrar o resultado do exame no prontuário do paciente e no Livro de Registro do Sintomático Respiratório;
- Realizar busca ativa dos casos de pacientes com baciloscopia positiva que não compareceram à unidade básica de saúde. Na ausência do médico, iniciar o tratamento, com posterior agendamento de consulta.

### **Diagnóstico da Tuberculose**

A pesquisa bacteriológica é o método prioritário para o diagnóstico e o controle do tratamento da tuberculose, uma vez que permite a identificação da fonte de transmissão da infecção (o bacilífero). Dentre os exames bacteriológicos mais realizados, destaca-se a baciloscopia do escarro, seguido da cultura para micobactéria e do teste de sensibilidade aos antimicrobianos.

O diagnóstico biomolecular (Teste Rápido Molecular para Tuberculose) é um método novo utilizado para o diagnóstico da tuberculose e com detecção simultânea a resistência a rifampicina.

O diagnóstico clínico epidemiológico deve ser considerado quando na impossibilidade total de se comprovar a suspeita por meio de exames laboratoriais, porém deve-se tentar ao máximo a viabilização de exames complementares para fechar o diagnóstico da tuberculose, diminuindo as chances de um erro de diagnóstico.

A Prova Tuberculínica (PT) poderá ser utilizada como método coadjuvante para o diagnóstico da tuberculose em crianças e a tuberculose da forma ocular.

### **Consulta de Enfermagem**

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico.

Dentre as recomendações para o diagnóstico de tuberculose estão:

- Anamnese;
- Exame físico;
- Solicitação da baciloscopia de escarro e/ou teste rápido molecular, se disponível;
- Solicitação de cultura de escarro ao LACEN-GO nos casos de retratamento de tuberculose e de populações vulneráveis;
- Realização e leitura do teste tuberculínico (PPD) se capacitado e quando necessário;
- Notificação do caso em ficha específica preconizada pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 204/2016.

### **Tratamento Preventivo da Tuberculose (Quimioprofilaxia)**

A susceptibilidade à infecção é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença; no entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção. O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo-infecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e até mesmo décadas.

### **Prevenção da infecção latente ou quimioprofilaxia primária**

Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos co-habitantes de caso índice bacilífero. Nesses casos, o recém-nascido não deverá ser vacinado ao nascer. A Isoniazida (H) é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica (PT). Se o resultado da PT for  $\geq 5$  mm, a quimioprofilaxia (QP) deve ser mantida por mais três meses; caso contrário, deve-se interromper o uso da

Isoniazida e vacinar com BCG.

### Infecção latente ou quimioprofilaxia secundária

Quimioprofilaxia secundária é a administração de isoniazida a uma pessoa infectada pelo bacilo de Koch com a finalidade de evitar que ela adoça (BRASIL, 2002a). O tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB com isoniazida – H reduz em 60% a 90% o risco de adoecimento (SMIEJA et. al., 1999). Essa variação se deve à duração e à adesão ao tratamento

#### Indicações

Além do resultado da PT, a indicação do uso da H (Isoniazida) para tratamento da ILTB (Infecção Latente por Tuberculose) depende de três fatores: idade, probabilidade de ILTB e risco de adoecimento (PAI; MENZIES, 2009). Os grupos com indicação de tratamento são:

##### 1. Crianças contatos de casos bacilíferos:

- PT igual ou superior a 5 mm em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora;
- PT igual ou superior a 10 mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos;
- Crianças que adquiriram ILTB até os 5 anos – grupo prioritário para o tratamento de ILTB.

##### 2. Em adultos e adolescentes:

- Adultos e adolescentes maiores de 10 anos com ILTB, a relação risco-benefício do tratamento com H deve ser avaliada. A idade é um dos fatores de risco para hepatotoxicidade pela isoniazida (DOSSING et al., 1996; SENARATNE et al., 2006). Pelo elevado risco de hepatotoxicidade e reduzido risco acumulado de adoecimento.

- HIV/AIDS – tratar ILTB nos seguintes casos:

##### 1. Radiografia de tórax normal e:

- PT  $\geq$  5 mm;
- Contatos intradomiciliares ou institucionais de pacientes bacilíferos, independentemente da PT;
- PT < 5 mm com registro documental de ter tido PT  $\geq$  5 mm e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.

##### 2. Radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (afastada a possibilidade de TB ativa por meio de exames de escarro, radiografias anteriores e, se necessário, TC de tórax), independentemente do resultado da PT.

**Grávidas** – Recomenda-se postergar o tratamento da ILTB para após o parto. Em gestante com infecção pelo HIV, recomenda-se tratar a ILTB após o terceiro de mês de gestação.

### Tratamento da Infecção Latente para Tuberculose

**Fármaco utilizado:** isoniazida – na dose de 5 mg/kg a 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 300 mg/dia. A isoniazida tem papel relevante, uma vez que diminui o risco de adoecer nos indivíduos já infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Tempo de tratamento: deve ser realizado por um período mínimo de 9 meses, podendo ser estendido por um período máximo de 12 meses a critério médico.

### Tratamento da Tuberculose

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antiTB, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento. O profissional de enfermagem obedecendo a legislação vigente e diante do diagnóstico confirmado de tuberculose, deverá;

- Instituir e acompanhar o tratamento do paciente com tuberculose pulmonar e extrapulmonar, bem como registrar e examinar os contatos dos casos pulmonares bacilíferos;
- Explicar e instituir o Tratamento Diretamente Observado (TDO);
- Solicitar baciloscopia de controle para o efetivo acompanhamento do tratamento;

- Oferecer orientações gerais aos pacientes e familiares, como por exemplo, em relação à doença e seus mitos, duração e necessidade de realizar o tratamento até o final;
- Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV para todos os casos confirmados de tuberculose;
- Preencher, de forma adequada e oportuna, os instrumentos de vigilância preconizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (ficha de notificação/Investigação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos).

### Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.

#### *Indicações:*

- Casos novos adultos e adolescentes (> 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não por HIV;
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (> 10 anos) – exceto a forma meningoencefálica;
- O Quadro 1 (p. 236) aborda o tratamento básico da TB para adultos e adolescentes.

### Esquema básico 2RHZ/4RH para criança – EB (2RHZ /4RH)

#### *Indicações:*

- Casos novos de crianças (< 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não pelo HIV;
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em crianças (< 10 anos) – exceto a forma meningoencefálica;
- O Quadro 2 (p. 236) aborda o esquema básico para tratamento da TB em crianças < 10 anos.

### Tratamento Diretamente Observado (TDO)

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e mortalidade, bem como aumentando a probabilidade de cura. Será considerado TDO, para fins operacionais, a observação de 24 tomadas na fase de ataque e 48 tomadas na fase de manutenção, assistida por um profissional de saúde ou uma pessoa capacitada para tal função.

#### **Situações especiais na qual o paciente deve ser encaminhado para uma unidade de referência**

Existem situações em que o paciente deve ser referenciado para uma unidade de referência devido à complexidade de seu tratamento e acompanhamento, de acordo com a magnitude do caso, distâncias geográficas e facilidade de acesso. Sendo elas:

- Dificil diagnóstico;
- Presença de efeitos adversos “maiores”;
- Presença de comorbidades (transplantados, imunodeprimidos, infecção pelo HIV, hepatopatas e indivíduos com insuficiência renal crônica);
- Casos de falência ao tratamento;
- Casos que apresentem qualquer tipo de resistência aos fármacos;
- Ressalta-se, ainda, que, caso o paciente estenda seu acompanhamento em alguma unidade de referência, a Atenção Básica deverá manter a interface com a mesma, a fim de garantir a realização do TDO.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**. Protocolo de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 168 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

**Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

**Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia de orientações para coleta de escarro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, 20 p.

Nota Técnica N° 04/2013/CGPNCT/DEVIT/SVS/MS – Disponibilização da Rifampicina e Isoniazida (2 em 1), 150 + 75 mg comprimido para o tratamento da tuberculose.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Tuberculose Pulmonar: Diagnóstico – Técnicas Convencionais.** Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2011.

#### QUADRO 1. ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DA TB EM ADULTOS E ADOLESCENTES

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
<b>2 RHZE</b>  <b>Fase Intensiva</b>	<b>RHZE</b> 150/75/400/275 mg comprimido em dose fixa combinada	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	
<b>4RH</b>  <b>Fase de manutenção</b>	RH 150/75 mg  comprimido	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	4
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		>50 kg	4 comprimidos	

Fonte: Brasil (2011)

**OBS:** O esquema com RHZE (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol) pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e também recomenda-se o uso de Piridoxina (50 mg/dia) durante a gestação pela toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido.

#### QUADRO 2. ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DA TB EM CRIANÇAS < 10 ANOS

Fases do tratamento	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20 kg	>21 kg a 35 kg	>36 kg a 45 kg	>45 kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
<b>2 RHZ</b>  <b>Fase de Ataque</b>	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
<b>4RH</b>  <b>Fase de manutenção</b>	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Fonte: Brasil (2011)

**OBS:** No quadro 3 (p. 237) a seguir, estão disponíveis as legendas das drogas e os esquemas utilizados no tratamento da TB.

**QUADRO 3. LEGENDA DAS DROGAS E ESQUEMAS UTILIZADOS NOS TRATAMENTO DA TB**

<b>Drogas utilizadas no Tratamento da TB</b>				
<b>R:</b> Rifampicina;	<b>H:</b> Isoniazida;	<b>Z:</b> Pirazinamida;	<b>E:</b> Etambutol;	<b>RH:</b> Rifampicina + Isoniazida;
<b>Esquemas de Tratamento da TB</b>				
<b>2RHZE:</b> Fase de ataque do esquema básico para adultos e adolescentes 2 meses de Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (comprimido 4 em 1);				
<b>4RH:</b> Fase de manutenção do esquema básico para adultos e adolescentes 4 meses de Rifampicina + Isoniazida (Comprimido 2 em 1);				
<b>2RHZ:</b> Fase de ataque do esquema básico para crianças 2 meses de Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida.				

**Fonte:** Brasil (2011)





# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HANSENÍASE

Denise Ferreira de Freitas<sup>1</sup>

Edna Magalhães de Alencar Barbosa<sup>2</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

“A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, manifestada por sinais e sintomas dermatoneurológicos (lesões de pele e nervos periféricos, podendo cursar com surtos reacionais intercorrentes) com potencial incapacitante” (GOIÁS, 2015). O potencial incapacitante está relacionado às deformidades físicas, sendo este um dos fatores que contribui para a manutenção do estigma e preconceito sobre a doença. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem a cura sem deixar sequelas (BRASIL, 2016; BRASIL, 2007).

Embora a tendência da endemia apresente redução gradativa do número de casos, em 2015 foram detectados 1.288 casos novos, com um Coeficiente de Detecção de 19,5/100.000 habitantes, exigindo dos profissionais de saúde um papel preponderante para a eliminação da doença como problema de saúde pública. Dentre os casos novos, 7% apresentaram incapacidade física, o que indica a ocorrência de diagnóstico tardio. O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, com ênfase no exame dos contatos intradomiciliares, no tratamento em tempo oportuno e na cura, visando a interrupção da cadeia de transmissão (GOIÁS, 2015).

A assistência de enfermagem é parte integrante desse processo de cura e deve estar de acordo com as

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

<sup>2</sup>Enfermeira, Mestre, Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

diretrizes preconizadas pela Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (CGHDE/SVS-MS), respaldadas pela Portaria nº 149, de 03 de fevereiro de 2016, que dispõe sobre as ações de controle da hanseníase (BRASIL, 2016).

O Fluxograma I (p. 243) apresenta as principais ações ao paciente portador de Hanseníase.

### Descrição

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), infecta grande número de indivíduos (alta infectividade), adoece pouco (baixa patogenicidade) e apresenta considerável poder incapacitante (alta virulência). O tratamento poliquimioterápico (PQT/OMS) permite a cura, com impacto imediato na transmissibilidade já a partir das primeiras doses da medicação, quando os bacilos se tornam inviáveis (BRASIL, 2007).

### Transmissão

As vias aéreas superiores são a principal via de eliminação do bacilo e a mais provável porta de entrada. A maioria das pessoas não adoece, pois, em geral, tem imunidade para o bacilo. Acomete ambos os sexos, inclusive crianças e o maior risco é observado entre contatos domiciliares e de comunicantes (definidos como contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase e pessoas que estão em contato diário e íntimo). O ambiente fechado, a ausência de ventilação e de luz solar também favorece a transmissão (BRASIL, 2007).

**Figura 1.** Painel de transmissão da hanseníase



Fonte: Brasil (2011).

### Sinais e sintomas

A enfermagem deve estar atenta ao aparecimento da doença e suas diferentes manifestações clínicas. Os agentes comunitários de saúde, tendo maior contato com a população, devem saber suspeitar se alguma das pessoas visitadas apresenta algum sinal ou sintoma de hanseníase, conforme o Quadro 1 apresentado abaixo (BRASIL, 2011).

**Quadro 1.** Principais sinais e sintomas da Hanseníase

<b>Dermatológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas;</li> <li>· Pápulas;</li> <li>· Infiltrações;</li> <li>· Tubérculos;</li> <li>· Nódulos.</li> </ul>
<b>Neurológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dor e/ou espessamento de nervos periféricos;</li> <li>· Diminuição e/ou perda de sensibilidade e força muscular, principalmente nos olhos, mãos e pés;</li> <li>· A neurite pode ser aguda, crônica ou silenciosa.</li> </ul>

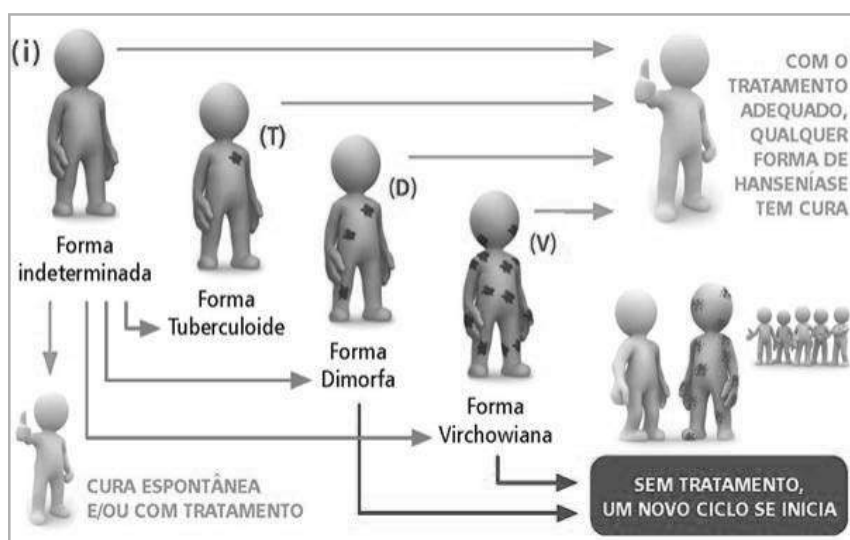
<b>Sistêmicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· A hanseníase virchowiana é uma doença com manifestações viscerais importantes (febre, mal-estar, dor) e acomete órgãos como: globo ocular, laringe, fígado, baço, suprarrenais, sistema vascular periférico, linfonodos, testículos.</li> </ul>
-------------------	--

Fonte: Brasil (2011).

### Evolução e Classificação da Hanseníase

A doença e suas manifestações clínicas podem ocorrer após um longo período de incubação, 2 a 7 anos. Nem todos os casos evoluem para doentes e a forma inicial pode evoluir para cura espontânea, mesmo sem tratamento, conforme ilustrado na Figura 2. (SOUZA, 1997).

Figura 2. Evolução e classificação da hanseníase



Fonte: Brasil (2011).

A classificação operacional do caso, visando o tratamento com poliquimioterapia (PQT) é baseado no número de lesões cutâneas: Paucibacilar (PB) – casos com até 5 lesões de pele; Multibacilar (MB) - casos com mais de 5 lesões de pele (BRASIL, 2016; BRASIL, 2007).

### Diagnóstico da Hanseníase

O diagnóstico é clínico e epidemiológico, baseado na história, condições de vida e exame dermatoneurológico. Na suspeição diagnóstica, o enfermeiro identifica lesões ou áreas de pele com diminuição ou perda da sensibilidade, comprometimento de nervos periféricos e alterações sensitivas, motoras e autonômicas (BRASIL, 2011).

Os Quadros 2 e 3 (p. 244) apresentam, respectivamente, as ações de enfermagem na abordagem clínica sob uma suspeita de hanseníase e as ações de enfermagem após a confirmação diagnóstica.

Após a confirmação diagnóstica do caso de hanseníase, o enfermeiro deverá prosseguir com o acompanhamento do caso até após a alta por cura.

### Tratamento

É ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados, combinação de medicamentos (PQT/OMS). De acordo com a classificação operacional, uma dose mensal é administrada na unidade de saúde (dose supervisionada) e as demais doses autoadministradas (pelo paciente em sua moradia), conforme esquematizado e detalhado no Quadro 4 (p. 245) (BRASIL, 2016).

## Reações Hansênicas

Intercorrências agudas que ocorrem por manifestação do sistema imunológico. Aparecem no início da doença, durante o tratamento e após a alta. Não exige a suspensão ou reinício da PQT: Reação Tipo I - aparecem novas lesões dermatológicas com alterações de cor e edema nas lesões antigas. Ocorre antes de iniciar o tratamento, após o tratamento e raramente após 5 anos da alta medicamentosa. Reação tipo II – nódulos subcutâneos, febre, dores articulares e mal-estar generalizado, geralmente durante os três primeiros anos após o início da PQT, podendo ocorrer antes do seu início ou até cinco anos após seu término (ANDRADE et al. 2007).

## Vigilância e Exame dos Contatos

A Vigilância de Contatos é um conjunto de medidas que objetivam a intervenção na cadeia de transmissão no espaço mais provável de sua ocorrência (BRASIL, 2016). No Quadro 5 (p. 246) estão descritas as principais ações a serem realizadas na consulta de enfermagem em vigilância aos contatos de pessoas sob suspeita de hanseníase.

## Avaliação do Grau de Incapacidade

No momento do diagnóstico avalia-se o grau de incapacidade física (conforme o Formulário 1, p. 246), a função neural e o estado reacional do paciente. Esta avaliação, realizada no diagnóstico e na alta, permite classificar e prevenir as incapacidades físicas e detectar existência de deformidades visíveis como: lagofalmo, úlceras, garras, reabsorções, pé caído, mão caída e outros (BRASIL, 2016).

## Avaliação Neurológica Simplificada

Consiste na avaliação da integridade da função neural da face, membros superiores e inferiores. É realizada através de testes de sensibilidade, força muscular e palpação de nervos periféricos, permitindo monitoração e registro, visando evitar incapacidades físicas. É realizada no início do tratamento, após 3/3 meses e na alta (BRASIL, 2016). Essas avaliações devem ser feitas e registradas conforme indicado no Formulário 2 (p. 247).

## 12.12 Prevenção de Incapacidades

O enfermeiro deverá estar atento para as intercorrências que poderão ocorrer antes, durante e após o tratamento com poliquimioterapia (BRASIL, 2016; BRASIL, 2007; RJ, 2012).

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. C. et al. (Ed.). **Como reconhecer e tratar reações hansênicas**. 2. ed. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007. 90 p. (Guias de aprendizagem sobre hanseníase).

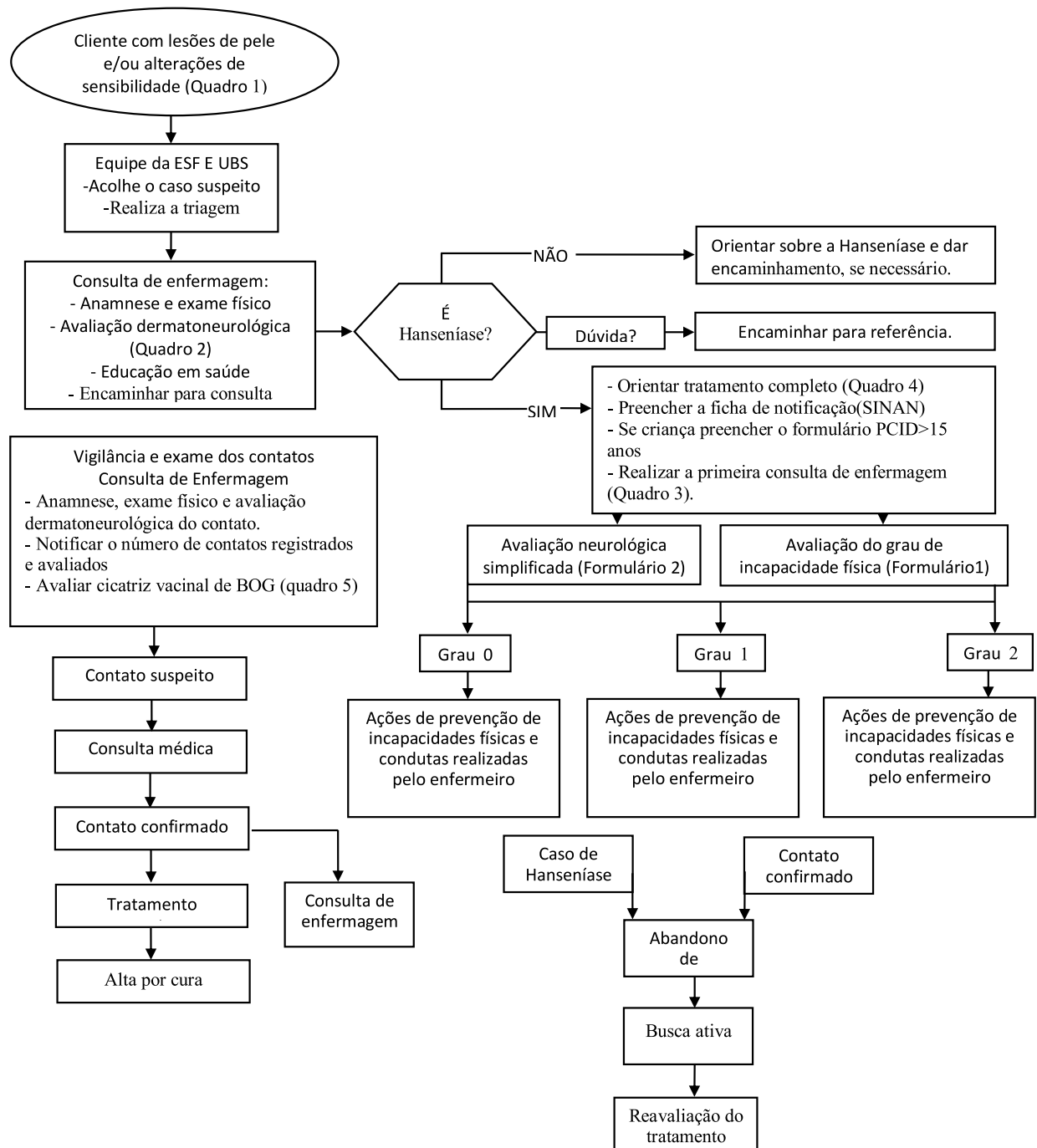
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico-operacional..Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p. : il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Capacitação para Profissionais da Atenção Primária em Saúde** [CD]: 375 Slides. 2011. 1 CD.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COREN-RJ. Protocolo de Enfermagem para cuidados e tratamento de Hanseníase. In: \_\_\_\_\_. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. p. 140-145.

### FLUXOGRAMA I - ATENÇÃO AO PORTADOR DE HANSENÍASE



Fonte: Adaptado de COREN-RJ (2012).

## QUADRO 2. AÇÕES DO ENFERMEIRO NA SUSPEITA DE HANSENÍASE

### Consulta de enfermagem:

- Anamnese: história epidemiológica, sinais e sintomas, duração e evolução das lesões;
- Avaliação dermatoneurológica: pesquisa de sensibilidade nas lesões de pele (térmica, dolorosa e tátil), palpação de troncos nervosos e avaliação da força muscular;
- Ações de educação e comunicação em saúde;
- Encaminhar para consulta médica.

Fonte: COREN-RJ,(2012).

## QUADRO 3. AÇÕES DO ENFERMEIRO APÓS A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DE HANSENÍASE

### 1ª Consulta de Enfermagem:



- Realizar anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica e registrar na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (Formulário 2, p. ?);
- Administrar a dose supervisionada e fornecer a autoadministrada;
- Orientar sobre a realização de exames complementares: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum e exame parasitológico de fezes;
- Encaminhar para outras especialidades, se necessário: fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, oftalmologia, serviço social, dentre outras;
- Agendar e avaliar os contatos intradomiciliares;
- Realizar atividades de educação em saúde: orientações para o autocuidado, sobre episódios reacionais, efeitos colaterais dos hansenostáticos.

### Consultas subsequentes:

- Realizar anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica e registrar na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (Formulário 2, p. ?) de 3/3 meses;
- 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 autoadministradas;
- Agendar consulta de retorno para 28 dias a contar da dose supervisionada;
- Monitorar o comparecimento do paciente e proceder à busca de casos faltosos.

Fonte: COREN-RJ (2012).

**QUADRO 4. ESQUEMA PARA TRATAMENTO DE HANSENÍASE**

Esquema Terapêutico Paucibacilar: 6 cartelas			
<b>Adulto</b>	<b>Rifampicina (RFM):</b> dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.		
	<b>Dapsona (DDS):</b> dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada.		
<b>Criança</b>	<b>Rifampicina (RFM):</b> dose mensal de 450 mg (1 cápsulas de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.		
	<b>Dapsona (DDS):</b> dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.		
<p><b>Duração:</b> 6 meses</p> <p><b>Seguimento:</b> comparecimento mensal para dose supervisionada</p> <p><b>Critério de alta:</b> o tratamento estará concluído com 6 (seis) doses supervisionadas em até 9 meses.</p> <p><b>Na 6ª dose:</b> os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.</p>			
Esquema Terapêutico Multibacilar: 12 cartelas			
<b>Adulto</b>	<b>Rifampicina (RFM):</b> dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.		
	<b>Dapsona (DDS):</b> dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg auto administrada.		
	<b>Clofazimina (CFZ):</b> dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.		
<b>Criança</b>	<b>Rifampicina (RFM):</b> dose mensal de 450 mg ( 1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.		
	<b>Dapsona (DDS):</b> dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.		
	<b>Clofazimina (CFZ):</b> dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.		
<p><b>Duração:</b> 12 meses</p> <p><b>Seguimento:</b> comparecimento mensal para dose supervisionada</p> <p><b>Critério de alta:</b> o tratamento estará concluído com 12 (doze) doses supervisionadas em até 18 meses.</p> <p><b>Na 12ª dose:</b> os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.</p>			

Fonte: Brasil (2016).

**QUADRO 5. PRINCIPAIS AÇÕES NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA E EXAME DOS CONTATOS DE PESSOAS SUSPEITAS DE HANSENÍASE**

Consulta de Enfermagem:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese, exame físico e avaliação dermatoneurológica do contato;</li> <li>• Notificar o número de contatos registrados e avaliados</li> <li>• Avaliar cicatriz vacinal de BCG.</li> </ul>

Fonte: COREN-RJ (2012).

**FORMULÁRIO 1. AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA**

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

Fonte: Brasil (2016).



## FORMULÁRIO 2. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

### FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

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

FACE	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
<b>Nariz</b>	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Ressecamento (S/N)									
Ferida (S/N)									
Perfuração de septo (S/N)									
<b>Olhos</b>	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Fecha olhos a/ força (mm)									
Fecha olhos p/ força (mm)									
Triquíase (S/N) / Ectrípio (S/N)									
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)									
Opacidade córnea (S/N)									
Catarata (S/N)									
Acuidade Visual									

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

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

#### Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
D	E	D	E	D	E	D	E	

Legenda: Caneta/filamento lã (2g) Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel M Garra rígida R Reabsorção: Ferida

MEMBROS INFERIORES	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Queixa principal									
<b>Palpação de nervos</b>	D		E	D		E	D		E
Fibular									
Tibial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

#### Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
D	E	D	E	D	E	D	E	



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À RAIVA HUMANA

Maria Aparecida da Silva <sup>1</sup>

Claci Fátima Weirich Rosso<sup>2</sup>

Clécia di Lourdes Vecci Menezes<sup>3</sup>

Grécia Carolina Pessoni<sup>4</sup>

Lorena Peres Castro<sup>5</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## 1. INTRODUÇÃO

O presente protocolo tem por objetivo prestar atendimento à vítima (paciente) de agressão por animal, envolvendo a participação de mamíferos classificados de **alto risco** (morcego de qualquer espécie), **médio risco** (cães, gatos, bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos, entre outros) e de **baixo risco** (roedores em geral) de transmissão do vírus rábico (BRASIL, 2011, 2014).

Doença de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, realizada pelo enfermeiro ou qualquer profissional de saúde que realizar o primeiro atendimento, conforme Portaria GM/MS Nº 204, 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016).

É considerada como vítima (paciente) de agressão por animal mamífero, toda pessoa com história de agressão na qual houve algum contato direto com a saliva do animal por meio da lambadura, arranhadura e/ou mordedura. Apresenta letalidade de aproximadamente 100% e alto custo na assistência preventiva às pessoas expostas ao risco de adoecer e morrer (BRASIL, 2011, 2014).

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora, Professora da Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - GO.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Professora da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.

<sup>3</sup>Enfermeira. Especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde, Goiânia-GO, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

## 2. SOBRE O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NA PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA

Este protocolo fornece orientações para a profilaxia da raiva humana por meio do uso da Vacina de Cultivo Celular (VCC), adotada no Brasil. Tal instrumento trata dos esquemas atualmente recomendados para vacinas de cultivo celular, que apresentam menos eventos adversos neurológicos e maior facilidade operacional. Desde 2003, as vacinas produzidas em cultura de células estão sendo disponibilizadas na rede pública, pois são consideradas as mais seguras e potentes; ocasionando, assim, a substituição da vacina *Fuenzalida & Palacios*, utilizada até aquele momento. (BRASIL, 2014).

## 3. CONDUTAS NO ATENDIMENTO

A profilaxia da raiva humana, segundo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), deve ser feita sob três perspectivas: na **Pré-exposição**, na **Exposição** e na **Reexposição**, do indivíduo exposto ao risco de infecção.

### Situações de pré-exposição ao Vírus Rábico

A profilaxia pré-exposição deve ser indicada para pessoas com risco de exposição *permanente* ao vírus da raiva, durante atividades ocupacionais exercidas por profissionais como: médicos veterinários, biólogos e estudantes de veterinária, biologia e agrotécnica; auxiliares e demais funcionários de laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva; pessoas que atuam no campo na captura, vacinação, identificação e classificação de mamíferos passíveis de portarem o vírus, bem como funcionários de zoológicos; pessoas que desenvolvem trabalho de campo (pesquisas, investigações ecoepidemiológicas) com animais silvestres; espeleólogos, guias de ecoturismo, pescadores e outros profissionais que trabalham em áreas de risco (BRASIL, 2011, 2014).

### A profilaxia pré-exposição apresenta as seguintes vantagens:

- Protege contra a exposição inaparente; simplifica a terapia pós-exposição, eliminando a necessidade de imunização passiva, diminui o número de doses da vacina; desencadeia resposta imune secundária mais rápida (*booster*), quando iniciada a pós-exposição. Em caso de título insatisfatório, aplicar uma dose de reforço e reavaliar a partir do 14º dia após o reforço.

**Quadro 1.** Profilaxia Pré-Exposição ao Vírus Rábico com uso da VCC (Vacina de Cultivo Celular)

Esquema Pré-exposição	Dias de aplicação	Via de administração, dose e local de aplicação	Controle sorológico: a partir do 14º dia após a última dose do esquema
3 (três) doses	Aplicar uma dose nos dias: 0, 7 e 28	a) Intramuscular profunda, utilizando dose completa, no músculo deltóide ou vasto lateral da coxa. <b>Não aplicar no glúteo.</b>  b) Intradérmica*, 0,1mL na inserção do músculo deltóide, utilizando-se seringas de 1mL e agulhas hipodérmicas curtas.	<b>Observações a respeito do controle sorológico:</b> a) interpretação do resultado: são considerados satisfatórios títulos de anticorpos > 0,5UI/mL.  Em caso de título insatisfatório, isto é, < 0,5 UI/mL, aplicar uma dose completa de reforço, pela via intramuscular, e reavaliar novamente a partir do 14º dia após a aplicação.

Fonte: Brasil (2014).

\* Só deve ser usada tal via se houver equipe de enfermagem capacitada para realizá-la.

No Quadro 2 estão indicados os procedimentos a serem adotados para pessoas que receberam esquema de pré-exposição anteriormente e que, acidentalmente, se expuseram ao risco de infecção pelo vírus da raiva e tenham a indicação de esquema profilático de pós-exposição.

**Quadro 2.** Conduta em caso de possível exposição ao vírus da raiva em pacientes que receberam esquema de pré-exposição

Sorologia comprovada por titulação	Esquema
<b>Com</b> comprovação sorológica (título maior ou igual a 0,5 UI/mL)	- Aplicar uma dose nos dias zero e outra no dia 3 até completar duas doses. - Não indicar soro.
<b>Sem</b> comprovação sorológica	- Verificar o <i>Quadro 3</i> , considerar como esquema anterior incompleto

Fonte: Adaptado de Brasil (2011).

**Quadro 3.** Profilaxia com uso da VCC em Situações de Exposição ao Vírus Rábico

Condições do Animal Agressor	Cão ou Gato sem suspeita de Raiva no momento da Agressão	Cão ou Gato clinicamente suspeito de Raiva no momento da Agressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cão ou Gato raivoso, desaparecido ou morto;</li> <li>-Animais silvestres<sup>5</sup> (inclusive os domiciliados)</li> <li>-Animais domésticos de interesse econômico ou de produção</li> </ul>
Tipo de Exposição			
<b>Contato indireto</b>	- Lavar com água e sabão - Não tratar	- Lavar com água e sabão - Não tratar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar com água e sabão</li> <li>- Não tratar</li> </ul>
<b>Acidentes Leves</b> - Ferimentos superficiais pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente; <b>Lambadura de pele com lesões superficiais</b>	- Lavar com água e sabão. - Observar o animal durante 10 dias após a exposição <sup>1</sup> : . Se o animal permanecer sadio, após o período de observação, encerrar o caso; - Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar uma série de cinco doses de vacina (sendo uma nos dias 0, 3, 7, 14 e 28). - Orientar o paciente.	- Lavar com água e sabão. - Iniciar o tratamento com duas doses da vacina, sendo uma no dia zero e outra no dia 3; - Observar o animal durante 10 dias após a exposição <sup>1</sup> : . Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso; . Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar a série de até cinco doses. Sendo que uma dose deve ser aplicada entre o 7º e o 10º dia e outra dose nos dias 14 e 28. - Orientar o paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar com água e sabão.</li> <li>- Iniciar imediatamente o tratamento com uma série de cinco doses de vacina, devendo ser administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.</li> <li>- Orientar o paciente.</li> </ul>

<p><b>Acidentes Graves</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé;</li> <li>- Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo;</li> <li>- Lamedura de mucosas;</li> <li>- Lamedura de pele onde já existe lesão grave</li> <li>- Ferimento profundo causado por unha de gato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar com água e sabão.</li> <li>- Observar o animal durante 10 dias após a exposição<sup>1/2</sup>.</li> <li>- Iniciar o tratamento com duas doses, sendo uma no dia zero e outra no dia 3.</li> <li>- Se o animal permanecer sadio, após o período de observação de dez dias, encerrar o caso. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao seguinte tratamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Administrar o soro<sup>3/4</sup>(SAR).</li> <li>. Completar a série de cinco doses da vacina, sendo que uma dose deve ser aplicada entre o 7º e o 10º dia e outra nos dias 14 e 28.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Orientar o paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar com água e sabão.</li> <li>- Iniciar o tratamento com soro<sup>3</sup> (SAR).</li> <li>- Iniciar o tratamento com uma série de cinco doses de vacina, sendo uma dose nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.</li> <li>- Observar o animal durante 10 dias após a exposição.</li> <li>- Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso.</li> <li>- Orientar o paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• - Lavar com água e sabão.</li> <li>• -Iniciar imediatamente o tratamento com soro<sup>3</sup> (SAR)</li> <li>- Iniciar o tratamento com uma série de cinco doses de vacina, sendo uma dose nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.</li> <li>• - Orientar o paciente.</li> </ul>
---	---	---	---

Fonte: Brasil (2014).

### Atenção Redobrada:

1. É necessário orientar o paciente para que ele notifique imediatamente a unidade se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, uma vez que podem ser necessárias novas intervenções de forma rápida, como a aplicação do soro ou o prosseguimento do esquema de vacinação.

2. E preciso avaliar, sempre, os hábitos do cão e do gato e os cuidados recebidos. Podem ser dispensadas do esquema profilático as pessoas agredidas pelo cão, ou gato, que, com certeza, não tem risco de contrair a infecção rábica. Nesse caso, são exemplos: animais que vivem, exclusivamente, dentro do domicílio; não tenham contato com outros animais desconhecidos e que; somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que, não circulem em área com a presença de morcegos. Mas, no caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se o animal for procedente de área de raiva controlada, não é necessário iniciar o esquema. Manter o animal sob observação e só iniciar o esquema indicado (soro + vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.

3. O soro deve ser infiltrado na(s) porta(s) de entrada. Quando não for possível infiltrar toda a dose, aplicar o máximo possível e a quantidade restante, a menor possível, aplicar pela via intramuscular, podendo ser utilizada a região glútea. Sempre aplicar em local anatômico diferente do que foi aplicada a vacina. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas.

4. Nos casos em que se conhece tardiamente a necessidade do uso do soro antirrábico, ou quando não há soro disponível no momento, aplicar a dose recomendada antes da aplicação da 3ª dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.

5. Nas agressões por morcegos, deve-se indicar a sorovacinação independentemente da gravidade da lesão, ou indicar conduta de reexposição.

**Importante:** Notificar à Diretoria de Zoonose do município sobre o acidente e suas características para que um profissional veterinário faça investigação/avaliação do animal agressor, mesmo que esse animal seja considerado observável e/ou desaparecido e/ou desprezado após a morte.

## **Quanto aos critérios para inclusão ou exclusão da vítima na profilaxia da Raiva Humana, deve-se observar:**

**1. Características do ferimento** - local da lesão, profundidade da lesão, extensão e número de lesões (Quadro 3).

De acordo com os critérios acima estabelecidos, as exposições podem ser classificadas em: **Acidentes Leves ou Acidentes Graves** (Quadro 3).

**2. Condições do animal agressor:** (Quadro 3)

**Cão e Gato** - as características da doença em cães e gatos, como período de incubação, transmissão e quadro clínico, são bem conhecidas e semelhantes. Por isso, esses animais são analisados em conjunto. Em caso de acidente com estes animais é necessário avaliar:

**2.1 O estado de saúde do animal no momento da agressão:** avaliar se o animal estava sadio ou se apresentava sinais sugestivos de raiva. A maneira como ocorreu o acidente pode fornecer informações sobre seu estado de saúde. O acidente provocado (por exemplo, o animal que reage em defesa própria, a estímulos dolorosos ou outras provocações) geralmente indica reação normal do animal, enquanto que a agressão espontânea (sem causa aparente) pode indicar alteração do comportamento e sugere que o animal pode estar acometido de raiva. Lembrar que o animal também pode agredir devido a sua índole ou adestramento.

**2.2 A possibilidade de observação do animal por 10 dias:** se o animal estiver sadio no momento do acidente, é importante que ele seja mantido em observação por 10 dias. Nos cães e gatos, o período de incubação da doença pode variar de alguns dias a anos, mas, em geral, é de cerca de 60 dias. No entanto, a excreção de vírus pela saliva, ou seja, o período em que o animal pode transmitir a doença, só ocorre a partir do final do período de incubação, variando entre dois e cinco dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo até sua morte, que ocorre em até cinco dias após o início dos sintomas. Por isso, o animal deve ser observado por 10 dias. Portanto, se em todo esse período (dez dias) permanecer vivo e saudável, não há riscos de transmissão do vírus.

**2.3 A procedência do animal:** é necessário saber se a região de procedência do animal é área de raiva controlada ou não controlada.

**2.4 Os hábitos de vida do animal:** o animal deve ser classificado como domiciliado ou não domiciliado. Animal domiciliado é o que vive exclusivamente dentro do domicílio, não tem contato com outros animais desconhecidos e só sai à rua acompanhado do seu dono. Desse modo, esses animais podem ser classificados como de baixo risco em relação à transmissão da raiva. Ao contrário, aqueles animais que passam longos períodos fora do domicílio, sem controle, devem ser considerados como animais de risco, mesmo que tenham proprietário e tenham recebido vacinas, o que geralmente só ocorre nas campanhas de vacinação.

### ***Animais silvestres***

Animais silvestres como morcego de qualquer espécie, micos (sagüi ou soim, como e mais conhecido em algumas regiões), macaco, raposa, guaxinim, quati, gambá, roedores silvestres etc. devem ser classificados como animais de risco, mesmo que domiciliados e/ou domesticados, haja vista que, nesses animais, a raiva não é bem conhecida.

**Importante:** *Vários relatos na literatura mostram que o risco de transmissão do vírus pelo morcego é muito alto, independentemente da espécie e da gravidade do ferimento. Por isso, todo acidente com morcego deve ser classificado como grave.*

### ***Animais domésticos de interesse econômico ou de produção***

Animais domésticos de produção ou de interesse econômico (bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros) também são animais de risco. É importante conhecer o tipo, a frequência e o grau do contato ou exposição que os tratadores e outros profissionais têm com esses animais e a incidência de raiva na região para avaliar também a indicação de esquema pré-exposição ou de exposição/pós-exposição.

## Animais de baixo risco

Os seguintes roedores e lagomorfos (urbanos ou de criação) são considerados como de baixo risco para a transmissão da raiva e, por isso, *não é necessário indicar esquema profilático da raiva em caso de acidentes causados por esses animais*: Ratazana de esgoto (*Rattus norvegicus*); Rato de telhado (*Rattus rattus*); Camundongo (*Mus musculus*); Cobaia ou porquinho-da-índia (*Cavia porcellus*); Hamster (*Mesocricetus auratus*); e Coelho (*Oryzotolagus cuniculus*).

## Observação válida para todos os animais de risco

Sempre que possível, coletar amostra de tecido cerebral e enviar para o laboratório de referência. O diagnóstico laboratorial é importante tanto para definir a conduta em relação ao paciente quanto para conhecer o risco de transmissão da doença na área de procedência do animal. Se o resultado for negativo, o esquema profilático não precisa ser indicado ou, caso tenha sido iniciado, pode ser suspenso.

### Situações de reexposição ao vírus rábico

Pessoas (vítimas) com risco de Reexposição ao vírus da raiva, que já tenham recebido esquema de Exposição/Pós-exposição, devem ser tratadas novamente de acordo com as indicações do Quadro 4.

**Quadro 4.** Esquemas de Reexposição com uso de Vacina de Cultivo Celular (VCC)

Esquema Anterior	Esquema de Reexposição – Cultivo Celular
Completo	a) até 90 dias: não realizar esquema profilático b) após 90 dias: duas doses, uma no dia zero e outra no dia 3.
Incompleto*	a) até 90 dias: completar o número de doses b) após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso)

\*Não considerar o esquema anterior se o paciente recebeu número menor de doses do referido nas notas acima.

Fonte: Brasil (2014).

## Atenção redobrada:

1. Em caso de reexposição, com história de esquema anterior completo, não é necessário administrar o soro antirrábico (homólogo ou heterólogo). No entanto, o soro poderá ser indicado se houver dúvidas ou conforme a análise de cada caso, exceto nos pacientes imunodeprimidos, que devem receber, sistematicamente, soro e vacina. Para estes casos, recomenda-se que, ao final do esquema, seja realizada a avaliação sorológica após o 14º dia da aplicação da última dose.

2. Devem ser avaliados, individualmente, os pacientes que receberam muitas doses de vacina, como os que receberam o esquema completo de pós-vacinação e vários esquemas de reexposição. O risco de reações adversas às vacinas aumenta com o número de doses aplicadas. Nesses casos, se possível, deve-se solicitar a avaliação sorológica do paciente. Se o título de anticorpos neutralizantes – AcN for igual ou maior a 0,5 UI/mL não é necessário indicar profilaxia da raiva humana ou, caso tenha sido iniciado, pode ser suspenso.

## Informações para o uso da Vacina de Cultivo Celular (VCC)

São vacinas potentes e seguras, produzidas em cultura de células (diploides humanas, células vero, células de embrião de galinha etc.) e apresentadas sob a forma liofilizada, acompanhadas de diluente. Devem ser conservadas em geladeira, fora do congelador, na temperatura entre + 2°C e + 8°C, até o momento de sua aplicação, observando-se o prazo de validade do fabricante.

Quando utilizada pela via intradérmica, a vacina, depois de reconstituída, tem que ser mantida na temperatura entre + 2°C e + 8°C e desprezada em, no máximo, 8 horas após sua reconstituição.



## Dose e via de aplicação

- Via intramuscular: são apresentadas na dose 0,5 mL e 1 mL, dependendo do fabricante (verificar embalagem e/ou lote). A dose indicada pelo fabricante *não depende* da idade ou do peso do paciente. A aplicação intramuscular deve ser profunda, na região do deltóide ou vasto lateral da coxa. Em crianças até dois anos de idade está indicado o vasto lateral da coxa.

- Via intradérmica: a dose da via intradérmica é de 0,1 mL. Deve ser aplicada em locais de drenagem linfática, geralmente nos braços, na inserção do músculo deltóide.

## A vacina não deve ser aplicada na região glútea

**Contraindicação:** A vacina não tem contraindicação, devido à gravidade da doença, que apresenta letalidade de aproximadamente 100%. Sempre que possível recomenda-se a interrupção do tratamento com corticóides e/ou imunossupressores ao ser iniciado o esquema de vacinação. Não sendo possível, tratar a pessoa como imunodeprimida.

**Precauções:** Em situação de eventos adversos neurológicos ou de hipersensibilidade grave, após reavaliação da necessidade da manutenção do esquema profilático, a vacina deve ser substituída por outra que não contenha albumina humana (disponível nos centros de referência de imunobiológicos). Na impossibilidade de troca da vacina, administrá-la sob tratamento específico prévio. Diferenciar os eventos neurológicos dos de hipersensibilidade.

**Eventos adversos:** As vacinas contra a raiva produzidas em meios de cultura são seguras, porém quando ocorrem são de pouca gravidade. Deve-se ficar atento a possíveis reações de maior gravidade, principalmente neurológicas ou de hipersensibilidade.

**Conduta clínica:** avaliação; tratamento com analgésico (se necessário); compressas frias (se necessário); não há contraindicação para doses subsequentes; afastar outros diagnósticos diferenciais.

## Informações para o uso do Soro Antirrábico Heterólogo (SAR)

### Soro Heterólogo

O soro deve ser conservado em geladeira, entre +2°C e +8°C, observando-se o prazo de validade do fabricante. A dose indicada é de 40 UI/kg de peso do paciente. *Deve-se infiltrar na(s) lesão(ões) a maior quantidade possível da dose do soro.* Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas. Caso a região anatômica não permita a infiltração de toda a dose, a quantidade restante, *a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, na região glútea.*

Quando não se dispuser do soro ou de sua dose total, aplicar a parte disponível. Iniciar imediatamente a vacinação e administrar o restante do soro recomendado *antes da aplicação da 3ª dose da vacina de cultivo celular.* Após esse prazo, o soro não é mais necessário.

O uso do soro não é necessário quando o paciente recebeu esquema profilático completo. No entanto, em situações especiais, como no caso de pacientes imunodeprimidos ou de dúvidas com relação ao esquema profilático anterior, se houver indicação, o soro deve ser recomendado.

### Eventos Adversos

Os soros produzidos atualmente são seguros, mas podem causar eventos adversos, como ocorre com qualquer imunobiológico. As reações mais comuns são benignas, fáceis de tratar e apresentam boa evolução. A possibilidade de ocorrência dessas reações *nunca* contraindica a prescrição do soro. Os eventos adversos que podem ocorrer após administração do soro heterólogo são os seguintes:

→ *Manifestações locais:* dor, edema, hiperemia e, mais raramente, abscesso. São as manifestações mais comuns, normalmente de caráter benigno.

→ *Manifestações gerais*: urticária, tremores, tosse, náuseas, dor abdominal, prurido e rubor facial.

→ *Manifestações imediatas*: choque anafilático. É uma manifestação rara que pode ocorrer nas primeiras 2 horas após a aplicação. Os sintomas mais comuns são formigamento nos lábios, palidez, dispnéia, edemas, exantemas, hipotensão e perda de consciência.

→ *Manifestações tardias*: ocorrem com mais frequência até a segunda semana após a aplicação do soro, podendo surgir desde edema e eritema no local de aplicação do soro até inflamações ganglionares.

### **Conduta frente à administração do SAR Heterólogo**

Em caso de resposta afirmativa a um dos itens citados quanto aos eventos adversos, classificar o paciente como de risco e considerar a possibilidade de substituição do soro heterólogo pelo soro homólogo (imunoglobulina humana hiperimune antirrábica), se disponível. Caso não haja disponibilidade de soro homólogo, aconselha-se a pré-medicação do paciente antes da aplicação do soro heterólogo.

Antes da administração do soro heterólogo, aconselha-se sempre a seguinte rotina, para qualquer paciente:

1. Garantir bom acesso venoso, mantendo-o com soro fisiológico a 0,9% (gotejamento lento).

2. Dentro das possibilidades, é conveniente deixar preparado:

- laringoscópio com laminas e tubos traqueais adequados para o peso e a idade; frasco de soro fisiológico e/ou solução de Ringer lactado e solução aquosa de adrenalina (preparada na diluição de 1:1000) e de aminofilina (10 mL = 240 mg).

### **Atenção:**

1. Após receber o soro, o paciente deverá ser observado pelo prazo de 2 horas na unidade.

2. A aplicação do soro antirrábico heterólogo deverá ser realizada de 20 a 30 minutos após a aplicação da pré-medicação acima (esquema parenteral).

3. As medicações, pela via parenteral, deverão ser administradas 20 a 30 minutos antes do soro heterólogo.

### **ATENÇÃO EQUIPE DE ENFERMAGEM:**

O SAR heterólogo somente deve ser administrado no paciente mediante a:

- presença do médico na Unidade de Saúde no momento da aplicação; condições de reanimação do paciente com todo aparato emergencial, incluindo equipamentos e medicações disponíveis ao lado do paciente; auxiliares e técnicos de enfermagem capacitados para realização de tal procedimento.

### **Recomendações:**

- Administrar a dose total do soro recomendada até sete dias do início da vacinação.

- Quando a dose total do soro não estiver disponível administrar, inicialmente, a parte existente e o restante da dose recomendada até sete dias do início da vacinação.

- Quando o soro não estiver disponível iniciar, imediatamente, a administração da vacina enquanto se providencia o soro.

- Na administração do soro e da vacina utilizar diferentes músculos do corpo.

### **Durante a Aplicação do Soro o Profissional deve:**

- Estar atento à ocorrência de eventos adversos imediatos; orientar a pessoa para relatar qualquer sintoma importante; manter a pessoa sob permanente observação, com soro fisiológico via endovenosa, fazendo controle dos sinais vitais; observar sinais de inquietação, dificuldade respiratória, edema no local da administração e outros.

### **Após a aplicação do soro o profissional de saúde deve:**

- Continuar atento à ocorrência de eventos adversos imediatos, mantendo a pessoa sob observação por, pelo menos, duas horas;
- Orientar a pessoa ou seu acompanhante sobre questões específicas e sobre o retorno, quando for o caso, para complementar esquema de tratamento adotado;
- Alertar a pessoa para procurar o serviço de saúde caso apareça qualquer reação, principalmente entre o sétimo e o 12º dia após o recebimento do soro, como doença do soro, febre, urticária, dores musculares, aumento de gânglios etc.

#### 4. IMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERIMUNE ANTIRRÁBICA (IGHAR - SORO HOMÓLOGO)

A imunoglobulina humana hiperimune antirrábica, uma solução concentrada e purificada de anticorpos, preparada a partir de hemoderivados de indivíduos imunizados com antígeno rábico, é um produto mais seguro que o soro antirrábico, porém de produção limitada e, por isso, de baixa disponibilidade e alto custo. Deve ser conservada entre + 2°C e + 8°C, protegida da luz, observando-se o prazo de validade do fabricante. A imunoglobulina deve ser indicada somente para pacientes que se enquadram em um dos itens abaixo:

Ocorrência de quadros anteriores de hipersensibilidade; uso prévio de imunoglobulinas de origem equídea e existência de contatos frequentes com animais, principalmente com equídeos, por exemplo, nos casos de contato profissional (veterinários) ou por lazer.

