LEI Nº 1989, DE 08 DE OUTUBRO DE 2006.

Súmula: Ratifica o Protocolo Municipal de Consultas de Enfermagem do Programa Saúde da Família e dá outras providências.

A Câmara Municipal da Lapa, Estado do Paraná, APROVOU, e eu, Prefeito Municipal, no uso das atribuições legais que me são conferidas, SANCIONO a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica ratificado integralmente o Protocolo Municipal de Consultas de Enfermagem do Programa Saúde da Família, anexo I, parte integrante da presente Lei.

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Edifício da Prefeitura Municipal de Lapa, em 08 de Novembro de 2006.

Miguel Batista
Prefeito Municipal

ANEXO I

PARTE INTEGRANTE DA LEI Nº 1989 DE 08 DE NOVEMBRO DE 2006

PROTOCOLO MUNICIPAL DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Lapa
2006

CAROLINA P. DE ANGELIS PUZIPPE
Coren-PR 0116833

LYRIANE BRUNERI SECCO
Coren-PR 04145

MARCELO DE OLIVEIRA
Coren-PR 04446

MARLY CNOSSEN
Coren-PR 04913

PAULO SERGIO PUZIPPE JUNIOR
Coren-PR 900787

TALIZE MADELY MARTINS TAVARES
Coren-PR 02200183

PROTOCOLO MUNICIPAL DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto proposto pelos profissionais enfermeiros integrantes das equipes do Programa Saúde da Família do Município da Lapa, para aprovação e regulamentação das ações através da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal da Lapa.

Lapa
2006

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....4

2 LEGISLAÇÕES
2.1 Lei do Exercício Profissional nº 7.798/86.....5
2.2 Regulamentação da lei nº 7.498/86.....6
2.3 Resolução COFEN-159/1993. Consulta de Enfermagem.....7
2.4 Resolução COFEN-240/2000. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.....8
2.5 Resolução CFEN-272/2002. Sistematização da Assistência de Enfermagem.....10

3 ATENÇÃO EM SAÚDE
3.1 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.....12
3.2 Doença Sexualmente Transmissível/AIDS.....24
3.3 Planejamento Familiar.....25
3.4 Pré-Natal de Baixo Risco.....27
3.5 Hipertensão Arterial Sistêmica / Diabetes Mellitus.....37
3.6 Hanseníase.....38
3.7 Tuberculose.....40

4 BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....46

INTRODUÇÃO

A municipalização das ações e serviços de saúde tem como prioridade o desafio de reorganizar o Sistema de Saúde no município, partindo do conhecimento das reais necessidades de saúde,
de modo a oferecer à população uma atenção à saúde com qualidade, buscando resolutividade nos principais problemas de saúde nos aspectos preventivos e curativos do indivíduo e da comunidade.

O Programa Saúde da Família (PSF) tem como principal objetivo contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme definição do Ministério da Saúde (MS, 1998). Isso imprimiu uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. A descentralização dos serviços e a integralidade aos usuários em território definido, com o propósito de resolução dos problemas de saúde, são estratégias do modelo de vigente.

A implantação das equipes de Saúde da Família (ESF) no município da Lapa, em 2001, como estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde, iniciou prioritariamente em: área rural – PSF Mariental, e área urbana – PSF CAIC, baseando-se em suas condições sócio-geográficas e padrão habitacional. No período de julho de 2003, implantou-se mais quatro ESF, sendo uma urbana – PSF Vila do Príncipe; e três rurais – PSF Água Azul, PSF Pedra Lisa e PSF São Bento.

Porém, com todo o avanço na área de saúde ocorrido atualmente, alguns processos deixaram de ser implementados. Dentre eles, sistematização da assistência prestada ao usuário, principalmente na classe de enfermagem, onde "a enfermagem, como categoria profissional que visa à saúde individual e coletiva, sempre buscou a interface entre a comunidade e os serviços de saúde. De imediato, incorporou as estratégias do PSF, contribuindo de forma significativa nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação dessa proposta" (FIGUEIREDO, 2005).

Para estas estratégias, torna-se imprescindível a reestruturação na rede pública para as normas assistenciais voltada para a realidade em questão de oferta-demanda da população adstrita na área de abrangência do programa. Segundo o MS (2000), as secretarias estaduais e municipais de saúde devem adaptar, colocar em prática e avaliar a aplicação destas normas (...).

O presente projeto tem a finalidade de normatizar e regulamentar, em âmbito municipal, a implementação de ações na consulta de enfermagem, visando principalmente oferecer resolutividade na grande demanda de atendimento aos usuários nas USF.

Ressaltamos que os enfermeiros manterão a interdisplinariedade das ações prestadas ao usuário e família e que, este protocolo representa uma ferramenta para melhorar a qualidade assistencial,

confeccionado, embasado e fundamentado em legislações brasileiras e em literatura científica, especificamente do Ministério da Saúde.

2 LEGISLAÇÕES

2.1 LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

LEI 7.498 de 25/06/86 (DOU 26/06/86)

DISPÕE SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

Art. 4º - A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

Art. 11 **– O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:**
I – Privativamente:
c) planejamento, organização. Coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
i) consulta de enfermagem;
j) prescrição da assistência de enfermagem;
l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
m) cuidados de enfermagem de maior complexidade e que exijam conhecimentos de base cientifica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:
c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde publica e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
g) assistência de enfermagem à gestante parturiente e puérpera;

2.2 REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº 7.498/86

Decreto nº 94.406, de 08 de Junho de 1987

REGULAMENTA A LEI DE Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO 1986, QUE DISPÕE SOBRE O EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Art. 2º - As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 8º - **Ao Enfermeiro incube:**
I - privativamente:
c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
e) consulta de enfermagem;
f) prescrição da assistência de enfermagem;
g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

Art. 8º
II – Como integrantes de equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação do programa de saúde;
b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
c) prescrição de medicamento previamente estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados ao paciente durante a assistência de enfermagem;
g) participação na prevenção e controle de doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturientes, puérperas e ao recém nascido;
i) participação nos programas e atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando a melhoria de saúde do individuo, da família e da população em geral;

2.3 RESOLUÇÃO COFEN-159/1993

Dispõe sobre a consulta de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de sua competência, tendo em vista as deliberações do Plenário em sua 214ª Reunião Ordinária,

Considerando o caráter disciplinador e fiscalizatório do COFEN e dos Regionais sobre o exercício das atividades nos serviços de Enfermagem do País;

Considerando que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública a consulta de Enfermagem, como uma atividade fim;

Considerando o Art. 11, inciso I, alínea "i" da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta, onde legitima a Consulta de Enfermagem e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro;

Considerando os trabalhos já realizados pelo COFEN sobre o assunto, contidos no PAD-COFEN nº 18/88;

Considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;

Considerando que a Consulta de Enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, eqüidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde;

Considerando que a Consulta de Enfermagem compõe-se de Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem;

Considerando a institucionalização da consulta de Enfermagem como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população;

Resolve:

Art. 1º - Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993.

2.4 CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 240/2000

CAPÍTULO I- Dos Princípios Fundamentais

Art. 1º - A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Art. 2º - O profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.

Art. 3º - O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 4º - O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 5º - O profissional de Enfermagem presta assistência a saúde visando a promoção do ser humano como um todo.

Art. 6º - O profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.

CAPÍTULO II- Dos Direitos

Art. 15 - Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional, cultural e a defesa dos legítimos interesses de classe.

CAPÍTULO III- Das Responsabilidades

Art. 17 - Avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela.

Art. 18 - Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão.

CAPÍTULO IV- Dos Deveres

Art. 22 - Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 24 - Prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 26 - Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer.

Art. 30 - Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer.

Art. 33 - Proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

CAPÍTULO V- Das Proibições

Art. 47 - Ministrar medicamentos sem certificar-se da natureza das drogas que o compõem e da existência de risco para o cliente.