A dose indicada é de 20UI/kg. *Deve-se infiltrar a maior quantidade possível na(s) lesão(ões)*. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose indicada pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas. Caso a região anatômica não permita a infiltração de toda a dose, a quantidade restante, a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, na região glútea.

##### Bases gerais da Profilaxia da Raiva Humana

1. A profilaxia contra a raiva humana deve ser iniciada o mais precocemente possível.
2. Sempre que houver indicação, tratar o paciente em qualquer momento, *independentemente* do tempo transcorrido entre a exposição e o acesso a unidade de saúde.
3. A história vacinal do animal agressor *não* constitui elemento suficiente para a dispensa da indicação do esquema profilático da raiva humana.
4. Havendo abandono do esquema profilático, completar as doses da vacina prescritas anteriormente e não iniciar nova série. O esquema profilático da raiva humana deve ser garantido todos os dias, inclusive nos finais de semana e nos feriados. Quando os pacientes não comparecerem na data agendada, deve-se adotar as seguintes condutas:
  - 4.1 Quando o paciente faltar à *segunda dose*: aplicá-la no dia em que ele comparecer e agendar a terceira dose com intervalo mínimo de dois dias;
  - 4.2 Quando o paciente faltar à *terceira dose*: aplicá-la no dia em que ele comparecer e agendar a quarta dose com intervalo mínimo de quatro dias;
  - 4.3 Quando o paciente faltar à *quarta dose*: aplicá-la no dia em que ele comparecer e agendar a quinta dose para 14 dias após a aplicação da quarta dose;
  - 4.4 Quando o paciente faltar à *quinta dose*: aplicar no dia em que ele comparecer.
5. Recomenda-se que o paciente evite esforços físicos excessivos e bebidas alcoólicas durante e logo após a profilaxia da raiva humana.
6. Não se indica o uso de soro antirrábico para os pacientes considerados imunizados por esquema profilático anterior, exceto nos casos de pacientes imunodeprimidos ou em caso de dúvidas sobre o tratamento anterior.
7. Nos casos de pacientes imunodeprimidos, usar, obrigatoriamente, o esquema de sorovacinação,

independentemente do tipo de acidente e mesmo se o paciente tiver histórico de esquema profilático anterior.  
*Conferir na literatura se realmente há indicação.*

8. Nos casos em que se conhece só tardiamente a necessidade do uso do soro antirrábico, ou quando não há soro disponível no momento, aplicar a dose de soro recomendada antes da aplicação da *terceira dose* da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.

### Sobre cuidados com o ferimento

1. Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente. Em seguida utilizar antissépticos que inativem o vírus da raiva (polivinilpirrolidona-iodo, por exemplo, povidine ou digluconato de clorexidina ou álcool-iodado). Essas substâncias deverão ser utilizadas uma única vez, na primeira consulta. Posteriormente, lavar a região com solução fisiológica.

2. Havendo contaminação da mucosa com saliva, outras secreções ou tecidos internos de animal suspeito de ter raiva, seguir o esquema profilático indicado para lambedura da mucosa. A mucosa ocular deve ser lavada com solução fisiológica ou água corrente.

3. O contato indireto é aquele que ocorre por meio de objetos ou utensílios contaminados com secreções de animais suspeitos. Nesses casos, indica-se apenas lavar bem o local com água corrente e sabão.

4. Em casos de lambedura da pele íntegra, por animal suspeito, recomenda-se lavar o local com água e sabão.

5. *Não se recomenda a sutura do(s) ferimento(s).* Quando for absolutamente necessário, aproximar as bordas com pontos isolados. Havendo necessidade de aproximar as bordas, o soro antirrábico, se indicado, deverá ser infiltrado *uma hora antes da sutura.*

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 40 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana.** 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html)>. Acesso em: 19 abr. 2017.

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem. **Legislação do exercício profissional da enfermagem.** Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem, 2012.

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Leandro Nascimento da Silva<sup>1</sup>

Samira Nascimento Mamed<sup>2</sup>

Wênia Carla Costa<sup>3</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 423/2012. *Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## 1. INTRODUÇÃO

Dengue é uma doença viral infecciosa febril aguda, que pode ser de curso benigno, ou com sinais de alarme ou ainda com apresentação grave. Transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus*, infectada com o vírus transmissor, a dengue é considerada um dos agravos de maior importância em saúde pública no Brasil.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a, p. 13) explica que “a dengue na criança pode ser assintomática ou apresentar-se como uma síndrome febril clássica viral, ou com sinais e sintomas inespecíficos: sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas.”

Em 2015, o Ministério da Saúde aderiu a nova classificação de casos de dengue, atendendo os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, os casos de dengue podem ser classificados

<sup>1</sup>Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO; Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - DF.

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestra em Enfermagem; Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO

<sup>3</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Secretaria de Estado de Saúde Goiás-GO

de três formas: dengue, dengue com sinais de alarme ou dengue grave.

**Caso suspeito de Dengue:** pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Ae. Aegypti*, que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, artralgia, mialgias, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.  
(BRASIL, 2016a).

- **Dengue com sinais de alarme:** todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre apresentar um ou mais dos seguintes sinais de alarme: hipotensão postural e ou lipotimia; dor abdominal intensa e contínua; vômitos persistentes; sangramento de mucosas e/ou outras hemorragias; letargia ou irritabilidade; hipotermia; hepatomegalia ( $\geq 2$ cm); acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural ou pericárdico) aumento progressivo de hematócrito; queda abrupta de plaquetas; desconforto respiratório (BRASIL, 2016a).

- **Dengue grave:** todo caso de dengue que apresenta um ou mais dos seguintes resultados (BRASIL, 2016a):

1. Sinais de choque: taquicardia, extremidades distais frias, pulso fraco e filiforme, hipotensão arterial (fase tardia do choque); enchimento capilar lento ( $> 2$  segundos), pressão arterial (PA) convergente ( $\leq 20$ mmHg), taquipneia, oligúria ( $< 1,5$ ml/kg/h), cianose (fase tardia do choque); insuficiência respiratória;
2. Sangramento grave (hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento no SNC);
3. Comprometimento grave de órgãos.

## 2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A equipe de enfermagem exerce um papel fundamental na detecção e acompanhamento dos casos suspeitos e na atualização constante do estadiamento clínico, buscando identificar precocemente sinais de agravamento e agir em consonância com o protocolo para evitar o óbito (COREN, 2014).

Cabe também ao profissional de Enfermagem orientar, realizar, encaminhar, coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente ou ficha de atendimento. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços de assistência de Enfermagem (COREN, 2014).

Considerando, também, que a dengue encontra-se na lista de agravos de notificação compulsória, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016b), cabe ao enfermeiro a notificação/investigação de todos os casos suspeitos, sendo que para casos graves e/ou óbitos essa ação deve ser feita imediatamente em até 24 horas ao serviço de vigilância epidemiológica municipal, estadual e federal.

## 3. ENTREVISTA E EXAME FÍSICO

Executados por enfermeiros, a entrevista e o exame físico são etapas essenciais da assistência de enfermagem. Por meio desses, busca-se avaliar o paciente por meio de sinais e sintomas detectando alterações. As informações abaixo, que direcionam a entrevista e o exame físico, são baseadas nas orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; 2016a) e pelo COREN-GO (2014).

### Entrevista

Deve-se investigar e registrar em prontuários e em fichas de investigação:

- a) Data do início e cronologia dos sintomas;
- b) Histórico epidemiológico;
- c) Investigar comorbidades e situações de risco;
- d) Solicitar hemograma completo de acordo com o estadiamento clínico;
- e) Hidratação/Reposição volêmica;

## Exame físico, incluindo sinais e sintomas

No paciente com suspeita de dengue deve-se avaliar:

- a) Estado hemodinâmico: ocorrência de hemorragias como epistaxe, hematêmese, petéquias, prova do laço positiva, entre outros sinais;
- b) Realizar prova do laço;
- c) Sinais de choque e sinais de alarme;
- d) Pressão arterial;
- e) Temperatura corporal e peso;
- f) Sistema nervoso: estado de consciência (escala de Glasgow), força muscular e reflexos;
- g) Segmento da pele: coloração e hidratação de pele e mucosas;
- h) Sistema cardiopulmonar: avaliação de frequência cardíaca, pulso, ausculta cardíaca e pulmonar
- i) Sinais de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC): como taquicardia, dispneia, turgência jugular, estertoração e hepatomegalia;
- j) Segmento abdominal: presença de dor abdominal, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez e outros;
- k) Sistema musculoesquelético: mialgia, artralgia, edema de articulações, simetria dos sintomas e outros;
- l) Sistema genito-urinário e gastrointestinal: presença e quantidade de diurese, presença e frequência de diarreia e vômitos, presença de sangramentos como metrorragia, hematêmese, melena e hematúria.

**ATENÇÃO!** O profissional de enfermagem deve estar atento aos outros agravos como Zika e Chikungunya também transmitidos pelos mesmos vetores. Tais infecções possuem sintomas semelhantes aos da dengue, mas algumas características podem ajudar a diferenciá-las, conforme indicado na Quadro 1 (p. 266).

## 4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ESTADIAMENTO CLÍNICO

As pessoas com suspeita de dengue devem receber o primeiro atendimento em qualquer unidade que procurarem assistência. Após o acolhimento responsável, o enfermeiro deverá realizar a avaliação do paciente e conduta inicial, mesmo que o paciente seja posteriormente encaminhado para outros níveis de serviços de saúde. Deve-se garantir o suporte de vida adequado para encaminhamento e prestar orientações quanto à rede assistencial.

O enfermeiro pode classificar os casos de dengue em quatro grupos referenciados pelas cores azul, verde, amarelo ou vermelho, de acordo com a gravidade, sintetizados abaixo na Figura 1.

<b>Grupo B</b>	<i>condição clínica especial, ou com risco social e com comorbidades.</i>
<b>Grupo C</b>	<i>Sinais de alarme presentes e sinais de gravidade ausentes.</i>
<b>Grupo D</b>	<i>Dengue grave</i>

**Figura 1** – Classificação de risco para casos suspeitos de Dengue

**Fonte:** Adaptado de Brasil, 2013.

O Fluxograma I (p. 266) traz a classificação de risco do paciente com dengue com maior detalhes.

Reconhecer precocemente os sinais de alarme, manter o contínuo acompanhamento, realizar o reestadiamento dos casos (dinâmico e contínuo) e a reposição volêmica favorecem o manejo adequado dos pacientes. Dentre estes, as gestantes, idosos e crianças necessitam de acompanhamento mais próximo, independentemente da gravidade (COREN-GO, 2014; BRASIL, 2016a).

## 5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

As condutas praticadas pela equipe de enfermagem na atenção primária dependerá do estadiamento dos casos (Fluxograma I, p. 266). Entretanto, um caso suspeito de dengue pode evoluir para o agravamento de seu quadro e ser reclassificado para outro grupo. As condutas descritas a seguir, conforme cada grupo do estadiamento (A, B, C e D), são baseadas nas orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, 2016a) e pelo COREN-GO (2014).

### 5.1 Condutas no Grupo A

1. Orientar repouso, dieta e hidratação oral;
2. Administrar medicamentos prescritos (atentar para a não utilização de salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides, pois são contraindicados);
3. Orientar sobre a possibilidade da ocorrência de sinais de alarme e/ou sinais de gravidade e, caso aconteçam, retorno imediato de preferência à unidade de saúde com serviço de urgência;
4. Agendar retorno para reavaliação clínica entre o terceiro e o sexto dia da doença (fase crítica) ou a critério médico;
5. Solicitar e agendar exames complementares (hemograma), e exames específicos (Quadro 2, p. 267) de acordo com a situação epidemiológica e data dos sintomas;
6. Notificar na ficha de investigação e preencher o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue e fazer registro em prontuário;
7. Orientar sobre a limpeza e a eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti*;
8. Providenciar visita domiciliar dos agentes comunitários de Saúde (ACS) para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em seu território de abrangência.

### 5.2 Condutas no Grupo B

1. Solicitar, agilizar e realizar a coleta de sangue para o hemograma (obrigatório para todos pacientes); e em crianças até 10 anos sugere-se manter o acesso venoso permeável com solução salina.
2. Enquanto o paciente estiver aguardando atendimento clínico e/ou exames ele deve permanecer acomodado para observação;
3. Realizar hidratação oral conforme recomendado para o Grupo A, até o resultado de exames;
4. Administrar medicamentos prescritos (atentar para a não utilização de salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides, pois são contraindicados);
5. Verificar, no mínimo de 2 em 2 horas, a pressão arterial em duas posições, temperatura corporal e sinais de alarme enquanto o paciente aguarda resultado do hematócrito.
6. Manter a observação sistemática para detecção precoce dos sinais de alarme, pesquisa de hemoconcentração e resposta à terapia de hidratação.
7. Reavaliar o paciente de acordo com o resultado do hematócrito e exame físico, encaminhando para avaliação médica:
  - a. **Hematócrito normal:** seguir as condutas para o Grupo A, agendando retorno diário até 48h após a queda da febre ou imediatamente na presença de sinais de alarme, para reavaliação clínica e laboratorial;
  - b. **Hematócrito aumentado ou paciente com sinais de alarme e/ou gravidade:** seguir conduta dos grupos C ou D.



8. Solicitar e agendar exames complementares (hemograma), e exames específicos (Quadro 2, p. ?) de acordo com a situação epidemiológica e data dos sintomas;
9. Notificar na ficha de investigação e preencher o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue e fazer registro em prontuário;
10. Orientar sobre a limpeza e a eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti*;
11. Providenciar visita domiciliar dos agentes comunitários de Saúde (ACS) para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em seu território de abrangência.

**ATENÇÃO!**

Em caso de vômitos e recusa da ingestão do soro oral, recomenda-se a administração da hidratação venosa, conforme prescrição médica.

### 5.3 Condutas no Grupo C

**ATENÇÃO!**

Todos os pacientes classificados neste grupo possuem indicação para internação por no mínimo 48 horas.

1. Iniciar a reposição volêmica imediata, em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares;
2. Providenciar acesso venoso periférico calibroso imediatamente, de preferência na fossa antecubital.
3. Providenciar a reposição volêmica imediatamente (10 ml/kg de soro fisiológico na primeira hora, conforme prescrição médica), controlando rigorosamente o gotejamento da infusão venosa de 30 em 30 minutos;
4. Solicitar e coletar hemograma (obrigatório) para avaliação de hematócrito ao final da primeira fase de expansão;
5. Verificar a solicitação de dosagem de albumina sérica e transaminases (obrigatórios) e monitorar os resultados;
6. Solicitar exames específicos (Quadro 2, p.?) de acordo com a situação epidemiológica e data dos sintomas. Esses exames são obrigatórios para pacientes desse grupo;
7. Reavaliar o paciente de hora em hora (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e perfusão periférica), descrevendo sinais e sintomas clínicos e laboratoriais.
8. Instituir controle de diurese e balanço hídrico de 2 em 2 horas.
9. Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até três vezes. Seguir a orientação de reavaliação clínica (sinais vitais, pressão arterial, avaliar diurese) após uma hora, e de hematócrito em duas horas (após conclusão de cada etapa).
10. Solicitar e coletar hemograma para avaliação de hematócrito ao final da terceira fase de expansão.
11. Reavaliar e reclassificar o paciente (descrever os sinais e sintomas clínicos e laboratoriais) no final da terceira fase de expansão e encaminhar para avaliação médica.
12. Se não houver melhora clínica e do hematócrito: iniciar a conduta do Grupo D;
13. Se houver melhora clínica e laboratorial, iniciar fase de manutenção:
  - a) Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas. Se melhora, iniciar segunda fase.
  - b) Segunda fase: 25 ml/kg em 8 horas, sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado.
14. Solicitar ao paciente e/ou acompanhante que mantenha a Enfermagem informada de novos sinais e sintomas.
15. Notificar na ficha de investigação e preencher o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue e fazer registro em prontuário;
16. Orientar sobre a limpeza e a eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti*;
17. Monitorar paciente até sua internação e no pós-alta;
18. Após preencher critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação

conforme grupo B.

19. Providenciar visita domiciliar dos agentes comunitários de Saúde (ACS) para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em seu território de abrangência.

Tendo em vista o dinamismo da doença, manter monitoramento contínuo para reestadiamento do paciente, pois ele pode evoluir para piora clínica rapidamente (Grupo D).

#### 5.4 Condutas no Grupo D

##### ATENÇÃO!

Todos os pacientes classificados neste grupo devem ser atendidos, inicialmente, em qualquer nível de complexidade sendo obrigatória a reposição volêmica imediata, o acompanhamento deve ser feito em leito de terapia intensiva.

1. Providenciar rapidamente dois acessos venosos periféricos calibrosos, preferencialmente nas veias antecubitais;

2. Iniciar imediatamente fase de expansão rápida parenteral, com solução salina isotônica: 20 ml/kg em até 20 minutos, em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares. Repetir essa fase até três vezes;

3. Solicitar e coletar hemograma (obrigatório) para avaliação de hematócrito após 2 horas da primeira fase de expansão;

4. Verificar a solicitação de dosagem de albumina sérica e transaminases (obrigatórios) e monitorar os resultados;

5. Solicitar exames específicos (Quadro 2, p. 267) de acordo com a situação epidemiológica e data dos sintomas. Esses exames são obrigatórios para pacientes desse grupo;

6. Se houver melhora clínica e laboratorial, seguir conduta do grupo C;

7. Na ausência de melhora clínica, e conforme prescrição médica, repetir a fase de expansão em até três vezes com controle rigoroso do gotejamento das infusões;

8. Iniciar oxigenoterapia em todas as situações de choque (máscara, CPAP, cateter nasal, ventilação não invasiva), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade;

9. Monitorar a saturação de oxigênio, por meio de oximetria de pulso, acompanhando parâmetro mínimo em 96%;

10. Monitorar paciente até sua internação e no pós-alta;

11. Após preencher critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme grupo B;

12. Notificar na ficha de investigação e preencher o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue e fazer registro em prontuário;

13. Orientar sobre a limpeza e a eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti*;

14. Providenciar visita domiciliar dos agentes comunitários de Saúde (ACS) para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em seu território de abrangência.

Pacientes dos grupos C e D podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários pela perda capilar, o que não significa, a princípio, hiper-hidratação e que pode aumentar após hidratação satisfatória. O acompanhamento da reposição volêmica é feito pelo hematócrito, diurese e sinais vitais.

## 6. EXAMES ESPECÍFICOS

É importante que o enfermeiro solicite e interprete os exames específicos para o diagnóstico de Dengue. Esses exames são obrigatórios para todos os casos graves (Grupo C e D) e, para os demais casos, os exames específicos devem ser solicitados conforme situação epidemiológica da região e também de acordo com o plano municipal e/ou estadual de contingência para epidemias de dengue.

O Quadro 2 (p. 267) apresenta os principais exames específicos para o diagnóstico de dengue, bem como quais amostras devem ser colhidas e em quais situações.

## REFERÊNCIAS

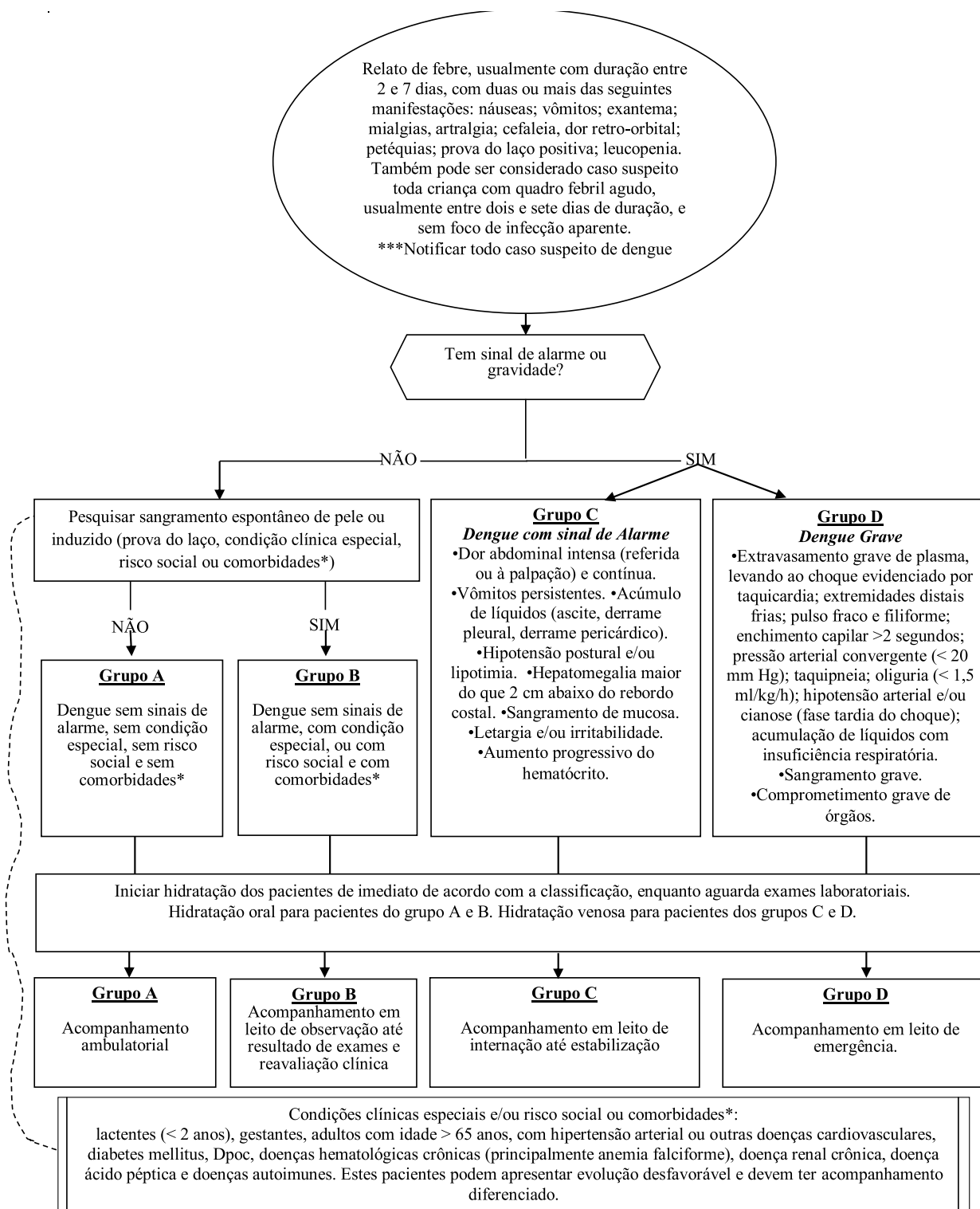
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Dengue**: manual de enfermagem. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 5. ed. **Dengue**: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, nº 32, p.23, 18 de fevereiro de 2016b.

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás**. Organizadores Claci Fátima Weirich Rosso et al. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336 p.

## FLUXOGRAMA I - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE COM DENGUE



Fonte: Brasil, 2016a.

Quadro 1 - Principais diferenças nos sinais e sintomas entre Dengue, Zika e Chikungunya

SINAIS/SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Afebril ou subfebril 38°C (1 a 2 dias subfebril)	Febre alta > 38°C (2 a 3 dias)
Manchas na pele (frequência)	A partir do 4º dia (30-50% dos casos)	Surge no 1º ou 2º dia (90-100% dos casos)	Surge 2 a 5 dias (50% dos casos)

<b>Dor nos músculos (frequência)</b>	+++ / +++	++ / +++	+ / +++
<b>Dor na articulação (frequência)</b>	+ / +++	++ / +++	+++ / +++
<b>Intensidade da dor articular</b>	Leve	Leve/Moderado	Moderado/Intensa
<b>Edema da articulação</b>	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
<b>Conjuntivite</b>	Raro	50-90% dos casos	30%
<b>Dor de cabeça (frequência e intensidade)</b>	+++	++	++
<b>Prurido (coceira)</b>	Leve	Moderada/Intensa	Leve
<b>Hipertrofia ganglionar (frequência)</b>	Leve	Intensa	Moderada
<b>Discrasia hemorrágica (frequência)</b>	Moderada	Ausente	Leve
<b>Acometimento Neurológico</b>	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em neonatos)

Fonte: Adaptado de Carlos Brito (2015)

Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/combate-ao-aedes/50454-conheca-a-diferenca-entre-dengue-zika-e-chikungunya.html>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

**Quadro 2.** Principais exames específicos de detecção e diagnóstico laboratorial de dengue

<b>Exame</b>	<b>Período para coleta (considerando os início dos sintomas)</b>	<b>Material de coleta</b>	<b>Deteção</b>	<b>Observações</b>
<b>Sorologia por <i>Elisa</i> IgM</b>	≥ 6 a 30 dias (recomendado)	Soro	Anticorpos IgM (infecção aguda)	-
<b>Sorologia por <i>Elisa</i> IgG</b>	> 9 dias na infecção primária Desde 1º dia na infecção secundária	Soro	Anticorpos IgG (infecção anterior)	Recomendada 2 amostras pareadas com intervalos de 7 dias entre elas. Não é disponibilizado na rede pública de saúde
<b>Teste imunocromatográfico para deteção simultânea de IgM e IgG (teste rápido)</b>	Não há período específico recomendado	Sangue total ou soro	Anticorpos IgM e IgG	Não é disponibilizado na rede pública de saúde
<b>Deteção de Antígenos NS1</b>	1 a 5 dias 1 a 3 dias (ideal)	Soro	Presença de antígeno viral NS1	Casos não reagentes devem ser considerados inconclusivos, devendo ser avaliados os critérios clínicos/epidemiológicos

<b>Isolamento Viral</b>	1 a 5 dias	Sangue total; líquido; vísceras	Identificação do sorotipo da dengue	Exame mais específico
<b>RT-PCR</b>	1 a 5 dias	Sangue total; soro; líquido, vísceras	Deteção de antígenos virais	-
<b>Histopatológico</b>	Pós-óbito	Material: fragmentos do fígado, baço, coração, linfonodos, rins e cérebro	Análise de lesões anatomopatológicas	Diagnóstico presuntivo
<b>Imuno-histoquímica</b>	Pós-óbito	Material: fragmentos do fígado, baço, coração, linfonodos, rins e cérebro	Deteção de antígenos virais	Diagnóstico presuntivo

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO

Dalma Alves Pereira<sup>1</sup>

Ana Cristina Gonçalves de Oliveira<sup>2</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultara legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 423/2012. *Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ( $\geq 140$  e/ou  $90$  mmHg). Representa o principal fator de risco cardiovascular. É uma doença crônica, assintomática, com alta taxa de prevalência, e baixas taxas de controle e adesão ao tratamento, além de uma elevada carga de morbimortalidade. No Brasil, estima-se em 32,5% a prevalência de hipertensão em indivíduos adultos, em idosos mais de 60%, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SBC, 2016).

O objetivo deste protocolo é subsidiar a conduta do profissional enfermeiro, que atua na atenção básica, atualizando conhecimentos e estratégias, oferecendo uma abordagem integral do cuidado à população hipertensa usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Este protocolo segue as orientações dos *Cadernos de Atenção Básica* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, 2010, 2013), as Diretrizes científicas e embasado nas leis, decretos e resoluções da legislação do exercício profissional da enfermagem, conforme COREN/GO e COFEN.

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Goiás.

<sup>2</sup>Enfermeira, Especialista, Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

## PREVENÇÃO PRIMÁRIA – RASTREAMENTO DE CASOS /BUSCA ATIVA

Considerando as características da HAS, orienta-se a intensificação de atividades de captação dos casos de demanda espontânea, dos eventos, campanhas e ações de sensibilização da população. Estas ações de rastreamento produzirão a busca ativa dos casos (preferencialmente na atenção básica), com valores pressóricos alterados, sequenciando o diagnóstico precoce:

## ACOLHIMENTOS/ CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM – Triagem nos serviços de urgência e emergência hipertensivas

São atendimentos realizados preferencialmente pelo enfermeiro ou pelos profissionais de enfermagem em um formulário próprio para triagem de pessoas que procuram o serviço da Unidade na Atenção Ambulatorial e/ou na Urgência/Emergência.

### Assistência de Enfermagem nas Crises Hipertensivas (Urgências e Emergências Hipertensivas)

A crise hipertensiva é uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo (rim, cérebro, coração, retina e vasos sanguíneos), podendo envolver risco de morte. Geralmente a PA diastólica está acima de 120 mmHg, contudo, a situação clínica é mais importante do que os valores propriamente ditos. Estas podem desencadear uma situação de urgência ou emergência clínica (SBC, 2016).

A **urgência hipertensiva** tem como característica o aumento da PA que não representa risco imediato de vida e nem dano agudo a órgãos-alvo, sendo que o controle da PA poderá ser feito com a redução gradual em 24 h.

A **emergência hipertensiva** é a situação caracterizada por PA marcadamente elevada com lesão de órgãos-alvo requerendo internação, geralmente em unidades de terapia intensiva e, também, uso de medicação intravenosa.

A **assistência de enfermagem** nas crises hipertensivas consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar o tratamento prescrito, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde, ao paciente quando possível, e familiar e orientando a equipe de enfermagem para uma continuidade de tratamento e medidas vitais.

A chamada pseudocrise hipertensiva é uma situação que não se enquadra na classificação tradicional de urgência e emergência hipertensiva, porém, apresenta-se com uma frequência muito maior em serviços de Atenção Básica. A pseudocrise hipertensiva oferece uma oportunidade para reforçar as medidas não medicamentosas e/ou otimizar o tratamento medicamentoso (SBC, 2016).

## MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

Os seguintes quadros abordam temas importantes para a medida da pressão arterial: o Quadro 1 (p. 275) apresenta as dimensões adequadas para a bolsa de borracha de acordo com a circunferência do braço de adultos e crianças; o Quadro 2 (p. 276) aborda a classificação da pressão arterial em adultos > 18 anos; o Quadro 3 (p. 276) traz a classificação da pressão arterial em crianças e adolescentes.

Para este procedimento alguns cuidados são importantes, tais como: tipo do equipamento/calibragem (INMETRO), preparo apropriado do paciente, uso da técnica padronizada (SBC, 2016):

1. Obter a circunferência do braço (aproximadamente no ponto médio). Após a medida, selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço do paciente (Conforme, Quadro 1, p. 275);
2. Localizar a artéria radial para palpação (lado externo do antebraço);
3. Colocar o manguito sem deixar folga, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;



4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial;
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
6. Inflar rapidamente o manguito até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtida pela palpação;
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo), evitando congestão venosa e desconforto para o paciente;
8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) que é em geral fraco, seguida de batimentos regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff), exceto em condições especiais;
10. Auscultar até cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa;
11. Se o batimento persistir até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero;
12. Sugere-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida;
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente;
14. Anotar os valores exatos sem arredondamento, especificando qual braço a pressão foi medida.

## CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas inter-relacionadas entre si, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado (Resolução do Cofen nº 358/15, de outubro de 2009). Essas etapas são: histórico, exame físico, diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência (incluindo a prescrição de cuidados e um plano terapêutico construído com a pessoa), implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado (inclui a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e com a família em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de apoio ao autocuidado) (BRASIL 2013). O Fluxograma I (p. 275) apresenta estratégias de rastreamento e diagnóstico de HAS na Atenção Primária.

## HISTÓRIA CLÍNICA

- *Identificação*: Nome, endereço, sexo, idade, raça/cor, escolaridade, nome da mãe e do pai, nacionalidade, naturalidade, estado civil e condição socioeconômica (ocupação, estrutura familiar, condições de moradia, bens de consumo);

- *História atual*: duração conhecida da hipertensão arterial e níveis de pressão (Quadros 2 e 3, p. 276); adesão e reações adversas aos tratamentos prévios;

- *Queixas atuais*: Sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgão-alvo: tontura, cefaléia, alterações visuais, dor precordial, dispnéia, parestesia, edema e lesões de membros inferiores;

- *Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares (DCV)*: Doenças cardíacas: hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca; Doença arterial coronariana. Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico. Nefropatia. Doença vascular arterial periférica. Retinopatia hipertensiva. Gota.

- *Hábitos de vida*: alimentação adequada, incluindo redução no consumo de sal, açúcar, gorduras, cafeína; sono e repouso; estímulo à atividade física, higiene; funções fisiológicas.

- *Consumo de medicamentos* que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteróides, antiinflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios).

- *Consumo de drogas lícitas* (álcool e tabaco) e *ilícitas*: pessoal e familiar.

Investigação de fatores de risco, história familiar: Acidente Vascular Encefálico, Doença Arterial Coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres <65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos e DM. Perfil psicossocial.

## EXAME FÍSICO

- *Medidas antropométricas* - Peso, altura, IMC (conforme o Quadro 7, p. 277), circunferência abdominal.

- *Realizar duas medidas de PA*, separadas por pelo menos 2 minutos, com paciente em posição sentada.

A pressão arterial em ambos os membros superiores, e em pacientes com suspeita de hipotensão postural (queda de PAS = 20 mmHg e PAD = 10 mmHg) e/ou idosos, recomenda-se verificar a PA também nas posições deitada (supina) e em pé (ortostática). Observar a variação da síndrome do jaleco branco. (SBC, 2016). Pulso radial e carotídeo (verificar).

- *Inspeção*: fácies, sinais sugestivos de hipertensão secundária; avaliação das extremidades e edemas; avaliação de pele (integridade, turgor, coloração e manchas); cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico); alterações de visão.

## DIAGNÓSTICOS DAS NECESSIDADES DE CUIDADO

É a interpretação para a estratificação de risco cardiovasculares, conclusões quanto às necessidades, problemas e preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial. Para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham, que tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco, baixo/intermediário, de acordo com os Quadros 4, 5 e 6 (p. 277) (BRASIL, 2013).

## PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA

• Abordar/orientar sobre:

1. A doença e o processo de envelhecimento;

2. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis;

3. Percepção de presença de complicações;

4. Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais);

5. Solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local, por exemplo: Hemograma; Urina (bioquímica e sedimento); Creatinina sérica; Potássio sérico; Sódio; Glicemia de jejum; Lipidograma total; Acido úrico; Ureia; Eletrocardiograma.

## IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A implementação dos cuidados deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

## TRATAMENTO DA HAS

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO – Conforme preconizados pelos protocolos estabelecidos.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO – O paciente deve ser continuamente estimulado a adoção de hábitos saudáveis de vida.

PLANO ALIMENTAR SAUDÁVEL – Devem-se valorizar as exigências de uma alimentação saudável, o

controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família. O sucesso do tratamento depende fundamentalmente da mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável que inclui orientações úteis no dia a dia do usuário (GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA/MS/2014).

**REDUÇÃO DO CONSUMO DE SAL** – Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA. Tais evidências reforçam a necessidade de orientação tanto aos hipertensos quanto as demais pessoas sobre os benefícios da redução de sódio na dieta. A necessidade diária de sódio para os seres humanos é a contida em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha, o equivalente a uma colher rasa de chá/dia/pessoa (Cadernos de Atenção Básica 35 e 38).

**CONSUMO DE FIBRAS** – No tratamento de pacientes portadores de HA, sugere-se o incentivo do consumo de alimentos que sejam fonte de fibras solúveis (como os descritos no Quadro 8, p. 278) e seus alimentos-fontes devem ser consumidos preferencialmente no início das refeições (PEIXOTO, 1998). Para isto deve-se incluir, pelo menos, cinco porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana.

**EVITAR GORDURAS SATURADAS** – Optar por alimentos com reduzido teor de gordura, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal. As principais fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados (oléico) são óleo de oliva, óleo de canola, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas).

**BAIXO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS** - Há associação entre o consumo regular de álcool e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), em uma relação dose/resposta linear. Nota-se o aumento da pressão arterial (PA) a partir de 3 doses de álcool por dia (45 g de etanol) (SBC, 2016).

**PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA** – A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5 dias) de forma contínua ou acumulada. O efeito da atividade de intensidade moderada pode ser de forma acumulada, sendo que os 30 minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (por exemplo: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p. ex. manhã, tarde e noite) (OMS, 2010).

**SUSPENSÃO DO HÁBITO DE FUMAR** – O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser estimulados a deixar esse hábito por meio de suporte terapêutico específico e aconselhamento.

**CONTROLE DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL** – Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido avaliadas, apesar de resultados ainda conflitantes, porém alguma técnica associada aos apoios psicoterápicos pode ajudar bastante. Alguns exemplos são atividade física regular; meditação, musicoterapia, *biofeedback*, ioga; técnicas de grupo conduzidas por equipe multiprofissional.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE/GRUPOS**

O grau de conhecimento do indivíduo sobre as suas condições de saúde contribui para o seu autocuidado e melhorias na qualidade de vida. Há um consenso de que os programas que consideram os aspectos culturais e a idade das pessoas têm melhores resultados, assim como aqueles que trabalham com grupos educativos possibilitam o crescimento de todos os sujeitos envolvidos (PEREIRA, 2011).

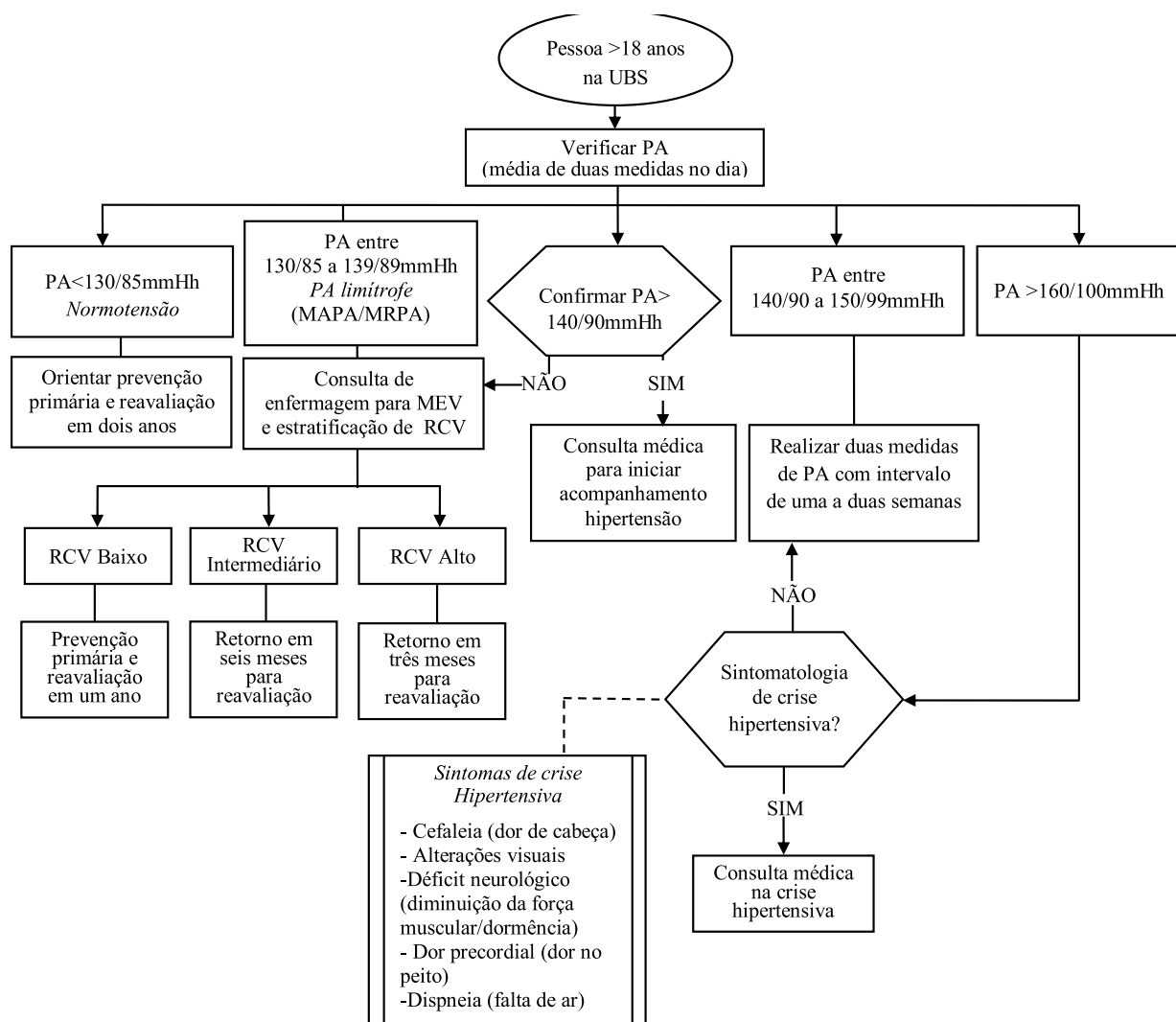
## **AValiação DO PROCESSO DE CUIDADO**

Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n° 15).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 61 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Doenças Respiratórias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Cadernos de Atenção Básica, n° 25).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem. Leis, Decretos e Resoluções da Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem, conforme COREN/GO e CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 2012.
- JARDIM, P. C. B. V. **Educação em saúde e controle da pressão arterial: atividades educativas em grupos: uma proposta de ação**. 1998. 99 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- \_\_\_\_\_. ; MONEGO, E. T; SOUZA, A. L. L. A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M.G. **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. p.119-138.
- LENZI, M. A. Saiba porque a fibra é importante na sua alimentação. 2016. Disponível em: <<http://www.diabetesevoce.com.br/blog/saiba-porque-a-fibra-e-importante-na-sua-alimentacao/>>. Acesso em: 02 abr. 2017.
- NARDIN, S. Z.; SANTOS, C. da S. dos.; DIAS, S. L de A. Hipertensão arterial sistêmica e atividade física. In: SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 3, 2011, Pampas. Anais...Universidade Federal do Pampas, 2011.
- OPS. Organização Pan-Americana da saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.
- PEREIRA, D.A.P. **Efeito da ação educativa sobre o conhecimento da doença e o controle metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2**. 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Nutrição, Goiânia, 2011.
- PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial**. Uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004.
- ROCHA, S. V. et al. Atividade física como modalidade terapêutica não-medicamentosa: análise do discurso de idosos hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 5, p.49-60, set. 2013.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010.
- SOUZA, A. L. L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A. M.G. **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. p.165-184.
- WHO. World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

## FLUXOGRAMA I - RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE HAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Legenda: RCV= risco cardiovascular/ UBS= unidade básica de saúde /MAPA=monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA= monitorização residencial da pressão arterial.

Fonte : Brasil (2013).

QUADRO 1. DIMENSÕES DA BOLSA DE BORRACHA PARA DIFERENTES CIRCUNFERÊNCIAS DE BRAÇO EM CRIANÇAS E ADULTOS

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11–15	6	12
Infantil	16–22	9	18
Adulto Pequeno	20–26	10	17
Adulto	27–34	12	23
Adulto grande	35–45	16	32

Fonte: SBC (2010).

QUADRO 2. CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM ADULTOS (> 18 ANOS)

Classificação	Classificação Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
<i>Limítrofe ou Pré-hipertensão ou pressão normal alta</i>	<b>130-139</b>	<b>80-89</b>
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160 -179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	< 90

\* O efeito do avental branco (EAB) – É a diferença de pressão obtida entre a medida registrada no consultório e fora dele ≥ a 20mmHg na pressão sistólica e 10mmHg na diastólica –

Fonte: SBC (2010).

QUADRO 3. CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da Pressão Arterial
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
<i>Limítrofe</i>	<i>PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre &lt; percentil 90 até &lt; percentil 95</i>	<i>Reavaliar em 6 meses</i>
Hipertensão Estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente <b>assintomático</b> : reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente <b>sintomático</b> : encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão Estágio 2	PA > Percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não-relacionados à prática clínica
Hipertensão do avental branco	PA > Percentil95	---

\* Para idade, sexo e percentil de estatura. –

Fonte: SBC (2010).

**QUADRO 4. ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E ANAMNESE INDICATIVOS DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV)**

BAIXO RISCO/ INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tabagismo</li> <li>· Hipertensão</li> <li>· Obesidade</li> <li>· Sedentarismo</li> <li>· Sexo masculino</li> <li>· Histórico familiar de evento cardiovascular prematuro (homens &lt; 55 anos e mulheres &lt; 65 anos)</li> <li>· Idade &gt; 65 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Acidente vascular cerebral (AVC) prévio</li> <li>· Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio</li> <li>· Ataque isquêmico transitório (AIT)</li> <li>· Hipertrofia de Ventrículo esquerdo (HVE)</li> <li>· Nefropatia</li> <li>· Retinopatia</li> <li>· Aneurisma de aorta abdominal</li> <li>· Estenose de carótida sintomática</li> <li>· Diabetes mellitus</li> </ul>

Fonte: Brasil (2010).

**QUADRO 5. MAGNITUDE DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES A PARTIR DOS VALORES DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL**

MAGNITUDE DO RISCO	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (Kg/M <sup>2</sup> )	CLASSIFICAÇÃO
Peso saudável	18 a 24,9	----
Risco moderado	25 a 29,9	Pré-obesidade
Risco alto	30 a 34,9	Obesidade grau I
Risco muito alto	35 a 39,9	Obesidade grau II
Risco extremo	≤ 40	Obesidade grau III

Fonte: WHO (1997).

**QUADRO 6. RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS ASSOCIADAS À OBESIDADE EM FUNÇÃO DA MEDIDA DA CINTURA, POR SEXO**

SEXO	RISCO AUMENTADO	RISCO MUITO AUMENTADO
Homens	94-102 cm	≥102 cm
Mulheres	80-88 cm	≥88 cm

Fonte: WHO (1997).

Obs.: A determinação da circunferência da cintura se dá pela medida no ponto médio entre o rebordo costal e crista Ilíaca indicando a distribuição de gordura corporal.

**QUADRO 7. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL PARA IDOSOS (ACIMA DE 60 ANOS)**

ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	PONTOS DE CORTE	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL
IMC	≤ 22 Kg/m <sup>2</sup>	Baixo peso
	>22 e <27 Kg/m <sup>2</sup>	Eutrófico
	>27 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso

Fonte: Brasil (2008).

**QUADRO 8. PRINCIPAIS FUNÇÕES E FONTES ALIMENTARES DE FIBRAS**

FIBRAS DA DIETA		
TIPO	SOLÚVEIS	INSOLÚVEIS
<b>Funções</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Retardo do esvaziamento gástrico</li><li>· Retardam absorção de glicose</li><li>· Reduzem reabsorção do colesterol</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Aumentam volume fecal</li><li>· Retardam absorção de glicose</li><li>· Parecem reduzir a reabsorção de colesterol</li></ul>
<b>Fontes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Frutas (mamão, maçã, laranja)</li><li>· Leguminosas (feijão, ervilha, soja)</li><li>· Flocos de aveia</li><li>· Legumes (cenoura crua)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Cereais integrais (trigo, farelo de trigo, farelo de aveia)</li><li>· Grãos (feijão, ervilha, soja)</li><li>· Hortaliças (folhosos em geral)</li><li>· Frutas ingeridas com casca</li></ul>

Fonte: PEIXOTO (1998).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS

Suiany Dias Rocha<sup>1</sup>  
Ana Lúcia Ferreira de Souza<sup>2</sup>  
Gilson Martins Rezende<sup>3</sup>  
Valéria Pagotto<sup>4</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologias heterogênicas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultante de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013). A doença está associada a um maior risco de eventos cardiovasculares, alterações renais e oftalmológicas, neuropatia periférica, úlceras e amputações de membros inferiores.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2014), no Brasil, dos 133,8 milhões de pessoas na faixa etária entre 20 a 79 anos, 11,6 milhões têm diabetes e 3,2 milhões ainda não foram diagnosticadas, o que aumenta o risco de complicações futuras, que causam morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Em 2011, a prevalência do DM na cidade de Goiânia foi de 4,1%, segundo dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizado pelo Ministério da Saúde.

O cuidado com o diabetes normalmente é complexo e demorado, baseado em muitas áreas do cuidado à

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás (UFG)

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista, Mestranda, Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.

<sup>3</sup>Enfermeiro. Especialista, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde (UFG), Universidade Federal de Goiás (UFG).

saúde. As mudanças de estilo de vida necessárias, a complexidade do manejo e os efeitos adversos do tratamento fazem do autocuidado e da educação para as pessoas com diabetes peças centrais no manejo.

1- O DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária) (BRASIL, 2013).

Este protocolo tem como objetivo propor aos enfermeiros da Atenção Primária uma visão pautada na avaliação das pessoas com diabetes, tanto para o tratamento quanto para o cuidado, levando em consideração as necessidades individuais dos pacientes e suas preferências. Uma boa comunicação é essencial para permitir que as pessoas tomem decisões sobre o seu cuidado, apoiadas por informações baseadas em evidências.

## Classificação

### Diabetes mellitus tipo 1:

- Apresentação geralmente abrupta;
- Ocorre principalmente em crianças e adolescentes sem excesso de peso;
- O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta (produtora de insulina no pâncreas) que leva, geralmente, ao estágio de deficiência absoluta de insulina;
- Alguns casos deste tipo de diabetes podem apresentar uma fase pré-cetótica não- insulino-dependente;
- Tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose (BRASIL, 2013).

### Diabetes mellitus tipo 2:

- Início insidioso e sintomas mais brandos;
- Pode permanecer assintomático por longos períodos;
- Manifesta-se, geralmente, em adultos, relacionado com o excesso de peso e/ou com incidência de DM tipo 2 na família;
- Observa-se um aumento da incidência da doença em crianças e adolescentes, em decorrência do aumento da incidência de obesidade nesta faixa etária;
- Estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção;
- Cetoacidose é mais rara de ocorrer e quando presente está associada a situações de estresse ou infecção graves;
- Pode ser desencadeado por defeitos genéticos, endocrinopatias, medicamentos e infecções.

### Diabetes Gestacional

- Estado de hiperglicemia diagnosticado pela primeira vez na gestação e que, geralmente, desaparece no período do pós-parto, podendo retornar anos depois. Para maiores informações sobre diabetes gestacional, leia o Protocolo 5 de Atenção à Saúde da Mulher.

### Sinais e sintomas de Diabetes Mellitus

**Quadro 1.** Sinais/sintomas e condições de risco para Diabetes Mellitus

Sinais/Sintomas
Poliúria, polidipsia, polifagia
Nictúria, emagrecimento rápido

Fadiga, astenia, letargia
Encontro causal de hiperglicemia ou glicosúria
Redução da acuidade visual
Proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica (complicações)
Impotência sexual, infecções urinárias e cutâneas (complicações)
<b>Condições de Risco</b>
Idade $\geq$ 45 anos e histórico familiar
Obesidade, história de inatividade física
História de doença cardiovascular
História de Diabetes Gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg
Hipertensão arterial ( $>$ 140/90mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos)
Dislipidemia: hipertrigliceridemia ( $>$ 250 mg/dL) ou HDL-C baixo ( $<$ 35 mg/dL)
Outras: doenças pancreáticas e endócrinas, iatrogênicas, síndromes genéticas.

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2013).

### Diagnóstico de Diabetes

**Quadro 2.** Critérios para diagnóstico de Diabetes e de regulação glicêmica alterada

Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada)
<p>+ glicemia casual <math>\geq</math> 200 mg/dl (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições);  =OU=  Glicemia de jejum <math>\geq</math> 110 mg/dl*;  =OU=  Glicemia <math>\geq</math> 200 mg/d no teste de tolerância à glicose 2 h após 75 g de glicose*</p>

\* Devem ser confirmados com nova glicemia

Fonte: Brasil (2013).

**Quadro 3.** Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e teste de tolerância à glicose

Classificação	Glicemia em jejum*	TTG 2h após 75g glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada
<b>Glicemia normal</b>	$<$ 110	$<$ 140	$<$ 200	-----
<b>Glicemia de alterada</b>	$>$ 110 e $<$ 126	-----	-----	-----
<b>Tolerância à glicose diminuída</b>	-----	$\geq$ 140 e $<$ 200	-----	-----
<b>Diabetes Mellitus</b>	$\geq$ 126	$\geq$ 200	200 ( com sintomas clássicos***)	$>$ 6,5%

Fonte: Brasil (2013).

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

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

\*\*\*Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso.

## Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com DM

A atuação do enfermeiro na atenção às pessoas com DM é relevante por sua visão e prática global das propostas de abordagem não farmacológicas e medicamentosas e por participar ativamente do acolhimento. Embora o cuidado ao diabético requeira uma equipe multiprofissional, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, tendo em vista que é o profissional responsável pela gestão do cuidado e pela contínua educação em saúde ao diabético, principal necessidade desses pacientes.

A consulta de enfermagem ao diabético na atenção primária está ligada ao processo educativo e deve estimular o cliente em relação ao autocuidado, sendo um importante instrumento de estímulo à adesão aos cuidados e mudança de estilo de vida (MEV). A consulta de enfermagem poderá ser realizada conforme as etapas do Processo de Enfermagem (PE): coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento das intervenções, implementação e avaliação dos resultados. A atuação do enfermeiro junto ao diabético utilizando como estratégia o PE pode incrementar o conhecimento do paciente sobre seu estado, e conseqüentemente, melhorar o controle glicêmico, o peso, a gerência dietética, as atividades físicas e o bem-estar psicológico.

O Fluxograma I (p. 297) trata do atendimento de enfermagem ao suspeito/portador de DM tipo 2.

### Quadro 4. Rotina mínima de exames para portadores de DM

Glicemia de jejum, Glicemia pós-prandial e HbA1C.
Colesterol total (CT), HDL, LDL, VLDL e triglicerídeos (TG).
Creatinina sérica
Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina
Fundoscopia

Fonte: Brasil (2013).

## Tratamento

O Tratamento do paciente diabético requer a atuação de equipe em função das diferentes demandas apresentadas por essas pessoas. Os objetivos principais da equipe são:

- Aliviar os sintomas;
- Melhorar a qualidade de vida;
- Prevenir complicações agudas (descompensação hiperglicêmica aguda, cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica e a hipoglicemia);
- Prevenir alterações microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia);
- Prevenir alterações macrovasculares (doença coronariana, cerebral e dos membros inferiores e hipertensão arterial);
- Redução da mortalidade.

### Tratamento medicamentoso:

#### Quadro 5. Principais antidiabéticos orais

Classe farmacológica	Denominação	Concentração
Biguanidas	Cloridrato de Metformina	500 mg e 850 mg
Derivados da ureia, sulfonamidas	Glibenclamida	5 mg
	Gliclazida	30 mg, 60 mg e 80 mg

Fonte: Brasil (2013).

### Tratamento com Insulina:

Quadro 6. Insulinas disponíveis no SUS e seus mecanismos de ação

Insulinas	Início	Pico	Duração	Posologia	Aspecto
Regular	30 – 60min	2 – 3h	8 – 10h	30 minutos antes das refeições (1– 3x/dia).	crystalino
NPH	2 – 4h	4 – 10h	12 – 18h	Recomendação médica.	turvo

Fonte: Brasil (2013).

### Cuidados de Enfermagem

As intervenções de enfermagem envolvem um conjunto de ações cujo foco principal é a educação em saúde. Após a coleta de dados, o enfermeiro levantará os principais problemas encontrados para planejar e intervir junto ao diabético. Entre as ações principais dos enfermeiros destacam-se as orientações para alimentação adequada, prática de exercícios físicos, uso correto dos medicamentos. Em pacientes diabéticos que fazem uso de insulina, os enfermeiros têm um papel fundamental no ensino da técnica de aplicação e no controle glicêmico.

### Alimentação Saudável

- Manter o peso adequado.
- Os alimentos devem ser distribuídos em 5 ou 6 refeições durante o dia, com horários regulares;
- Os carboidratos devem fornecer 50-60% do total calórico, sendo principalmente do tipo integral;
- Baixa ingestão de gorduras saturadas (gorduras animais: banha, toucinho, pele de aves, leite integral etc.), ácidos graxos mono ou poli-insaturados (óleos vegetais, exceto o de coco, margarina etc.) podem ser consumidos até 30-35% do total de calorias, não exceder a 300 mg/dia de colesterol;
- Evitar a sacarose para prevenir oscilações acentuadas de glicemia;
- Restrição de ingestão de álcool, principalmente nos obesos, hipertensos e hipertrigliceridêmicos;
- As proteínas não devem exceder 15% do total de calorias;
- A escolha dos alimentos deve ser orientada por lista com indicações daqueles que: devem ser evitados, podem ser consumidos com moderação e os que não têm restrições;
- Os adoçantes artificiais calóricos (sorbitol e frutose, por exemplo) devem ser usados com moderação. Os não calóricos devem ser preferidos;
- Consumir peixes, assados e cozidos, pelo menos uma vez por semana;
- Consumir, diariamente verduras e frutas, junto com algum cereal (aveia, granola, linhaça) para evitar aumento da glicemia;
- Lembrar que os tubérculos (cará, batata e mandioca) não são recomendados;
- Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, *chips*, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas. Use pouco sal para cozinhar.

### Atividade física

- Atividade física regular é indicada a todos os pacientes com diabetes, adequando e respeitando as suas limitações, melhorando assim o controle metabólico reduzindo o uso de hipoglicemiantes, promovendo o emagrecimento nos pacientes obesos, diminuindo os riscos das doenças cardiovasculares e melhorando a qualidade de vida;
- O exercício deve começar de forma gradual, como caminhadas de 5 a 10 minutos, em terreno plano, aumentando semanalmente até 30 a 60 minutos, 5 a 7 vezes por semana;

- Usar calçados adequados e confortáveis, evitando lesões nos pés como calosidades e rachaduras;
- A intensidade do exercício deve ser aumentada progressivamente até atingir intensidade moderada (60 a 80% da frequência cardíaca máxima);
- O exercício deve ser adequado ao quadro de complicações que o paciente apresenta;
- Incentivar atividades que deem prazer ao paciente, como danças e caminhadas.

### **Cuidados com a pele**

- Examinar a pele diariamente, principalmente pés e mãos, se preciso utilizar um espelho;
- Observar quanto à alteração de coloração, sensibilidade e aparecimento de lesões;
- Evitar sapatos apertados ou muito largos, para evitar lesões. Usá-los sempre com meias e dar preferência aos mais macios;
  - As meias devem ser de algodão e sem elástico;
  - Jamais andar descalço, mesmo que esteja em casa;
  - Lavar bem os pés e as mãos com água morna e nunca quente, lembrando-se sempre de enxugá-los completamente e entre os dedos;
    - O uso de hidratantes é encorajado, mas aqueles à base de lanolina ou vaselina, e nunca devem ser usados entre os dedos;
    - Cortar as unhas retas, horizontalmente, sem retirar os cantos;
    - Jamais tentar retirar calos ou rachaduras ou unhas encravadas sozinhos (BRASIL, 2006).

### **Cuidados com a utilização da Insulina**

Os cuidados com o uso de insulina devem incluir transporte, conservação, preparo, técnica de aplicação, locais de aplicação, rodízio, reuso e descarte.

#### **Cuidados no transporte:**

- Usar embalagem comum e sempre como bagagem de mão;
- Nunca expor a insulina ao sol, diretamente;
- Não transportar a insulina com gelo seco;
- Não deixar o veículo estacionado ao sol se o mesmo não tiver ventilação ou isolamento térmico;
- Por um período de curta duração (até sete dias) é permitido transportar a insulina em condições não refrigeradas;
  - Em viagem de avião, colocar embaixo do banco; não despachar com a bagagem, pois a baixa temperatura do compartimento de cargas pode congelar a insulina. Nunca deixar a insulina em porta-luvas, bagageiro de carro ou ônibus;
    - Colocar a insulina na geladeira, logo que chegar ao seu destino.

#### **Cuidados na conservação:**

- Evite expor os frascos à luz do sol, pois a insulina pode sofrer degradação com altas temperaturas;
- Evite deixar os frascos em locais muito quentes, como o porta-luvas do carro, perto do fogão ou forno elétrico, etc;
  - As insulinas devem ser armazenadas em geladeiras e o local mais adequado é a prateleira próxima à gaveta de legumes, pois as prateleiras e gavetas próximas ao freezer, podem expor a insulina a temperaturas inferiores a 2°C, ocasionando congelamento e perda de efeito. A porta da geladeira também não é indicada para seu armazenamento, já que as frequentes aberturas de porta causam grande mobilidade no frasco e variação da temperatura da insulina, podendo danificá-la;
    - A insulina que está em uso poderá ser mantida em temperatura ambiente (15°C a 30°C), por até um mês. Nesse caso, deixar o frasco no lugar mais fresco da casa, como, por exemplo, perto do filtro de água. Não

usar a insulina se notar mudança na cor e presença de grânulos;

- Atenção: Uma vez aberto o frasco de insulina ou refil das canetas, só utilizar no máximo no período de 30 dias.

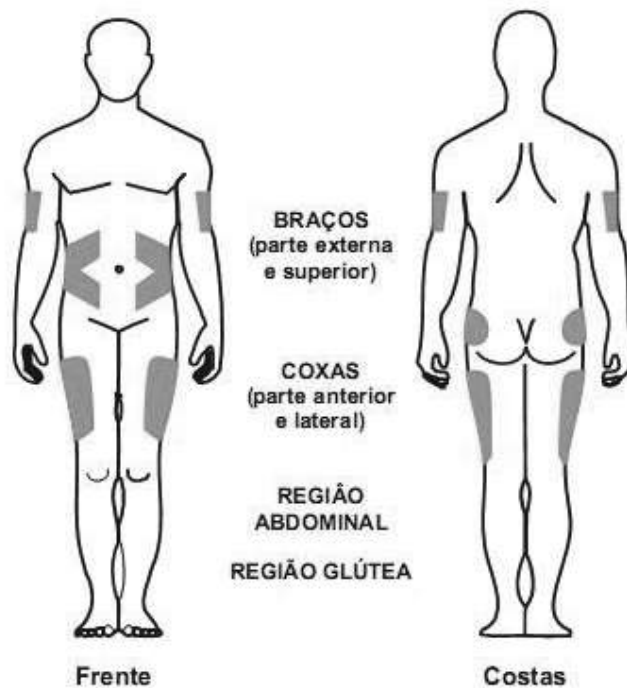
### Cuidados no preparo:

- Higienizar as mãos;
- Higienizar a borracha do frasco (caso não seja caneta);
- Rolar o frasco de insulina gentilmente entre as mãos para misturá-la (NPH), antes de aspirar seu conteúdo;
- Em caso de combinação de dois tipos de insulina, aspirar antes a insulina regular para que o frasco não se contamine com a insulina NPH.

### Cuidados na técnica de aplicação:

- Escolher o local para aplicar a insulina (Figura 1);
- Limpar a pele usando algodão com álcool e deixar secar;
- Manter uma distância de mais ou menos 2 cm do local onde foi aplicada a injeção anterior, se a área do corpo for a mesma.
- Fazer uma prega na pele para aplicar a insulina.
- Pegar na seringa como se fosse uma caneta e introduzir a agulha na pele, num ângulo de 90 graus. Soltar a prega cutânea. Injetar a insulina, empurrando o êmbolo até o final.
- Aguardar cinco segundos antes de retirar a agulha da pele e fazer uma leve pressão no local, usando algodão e álcool.

Figura 1. Locais de aplicação de Insulina



Fonte: Google Imagens

**Rodízio na aplicação da insulina:** O rodízio dos locais de aplicação é importante para prevenir lipodistrofia e garantir melhor absorção. Porém, não deve ser realizado de forma indiscriminada porque pode causar uma variabilidade importante na absorção, dificultando o controle glicêmico. Orientar o paciente a esgotar as possibilidades de aplicação em uma mesma região, distanciando as aplicações em aproximadamente 2

cm uma da outra. A cada região atribui-se uma velocidade de absorção, sendo maior no abdômen, seguido dos braços, coxas e nádegas. A prática de exercício físico aumenta o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, a absorção torna-se mais rápida; portanto, não é aconselhável aplicar insulina, nesse período, na região do corpo que será mais utilizada durante o exercício. Todos os locais de aplicação devem ser avaliados durante a consulta pelo enfermeiro, avaliando quantidade de gordura corporal e rotina de aplicação pelo paciente. O acordo do rodízio com o paciente deve ser individualizado.

### **Cuidados no reuso e descarte do material:**

De acordo com a orientação dos fabricantes, as seringas/agulhas descartáveis para a aplicação de insulina não devem ser reutilizadas.

Agulhas, seringas e lancetas não devem ser descartadas no lixo domiciliar. Uma das razões é que os próprios usuários, outras pessoas que convivem na mesma casa, ou mesmo, os coletores de lixo, podem se machucar. Outra razão é a possibilidade de transmissão de doenças, entre elas a AIDS e hepatite. Os pacientes devem ser orientados a desprezar estes insumos em um recipiente especialmente projetado para o descarte de objetos perfurocortantes. São recomendados caixas de plástico ou papelão bastante resistentes, seladas e com uma única abertura na parte superior, para que possamos colocar esses materiais, sem conseguir retirá-los posteriormente.

### **16.8. Educação em Saúde**

Algumas informações são imprescindíveis que sejam repassadas ao portador de DM:

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

### **Controle Glicêmico**

• Os pacientes diabéticos podem fazer o controle glicêmico em seus domicílios, desde que tenham sido orientados e tenham os insumos. Aqueles que fazem uso de insulina requerem um acompanhamento e controle da glicemia mais rígido. Em Goiânia, a Portaria nº 003/2015 dispõe sobre a dispensação de insumos para usuários portadores de Diabetes Mellitus insulino-dependentes. Para receber os insumos, o paciente deve estar obrigatoriamente em uso de insulina;

• Em geral, sugere-se que diabéticos em uso de antidiabéticos orais façam a glicemia capilar três vezes por semana, variando os horários (jejum e pós-prandial);

• Pacientes em uso de insulina devem ser orientados a fazer controle glicêmico três vezes por dia. Os horários para glicemia capilar devem estar em conformidade com o perfil de ação da insulina em uso (basal ou bolus).

### **Conclusão**

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

- Reconhecer a importância do componente educativo no cuidado dos pacientes diabéticos;
- Identificar os principais problemas associados ao uso de medicações;
- Utilizar recursos dos pacientes através da consulta de enfermagem e visita domiciliar;
- Encaminhar para consultas médicas mensais os pacientes não aderentes, de difícil controle e porta-



dores de lesões em órgão alvo ou comorbidades;

- Repetir a medicação, prescrita pelo médico, de indivíduos controlados e sem intercorrências desde a última consulta;
- Solicitar durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- Inscrever todos os pacientes no programa de diabetes da unidade básica de saúde.

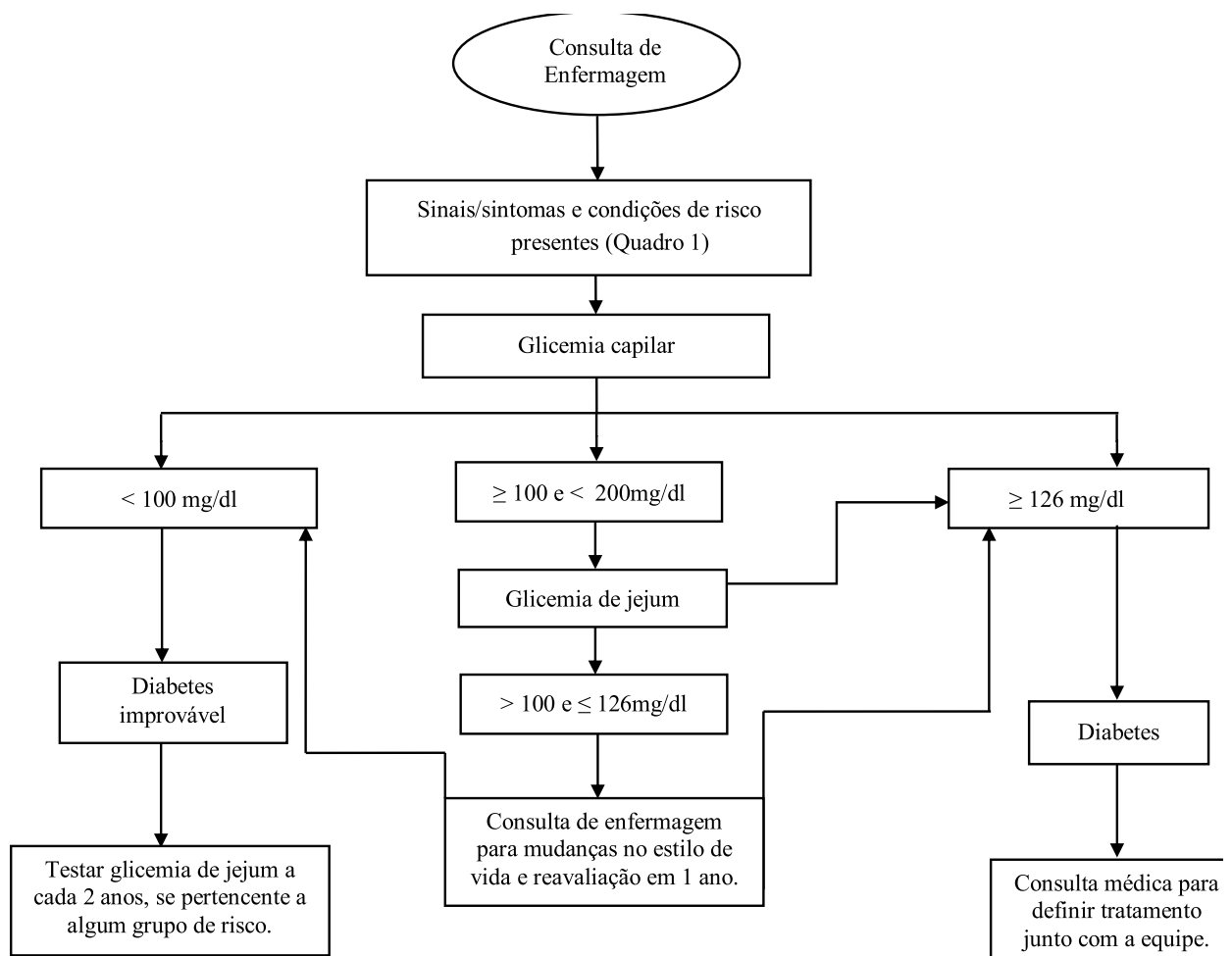
## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).

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

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. Organização José Egidio Paulo de Oliveira e Sérgio Vencio. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 382 p.

### FLUXOGRAMA I - ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO SUSPEITO/PORTADOR DE DM TIPO 2



**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base em Brasil (2013).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM FERIDAS

Suelen Gomes Malaquias<sup>1</sup>

Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz<sup>2</sup>

Cynthia Assis de Barros Nunes<sup>3</sup>

Fabírcia Nayara Oliveira Limeira<sup>4</sup>

Rayana Gomes Oliveira Loreto<sup>5</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## Introdução

Nos cenários de atendimento em saúde, a população com feridas é prevalente e recorrente, com dados epidemiológicos diversos, conforme a etiologia e o nível de assistência. Este protocolo destina-se a oferecer subsídios para nortear as ações de enfermagem, para a assistência multidimensional e sistematizada a essa clientela.

## Desenvolvimento da temática

Feridas são definidas como interrupção da integridade da pele (feridas de espessura parcial), podendo atingir estruturas mais profundas, como tecido subcutâneo, fáscia muscular, tendões e ossos (feridas de espessura

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação (PPG) da FEN/UFG.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutoranda do PPG - FEN/UFG. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>4</sup>Enfermeira, Mestranda do PPG Ciências da Saúde – UFG, Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer).

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutoranda do PPG - FEN/UFG. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

total). No que se refere ao processo de cicatrização, há reepitelização em feridas de espessura parcial e, nas mais profundas, a formação do tecido de granulação, seguido de epitelização e contração da lesão, até a completa cicatrização.

Considerando a aproximação das bordas, as feridas podem cicatrizar por primeira intenção (há aproximação), segunda intenção (formação do tecido de granulação, por não ser possível a aproximação) ou terceira intenção (fechamento primário retardado). De forma geral, o processo de cicatrização pode ser resumido em três fases: inflamatória (hemostasia, fagocitose de microorganismos, material inorgânico e tecido desvitalizado); proliferativa (angiogênese, síntese da matriz extracelular); remodelamento (maturação do tecido cicatricial). A duração de todo o processo varia de 24 dias a um ano.

Assim como é imprescindível compreender o processo biológico da cicatrização, faz-se necessário apropriar-se do que se refere ao atendimento a essa clientela.

## **1. Atendimento à população com feridas na Atenção Primária à Saúde e nas unidades ambulatoriais**

### **1.1. Atribuições da equipe de enfermagem na assistência à pessoas com feridas**

Atender pessoas com feridas demanda sensibilidade e aperfeiçoamento técnico constantes visto a complexidade dos casos (RUTHES; CUNHA, 2009). Faz-se necessário desenvolver habilidades e atitudes concernentes à abordagem integral dos indivíduos, bem como a organização do processo de trabalho (EWMA, 2008; MALAQUIAS et al., 2012, SANTANA et al., 2013).

A Resolução nº 501 (COFEN, 2015) regulamenta as competências da equipe de enfermagem no cuidado às pessoas com feridas. No entanto, para manter a segurança das ações, faz-se imprescindível a compreensão de que determinadas avaliações e tomadas de decisão para o manejo das lesões, necessitam ser realizadas por um enfermeiro especialista, ou seja, com formação acadêmica e/ou expertise nessa área.

Assim, esta prática é insegura quando realizada por enfermeiros não especialistas, especificamente em condutas, tais como: indicação de coberturas para tratamento tópico, condução de consultórios de enfermagem e solicitação de exames laboratoriais inerentes ao processo de cuidado às feridas. Ao passo que, a Resolução nº 501/2015 (COFEN, 2015) prevê a realização dessas atividades como competência específica do enfermeiro especialista na área.

Nesta perspectiva, compreende-se que o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) podem e devem ser utilizadas na abordagem a pessoa com feridas, no entanto, é imprescindível o preparo adequado do profissional para que sejam seguras e assertivas. Apesar de não constar entre as PIC (BRASIL, 2006), intervenções musicais e eletroterapia são efetivas na prática clínica em outros contextos, sendo necessários estudos mais abrangentes entre a população com feridas.

### **1.2. Consulta de enfermagem à pessoa com ferida**

O atendimento adequado à pessoa com feridas deve considerar sua condição geral de saúde, investigando-se fatores que interfiram no processo de cicatrização. Da mesma forma, a avaliação clínica da ferida deve manter abrangência e reprodutibilidade pelos profissionais que prestam esse atendimento, preferencialmente, por meio do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009). Para tanto, podem-se utilizar como referencial teórico de enfermagem, as teorias das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta e a teoria do Autocuidado/Déficit do Autocuidado, de Dorothea Orem, por exemplo.

Sendo assim, a partir da taxonomia de diagnósticos de enfermagem NANDA-I, destacam-se os seguintes diagnósticos na população com feridas: integridade da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada, risco de integridade tissular prejudicada, risco de infecção, síndrome da dor crônica, dor aguda/crônica, perfusão tissular periférica ineficaz, mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, síndrome do déficit no autocuidado, nutrição desequilibrada, autocontrole ineficaz da saúde e risco de baixa autoestima situacional (NANDA-I, 2015).

### 1.3.1 Avaliação clínica geral da pessoa

A ferida tem grande impacto na vida do indivíduo em várias vertentes devido à imagem prejudicada, a mobilidade comprometida, entre outros fatores (PERES; ZUFF; TASSO, 2013; SALOMÉ, 2010). Quando pensamos em atendimento ao paciente, a avaliação não deve ser direcionada somente à úlcera, mas também ao paciente de forma holística (HEBER; SCHNEPP; RIEGER, 2007; HECK *et al.*, 2011).

As informações colhidas no momento da avaliação do paciente devem ser registradas pelo enfermeiro em um protocolo padronizado (EPUAP, 2007; HARAM; RIBU; RUSTOEN, 2003; MCKINLEY, 2008), caso não exista no serviço de saúde, o enfermeiro deve produzir este documento de registro, para avaliação, acompanhamento e evolução dos pacientes (WUWHS, 2008; HEBER; SCHNEPP; RIEGER, 2007), baseados nos conhecimentos conforme os itens descritos no Quadro 1 (p. 297).

### 1.3.2 Avaliação clínica da ferida e preparação do leito da úlcera

Para que ocorra a cicatrização da úlcera, o leito deve ser preparado e as alterações que retardam a cicatrização devem ser corrigidas (EWMA, 2004). Sendo assim, foi proposto pela *International Advisory Board on Wound Bed Preparation*, o acrônimo TIME, do inglês, que aborda quatro aspectos fundamentais no tratamento de feridas, conforme o Quadro 2 (p. 298) (SCHULTZ *et al.*, 2003; AYELLO *et al.*, 2004).

Faz-se necessário atentar-se para a periodicidade de troca, assim como às particularidades das coberturas para que não haja uso inadequado com desperdício de material e resultado insatisfatório. Dessa forma, o manual do fabricante deve ser consultado ou ainda a consultoria técnica da empresa, em caso de dúvidas.

Considerando as várias classificações na literatura, as feridas serão descritas a seguir conforme o seu componente etiológico e as suas características correspondentes.

## 2.1 Feridas Agudas:

As feridas agudas caracterizam-se pelo início súbito e tendência para cicatrização no período estimado em que todas as fases de cicatrização tenham ocorrido sem estagnação em nenhuma delas. Entre elas estão incluídas as feridas cirúrgicas e traumáticas, as quais serão descritas abaixo.

### 2.1.1 Cirúrgicas

São intencionais a partir de procedimento realizado com técnica asséptica, considerando o potencial de contaminação (limpa, limpa contaminada, contaminada e infectada/suja) e técnica empregada para a cicatrização. Há particularidades como as cavidades cirúrgicas, drenos e enxertos, em que a cicatrização e o tratamento devem ser diferenciados (DEALEY, 2006, SILVA; VIANA; LUZIAL; GUEDES *apud* SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES 2008).

Entre as complicações possíveis, destaca-se a ocorrência de infecção, por sua alta prevalência, repercussão sobre a morbidade e mortalidade dos indivíduos (DEALEY, 2006). Assim, recomenda-se considerar a classificação de infecção de sítio cirúrgico, assim como a respectiva abordagem terapêutica. Dessa forma, são compreendidas infecções do sítio cirúrgico incisional superficial, profunda e de órgão/cavidade.

Os demais itens indispensáveis para avaliação, no que se refere às complicações de feridas cirúrgicas, estão descritos no Quadro 3 (p. 299).

Para o manejo das feridas cirúrgicas, é indispensável considerar as particularidades de cada especialidade cirúrgica, as quais necessitam ser expressas em documentos oficiais de cada instituição. Porém, em termos gerais, o objetivo terapêutico é a limpeza com solução fisiológica e o tratamento com antisséptico, mantendo a ferida limpa e seca, conforme o Fluxograma I (p. 297).

Os drenos, comumente inseridos na abordagem cirúrgica para favorecer a drenagem de líquidos decorrentes da manipulação do sítio cirúrgico (seroma, sangue, pus), apresentam manejo similar à ferida cirúrgica, independente do tipo. Dessa forma, primeiramente manipula-se a inserção do dreno na pele do indivíduo, seguido da pele perilesional e, por último, a limpeza e desinfecção do dispositivo, sendo necessária a

oclusão. Há particularidades de posicionamento de determinados drenos, bem como orientações específicas dos sistemas de drenagem, os quais precisam ser considerados.

O objetivo de um curativo em feridas cirúrgicas é controlar a infecção, promover a cicatrização, minimizar a dor, prevenir necrose e disseminação de infecção a outros sítios anatômicos. Até o momento não existe estudos clínicos definindo um padrão ouro para o tratamento da ferida cirúrgica.

O Quadro 4 (p. 300) apresenta as principais orientações em relação à limpeza e antisepsia de feridas.

Os principais antissépticos e as suas respectivas características são: **-álcool 70%**, sem efeito residual, inativo em presença de material orgânico, irritante, contraindicado em feridas abertas; **-clorexidina 0,05-1%**, 6 horas de efeito residual, ativo em presença de material orgânico, não tóxico, contraindicações desconhecidas; **-iodo**, 3 horas de efeito residual, inativo em matéria orgânica, provoca irritação cutânea e pode ser absorvido sistemicamente (GNEAUPP, 2002).

## 2.1.2 Traumáticas

As feridas traumáticas são geralmente acidentais e podem ser decorrentes de agentes agressores mecânicos, térmicos, por eletricidade ou químicos. Há de se considerar as situações do indivíduo politraumatizado, em que a demanda de cuidados para estabilização do quadro e de minimização do risco de morte devem ser prioridade. Há variações quanto à extensão da perda da integridade da pele, sendo que quando envolve outras estruturas, podem tornar-se feridas complexas, tendendo a cronicidade, em muitos casos (DEALEY, 2006).

Entre as feridas traumáticas comuns, estão abrasões, lacerações, mordeduras e lesões por fricção (*skin tears*), as quais estão descritas no Quadro 5 (p. 300).

### 2.1.2.1 Queimaduras

As lesões traumáticas são causadas, geralmente, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, que determinam lesão parcial ou total da pele e anexos, sendo possível atingir estruturas mais profundas. Nesse caso, ultrapassa-se a temperatura de 44° C em que a pele humana tolera sem prejuízo, ao passo que o grau de lesão está relacionado à temperatura e tempo de exposição ao agente (BOLGIANI; SERRA, 2010).

Para estabelecer a gravidade da lesão, observam-se o grau da queimadura (Quadro 6, p. 302), mediante profundidade e tecidos envolvidos, bem como a extensão (Superfície Corporal Queimada - SCQ) pela Regra dos 9 (BRASIL, 2010). Ainda, há de se considerar algumas especificidades que determinam o tratamento: extremos de idade (< 5 anos e > 60 anos); queimaduras de face, mãos, períneo, pés ou flexuras corporais (pescoço ou axila); queimadura por inalação; queimaduras circulares no tronco, nos membros superiores e inferiores; traumas associados e/ou suspeita de queimadura não acidental; comorbidades metabólicas, circulatórias e/ou neuropatias, déficits psicomentais.

O Quadro 6 (p. 302) apresenta as características, o tratamento tópico e as medidas gerais para abordagem de pessoas com queimaduras, conforme o grau.

Em unidades de referência em atendimento às vítimas de queimaduras (Centros de Tratamento de Queimados - CTQ), dependendo da complexidade e gravidade das lesões, alguns procedimentos são indicados, sendo os principais: balneoterapia, escarotomia, fasciotomia, autoenxertos e por substitutos cutâneos.

## 2.2 Feridas Crônicas:

Consiste nas feridas em que há retardo no processo de cicatrização (> 6 semanas) (MENKEET et. al., 2007; GONZÁLEZ et al., 2011) por um estágio de inflamação patológica. Dessa forma, há maior degradação do que síntese da matriz extracelular, resultando em prejuízo para a cicatrização.

### 2.2.1 Úlceras de perna

Segundo o CONUEI (2009), as úlceras de perna corresponde a lesões na extremidade inferior do membro. Podem ser classificadas quanto à sua etiologia em: úlceras provocadas por hipertensão venosa; isquemia, que

são as úlceras vasculares; neuropatia; hipertensão arterial; artrites; doenças hematológicas; sepse; deficiência de vitaminas; aquelas associadas a doenças, como síndrome de Crohn e por alterações do metabolismo.

### 2.2.1.1 Úlceras vasculares

Entre as úlceras de perna, as úlceras vasculares são as mais prevalentes (CONUEI, 2009; GOHEL; POSKITT, 2010), sendo constituídas pelas úlceras venosas, arteriais e mistas. As úlceras arteriais são decorrentes de isquemia, geralmente subjacentes à aterosclerose, ou por complicações de tromboembolismo arterial (SIEGGREEN, 2005). Por sua vez, as úlceras venosas ocorrem pela hipertensão venosa decorrente da insuficiência venosa crônica.

Essa condição favorece à estase venosa, o aumento da permeabilidade vascular e, conseqüentemente, o extravasamento de metabólitos como a hemossiderina, que ao depositar-se no tecido subcutâneo, desencadeia alterações tissulares associadas à cronicidade (SIEGGREEN, 2005; DOUGHTY; HOLBROOK, 2007; BRASIL, 2008a; DEALEY, 2008; CONUEI, 2009; BORGES, 2011). Já as úlceras mistas, ocorrem quando há associação do comprometimento da circulação arterial e venosa (DOUGHTY; HOLBROOK, 2007; GOHEL; POSKITT, 2010). No Quadro 7 (p. 303) estão descritas as características clínicas e os parâmetros de avaliação das úlceras vasculares.

### 2.2.1.2 Úlceras neuropáticas

As úlceras neuropáticas são causadas por neuropatia periférica, que decorrem de algumas doenças de base, tais como hanseníase, diabetes mellitus, alcoolismo e outras (BRASIL, 2008a).

#### 2.2.1.2.1 Úlceras diabéticas

A úlcera diabética é definida como uma alteração clínica de base neuropática, provocada pela hiperglicemia prolongada, que pode coexistir com isquemia, e a partir de um desencadeamento traumático, ocorre a formação de uma lesão e úlcera no pé (CONUEI, 2009). Sendo assim, a úlcera diabética pode ser considerada neuropática, isquêmica e neuroisquêmica (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE O PÉ DIABÉTICO, 2007; WOUNDS, 2013). A neuropatia periférica pode predispor a ulceração do pé devido aos efeitos nos nervos autonômicos, motores e sensitivos (WOUNDS, 2013).

O acometimento dos nervos autonômicos acarreta diminuição da produção de secreções de glândulas sebáceas e sudoríparas, tornando a pele seca, inelástica, o que pode ocasionar fissuras, favorecendo o risco de infecção (BRASIL, 2008a). As lesões nas fibras autonômicas motoras causam atrofia da musculatura intrínseca do pé, desencadeando deformidades osteoarticulares (CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE O PÉ DIABÉTICO, 2007; BRASIL, 2008a; 2016; CAIAFA et al., 2011; WOUNDS, 2013). A perda da sensibilidade protetora, por sua vez, predis põe a traumas térmicos, químicos ou físicos (WOUNDS, 2013).

#### 2.2.1.2.2. Úlceras Hansenícas

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, e acomete principalmente nervos periféricos, mas também manifesta-se como doença sistêmica. É transmitida pelas vias aéreas superiores, por meio de contato íntimo e prolongado (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b). Caracteriza-se por manchas hipocrômicas com alteração de sensibilidade, diminuição ou queda de pelos, falta ou ausência de sudorese local, hiperestesia (queimação, formigamento), dor e/ou espessamento de nervos periféricos, diminuição ou perda da força muscular, mal perfurante plantar (úlcera) (BRASIL, 2008b).

O *Mycobacterium leprae* agride as fibras do sistema nervoso periférico (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b), causando um processo inflamatório e reação imune-celular do organismo (BRASIL, 2002). A intensa presença dos bacilos altera a circulação sanguínea e linfática local, com conseqüente estase, hipoxemia e isquemia, diminui a vasorregulação dérmica por alteração da inervação autonômica, predispondo ao aparecimento das úlceras (BARRETO; GALAN, 2011).

### 2.1.2 LESÃO POR PRESSÃO (PRESSURE INJURY)

*Pressure injury*, termo traduzido como “lesão por pressão” (LP), foi estabelecido na última conferência pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) como sendo a nova terminologia para substituir “úlceras por pressão”. Na ocasião, houve redefinições e acréscimos que ampliam a etiologia, especificamente no que se refere aos fatores envolvidos na tolerância tissular e ao uso de dispositivos de assistência à saúde (NPUAP, 2016).

Dessa forma, define-se como “lesão por pressão” o dano decorrente da pressão intensa e/ou prolongada combinada à fricção, em pele e/ou tecidos moles que comumente estejam sobre uma proeminência óssea, ou ainda, subjacente a dispositivo de assistência à saúde. Essas lesões podem apresentar-se como pele intacta (não rompida) ou como úlcera aberta, sendo dolorosas (NPUAP, EPUAP, PPIA, 2014; NPUAP, 2016).

Microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e condições do tecido, são fatores que afetam a tolerância tecidual à pressão e cisalhamento (NPUAP, 2016). Sendo que, entre os fatores de risco intrínsecos do indivíduo, destacam-se: extremos de idade, co-morbidades, inconsciência, mobilidade reduzida, perda de sensibilidade e/ou função motora, incontinência urinária e/ou fecal, alterações nutricionais (WADA; NETO; FERREIRA, 2010; DEALEY, 2001; NPUAP; EPUAP; PPIA, 2014).

No Quadro 7 (p. 303) estão descritas a etiologia e as características das úlceras vasculares associadas ao diabetes mellitus, bem como sua avaliação, prevenção e tratamento.

No Quadro 8 (p. 307) estão descritas as características clínicas para classificação das LP e as principais recomendações para o manejo dessas lesões.

### 2.1.3 Feridas oncológicas/tumorais ou neoplásicas vegetantes

São lesões causadas por infiltração de tumor no epitélio, na rede vascular e linfática, levando à formação de uma ferida exofítica (expansiva) que avança acima das bordas da lesão (AGREDA; BOU, 2012; INCA, 2009).

A formação desta ferida é desencadeada pelo crescimento do tumor que causa o rompimento da pele por meio de células tumorais que invadem a membrana basal, realizam neovascularização, deslocamento e embolismo, provocando agregação em capilares distantes, extravasamento vascular e linfático e proliferação celular causando um crescimento expansivo da ferida na superfície atingida (HAISFIELD-WOLFE; RUND, 1997; INCA, 2009). As infiltrações podem ser primárias, com origem no próprio tumor, e recorrentes, ou seja, uma recorrência do tumor primário; além de secundárias, com origem metastática (AGREDA; BOU, 2012).

Para avaliação e estadiamento das feridas neoplásicas, Wolf e Cox (1999) propõem um sistema que é utilizado na enfermagem oncológica, conforme apresentado no Quadro 9 (p. 309).

A avaliação da ferida neoplásica e as metas de gestão de controle de sintomas devem considerar a etiologia oncológica, o estadiamento do câncer primário e as condições físicas e psicológicas do paciente (CAMARÃO, 2012; MAMÉDIO; PIMENTA, 2006; SEAMAN, 2006). Ademais, algumas escalas e classificações são recomendadas para esta avaliação.

O tecido desvitalizado e a colonização da ferida por bactérias anaeróbias são responsáveis pelo odor fétido, causando enorme desconforto e constrangimento ao paciente (MAMÉDIO; PIMENTA, 2006). Há uma classificação do grau de odor, sendo ela: Grau I – odor ao abrir o curativo, Grau II – ao aproximar do paciente, sem abrir o curativo e Grau III – odor forte, nauseante, no ambiente (INCA, 2009).

A literatura apresenta pesquisas com baixa evidência para sustentação de intervenções (SACRAMENTO et al., 2015). No entanto, os profissionais de saúde devem ter uma compreensão clara e objetiva das ações paliativas, que envolvem a elaboração de um plano de cuidados que visa minimizar o efeito de lesões na qualidade de vida do paciente, compreendendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual (SEAMAN, 2006; AZEVEDO et al., 2014; CAMARÃO, 2012).

Alguns tratamentos não específicos são sugeridos para o controle das feridas oncológicas, tais como: *radioterapia* para diminuir o tamanho da lesão, o exsudato e o sangramento; *quimioterapia* que reduz o tumor e melhora a dor; *hormonioterapia* para diminuir sintomas; *laser* para reduzir dor e necrose tissular (CAMARÃO, 2012; INCA, 2008). A terapia tópica direcionada ao controle dos sintomas traz melhores resultados para as feridas oncológicas/tumorais ou neoplásicas vegetantes (CAMARÃO, 2012). A cicatrização destes tipos de ferida



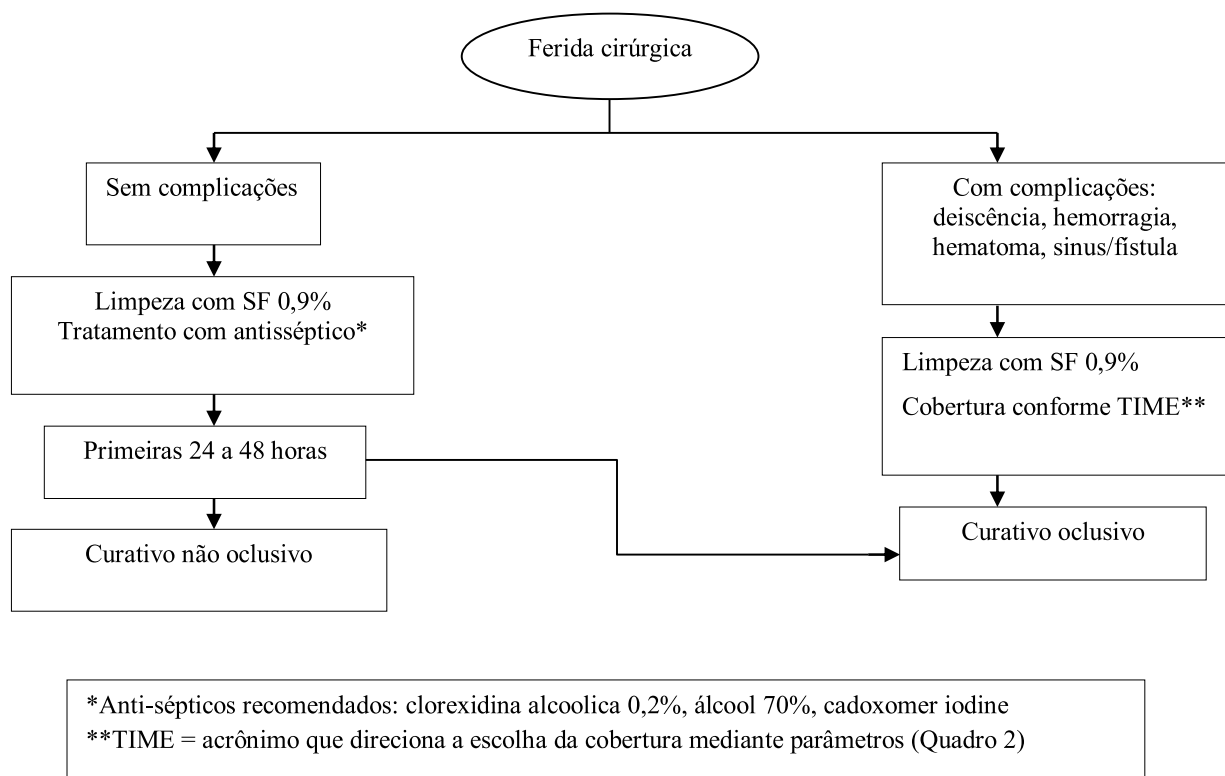
só é possível quando o tumor primário à lesão é ressecável (MAMÉDIO; PIMENTA, 2006). Sendo assim, a meta principal deixa de ser a cicatrização, e sim o conforto do paciente com relação à ferida, a prevenção e o controle dos sintomas locais (OLIVEIRA, 2008; MAMÉDIO; PIMENTA, 2006), como descrito no Quadro 10 (p. 310).

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 671-676, ago. 2011.
- BLANCK, M.; GIANNINI, T. **Úlceras e Feridas: As feridas tem alma. Uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética.** Rio de Janeiro: Ed. Di Livros, 2014.
- BARROS, A. B. L. de (Org.). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes.** 2. ed..Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMARÃO, R. R. Cuidados com feridas e curativos. In: MAMÉDIO; PIMENTA. **Cuidados com lesões vegetantes malignas,** 2006.
- CHOI, E. P. H. et al. Evaluation of the internal and external responsiveness of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) tool for assessing acute and chronic wounds. **Journal of Advanced Nursing,** England, v. 72, n. 5, p. 1134-1143, maio 2016.
- COHEN, V. C.; GAMBA, M. A. Avaliação da pele. Identificação de fatores de risco para implementação do cuidado. In: GAMBA, M. A., PETRI, V., COSTA, M. T. F. **Feridas: prevenção, causas e tratamento.** Rio de Janeiro: Santos Editora, 2016.
- CONFERENCIA NACIONAL DE CONSENSO SOBRE ÚLCERAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR (CONUEI). España: EdikaMed S. L., 2009.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2008.
- DOUGHTY, D. B.; HOLBROOK, R. Lower extremity ulcers of vascular etiology. In: BRYANT, R. A.; NIX, D. P. **Acute & Chronic Wounds: Current Management Concepts.** 3<sup>st</sup> ed. Mosby Elsevier, 2007.
- FAN, K. et al. State of the art in topical wound-healing products. **Plastic and Reconstructive Surgery,** Estados Unidos n. 127 (Suppl.), p. 44S-59S, jan. 2011.
- FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 347-359, jun. 2005.
- DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele.** Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2012.
- GROCOTT, P. Exudate management in fungating wounds. **J. Wound Care,** v. 7, n. 9, p. 445-448, 1998.
- HAISFIELD-WOLFE, M. E.; RUND, C. Malignant cutaneous wounds: a management protocol. **Ostomy Wound Management.**, Estados Unidos, v. 43, n.1, p. 56-60, jan./fev. 1997.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2015.
- HERNÁNDEZ, E. et al. **Manual de Cicatrización en Heridas Crónicas.** Santander: Editorial Calima, 2004.
- KALEMIKERAKIS, J. et al. Comparison of foam dressings with silver versus foam dressings without silver in the care of malodorous malignant fungating wounds. **J. Buon.**, Grecia, v. 17, n. 3, p. 560-564, jul./set. 2012.
- LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Mobilização corporal para prevenção de úlceras por pressão: custo direto com pessoal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 930-936, out. 2015.

- MAFFEI, F. H. A. et al. Diagnóstico clínico das doenças arteriais periféricas. In: MAFFEI, F. H. A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 4. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 257-273.
- NICKS, B. A. et al. Acute wound management: revisiting the approach to assessment, irrigation, and closure considerations. **Int. J. Emerg. Med.**, England, v. 3, n. 4, p. 399-407, ago. 2010.
- LOOKINGBILL, D. P.; SPANGLER, N.; SEXTON, F. M. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7316 cancer patients. **J Am Acad. Dermatol.**, Estados Unidos, v. 22, n. 1, p. 19-26, jan. 1990.
- OLIVEIRA, A. S.; SANTOS, V. L. C. G. Uso de iodóforo tópico em feridas agudas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 193-201, mar. 2008
- PERES, G. R. P.; STRAZZIERI-PULIDO, K. C. apud DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidência**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.
- RODRIGUES, C.; SILVA, D. Limpeza de feridas: técnicas e soluções. **Journal of Tissue Regeneration e Healing**, n. 1, out./mar. 2012.
- PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. (Org).. **Dor e cuidados paliativos**. São Paulo: Manole, 2006.
- PROBST, S.; ARBER, A.; FAITHFULL, S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, Scotland, v. 13, n.4, p.295-298, set. 2009
- SOUZA, S. C.; BRIGLIA, C. H. Estudo comparativo entre etilcianoacrilato e sutura intradérmica no fechamento de excisões cutâneas. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 566-572, dec. 2011
- SEAMAN, S. Malignant fungating wounds in advanced cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 22, n. 3, p. 185-193, ago. 2006
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- STRAZZIERI-PULIDO, K. C. et al. Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 674-680, mar. 2015.
- SIEGGREEN, M. Lower Extremity Arterial and Venous Ulcers. **Nurs. Clin. N. Am.**, Philadelphia, v. 40, n. 2, p. 391-410, jun. 2005.
- VERMEULEN, H.; WESTERBOS, S. J.; UBBINK, D.T. Benefit and harm of iodine in wound care: a systematic review. **Journal of Hospital Infection**, England, v. 76, n. 3, p. 191-199, nov. 2010.
- WADA, A.; NETO, N. T.; FERREIRA, M. C. Úlcera por pressão. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 89, n.3/4, p. 170-177, jul./dez. 2010.

## FLUXOGRAMA I- ESQUEMA PARA O MANEJO DAS FERIDAS CIRÚRGICAS.



Fonte: Dealey (2008), APECIH (2009), ANVISA (2013), Blank e Giannini (2014).

### QUADRO 1. ITENS PARA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDAS

#### Coleta de dados:

- ✓ Obtenção da história da lesão - surgimento, recidivas, tratamentos realizados até o momento.
- ✓ Fatores de risco para formação da lesão - avaliação específica, histórico de doenças e histórico familiar.
- ✓ Fatores que influenciam na cicatrização - avaliação de exames de sangue, nutrição inadequada, práticas inadequadas de exercícios, consumo de álcool, drogas e tabaco, uso de medicamentos, presença de infecção.
- ✓ Conhecimento do paciente e do familiar - verificar perspectivas e informações sobre fatores intervenientes, tratamentos, engajamento nas ações para promoção e recuperação da saúde.

#### Avaliação Psicossocial, mental e espiritual:

- ✓ Avaliar qualidade de vida por meio de instrumentos específicos;
- ✓ Avaliar o estado psicológico do paciente / por meio de instrumentos específicos como o Mini mental;
- ✓ Identificar fatores que influenciam no bem-estar físico, socioeconômico, espiritual, psicoemocional (padrão de estados de ânimo ou humor)

#### Avaliação Nutricional:

- ✓ Avaliar estado nutricional - avaliação Subjetiva Global;
- ✓ Realizar antropometria (IMC, circunferência abdominal), exame físico (pele, mucosas, cabelo)
- ✓ Avaliar os alimentos ingeridos pelos pacientes, bem como ingesta hídrica

#### Avaliação da dor do paciente com úlcera venosa

Avaliar e registrar a dor, intensidade, e característica por meio de escalas específicas

#### Exame físico:

- ✓ Geral - dados antropométricos, glicemia capilar, exame cardiovascular

#### Exames complementares:

- ✓ Verificar exames laboratoriais e de imagem que subsidiem avaliação clínica geral, solicitando-os quando acordado com a instituição.

Fonte: Barros (2010), Blank e Giannini (2014), Cohen, Gamba (2016).