Art. 48 - Prescrever medicamentos ou praticar ato cirúrgico, exceto os previstos na legislação vigente e em caso de emergência.

2.5 RESOLUÇÃO COFEN-272/2002

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1998 nos artigos 5º, XII e 197;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86 c.c. o Decreto nº 94.406/86, respectivamente no artigo 11, alíneas "c", "i" e "j" e artigo 8º, alíneas "c", "e" e "f";

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 240/2000;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções-COFEN nºs 195/1997, 267/2001 e 271/2002;

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos elaborados pela CTA/COFEN, nos autos do PAD-COFEN Nº 48/97;

RESOLVE:

Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe:

I-Privativamente:
A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem: Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme descriminados a seguir:

Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do individuo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes.

Artigo 2º - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Artigo 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por:

-Histórico de enfermagem
-Exame Físico
-Diagnóstico de Enfermagem
-Prescrição da Assistência de Enfermagem
-Evolução da Assistência de Enfermagem
-Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de Assistência Domiciliar - HOME CARE - este prontuário deverá permanecer junto ao paciente/cliente/usuário assistido, objetivando otimizar o andamento do processo, bem como atender o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

3 ATENÇÃO EM SAÚDE

3.1 ATENÇÃO INTEGRADA ÁS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Segundo o manual técnico da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), Ministério da Saúde/2003, tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução de mortalidade na infância. Trata-se de uma nova abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF), caracterizando-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância (...).

Cabe ao profissional de saúde a difícil missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia (...).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2004) a AIDPI é considerada uma estratégia chave e eficiente para melhorar a saúde das crianças menores de cinco anos de idade, por diversas razões, dentre elas:

- Fortalece a aplicação de medidas de prevenção;
- Evita o desperdício de recursos e a duplicação de esforços, melhorando a eficiência e a qualidade da atenção e utilizando, de maneira ótima e custo-efetiva os recursos existentes;
- Estimula as atividades de promoção da saúde;

- Orienta para melhoria da equidade;
- Fortalece os processos de descentralização.

Cabe ao profissional de saúde a difícil missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia (...). Este material representa uma contribuição na melhoria da atenção prestada à saúde infantil que, associada a ajustes na organização dos serviços e a um processo de educação permanente desenvolvido com a família e a comunidade, propicie uma melhoria significativa dos nossos indicadores de saúde (MS, 2003).

3.1.1 Intervenções Medicamentosas

Os fundamentos descritos acima nos subsidiam para a implantação deste protocolo municipal, para a evolução de uma assistência integral do Programa Saúde da Família. Dentre os protocolos estabelecidos no Manual, será articulado à assistência de enfermagem de sinais e sintomas mais comumente encontrados nas USF, sendo a aplicação de: analgésico/antitérmico, ferro, mebendazol e sais de reidratação oral, segundo MS, 2003.

3.1.1.1 ANALGÉSICO/ANTITERMICO:

- *Dar Analgésico/Antitérmico contra a Febre Alta (>38,5ºC) ou Dor de Ouvido*
- Dar paracetamol ou dipirona de 6 em 6 horas até passar a febre ou dor de ouvido.

IDADE OU PESO	PARACETAMOL OU DIPIRONA 10 mg/kg/dose	
	Paracetamol gotas: 200 mg/ml 1 gota/kg/dose	Dipirona gotas: 500 mg/ml – 1 gota/2kg/dose
2 a 11 meses (6 – 9 kg)	6 a 9	3 a 5
1 a 2 anos (10 – 14 kg)	10 a 14	5 a 7
3 a 4 anos (15 – 19 kg)	15 a 19	8 a 10

Dipirona: não ultrapassar 1,5g / dia em menores de 6 anos de idade.

Quando uma criança tem febre alta (>38,5ºC), dê-lhe uma dose de analgésico/antitérmico no serviço de saúde. Caso a criança tenha dor de ouvido, entregue à mãe paracetamol ou dipirona e diga-lhe que dê uma dose a cada seis horas ou até que a dor de ouvido tenha desaparecido.