## QUADRO 2. ASPECTOS FUNDAMENTAIS PARA A AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

<p><b>T (<i>Tissue</i>) - controle do tecido não viável:</b> remoção do acúmulo de necrose evita crescimento bacteriano e promove cicatrização. A seleção do método depende das características da úlcera, quantidade de necrose, condições do paciente e da experiência do profissional. Assim:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Desbridamento instrumental: realizado com instrumental (pinças, tesoura ou bisturi). Cirúrgico se anestesia, por médico cirurgião, para lesões complexas e mais profundas que fáscia muscular.</li><li>-Desbridamento mecânico: consiste na remoção do tecido por força mecânica, mas, pode prejudicar o tecido de granulação ou de epitelização, e causar dor.</li><li>-Desbridamento enzimático: uso de enzimas para dissolver o tecido desvitalizado, por exemplo a papaína, fibrase.</li><li>-Desbridamento biológico: realizado com larvas de laboratório, que fazem desbridamento seletivo.</li><li>-Desbridamento autolítico: por quebra natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas intrínsecas, quando na manutenção de ambiente úmido.</li></ul>
<p><b>I (<i>Infection or inflammation</i>) - controle da inflamação e da infecção:</b> considera-se infecção quando contagem de colônias da cultura <math>&gt; 10^5</math> unidades UFC. O tratamento no desbridamento e utilização de coberturas com prata ou polihexanida biguanida (PHMB) associado a betaína. A limpeza é fundamental e que deve ser feita com irrigação de solução fisiológica 0,9% e/ou anti-séptica. Os anti-sépticos devem ser aplicados embebidos em gaze, ocluindo a lesão, após a irrigação com solução fisiológica, preferencialmente aquecida, mantendo-se o tempo recomendado pelo fabricante. Após isso, irriga-se novamente com SF 0,9% e procede-se o tratamento da lesão.</p>
<p><b>M (<i>Moisture balance</i>) - controle do exsudato:</b> o excesso provoca maceração da borda e pele perilesional, culminando em necrose tecidual e aumento da lesão. Por outro lado, o ressecamento do leito da ferida, retarda a migração de células epidérmicas. Assim, as coberturas devem manter o equilíbrio na quantidade de exsudato, sendo úmido em feridas abertas e seco em feridas fechadas. Como exemplo de coberturas altamente absorventes, temos: alginato, a hidrofibra e as espumas. O hidrogel com alginato é exemplo de cobertura com menor absorção.</p>
<p><b>E (<i>Epithelial- edge advancement</i>) - estimulação das bordas da ferida:</b> Deve-avaliar inflamação e excesso de umidade, por prejudicar a migração de células epiteliais da borda para o leito da ferida. Assim, recomenda-se o uso de protetores cutâneos (creme barreira), a base de uréia e dimeticona, assim como, hidrocolóide em pó, para quando não houver maceração. Em alguns casos, como em eczema, pode ser necessário o uso de esteróides tópicos (prescrição médica)</p>

**Fonte:** Schultz et al. (2004); Grey e Harding, (2006); Fornells e Gonzáles (2006); Brasil (2008); WUWHS, 2008.

**QUADRO 3. PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS ÀS FERIDAS CIRÚRGICAS, ITENS PARA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES CORRESPONDENTES**

	Itens para avaliação	Intervenções
<b>Hemorragia</b>	<p>1. Identificar origem: -primária: relacionada à técnica cirúrgica inadequada -secundária: associada a infecção</p> <p>2. Verificar quantidade de drenagem em bolsa coletora ou curativo</p> <p>3. Verificar sinais de hemorragia interna (sinais de choque)</p> <p>4. Identificar a formação de hematoma para determinar ocorrência de coagulação.</p>	<p>-Realizar oclusivo com técnica asséptica e periodicidade de troca conforme saturação;</p> <p>-Realizar limpeza e anti-sepsia da incisão cirúrgica, mantendo-a seca;</p> <p>-Utilizar dispositivos como bolsas coletoras para controle da drenagem, quando for o caso;</p> <p>-Monitorar quanto aos sinais de infecção conforme ASEPIS e comunicar o médico evolução para piora, a fim de avaliar a indicação de antibioticoterapia;</p> <p>-Identificadas hipotensão, rebaixamento do nível de consciência e outros sinais de choque, proceder atendimento referente a choque hipovolêmico, conforme o estabelecido no serviço de saúde;</p> <p>-Discutir com o médico a possibilidade de remoção da sutura para drenagem do hematoma.</p>
<b>Deiscência</b>	<p>1. Identificar inadequações da técnica de sutura</p> <p>2. Verificar a interferência de fatores sistêmicos (extremos de idade, comorbidades, obesidade, desnutrição, entre outros)</p> <p>3. Verificar a interferência de fatores locais (sinais inflamatórios/infeciosos, aspectos referentes ao curativo utilizado)</p>	<p>-Discutir com o médico a possibilidade de re-sutura, ou realinhamento dos pontos cirúrgicos;</p> <p>-Tratar os fatores sistêmicos identificados;</p> <p>-Remover sutura em região de sinais infecciosos para permitir drenagem livre de exsudato purulento;</p> <p>-A depender do nível de deiscência, realizar tratamento da lesão conforme cicatrização por segunda intenção:</p> <p>*remoção de tecidos inviáveis - desbridamento enzimático, autolítico, mecânico ou instrumental não cirúrgico;</p> <p>*promoção da viabilidade do tecido de granulação e epitelização - preenchimento de cavidade, quando na ausência de infecção residual; manutenção do meio úmido;</p> <p>*controle do exsudato - utilizar dispositivos (como bolsa coletora) para controle e mensuração, se for o caso; utilizar coberturas primárias absorventes</p> <p>*manter bordas e pele perilesional íntegras - manter limpeza; utilizar creme barreira (protetores de pele) e/ou hidratantes.</p>
<b>Formação de sinus e/ou fístula</b>	<p>1. Determinar a extensão do sinus</p> <p>2. Verificar ocorrência concomitante de infecção</p>	<p>-Realizar irrigação com solução salina para prevenir acúmulo de exsudato/pus;</p> <p>-Evitar introdução de fitas de gazes para possibilitar a livre drenagem do exsudato;</p> <p>-Aplicar hidrogel, conforme a indicação;</p> <p>-Verificar maceração das bordas e pele perilesão, aplicando protetor de pele se for o caso;</p> <p>-Verificar necessidade de suporte nutricional quando houver perda <math>\geq</math> 1 litro/dia de drenagem de exsudato.</p>

Fonte: Dealey (2006), Silva, Viana e Luzial; GUEDE, apud Silva, Figueiredo e Meireles (2008); Blank e Giannini (2015).

#### QUADRO 4. PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES EM RELAÇÃO A LIMPEZA E ANTISSEPSESIA

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Para limpeza da ferida utilizar soro fisiológico 0,9% estéril morno em jato (ANVISA, 2013) , apesar da falta de consenso na literatura, a pressão adequada para irrigação deve estar entre 4 e 15 psi (<i>per squareinch</i>), sendo 8 psi (APECIH, 2009) equivale ao uso da seringa de 20 ml e agulha 40X12mm.</li> <li>✓ Para feridas com cicatrização por segunda intenção, está indicada a irrigação para limpeza, sendo tradicional com compressa apenas quando houver necessidade de desbridamento;</li> <li>✓ A irrigação é contra-indicada quando há exposição de ossos e tendões, assim como em indivíduos imunodeprimidos;</li> <li>✓ Para o uso de água deve ser ponderada a qualidade da água, sendo necessário ser fervida. As soluções a serem aplicadas no leito da lesão devem estar aquecidas em 36° C (temperatura corporal basal)</li> <li>✓ A polihexanidabiguanida tem demonstrado melhor performance para limpeza de feridas, em especial as criticamente colonizadas e infectadas. No entanto, estão indicadas clorexidina e cadoximômeriodine, como soluções anti-sépticas em feridas. Estudos recentes demonstram que iodóforos (PVP-I), apesar do efeito citotóxico, não difere de outros anti-sépticos no que se refere a tempo de cicatrização e ação antimicrobiana (VERMEULEN; WESTERBOS; UBBINK, 2010).</li> <li>✓ Nas feridas com cicatrização por segunda intenção ou terceira intenção deve-se realizar a limpeza como descrito anteriormente, e fazer a escolha do curativo ideal de acordo com o tipo de tecido presente (ANVISA, 2013).</li> </ul>
--

**Fonte:** Oliveira e Santos (2008); Nicks; Ayello; WOO; Nitzki-George; Sibbald (2010); Fan; Tang; Escandon; Kisner, (2011); Rodrigues e Silva, (2012); APECIH, 2009; ANVISA, 2013.

#### QUADRO 5. DEFINIÇÃO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA NAS PRINCIPAIS LESÕES TRAUMÁTICAS

Tipo	Definição	Abordagem terapêutica
Abrãso	Lesão superficial em escoriações, decorrente de atrito com superfície áspera	<p>Pela possibilidade de ser dolorosa, deve-se verificar necessidade de analgesia (tópica ou sistêmica) para os seguintes cuidados locais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Limpeza exaustiva com solução fisiológica ou água corrente (exceto mucosas) e agente anti-sépticodegermante (em sujidades visíveis, incoercíveis)</li> <li>-Remoção mecânica de corpos estranhos e debris</li> <li>-Possível tratamento tópico conforme condição de tecido e exsudação para <i>lesões superficiais</i>: gaze não aderente, coberturas de filme ou hidrocolóide fino; para <i>lesões profundas</i>: hidrogel (na ausência de dor), espumas ou alginatos.</li> </ul>
Laceração	Lesão penetrante com bordas irregulares, retalhadas, causadas por forças de cisalhamento ou objeto cortante. Método de classificação de Dukin et al (2003): I - Laceração; II - Laceração ou fragmento com hematoma mínimo e/ou necrose de bordas de pele; III - Laceração ou fragmento com hematoma moderado ou grave e/ou necrose; IV - Lesão com descolamento maior	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Imprescindível a remoção de todos fragmentos e tecidos desvitalizados;</li> <li>-Verificar necessidade aproximação das bordas por sutura (em regiões de movimento como articulações), fitas adesivas ou adesivos teciduais;</li> <li>-Em casos de contaminação grave está contra-indicado o fechamento primário;</li> <li>-Realizar drenagem de hematoma, conforme o caso;</li> <li>-Em laceração II: fita adesiva, bandagens;</li> <li>-Em lacerações III e IV: verificar viabilidade de intervenção cirúrgica;</li> <li>-Tratamento tópico nos casos de fechamento primário, proceder como mencionado para ferida cirúrgica;</li> <li>-Tratamento tópico quando não foi possível fechamento primário, proceder conforme condição da ferida</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Mordeduras</b></p>	<p>Ocorridas por animais ou humanos, favorecendo a ocorrência de infecções</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceder profilaxia anti-rábica, conforme preconizado;</li> <li>- Em mordidas humanas, verificar necessidade de profilaxia para hepatite B e HIV;</li> <li>- Com exceção de regiões como rosto e em grandes perdas teciduais, é contra-indicado fechamento primário;</li> <li>- Realizar limpeza exaustiva com solução fisiológica e/ou água corrente (exceto mucosas) agente anti-séptico/germicide com desbridamento mecânico (se necessário);</li> <li>- Realizar irrigação em túneis</li> <li>- Tratamento tópico nos casos de fechamento primário, proceder como mencionado para ferida cirúrgica;</li> <li>- Em cicatrização por 2ª intenção, proceder conforme condição da ferida (tipo de tecido e exsudato), com curativo semi-oclusivo</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Lesões por fricção</b></p>	<p>Resultante de fricção ou de fricção e cisalhamento. Separação epiderme da derme (parcial) ou da pele de estruturas subjacentes (total). Associada a idade avançada e imobilidade. Sistema de classificação STAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Categoria 1a</b> - retalho possível de realinhamento em posição anatômica preservada, cor da pele/retalho inalterada;</li> <li>- <b>Categoria 1b</b> - idem 1a, mas com cor da pele/retalho pálida ou escurecida;</li> <li>- <b>Categoria 2a</b> - retalho não possível de realinhar, cor da pele/retalho inalterada;</li> <li>- <b>Categoria 2b</b> - idem 2a, mas com cor da pele/retalho pálida ou escurecida;</li> <li>- <b>Categoria 3</b> - retalho ausente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar o sangramento e limpeza com solução fisiológica, usando antisséptico em pele perilesional quando houver sujidade visível;</li> <li>- Realinhar o retalho, quando possível, sem provocar tensão excessiva;</li> <li>- Avaliar o grau de perda tissular e cor do retalho;</li> <li>- Avaliar condições da pele perilesional quanto a fragilidade, edema, equimose (arroxamento);</li> <li>- Reavaliar retalho pálido ou escurecido em 24 a 48 horas, no máximo</li> <li>- As coberturas primárias devem objetivar a manutenção do meio úmido, controle do exsudato, promoção de menos trocas de curativo e evitar aderência da ferida com curativo. Como indicações, estão: combinação de gaze não aderente e fitas adesivas cirúrgicas; bioadesivo cutâneo (etilcianoacrilato, p.e.) em caso de perda tissular superficial, não tensas e pouco sangrantes;</li> <li>- Fixar o curativo com malhas tubulares ou ataduras;</li> <li>- Retirar o curativo no sentido a partir do pedículo (área do retalho aderida a pele);</li> <li>- Proteger a área perilesional com protetores de pele resistentes à água (vaselina, p.e.);</li> <li>- Realizar intervenções de prevenção: abordagem nutricional/hidratação, minimizar riscos ambientais de traumatismos, mobilização adequada do indivíduo, cuidados com a pele (sabonete com pH neutro a ácido leve, evitar banhos quentes e prolongados, hidratação da pele com umectantes)</li> </ul>

**Fonte:** Dealey (2006), Strazzieri-Pulido; Peres; Campanili; Santos (2015), Peres; Strazzieri-Pulido (2012).

**QUADRO 6. CARACTERÍSTICAS, TRATAMENTO TÓPICO E MEDIDAS GERAIS PARA ABORDAGEM DE PESSOAS COM QUEIMADURAS, CONFORME GRAU.**

Graus	Características	Tratamento tópico*	Medidas gerais
<b>Primeiro Grau</b>	Perda de espessura superficial (epiderme) Não há formação de bolhas Hiperemia, dor e edema Restauração em até 7 dias	Hidratante Vaselina estéril	Imediatamente: -interrupção da queimadura -remoção de roupas, adornos e prótese -cobertura da lesão com tecido limpo
<b>Segundo grau</b>	Perda parcial da pele (derme superficial ou profunda) Formação de bolhas ou flictenas Base da bolha rósea, úmida e dolorosa Restauração entre 7 e 21 dias	Alternar: -Antibiótico tópico (sulfadiazina de prata 1% ou coberturas em tela com prata) -Desbridantes tópicos (papaína, colagenase) Verificar necessidade de escarotomia	-manutenção de vias pérvias e estabilidade hemodinâmica Hidratação local e/ou sistêmica conforme o caso Avaliar e manejar dor, conforme esquema de prescrição médica de analgésicos
<b>Terceiro grau</b>	Perda de espessura total da pele Indolor Placa enegrecida ou esbranquiçada Não há re-epitelização --> enxertia	Ver conduta para escarotomia/ fasciotomia Programação de enxertos precoces	Posicionamento: cabeceira elevada, membros superiores elevados e abduzidos Limpeza com água corrente e clorexidina aquosa 2%

\*O tratamento tópico deve objetivar: controle do crescimento bacteriano, remoção de tecido desvitalizado e estimulação do crescimento de queratinócitos.

**Fonte:** Bolgiani e Serra (2010); Brasil (2012).



**QUADRO 7. ETIOLOGIA E CARACTERÍSTICAS DAS ÚLCERAS VASCULARES ASSOCIADAS AO DIABETES MELLITUS, AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO**

Característica	Úlcera venosa	Úlcera arterial	Úlcera associada ao diabetes
<b>Localização</b>	Sobre ou próximo ao maléolo proximal	Artelhos, pés, calcâneo, região lateral da perna	<i>Neuropática:</i> regiões com alta pressão, que suportam peso corporal <i>Isquêmica:</i> pontas dos dedos, bordas das unhas, entre os dedos e laterais do pé <i>Neuroisquêmica:</i> laterais dos pés e em dedos
<b>Aparência da úlcera</b>	Bordas indefinidas, margens rasas, tecidos profundos não afetados	Geralmente profunda, com envolvimento de tendões ou músculos	<i>Neuropática:</i> leito rosáceo ou com tecido de granulação, rodeado de que- ratose <i>Isquêmica:</i> leito pálido, maior quantidade de necrose, atraso na cicatriza- ção <i>Neuroisquêmica:</i> pouco tecido de granulação
<b>Edema</b>	Presente com piora ao final do dia	Ausente ou presente quan- do o paciente está imóvel	Pode coexistir, caso haja comprometimento venoso concomitante
<b>Dor</b>	Intensidade e períodos variáveis, geralmente quando o membro está pendente	Claudicação intermitente Intensa, piora com a eleva- ção do membro, alívio ao manter o membro pendente	<i>Neuropática:</i> perda sensorial <i>Isquêmica:</i> dolorosa <i>Neuroisquêmica:</i> variação dos graus de perda sensorial
<b>Extremidades</b>	Temperatura do membro normal	Frias, cianóticas, pele atrófi- ca, perda de pêlos, diminui- ção ou ausência de pulsação das artérias do pé, unhas quebradiças, perfusão tissui- lar periférica diminuída	<i>Neuropática:</i> pele quente, seca, com fissura, com calosidade espessa <i>Isquêmica:</i> pele fria <i>Neuroisquêmica:</i> pele fria, mínima quantidade de calosidade, risco eleva- do de infecção
<b>Pulsos</b>	Palpáveis	Ausentes ou diminuídos	<i>Neuropática:</i> pulso presente <i>Isquêmica:</i> pulso ausente ou diminuído <i>Neuroisquêmica:</i> pulso ausente ou diminuído
<b>Histórico</b>	Trombose venosa profunda, flebite, veias vari- cosas	Doença vascular periférica, doença cardíaca isquêmica	Diabetes mellitus, necessariamente
<b>ITB</b>	≥ 0,8	≤ 0,8	Conforme o comprometimento arterial

Localização da úlcera  
 Presença de sinais e sintomas de doença venosa  
 - edema, dermatite venosa, hiperpigmentação, veias varicosas, lipodermatoesclerose  
 Avaliação a dor com elevação dos membros, Palpação do pulsos nas duas pernas - pedioso e tibial  
 Avaliação do edema - teste cacifo e circunferência da perna em dois pontos (tornozelo e panturrilha).  
 Avaliação flexibilidade de mobilização da articular do tornozelo  
 Índice Tornozelo-Braquial (ITB):

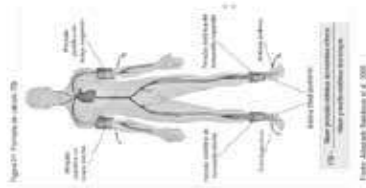


Figura 4 - Locais e forma de verificação do Índice Tornozelo Braço  
 Fonte:

#### Avaliação

O exame dos pés pelo profissional de saúde deve ocorrer periodicamente identificando-se o risco de desenvolvimento de úlcera, e estabelecimento de frequência dos retornos na unidade de saúde, a partir da seguinte categorização:

CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA
0	Neuropatia ausente	1x/ano (AB*)
1	Neuropatia presente	6/6 meses (AB*)
2	Neuropatia presente, sinais de doença vascular periférica e/ou deformidade nos pés	2-3/2-3 meses Avaliar necessidade EE*
3	Amputação/úlcera prévia	Uma vez entre 1-3 meses (EE**)

\*AB - atenção básica \*\*EE - equipe especializada

Deve-se avaliar:

- História de amputação prévia
- Nível de conhecimento prévio sobre cuidado com os pés
- Dor em membros inferiores
- Presença de claudicação intermitente/dor em repouso
- Pulsos periféricos, edema, cor e temperatura da pele
- Índice Tornozelo Braquial (ITB)
- Presença de deformidades e proeminências ósseas
- Calçados (interior e exterior)
- Presença de calo, maceração, eritema, destruição do tecido subcutâneo
- Sensibilidade protetora nos pés ( monofilamento 10g Semmes-Weinstem, diapasão, algodão e martelo neurológico para avaliar reflexo Aquileu)

Localização da úlcera  
 Presença de sinais e sintomas de doenças arteriais:  
 pele seca, ausência de pelos, pele fria, cianose de extremidades.  
 Avaliação da dor à elevação dos membros e claudicação intermitente  
 Palpação do pulsos nas duas pernas - pedioso e tibial  
 ITB




<p><b>Tratamento</b></p>	<p>-Terapia compressiva elástica ou inelástica, associada a terapia tópica</p> <p>-Prática de exercícios físicos - caminhadas e programa de exercícios com as pernas.</p> <p>-Terapia tópica que preze pela:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Limpeza das lesões - com solução antisépticas que promovam a diminuição do biofilme (p. e.: polihexamida biguanida)</li> <li>*Controle do exsudato e odor - usando coberturas conforme disponibilidade, com preferência as que possibilitam menos trocas e tenham prata (para controle do odor)</li> <li>*Desbridamento - todos os métodos, sendo que o instrumental realizado <b>APENAS</b> por enfermeiros especialistas</li> <li>*Abordagem a dor - uso de coberturas primárias não aderentes como gaze de rayon ou películas porosas de celulose; uso de práticas integrativas (p.e.: intervenção musical, imagem guiada), avaliação médica para uso de analgésicos</li> <li>*Abordagem psicoemocional e espiritual - uso de práticas integrativas (por especialistas)</li> <li>*Abordagem sistêmica, conforme avaliação médica (pentoxifilina, antibióticos, corticosteróides)</li> </ul>	<p>-Revascularização do membro inferior.</p> <p>-Medicamentos como anticoagulantes, vasodilatadores, agentes hemorreológicos, antipérmicos, analgésicos.</p>	<p>-Garantir uma irrigação sanguínea adequada (pode ser necessário revascularização).</p> <p>-A pessoa deve ser orientada a parar de fumar, tratar a hipertensão e dislipidemia, manter o controle glicêmico, bem como tratar o edema e a desnutrição.</p> <p>-Tratar infecções e biofilmes locais com coberturas a base de prata, e polihexanidabiguanida mais betaina e infecções profundas, como osteomielite com antibióticos adequados.</p> <p>-Cuidados com as úlceras, deve-se seguir os seguintes princípios gerais.</p>
--------------------------	---	--	--



	<p>-Uso de meias elásticas de alta compressão, com graduação estabelecida conjuntamente ao an-giologista;</p> <p>-Acompanhamento do paciente com úlcera ve-nosa, com reavaliação;</p> <p>-Manter cuidados com a pele (<i>hidratação</i> com cremes a base de uréia e tratar <i>eczema</i> com esteróides tópicos ou bandagens impregnadas com zinco, conforme prescrição médica);</p> <p>-Manutenção do programa de exercícios físicos para as pernas e de exercícios físicos regulares;</p> <p>-Manter hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada, hidratação regular, sono/repouso adequado, evitar excesso de bebida alcoólica, cessar tabagismo, envolvimento social, desen-volvimento de atividades de lazer)</p> <p>-Controlar os fatores de risco de ulceração ve-nosa.</p>	<p>-Controle de hipertensão, diabetes, dislipidemia etc.</p> <p>-Estabelecer exercício gra-duado e programado</p> <p>-Realizar inspeção diária dos dedos e pernas</p> <p>- Eliminação do uso do tabaco</p> <p>- Enfaixamento frouxo</p> <p>- Proteção contra trauma-tismos térmicos, mecânicos e químicos no membro afetado</p> <p>-Controle dietético</p> <p>-Elevação da cabeça da cama em 20 cm</p> <p>-Evitar ou recuperar atrofia muscular</p> <p>-Cuidados com as unhas</p> <p>-Pesquisar e tratar micoses superficiais</p> <p>-Evitar usar esparadrapos sobre a pele</p> <p>-Aplicar creme hidratantes, exceto sobre as zonas inter-digitais</p> <p>-Ter cuidado especial com a higiene e cuidado dos pés</p> <p>-Utilização de calçado con-fortável</p>	<p>-Realizar inspeção diária dos pés, incluindo espaços interdigitais.</p> <p>-Lavar e secar os pés, sobretudo entre os dedos.</p> <p>-Utilizar água com temperatura inferior a 37°C</p> <p>-Não utilizar bolsas de água quente</p> <p>-Evitar andar descalço</p> <p>-Usar meias ao calçar sapatos</p> <p>-Inspeccionar e palpar diariamente o interior dos sapatos</p> <p>-Não utilizar sapatos apertados ou com bordas irregulares e costures desi-guais</p> <p>-Usar cremes hidratantes para a pele seca, evitando o espaço interdigital dos pés</p> <p>-Trocar meias diariamente.</p> <p>-Preferir meias sem costuras</p> <p>-Os calos devem ser removidos pelos profissionais</p> <p>-Informar ao profissional qualquer lesão nos pés</p> <p>-Cortar as unhas retas, sem aprofundar nos cantos (se a pessoa tiver limi-tações de movimentos ou de visão, pedir para familiares ou outra pessoa cortar)</p>
--	---	---	---

**Fonte:** HARAM; RIBU; RUSTOEN (2003); EWMA, (2006); WUWHS (2007, 2008); DOUGHTY; HOLBROOK (2007); CADERNO DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS; CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE O PÉ DIABÉTICO (2007); SEELEY; HARDING (2008); DEALEY (2008); BRASIL (2008<sup>a</sup>); MCKINLEY (2008); CONUEI (2009); KAPP *et al.* (2010); SCOTTIST INTERCOLLEGIATE (2010); AWMA (2011); BROWN (2011); LIZARRAGA, SANZ; MARTOS (2011); SCEMONS, ELSTON (2011); CASEY (2012); GNEAUUPP (2012); LÓPEZ; BOU *et al.* (2012); O' DONNELL JR *et al.* (2014); WOUNDS (2013, 2015). BRASIL (2008b).

**Prevenção**

**QUADRO 8. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO E SUAS RESPECTIVAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: ABORDAGEM DE ENFERMAGEM AOS INDIVÍDUOS**

Sistema Internacional de Classificação das Lesões por Pressão (NPUAP, 2016)		Manejo das úlceras por pressão (DOMANSKY; BORGES, 2012; NPUAP; EPUAP; PPIA, 2014; PEREIRA <i>et al.</i> , 2014; NANDA, 2014; NPUAP, 2016)
Categorias	Definição	Itens para avaliação
<p>Estágio I</p> 	<p>Pele intacta com área localizada de eritema não branqueável. Pode apresentar-se diferente em pele escura. Há mudança de sensibilidade, temperatura e textura.</p>	<p>A avaliação deve ser <b>sistemática</b> e por meio de <b>escalas</b> validadas, preferencialmente. Várias são descritas na literatura, mas destacam-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-para avaliação de risco: Braden, Braden Q (crianças), Waterlow e <i>Risk Assessment Pressure Score</i> (RAPS);</li> <li>-para a avaliação da cicatrização: <i>Pressure Ulcer Scale for Healing</i> (PUSH) que considera área (cm<sup>2</sup>), quantidade de exsudato e tipo de tecido, como parâmetros;</li> <li>-para estabelecimento de diagnóstico de enfermagem: risco de úlcera por pressão (NANDA-I, 2015).</li> </ul>
<p>Categoria II</p> 	<p>Perda parcial da pele com exposição da derme. Tecido subcutâneo não é visível. Leito com tecido viável epitelial. Pode apresentar-se com bolha intacta ou rompida. Comum em área pélvica e calcâneo. Necessária avaliação criteriosa para identificar ocorrência de lesões associadas a umidade (dermatite associada a incontinência) e lesões por fricção (<i>skin tears</i>) ou por adesivos.</p>	<p>A avaliação de risco estabelece-se como importante e determinante na prevenção e no próprio tratamento dessas lesões. O <b>estabelecimento do risco</b> deve ser feito em até 8 horas da admissão do indivíduo e conforme o nível de risco identificado, por meio de protocolo institucional que deve considerar o perfil da população atendida. É imprescindível o registro das avaliações realizadas, com descrição e valor do escore obtido.</p>
		<b>Itens para tratamento</b>
		<p>Segue a descrição dos principais diagnósticos de enfermagem e respectivas recomendações, recomenda-se identificar:</p> <p><i>a) síndrome do déficit do autocuidado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-monitorar e promover higiene corporal especialmente higiene íntima</li> <li>-realizar higiene íntima a cada micção ou evacuação, ou no máximo a cada 6 horas</li> <li>-utilizar sabonete com pH balanceado (levemente acidificado)</li> <li>-evitar banhos quentes e prolongados</li> <li>-limpar a pele sem fricção, evitando toalhas ásperas</li> <li>-utilizar toalhas ou limpadores de pele sem enxágue</li> <li>-evitar lençóis impróprios para redução de umidade</li> <li>-estimular o indivíduo ao autocuidado para alimentar-se, higienizar-se e vestir-se, conforme sua capacidade física</li> </ul> <p><i>b) integridade da pele prejudicada ou risco de integridade da pele ou tissular prejudicados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-monitorar e documentar as condições da pele em intervalos predefinidos (a cada 24 horas ou proporcional ao perfil de risco da população atendida), quanto à: <ul style="list-style-type: none"> <li>*ressecamento, descamação perfusão diminuída, umidade, temperatura alterada</li> <li>*hiperemia reativa ou diagnóstico diferencial de outras</li> </ul> </li> </ul>
<p>Categoria III</p> 	<p>Perda total da pele. Exposição do tecido subcutâneo. Tecido de granulação e necrose podem estar presentes. Não há exposição de estruturas profundas (fáscia muscular, músculo, tendão, ligamento, etc.).</p>	

		<p>lesões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*regiões de pontos de pressão, considerando o decúbito usual do indivíduo</li> <li>*modificação da textura e sensibilidade</li> </ul>
Categoria IV	<p>Perda total de pele e tecido subcutâneo.</p> <p>Exposição de estruturas profundas (fáscia muscular, músculo, etc.).</p> <p>Necessário considerar regiões anatômicas com respectivas espessuras de pele.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-identificar e registrar extremos de idade, uso de fármacos (p.e.:sedativos, vasopressores), circulação prejudicada (edema, isquemia), tabagismo e alterações cognitivas e na sensibilidade</li> <li>-identificar e caracterizar incontinências e dermatite associada a incontinência. Caso identificado, estabelecer (com registro) o diagnóstico de úlcera mista (lesão por pressão e dermatite associada a incontinência), procedendo programa de funcionamento vesical e intestinal, bem como aplicar creme de barreira em regiões inguinal e perianal e protetor cutâneo (aerossol) em áreas de DAI</li> <li>-manter pele hidratada por meio de aplicação de cremes umectantes ao menos 2 vezes/dia, evitando áreas lesionadas</li> <li>-evitar cremes com álcool e/ou perfumados e coloridos</li> </ul>
<p>Categoria Não classificável</p> 	<p>Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado é quando o leito da úlcera está coberta por necrose ou com escara, portanto a verdadeira profundidade da ferida e os tecido afetados não podem ser identificados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>c)integridade tissular prejudicada <ul style="list-style-type: none"> <li>-proceder as intervenções conforme o tecido e exsudato</li> <li>-avaliar e registrar sinais de infecção</li> <li>-avaliar a viabilidade do uso de agentes biofísicos como: estimulação elétrica, agentes eletromagnéticos, radiofrequência pulsátil, fototerapia (laser, Infravermelhos e Luz Ultravioleta), ultrassom, terapia com pressão negativa, hidroterapia, terapia de vibração e oxigenoterapia</li> <li>-avaliar sistematicamente as lesões por meio de escalas (p. e.:PUSH) e evolução descritiva</li> </ul> </li> <li>d)nutrição desequilibrada <ul style="list-style-type: none"> <li>-identificar e registrar extremos de peso, condições de ingesta alimentar, albuminemia, anemia, desidratação e doenças metabólicas</li> <li>-avaliar viabilidade de suporte nutricional com suplemento protéico-calórico</li> </ul> </li> </ul>
<p>Suspeita de lesão tissular</p> 	<p>Pele intacta ou não intacta localizada em área com alteração persistente de cor (vermelho, marrom ou púrpura) e não-branqueável.</p> <p>Dor e mudança de temperatura podem aparecer precedendo a alteração de cor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>e)mobilidade física prejudicada e risco de úlcera por pressão* <ul style="list-style-type: none"> <li>-identificar imobilização prolongada sobre superfície rígida</li> <li>-identificar uso e condições dos dispositivos de assistência à saúde (drenos, cateteres, fios de sutura)</li> <li>-optar por superfícies de suporte com baixo coeficiente de fricção**, como colchões de espuma viscoelástica e adicionais (coxim, almofadas)</li> <li>-optar por sobreposições ativas de pressão alternada e colchões de reposição</li> <li>-utilizar superfície de apoio ativo quando não for possível reposicionamento manual frequente</li> <li>-manter calcâneos flutuantes usando travesseiro debaixo das pernas (região da panturrilha)</li> <li>-utilizar assento de redistribuição de pressão em indivíduos cadeirantes</li> </ul> </li> <li>-não massagear áreas de proeminências ósseas e/ou</li> </ul>
<p>Lesão por pressão relacionada a uso de dispositivo de assistência à saúde</p>	<p>Resultante do uso de dispositivos relacionados ao diagnóstico ou fins terapêuticos.</p> <p>Geralmente apresentam o formato do dispositivo.</p> <p>Deve-se aplicar o sistema de estadiamento.</p>	

<p>Lesão por pressão de mucosa</p>	<p>Lesões em membrana mucosa onde há histórico de uso de dispositivo de assistência à saúde.</p> <p>Características anatômicas do local da lesão podem impossibilitar o estadiamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não massagear áreas de proeminências ósseas e/ou hiperemiadas</li> <li>- realizar o reposicionamento a cada 4h sobre colchão de espuma viscoelástica</li> <li>- utilizar 30° (cabeceira e pernas) quando em decúbito dorsal e posicionamento lateral             <ul style="list-style-type: none"> <li>- manter ângulo máximo de 30° entre trocânter e superfície de apoio, utilizando almofada entre os joelhos</li> </ul> </li> <li>- utilizar posição prona quando possível</li> <li>- evitar elevar cabeceira acima de 30°</li> <li>- na posição sentada, colocar os pés do indivíduo sobre um banquinho ou apoio quando não alcançarem o chão</li> <li>- restringir o tempo de permanência do indivíduo na posição sentada</li> <li>- realizar transferência e reposicionamento por meio de dispositivos auxiliares, sem arrastar</li> <li>- manter lençóis dispostos sem dobras</li> <li>- estimular e orientar cuidadores ao reposicionamento e transferência adequados</li> </ul> <p><i>*considerar a mudança da terminologia após a publicação da taxonomia de diagnósticos NANDA-I (2014).</i></p> <p><i>**quantidade de atrito existente entre duas superfícies</i></p>
------------------------------------	---	--

Fonte: DOMANSKY; BORGES (2012); NPUAP; EPUAP; PPIA (2014); PEREIRA et al. (2014); NANDA (2014);

#### QUADRO 9. SISTEMA DE ESTADIAMENTO DE FERIDAS CUTÂNEAS MALIGNAS

<p><b>Estádio 1:</b> Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático.</p>
<p><b>Estádio 1N:</b> Feridas fechadas ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelização e/ou formação de crateras.</p>
<p><b>Estádio 2:</b> Feridas abertas, envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresentar-se friáveis, sensíveis à manipulação, com secreção ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido exibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo.</p>
<p><b>Estádio 3:</b> Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo. Têm profundidade regular, mas com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. Fétidas, secretivas, já com aspecto vegetativo, mas que não ultrapassam o subcutâneo. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de cor amarelada.</p>
<p><b>Estádio 4:</b> Feridas invadindo profundas estruturas anatômicas. Com profundidade expressiva, por vezes não se visualizam seus limites. Têm secreção abundante, odor fétido e dor. O tecido ao redor exibe coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de cor amarelada.</p>

Fonte: Wolf e Cox (1999).

**QUADRO 10. AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E TRATAMENTO DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS**

Avaliação	Tratamento
Escala Visual Analógica de <b>Dor</b> (EVA) e escalas multidimensionais (INCA, 2009; OLIVEIRA, 2008)	Aplicar analgesia de resgate/SOS conforme prescrição médica; retirar os adesivos cuidadosamente analgesia tópica com lidocaína gel a 2% ou outros anestésicos tópicos; evitar friccionar o leito da ferida; aplicar óxido de zinco (pomada) nas bordas e ao redor da ferida; <i>laser</i> (CAMARÃO, 2012; INCA, 2008; INCA, 2009).
Avaliar a quantidade e tempo de duração do <b>sangramento</b> .	-Realizar compressão no local do sangramento com auxílio de compressas azuis escuras; coberturas não aderentes com base de silicone; hidrogéis; alginatos; gaze embebida em petrolatum e coberturas de espuma (SACRAMENTO; REIS; SIMINO, 2015).
Avaliação do Grau de <b>odor</b>	Limpeza com SF 0,9% e antissepsia com clorexidina degermante. Cobertura primária com gazes embebidas em hidróxido de alumínio, ou sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado envolto em gaze umedecida. Caso não seja eficaz, metronidazol tópico gel à 0,8%. Se houver necessidade, fazer escarotomia em necrose dura e aplicar gel de metronidazol. Em odor grau 3, ver associação do metronidazol sistêmico (endovenoso ou via oral) ao uso tópico (INCA, 2009; CAMARÃO, 2012). Utilizar saquinhos de chá verde como cobertura secundária, aromaterapia tópica com lavanda e melaleuca, e espuma com prata (SACRAMENTO; REIS; SIMINO, 2015; KALEMIKERAKIS et al., 2012).
<b>Exsudato</b> (pequena, média e grande quantidade)	Controle da infecção local e a quantidade de tecido necrótico (CAMARÃO, 2012). Coberturas a base de hidrogéis, e hidrofibras impregnadas com prata e espumas de polietileno e pressão negativa (SACRAMENTO; REIS; SIMINO, 2015).
Intensidade de <b>prurido</b>	Uso de dexametasona pomada a 0,1% local, ou verificar a necessidade de terapia sistêmica, juntamente com a equipe médica (CAMARÃO, 2012).
Extensão, endurecimento da <b>necrose</b>	Papaína em variados, escarificação da mesma pela técnica de quadriculação (considerando os riscos e benefícios) e hidrogel (CAMARÃO, 2012).
Hiperemia <b>perilesional</b>	Proteção da pele peri-lesional com creme de sulfato de zinco nas bordas da perilesão (CAMARÃO, 2012).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Karina Suzuki<sup>1</sup>

Álamo Araújo Belém Pereira<sup>2</sup>

Daniela da Silva Teixeira<sup>3</sup>

Ítalo Seixas Costa<sup>4</sup>

Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro<sup>5</sup>

Silvio José de Queiroz<sup>6</sup>

Patrícia Antunes de Moraes<sup>7</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 422/2012. Normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica.

Resolução COFEN nº 423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.

Resolução COFEN nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>2</sup>Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência e Cardiologia. Enfermeiro do SAMU – Goiânia-Goiás

<sup>3</sup>Enfermeira. Secretária de estado da Saúde de Goiás.

<sup>4</sup>Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da FEN/UFG, Secretária Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás

<sup>6</sup>Enfermeiro. Doutor em Promoção em Saúde. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Enfermeiro do SAMU – Goiânia- Goiás

<sup>7</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretária Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás.

O crescente aumento no número de atendimentos de urgência e emergência no país, gerados pelos “acidentes” de trânsito, violência, e doenças de várias etiologias, sobretudo cardiovasculares, surge a necessidade de prestar um atendimento rápido nos primeiros cuidados a estas vítimas de traumas e males súbitos, com a finalidade de evitar o agravamento do quadro apresentado e/ou morbidades. As situações de emergências exigem intervenções de enfermagem e médica imediatas pelo risco iminente de morte, enquanto que em urgência, existe o risco de morte só que de caráter menos imediatista.

## 1 TRAUMA

### 1.1 Introdução e definição

O trauma é uma das principais causas de mortalidade e de problema de saúde pública no Brasil e no mundo entre jovens de 11 a 44 anos. Caracteriza-se por qualquer evento nocivo que promova lesões decorrentes de liberação ou barreiras físicas ao fluxo normal de energia (afogamentos, quedas, violência interpessoal, autoextermínio, queimaduras, atropelamentos, acidentes automobilísticos e motociclísticos).

Em relação à avaliação da vítima, destacam-se duas etapas, a avaliação primária (inicial) e a secundária (histórico e exame físico detalhado).

**1.1.1 Avaliação primária:** impressão geral. Priorizar ações, avaliar e solucionar os comprometimentos da permeabilidade de vias aéreas (garantir desobstrução após inspeção e utilização da manobra de tração da mandíbula, uso de dispositivos mecânicos, se indicado) e a estabilização da coluna cervical (uso do colar cervical, estabilização manual, protetores laterais), seguida do padrão respiratório (expansão torácica, simetria, frequência e necessidade de O<sub>2</sub>, curativo valvulado), circulatórias (possibilidade de hemorragia interna e externa, sinais de choque: perfusão prejudicada, sudorese, pele fria, sede, taquicardia), alterações neurológicas (nível de consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow) e a exposição da vítima para a investigação de possíveis lesões, prevenindo a hipotermia (ABCDE).

A – Atendimento à Via Aérea e Controle da Coluna Cervical

B – Ventilação

C – Circulação

D – Disfunção Neurológica

E – Exposição e ambiente

#### ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS	RESPOSTA	SCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
<b>TOTAL MÁXIMO</b>	<b>TOTAL MÍNIMO</b>	<b>INTUBAÇÃO</b>
15	3	≤ 8

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017) baseado nas referências consultadas.

**1.1.2 Avaliação secundária:** identificar e tratar lesões não observadas na 1ª avaliação, incluindo a avaliação céfalo-caudal, neurológica, do diâmetro pupilar e fotorreação e aferição de sinais vitais. Evitar o retardo do transporte da vítima, já que a sua avaliação pode ser realizada durante o transporte. Para obtenção do histórico rápido, sugere-se o método **SAMPLA**.

**S** – Sintomas

**A** – Alergias

**M** – Medicações

**P** – Passado médico e antecedente cirúrgico

**L** – Líquido e alimentos

**A** – Ambiente

## 2 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

### 2.1 Introdução e definição

O acidente vascular cerebral (AVC) pode ser definido como um déficit neurológico, geralmente, local, de instalação súbita ou de evolução rápida, sem outra causa aparente que não a vascular. Os tipos de AVC são definidos basicamente em:

- Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos (AVCI): 80-85 % dos casos
- Acidentes Vasculares Cerebrais Hemorrágicos (AVCH): 15-20 % dos casos.

### 2.2 Etiologia

#### 2.2.1 Mecanismos do AVCI:

- Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo;
- Valvulopatias, miocardiopatias, arritmias (mais frequente, fibrilação atrial);
- Hipertensão arterial sistêmica crônica;
- Arterites, estados de hipercoagulabilidade (trombofilias), dissecções arteriais cervicais.

#### 2.2.2 Mecanismos do AVCH:

- Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP): PA, malformações vasculares, aneurismas vasculares e micóticos rotos, distúrbios da coagulação, sangramentos de tumores cerebrais, artrites e drogas.
- Hemorragia subaracnóidea (HSA): ruptura de aneurismas saculares.

### 2.3 Achados clínicos

O tempo de evolução do déficit neurológico é fundamental. Se o início do AVC não pode ser determinado, considera-se a última condição normal da pessoa.

A apresentação clínica depende da região comprometida, de maneira geral pode ocorrer:

- Déficit motor ou sensitivo;
- Alterações de nervos cranianos do tronco encefálico (diplopia, anisocoria, nistagmo, vertigem, disfagia, disartria, afasia);
- Cefaleia;
- Náuseas, vômitos;
- Crises convulsivas (principalmente AVCH lobares);
- Sinais de irritação meníngea (HSA).

### 2.4 Conduta

#### Suporte clínico na fase aguda

- Permeabilidade das vias aéreas. O<sub>2</sub> suplementar se saturação < 95% à oximetria de pulso;

- Nível de consciência: observação periódica à necessidade de mais medidas de suporte;
  - PA: avaliação periódica (pode variar de forma rápida);
  - Hidratação adequada;
  - Correção imediata de distúrbios metabólicos (hiper/hipoglicemia);
  - Correção de hipertermia;
  - Alimentação: dieta oral zero nas primeiras 24 horas;
  - Profilaxia para infecção do trato urinário e pulmonar; úlceras por pressão, Trombose Venosa Profunda (TVP) e Tromboembolismo Pulmonar (TEP);
  - Fisioterapia motora e respiratória precoce, após a estabilização clínica do paciente.
- Tratamentos específicos:** recanalização do vaso ocluído com o uso de trombolíticos (quando indicado), ou procedimentos neurocirúrgicos em alguns casos de AVCH.
- Prevenção e tratamento de complicações neurológicas;
  - Instituição precoce de uma profilaxia secundária baseada no mecanismo fisiopatológico determinante do AVC;
  - Início precoce de reabilitação.

### 3 INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

#### 3.1 Introdução e definição

Intoxicação exógena é causa frequente de admissão hospitalar e, também, de morbimortalidade. A maioria dos pacientes com intoxicação exógena aguda apresenta uma evolução favorável se tratada adequadamente.

Em relação ao agente causal, os medicamentos mais frequentes são: benzodiazepínicos (diazepam®), antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos (haloperidol). Em seguida, produtos de limpeza de uso doméstico e em terceiro lugar, os herbicidas e pesticidas, seguidos por produtos industriais.

#### 3.2 Etiologia e fisiopatologia

Cada tipo de intoxicação tem sua particularidade e seu mecanismo fisiopatológico. Os centros toxicológicos assumem um papel importante em informar o comportamento das substâncias e o manejo do paciente exposto.

#### 3.3 Achados clínicos

É importante realizar uma investigação detalhada com o paciente ou a família acerca de:

- **Medicamentos ingeridos:** nome, dosagem, número de cartelas vazias;
- Solicitar a busca de frascos, líquidos ou de qualquer material suspeito no domicílio;
- Hora e data da ingestão, o mais preciso possível;
- Se a ingestão foi acidental ou intencional;

Os achados da história e do exame físico podem classificar os pacientes em síndromes, o que é importante não só por sugerir a etiologia, mas também para guiar a terapêutica.

**Quadro 1.** Síndromes toxicológicas e causas principais

SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS	SINAIS/ SINTOMAS	CAUSAS
Síndrome anticolinérgica	midríase, agitação, confusão mental, retenção urinária, vasodilatação periférica e hipertensão arterial.	antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos, anti-histamínicos, antiespasmódicos

Síndrome colinérgica	miose, bradicardia, sialorreia, lacrimejamento, diarreia, sudorese, hipertensão arterial, coma e convulsões	carbamatos, fisostgmina, pilocarpina, organofosforados
Síndrome simpatolítica	bradicardia, hipotensão, vômitos e rebaixamento do nível de consciência.	alfa e beta bloqueadores, inibidores dos canais de cálcio, amiodarona/digital
Síndrome adrenérgica	agitação, taquicardia, hipertensão e midríase, dor precordial (infarto agudo do miocárdio), acidente vascular cerebral, rabdomiolise e convulsões	cocaína/anfetaminas, hormônios tireoidianos, inibidores da monoaminoxidase, derivados de ergotaminicos
Síndrome de hipoatividade	rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória.	opióides, benzodiazepínicos, álcool, anticonvulsivantes
Síndrome dissociativa	taquicardia, tremores, hipertensão arterial, hipertermia, euforia, alucinações e desidratação	LSD, ecstasy
Síndrome asfíxiante	dispneia, cefaleia, convulsão, náuseas e vômitos; depressão respiratória, coma, hipotensão, arritmias, edema pulmonar	cianeto, gases, vapores, monóxido de carbono

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017) baseado nas referências consultadas.

### 3.4 Conduta

Avaliação dos sinais vitais, nível de consciência, tamanho da pupila e glicemia capilar. Priorizar os sistemas cardiovascular, respiratório e neurológico. Monitorização cardíaca, ECG, oximetria de pulso e acesso venoso são essenciais.

Princípios gerais: identificar o tóxico, avaliar gravidade do paciente e estabilização clínica, diminuir absorção do tóxico, aumentar eliminação e prevenir reexposição.

- **Lavagem Gástrica:** realizar com no máximo, 1 hora da ingestão, através de sondagem nasogástrica de grosso calibre, doses de 250 ml de soro, com retorno do conteúdo até não haver mais retorno de qualquer substância. **Não realizar sondagem em pacientes com ingestão de substâncias corrosivas.**

## 4 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA (IRpA)

### 4.1 Introdução e definição

A instalação aguda da incapacidade de atender as demandas de oxigenação do organismo pelo sistema respiratório define a Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA).

**Classifica-se** a IRpA em:

- TIPO I ou HIPOXÊMICA ( $PAO_2 < 50$  mmHg) à neoplasias, traumas, infecções, DPOC's, entre outras etiologias;

- TIPO II ou HIPERCÁPNICA ( $PACO_2 > 50$  mmHg) à uso de medicamentos depressores do SNC, aumento da pressão intracraniana, doenças metabólicas, infecções entre outras.

Os achados clínicos mais comuns estão associados às alterações que dependem da etiologia. A assistência de enfermagem, inicialmente, deve ser voltada ao atendimento das necessidades primárias comprometidas pela troca gasosa ineficaz (suporte ventilatório), monitorização cardíaca, oximetria de pulso, exame físico direcionado (ausculta cardíaca, pulmonar, nível de consciência, perfusão tecidual, coloração da pele, anamnese, interpretação de exames complementares como gasometria arterial e raio X de tórax. O suporte ventilatório poderá ser oferecido

com dispositivos de alto fluxo invasivos e não invasivos (máscaras faciais, ventilação mecânica não invasiva e invasiva). O Fluxograma I de atendimento à IRpA está na página 319.

## 5 OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE)

### 5.1 Introdução e definição

Qualquer obstrução da via aérea poderá determinar um padrão respiratório prejudicado, devendo o enfermeiro saber diferenciar uma obstrução grave (total), que necessita de intervenção imediata, de uma obstrução leve (parcial). Os principais sinais e sintomas de OVACE estão associados às alterações do nível de consciência (agitação à sonolência e coma), dificuldade ou ausência de ventilações espontâneas, taquicardia, tosse difícil ou ausente, impossibilidade de falar, palidez cutânea, cianose e o sinal universal de engasgo (mãos envolvendo a região cervical anterior).

Para desobstrução das VAS, utilizam-se métodos manuais como a **manobra de Heimlich** para vítimas conscientes com obstrução grave por corpo estranho e para vítimas inconscientes, é indicada a inclinação da cabeça e elevação da mandíbula (*chin lift*) e, em casos de trauma, tração da mandíbula (*jaw trust*) e dispositivos mecânicos supraglóticos quando capacitados e habilitados. O Fluxograma II de atendimento à OVACE está na página 320.

## 6 SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)

### 6.1 Introdução e definição

Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma manifestação ameaçadora à vida, provocada por uma obstrução permanente ou transitória de uma artéria coronária que reflete um quadro de isquemia miocárdica aguda. Os Fluxogramas III e IV de atendimento à SCA estão na página 321.

As SCA incluem a:

- Angina instável (AI);
- Infarto do miocárdico sem supradesnivelamento do segmento ST;
- Infarto agudo do miocárdio (IAM).

#### SINTOMAS:

<b>Angina instável (AI)</b>	Desconforto torácico normalmente começa no centro ou à esquerda do tórax e, então, se irradia para o braço (especialmente para o dedo mínimo, região ulnar do braço esquerdo), punho, mandíbula, epigástrio, ombro esquerdo ou entre as escápulas. Os sintomas podem iniciar gradualmente ou podem aparecer e desaparecer.
<b>IAM s/ supra</b>	Sinais e sintomas de SCA associada à inversão de onda T, infradesnivelamento do segmento ST ou mesmo ECG normal. No entanto, com elevações significativas de marcadores de lesão cardíaca (CKMB, Troponina).
<b>Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)</b>	Dor ou desconforto no peito que pode irradiar-se para as costas, mandíbula, braço esquerdo e, mais raramente, para o braço direito. A dor costuma ser intensa e prolongada, acompanhada de sensação de peso ou aperto sobre tórax. Menos frequentemente, a dor é localizada no abdome, podendo ser confundida com gastrite ou esofagite de refluxo. Especialmente nos idosos, a falta de ar, pode ser o principal sintoma. Outros sintomas: incluem sudorese, palidez e alteração dos batimentos cardíacos. Nos <b>diabéticos</b> e nos <b>idosos</b> , o infarto pode ser “silencioso”, sem sintomas específicos. Por isso, deve-se estar atento a qualquer mal-estar súbito apresentado por esses pacientes.

**CONDUTA:** estratificação precoce do risco por meio da história, exame físico, ECG, marcador cardíaco. Triagem rápida e obtenção do ECG (12 derivações) diagnóstico até 10 minutos da chegada do paciente no serviço de emergência, dosagem de marcadores de necrose miocárdica, particularmente troponina (T ou I). Resultado disponível dentro de 60 minutos. O teste deve ser repetido 6-9 horas após a avaliação inicial, se a primeira medida não for conclusiva.

**Fonte:** Autores deste protocolo (2017) baseado nas referências consultadas.

#### **CONDUTA INICIAL:**

**MOV:** Monitoração contínua de ECG; **Oxigênio** (cateter nasal de 3 L/min nas primeiras 3 horas e depois caso saturação < 90% ou durante episódio de dor); **Acesso Venoso.**

#### **MONABCH:**

**MORFINA:** sulfato de morfina, 1amp (10 mg) + 8 ml AD ou SF0,9%) – 2 ml a cada 5 min.

**Atenção:** queda na PA, depressão respiratória, náuseas e vômitos, bradicardia, prurido e broncoespasmo.

**Naloxone** 0,4 a 0,8 mg para reverter depressão respiratória.

**OXIGÊNIO:** cateter nasal de 3 L/min nas primeiras 3-6 horas e depois se saturação < 90% ou durante episódio de dor.

**NITRATOS:** nitrato SL (dinitrato de isossorbida 5 mg ou mononitrato de isossorbida 5 mg), desde que não haja contraindicações (infarto de ventrículo direito, uso de Sildenafil ou derivados nas últimas 24 h, hipotensão arterial). Após 5/10 min, realizar novo ECG para avaliar resolução ou manutenção do supradesnível do ST (afastar espasmo)

**Atenção:** observe o aparecimento de **cefaleia, hipotensão, síncope, taquicardia.**

**AAS:** 200 mg por via oral, previamente macerados ou mastigados

**BETABLOQUEADORES:** Fase aguda – Esmolol 50 a 300 mcg/Kg/min EV ou Metoprolol 5 mg até dose máx. 15 mg. Manutenção – Propranolol 20 a 80 mg VO até 8/8 h.

**CLOPIDOGREL:** dose de ataque de 300 mg. Deve ser utilizado de rotina, precocemente, na dose de 75 mg/d, sempre VO.

**Atenção:** Pacientes > 75 anos não devem utilizar dose de ataque. Entretanto, quando se indica estratégia invasiva imediata, pode-se aguardar a definição de anatomia e não necessidade de tratamento cirúrgico para início do clopidogrel.

**HEPARINA NÃO FRACIONADA:** Bolus inicial: 60 U/kg (máximo 5.000 U). b) Infusão inicial: 12 UI/kg/hora (máximo 1000 U/hora), EV; TTP alvo: entre 50-70 seg) é recomendada em caso de **indisponibilidade de fondaparinux ou enoxaparina.**

Fondaparinux - 2,5 mg/dia SC, NA FALTA DESTA utilizar à Enoxeparina 1 mg/Kg SC – 2x/dia;

## **7 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)**

### **7.1 Introdução e definição**

Interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e/ou da respiração. Iniciar as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado. A principal causa no adulto é a fibrilação ventricular (FV), ritmo cardíaco mais comum nos primeiros dois minutos de PCR. Evolui, rapidamente, para assistolia, caso não sejam estabelecidas medidas de Suporte Básico de Vida (SBV). Os Fluxogramas V e VI de atendimento à PCR estão na página 322 e 323.

**Sinais e sintomas:** inconsciência, ausência de movimentos respiratórios, ausência de pulso central palpável.

### Qualidade da RCP

- Comprima com força (5 a 6 cm) e rápido (100 a 120/min) e permita o retorno total do tórax
- Minimizar interrupções nas compressões
- Evitar ventilação excessiva
- Alternar a pessoa que aplica compressão a cada 2 minutos
- Se sem via aérea avançada: 30:2 relação compressão-ventilação
- Se PETCO<sub>2</sub> < 10 mmHg melhorar qualidade RCP
- Se PAD < 20 mmHg melhorar qualidade RCP

### Retorno da Circulação Espontânea (RCE)

- Pulso e pressão arterial
- Aumento abrupto do PETCO<sub>2</sub> (≥ 40 mmHg)
- Monitorização intra-atrial: onda de PA espontânea

### Energia de choque

- **Bifásica:** 120 a 200 J (de acordo com o fabricante); se desconhecida → a máxima energia disponível
- O segundo choque e os subseqüentes devem ser equivalentes, pode-se considerar cargas mais altas
- **Monofásica:** 360J

### Via Aérea Avançada

- Via aérea avançada supraglótica ou Intubação endotraqueal
- Onda de para capnografia para confirmar e monitorar posicionamento do TET
- 10 vent./min com compressões torácicas contínuas

### Terapia Medicamentosa

- Adrenalina EV/IO: 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- Amiodarona EV/IO: 1ª dose: 300 mg em bolus
  - 2ª dose: 150 mg

### Causas reversíveis

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>· Hipovolemia</li><li>· Hipóxia</li><li>· Hidrogênio (acidose)</li><li>· Hipo ou Hipercalemia</li><li>· Hipotermia</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>· Tensão do tórax por pneumotórax</li><li>· Tamponamento cardíaco</li><li>· Toxinas</li><li>· Trombose pulmonar</li><li>· Trombose coronariana</li></ul> |
|--|--|

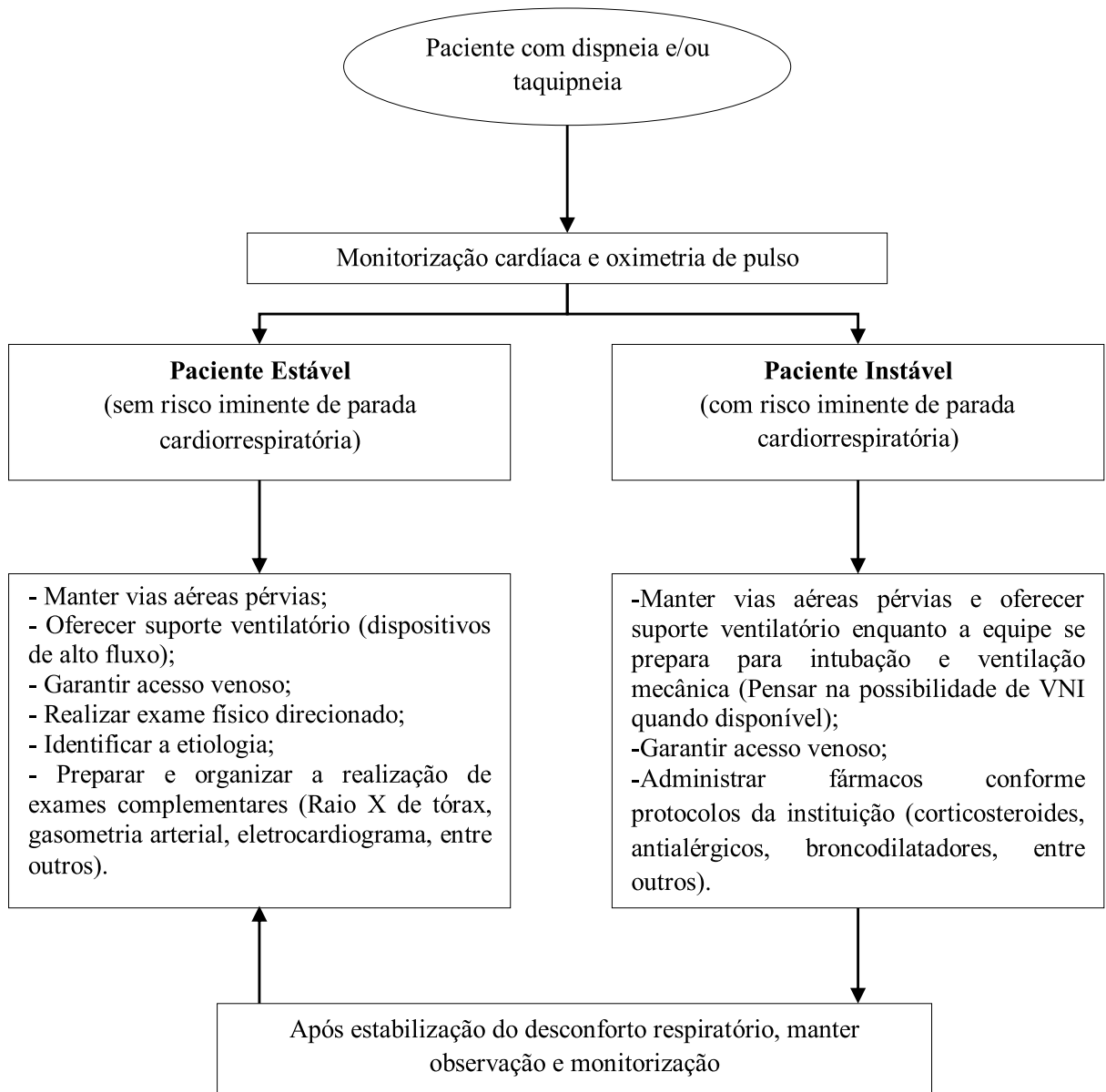
Fonte: AHA (2015).

## REFERÊNCIAS

- ACLS. Algorithms for Advanced Cardiac Life Support 2015. Disponível em: <<https://www.acls.net/aclsalg.htm>>. Acesso em: 08 dez 2017
- AHA. American Heart Association. **Destaques da American Heart Association 2015. Atualização das diretrizes RCP e ACE**, 2015. 33 p.
- HAMM C. W. et al. ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation: The Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes (ACS) in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur. Heart J.**, England, v. 32, n. 23 p. 2999-3054, ago. 2011
- HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda**. Hospital Sírio Libanês. 2013. Disponível em: < <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Documents/protocolo-sca.pdf>>. Acesso em:
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) – Atualização 2013/2014. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 3, supl. 1, mar. 2014.
- MARTINS. H. S. et al. **Emergências clínicas: abordagem prática**. 11. ed. Manole: São Paulo, 2016.
- \_\_\_\_\_. **Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. 3.. ed. Manole: São Paulo, 2012.
- NAEMT. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, PHTLS/ NAEMT. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011
- PIRES, M. T. et al. **Manual de urgências em pronto-socorro**. 10. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2014.



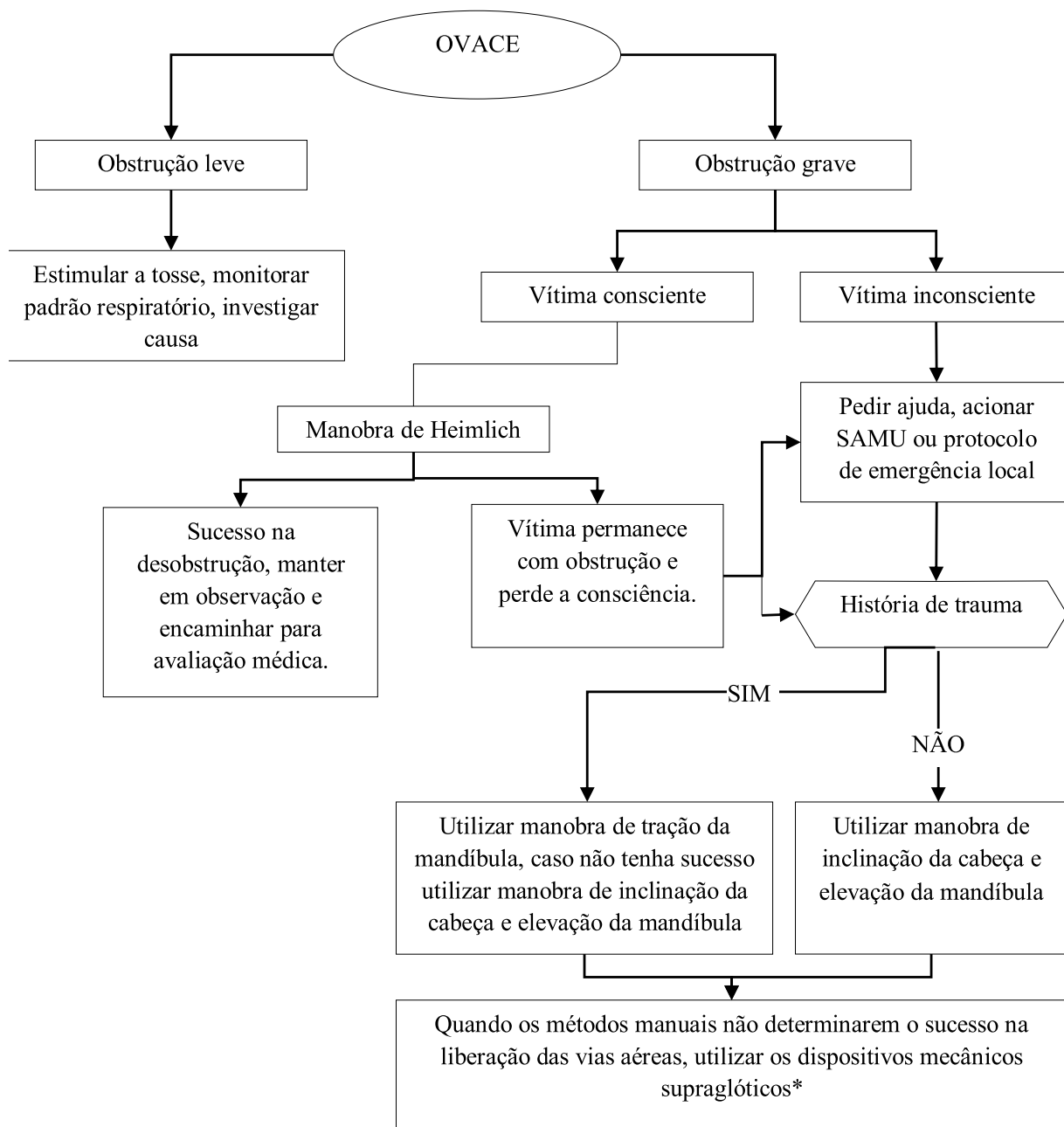
## FLUXOGRAMA I – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA (IRPA)



Atenção para a suplementação de O<sub>2</sub> em pacientes com história de DPOC, recomenda-

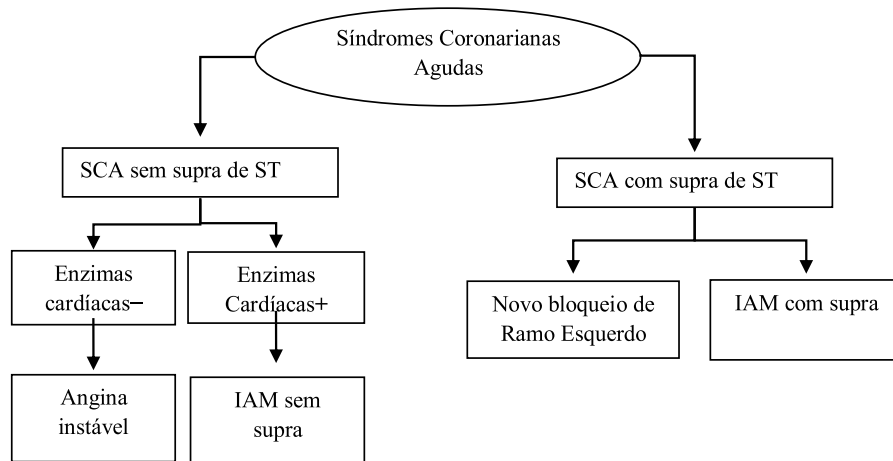
Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

FLUXOGRAMA II – OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE)



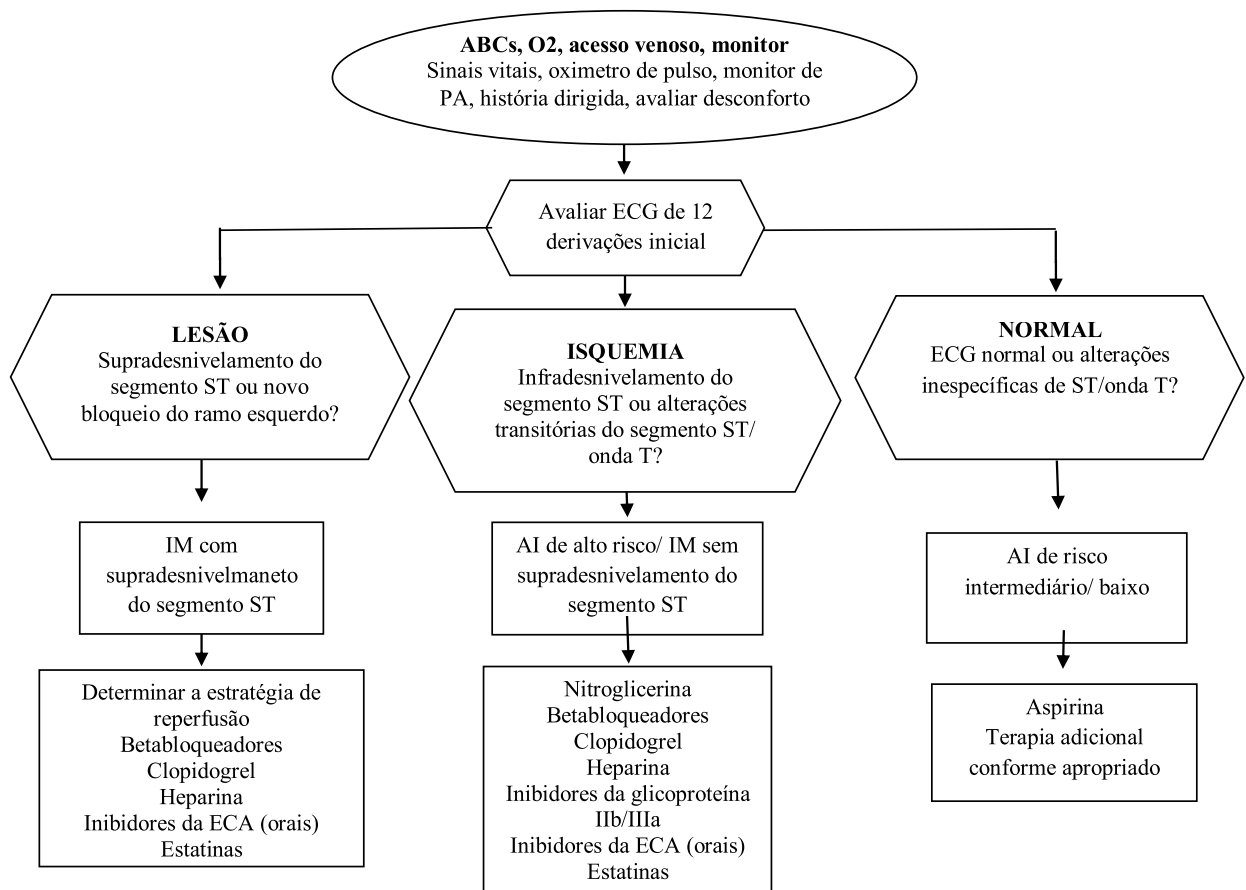
\*“Os principais dispositivos mecânicos supraglóticos são cânula orofaríngea, nasofaríngea, máscara laríngea.  
 Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

### FLUXOGRAMA III – SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)



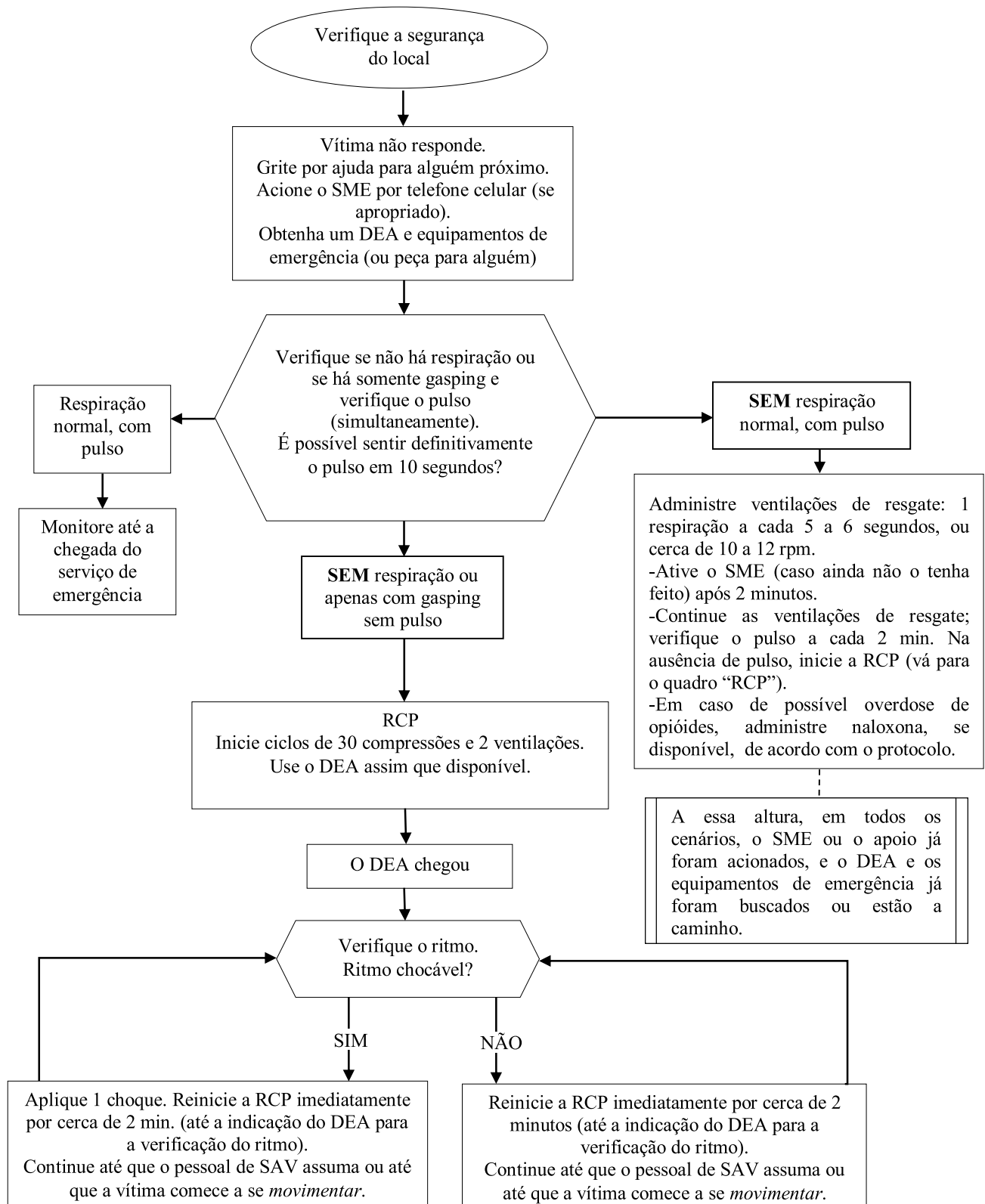
Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

### FLUXOGRAMA IV – ALGORITMO - SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)



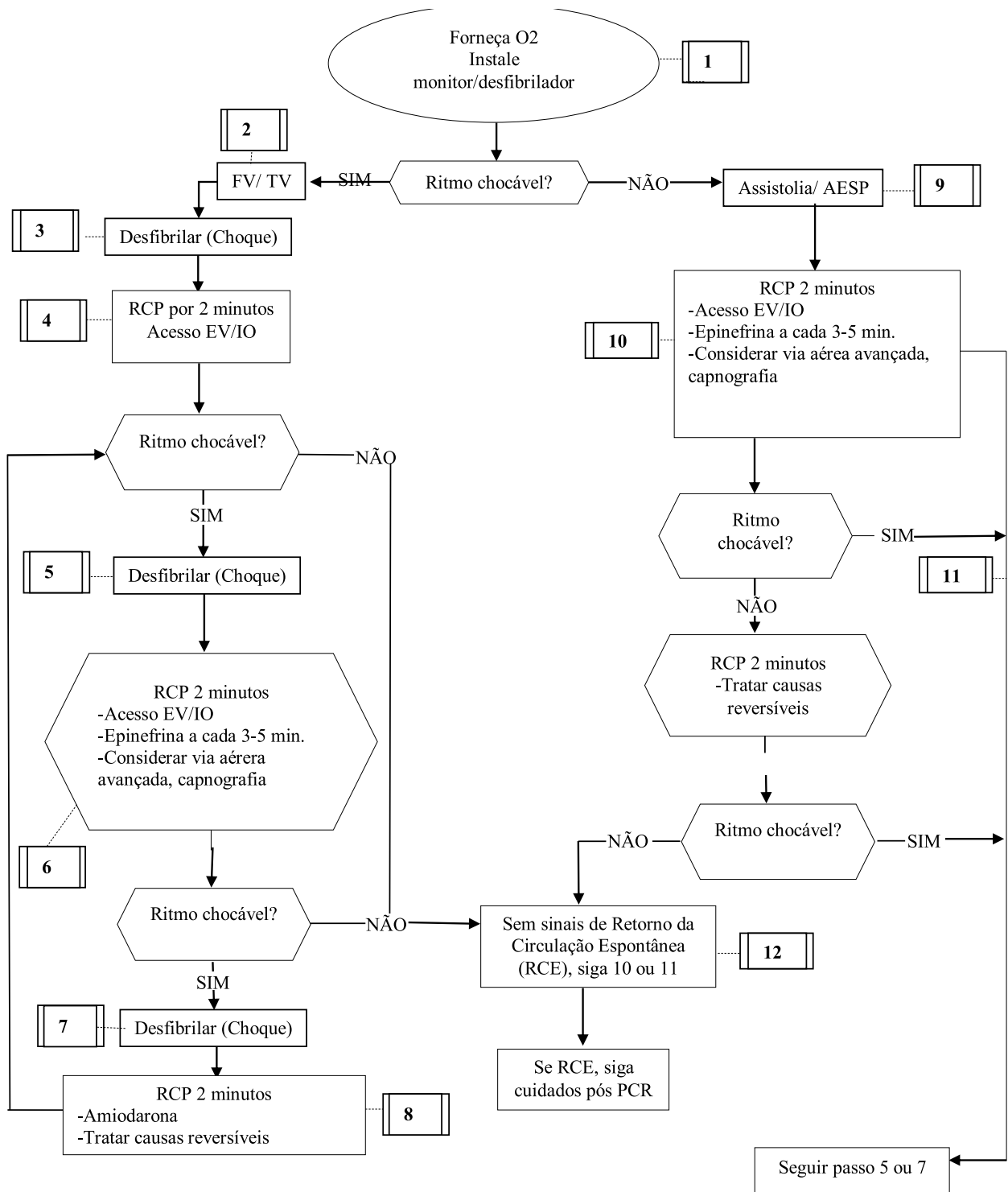
Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

FLUXOGRAMA V - ALGORITMO RCP EM ADULTOS PARA PROFISSIONAIS DASAÚDE DE SBV



Fonte: AHA (2015).

## FLUXOGRAMA VI - SEQUÊNCIA PARA RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR



Fonte: ACLS (2015).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

Thays Angélica de Pinho Santos<sup>1</sup>

Acilda Weirich<sup>2</sup>

Ana Claudia Nascimento de Souza<sup>3</sup>

Debora Divina<sup>4</sup>

Laidilce Teles Zatta<sup>5</sup>

Vanessa da Silva Carvalho Vila<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 270/2002. Aprova a Regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – HOME CARE.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na Atenção Domiciliar.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## 1. INTRODUÇÃO

No mundo inteiro, as populações estão envelhecendo e enfrentando condições crônicas que representam uma ameaça para o desenvolvimento econômico e social dos países, independentemente do seu status econômico (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002; WHO, 2014; ABEGUNDE et al., 2007). A carga dos cuidados relacionada às condições crônicas é um dos maiores desafios globais para os sistemas de saúde pública (WHO, 2014; NUÑO

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Doutoranda, Instituto Federal de Goiás (IFG/GO).

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista, Centro Brasileiro de Radioterapia, Oncologia e Mastologia.

<sup>3</sup>Enfermeira, Mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.

<sup>4</sup>Enfermeira. Capta Med Cuidados Continuados.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestre, Doutoranda, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO).

et al., 2012). Essa realidade tende a ser melhor em países com uma forte infraestrutura na atenção primária (SCHOEN et al., 2009).

A continuidade e o processo de transição do cuidado, entre os diferentes níveis de atenção a saúde e o ambiente sociocultural, vivenciado pelas pessoas, é reconhecida como uma variável-chave para a qualidade, eficácia e a segurança no enfrentamento das condições crônicas (COLEMAN; BERENSON, 2004; WHO, 2005).

Entre as estratégias que fortalecem a continuidade do cuidado estão os modelos de Atenção Domiciliar, que devem ser organizados de modo integrado e também assegurar a continuidade do cuidado, envolvendo intervenções centradas nas pessoas (indivíduo, família e comunidade), nos diferentes cenários de produção do cuidado (hospitais, ambulatoriais, clínicas de reabilitação, instituições de longa permanência, unidades de cuidados paliativos, Atenção Domiciliar, e cuidado familiar), por meio da atuação de profissionais de saúde que trabalhem de modo integrado. Isto significa que os cuidados de saúde se estendem para além dos muros dos serviços de saúde e devem englobar o contexto domiciliar e comunitário (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002; NUÑO et al., 2012; WHO, 2005; WHO, 2002).

O Serviço de Atenção Domiciliar, com o Programa Melhor em Casa (PMC) apresenta seu arcabouço legal sustentado nas Portarias Ministeriais nº 825/2016, nº 963/2013, nº 1208/2013 e nº 1663/2012. Mediante redefinição pela Portaria nº 963, trata-se “serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)” (BRASIL, 2013).

Este cenário envolve conceitos sobre Atenção domiciliar, Internação domiciliar, Visita domiciliar e Atendimento domiciliar. O primeiro se refere à prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, com a execução de atividades assistenciais, preventivas e educativas. O segundo, Internação domiciliar, consiste na atividade continuada, nos cuidados integrais e em uma equipe especializada, acompanhados da oferta de tecnologia, de recursos humanos e de equipamentos, para pacientes em estados mais complexos. O terceiro, Visita domiciliar, refere-se ao atendimento de profissionais com uma equipe no território adscrito (LACERDA et al., 2006). O último, Atendimento domiciliar, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), envolve um “conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.” Trata-se de ações preventivas, promocionais, reabilitadoras e paliativas, que enfatizam a autonomia do paciente/cuidador ao realçar habilidades no seu próprio ambiente, intimamente atreladas ao processo de educação em saúde (BRASIL, 2006).

A Assistência domiciliar está vinculada a uma tendência mundial, caracterizando-se como um reflexo da transição demográfica e epidemiológica. De acordo com Boas (2015), esta concretiza-se como uma das alternativas para internação hospitalar, devido ao potencial de inovação do modelo técnico-assistencial vigente, consubstanciando na integralidade e continuidade do cuidado. E ainda repercute na qualidade e humanização da assistência; no trabalho em equipe voltado para a clínica ampliada; no desenvolvimento de vínculo e participação efetiva dos cuidadores e famílias na produção de projetos terapêuticos singulares; na redução de internações e reinternações; na liberação de leitos hospitalares e na diminuição de custos na assistência.

No Brasil, o cuidado domiciliar é a interface entre a Unidade Básica de Saúde e a rede hospitalar, implementando a terapia no próprio domicílio e quando necessário, nos locais para cuidados de atenção primária. Uma pesquisa realizada por Santos et al. (2010) mostrou que os gastos com o cuidado domiciliar equivalem a cerca de 1/3 dos custos dispensados com a internação hospitalar.

No Brasil, a promoção da Atenção domiciliar tem como objetivo promover e acelerar o processo de desospitalização, por meio de ações que favoreçam o cuidado continuado no domicílio. Essa modalidade de atenção à saúde é caracterizada como “um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada as Redes de Atenção a Saúde” (BRASIL, 2011).

O modelo brasileiro de Atenção Domiciliar à saúde envolve elementos relacionados a modalidade de atenção substitutiva ou complementar, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, continuidade do cuidado e integração das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Os benefícios esperados dessa modalidade de atenção à saúde são: redução dos custos para o sistema



de saúde, diminuição das reinternações desnecessárias, assim como o estabelecimento de ações com foco no autocuidado e autogerenciamento da saúde e adaptação às necessidades de cuidados frente às condições crônicas (COLEMAN; BERENSON, 2004a; COLEMAN et al., 2006; COLEMAN; BOULT, 2003).

O presente protocolo tem como objetivo apresentar como a Atenção Domiciliar deverá ser operacionalizada na Atenção Primária à Saúde do Estado de Goiás.

## 2. PORTA DE ENTRADA

Uma das maiores prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecidas ao paciente é a garantia de acesso aos serviços, insumos e equipamentos de saúde necessários ao seu cuidado. Na Atenção Domiciliar, não deve ser diferente. A efetiva comunicação com os serviços de saúde da rede é essencial para o sucesso da Atenção Domiciliar, por isso a necessidade de que os protocolos e fluxos sejam previamente pactuados, incluindo a definição clara dos critérios de elegibilidade dos pacientes para a Atenção Domiciliar (AD) e sua classificação em uma das três modalidades – AD1, AD2 e AD3.

A solicitação que dispara a inclusão dos pacientes na Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3) pode ter por origem: hospitais (unidades de urgência e emergência; de internação; de terapia intensiva; intermediárias), Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades de pronto-atendimento, especialidades e referências (ambulatórios, consultórios), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), requerimentos (ex. demandas judiciais), ou por iniciativa e necessidade do paciente, familiares e vizinhos (demanda espontânea), conforme Fluxograma I (p. 333).

## 3. PERFIL DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

Conforme o art. 21 da Portaria nº 963 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, 2016), a modalidade AD1 destina-se aos usuários que:

I. Possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II. Necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III. Não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria. Sendo que,

§1º A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

§2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

§3º Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão instalados e armazenados na estrutura física das próprias UBS.

A modalidade AD2, de acordo com o art. 22 (BRASIL, 2013, 2016), destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

§1º A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas:

I. Demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II. Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III. Necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV. Adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

- V. Adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;
- VI. Adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;
- VII. Acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- VIII. Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- IX. Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- X. Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- XI. Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
- XII. Necessidade de cuidados paliativos;
- XIII. Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea; ou
- XIV. Necessidade de fisioterapia semanal.

§2º Na modalidade AD2, será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

A modalidade AD3, art. 23 (BRASIL, 2013, 2016), destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

§1º Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique:

I. Existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e

II. Necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) Suporte Ventilatório não invasivo:

i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);

ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) Diálise peritoneal;

c) Paracentese.

§2º Na modalidade AD3 será garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

## 4. IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR

É indispensável que a família do usuário participe ativamente de todo o processo de acolhimento, admissão e cuidado desenvolvido pela equipe de Atenção Domiciliar. Dentro desse processo um personagem importante para que tudo funcione é o cuidador. Todo usuário que preencher os requisitos para ser atendido pela equipe de Atenção Domiciliar deve contar com um cuidador responsável pelo seu cuidado (BRASIL, 2012).

O cuidador deverá ser designado pela família do usuário, sendo que não é necessário que este pertença ao seu grupo familiar, ou exerça alguma profissão na área da saúde. Sugere-se que o cuidador tenha mais de 18 anos, tenha condições físicas e mentais favoráveis à realização do cuidado, apresente ainda características, tais como habilidades de comunicação, facilidade para aprender, bem como saber ler e escrever para facilitar o cuidado relacionado às prescrições de cuidados e medicamentos. Ressalta-se que, como não há nenhuma determinação do Ministério da Saúde acerca do perfil exato do cuidador, é importante que cada Serviço de Atenção Domiciliar indique através de portaria ou norma interna, quais características o cuidador deve apresentar para facilitar o processo de admissão e acompanhamento ao usuário e à família.

O cuidador deve ser o elo de comunicação entre os familiares do usuário ou até mesmo entre o usuário e a equipe. Ele deve ser capaz de realizar os seguintes cuidados rotineiros com o usuário: banho no leito/higiene; aspiração de via aérea superior; curativo; cuidado com dieta enteral; mudança de decúbito; administração de medicação por via oral, ocular, otológica, sonda nasoenteral, gastrostomia e cutânea; cuidados com sondagem; cuidados com colostomia, dentre outros. No entanto, para que essas tarefas sejam realizadas com sucesso, é

necessário que a equipe e o cuidador estejam alinhados (através de prescrições claras com aprazamento e treinamentos específicos) (BRASIL, 2013).

A equipe de Atenção Domiciliar deve estar atenta ao desempenho do cuidador na realização dos cuidados fornecendo orientações e treinamentos continuamente, e ainda ser uma escuta ativa nos momentos em que o cuidador encontre dificuldades no manejo das ações. Pontua-se que o cuidador está sujeito a uma gama de estressores, como a sobrecarga de tarefas e de responsabilidades, o que torna essencial o acompanhamento de perto pela equipe de Atenção Domiciliar (STACKFLETH et al., ANO; FLORIANO et al., 2012).

## 5. PROTOCOLO DE ADMISSÃO NO SAD

Outro aspecto essencial, e que dá “materialidade” à construção dos fluxos, é a definição dos protocolos assistenciais, que devem estar atrelados à existência de princípios, diretrizes e parâmetros partilhados entre todos os pontos de atenção (incluindo a Central de Regulação e a Regulação do SAMU). Isso é fundamental para que as condutas sejam uniformizadas, além de propiciar a avaliação do processo de funcionamento em rede e da eventual necessidade de realização de novas estratégias.

Para admissão no SAD, é necessária a apresentação de, no mínimo, três documentos: cópia do Registro Geral (RG); cópia do comprovante de endereço e relatório clínico com informações básicas e indispensáveis à continuidade do cuidado ao paciente; dados de identificação, quadro clínico, descrição de todas as necessidades de insumos (equipamentos, sondagens, curativos, entre outros) e medicamentos a serem utilizados no domicílio; estado saúde/doença, exames realizados, intercorrências, identificação e contato do demandante, entre outras necessidades específicas de cada paciente (como as de ordem social).

O paciente e/ou a família sempre deverão ser bem informados e consultados a respeito da possibilidade de Atenção Domiciliar, como continuidade do cuidado ao paciente após a alta hospitalar ou a partir de um serviço de urgência e emergência. Quando há acordo entre paciente e/ou família e profissionais de saúde, dentro do possível e dependendo das necessidades do usuário, a equipe do SAD fará visita prévia no domicílio (visita de ambiência), com a finalidade de verificar suas condições e a capacidade dos familiares em assumir os cuidados domiciliares, realizando explicações e orientações pertinentes.

## 6. CUIDADOS PALIATIVOS

O término de uma terapia curativa para o câncer não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes e propõe que “muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo” e são aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. “A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente” (INCA, 2016).

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável, tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura ou remissão, e isso é compartilhado com o doente e sua família de maneira otimista. Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição mesmo durante o tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve entrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença.

Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se impõe por meio de seus procedimentos, para garantir qualidade de vida.

## Os princípios dos Cuidados Paliativos são:

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas;
- Reafirmar vida e a morte como processos naturais;
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte;
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo paliativo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessário um diagnóstico precoce e condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente (INCA, 2016).

## 7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE X EDUCAÇÃO PERMANENTE

Quando uma pessoa se encontra em uma situação de dependência, como acontece com os usuários do Serviço de Atenção Domiciliar, existe uma mudança importante em todo o contexto familiar e nas relações que são construídas a partir daí. Sentimentos como sofrimento pela sobrecarga de atividades, medo, insegurança e, por vezes, raiva e tristeza, podem ser facilmente detectados no contexto familiar e também no cuidador do usuário acamado (FREITAS et al., 2011).

Frente a todas essas mudanças e diante da insegurança que isso proporciona a todos os envolvidos, é pertinente a realização de atividades de suporte a esse núcleo familiar. A partir das demandas destacadas em cada núcleo familiar, a equipe de Atenção Domiciliar deverá traçar também um esquema de atividades ou ações para dar suporte a essas famílias e/ou cuidadores.

Dentre as atividades que podem ser desenvolvidas destacam-se, por exemplo, grupos de cadeirantes, grupos de apoio aos cuidadores e, posteriormente ao processo de acompanhamento do usuário, os grupos pós-óbito. A definição das atividades a serem desenvolvidas deverá partir das demandas existentes, seja pela equipe que observa e avalia determinadas situações, ou ainda demanda relatada pelos próprios cuidadores e familiares. A determinação dos temas a serem abordados, bem como a frequência da realização das atividades, deverá ser definida conjuntamente.

### *Educação Permanente*

Do mesmo modo, diante das diferentes demandas e realidades as quais os profissionais estão submetidos, é necessário que se faça abordagens relacionadas a aspectos do cuidado junto aos mesmos especialistas que lidam com as mais diversas situações no domicílio. O levantamento de temas e a periodicidade devem seguir a partir da vivência do profissional, bem como da realidade na qual ele se insere. As estratégias de enfrentamento do luto pelos profissionais de saúde ou ainda as atividades que são realizadas após a identificação do óbito pela equipe de Atenção Domiciliar (atestado de óbito, orientações à família etc.), são um exemplo.

Para tanto, é fundamental que desde a admissão e definição do planejamento terapêutico singular, os

diferentes profissionais da equipe definam temas e/ou assuntos que se façam necessários no balizamento dos conhecimentos transmitidos para cada usuário admitido no serviço.

## 8. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NO SAD

A SAE é regulamentada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), e possui um método de trabalho organizado, com abordagem científica e referencial teórico, que possibilita a oferta de melhor atendimento às necessidades de cuidado do indivíduo, da família e da comunidade. E entre as suas abordagens, há o Processo de Enfermagem (PE) (SILVA; MOREIRA, 2011).

Como instrumento de trabalho, o Processo de Enfermagem pode ser aplicado em todas as áreas assistenciais, inclusive no atendimento domiciliar. A Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS, é garantida por meio do PMC, que é integrado com o programa SOS Emergências e inserido na Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2013a).

Neste sentido, a SAE auxilia na identificação dos cuidados necessários aos usuários/familiares, na articulação e negociação entre os demais profissionais da equipe e no desenvolvimento de uma prática centrada nas pessoas e não apenas nas tarefas. Viabiliza uma assistência com objetivação, qualificação e humanização, detectando suas necessidades e promovendo conforto e qualidade de vida, em tempo hábil, e por vezes, qualidade de morte (SILVA; MOREIRA, 2011).

É necessário um cuidado interativo, complementar e interdisciplinar, favorecido por meio da implantação da SAE e PE, que se aplica como estrutura dinâmica, flexível e que integra saberes disciplinares que veem o ser humano como ser complexo (SILVA; MOREIRA, 2010).

## REFERÊNCIAS

- ABEGUNDE, D.O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 370, ed. 9603, p. 1929-1938, 2007.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução rdc nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. \_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208\\_18\\_06\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html)>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>>.
- BOAS, M. L. C. V.; SHIMIZU, H. E. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 32-40, fev. 2015.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da

Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem 2009. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 20 mar. 2015.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, Nova Iorque, v. 51, n. 4, p. 556-557, abr. 2003.

\_\_\_\_\_.; BERENSON, R. A. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. **Annals of Internal Medicine**, Filadélfia, v. 141, n. 7, p. 533-536, out. 2004.

\_\_\_\_\_. et al. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, n. 17, p. 1822-1828, set. 2006.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-548, jul./set. 2012.

FREITAS, I. B.; MENEGHEL, S. N.; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de Atenção Domiciliar ao acamado em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 301-310, jan. 2011.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados Paliativos. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos)>. Acesso em: 6 set. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Living Well With Chronic Illness: A Call for Public Health Action**. Washington (DC): National Academies Press; 2002. 331 p.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, ago. 2006.

NUÑO, R. et al. Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCC Framework. **Health Policy**, Amsterdam, v. 105, n. 1, p. 55-64, abr. 2012.

SANTOS, L. R.; LEON, C. G. R. M. P. de; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 855-863, 2011.

SCHOEN C. et al. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. **Health Affairs**, v. 28, n. 1, p. 1-16, 2009

SILVA M. M.; MOREIRA M. C. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 483-490, 2010. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7274>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011.

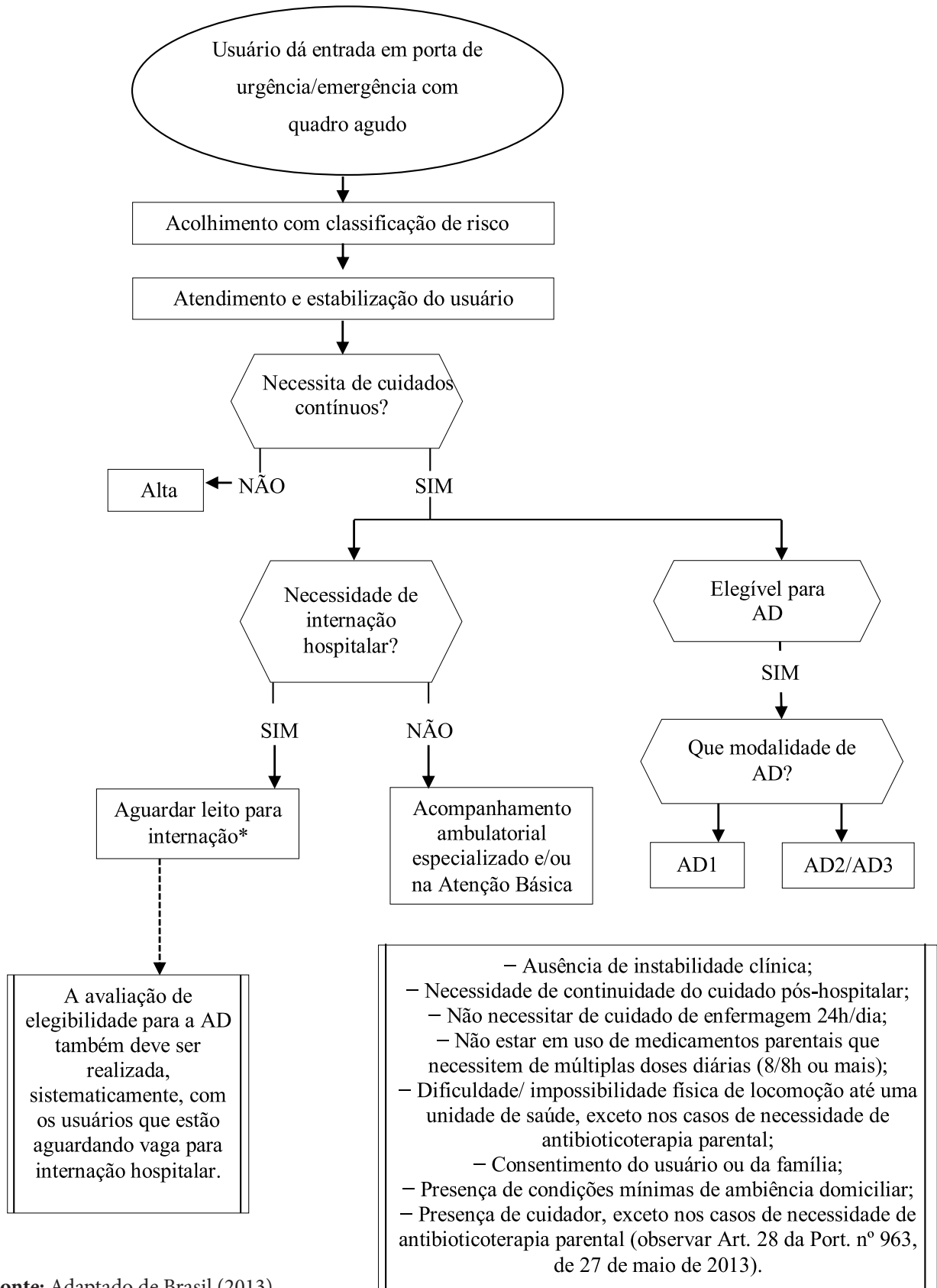
STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012.

WHO. World Health Organization. **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action a global report**. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2002. 99 p.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Dept. of Chronic Diseases and Health Promotion. **Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2005. 58 p.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2014.

## FLUXOGRAMA I – DIRECIONAMENTO DO PACIENTE PARA ATENÇÃO DOMICILIAR



Fonte: Adaptado de Brasil (2013).





# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DE GRUPOS SOCIAIS VULNERÁVEIS

Marcos André de Matos<sup>1</sup>

Márcia Maria de Souza<sup>2</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

## 1 Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe um atendimento integral a indivíduos e coletividade de forma impactar a situação de saúde e autonomia dos indivíduos considerando seus fatores condicionantes. Por conseguinte, abarcam ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação, minimização de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2011). Na última versão da PNAB, devido à dimensão continental do Brasil e as particularidades de alguns seguimentos sociais específicos, verificou-se, pela primeira vez, o reconhecimento das populações vulneráveis, sendo assim recomendada uma atenção individualizada a estes grupos populacionais emergentes (BRASIL, 2012).

Contudo, atender os indivíduos vulneráveis constitui um desafio tanto para a gestão pública quanto para os profissionais de saúde, pela complexidade do conceito de vulnerabilidade na área da saúde, pelas implicações na prática clínica e, em especial, pela ruptura de ideias preconcebidas de um modelo biopolítico que ainda converge à exclusão, isolamento e violação dos direitos humanos básicos; situações inaceitáveis na nossa realidade atual (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Assim, considerando que se pretende, com este protocolo, produzir conhecimento capaz de sistematizar o cuidado aos segmentos vulneráveis na Atenção Básica (AB), delegando a responsabilidade aos diferentes setores da sociedade e da gestão pública, por meio da multidisciplinaridade, intersectorialidade e controle social, optamos assim, por utilizar o conceito de vulnerabilidade numa visão que extrapola o conceito de risco, tradicionalmente empregado no campo da epidemiologia (BERTOLOZZI et al., 2009; NICHATA et al., 2008). Desse modo, utilizou-se como marco conceitual nesse documento, a vulnerabilidade como chances de suscetibilidade de

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em ciências da saúde. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

peças de grupos específicos, decorrentes da exposição a agentes deletérios ou protetores que desencadeiam problemas e danos à saúde (NICHATA, et al., 2008).

Numa dimensão mais ampla, esse conceito visa atender aos aspectos legais e éticos respaldados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), bem como na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87. Resoluções do COFEN 195/1997; 317/2007 e 358/2009 e Parecer COFEN 17/2010, assim como nas políticas específicas de cada grupo social aqui abordado.

Como o enfermeiro desempenha um papel articulador na AB, espera-se que este documento, enquanto ferramenta da sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), contribua para o exercício da equidade e maior garantia de acolhimento, acesso e atenção à saúde de qualidade para indivíduos carentes de atenção à saúde, como é o caso dos indivíduos em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, população LGBT, e profissionais do sexo.

## **Desenvolvimento da temática**

Nas últimas décadas verificou-se um aumento expressivo e importante no interesse em compreender a vulnerabilidade em saúde. Na enfermagem, o conceito está relacionado, intrinsecamente, à saúde e aos problemas de saúde, considerando que os indivíduos e grupos sociais vulneráveis possuem habilidades de enfrentamento de suas necessidades. Assim, incluir a vulnerabilidade como referencial teórico para o cuidado de enfermagem possui implicações na saúde daqueles que estão vulneráveis e, conseqüentemente, contribui para diminuir a ruptura da equidade e da justiça social vivenciada rotineiramente por estes indivíduos (SOUZA et al., 2011).

Como a vulnerabilidade expressa os potenciais fatores condicionantes de saúde e doença, bem como de enfrentamento, deve-se ponderar que ela é resultante de um arcabouço de aspectos individuais e coletivos, conforme o contexto no qual o (s) sujeito (s) se encontra, sendo, portanto, parte da interação das dimensões individuais, sociais e programáticas. A vulnerabilidade individual é acarretada por condições cognitivas, comportamentais e sociais que oportunistam a saúde ou problemas. Já a social está relacionada à combinação dos aspectos sociopolíticos e culturais e, por fim, a programática integra-se a existência de estratégias sistemáticas para o enfrentamento da problemática (TRINDADE et al., 2015).

De acordo com o IBGE (2016), embora haja na grande maioria dos municípios do país serviços de atenção social e à saúde, verificam-se deficiências no atendimento às populações vulneráveis. Portanto, é premente a elaboração de estratégias específicas que atendam às necessidades desses indivíduos susceptíveis em função de atributos econômico-sociais ou histórico-políticos e culturais.

Nesse sentido, os profissionais envolvidos na Atenção Básica devem primar, também, pela identificação dos grupos vulneráveis de sua área adstrita, os fatores condicionantes desta vulnerabilidade e idealizar práticas de atuação setoriais ou intersetoriais que busquem o cuidado equânime a estes indivíduos. Acreditamos que a territorialização deve ser uma metodologia fortemente utilizada e encorajada visto que pressupõe o reconhecimento, mapeamento e esquadramento do território e de sua coletividade, sendo uma importante ferramenta da SAE para atender os grupos sociais vulneráveis (Fluxograma I, p. 340).

Assim, cabe a toda área do conhecimento e assistência à saúde debater de forma transversal, considerando os determinantes multifatoriais e o processo de vulnerabilidade para garantir uma atenção respaldada na integralidade, equidade e resolubilidade desses indivíduos, com foco constante na territorialização.

## **Atendimento de enfermagem a populações vulneráveis nas Unidades Básicas de Saúde**

O atendimento aos grupos sociais vulneráveis deve ser igualmente ao de todos os indivíduos, ponderando que se deve partir da premissa de que todo cidadão tenha igualdade de oportunidades de alcançar seu potencial de saúde, fato não observado nos grupos vulneráveis (AITH; SCALCO, 2015). Desse modo, é fundamental que o cuidado seja, profundamente, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade da assistência, acessibilidade, estabelecimento de vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização,

participação social, e para esses grupos sociais, em particular, a equidade. Nesse sentido, com referencial do Código Deontológico de Enfermagem, apresentamos no Quadro 1 (p. 345) ações de enfermagem sistemáticas e inter-relacionadas a serem abordadas junto aos grupos em situação de maior vulnerabilidade.

Compreendendo que a Atenção Básica deve ser o contato inicial dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde, e que a enfermagem efetiva-se na prestação de cuidados à pessoa, família e coletividade, nos seus diversificados contextos e circunstâncias de vida, que apresentamos no Fluxograma II (p. 341). Neste processo de julgamento clínico, cabe ao enfermeiro, apreender os conceitos, processos e representações de vulnerabilidade social e em saúde, utilizando os pressupostos teóricos da enfermagem, de modo a contribuir para a garantia de acessibilidade e, portanto, uma nova organização do cuidado de enfermagem que minimize as iniquidades ainda tão frequentes em vários segmentos populacionais de nossa sociedade.