3.1.1.2 FERRO

Uma criança com palidez palmar pode ter anemia e precisar de ferro durante um período prolongado de três meses.

- *Dar Ferro*
- Dar uma dose por dia, durante 14 dias, no intervalo das refeições, acompanhada de suco de frutas cítricas, se houver disponibilidade.
- Informar à mãe que as fezes irão ficar escuras.

IDADE OU PESO	SULFATO FERROSO *1 ml = 25 mg de ferro elementar*
2 a 3 meses (4 - < 6 kg)	2 mg/kg/dia ou 10 gotas de 0,5 ml/dia
4 a 11 meses (6 -< 10 kg)	2mg/kg/dia ou 20 gotas ou 1 ml/dia
1 a 2 anos (10 - < 14 kg)	3 mg/kg/dia ou 30 gotas ou 1,5 ml/dia
3 a 4 anos (14 – 19 kg)	3 mg/kg/dia ou 40 gotas ou 2,0 ml/dia

Observação: no caso de baixa aderência ao tratamento por desconforto gástrico ou Intestinal, reduzir a dose à metade e dar apenas três vezes por semana.

Dê solução de sulfato ferroso a uma criança menor de 12 meses. Nas crianças maiores, pode-se usar ferro em comprimidos.

Forneça a medicação para 14 dias e recomende à mãe que a dê em uma dose diária. Lembrar que a vitamina C aumenta a absorção do ferro.

Oriente a mãe sobre alimentos ricos em ferro.

Retorno: Quando uma criança com ANEMIA volta à unidade de saúde para uma consulta de retorno depois de 14 dias, siga as instruções abaixo:

Depois de 14 dias:
Permite se a criança está tomando o sulfato ferroso como indicado.

Tratamento:
- Se estiver tomando:

Dê mais sulfato ferroso e oriente à mãe para retornar em 14 dias.
- Continue a prescrever sulfato ferroso a cada 14 dias durante dois meses. Após dois meses referir para investigação caso mantenha palidez palmar.

Se NÃO estiver tomando (geralmente por desconforto abdominal ou diarréia):
Reduza a dose de sulfato ferroso pela metade.

Recomende a mãe para retornar em 14 dias para receber mais sulfato ferroso.
Manter o sulfato ferroso durante 4 meses, com reavaliações a cada 30 dias.

Reforce a orientação sobre alimentos ricos em ferro.

3.1.1.3 MEBENDAZOL

Caso as parasitoses intestinais por ancilóstomos ou tricocéfalos sejam um problema em sua região, uma criança anêmica de 1 ano de idade ou mais precisa de mebendazol. Esse tipo de infestação contribui para a anemia por perda de ferro através de sangramento intestinal.

O mebendazol está disponível em comprimidos de 100 mg e suspensão oral de 20 mg/ml. Explicar a mãe como dar o medicamento duas vezes ao dia, durante três dias, fora das refeições.

Se você não tiver certeza de que a mãe vai dar o medicamento, neste caso o mebendazol pode ser dado em dose única de 500 mg ou 25 ml no serviço de saúde.

- *Dar Mebendazol*
- Dar 100 mg ou 5 ml de mebendazol duas vezes ao dia, durante três dias, se:
  - Ancilóstomos ou Tricocéfalos forem um problema entre as crianças da região;
  - A criança tiver 1 ano de idade ou mais;
  - A criança não tiver recebido nenhuma dose nos últimos 6 meses.

Uma alternativa eficaz é:

- Dar 500 mg de mebendazol no serviço de saúde como dose única.

3.1.1.4 SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL

SINAIS	CLASSIFIQUE	TRATE
Dois dos sinais que se seguem: Letárgica ou inconsciente. Olhos fundos. Não consegue mamar Sinal da prega: a pele volta muito e lentamente ao estado anterior.	**DESIDRATAÇÃO GRAVE**	Se a criança NÃO estiver com nenhuma POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE OU DOENÇA GRAVE: • Encaminhar a consulta médica para iniciar Plano C Se a criança estiver também com POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE: • Refira URGENTEMENTE ao hospital com a mãe, administrando-lhe SRO freqüentes durante o trajeto. • Recomende a mãe a continuar a amamentação ao peito.
Dois dos sinais que se seguem: Inquieta, irritada. Olhos fundos. • Sinal de prega: a pele volta lentamente ao estado anterior.	**DESIDRATAÇÃO**	• Dê líquidos e alimentos na unidade de saúde (Plano B). Se a criança estiver também com POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE: • Refira URGENTEMENTE ao hospital com a mãe, administrando-lhe SRO freqüentes durante o trajeto. Recomende a mãe a continuar a amamentação.
Não há sinais suficientes para classificar como desidratação ou desidratação grave.	**SEM DESIDRATAÇÃO**	• Dê líquidos para tratar a diarréia em casa (Plano A).

Está com diarréia há 14 dias ou mais.	**DIARRÉIA PERSISTENTE GRAVE**	Se a criança estiver desidratada trate a desidratação antes de referir a criança a não ser que a criança tenha uma POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE OU DOENÇA GRAVE. • Refira ao hospital.
Sangue nas fezes.	**DISENTERIA**	• Refira a consulta médica e/ou ao hospital.

Após a avaliação do estado geral da criança com diarréia, classificar a desidratação e selecionar um dos três planos para tratar a diarréia, os quais proporcionam a reposição de água e eletrólitos, com os seguintes planos:

- Plano A – Tratar a Diarréia em Casa.
- Plano B – Tratar a Desidratação com SRO.
- Plano C – Tratar rapidamente a Desidratação Grave.

➢ PLANO A: TRATE A DIARRÉIA EM CASA

Indicado para os casos de diarréia, porém SEM DESIDRATAÇÃO. As regras principais são:

PLANO A: TRATE A DIARRÉIA EM CASA

Recomende à mãe ou o acompanhante sobre as três regras do tratamento domiciliar.

DÊ LÍQUÍDOS ADICIONAIS (o que a criança aceitar). RECOMENDE Á MÃE:
Amamente com freqüência e por tempo mais longo a cada vez.
Se a criança se alimenta exclusivamente de leite materno (LM), pode-se dar SRO.

- Se a criança não estiver em regime exclusivo de LM, dê um ou mais dos seguintes: solução de SRO, líquidos caseiros (tais como: caldos, água de arroz, soro caseiro ou água potável).

É especialmente importante dar SRO em casa quando:
Durante esta visita a criança recebeu o tratamento do Plano B ou do Plano C.
A criança não puder retornar a um serviço de saúde se a diarréia piorar.

ENSINE A MÃE A PREPARAR A MISTURA E A DAR SRO*. ENTREGAR UM PACOTE DE SRO À MÃE PARA UTILIZAR EM CASA, SE NECESSÁRIO.

MOSTRE Á MÃE A QUANTIDADE DE LÍQUIDOS ADICIONAIS A DAR EM CASA ALÉM DOS LÍQUIDOS DADOS HABITUALMENTE:
Até 1 ano: 50 a 100 ml depois de cada evacuação aquosa.
1 ano ou mais: 100 a 200 ml depois de cada evacuação aquosa.

Recomende à mãe ou ao acompanhante:
Administre freqüentemente pequenos goles de líquidos em uma xícara.
Se a criança vomitar aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente.
Continue a dar líquidos adicionais até a diarréia parar.

CONTINUE A ALIMENTAR:
Oriente sobre a alimentação da criança.
Ensine à mãe tratar em casa a criança com peso baixo ou muito baixo.

QUANDO RETORNAR:
Não consegue beber nem mamar no peito.
Piora do estado geral.
Aparecimento ou piora da febre.
Sangue nas fezes.
Dificuldade para beber.