### **Atenção de Enfermagem à População em Situação de rua (PSR)**

A População em Situação de Rua (PSR) compõem um segmento populacional em ascensão, e frequentemente visível no cenário urbano, ocasionado como sinal evidente das mudanças históricas, sociais, políticas, culturais e econômicas vividas por diversos países, e inerente à atual conjuntura excludente (HUGHES, 2016).

Tal exclusão social vivenciada em todo o mundo é também evidenciada em nosso país e Estado como a somatória de uma multiplicidade de fenômenos que não se restringe a ausência de residência fixa e recursos financeiros, mas a problemática do conjunto de vulnerabilidades, a saber: fragilização dos laços familiares, trabalhos irregulares, desvinculação familiar, violência doméstica, uso abusivo de álcool e outras drogas, doenças mentais, questões de gênero, discriminação e deficiência de políticas públicas efetivas de saúde que abarquem suas peculiaridades (BRASIL, 2008; ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015).

Diante de tal contexto, verifica-se que a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008) não tem conseguido atender as demandas desse grupo, sendo, portanto, prementes novas abordagens e processos de trabalho em saúde na Atenção Básica, com foco na equidade. Com objetivo de preencher essa lacuna, o Fluxograma III (p. 342) demonstra as estratégias compartilhadas e integradas entre os diferentes setores da Atenção Básica voltados aos indivíduos em situação de rua.

### **Atenção de Enfermagem à População Privada de Liberdade**

O número de indivíduos privados de liberdade tem crescido de forma assustadora em todo o mundo, representando um grave problema social e de saúde, uma vez que a situação de encarceramento acarreta inúmeras vulnerabilidades aos indivíduos.

Os presídios atuais são locais superlotados e insalubres, ambiente desencadeante para comportamentos de risco, como uso de álcool e outras drogas, sedentarismo, nutrição desequilibrada, atividades sexuais desprotegidas, homossexualismo, múltiplas parcerias sexuais, compartilhamento de seringas e materiais de uso comum e situações de violência verbal, física e psicológica. Ainda, o contato desses indivíduos com a população em geral, por meio das visitas periódicas, e a extrema mobilidade desta população, circulando de um presídio para outro potencializa o risco de disseminação de patógenos (HALEY et al., 2014).

Assim sendo, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Entretanto, devido às dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde, intrínsecas à condição de confinamento, verificam-se amarras na efetivação integral dessa política.

Partindo dessa conjuntura, entendemos ser extremamente oportuna a elaboração de estratégias de cuidado a esses indivíduos extremamente vulneráveis como forma de minimizar suas mazelas, uma vez que estão privados de liberdade, mas não de direitos à saúde. Por conseguinte, tendo como referência de que cada unidade básica de saúde prisional passe a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família Prisional, propomos o Fluxograma IV (p. 343) para Atenção integral à população

privada de liberdade nas unidades básicas de saúde.

Como processo a ser construído de acordo com a realidade local de cada sistema penitenciário, sugere-se neste documento, como marco diferencial da atenção à saúde penitenciária, trabalhar para a formação de multiplicadores de informação de saúde nos moldes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) utilizados na Atenção Básica. Estes apoiadores, por nós denominados de Agentes Penitenciários de Saúde (APS), desempenhariam o importante papel de agente de interlocução entre as celas (população privada de liberdade) e o serviço de saúde penitenciária.

Para o êxito dessas ações, é imprescindível a estreita parceria do enfermeiro com a gestão penitenciária. Cabe destacar que tal programa já foi instituído na Unidade Prisional – Centro de Prisão Provisória (CPP) do Complexo Prisional do Estado de Goiás, localizado no município de Aparecida de Goiânia, Goiás, como importante espaço para implementação de ações de forma a minimizar casos de morbimortalidade da população privada de liberdade (MATOS, 2013).

## **Atenção de Enfermagem à População LGBT**

A população LGBT – lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, devido a não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, mesmo após décadas de militância, ainda é acometida por diversas formas de discriminação e exclusão social, tendo seus direitos humanos violados, e conseqüentemente encontra-se em situação de vulnerabilidade (RODRIGUES; FERRO, 2012).

Analisando este contexto, percebe-se o quanto o preconceito e estigma social são determinantes para o processo saúde-doença, adoecimento, dificuldade de efetivação das políticas e acesso à AB desses indivíduos. Antes de propor estratégias de atenção a essa população em condição de vulnerabilidade, faz-se necessário a definição de alguns conceitos, na maioria das vezes não discutidos durante os processos de formação e de trabalho dos profissionais de enfermagem. Lésbicas, gays e bissexuais (LGB) são identidades sexuais e transgêneros (transexuais e travestis) (T) compreendidos como formas de identidade de gênero, de tal modo cada indivíduo possui suas necessidades individuais (LIMA, 2016).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013) possui como fundamentos a humanização na promoção, prevenção e no cuidado à saúde da população LGBT, com vistas a sensibilizar os profissionais da Atenção Básica de seu compromisso de defender os direitos à saúde dos indivíduos, compreendendo que a sexualidade é uma necessidade humana básica fundamental à manutenção da saúde.

O Fluxograma V (p. 344) evidencia o plano operacional de atendimento à população LGBT; e o Quadro 2 (p. 345) apresenta algumas estratégias de atendimento humanizado à população LGBT na Atenção Básica.

## **Atenção de Enfermagem à População que Comercializa a Prática Sexual**

A categoria de homens e mulheres que se dedicam ao sexo comercial, durante o exercício de suas atividades laborais e sociais, apresenta comportamentos e atitudes que, em maior ou menor intensidade, os coloca em situações de vulnerabilidade. A elevada mobilidade geográfica, o trabalho na prostituição no período noturno com descaso no diurno (horário de atendimento na UBS), a exclusão social devido ao estigma e preconceito, a dificuldade de reconhecimento dos seus direitos trabalhistas, as práticas sexuais de risco inerentes à prostituição, o uso abusivo de álcool e outras drogas, a dificuldade de acesso aos pontos de prostituição e a inabilidade dos profissionais de saúde são fatores dificultadores para a implementação de programas de atenção à saúde e acompanhamento desse segmento vulnerável (KLINE, 2017). Assim, cabem aos profissionais da Atenção Básica elaborar estratégias que englobem as especificidades desses indivíduos, considerando a busca ativa, o atendimento in loco e o acolhimento nos serviços de atenção como foco preponderante na prática de enfermagem (Quadro 3, p. 346).

## Considerações finais

Durante a atenção de enfermagem aos grupos sociais vulneráveis fica evidente a importância de uma prática clínica baseada em evidências em saúde coletiva, ressaltando o princípio da equidade; um importante princípio do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o enfermeiro deve considerar as diferenças sociais, biológicas, espirituais, econômicas ou culturais existentes nos grupos populacionais de forma que o princípio da igualdade retrate as injustiças e iniquidades sociais e individuais e, com isso, promover o exercício da cidadania, sobretudo o direito à saúde.

Acredita-se que a identificação, por meio da territorialização dos grupos conhecidamente vulneráveis, bem como os fatores condicionantes desta vulnerabilidade, pode contribuir para a formulação de estratégias de saúde, programas e políticas focadas no fornecimento de subsídios aos profissionais de saúde na atuação frente a estes indivíduos e grupos, e na melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem a esta parcela da população.

Finalmente, destaque-se que as políticas de saúde voltadas para grupos vulneráveis, para que deem conta da complexidade que envolve o cuidado à saúde, devem ser planejadas e executadas de forma intersetorial, vinculando diferentes conhecimentos técnico-científicos e, principalmente, de forma participativa, de modo que a população se envolva na elaboração, no controle e na avaliação das políticas públicas de saúde em seus territórios.

## REFERÊNCIAS

- AITH, F.; SCALCO, N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista USP**, São Paulo, v. 107, n. 1, p. 43-54, 2015.
- ALCANTARA, S. P.; ABREU, D.; ARAÚJO, F. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. **Rev. Colomb. Psicol.**, Bogotá, v. 24, n. 1, p. 129-143, Jan. 2015.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, dez. 2009
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p. : il.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional, a Secretaria Nacional de Segurança Pública e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <<http://download.uol.com.br/fernandorodrigues/infopen-relat-2016.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.
- DE LIMA TRINDADE L. et al. Grupos vulneráveis e seus fatores condicionantes na ótica dos profissionais de saúde da Atenção Básica. **Jornada Científica**, v. 1, n. 1, p. 35-39, 2015.
- HALEY, D. F et al. Multilevel challenges to engagement in HIV care after prison release: a theory-informed qualitative study comparing prisoners' perspectives before and after community reentry. **BMC Public Health**, England, v. 14, n. 3, p. 53-59, dez. 2014.
- HUGHES, A. **Poor, homeless, and underserved populations**. Ethical and Legal Aspects of Care. 2016. p. 5.
- IBGE. **Perfil dos municípios brasileiros: 2015** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de

Janeiro: IBGE, 2016. 61 p.

LIMA, G. C. et al. Health of sexual minorities in north-eastern Brazil: representations, behaviours and obstacles. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 95-100, 2016.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 923-928, out. 2008.

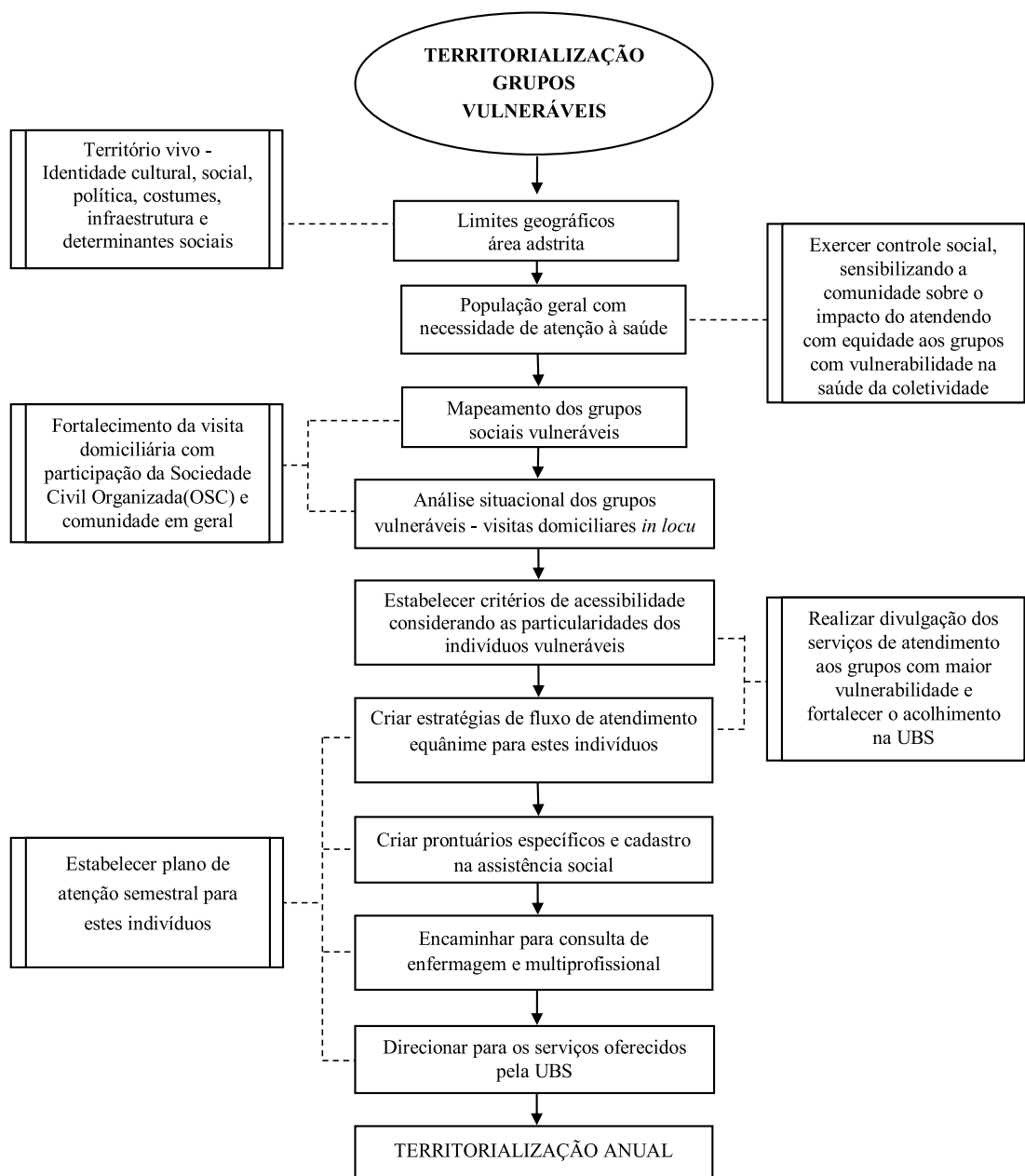
OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, jun. 2015

KLINE, A. F. **The Fallacy of Free Will in Prostitution**: Encouraging Prostitution Reform to Prevent the Repeated Victimization of Vulnerable Persons. 2017

RODRIGUES, M. et al. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

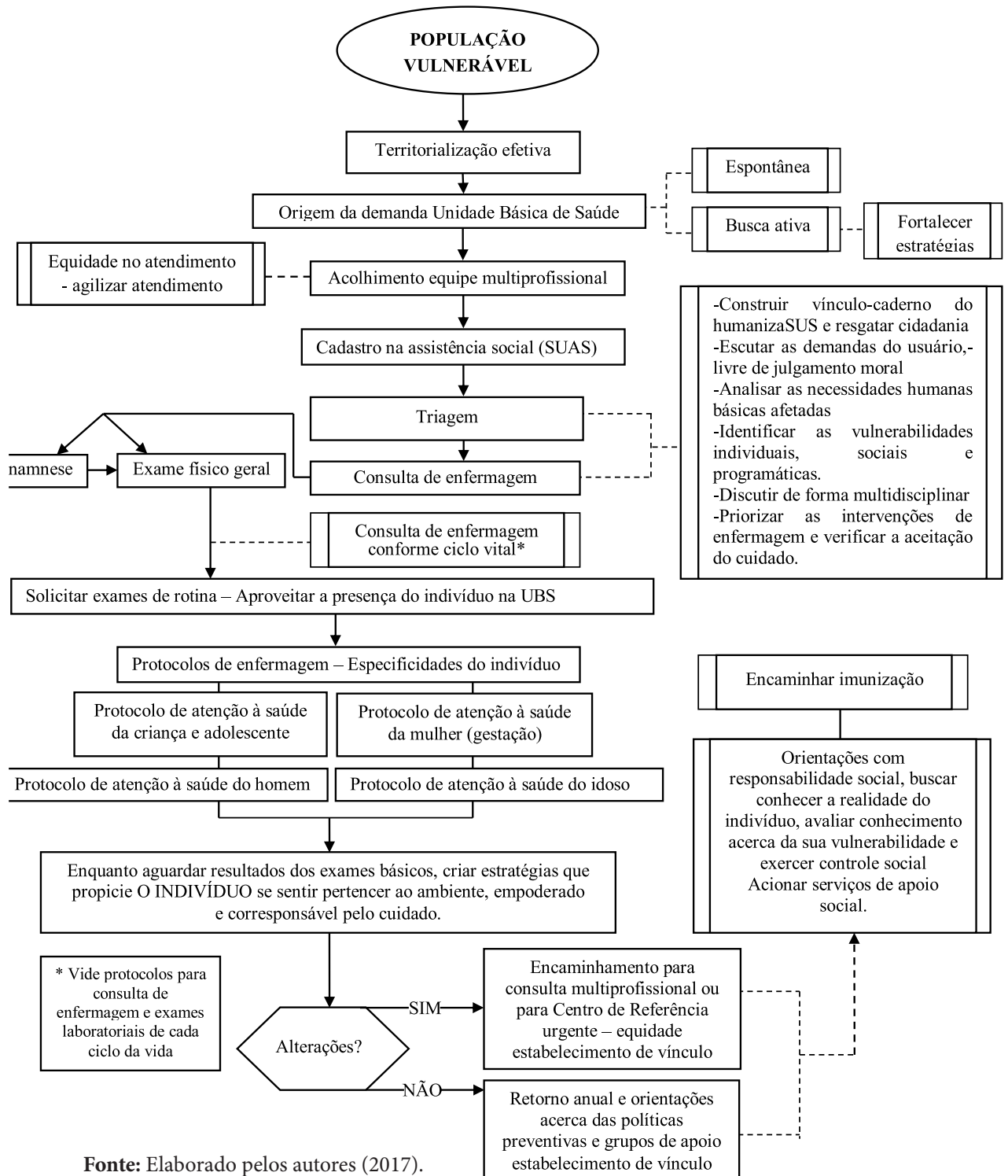
SOUSA, P. K. R. et al. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 381-384, abr. 2011.

### FLUXOGRAMA I - TERRITORIALIZAÇÃO DOS GRUPOS SOCIAIS VULNERÁVEIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE



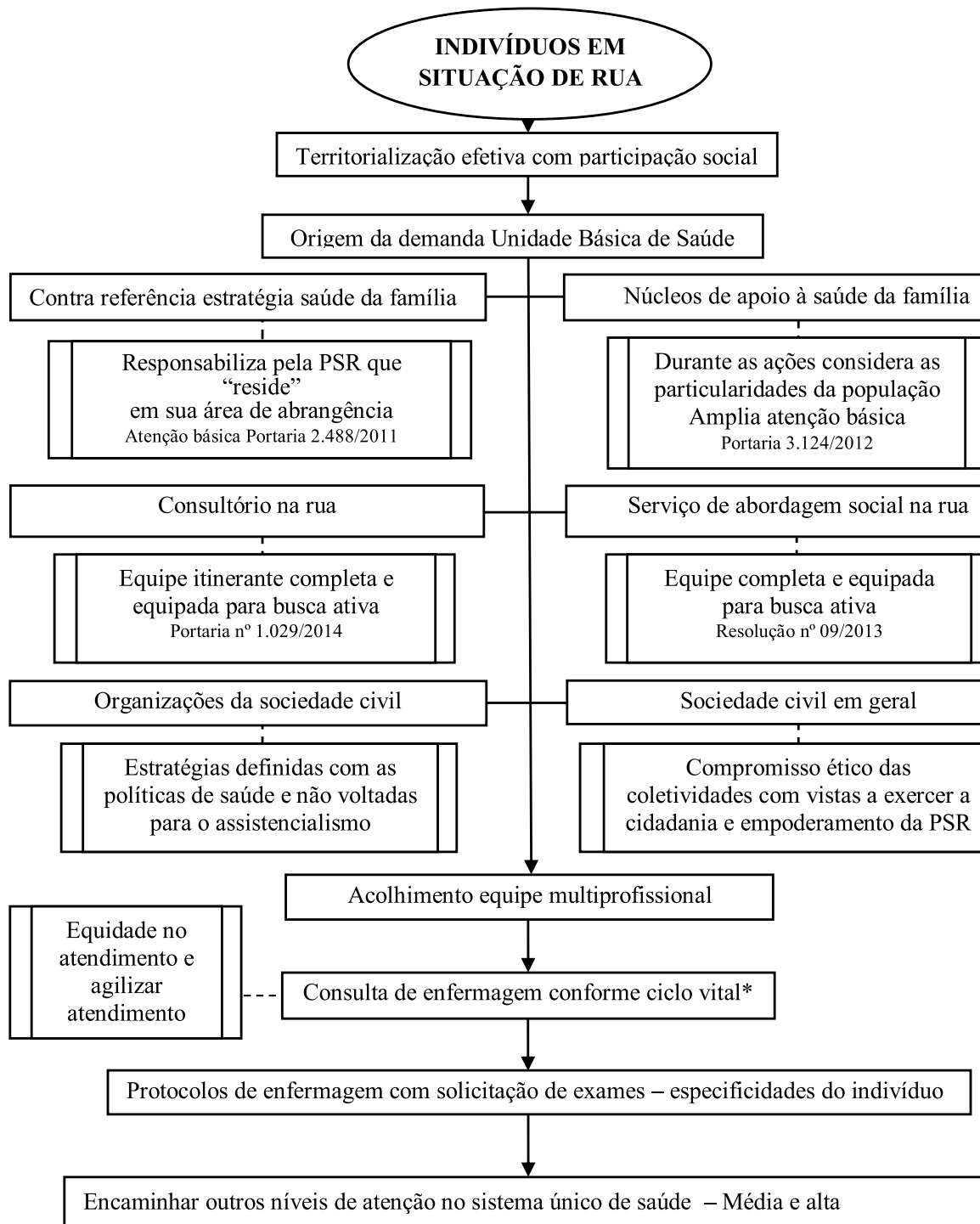
Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

**FLUXOGRAMA II - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE GRUPOS VULNERÁVEIS  
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**



Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

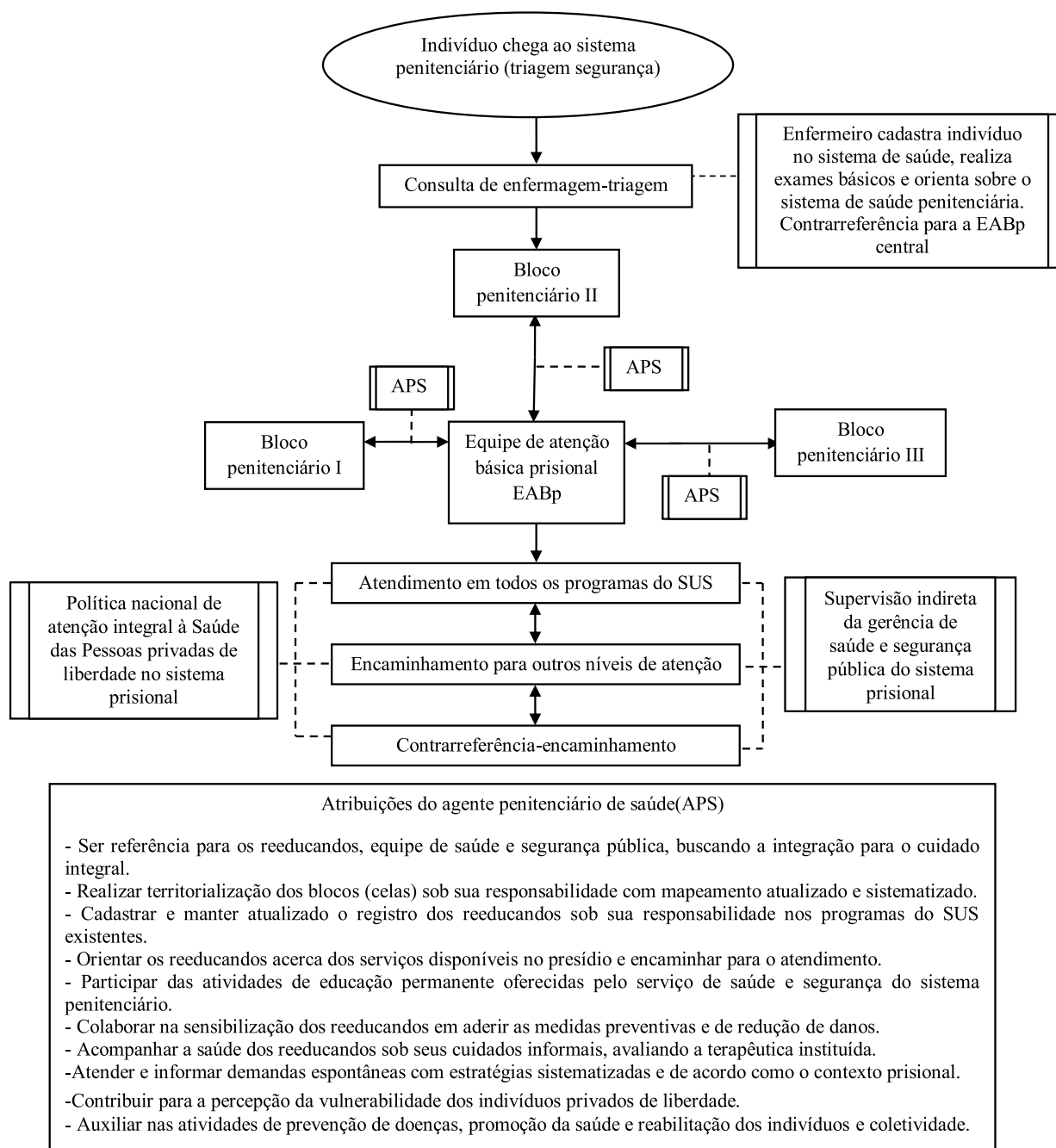
**FLUXOGRAMA III – ATENÇÃO INTEGRAL À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**



Fonte: Elaborado pelos autores (2017).



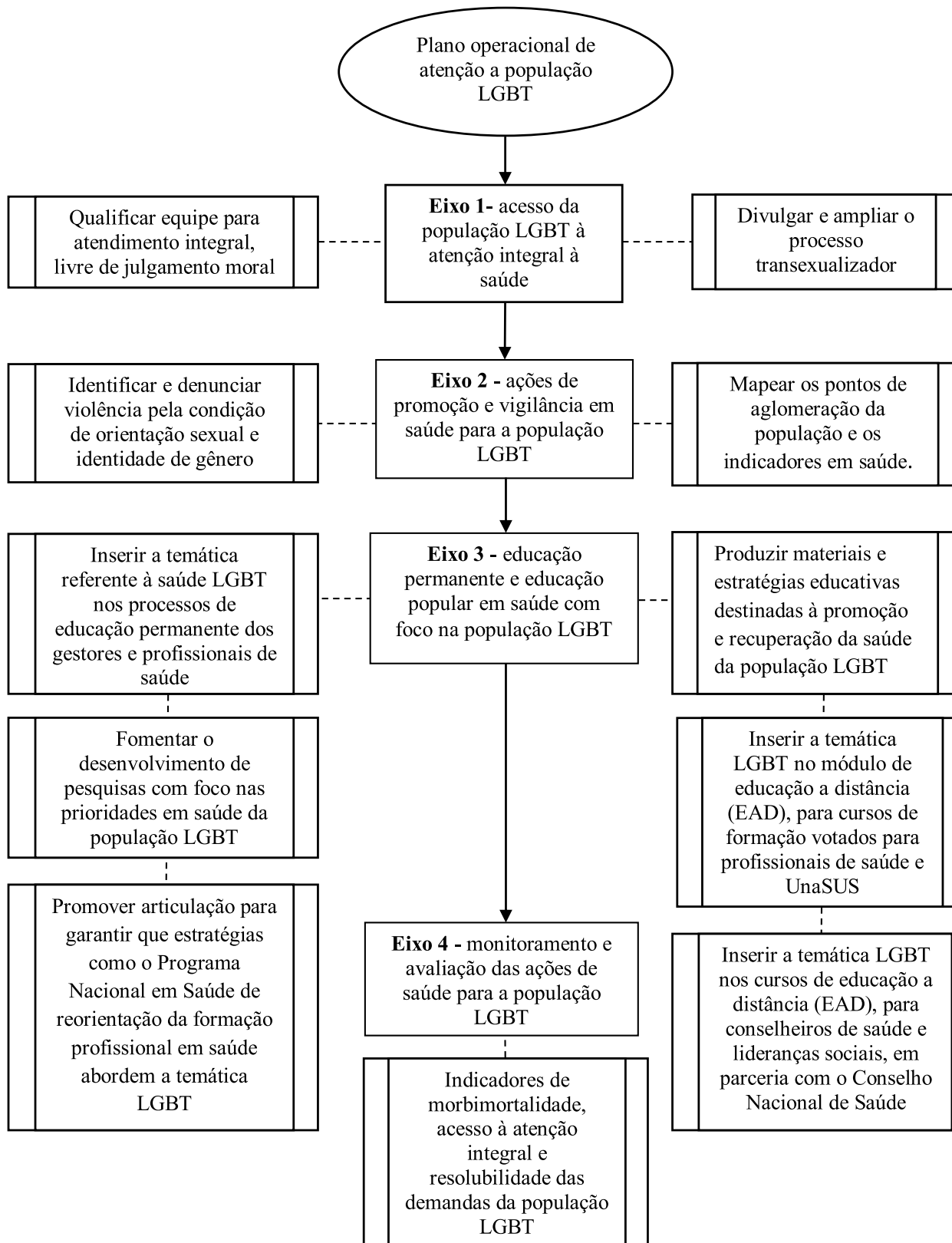
## FLUXOGRAMA IV - ATENÇÃO INTEGRAL À POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE



\*Vide protocolos para consulta de enfermagem e exames laboratoriais de cada ciclo da vida

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

**FLUXOGRAMA V - PLANO OPERACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A POPULAÇÃO LGBT NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**



Todas as ações devem dialogar de forma intra e intersetorial e interdisciplinar com as demais

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

**QUADRO 1. AÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AOS GRUPOS VULNERÁVEIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

<b>AÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>EDUCAÇÃO</b>
<b>ACESSO USUÁRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca ativa dos usuários</li> <li>- Sensibilização da comunidade em geral</li> <li>- Empoderamento dos usuários</li> <li>- Controle Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapeamento dos pontos de aglomeração dos grupos vulneráveis</li> <li>- Parcerias com comunidade, OSC, gestores locais e equipe multiprofissional e interdisciplinar</li> <li>- Qualificação de toda a equipe do Centro de Saúde da Família</li> <li>- Divulgação dos direitos dos usuários</li> </ul>
<b>ACOLHIMENTO E RECEPÇÃO DO USUÁRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuta ativa sem julgamento de valor</li> <li>- Atendimento prioritário - EQUIDADE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualificação de toda a equipe do Centro de Saúde da Família – HumanizaSUS</li> <li>-Corresponsabilidade da comunidade</li> </ul>
<b>CONSULTA DE ENFERMAGEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta in loco</li> <li>- Coleta de Dados</li> <li>- Diagnósticos de enfermagem</li> <li>-Realização das intervenções</li> <li>- Avaliação dos cuidados</li> <li>- Anotações de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação holística progressivamente integral da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade</li> <li>- Diagnósticos e intervenções prioritárias com foco nos achados de enfermagem (alterações, risco, bem estar e disposição)</li> <li>- Trabalho multiprofissional e interdisciplinar</li> <li>- Visitas domiciliárias nos locais de moradia</li> </ul>
<b>ENCAMINHAMENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrarreferência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parceria com órgãos governamentais e OSC de cada grupo vulnerável</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

**QUADRO 2. ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO HUMANIZADO À POPULAÇÃO LGBT NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Qualificar todos os recursos humanos da equipe do CSF para atendimento à população LGBT, em particular recepção.
Realizar mapeamento da população LGBT com ajuda do ACS, Organizações da Sociedade Civil e comunidade.
Estabelecer fluxo de atendimento a esse grupo social e trabalhar como tema transversal.
Preocupar com a estética e infraestrutura do CSF de forma a acolher essa população.
Discutir no Conselho de Saúde, as estratégias de acolhimento da população LGBT e sensibilização da sociedade em geral sobre a identidade de gênero e orientação sexual.
Despir as ideias preconcebidas e julgamento de juízo moral.
Não focar o atendimento à População LGBT nas Infecções Sexualmente Transmissíveis.
Chamar o indivíduo pelo nome social durante todo o atendimento, inclusive no prontuário.
Na consulta de enfermagem perguntar a orientação sexual e identidade de gênero.
Realizar consulta ginecológica na população LGBT, conforme suas especificidades.

Realizar exame colpocitológico nas lésbicas, bissexuais e transexuais, conforme suas especificidades.
Realizar exame das mamas e genitália externa na população LGBT, conforme suas especialidades.
Realizar consulta uro-andrológica na população LGBT, conforme suas especificidades.
Solicitar exames de testosterona, PSA e toque prostático para gays, bissexuais, travestis e transexuais, conforme suas particularidades.
Analisar presença de silicone e discutir o uso.
Investigar uso de hormonioterapia.
Avaliar a sexualidade de uma forma ampla.
Criar grupos de apoio a esses indivíduos, com foco na prevenção, empoderamento e autocuidado.
Investir em educação sexual sobre sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero nas escolas.
Realizar consultas de enfermagem in loco.
Discutir uso de métodos contraceptivos e educação sexual.
Estabelecer estratégias de distribuição de preservativos e gel lubrificante.
Estabelecer parceria com órgãos competentes como Secretaria de Direitos Humanos, Equipe de Equidade e outros.
Contribuir para a sensibilização da sociedade acerca da vulnerabilidade e direitos da população LGBT.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).

### QUADRO 3. ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO HUMANIZADO ÀS PESSOAS PROFISSIONAIS DO SEXO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Conhecer os aspectos legais da comercialização da prática sexual.
Despir de idéias preconcebidas e julgamento de juízo moral.
Mapear pontos de prostituição (locais abertos e casas fechadas) com a ajuda dos ACS, Organizações da Sociedade Civil e comunidade.
Discutir o cuidado de forma transversal e estabelecer fluxo de atendimento específico.
Qualificar todos os recursos humanos da equipe do CSF para atendimento, em particular a equipe de acolhimento inicial.
Discutir no conselho de saúde as estratégias de acolhimento e sensibilização da sociedade em geral sobre a identidade de gênero e orientação sexual.
Considerar que existem homens profissionais do sexo.
Não focar o atendimento aos profissionais do sexo somente nas Infecções Sexualmente Transmissíveis.
Solicitar exame de testosterona, PSA e toque prostático para gays, bissexuais, travestis e transexuais, conforme particularidades.
Durante consulta de enfermagem perguntar a orientação sexual e identidade de gênero.
Na anamnese, considerar a prostituição como profissão.
Analisar presença de silicone e discutir o uso.
Discutir o padrão de sono e repouso
Considerar as parcerias fixas dos profissionais do sexo na consulta de enfermagem.
Investigar uso de hormonioterapia e métodos contraceptivos.
Analisar uso abusivo de álcool e outras drogas.

Avaliar a sexualidade de uma forma ampla.
Estabelecer parceria com órgãos competentes como Secretaria de Direitos Humanos, Equipe de Equidade, entre outros.
Criar grupos de apoio a esses indivíduos, com foco na prevenção, empoderamento e autocuidado.
Investir em educação sexual sobre sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero nas escolas-PSE
Realizar consultas de enfermagem in loco.
Discutir uso de métodos contraceptivos e educação sexual.
Estabelecer estratégias de distribuição de preservativos e gel lubrificante.
Contribuir para a sensibilização da sociedade acerca da vulnerabilidade e direitos desse grupo.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Lúcia Queiroz Bezerra<sup>1</sup>

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva<sup>2</sup>

Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz<sup>3</sup>

Adrielle Cristina Silva Souza<sup>4</sup>

Francino Machado de Azevedo Filho<sup>5</sup>

Juliana Santana de Freitas<sup>6</sup>

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá<sup>7</sup>

Thais Yoshida<sup>8</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 280/2003. Dispõe sobre a proibição de Profissional de Enfermagem em auxiliar procedimentos cirúrgicos.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

Resolução COFEN nº 501/2015. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

Desde que o cuidado inseguro foi reconhecido como problema de saúde pública, inúmeros esforços surgiram para compreender a natureza e o impacto do erro a fim de encontrar soluções adequadas. A maior parte das ações está centrada em ambientes hospitalares, porém há a compreensão da magnitude e natureza do dano a pacientes atendidos em outros contextos, especialmente na atenção primária à saúde (APS), uma vez que cerca

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>3</sup>Enfermeira. Especialista em Oncologia. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FEN/UFG).

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FEN/UFG).

<sup>5</sup>Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (PPGenf/UnB).

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FEN/UFG).

<sup>7</sup>Enfermeira. Doutora. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB).

<sup>8</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Serviço de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente HDT/HAA/SES-GO.

de 90% das interações médico-paciente ocorrem nesses ambientes (OMS, 2012a).

A atenção primária acessível e segura é essencial para garantia da cobertura universal, constituindo-se, assim, em meta prioritária da Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2012a). Entende-se por segurança do paciente a redução dos danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (OMS, 2009).

As estimativas de incidentes na APS variam de 0,004 a 240,0 por 1.000 consultas, e as estimativas de erros evitáveis variam de 45% a 76% dependendo do método empregado na pesquisa (MAKEHAM et al., 2008).

A análise de notificações de incidentes, obrigatória para toda instituição de saúde no Brasil, é a maneira mais utilizada para o estudo dos incidentes na APS (MARCHOM; MENDES JÚNIOR, 2014). Portanto, é importante que todos conheçam as definições dos tipos de incidentes, para que a notificação seja assertiva e direcione a tomada de decisão na solução dos problemas identificados.

**Quadro 1.** Definição dos tipos de incidentes.

CLASSIFICAÇÃO DO INCIDENTE	DEFINIÇÃO	EXEMPLO
<b>Incidente com dano ou evento adverso</b>	Incidente que atinge o paciente e, obrigatoriamente, resulta em algum tipo de dano desnecessário ao paciente.	Queda de uma gestante que estava sentada na sala de espera, em cadeira quebrada. Paciente fraturou o punho.
<b>Incidente sem dano</b>	Incidente que atinge o paciente, mas não resultou em dano.	Administrado medicamento com dose acima da prescrita. Após algumas horas foi avaliado, não apresentando nenhuma reação.
<b>Circunstância notificável</b>	Situação em que existe potencial significativo para o dano.	Comunicação ineficaz entre enfermeiros e usuários; medicamentos vencidos armazenados na unidade.
<b>Near miss ou Quase erro</b>	Incidente que, por sorte ou julgamento, não atinge o paciente.	Prescrição médica com dosagem de medicamento acima do nível máximo a ser tomado. Enfermeira, ao perceber o erro, solicitou a revisão da dose prescrita.

Fonte: OMS (2009). Exemplos elaborados pelos autores (2017).

Este protocolo foi construído no intuito de direcionar o profissional de enfermagem para a redução de danos decorrentes da assistência à saúde em determinadas situações e garantir um cuidado seguro aos pacientes que necessitam de cuidados da APS. As ações do enfermeiro registradas nesse documento estão respaldadas pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, pelos protocolos de segurança do paciente publicados pela ANVISA e por outros documentos relacionados à segurança do paciente e atenção primária, deliberados pelas instâncias governamentais.

## HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – ASSEGURANDO UMA ASSISTÊNCIA LIMPA

Este tópico foi elaborado para instrumentalizar o enfermeiro na promoção da higiene das mãos na atenção básica, com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde em suas práticas diárias, no âmbito individual e coletivo, visando a segurança dos usuários e profissionais dos serviços de saúde.

A higienização das mãos é uma medida primordial no controle de infecções na assistência a saúde (ANVISA, 2013a), porém, estudos mostram que a adesão dos profissionais a esta prática, de forma constante e na rotina diária, ainda é baixa, devendo ser estimulada e conscientizada entre os profissionais de saúde (ANVISA, 2009).



A higienização das mãos deve ser realizada com sabonete líquido e água, quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou após o uso do banheiro. Pode ser realizada com preparação alcoólica, quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, antes e depois de tocar o paciente, após remover luvas, antes do manuseio de medicação e antes da preparação de alimentos (ANVISA, 2013a).

As *Diretrizes da Organização Mundial de Saúde* (OMS, 2014) recomenda que a higiene das mãos seja realizada em cinco momentos essenciais. **Momento 1:** higienizar as mãos antes de tocar o paciente visa proteger o paciente contra os micro-organismos carreados nas mãos. **Momento 2:** higienizar as mãos imediatamente antes da realização de procedimento limpo/asséptico, visa proteger o paciente contra os micro-organismos, inclusive os do próprio paciente. **Momento 3:** higienizar as mãos imediatamente após um procedimento com risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas), objetiva proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente. **Momento 4:** higienizar as mãos imediatamente após tocar o paciente, visa proteger a si próprio e o ambiente contra os micro-organismos do paciente. **Momento 5:** higienizar as mãos após tocar quaisquer objetos ou mobiliário nas áreas próximas ao paciente, pretende proteger a si próprio e o ambiente contra micro-organismos do paciente (OMS, 2014).

## IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO USUÁRIO

Atualmente, as recomendações e evidências científicas sugerem o uso de pulseiras de identificação de usuários, sendo consenso para segurança do paciente. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomenda a adoção da identificação de usuários por meio do uso de pulseiras em todos os ambientes de cuidado em saúde, da atenção primária a alta complexidade (ANVISA, 2013b).

Observa-se que além de pulseiras, os serviços de saúde podem adotar diferentes maneiras de identificar os pacientes, como placas nas cabeceiras de camas, adesivos nas roupas e crachás. Independentemente do recurso de identificação, o certo é que, as instituições de saúde precisam compatibilizar recursos, dispositivos e desejo de usuários, no sentido de construir uma política institucional que valorize e que esteja disposta a desenvolver uma cultura de segurança (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

### Recomendações Iniciais (OMS, 2007):

- Esclareça aos profissionais de saúde e usuários sobre o uso de pulseiras de identificação na instituição;
- Treine os profissionais de saúde para realizar a identificação dos usuários antes de qualquer procedimento;
- Estimule a participação dos usuários, evidenciando a importância e relevância da identificação para segurança e privacidade do cuidado em saúde.

### Definições Importantes (ANVISA, 2013b):

- A identificação de todos os usuários deve ser realizada em sua admissão no serviço através da instalação da pulseira. A pulseira deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver na unidade;
- Prioritariamente a pulseira deverá ser instalada no membro superior direito, diante de indisponibilidade, recomenda-se utilizar membro superior esquerdo. **CASOS ESPECIAIS:** Grandes queimados, mutilados e/ou politraumatizados serão identificados por uso de crachá, contendo as mesmas informações da pulseira;
- A pulseira deve ser de cor branca, com tamanho que atenda obesos, crianças e recém-nascidos, assim como pacientes com linfedemas, acessos vasculares e curativos;
- A pulseira não deve ter bordas com contornos ou extremidades afiadas, devendo ser feita de material flexível, liso, impermeável, lavável e não alergênico;
- Na pulseira deve conter: o nome completo do paciente, sua data de nascimento e número de prontuário. Em caso de crianças e recém-nascidos deve constar também, obrigatoriamente, o nome da mãe;
- Portadores de necessidade especiais e/ou usuários de alta vulnerabilidade deverão portar, obrigatoriamente, pulseiras com o nome do responsável ou acompanhante;

- Caso a identidade do usuário não esteja disponível na admissão, e quando não houver o nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente (sexo e raça);
- Caso a pulseira seja danificada, for removida ou tornar-se ilegível, deve-se confeccionar uma nova pulseira;
- Antes de iniciar todo e qualquer atendimento e/ou procedimento, o profissional de saúde deve realizar a identificação do usuário.

## CIRURGIAS SEGURAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Alguns procedimentos cirúrgicos podem e devem ser realizados pelas equipes que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde, como os de menor complexidade técnica, materiais, insumos e medicamentos, a fim de evitar o estrangulamento dos outros níveis de atenção e aumentar a resolutividade da APS (BRASIL, 2011).

### ATENÇÃO!

É fundamental que os serviços da APS se responsabilizem pela realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, acolhendo usuários em situações agudas (ferimentos) ou crônicas (unhas encravadas, por exemplo), avaliando sempre o risco de agravamento e a necessidade de atendimento imediato ou encaminhamento a outro serviço de saúde.

As pequenas cirurgias que podem ser realizadas na APS são: drenagem cirúrgica de abscessos; exérese cirúrgica de cistos não infectados, nevos e lipomas; cirurgias de traumatismos superficiais; e tratamento cirúrgico de problemas ungueais.

**Fonte:** BRASIL (2011).

Qualquer estabelecimento de saúde que realize procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde, deve seguir o protocolo de cirurgias seguras publicado pela ANVISA (ANVISA, 2013c). Este protocolo recomenda a utilização de um *checklist* antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operação. Diante das especificidades da APS, os itens contidos no *checklist* (Quadro 2) foram adaptados, considerando a realização de pequenas cirurgias.

**Quadro 2.** Checklist para procedimentos cirúrgicos na Atenção Primária à Saúde.

Antes da analgesia/anestesia	Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)	Antes do paciente sair da sala de cirurgia
<p>O profissional deverá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada;</li> <li>· Confirmar que o procedimento e o local do procedimento cirúrgico estão corretos;</li> <li>· Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia local/analgesia;</li> <li>· Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação;</li> <li>· Revisar verbalmente com o paciente e profissional familiar, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.</li> </ul>	<p>A equipe deverá realizar os seguintes passos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função;</li> <li>· A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto;</li> <li>· A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia;</li> <li>· A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica;</li> <li>· A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.</li> </ul>	<p>A equipe deverá revisar, em conjunto, a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· A conclusão da contagem de compressas e instrumentais;</li> <li>· A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida;</li> <li>· A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas;</li> <li>· A revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória;</li> <li>· Orientar o paciente sobre os cuidados com a sutura;</li> <li>· Certificar sobre o entendimento do paciente com os cuidados.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de ANVISA (2013c).

## PREVENÇÃO DE QUEDAS

A queda de pacientes constitui um evento adverso importante e com ocorrência nos diversos cenários de assistência à saúde (ANVISA, 2013d).

A queda pode ser entendida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (ANVISA, 2013d).

Considerando que uma queda pode ocasionar danos físicos, tais como fraturas, escoriações, luxações, sangramentos, que por sua vez podem agravar o estado de saúde do paciente, é imperativo que a equipe de saúde esteja capacitada para identificação dos riscos de queda, minimizando esse grave e frequente acontecimento.

A avaliação da suscetibilidade para a ocorrência de quedas leva em consideração fatores predisponentes específicos, permitindo a classificação em alto ou baixo risco, e a aplicação do protocolo adequado para prevenção deste evento. Os fatores avaliados estão listados abaixo (ANVISA, 2013d).

- Demográficos: crianças < 5anos e idosos > 65 anos;
- Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade;
- Condições de saúde e presença de doenças crônicas: Acidente vascular encefálico prévio, hipotensão postural, tontura, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia);
- Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD), necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular, problemas articulares e deformidades nos membros inferiores;
- Comprometimento sensorial: comprometimento da visão, audição ou tato;

- Equilíbrio corporal: marcha alterada;
- Uso de medicamentos: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina, polifarmácia;
- Obesidade mórbida;
- História prévia de quedas.

### Ações Preventivas

As ações preventivas são desenhadas e aplicadas segundo a avaliação de fatores contribuintes e de risco para a ocorrência de quedas, sejam individuais ou sistêmicos.

### Procedimentos Operacionais

1. Avaliação inicial do risco de queda do paciente;
2. Identificação do profissional responsável pela definição das medidas específicas de prevenção de queda;
3. Orientação do paciente e dos familiares sobre as medidas preventivas individuais, sendo sugerida a entrega de material educativo específico;
4. Colocação de sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado;
5. Implementação dos procedimentos específicos para a prevenção de queda nos pacientes com risco;
6. Definição da supervisão periódica no caso de pacientes em uso de medicação que aumente o risco de queda;
7. Anotação no prontuário do paciente de todos os procedimentos realizados;
8. Adoção de processos para garantir o atendimento imediato ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
9. Avaliação e tratamento dos pacientes que sofreram queda e investigação do evento.

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

A lesão por pressão (LP) é um evento adverso e sua incidência é um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde (DEALEY, 2008).

As taxas de prevalência de LP podem variar de 18,8 a 57,89% e as taxas de incidência também têm se revelado altas, com até 37,3% em diferentes ambientes de cuidado (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANÇA, 2009; SANDERS; PINTO, 2012; QUEIROZ et al., 2014; KIM et al., 2015).

A etiologia das LP está relacionada com os fatores de risco, que podem ser classificados como extrínsecos ou intrínsecos ao paciente. Os fatores extrínsecos e intrínsecos estão descritos no Quadro 3 abaixo.

**Quadro 3.** Fatores extrínsecos e intrínsecos das lesões por pressão

<b>Fatores extrínsecos</b>
Cisalhamento
Fricção
Pressão
<b>Fatores intrínsecos</b>
Desidratação
Imobilidade
Sensações prejudicadas

Umidade
Diminuição da oxigenação tissular
Diminuição da perfusão tissular
Desnutrição
Edema
Envelhecimento
Obesidade
Tabagismo
Hipertermia
Prematuridade

**Fonte:** RCN (2005); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (2014); AGREDA; BOU (2012); SANTOS et al. (2015).

A utilização de uma avaliação estruturada do risco de LP é recomendada. A Escala de Braden é a mais difundida e utilizada no Brasil (MARCARINI et al., 2013).

As orientações para a prevenção de LP estão descritas no Quadro 4.

**Quadro 4.** Recomendações para a prevenção de lesões por pressão:

1. Avaliar o risco do paciente para o desenvolvimento de lesões por pressão, de maneira estruturada, o mais precocemente possível (COREN, 2010; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014)
2. Repetir a avaliação do risco tantas vezes quanto necessário de acordo com o nível de cuidado do paciente, ou no caso de mudanças significativas no estado de saúde do paciente (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014)
3. Realizar a avaliação completa da pele em todas as avaliações estruturadas de risco para LP (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014)
4. Documentar as avaliações, desenvolver e implementar um plano de prevenção baseado no risco para os indivíduos de desenvolver LP (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014)
5. Providenciar colchão de poliuretano (colchão caixa de ovo) ou pneumático para o paciente acamado (DEALEY, 2008; AGREDA; BOU, 2012).
6. Proteger a pele do paciente de fricção e cisalhamento, principalmente durante as mobilizações e transferências com dispositivos de elevação, rolamentos ou lençóis (DEALEY, 2008; AGREDA; BOU, 2012).
7. Manter roupas e lençóis do paciente secos, sem vincos (DEALEY, 2008; AGREDA; BOU, 2012).
8. Realizar mudança de decúbito de acordo com protocolos institucionais (COREN, 2010; DEALEY, 2008; AGREDA; BOU, 2012).
9. Incentivar a mobilização passiva e/ou ativa de acordo com o estado clínico do paciente (DEALEY, 2008; AGREDA; BOU, 2012).
10. Utilizar superfícies de suporte e alívio da carga mecânica (almofadas, travesseiros ou coxins) para minimizar os efeitos do excesso de pressão nos locais de proeminências ósseas (DEALEY, 2008; AGREDA; BOU, 2012).

11. Hidratar a pele de pacientes incontinentes com Creme Barreira Durável ou película polimérica para diminuir a umidade (MARCARINI et al., 2013; MARTINHO; FAUSTINO; ESCADA, 2012).
12. Fixar tubos e drenos com Fita Hipoalergênica de tecido picotada ou adesivo à base de hidrocolóide (MARCARINI et al., 2013).
13. Selecionar e aplicar cobertura (espuma de silicone, cobertura hidrocelular, filme de poliuretano, hidrocolóide) na(s) região(ões) com maior agressão dos fatores de risco e cobrindo a área com margem de sobreposição sobre a pele ao redor de pelo menos 2 cm (WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2016).
14. Inspeccionar a cobertura propriamente dita pelo menos uma vez ao dia e descontinuar uma cobertura que esteja sendo usada para prevenção de LP quando ela não for mais indicada ou quando o risco diminuir (WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2016).

## SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

No Brasil, o processo de administração de medicamentos é responsabilidade da equipe de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro, que deve ter competências para construir barreiras de prevenção de erros de medicação, promovendo um cuidado seguro.

Os erros na medicação são eventos adversos ao medicamento passíveis de prevenção, podendo ou não causar dano ao paciente, com possibilidade de ocorrer em um ou em vários momentos do processo de medicação. Podem ser resultantes de vários fatores como a complexidade da terapêutica medicamentosa; falhas processuais; falhas individuais, dos profissionais e dos usuários. O erro de medicação é o terceiro incidente mais frequente advindo do cuidado (LIMA et al., 2008; NASCIMENTO et al., 2008).

Um estudo realizado na atenção primária à saúde de Madrid apontou que entre os eventos adversos mais relatados estão os relacionados ao uso de medicamento (48,2%), sendo passíveis de prevenção (ESTUDIO APEAS, 2008). Outro estudo realizado na atenção primária dos Estados Unidos da América identificou que, do total de 507 eventos relacionados com medicamentos, 357 (70%) diziam respeito a erros de medicação (HICKNER et al., 2008). Erros frequentes estão relacionados à dose, horário, medicamentos não autorizados, diluição e troca de vias e de medicamentos entre pacientes (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010; MIASSO et al., 2006).

Considerando a complexidade do processo de administração de medicamentos, este protocolo foi elaborado visando instrumentalizar a enfermagem na promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde de atenção primária. Neste protocolo, serão apresentadas as diretrizes para a realização das etapas de recebimento, armazenamento, preparo, administração, registro e monitoramento.