* Dissolver um pacote de sais de reidratação oral em 1 litro de água limpa (fervida e/ou filtrada). A solução depois de preparada pode permanecer em temperatura ambiente até 24 horas.

- PLANO B: TRATE A DIARRÉIA COM SRO

Indicado para os casos de diarréia com desidratação.

PLANO B: TRATE A DIARRÈIA COM SRO

As crianças com desidratação deverão permanecer na unidade de saúde até a reidratação completa. Durante um período de 4 horas, administre a quantidade de SRO recomendada.

DETERMINE A QUANTIDADE DE SRO A SER ADMINISTRADA DURANTE AS PRIMEIRAS 4 HORAS.

IDADE	Até 4 meses	4 a 11 meses	12 meses a 2 anos	2 a 5anos
PESO	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - < 19 kg
SRO (ml)	200 – 400	400 – 700	700 – 900	900 - 1400

Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o seu peso. A quantidade aproximada de SRO necessária (em ml) deve ser calculada multiplicando o peso da criança (em kg) por 75 ml/kg/4 horas.

Se a criança quiser mais SRO do que a quantidade citada, dar mais.

DEMONSTRE PARA A MÃE COMO ADMINISTRAR A SOLUÇÃO DE SRO:
Dê com freqüência pequenos goles de líquidos usando copo ou colher.
Se a criança vomitar aguardar 10 minutos, porém mais lentamente.
Continue a amamentar ao peito sempre que a criança desejar.

APÓS 4 HORAS:
Reavaliar a criança e classifica-la quanto a desidratação.
Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento.
Se possível, começar a alimentar a criança na unidade de saúde.

SE, EM SITUAÇÕES EXCPCIONAIS, A MÃE PRECISAR IR PARA CASA ANTES DE TERMINAR O TRATAMENTO:
Oriente como preparar a solução em casa.
Oriente sobre a quantidade de SRO a ser administrada até completar o tratamento.
Entregue uma quantidade suficiente de SRO para completar a reidratação.
Explique as três regras do Tratamento Domiciliar.

1. DAR LÍQUDOS ADICIONAIS
2. CONTINUAR A ALIMENTAR
3. QUANDO RETORNAR

- ✓ DETERMINAR A QUANTIDADE DE SRO QUE SERÁ DADA DURANTE AS PRIMEIRAS 4 HORAS

Use o quadro do Plano B para determinar quanto SRO deve dar. São proporcionadas várias quantidades. Veja a tabela de peso da criança (ou idade, caso não se conheça o peso) para encontrar a

quantidade recomendada de SRO que se deverá dar. Por exemplo, uma criança de 5 kg geralmente necessita de 200-400 ml de solução durante as primeiras 4 horas.

As quantidades que são mostradas no quadro devem ser usadas como orientação. A idade ou o peso da criança, o grau de desidratação e o número de dejeções durante a reidratação afetarão a quantidade necessária de solução de SRO. De uma maneira geral, a criança deverá beber tanto quanto tenha necessidade. Caso a criança queira mais ou menos que o estimado, dê-lhe o quanto ela quiser.

No quadro também se descreve uma outra forma de calcular a quantidade necessária de solução de SRO (em ml). Multiplique o peso da criança (em quilogramas) por 75. Por exemplo, uma criança que pesa:

8 kg necessita de: 8 kg x 75 ml = 600 ml de solução de SRO em 4 horas.

Observe que essa quantidade cai dentro da margem da tabela. Usando o quadro não há necessidade de fazer estes cálculos.

A administração da solução de SRO não deve interferir com a alimentação normal de um lactente alimentado no peito. A mãe deve fazer pausas para deixar que a criança mame sempre que o desejar, para a seguir dar a solução de SRO para o filho.