## ETAPAS DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

### 1. Etapa de Armazenamento dos medicamentos

Os medicamentos que estão sob responsabilidade da Enfermagem devem ser armazenados em local exclusivo para esse fim e de acesso restrito. Os armários para armazenamento de medicamentos devem ser fechados e de material lavável, permitindo o uso de desinfetantes para uma correta higienização.

Os medicamentos que necessitam de refrigeração devem ser armazenados em refrigeradores, exclusivos para esse fim, com controle e registro de temperaturas.

Medicamentos potencialmente perigosos devem ser armazenados em armários/gavetas fechadas com travas e com identificação e alerta visíveis.

### 2. Etapa do Preparo de medicamentos

O preparo de medicamentos consiste na manipulação adequada dos medicamentos a partir de sua

constituição original, mantendo princípios assépticos, tornando-os viáveis para serem administrados ao paciente.

### Itens de verificação

- ✓ Conferir minuciosamente a prescrição médica antes do preparo da medicação, no que diz respeito ao horário, medicamento, dosagem, via de administração e nome/leito do paciente;
- ✓ Higienizar as mãos antes e após a manipulação de medicamentos e dispositivos usados no preparo de medicamentos;
- ✓ Conferir o rótulo do frasco/ampola do medicamento utilizando as três leituras certas da medicação: **primeira vez** – ao retirar do armário, carrinho ou estante; **segunda vez** – ao retirar ou aspirar o medicamento do frasco/ampola, **terceira vez** – antes de recolocar no armário ou desprezar no recipiente de descarte;
- ✓ Medicamentos diferentes cujos nomes são semelhantes devem ter destaque na escrita da parte do nome que os diferencia (ANVISA, 2013e; SMETZER; COHEN, 2006), podendo ser utilizada letra maiúscula ou em negrito;
- ✓ Instituir a prática de dupla checagem independente por dois profissionais, para os cálculos de dose/diluição de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância;
- ✓ Verificar se a dose prescrita coincide com a dose do frasco, ou se há necessidade de fazer diluição ou retirada de apenas uma fração do conteúdo;
- ✓ Identificar os medicamentos a serem administrados, com, no mínimo, dois identificadores do paciente e informações sobre o medicamento (nome e dose, via de administração, horário, leito/enfermaria e nome do profissional responsável pelo preparo). Nos rótulos dos frascos de soro devem ser acrescentadas informações sobre a velocidade/tempo de infusão, conforme prescrição médica;
- ✓ Desinfetar a ampola/frasco por meio de fricção de 30 segundo com álcool 70% imediatamente antes do preparo da medicação;
- ✓ Não contaminar o êmbolo, tocar apenas na parte que não encaixa no cilindro e manter a agulha protegida;
- ✓ Identificar frascos de medicamentos preparados, que serão armazenados para uso posterior, com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade.

### 3. Etapa da Administração dos medicamentos

A administração de medicamentos consiste no ato de oferecer e/ou infundir no paciente o medicamento indicado na fase de prescrição.

Recomenda-se a implantação de sistemas seguros de administração para reduzir a ocorrência de erros, como o controle de identificação por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurar a verificação de itens como o paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo e forma certa.

#### Itens de verificação

- ✓ Conferir todos os dados referentes ao medicamento e ao paciente com a prescrição médica, antes de iniciar a administração;
- ✓ Verificar possíveis alergias antes da administração de qualquer medicamento;
- ✓ Higienizar as mãos antes e após a administração de medicamentos;
- ✓ Realizar a desinfecção por meio de fricção com álcool 70% dos acessórios utilizados para a infusão de medicamentos por via endovenosa, como injetores laterais e torneiras, antes da administração de medicamentos;
- ✓ Realizar dupla checagem independente, por dois profissionais, para os cálculos realizados para a administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância;
- ✓ Verificação dos “certos” da medicação. Atualmente, preconiza-se, como medida de segurança, a utilização dos nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via de administração certa, horário certo, dose certa, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo (ELLIOTT; LIU, 2010).

#### 4. Etapa do Monitoramento dos medicamentos administrados

O monitoramento deve ser entendido como o ato de observar o procedimento que está em andamento, de modo a favorecer a detecção precoce de sinais que indicam a ocorrência de uma reação adversa a medicamentos, abuso, mau uso, intoxicação, falhas terapêuticas e/ou erros de medicação, que poderiam resultar em dano ao paciente. Deve ser realizado, preferencialmente, pelo profissional responsável pela administração do medicamento, porém toda a equipe de saúde é responsável.

Os profissionais devem estar atentos a eventos adversos, como flebite, extravasamento, sinais flogísticos em regiões de inserção e reações alérgicas, entre outros. O paciente deve ser orientado quanto às possíveis reações adversas, de modo que ele possa referi-las quando estas acontecerem.

#### 5. Etapa do Registro da medicação

O registro da medicação é a documentação exata e completa de todos os medicamentos administrados, devendo conter data, hora, dose, via de administração, assinatura de quem preparou e administrou, e com anotação de qualquer intercorrência. O registro do medicamento deve ser feito exclusivamente pelo profissional de enfermagem que administrou o medicamento no paciente.

#### Itens de verificação

✓ Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; checar o horário da administração do medicamento a cada dose; registrar de forma clara e descritiva todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

✓ Em caso de evento adverso relacionado à administração de medicamentos o mesmo deve ser obrigatoriamente notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente da instituição ou do Município. Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente notificar à ANVISA os eventos adversos ocorridos.

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como manter esses profissionais em número suficiente para permitir segurança no processo de administração de medicamentos.

#### REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente em serviços de saúde: Higiene das mãos**. Brasília: ANVISA, 2009.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. 2013a. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo de Identificação do Paciente**. 2013b. Disponível em <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo de Cirurgia Segura**. 2013c. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo de Cirurgia Segura**. 2013d. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quebras>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013e. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 18 mar. 2017.



\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013.

AGREDA, J. J. S.; BOU, J. E. T. I. **Atenção Integral nos Cuidados das Feridas Crônicas**. 1. ed. Petrópolis: Editora Epub, 2012.

ANSEMI, M. L.; PEDUZZI, M.; FRANÇA JUNIOR, I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-264, jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Primária, n. 30).

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 248 p.

ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. **British Journal of Nursing**, v. 19, n. 5, mar.2010.

ESTUDIO APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes em atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

HICKNER, J. et al. Field test results of a new ambulatory care Medication Error and Adverse Drug Event Reporting System – MEADERS. **Ann. Fam. Med.**, Estados Unidos, v. 8, n. 5, p. 517-525, nov. 2010.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, fev. 2015.

KIM, S. et al. Factors associated with pressure ulcers in individuals with spina bifida. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Estados Unidos, v. 96, n. 8, p. 1435-1441, ago. 2015.

LIMA, L. F.; LEVENTHAL, L. C.; FERNANDES, M. P. P. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n.4, p. 434-438, 2008.

MARTINHO, J.; FAUSTINO, L.; ESCADA, M. Vantagens do uso de cremes barreira vs película polimérica, em dermatites de contacto e lesões por humidade. **Revista Envelhecimento e Inovação**, v.1, 2012.

MARCARINI, C. et al. Desenvolvimento de normas técnicas para prevenção de lesões de pele. **Revista Científica CENSUPEG**, n. 2, p. 149-162, 2013.

MARCHOM, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, set. 2014.

MIASSO, A. I. et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 524-532, dec. 2006.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, ago. 2008.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. PREVENTION AND TREATMENT OF PRESSURE ULCERS: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Joint Commission Resources. Joint Commission International. Patient Safety Solutions. **Solution 2: patient identification** [Internet]. v. 1, n 2, 8-11, 2007. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PreambleandSolutionsENGLISH.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. Orientações para cirurgia segura da OMS. Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgia\\_salva\\_manual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **Safer Primary Care Expert Working Group**. 2012a. Disponível em: <[http://www.who.int/patient\\_safety/safer\\_primary\\_care/en/index.html](http://www.who.int/patient_safety/safer_primary_care/en/index.html)>. Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **Salve vidas: Higienize suas Mãos**. Organização Mundial da Saúde Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência - Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”. Tradução de OPAS. Brasília: Organização Pan-

Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 73 p.

QUEIROZ, A. C. C. M. et al. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 264-271, abr. 2014.

SANDERS, L. S. C.; PINTO, F. J. M. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de fortaleza, CE. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p.166-70, abr./jun. 2012.

SANTOS, C. T. et al. Desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 113-121, jun. 2015.

SMETZER, J. L.; COHEN, M. R. Preventing drug administration errors. In: COHEN, M. R. (Ed.). **Medication errors**. Washington: Am. Pharm. Assoc., 2006. p. 235-274.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. D. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 139-146, mar. 2010.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES. **O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão**. Documento de Consenso da Wounds International. Ominia Med: Florença, Itália, 2016. Disponível em: <[www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Anaclara Ferreira Veiga Tipple<sup>1</sup>

Berendina Elsinia Bouwman Christóforo<sup>2</sup>

Daniela Oliveira Pontes<sup>3</sup>

Dulcelene de Sousa Melo<sup>4</sup>

Heliny Carneiro Cunha Neves<sup>5</sup>

Simone Vieira Toledo Guadagnin<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 424/2012. Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

## 1. INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é uma unidade funcional destinada ao Processamento de Produtos para Saúde (PPS) e, conforme a RDC nº 15, classifica-se como tipo I e II de acordo com as características e especificidades do atendimento. O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de PPS não críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento; e o de Classe II, realiza o processamento dos mesmos produtos, entretanto, de conformação complexa (ANVISA, 2012).

Compreende-se por PPS passíveis de processamento aqueles fabricados a partir de matérias-primas e conformações estruturais que permitem repetidos processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade (ANVISA, 2012). A terminologia PPS foi incorporada pela RDC nº 15 (ANVISA, 2012) em substituição à artigos odonto-médico-hospitalares, incluindo os produtos utilizados em todos os níveis da assistência à saúde.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora, Docente da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FEN/UFG. Docente do curso de Enfermagem da UFG – Regional Jataí.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FEN/UFG. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora, Docente da FEN/UFG. Enfermeira do Hospital das Clínicas (HC/UFG).

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora, Docente da FEN/UFG.

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação Ciências da Saúde. Docente do curso de Enfermagem da Escola de Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

O CME só pode processar PPS compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação. Considerando o potencial de risco relacionado ao uso dos PPS, estes são classificados em críticos, quando utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular, incluindo os produtos diretamente conectados com esses sistemas; semi-críticos, quando entram em contato com a pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas; e não-críticos, quando entram em contato com a pele íntegra ou não tem contato com o paciente.

O processamento consiste em um conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras de PPS passíveis de serem processados.

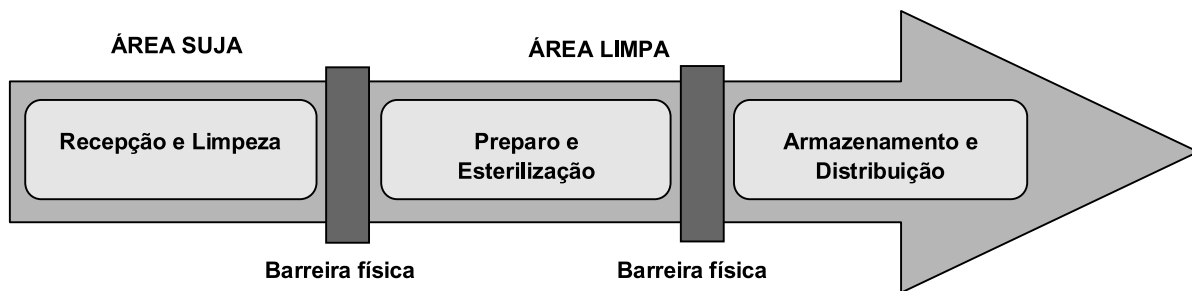
O CME deve dispor de estrutura física e organizacional, de recursos humanos e de logística que permitam cumprir sua função primordial de oferecer PPS seguros para assistência em todos os níveis de complexidade. Para isto, suas atividades devem ser planejadas, executadas e monitoradas por controles de qualidade sistemáticos, o que requer profissionais capacitados e atualizados para que tenham um desempenho de forma coesa e responsável.

As ações desenvolvidas no CME não são isoladas, mas contínuas, contíguas e inter-relacionadas ao processo de cuidar pela equipe de saúde e estão diretamente relacionadas com a segurança do paciente. Nesta interface, há relevância da segurança do trabalhador de CME, frente aos riscos aos quais está exposto na execução das etapas do processamento.

Este protocolo fundamentou-se nas legislações vigentes, nas recomendações técnicas de órgãos e sociedades nacionais e internacionais e em estudos científicos com diferentes níveis de evidências, aliados à experiência prática dos seus autores. Vale destacar que ainda existem muitos aspectos referentes ao processamento que carecem de evidências e se mantêm apoiados na opinião de expertises e na prática empírica. E seu escopo abrange a complexidade do CME classe II, entretanto, os aspectos técnicos operacionais têm aplicação ao CME de classe I.

## 2. A ESTRUTURA FÍSICA PARA O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Figura 1. Fluxograma unidirecional das etapas do processamento dos PPS no CME.



Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nas referências citadas.

Quadro 1. Estrutura física do CME

ÁREA	ESTRUTURA FÍSICA
Recepção e separação	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ter no mínimo 4 m<sup>2</sup>.</li> <li>– Dispor de pia para higienização de mãos e dispensador de álcool em gel a 70%; bancadas com dimensões mínimas de 1,0m x 0,9 m; equipamentos de transporte com rodízio, cestos vazados para acondicionar os PPS e recipientes para perfurocortante com suporte; sistema de registro de todos os produtos recebidos para o processamento; e rotina de recebimento e conferência de PPS e instrumental cirúrgico consignado.</li> </ul>

Limpeza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter área mínima de 15 m<sup>2</sup> isolada das demais por meio de barreira física.</li> <li>- Dispor de pia para higienização de mãos e dispensador de álcool em gel a 70%; estrutura de iluminação adequada em cada estação de trabalho; ambiente climatizado: temperatura ambiente entre 18 a 22°C e umidade relativa do ar entre 40% a 60%; sistema de exaustão; torneiras com água quente e fria, pistolas de água e ar sob pressão para limpeza e secagem de produtos com lúmen; pias com dimensões de 0,80 m de comprimento, 0,50 m de profundidade e 0,60 m de largura; ponto de água potável com filtro de 0,2 micra para enxágue; recipientes para perfurocortante com suporte e sistema de descarte de resíduo biológico sólido e líquido; secadoras e lavadoras automatizadas (lavadora ultrassônica, termodesinfetadora, lavadora de descarga, etc); suporte de <i>hamper</i>; recipientes para resíduos de serviços de saúde; recipientes para diluição do detergente enzimático e imersão dos PPS na solução; escovas para limpeza de materiais com lúmen, no tamanho e espessura adequados aos respectivos PPS; compressas ou toalhas macias para secagem dos PPS; e guichê ou outro mecanismo de transferência dos PPS da área da limpeza para a área do preparo.</li> <li>- Estruturar suporte técnico para a adequação da água ao processamento (Quadro 5).</li> </ul>
Preparo e inspeção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter área mínima de 20 m<sup>2</sup>.</li> <li>- Dispor de pia para higienização de mãos e dispensador de álcool em gel a 70%; bancadas com dimensões mínimas de 1,2 m x 1 m por profissional em atividade, com distância mínima de 1,20 m entre bancadas ou bancadas e parede/ divisórias; equipamento para transporte com rodas; lentes intensificadoras de imagem até 8 vezes nas estações de trabalho de preparo e inspeção; cadeiras ou bancadas ergonômicas e com altura regulável (a altura das mesas e bancadas deve ser de 89 a 94 cm de altura); seladoras; iluminação adequada para promover a inspeção dos PPS; ambiente climatizado (temperatura ambiente entre 18 a 22°C e umidade relativa do ar entre 40 a 60%)</li> </ul>
Esterilização	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter área planejada de acordo com o número e dimensões dos equipamentos de esterilização, acrescida de 2,5 m<sup>2</sup> para circulação e 0,5 m de distância mínima entre os equipamentos de esterilização; ambiente climatizado com temperatura inferior a 24°C.</li> <li>- Dispor de estrutura e suporte técnico para a adequação da água ao processamento.</li> </ul>
Armazenamento e distribuição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possuir área mínima de 6 m<sup>2</sup>.</li> <li>- Manter o fluxo de área restrita.</li> <li>- Dispor de pia para higienização de mãos e dispensador de álcool em gel a 70%; armários, prateleiras ou cestos aramados, escadas e equipamentos de transporte com rodízio impermeáveis e passíveis de limpeza e desinfecção.</li> <li>- Manter a distância mínima das prateleiras do chão de 20 a 25 cm, do teto de 45 cm e das paredes de 5 cm.</li> <li>- Manter o ambiente sob climatização: temperatura ambiente até 24°C, umidade relativa do ar entre 40 a 60%, com vazão mínima de ar total de 12 m<sup>3</sup> /h/m<sup>2</sup>, proporcionando diferencial de pressão positiva entre os ambientes.</li> <li>- Implementar sistema de transporte e distribuição por meio de recipientes ou equipamentos/ carros fechados, a fim de garantir a barreira asséptica e a integridade da embalagem.</li> </ul>
Áreas de apoio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispor de: sala administrativa; vestiário com sanitário masculino e feminino; copa e área para descanso e repouso; depósito de material de limpeza (DML), que pode ser comum para as áreas suja e limpa, desde que o acesso seja externo a elas e o material e equipamento exclusivo de cada área.</li> </ul>

## RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. A área física do CME deve permitir o fluxo unidirecional de forma a evitar o cruzamento dos PPS sujos com os limpos e esterilizados e deve ser localizado de maneira a facilitar o acesso às unidades fornecedoras e consumidoras.
2. Todas as pias para higiene das mãos devem possuir dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e álcool em gel 70%.
3. O material de acabamento dos pisos, teto e parede, não devem possuir rejunte e nem ser de material poroso. O cimento deve possuir aditivo anti-absorvente. Os pisos e paredes devem ser nivelados e resistentes à ação de agentes químicos e físicos de limpeza e desinfecção.
4. As portas devem ser resistentes aos constantes impactos, o material deve possibilitar a limpeza e desinfecção e com sentido de abertura respeitando o fluxo direcional do trabalho no CME.
5. As bancadas devem ser de material resistente, não poroso com índice de absorção de água inferior a 4%.
6. As roupas provenientes da lavanderia devem ser recebidas na área de preparo e acondicionamento.
7. Prever o local para guarda de PPS consignados e ou em comodato para a guarda transitória após a limpeza e devolução à empresa prestadora de serviço.
8. Caso a secagem dos PPS seja realizada na área do preparo prever as pistolas de ar e secadoras.

Fonte: Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

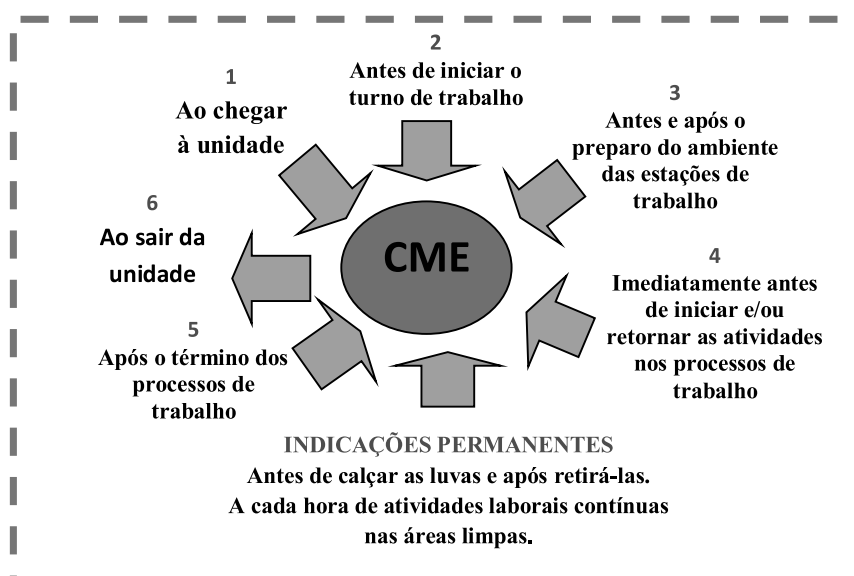
## 3. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DURANTE AS ETAPAS DE PROCESSAMENTO DOS PRODUTOS PARA A SAÚDE

**Diretriz:** A higienização das mãos (HM) deve ser realizada em todas as oportunidades durante o processo de trabalho no CME pelos profissionais da área da saúde a fim de oferecer segurança em todas as etapas do processamento até a distribuição às unidades consumidoras.

**Definição:** A higienização das mãos é parte de um conjunto de medidas estabelecidas nas Precauções Padrão (SIEGEL et al., 2007). E consiste na redução e/ou eliminação da microbiota transitória e no controle da microbiota residente quando do uso de antissépticos específicos no tempo recomendado (ANVISA, 2009).

A Figura 2 e o Quadro 2 apresentam os momentos para a higienização das mãos no Centro de Material e Esterilização, os quais foram fundamentados em um estudo desenvolvido por Pires et al. (2016).

Figura 2. Fluxograma dos momentos de HM em CME, Goiânia, 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

**Quadro 2. Orientações por área quanto à higienização das mãos no CME**

<b>ÁREA</b>	<b>MOMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS*</b>
<b>Recepção e separação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes do início e após término do turno de trabalho.</li> <li>- Após o registro de PPS contaminados recebidos das unidades consumidoras.</li> <li>- Após a conferência e registro de PPS consignados.</li> </ul>
<b>Limpeza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes do início e após término do turno de trabalho.</li> <li>- Antes e após realizar a desinfecção das bancadas.</li> <li>- Imediatamente antes de paramentar-se.</li> <li>- Antes de calçar e após retirar as luvas.</li> </ul>
<b>Preparo e inspeção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes do início e após término do turno de trabalho.</li> <li>- Antes de receber enxoval da lavanderia.</li> <li>- Antes de realizar a dobradura do enxoval.</li> <li>- Antes de empacotar PPS.</li> <li>- Antes de manusear embalagens e PPS.</li> <li>- Antes de montar caixas e bandejas.</li> <li>- Após o registro de produtividade da unidade.</li> </ul>
<b>Esterilização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes do início e após o término do turno de trabalho.</li> <li>- Antes de preparar o teste de Bowie-Dick.</li> <li>- Antes de montar carga de PPS na autoclave.</li> <li>- Após incubação do indicador biológico.</li> <li>- Após descarte do indicador biológico.</li> </ul>
<b>Armazenamento e distribuição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes do início e após término do turno de trabalho.</li> <li>- Antes e após paramentar-se.</li> <li>- Antes de retirar a carga da autoclave.</li> <li>- Antes de armazenar os PPS processados.</li> <li>- Antes de distribuir os PPS às unidades.</li> <li>- Antes de manusear PPS processados.</li> </ul>
<p><b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. São recomendados os seguintes insumos para HM: lavatórios exclusivos para a HM, dispensadores de sabão e antissépticos, porta papel toalha e papel toalha, lixeira para descarte de papel toalha, exclusiva para resíduo comum.</li> <li>2. Os dispensadores devem preferencialmente, evitar o contato direto das mãos e serem avaliados constantemente quanto ao seu funcionamento. Devem ser submetidos à limpeza e desinfecção imediatamente antes do reabastecimento.</li> <li>3. O porta papel toalha deve ser fabricado com material que possibilite a limpeza e desinfecção.</li> <li>4. A torneira e o recipiente da lixeira deverá ser articulada com acionamento de abertura sem a utilização das mãos.</li> <li>5. A fricção das mãos com antisséptico pode substituir a HM com água e sabão desde que não haja sujidade visível e exposição a fluidos corporais.</li> </ol>	

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

#### **4. OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA DURANTE AS ETAPAS DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE**

**Diretriz:** Garantir proteção e segurança ao trabalhador durante todas as etapas do processamento dos produtos para saúde.

**Definição:** Dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

**Quadro 3. Recomendações quanto ao uso de equipamentos de proteção individual e coletiva em áreas do CME**

ÁREA	EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E/OU COLETIVA
Recepção e separação	Gorro; luvas nitrílicas; máscara facial; avental de manga longa; avental impermeável; óculos de proteção; uniforme privativo; sapato fechado impermeável ou bota de borracha.
Limpeza	Avental de manga longa; avental impermeável; gorro; luvas nitrílicas ou de látex de cano longo (acima do cotovelo); máscara facial; óculos de proteção; protetor auricular; uniforme privativo; bota de borracha.
Preparo e inspeção	Gorro; luvas de procedimento*; máscara facial; uniforme privativo; sapato fechado impermeável;
Esterilização	Gorro; luva de proteção térmica; uniforme privativo; máscara facial; sapato fechado impermeável.
Armazenamento e distribuição	Uniforme privativo; gorro; máscara facial; luva de proteção térmica; sapato fechado.

(\*durante a inspeção e preparo de instrumental cirúrgico)

#### RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. Todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) devem possuir os Certificados de Autorização expedidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego, cujas orientações estão contidas nas Normas Regulamentadoras NR-5, NR-6 e NR-7.
2. Todas as áreas devem seguir as recomendações da NR-32 que estabelece as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.
3. De acordo com a RDC 63/2011, o serviço de saúde é responsável por fornecer e processar os uniformes privativos utilizados no CME e os trabalhadores são responsáveis por zelar e conservar os EPI e pelo correto uso destes equipamentos.
4. A máscara facial deverá ser trocada a cada duas horas contínuas de uso.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

## 5. ETAPAS OPERACIONAIS DO PROCESSAMENTO DE PPS: PRÁTICAS MÍNIMAS RECOMENDADAS

Para garantir a qualidade das etapas operacionais do processamento de PPS é imprescindível que sejam elaborados, implementados e avaliados de forma sistemática os protocolos de execução das ações inerentes a esse processo. Esses protocolos devem ser elaborados de forma participativa envolvendo a equipe de trabalho do CME, as unidades consumidoras e fornecedoras internas e externas. Para assegurar a implementação das boas práticas do CME é fundamental que sejam desenvolvidas atividades de educação permanente da equipe sobre os processos de trabalho.

### 5.1. LIMPEZA E SECAGEM DOS PRODUTOS PARA SAÚDE

**Diretriz:** A limpeza deve ser realizada em todos os PPS para a remoção e redução da carga microbiana inicial a níveis compatíveis com os processos de esterilização, favorecendo a eficácia do processamento e garantindo um produto seguro para uso no cuidado subsequente.

**Definição:** “Remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização” (BRASIL, 2012).



**Quadro 4. Recomendações para a etapa da limpeza de PPS**

LIMPEZA E SECAGEM	
AÇÕES	RECOMENDAÇÕES E PONTOS-CHAVES
<b>Recepcionar e separar o PPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os PPS, garantindo o seu controle e rastreamento.</li> <li>- Separar os PPS de acordo com o método a ser utilizado para a limpeza.</li> <li>- Abrir as pinças e desmontar os PPS de múltiplas peças.</li> <li>- Dispor em cestos vazados para a pré-limpeza.</li> </ul>
<b>Realizar a limpeza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não permitir que ocorra o ressecamento da matéria orgânica na superfície do PPS, imergindo-os em água até o momento da limpeza.</li> <li>- Preparar o ambiente da área da limpeza (limpeza e desinfecção das bancadas, repor insumos e planejar o processo de acordo com os protocolos e demandas institucionais).</li> <li>- Realizar a pré-limpeza dos PPS, quando indicada<sup>1</sup>, aplicando jatos de água fria para remoção da sujidade grosseira antes de proceder os métodos de limpeza manual ou automatizada.</li> <li>- Preparar a solução de limpeza<sup>2</sup>.</li> <li>- Utilizar a água com tratamento adequado de acordo com a classificação do produto e momento da limpeza (Quadro 5).</li> </ul> <p><b>Para o método de limpeza manual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar de maneira rigorosa, meticulosa e iniciada o quanto antes após o uso.</li> <li>- Imergir os PPS em solução de limpeza.</li> <li>- Preencher os lúmens dos PPS tubulares com solução enzimática utilizando uma seringa ou dispositivo similar específico para esse uso.</li> <li>- Lavar os PPS peça a peça.</li> <li>- Utilizar esponjas, escovas de cerdas firmes, macias e com diâmetros e comprimento de acordo com o PPS.</li> <li>- Inspeccionar as escovas e esponjas e substituí-las quando perderem a sua função.</li> <li>- Realizar limpeza das esponjas e escovas, bem como dos recipientes que acondicionam esses insumos após cada turno de trabalho.</li> <li>- Estabelecer rotina diária de limpeza de todos os recipientes utilizados na limpeza.</li> <li>- Realizar a fricção mecânica submersa em todas as superfícies, ranhuras, cremalheiras, articulações, wídias, sistema de mola, parafusos e travas dos PPS no mínimo 5 vezes do sentido proximal para o distal. Repetir essa ação até que não haja sujidade visível.</li> </ul> <p><b>Para o método de limpeza automatizada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar os equipamentos: lavadoras por jato de água sob pressão, lavadoras termodesinfetadoras, lavadoras de descarga e lavadora ultrassônica de acordo que os tipos de PPS.</li> <li>- Seguir as recomendações técnicas do fabricante de cada equipamento;</li> <li>- Realizar a qualificação de instalação, de operação e de desempenho com periodicidade após a sua instalação.</li> <li>- Requalificar as lavadoras anualmente.</li> <li>- Montar a carga de forma correta com racks ou cestos apropriados.</li> <li>- Abrir pinças, desmontar materiais e respeitar capacidade do equipamento.</li> <li>- Utilizar ciclo adequado para cada situação e efetuar a programação.</li> <li>- Realizar periodicamente testes de eficiência.</li> <li>- Realizar e registrar manutenção preventiva.</li> <li>- Realizar a validação do processo de limpeza por meio de controles microbiológico, químico e visual.</li> </ul>
<b>Realizar o enxágue abundante dos PPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o primeiro enxágue com água corrente potável.</li> <li>- Finalizar o enxágue dos PPS críticos e semicríticos com água tratada livre de contaminação, endotoxinas e minerais (Quadro 5).</li> <li>- Enxaguar os PPS tubulares utilizando torneiras com bico de pressão que permitam a adaptação direta da tubulação ou de pistolas de água sob pressão caso enxágue seja realizada de forma manual.</li> </ul>

<p><b>Promover a secagem rigorosa dos PPS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituir programa de validação do processo de instalação, operação e desempenho caso tenha secadoras automatizadas.</li> <li>- Requalificar as secadoras anualmente.</li> <li>- Utilizar para a secagem dos PPS por meio de fonte térmica, fluxo de ar e/ou tecido ou não tecido limpo, macio e de cor. Selecionar o método de secagem de acordo com a conformação física do PPS.</li> <li>- Realizar a secagem peça a peça quando feita de forma manual.</li> <li>- Substituir os tecidos ou não tecidos sempre que estiverem saturados. Encaminhá-los para o processamento.</li> <li>- Secar os PPS delicados e tubulares/lúmens com jato de ar sob pressão.</li> <li>- Secar as traqueias e circuitos ventilatórios com equipamento próprio de fluxo de ar filtrado e aquecido.</li> <li>- Inspeccionar os PPS quanto a limpeza durante a secagem.</li> <li>- Realizar a inspeção visual dos PPS durante e após a secagem.</li> <li>- Encaminhar imediatamente os PPS secos para a área de preparo.</li> </ul>
<p><b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar limpeza concorrente da área de limpeza a cada turno de trabalho e terminal diariamente.</li> <li>2. O transporte de PPS contaminados para a área de recepção e limpeza deve ser realizado em recipientes fechados, resistentes à umidade, punctura e passíveis de limpeza e desinfecção.</li> <li>3. Não realizar imersão de PPS sujos em desinfetantes.</li> <li>4. Para limpeza de instrumentais cirúrgicos, de conformação complexa e lúmens, deve-se utilizar solução enzimática, escovas de diâmetros adequados e complementados com lavadora ultrassônica.</li> <li>5. Utilizar método de limpeza automatizada em todas as situações possíveis, visto que garante um maior controle de qualidade da reprodutibilidade além de reduzir os riscos ocupacionais.</li> <li>6. Restringir o método de limpeza manual a PPS delicados que não suportam o uso dos métodos automatizados.</li> <li>7. Documentar e arquivar o processo de limpeza quantos aos testes de controle de qualidade da limpeza, manutenção dos equipamentos de limpeza.</li> <li>8. Realizar a validação dos equipamentos de limpeza instalados pelo fabricante sendo recomendável uma segunda avaliação independente. Todos os equipamentos de limpeza automatizada devem ser requalificados após mudança de local de instalação e mau funcionamento que inviabilizem a sua eficiência.</li> <li>9. Fazer o registro da produtividade do setor.</li> </ol>	
<p><sup>1</sup>A pré-limpeza é indicada quando há presença de matéria orgânica visível.  <sup>2</sup>Diluir a solução de limpeza e seguir o tempo de imersão e uso em conformidade com as orientações do fabricante. Substituir a solução de limpeza sempre que houver presença de matéria orgânica ou saturação. Não proceder a imersão do PPS acima do tempo recomendado pelo fabricante.</p>	

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

**Quadro 5. Qualidade da água indicada para os momentos de limpeza segundo a classificação do produto para a saúde**

CLASSIFICAÇÃO DO PRODUTO	ÁGUA POTÁVEL	ÁGUA MOLE	ÁGUA DEIONIZADA	ÁGUA DE OSMOSE REVERSA OU DESTILADA*
<b>CRÍTICO</b>	Pré-limpeza Limpeza	Pré-limpeza Limpeza	Pré-limpeza Limpeza Enxágue	Enxágue**
<b>SEMICRÍTICO</b>	Pré-limpeza Limpeza Enxágue	Pré-limpeza Limpeza Enxágue	Pré-limpeza Limpeza Enxágue	Enxágue
<b>NÃO CRÍTICO</b>	Pré-limpeza Limpeza Enxágue	Pré-limpeza Limpeza Enxágue	Pré-limpeza Limpeza Enxágue	-

\* Não há exigência do uso da água de osmose reversa ou destilada para as demais etapas do processamento, porém

pode ser adotada caso o Estabelecimento de Assistência à Saúde tenha possibilidade, visando à preservação dos materiais e dos equipamentos de limpeza e de esterilização. \*\* Materiais críticos utilizados na corrente sanguínea, tecidos ósseos, oculares ou neurológicos devem ter o último enxágue, obrigatoriamente, em água de osmose reversa ou destilada (AAMI, 2007).

Fonte: SOBECC (2013).

## 5.2. PREPARO E EMPACOTAMENTO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE

**Diretriz:** Todos os PPS limpos devem ser inspecionados, selecionados, empacotados e identificados no setor de preparo para garantir a condição de esterilidade do PPS durante o transporte e armazenamento até o uso no paciente.

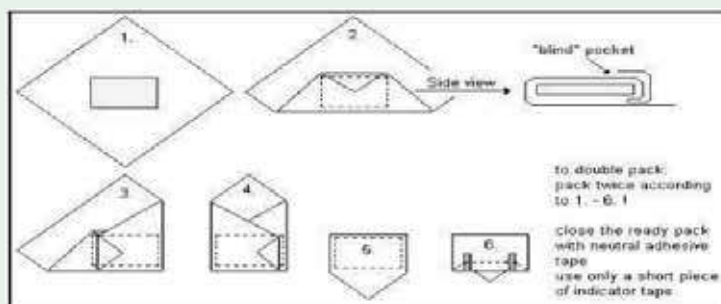
**Definição:** Consiste na preparação, no acondicionamento, na embalagem e rotulagem dos PPS de acordo com o processamento final em invólucro compatível com o processo e com o produto.

**Quadro 6. Recomendações para a etapa do preparo e empacotamento de produtos para a saúde**

PREPARO E EMPACOTAMENTO	
AÇÕES	RECOMENDAÇÕES E PONTOS-CHAVES
<b>Realizar a inspeção dos PPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar o ambiente da área da limpeza (limpeza e desinfecção das bancadas, forrar as bancadas com campos de tecido de cor clara, repor insumos e planejar o processo de acordo com os protocolos e demandas institucionais).</li> <li>- Realizar a desinfecção das bancadas a cada período de trabalho e sempre que os campos estiverem saturados ou com presença de matéria orgânica.</li> <li>- Realizar inspeção em local adequado, sobre uma mesa, com iluminação satisfatória e uso de lentes intensificadoras de imagem (no mínimo 8 vezes de aumento).</li> <li>- Realizar inspeção criteriosa dos PPS quanto a presença de matéria orgânica e inorgânica, integridade, presença de manchas e corrosão.</li> <li>- Inspecionar rigorosamente reentrâncias, cremalheiras, serrilhas, wídias e parafusos.</li> <li>- Investigar causas para o aparecimento de manchas no instrumental. Se a mancha for passível de limpeza, o instrumental pode ser reutilizado.</li> <li>- Realizar inspeção funcional dos PPS, verificando o corte de tesouras, encaixe de dentes e serrilhas, sistema de trava de pinças com cremalheira e ainda sobre a necessidade de lubrificação das peças articuladas.</li> <li>- Lubrificar peças articuladas quando necessário, utilizando produto hidrossolúvel, compatível com o processo de esterilização a vapor saturado sob pressão.</li> <li>- Encaminhar para descarte instrumental cirúrgico com componentes quebrados, rachaduras, desgaste e mau funcionamento.</li> </ul>
<b>Realizar o acondicionamento do instrumental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A seleção e organização das caixas cirúrgicas deverá ser realizada de acordo com os protocolos estabelecidos em cada unidade.</li> <li>- Acondicionar o instrumental em caixas cirúrgicas, de modo que não ocupem 80% da capacidade do recipiente.</li> <li>- Forrar o fundo das caixas com material absorvente.</li> <li>- Utilizar tapetes de silicone para proteger peças delicadas.</li> <li>- Dispor os instrumentos desmontados nas caixas cirúrgicas e com as cremalheiras abertas.</li> <li>- Agrupar pinças similares em caso de várias unidades do mesmo instrumental.</li> <li>- Posicionar os itens côncavos posicionando a abertura para baixo.</li> <li>- Avaliar o peso das caixas: devem pesar no máximo 11 quilos, e dimensões máximas de 55 x 33 x 22cm.</li> <li>- Colocar indicador classe V ou VI internamente em todas as caixas cirúrgicas, PPS consignados, órteses e próteses (Os de classe VI são indicados para ciclos específicos).</li> <li>- Utilizar externamente à embalagem o indicador de classe I, de exposição com a largura de pelo menos 3 listras.</li> </ul>

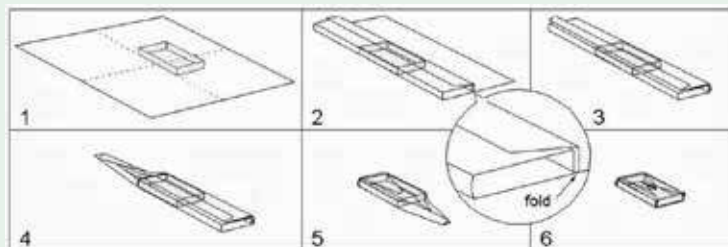
- Adquirir embalagens regularizadas junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Avaliar os sistemas de embalagem e materiais das embalagens antes da compra e do uso.
- Selecionar embalagens que sejam barreira eficiente para os micro-organismos, partículas e fluídos.
- Utilizar embalagens compatíveis com o método de esterilização e apropriadas ao PPS a ser embalado.
- Estabelecer protocolos para definir o tipo embalagem e dobradura de acordo com o PPS.
- Considerar o tipo de produto, formato, seu peso e tamanho para definir a forma de empacotar o PPS.
- Verificar o tamanho do invólucro a ser utilizado. Esse deve ter tamanho suficiente para acomodar e proteger o PPS. O invólucro maior que o necessário pode dificultar o contato do agente esterilizante com a superfície do PPS, bem como a secagem.
- Avaliar a necessidade de embalagem dupla de acordo com o peso e conformação de cada PPS.
- Os tipos de embalagens e suas recomendações estão apresentadas no Quadro 2.
- Adotar técnica de empacotamento que mantenha a abertura asséptica (tipo envelope ou pacote).

Figura 3 - Embalagem tipo envelope.



Fonte: WFHSS. World forum for Hospital Sterile Supply. Disponível em: <[http://www.wffhss.com/html/educ/articles/educarticle\\_0001.htm](http://www.wffhss.com/html/educ/articles/educarticle_0001.htm)>.

Figura 4 - Embalagem tipo pacote.



Fonte: WFHSS. World forum for Hospital Sterile Supply. Disponível em: <[http://www.wffhss.com/html/educ/articles/educarticle\\_0001.htm](http://www.wffhss.com/html/educ/articles/educarticle_0001.htm)>.

- Seguir a técnica do modo de empacotamento escolhido, permitindo a penetração do vapor.
- Realizar a identificação dos PPS por meio de rótulos ou etiquetas capazes de manter-se legível e afixado durante todo processamento até o momento do uso. O rótulo deve conter nome do produto, número do lote, data da esterilização, data limite de uso, método de esterilização e nome do responsável pelo preparo.
- Fixar externamente nas embalagens o indicador químico de classe I, caso não venha impregnado na embalagem.
- Utilizar fita adesiva para a manutenção do pacote fechado.
- Conferir frequentemente a qualidade dos invólucros, atentando-se para novas tecnologias de sistemas de barreira.
- Realizar validação da seladora.
- Seguir a orientação do fabricante quanto a temperatura ideal para selagem térmica.
- A selagem deve ter a largura de 6mm, podendo ser em linha simples, dupla ou tripla, distante 3 cm da borda do material.
- Realizar a selagem livre de rugas ou falhas e deve ser feita de uma forma que permita a abertura asséptica do pacote.
- Não fazer anotações escritas na embalagem, utilizar rótulos ou etiquetas aderidos à face do filme.

### RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. As embalagens devem possuir as seguintes características: penetração e saída do agente esterilizante e o contato direto com todas as superfícies do PPS, permitir remoção completa do ar do interior da embalagem, ser livre de material tóxico e corantes, ser de tamanho suficiente para permitir acomodação segura, ser boa barreira física e microbiológica, possibilitar vedação hermética adequada, permitir a visualização do conteúdo quando uma das faces é de filme transparente, quando possível ter indicador químico de processo impregnado na embalagem, ter relação custo-benefício favorável.
2. Realizar a codificação nas hastes dos instrumentais para otimizar a montagem das caixas, controle de desvios e controle de qualidade. Geralmente é utilizado o sistema eletroquímico de gravação e são utilizados sistemas alfanuméricos que contêm informações sobre tipo de caixa e de instrumento, número do instrumento e identificação da instituição. Há também a identificação por meio eletrônico.
3. As embalagens devem ser armazenadas à temperatura e umidade relativa de acordo com as recomendações do fabricante até o momento de serem utilizadas.
4. Embalagens de PPS rotulados como de uso único devem ser descartados após um ciclo de esterilização.
5. Os PPS devem ser embalados de forma a permitir a abertura na técnica asséptica.
6. Para PPS de conformação irregular e de tamanhos grandes utilizar embalagem dupla.
7. Proteger PPS pontiagudos ou cortantes com recursos como a embalagem dupla ou proteção com gaze ou protetores específicos de silicone ou outro para esta aplicação.
8. Fazer o registro da produtividade do setor.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

### Quadro 7. Embalagens indicadas para a esterilização por vapor saturado sob pressão

CARACTERIZAÇÃO DOS TIPOS DE EMBALAGEM	
<b>Tecido de algodão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Constituição: Fibra 100% de algodão cru (sarja T1 e T2).</li><li>- Normas regulamentadoras: NBR 14027/1997 (campo simples) e NBR 14028/1997 (campo duplo).</li><li>- Vantagens: propriedade de memória ideal, altamente resistente, economia.</li><li>- Desvantagens: baixa barreira microbiana (34%), difícil controle do nº de processamentos; alta absorção e permeabilidade aos líquidos; baixa vida útil (até 65 processamentos); impossibilidade de visualização do conteúdo.</li></ul>
<b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lavar antes do primeiro uso para retirar o amido e proceder à lavagem após cada uso.</li><li>3. Realizar inspeção visual quanto à integridade do tecido e sujidade. Não deve apresentar remendado ou cerzido.</li><li>4. Uso de adesivo térmico é aceito como forma de remendo, mas só deve ser utilizado quando ocorrer rasgo acidental em tecidos novos.</li><li>4. Realizar testes frequentes de permeabilidade com água, controlando o tempo de vazamento em comparação com o de tecido novo.</li><li>5. É recomendado embalagem dupla com dois campos de algodão simples para o processo de esterilização pelo vapor saturado sob pressão.</li><li>6. Realizar controle no número de processamentos do tecido de algodão (no máximo 65 processamentos) e registrar esse controle.</li><li>7. Não passar por calandragem.</li><li>8. Manter estocado em temperatura de 18 a 22°C e umidade de 35 a 70% quando armazenados na lavanderia ou na área de preparo.</li></ol>	
<b>Papel grau cirúrgico com filme transparente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Constituição: Celulose + filme transparente.</li><li>- Normas regulamentadoras: NBR 14990/2003.</li><li>- Vantagens: visualização do conteúdo; boa relação custo-benefício; várias formas e tamanhos; indicador de processo na embalagem; fechamento hermético por selagem; biodegradável; compatível com diversos processos de esterilização.</li><li>- Desvantagens: não recomendado para PPS com conformidades complexas, pesados ou grandes; precisa de proteção adicional em produtos pontiagudos ou perfurocortantes.</li></ul>

<p><b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gramatura de 60 g/m<sup>2</sup> e 70 g/m<sup>2</sup>.</li> <li>2. Variação de gramatura de no máximo 4%.</li> <li>3. Repelência à água = 20s p/ penetração.</li> <li>4. Média de diâmetro dos poros inferiores a 35 micra.</li> <li>5. Presença de indicador de processo impregnado na embalagem.</li> <li>6. Caso seja necessário uso de embalagem dupla colocar papel com papel/ filme com filme. A embalagem interna deve ser confeccionada em tamanho menor, evitando-se dobras e sobras.</li> <li>7. Não utilizar se a embalagem estiver danificada.</li> </ol>	
<p><b>Papel crepado ou encrespado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituição: Celulose tratada (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> geração).</li> <li>- Norma regulamentadora: NBR 14990/2003.</li> <li>- Vantagens: biobarreira de 99%; flexível e fácil manuseio; compatível com diversos processos de esterilização; biodegradável e ausência de toxicidade; hidrorrepelência e antiestética.</li> <li>- Desvantagens: baixa resistência mecânica; não permite a termoselagem.</li> </ul>
<p><b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Envoltório pregueado.</li> <li>2. Gramatura mínima de 56g/m<sup>2</sup>.</li> <li>3. Repelência à água = 20s p/ penetração.</li> <li>4. Diâmetro dos poros inferiores a 50 micra.</li> </ol>	
<p><b>Contêiner rígido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituição: Aço inox; plástico termorresistente e alumínio anodizado.</li> <li>- Vantagens: reutilizável, fácil manuseio e preparo; compatível com diversos processos de esterilização; dispensa embalagem externa; lacre para não violar o sistema; embalagem de alta resistência e proteção dos PPS; segurança no transporte; simplicidade e segurança na técnica de abertura; economizar espaço no armazenamento; possibilitar codificação dos PPS segundo as especialidades médicas, por meio do uso de etiquetas coloridas.</li> <li>- Desvantagens: alto custo; atenção especial na fase de secagem; ajuste do ciclo de esterilização; espaço planejado para armazenamento; conferência de fechamento hermético.</li> </ul>
<p><b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. São indicados para autoclaves que possuam bomba de vácuo e por vezes um maior tempo de secagem (ajuste do ciclo de esterilização).</li> <li>2. O contêiner deve ser limpo após cada utilização. Retirar as etiquetas e filtros das tampas antes de realizar esse processo.</li> <li>3. A integridade do contêiner rígido, inclusive o filtro deve ser inspecionado após cada utilização.</li> <li>4. Os filtros podem ser de uso único ou por tempo determinado, conforme indicação do fabricante.</li> <li>5. Não é recomendado utilizar outro tipo de embalagem dentro desse sistema, como acondicionar PPS empacotados em grau cirúrgico e armazená-lo no contêiner.</li> </ol>	
<p><b>Manta de SMS (não tecido)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituição: 03 camadas ou mais de não tecido 100% polipropileno (<i>Spunbond/ Meltblown/Spunbond</i>).</li> <li>- Norma regulamentadora: NBR 13370/2002.</li> <li>- Vantagens: barreira microbiana de 99-100%; embalagem descartável; vários tamanhos e gramaturas: gramatura leve (menor que 25 g/m<sup>2</sup>), gramatura média (entre 26 a 70 g/m<sup>2</sup>), gramatura pesada (entre 71 e 150 g/m<sup>2</sup>) e gramatura muito pesada (acima 150 g/m<sup>2</sup>); alta permeabilidade aos agentes esterilizantes; baixo nível de desprendimento de fibras; maleabilidade; abertura asséptica; resistência à penetração de líquidos.</li> <li>- Desvantagens: ausência de memória dificulta a confecção da embalagem; dificuldade de verificação quanto à quebra da integridade (pequenos traumas ou perfurações); não é tão resistente a rasgos e abrasão quando comparada ao tecido de algodão.</li> </ul>
<p><b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar testes quanto à resistência interna da embalagem, força de explosão, alongamento, resistência à penetração de água, força de tração e resistência a tração úmida.</li> </ol>	

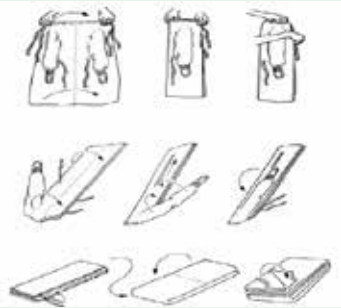
<b>Tyvek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituição: Poliolefina de fibras entrelaçadas de polietileno, em tripla camada e alta densidade.</li> <li>- Vantagens: biobarrera de 99%; alta resistência mecânica e a fluidos; atóxica e não desprende fibras; fechamento hermético por selagem e visualização do conteúdo; várias formas e tamanho; presença de indicador de processo.</li> <li>- Desvantagens: alto custo; incompatível com calor seco; incompatível com temperaturas superiores a 126°C.</li> </ul>
<b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b>	
1. Realizar o ajuste do ciclo de esterilização em vapor saturado sob pressão (temperaturas menores a 126°C por um maior tempo de exposição).	

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

### 5.3. INSPEÇÃO, DOBRADURA E EMPACOTAMENTO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE

**Quadro 8. Recomendações para a inspeção e dobradura do enxoval cirúrgico**

<b>INSPEÇÃO E DOBRADURA DO ENXOVAL CIRÚRGICO</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>RECOMENDAÇÕES E PONTOS-CHAVES</b>
<b>Recepcionar, inspecionar o enxoval</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber o enxoval e proceder o registro quanto ao quantitativo e tipo de item.</li> <li>- Inspecionar quanto à presença de sujidade, manchas, quebra da integridade e funcionalidade.</li> </ul>
<b>Dobrar e empacotar o enxoval</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padronizar os pacotes de campos cirúrgicos quanto à indicação de uso e quantidade.</li> <li>- Fazer dobradura conforme protocolo institucional.</li> <li>- Proceder as dobraduras de forma a permitir a penetração e remoção do agente esterilizante.</li> <li>- A técnica de dobradura deve permitir a manutenção asséptica durante o uso do enxoval.</li> <li>- Identificar os pacotes indicando o nome do produto, número do lote, data da esterilização, data limite de uso, método de esterilização e nome do responsável pelo preparo.</li> <li>- Utilizar o indicador químico de classe I, caso não venha impregnado na embalagem.</li> <li>- Utilizar fita adesiva para a manutenção do pacote fechado.</li> </ul>
<b>Padronizar tamanhos dos campos cirúrgicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir as normalizações para aquisição do enxoval cirúrgico e utilizados em outros procedimentos assépticos (o tecido de algodão utilizado nos campos cirúrgicos devem seguir as seguintes normas: NBR 12.546/91, que define tecido de algodão como uma estrutura produzida pelo entrelaçamento de um conjunto de fios de urdume (comprimento) e um conjunto de fios de trama (largura), formando um ângulo de 90° ou próximo a tal valor; NBR 14.027 (campos simples) e a NBR 14.028 (campos duplos), que afirmam que o tecido deve ser 100% algodão, padrão sarja 2/1, com 210 g/m<sup>2</sup> de textura aproximada e com 40 a 56 fios por cm<sup>2</sup> de tecido (ABNT, 1997).</li> <li>- Confeccionar os campos com dimensões que atendam às suas finalidades e especificidades:  <b>Campos cirúrgicos:</b> Campo grande: 160 x 140 cm; campo médio: 120 x 100 cm; campo pequeno: 60 x 60 cm; fronha de mayo: 70 x 55 cm; campo fenestrado: 100 x 80 cm; campo fenestrado: 60 x 60 cm; campo fenestrado: 100 x 100 cm.  <b>Campos para empacotamento:</b> campo para pacotes: 150 x 150 cm; campo para pacotes: 120 x 120 cm; campo para pacotes: 100 x 100 cm; campo para pacotes: 80 x 80 cm; campo para pacotes: 60 x 60 cm.</li> </ul>

<b>Padronizar aventais cirúrgicos reutilizáveis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O tecido dos aventais deve seguir as mesmas normas dos campos cirúrgicos.</li> <li>- Para esterilização dobrar o avental, conforme a técnica abaixo:  <div style="text-align: center;"> <p>Figura 5. Dobradura do avental cirúrgico.</p>  </div> </li> </ul> <p style="text-align: center;">Fonte: Silva, Rodrigues, Cesaretti (1997, p. 203).</p>
---	---

<p><b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Padronizar os campos cirúrgicos de acordo com os tipos de demanda e em conformidade com as necessidades das equipes e definições do serviço de controle e prevenção de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.</li> <li>2. Fazer o registro da produtividade, bem como das perdas relacionadas aos campos que deverão ser submetidos a novo ciclo de limpeza, reparos e baixas de uso para a análise de custo do seu uso.</li> </ol>
---

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

#### 5.4. ESTERILIZAÇÃO POR VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE

**Diretriz:** Todos os PPS críticos termorresistentes devem ser submetidos à esterilização para garantir a segurança no seu uso.

**Definição:** O método de esterilização por vapor saturado sob pressão (calor úmido), promove a eliminação dos micro-organismos pela transferência de calor latente por meio do vapor de água que leva à termocoagulação e a desnaturação de enzimas e proteínas da célula microbiana. O sucesso da esterilização por autoclave depende do vapor saturado, da pressão, da temperatura e do tempo de exposição. Não se aplica a materiais sensíveis a altas temperaturas.

#### **Quadro 9. Recomendações quanto à manutenção e rotina de uso de autoclaves por vapor saturado sob pressão**

ESTERILIZAÇÃO - VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO	
AÇÕES	RECOMENDAÇÕES E PONTOS-CHAVES
<p><b>Validar a autoclave</b></p> <p>(Processo documentado de registro que atendam a ABNT 14937)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a qualificação de instalação quando da aquisição ou reposicionamento em nova estrutura física.</li> <li>- Realizar a qualificação de operação após a instalação do equipamento de esterilização quando da instalação ou reposicionamento em nova estrutura física.</li> <li>- Realizar a qualificação de desempenho do equipamento anualmente, quando da troca de insumos ou manutenção corretiva de grande monta.</li> <li>- Realizar a qualificação térmica anualmente.</li> <li>- Requalificar o esterilizador após mudança de instalação, mau funcionamento, reparos em parte do equipamento ou suspeita de falhas no processo de esterilização.</li> </ul>
<p><b>Ter programa de Manutenção</b></p> <p>(NBR ISO 11134)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a manutenção preventiva em conformidade com orientação do fabricante.</li> <li>- Estabelecer o cronograma de manutenção preventiva (trimestral, semestral e anual) em conformidade com as orientações do fabricante e legislações sanitárias ou de igual teor vigentes.</li> <li>- Registrar a execução das manutenções preventivas e corretivas para fins de evidência dos procedimentos técnicos recomendados e para auditorias sanitárias.</li> </ul>



<b>Realizar limpeza da câmara da autoclave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpar a câmara interna semanalmente com produtos recomendados pelo fabricante (água, escova própria e pano limpo).</li> <li>- Proceder a limpeza com produtos específicos para remoção de incrustações na câmara interna.</li> </ul>
<b>Padronizar a montagem da carga (princípio circulação e penetração do vapor)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar embalagens compatíveis e regularizadas junto à ANVISA.</li> <li>- Manter o preenchimento da câmara no máximo 80% e com a capacidade mínima de 20%.</li> <li>- Dispor os PPS em cestos, na posição vertical, garantindo o espaçamento de 25-50 mm entre pacotes.</li> <li>- Dispor os PPS côncavo-convexos na posição vertical ou inclinada.</li> <li>- Posicionar os jarros, baldes e frascos com a abertura para baixo.</li> <li>- Dispor os pacotes menores na parte superior câmara e os maiores na parte inferior da câmara.</li> <li>- Garantir que os pacotes embalados em papel grau cirúrgico com filme transparente sejam dispostos nos cestos mantendo o contato entre si do papel grau cirúrgico com papel grau cirúrgico e do filme transparente com o filme transparente.</li> <li>- Garantir que os pacotes não encostem nas paredes da câmara interna do equipamento.</li> <li>- Estabelecer rotina de esterilização de cargas distintas de materiais têxteis e de instrumental.</li> </ul>
<b>Realizar Monitoramento e registro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar o desempenho físico do equipamento.</li> <li>- Registrar todos os PPS por carga de esterilização em impresso próprio ou sistema informatizado com as informações: data, equipamento utilizado, número do lote, descrição dos PPS, parâmetros utilizados no ciclo de esterilização (temperatura, tempo de exposição, pressão e umidade) o nome e assinatura do responsável pela esterilização (operador) e os resultados dos testes realizados (teste de Bowie-Dick, integrador químico classe 5 ou 6 e indicador biológico).</li> <li>- Realizar o teste de Bowie Dick diário, no primeiro ciclo do dia, com equipamento pré-aquecido e com a câmara vazia. Realizá-lo também sempre após manutenções corretivas ou preventivas.</li> <li>- Realizar o teste com indicador biológico diariamente, na primeira carga de PPS do dia e após manutenções preventivas ou corretivas. Posicionar o pacote teste no ponto mais frio da câmara (dreno ou de acordo com a qualificação térmica).</li> <li>- Realizar o teste com indicador biológico para todas as cargas que contenham PPS implantáveis e liberar o uso após o resultado final.</li> <li>- Monitorar e registrar os parâmetros físicos durante o ciclo de esterilização: tempo, temperatura, e a pressão de vácuo e de vapor a ciclo de esterilização a cada ciclo de forma manual, por impressora acoplada/interligada ou por software.</li> <li>- Monitorar todos os pacotes com indicador químico de classe 1 e 5 ou 6.</li> </ul>
<b>Padronizar o descarregamento da carga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter os PPS no rack/cestos após serem retirados do esterilizador para o resfriamento natural. Somente colocá-los sobre superfícies após atingirem a temperatura ambiente.</li> <li>- Manusear e estocar os pacotes de PPS quando estiverem totalmente frios.</li> <li>- Utilizar EPC (Equipamento de proteção coletivo) na remoção da carga.</li> <li>- Verificar a integridade dos pacotes e a presença de umidade.</li> </ul>
<p><b>RECOMENDAÇÕES GERAIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A manutenção preventiva deverá ser realizada para conservação e detecção de falhas ou desgastes do equipamento.</li> <li>- As qualificações do esterilizador devem ser executadas por empresas/laboratórios capacitados e qualificados com periodicidade mínima anual. Sempre que a carga de esterilização apresentar desafios superiores àquela utilizada na qualificação de desempenho, esta deve ser refeita.</li> <li>- Os registros do monitoramento físico (tempo, temperatura e pressão), químico (indicadores químicos de classe 1, 2 e 5 ou 6) e biológico (indicador biológico) devem ser mantidos por cinco anos.</li> <li>- O responsável técnico pelo processamento dos PPS deve participar do processo de aquisição de esterilizador e dos insumos para uso.</li> </ul>	

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

## 5.5. ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE

**Diretriz:** Manter a integridade e esterilidade do PPS até a distribuição às unidades consumidoras.

**Definição:** Área destinada ao armazenamento seguro e distribuição dos PPS processados.

**Quadro 10. Recomendações para a etapa de armazenamento e distribuição de produtos para a saúde**

ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO	
AÇÕES	RECOMENDAÇÕES E PONTOS-CHAVES
<b>Padronizar o armazenamento e distribuição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Armazenar os PPS de forma organizada em espaços adequados.</li> <li>- Manter os pacotes com as embalagens íntegras até a utilização do PS, sem rasgos, perfurações ou fissuras.</li> <li>- Proteger os PPS e eventos que comprometam a sua segurança, por meio de acondicionamento adequado, evitando a contaminação e rompimento da embalagem.</li> <li>- Evitar o manuseio excessivo dos PPS.</li> <li>- Manter os PPS armazenados em empilhamento.</li> <li>- Registrar todos os PS que forem distribuídos afim de garantir a rastreabilidade.</li> <li>- Manter em locais distintos os itens não estéreis.</li> <li>- Manter controle de temperatura em torno de 25°C e umidade relativa entre 30% a 60%.</li> <li>- Transportar os PPS estéreis por meio de sacos plásticos ou containers rígidos.</li> <li>- Considerar contaminados os pacotes que caírem no chão ou que tiverem danos na embalagem (rasgo, comprimidos, torcidos e úmidos).</li> <li>- Estocar os PPS a uma distância de 20-25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm da parede.</li> <li>- Manter a estocagem dos PPS de modo a não comprimi-los, torcê-los, perfurá-los ou comprometer a sua esterilidade.</li> <li>- Liberar os PPS com data de esterilização mais antiga para a mais recente.</li> <li>- Manter o ambiente com controle de fluxo e de acesso estrito aos profissionais escalados.</li> <li>- Fazer inspeção periódica das condições de estocagem dos PPS para quaisquer situações que comprometam a integridade e esterilidade.</li> <li>- Verificar periodicamente se os PPS continuam sob a garantia de seus prazos de validade.</li> <li>- Acondicionar os PPS em prateleiras de aço inoxidável, fórmica tratada, plástico rígido ou cestos aramados.</li> <li>- Estabelecer rotina de limpeza concorrente e terminal da área, dos racks, prateleiras/cestos, dos carros de transporte e demais estruturas.</li> <li>- Adotar sistema de registro para controle de entrada e saída dos PPS para as unidades consumidoras.</li> <li>- Realizar periodicamente o inventário dos materiais estocados.</li> <li>- Validar o melhor tempo de estocagem.</li> </ul>

### RECOMENDAÇÕES GERAIS:

1. Considerar sempre o tempo de validade de esterilidade, bem como os eventos relacionados ao avaliar, dispensar e utilizar os PPS.
2. Para controlar alguns dos eventos relacionados ao PPS, utilizar embalagem protetora externa aos pacotes esterilizados (plástico resistente ou de polietileno).
3. A distribuição dos PPS esterilizados deve ser feita em carros fechados ou cobertos, em recipientes rígidos ou em saco plástico resistente atentando sempre para a manutenção da integridade e esterilidade, bem como os aspectos ergonômicos do trabalhador.
4. Estabelecer rotina de limpeza e desinfecção dos carros de transporte dos PPS esterilizados.
5. Pacotes que caírem no chão, que forem comprimidos, rasgados, perfurados ou molhados devem ser considerados contaminados. Não devem ser distribuídos PPS que apresentem papel grau cirúrgico amassado, invólucros manchados, não tecidos com desprendimento de partícula, comprometimento da selagem ou suspeita de violação da selagem ou embalagem e sujidade visível.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2017) com base nas referências citadas.

Destaca-se que o princípio que deve nortear a guarda de PPS estéreis é a prevenção da ocorrência de “eventos relacionados”, definidos como condições ambientais e/ou comportamentos adversos que podem danificar a embalagem dos PPS e, conseqüentemente, favorecer a sua contaminação (WEBSTER et al., 2003). Dentre estes comportamentos, citamos: manusear excessivamente, abrir e fechar a embalagem, carregar junto ao corpo/debaixo dos braços, guardar em gavetas apertadas, cair no chão, prender com elásticos ou barbantes e colocar sob peso.

Estas são condições que podem levar à contaminação imediata de um PPS recém-esterilizado, mesmo tendo como invólucro uma embalagem que asseguraria seis meses de validade. Desta forma, não faz qualquer sentido estabelecer um prazo de validade atrelado às propriedades das embalagens e não garantir condições para sua preservação. Compreende-se que a segurança no uso de um PPS se inicia na qualidade do processamento e se estende à manutenção da sua esterilidade até o momento do uso. E, negligenciar os cuidados de preservação, coloca em risco os usuários dos PPS, representa desperdício de todas as ordens, tempo, insumos, mão de obra, além de desqualificar o trabalho da equipe de CME.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a construção deste protocolo, considerando as diretrizes propostas e as necessidades imediatas nos serviços de saúde em nossa região, tivemos que optar por priorizar temáticas voltadas para prática clínica. Entretanto, não podemos finalizá-lo sem destacar a importância de recursos humanos qualificados nas unidades de CME, pois deles dependem a operacionalização de todas as etapas do processamento.

Historicamente, em nosso país, a força de trabalho nos CME é representada pela equipe de enfermagem, tendo o enfermeiro como Responsável Técnico. Entretanto, a RDC nº 15 (ANVISA, 2012) não restringe esta função ao enfermeiro, mas a um profissional de nível superior que tenha competência. Levando-nos à reflexão do quanto é importante que os enfermeiros desenvolvam esta competência técnica e se mantenham atualizados sob o risco de perdermos mais um espaço do cuidado. O que, necessariamente, nos remete a pensar na importância que tem sido dada ao processamento de PSS na formação dos enfermeiros e de sua equipe. No nosso ponto de vista, esta importância definirá o espaço que teremos nas unidades de CME em um futuro bem próximo.

## REFERÊNCIAS

- AAMI. Association for the Advancement of Medical Instrumentation. **Technical information report n. 34.** Water for the reprocessing of medical devices. Arlington: AAMI, 2007.
- \_\_\_\_\_. Association for the Advancement of Medical Instrumentation.. **American National Standard:** Comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance in health care facilities. Arlington: AAMI, 2006. 190 p.
- ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas . **NBR 14027.** Roupa hospitalar: confecção de campo simples. Rio de Janeiro: ABNT, 1997a.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Normas Técnicas . **NBR 14028.** Roupa hospitalar: confecção de campo duplo. Rio de Janeiro: ABNT, 1997b.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 11134.** Esterilização de produtos hospitalares: Requisitos para validação e controle de rotina – Esterilização por calor úmido. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Normas Técnicas .**NBR 14990.** Sistemas e materiais para esterilização de produtos para saúde. **Requisitos gerais.** Rio de Janeiro: ABNT, 2004.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Normas Técnicas .**NBR 14990-6.** Sistemas e materiais de embalagem para esterilização de produtos para saúde: não tecido. Rio de Janeiro: ABNT, 2009.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Normas Técnicas .**NBR 14990-5.** Sistemas e materiais para esterilização de produtos para saúde. Papel grau cirúrgico para embrulhar produtos para saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2010.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 19 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, 2012. **DOU Nº 54, de 19 de março de 2012.** Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-15-de-15-de-marco-de-2012>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 55, de 21 de novembro de 2012. Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências. Brasília, 2012. **DOU Nº 224, de 21 de novembro de 2012.** Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5b22ac004d9a646fb63ff7c116238c3b/27+de+novembro+RDC+55\\_2012++Detergentes+Enzimaticos.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5b22ac004d9a646fb63ff7c116238c3b/27+de+novembro+RDC+55_2012++Detergentes+Enzimaticos.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em 15 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. **DOU, de 25 de outubro de 2010.** Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-42-de-25-de-outubro-de-2010>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informe Técnico nº 01/09: Princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em serviços de saúde. **DOU.** Brasília: ANVISA, 2009. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/Alertas/2009/informe\\_tecnico\\_1.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/Alertas/2009/informe_tecnico_1.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente:** Higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- AORN. Association of Perioperative Registered Nurses. **Guideline for perioperative practice.** Denver: AORN, 2017.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria GM nº 3.214, de 8 de junho de 1978.** Aprova a Norma Regulamentadora Nº 06 – Equipamento de proteção individual. Brasília: Ministério do Trabalho,1978.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº485, de 11 de novembro de 2005.** Aprova a Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005.
- CUNHA, A. F. et al. **Recomendações práticas para processos de esterilização em estabelecimento de saúde.** Guia elaborado por enfermeiros brasileiros. São Paulo: Komedi, 2000. 94 p.

- FUSCO, S. F. B.; SPIRI, W. C. Análise dos indicadores de qualidade de centros de material e esterilização de hospitais públicos acreditados. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 426-433, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000200426&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200426&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- FREITAS, L. R. et al. Embalagem de tecido de algodão: análise do uso em hospitais de médio e grande porte. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.4, p.811-820, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/16612/13345>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. (Des)cuidado com produtos para saúde processados no transporte e armazenamento em unidades de internação. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 253-262, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100253&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100253&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- GRAZIANO, K.U.; SILVA, A.; PSALTIKIDIS (Org.). **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização**. Barueri: Manole, 2011. 417 p.
- PADOVEZE, M. C.; GRAZIANO, K. U. (Coord.). **Limpeza, desinfecção e Esterilização de Artigos em Unidades de Saúde**. São Paulo: APECIH, 2010. 339 p.
- PIRES, F.V. et al. Momentos para higienizar as mãos em Centro de Material e Esterilização. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n.3, p.546-545, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0546.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.
- SILVA, M. D'A. A.; RODRIGUES, A. L. R; CESARETTI, I. U. R. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.
- SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas Recomendadas da SOBECC: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. 6. ed. São Paulo: SOBECC Nacional, 2013. p. 1-111.
- WEBSTER, J. et al. Rethinking sterilization practices: evidence for event-related outdated. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Chicago v. 24, n. 8, p. 622-623, 2003.



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Sergiane Bisinoto Alves<sup>1</sup>  
Adenícia Custódia Silva e Souza<sup>2</sup>  
Anaclara Ferreira Veiga Tipple<sup>3</sup>  
Silvia Carla da Silva André<sup>4</sup>  
Izildinha Pedreira Barro<sup>5</sup>  
Milca Severino Pereira<sup>6</sup>

**Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais que se vincula a matéria:**

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 303/2005. *Dispõe sobre a autorização para o Enfermeiro assumir a coordenação como Responsável Técnico do Plano de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

## 1. Introdução

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são aqueles gerados em unidades relacionadas ao atendimento à saúde humana ou animal, inclusive na assistência domiciliar (ANVISA, 2004). O gerenciamento dos RSS consiste em um conjunto dos procedimentos de gestão, planejados e implementados, fundamentados em bases científicas e técnicas, normativas e legais, cujo objetivo é minimizar a produção de resíduos e dar encaminhamento eficiente e seguro àqueles gerados, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (ANVISA, 2004).

Atualmente, no Brasil, o gerenciamento desses resíduos é normalizado pela Política Nacional de Resíduos Sólidos (BRASIL, 2010), Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente nº 358/2005 e Resolução da Diretoria Colegiada nº 306/2004 da ANVISA (em revisão). Além disso, há normas específicas publicadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Renováveis (IBAMA), pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e pela Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT).

A geração de RSS tem aumentado progressivamente. Em 2012, no Brasil, foram coletados 245 mil toneladas de RSS, representando um discreto aumento em relação ao ano de 2011 (ABELPRE, 2012). Já em

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG) e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da UFG.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR).

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Vigilância Sanitária do Estado de Goiás e Município de Goiânia.

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

2013 foram 252,2 mil toneladas, sendo 18.894 toneladas da região Centro-Oeste (ABELPRE, 2013). Em Goiânia, de 2008 a 2013, a média mensal de coleta de RSS, em toneladas, variou de 206,43 em 2008 a 252,8 em 2011 (COMURG, 2013). O índice médio de geração de resíduos de serviços de saúde no Brasil é de 1,254 kg/habitante/ano. Esse índice varia de 2,063 na região Sudeste até 0,467 na Sul. A região Centro-Oeste apresenta índice médio de 1,260 kg/habitante/ano (ABELPRE, 2013). Do total de RSS gerados, apenas 10 a 25% necessitam de cuidados especiais (ANVISA, 2006) pelos riscos que representam.

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para a geração de RSS, entretanto, ainda não dispomos de dados nacionais que permitam indicar a sua contribuição. Em Goiânia, um estudo realizado em uma unidade de atenção primária à saúde, mostrou uma produção de 32,60 kg por semana, com uma média de 6,52 kg/dia (ALVES, 2015).

Os RSS são objetos de atenção dos serviços de vigilância sanitária em relação ao cumprimento das exigências técnicas e legais vigentes no país. Porém, por ser recente esse processo de monitoramento e fiscalização, além da questão de sua operacionalização, o foco vem se voltando mais para os serviços de saúde de maior porte (ANDRÉ, 2014). No entanto, o atual contexto evidencia a necessidade de um olhar especial para o gerenciamento dos RSS inseridos na APS: CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde), UPA (Unidade de Pronto Atendimento), UABSF (Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família), UBS (Unidade Básica de Saúde), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), home care, consultório na rua.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em março de 2016, 63,83% da população brasileira recebiam assistência das ESF (BRASIL, 2016). Esse percentual sugere uma elevada quantidade de atendimentos realizados intra e extra-estabelecimento e, conseqüentemente, uma maior geração de RSS. Esses dados mostram a relevância da temática para os serviços de saúde e meio ambiente e a importância de estabelecer protocolos que direcionem o manejo desses resíduos na atenção primária. Esses resíduos, se não gerenciados adequadamente, podem representar riscos aos profissionais de saúde, ao meio ambiente e aos trabalhadores da coleta pública. No caso da atenção primária à saúde, esses riscos ultrapassam os muros dos serviços de saúde e atingem a comunidade em geral. Neste capítulo, apresentaremos um protocolo para o gerenciamento de RSS enfocando o papel da equipe de enfermagem.

## 2. Objetivos

- Oferecer diretrizes para o gerenciamento seguro dos resíduos de serviços de saúde na atenção primária à saúde.
- Estabelecer o fluxograma para o manejo interno e externo dos resíduos gerados em serviços de saúde na atenção primária.

## 3. Resíduos de serviços de saúde na atenção primária e a enfermagem

Resíduos são resultantes de atividades humanas, que podem estar nos estados sólido e semi-sólido. São classificados de acordo com sua origem e periculosidade: *resíduos domiciliares, resíduos de limpeza urbana, resíduos de estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços, resíduos dos serviços públicos de saneamento básico, resíduos industriais, resíduos de serviços de saúde, resíduos da construção civil, resíduos agrosilvopastoris, resíduos de serviços de transporte e resíduos de mineração* (ABNT, 2004; BRASIL, 2010).

Os Resíduos Sólidos Urbanos são constituídos por grupos de resíduos que apresentam características diversas; dentre esses grupos destacam-se os RSS, que possuem um potencial risco de ser infectante ou tóxico, exigindo um manejo adequado desde a geração até a disposição final. Embora estime-se que os RSS representem cerca de 2% do total de resíduos gerados por uma comunidade, merece atenção para seu manejo, tratamento e disposição final, pois ainda, que pequeno, esse percentual de produção de RSS concebe um importante aspecto na gestão de resíduos, pela possibilidade de contaminação do ambiente e de risco à saúde pública (TAKAYANAGUI, 2004, 2005). Os RSS são classificados em cinco grupos, de acordo com suas características, conforme a Figura 1 (ANVISA, 2004).



**Figura 1.** Grupo, definição e exemplos de resíduos de serviços de saúde. Goiânia, 2017

GRUPO	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
<b>A</b> <b>INFECTANTES</b>	Resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. Subdividido em A1, A2, A3, A4 e A5.	Descarte de vacinas de micro-organismos vivos ou atenuados; culturas, meios de cultura e estoques de micro-organismos; sobras de amostra de laboratório; peças anatômicas, órgãos e tecidos; kits de linha arteriais, endovenosa e dialisadores; filtro de ar e gases aspirados de áreas contaminadas; recipientes e materiais resultantes da assistência à saúde; bolsas transfusionais, dentre outros.
<b>B</b> <b>QUÍMICOS</b>	Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.	Produtos hormonais e antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; antirretrovirais. Resíduos saneantes, desinfetantes, resíduos contendo metais pesados, reagentes para laboratório. Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores) e dos equipamentos automatizados utilizados em análises químicas. Hipoclorito, Glutaraldeído, amálgama, dentre outros.
<b>C</b> <b>REJEITOS RADIOATIVOS</b>	Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para as quais a utilização é imprópria ou não prevista.	Rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia.
<b>D</b> <b>COMUNS</b>	Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparado aos resíduos domiciliares.	Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário; resto alimentar de paciente; material utilizado em anti-sepsia e hemostasia venosa; sobras de alimentos e do preparo de alimentos; resto alimentar de refeitório; resíduos provenientes de áreas administrativas; resíduos de varrição, flores, podas e jardins; resíduos de gesso.
<b>E</b> <b>PERFUROCOR TANTES</b>	Materiais perfurantes ou escarificantes	Lâminas de barbear; agulhas; escalpes; ampolas de vidro; brocas; limas endodônticas; pontas diamantadas; lâminas de bisturi; lancetas; tubos capilares; micropipetas, lâminas e lamínulas; espátulas; todos os utensílios de vidro quebrados de laboratório e outros similares.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2017), conforme a RDC nº 306/2004 (ANVISA, 2004).

As atividades realizadas na atenção primária apresentam potencial para a geração de RSS, em especial dos Grupos A e E, que na maioria das vezes são oriundos da sala de vacina e curativos. Além desses Grupos de RSS gerados, os resíduos do Grupo B também são notórios, pois em grande parte são resultantes das atividades de saúde bucal, como o amálgama; e das farmácias básicas, como as substâncias antimicrobianas.

Um estudo (ALVES, 2015) realizado em Goiânia mostrou que a proporção de resíduos gerados em uma UABSF foram de: 2,6% resíduos infectantes; 10,0% perfurocortantes e 87,4% comuns. Enquanto que no CAIS, essa proporção foi de 49,5% comuns, 43,23% infectantes e 7,25% perfurocortantes.

Nesse contexto, conforme a RDC nº 306/2004 (ANVISA, 2004) e a Resolução nº 358/2005 (CONAMA, 2005), todo estabelecimento de saúde deve elaborar o seu Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), e entre as suas funcionalidades está o direcionamento dos profissionais quanto às rotinas e normas a serem adotadas no manejo dos RSS. Ainda, deve possuir um gerente técnico, que possa gerenciar o manejo dos RSS intra e extra-estabelecimento.

O gerenciamento dos RSS extra-estabelecimento relaciona-se com as etapas de coleta e transporte externos, tratamento e disposição final. Porém, no contexto da atenção primária, os resíduos biológicos, químicos e perfurocortantes, gerados nos domicílios adscritos na área de abrangência da unidade, também são considerados extra-estabelecimentos e devem ser contemplados no plano de gerenciamento das referidas unidades.

Tendo como fundamento a responsabilidade expressa na RDC nº 306/2004 (ANVISA, 2004) quanto à segregação dos RSS pelos seus geradores, os profissionais de saúde ao realizarem procedimentos em domicílios são responsáveis pelo manejo dos RSS gerados; e, os usuários que realizam atividades de autocuidado que gerem RSS devem ser orientados pela equipe da ESF sobre o manejo adequado desses resíduos (ALVES et al, 2012).

O gerenciamento dos RSS na atenção primária à saúde tem sido negligenciado e as diretrizes legais não estabelecem normas específicas para esse manejo. Consideramos que a equipe de enfermagem, dada as suas características e funções na atenção primária, tem a responsabilidade de intervir nesse processo e contribuir na elaboração do PGRSS da unidade.

O PGRSS deve conter orientações específicas quanto ao manejo adequado dos RSS gerados na unidade quanto em domicílio. Cabe ao enfermeiro, no momento das consultas e visitas domiciliares, orientar os usuários que geram RSS em domicílios, oriundos de atividades de autocuidado em saúde, quanto ao manejo seguro dos RSS (ANDRÉ et al., 2012). Ressalta-se que o sucesso do gerenciamento de RSS vai depender de cada profissional gerador e as orientações quanto ao seu manejo devem ser inerentes as atividades cotidianas de cuidado.

#### **4. Passos da operacionalização do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde na atenção primária**

- **Nomear a equipe para a elaboração e implantação do PGRSS**
- **Definir responsável técnico para o PGRSS.** O responsável técnico pode ser qualquer profissional com registro ativo junto ao seu conselho de classe, com a apresentação e Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função e responsável pela elaboração e implantação do PGRSS (ANVISA, 2004). O COFEN, por meio da Resolução nº 303/2005, habilita o Enfermeiro, devidamente inscrito e com situação ético-profissional regular no seu respectivo Conselho Regional de Enfermagem, a assumir a Responsabilidade Técnica do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
  - **Elaborar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde** conforme as Resoluções nº 306/2004 (ANVISA, 2004); e nº 358/2005 (CONAMA, 2005):
    - ✓ Fazer o diagnóstico dos resíduos gerados no serviço de saúde (grupos, quantidade, segregação, identificação, acondicionamento), infraestrutura disponível (recipientes para coleta, carro de transporte para coleta, abrigo externo, fluxo da coleta externa, tipo e local do tratamento dos resíduos infectantes e químicos, disposição final dos resíduos) e recursos humanos;
    - ✓ Envolver todo o serviço para a elaboração do PGRSS com sensibilização, educação permanente e canal de comunicação;

- ✓ Estabelecer as metas do PGRSS e definir os objetivos para cada uma;
- ✓ Estabelecer os objetivos. Para cada objetivo determinar uma ou mais ações;
- ✓ Estabelecer as ações para o manejo dos RSS;
- ✓ Definir as responsabilidades profissionais para cada ação estabelecida;
- ✓ Definir os prazos para o cumprimento das metas;
- ✓ Definir tratamento de resíduos e coleta externa com a elaboração de normas próprias ou para convênios com empresas terceirizadas;
- ✓ Definir os indicadores para a avaliação do PGRSS;
- ✓ Requerer às empresas prestadoras de serviços terceirizados a apresentação de licença ambiental para o tratamento ou disposição final dos RSS e documento de cadastro emitido pelo órgão de limpeza urbana para a coleta e o transporte dos resíduos;
- ✓ Realizar o mapeamento dos riscos associados aos RSS;
- ✓ Estabelecer fluxograma do manejo dos resíduos de serviços de saúde gerados nos domicílios;
- ✓ Definir os recursos necessários para a implementação do PGRSS;
- ✓ Requerer aos órgãos públicos responsáveis pela execução da coleta, transporte, tratamento ou disposição final dos RSS, documentação que identifique a conformidade com as orientações dos órgãos do meio ambiente;
- ✓ Manter o registro de operação de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem.




• **Determinar normas para as etapas do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.** As etapas para o gerenciamento dos RSS na atenção primária estão apresentadas no Fluxograma I (p. 391).

**Segregação** – é a primeira e a principal etapa do manejo dos resíduos de serviços de saúde. Consiste na separação no momento e no local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas e biológicas, seu estado físico e os riscos envolvidos (ANVISA, 2004; ABNT, 2013). Essa etapa é de responsabilidade de quem gera o resíduo (ANVISA, 2004; WHO, 2014). É o passo básico e fundamental para favorecer a segurança das etapas subsequentes e a efetividade do manejo dos resíduos de serviços de saúde (KHANEHZAIEI et al., 2014). O sucesso da segregação depende da classificação prévia do resíduo gerado, do conhecimento, responsabilidade e ética de quem o gera, da disponibilidade de insumos materiais adequados, em quantidade suficiente e dispostos em locais apropriados (WHO, 2014). A segregação inadequada compromete todo o fluxo do gerenciamento e pode representar aumento de custos com o tratamento quando resíduos comuns são descartados em sacos brancos leitosos ou caixa para descarte de perfurocortante e/ou incorrer em riscos ambientais e/ou ocupacionais, quando resíduos infectantes, perfurocortantes, químicos e rejeitos radiológicos são descartados como comuns (MOREIRA; GUNTHER, 2013; PEREIRA et al., 2013, ALVES et al., 2014). No PGRSS deve constar todos os tipos de resíduos gerados na unidade com a sua respectiva forma de segregação.

**Acondicionamento** – “consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e à ruptura” (ANVISA, 2004) e que garantam a segurança em todas as etapas do manejo (ABNT, 2013). A capacidade de acondicionamento dos recipientes deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo e é proibido o esvaziamento ou reaproveitamento dos sacos e caixas. Para a elaboração do PGRSS deve ser feito um inventário do quantitativo de recipientes destinados ao acondicionamento dos resíduos, determinando a capacidade e o tipo dos recipientes, de acordo com o quantitativo de resíduos gerados por dia. Ainda, a determinação do local indicado para cada recipiente em cada ambiente.

**Identificação** – é o conjunto de informações destinadas ao reconhecimento da natureza de risco e do tipo de RSS, por meio do uso de código de cores e simbologia (ABNT, 2013). A identificação deve estar presente nos sacos destinados ao acondicionamento, nos recipientes destinados ao acondicionamento, nos recipientes de transporte interno e externo e nos locais de armazenamento. Além disso, deve ser afixada em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos (Figura 2).

**Figura 2.** Identificação dos resíduos de serviços de saúde conforme o grupo. Goiânia, 2017

Grupo	Descrição	Identificação
A	Símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.	is 
B	Símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.	n 
C	Símbolo internacional de presença de radiação ionizante triófilo de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão “rejeito radioativo”.	
D	Quando a opção for a reciclagem, a identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas nas Resolução do Conama nº 275, e símbolo tipo material reciclável. Para os demais resíduos comuns, deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não há exigência para a padronização de cor desses recipientes.	
E	Símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de “resíduo perfurocortante”	“ is 

Fonte: SOUZA et al. (apud PROENF Gestão, 2011)

A identificação deve ser afixada na tampa e na lateral dos recipientes, preferencialmente com a lista dos resíduos a serem ali descartados. Essa forma de identificação facilita e evita erros comuns na segregação dos resíduos (ALVES, 2015). Detalhar no PGRSS a forma de identificação utilizada na unidade e definir a periodicidade de substituição da identificação, conforme a sua vida útil.

**Transporte interno** – é o traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou ao armazenamento externo (ANVISA, 2004). A NBR 12807 (ABNT, 2013) diferencia a coleta dos resíduos em dois tipos: coleta interna I – operação de retirada e transporte de resíduos, desde o local de geração até a sala de resíduos, e coleta interna II: retirada e transporte de resíduos desde a sala de resíduos até o abrigo externo. A coleta interna I deve ser efetuada conforme as necessidades da unidade geradora, no que se refere a roteiros, volume gerado, dimensionamento de equipamentos, frequência, horário e demais exigências do serviço. A coleta interna II deve atender a roteiro previamente definido e, sempre que possível, com o menor percurso e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos, medicamentos, período de visitas ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades, sem provocar ruídos. Deve ser feito separadamente, de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos. O trajeto do traslado do resíduo do ponto de geração ao armazenamento interno e externo deve constar no PGRSS bem como horário, forma e equipamento de proteção individual indicado para essa atividade.

**Armazenamento temporário** (ANVISA, 2004) **ou interno** (ABNT, 2013) – “consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e aquele destinado à apresentação para a coleta externa”. Não deverá ser feito armazenamento temporário com disposição diretamente dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento. O armazenamento temporário pode ser compartilhado com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo dois metros quadrados para armazenar dois recipientes coletores. Em unidades com pequenas distâncias entre o ponto de segregação e o armazenamento externo, essa sala não é obrigatória. O local de armazenamento, os recipientes necessários e suas características, o tempo de

permanência de resíduos na sala e a rotina de higienização devem constar no PGRSS.

**Tratamento** – aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando as chances de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de danos ao meio ambiente (ANVISA, 2004). Existem várias formas para tratamento dos RSS, dentre elas: autoclavagem, incineração, desinfecção química e micro-ondas. O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nesses casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local de tratamento (ANVISA, 2004).

Na atenção primária é obrigatório o tratamento dos resíduos resultantes de atividades de vacinação com micro-organismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacina com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizados, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas (ANVISA, 2004). Nas campanhas de vacinação, esses resíduos devem ser recolhidos e devolvidos à secretaria de saúde responsável pela distribuição, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificado, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento (ANVISA, 2004). Em qualquer das situações, deve haver equipamento específico para o tratamento desses resíduos, não podendo ser compartilhado com equipamentos destinados à esterilização de produtos para a saúde. O PGRSS deve conter os tipos e a quantidade de resíduos gerados, a forma adotada para o tratamento interno e externo. Caso o tratamento seja terceirizado, dados da empresa responsável pelo tratamento e cópia dos documentos autorizativos de funcionamento da empresa.

**Armazenamento externo** – guarda dos recipientes contendo os resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado e restrito aos veículos coletores e profissionais da coleta interna II. Os serviços de saúde devem possuir, conforme os resíduos que geram, um ambiente para armazenamento de cada tipo de resíduo: local para armazenamento de infectantes e perfurocortantes, um para os comuns, outro para os resíduos químicos (ANVISA, 2004). Não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados. Todos os locais de armazenamento devem ser identificados em local de fácil visualização com o símbolo específico de cada tipo de resíduo. “O abrigo de resíduos deve ser dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade de coleta do sistema de limpeza urbana local. O piso deve ser revestido de material liso, impermeável, lavável e de fácil higienização” (ANVISA, 2004). O revestimento das paredes deve ser de alvenaria, com material liso, lavável e de fácil higienização, com aberturas para higienização, com tela de proteção contra insetos. Deve possuir pontos de iluminação e de água, tomada elétrica, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgoto do estabelecimento e ralo sifonado com tampa que permita a sua vedação (ANVISA, 2004). No PGRSS deve constar local destinado para o armazenamento externo, características da construção que atendam as especificidades de ventilação, iluminação, higienização e remoção dos resíduos pela coleta pública (ANVISA, 2004).

**Coleta e transporte externos** – remoção dos RSS do armazenamento externo até a unidade de tratamento, transbordo ou disposição final (ANVISA, 2004; ABNT, 2013). O Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR) é obrigatório para o transporte de resíduos perigosos. Trata-se de um instrumento que permite ao órgão ambiental conhecer e monitorar a destinação dada pelo gerador, transportador e receptor aos resíduos perigosos. Além disso, recomenda-se o transporte com o envelope específico para produtos perigosos, que contenha instruções e recomendações em casos de acidentes e indique os números de telefone de emergência (BRASIL, 2010). No PGRSS deve constar se a coleta externa é realizada pelo setor público ou empresa contratada ou sob concessão. Descrever o tipo de veículo utilizado para o transporte, a rotina e a frequência de coleta para os diferentes tipos de resíduos, o destino dos resíduos coletados por tipo. Anexar os documentos comprobatórios (licenças, alvarás e outros) das empresas coletoras, dos transbordos, quando houver (ANVISA, 2006).

**Disposição final** – colocação dos resíduos em solo previamente preparado para recebê-los (ANVISA, 2004; ABNT, 2013). No PGRSS devem constar as formas de disposição final para cada tipo de resíduos, as empresas que executam a disposição final dos RSS, a localização das unidades de disposição final para cada resíduo e seus respectivos responsáveis técnicos. Anexar os documentos comprobatórios (licença ambiental, documentos de monitoramento definidos pelo órgão ambiental) de que a empresa está apta a realizar o serviço.

### Manejo dos RSS gerados nos domicílios pelos profissionais e pelos usuários

Conforme a RDC nº 306/2004 (ANVISA, 2004), os resíduos infectantes, perfurocortantes e químicos gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

Dessa forma, a gestão de RSS na atenção primária envolve também os resíduos provenientes do cuidado em saúde nos domicílios, de modo que no PGRSS de serviços de saúde da atenção primária deve constar o manejo de RSS gerados nas residências, seja pelos profissionais de saúde ou usuários/cuidadores.

#### Resíduo gerado por profissional de saúde na assistência em domicílios

Idealmente, os locais de geração desses resíduos deveriam ser mapeados e equipes de coleta e transporte externo deveriam recolher os resíduos nos locais de geração, seguindo todas as recomendações da legislação vigente (ANVISA, 2004). Até que o município consiga estabelecer a logística de coleta nos domicílios, os resíduos gerados pelos profissionais nos domicílios devem ser encaminhados à unidade geradora, observando os seguintes cuidados:

- Os resíduos perfurocortantes deverão ser acondicionados em caixa rígida, resistente à ruptura, punctura e vazamento, com tampa, devidamente identificada. A caixa destinada ao descarte de resíduos perfurocortantes deverá ser transportada no porta- malas do veículo até o retorno à Unidade de Referência.
- Os resíduos infectantes gerados durante a assistência domiciliar deverão ser acondicionados em saco branco leitoso. Os sacos brancos leitosos deverão ser colocados para transporte em recipiente rígido, com tampa e devidamente identificado. Esse recipiente deverá permanecer no porta-malas do veículo até o retorno à Unidade de Referência.
- Os resíduos comuns serão segregados junto aos resíduos domiciliares.

#### Observações importantes:

Os resíduos não devem ser acondicionados junto com Produtos Para a Saúde (PPS) reprocessáveis que foram utilizados na assistência e que serão encaminhados para processamento na unidade de saúde, como pinças para curativos, bandeja de cateterismo vesical, dentre outros. A limpeza e desinfecção dos recipientes utilizados no transporte deverão ser realizadas ao final do expediente na Unidade de referência. Os PPS a serem utilizados durante a assistência domiciliar deverão ser acondicionados em recipiente rígido e com tampa vedante e identificado.

### Resíduo de serviço de saúde gerado pelo usuário ou cuidador em domicílios

Os profissionais de saúde que prestarem assistência ao usuário e prescreverem autocuidado domiciliar devem orientar o usuário sobre o manejo dos RSS gerados. Os resíduos devem ser segregados no domicílio em sacos recipientes de acondicionamento que obedeçam a todas as características de resistência a vazamento, punctura, ruptura e identificação (ANVISA, 2004). O ideal, é que o serviço de saúde disponibilize para o usuário sacos branco leitosos para o acondicionamento do resíduo infectante e caixa rígida para o descarte de perfurocortante. Definir com o usuário o melhor local no domicílio para a disposição desses recipientes. Estabelecer em comum acordo com a vigilância sanitária e o conselho local de saúde a forma de coleta e transporte. Idealmente, essa coleta e transporte devem ser realizadas por carros exclusivos e devidamente licenciados pelas agências ambientais para essa atividade.

- **Avaliar o PGRSS**

A avaliação do PGRSS deve ser feita anualmente, por meio dos seguintes indicadores:

Figura 3. Indicadores para a avaliação do PGRSS. Goiânia, 2017

INDICADOR	FÓRMULA
Taxa de acidentes com resíduos perfurocortantes	$\frac{\text{Nº de acidentes com perfurocortantes relacionados ao manejo de resíduos no ano}}{\text{Total de acidentes ocupacionais no mesmo ano}} \times 100$

Varição da geração de resíduos	Total de resíduos gerados em um ano – total de resíduos gerados no ano anterior
Proporção de resíduos infectantes	$\frac{\text{Total de resíduos infectantes gerados em um ano(kg)}}{\text{Total de resíduos (kg) gerados no mesmo ano}} \times 100$
Proporção de resíduos químicos	$\frac{\text{Total de resíduos químicos gerados em um ano(kg)}}{\text{Total de resíduos (kg) gerados no mesmo ano}} \times 100$
Proporção de resíduos comuns	$\frac{\text{Total de resíduos comuns gerados em um ano(kg)}}{\text{Total de resíduos (kg) gerados no mesmo ano}} \times 100$
Proporção de resíduos perfurocortantes	$\frac{\text{Total de resíduos perfurocortantes gerados em um ano(kg)}}{\text{Total de resíduos (kg) gerados no mesmo ano}} \times 100$
Proporção de resíduos recicláveis	$\frac{\text{Total de resíduos recicláveis gerados em um ano(kg)}}{\text{Total de resíduos (kg) gerados no mesmo ano}} \times 100$

**Fonte:** Elaborada pelas autoras (2017), conforme a RDC nº 36/2004 (ANVISA, 2004).

O cálculo da variação da proporção de resíduos por grupo pode ser obtido pela subtração da proporção de um grupo encontrada em um ano pela proporção encontrada do mesmo grupo no ano anterior. Para calcular esses índices, os resíduos devem ser pesados no mínimo uma vez ao ano durante uma semana (que não seja atípica), estabelecendo-se a média de geração.

## 5. Conclusão

A base teórica que fundamentou este protocolo evidencia que o gerenciamento eficiente dos RSS promove uma cadeia de proteção que passa do nível individual; a proteção do trabalhadores da saúde para o coletivo; a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. Entretanto, a sua gênese se dá nos microespaços da assistência em saúde e, se por um lado, depende de um planejamento sólido com base na legislação e com conhecimento da realidade local, por outro, depende individualmente de cada profissional de saúde que gera resíduos no dia a dia durante a realização de cuidados.

O PGRSS deve ser elaborado de forma participativa por todos os profissionais do serviço, incluindo a gestão da unidade e representante do conselho local de saúde, visando o envolvimento e corresponsabilização de todos no manejo dos resíduos.

O protocolo do manejo dos RSS deve orientar a elaboração do PGRSS de cada unidade. O PGRSS deve estar disponível e acessível a todos, ser alvo de educações permanentes e constantemente avaliado e replanejado. A observação desse protocolo, além de garantir o adequado gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde na atenção primária, diminuirá riscos ocupacionais, ambientais e sociais.

Entretanto, considera-se importante reafirmar a necessidade de qualificação dos recursos humanos envolvidos no gerenciamento de RSS, especialmente todos os profissionais que prestam cuidados e, portanto, são geradores de resíduos, merecendo destacar que a equipe de enfermagem representa a maior força de trabalho nos serviços de saúde, inclusive na atenção primária.

## Referências

- ABELPRE. Associação Brasileira de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. **Panorama de resíduos sólidos no Brasil**. São Paulo: ABELPRE, 2012.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. **Panorama de resíduos sólidos no Brasil**. São Paulo: ABELPRE, 2013.
- ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10004**: resíduos sólidos: classificação. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.
- \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 12.809**: Manuseio de resíduos de serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2013.
- ALVES S. B. et al. The reality of waste management in primary health care units in Brazil. **Waste Manag. Res.**, v. 32, n. 9, Suppl., p. 40-47, jul. 2014.
- \_\_\_\_\_. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 128-134, fev. 2012.
- ANDRÉ, S. C. S. **Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em hospitais do município de Ribeirão Preto-SP**: diagnóstico da situação. 2014. 239 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- \_\_\_\_\_. et al. Resíduos gerados por usuários de insulina em domicílio: proposta de protocolo para unidades de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 665-672, out./dez. 2012.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 2004.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da Cobertura da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 ago. 2010.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 303/2005**. Dispõe sobre a autorização para o Enfermeiro assumir a coordenação como Responsável Técnico do Plano de gerenciamento de Resíduo. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2005.
- COMURG. Companhia de Urbanização de Goiânia. **Relatório de monitoramento do Aterro Sanitário Municipal**. Goiânia: COMURG, 2013.
- CONAMA. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 maio 2005. Seção 1, p. 63-65.
- GUNTHER, W. M. R. **Resíduos sólidos no contexto da saúde ambiental**. 2008. 136 f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 30 abr. 2016.
- KHANEHZAIE G. et al. Clinical waste segregation: towards implementation and obstacles in Malaysian Private Clinics. **IOSR Journal of Environmental Science, Toxicology and Food Technology**, Índia, v. 8, n.10, p. 22-28, out. 2014.
- MOREIRA A. M.; GÜNTHER W. M. Assessment of medical waste management at a primary health-care center in São Paulo, Brazil. **Waste Manag.** Estados Unidos, v. 33, n. 1, p. 162-167, jan. 2013.
- PEREIRA M. S. et al. Waste management in non-hospital emergency units. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21. n. spe, p. 259-266, fev. 2013.
- SOUZA A. C. S. et al. Contribuição da enfermagem para o gerenciamento sustentável. **Proenf Gestão**. Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 97-132, 2011.

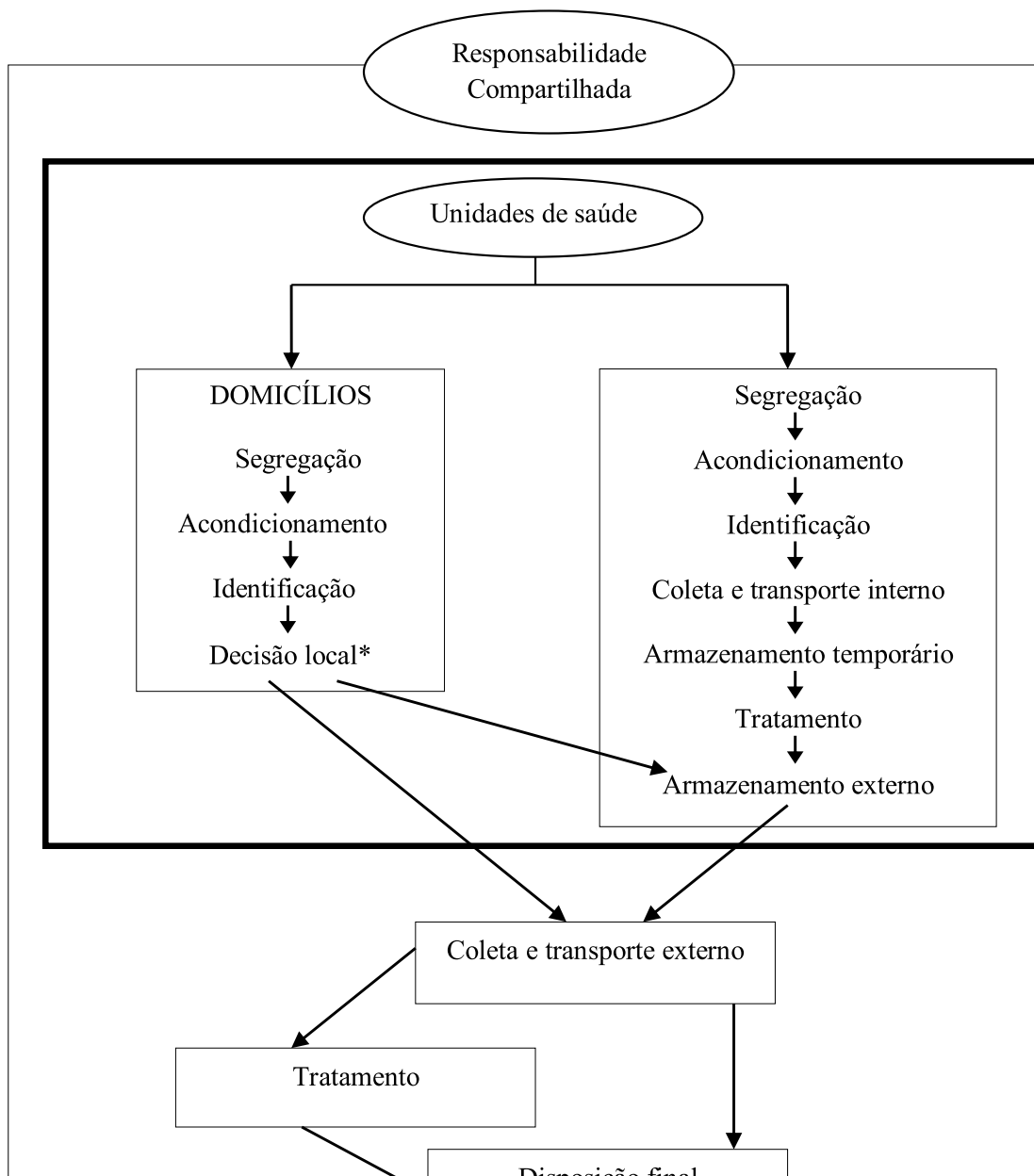


TAKAYANAGUI, A. M. M. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. In: PHILIPPI JÚNIOR, A. (Ed.). **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. Barueri: Manole, 2005. p. 324-374.

TAKAYANAGUI, A. M. M. **Risco ambiental e o gerenciamento de resíduos nos espaços de um serviço de saúde no Canadá: um estudo de caso**. 2004. 77 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

WHO. World Health Organization. **Safe management of wastes from healthcare activities** [Internet]. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/medicalwaste/wastemanag/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/wastemanag/en/)>. Acesso em: 16 fev. 2015.

### FLUXOGRAMA I – ETAPAS PARA O GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



\*Cabe ao município definir o melhor destino, baseado na realidade local.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2017).