- ✓ MOSTRAR À MÃE COMO DAR A SOLUÇÃO DE SRO

Encontre um lugar confortável no seu serviço para que a mãe se sente com a criança. Diga à mãe a quantidade de solução de SRO que ela deve dar para a criança nas próximas 4 horas. Caso a criança tenha menos de 2 anos de idade, mostre à mãe como dar colheradas freqüentes. Caso a criança seja maior, mostre à mãe como dar goles freqüentes utilizando um copo. Sente-se com ela enquanto ela dá os primeiros goles ao filho com o copo ou a colher. Pergunte se ela tem alguma dúvida.

Caso a criança vomite, a mãe deve esperar 10 minutos antes de dar mais solução de SRO. Depois deve seguir dando a solução de SRO pouco a pouco.

Encorajar a mãe a fazer pausas para dar o peito à criança, quando esta o desejar. Depois que a criança terminar de mamar, a mãe deverá voltar a dar a solução de SRO. A mãe não deve dar alimentos à criança durante as 4 primeiras horas do tratamento com SRO.

Mostre à mãe onde trocar as fraldas do lactente ou onde a criança pode usar o banheiro. Mostre à mãe onde lavar as mãos e as da criança, depois.

Vá sempre ao local onde a mãe está para verificar se está tudo correndo bem. Caso a criança não esteja bebendo bem a solução de SRO, tente outro método de administração. Pode tentar usar um conta-gotas ou uma seringa.

Durante as primeiras 4 horas em que a mãe der a solução de SRO no serviço de saúde, você terá muito tempo para ensinar-lhe como cuidar adequadamente do filho. Sem dúvida, a preocupação principal é a reidratação da criança. Quando for evidente que a criança estiver melhorando, a mãe voltará sua atenção para aprender. Ensine-lhe como misturar e dar a solução de SRO e lhe instrua a respeito do Plano ª è uma boa idéia ter informações impressas que a mãe possa estudar enquanto está sentada com o filho. A informação pode ser reforçada também com cartazes na parede.

- ✓ DEPOIS DE 4 HORAS:

Depois de 4 horas de administração do tratamento do Plano B, reavaliar a criança usando o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR. Classifique o caso de acordo com os sinais de desidratação. Escolha o plano adequado para continuar o tratamento.

Nota: reavaliar a criança ***antes*** de se completarem as 4 horas, caso a criança não esteja tomando a solução de SRO ou pareça estar piorando.

Caso a criança esteja melhor e SEM DESIDRATAÇÃO, escolha o Plano A. Ensine à mãe o Plano A caso não tenha ensinado nas 4 horas anteriores. Antes que a mãe deixe o serviço de saúde, faça perguntas de verificação. Ajude a mãe a resolver qualquer problema que possa ter para dar líquidos extras à criança em casa.

Nota: caso a criança esteja com os olhos inchados, isso é um sinal de super-hidratação. Não é um sinal de perigo nem um sinal de hipernatremia. É simplesmente um sinal de que se reidratou e não precisa de mais de solução de SRO, por enquanto. Deve-se dar à criança água pura ou leite materno. A mãe deve dar a solução de SRO de acordo com o Plano A quando a inchação tiver desaparecido.

Todavia, se a criança tem DESIDRATAÇÃO, volte a escolher o Plano B. Comece alimentando a criança no serviço de saúde. Ofereça-lhe comida, leite ou suco. Depois de alimentar a criança, repita o tratamento de 4 horas do Plano B. Ofereça comida, leite ou suco à criança a cada 3 ou 4 horas. As crianças alimentadas no peito devem seguir mamando com freqüência. Caso o serviço de saúde encerre o expediente antes do tratamento termine, diga à mãe que continue o tratamento em casa.

Caso a criança piore e fique com DESIDRATAÇÃO GRAVE, deverá ser iniciado o Plano C, *referenciada a consulta médica*.

- ✓ QUANDO A MÃE TEM QUE IR EMBORA ANTES DE FINALIZADO O TRATAMENTO:

À vezes a mãe tem que deixar o serviço de saúde enquanto seu filho está no Plano B, quer dizer, antes que a criança se reidrate. Em tais circunstâncias, você precisará:

- mostrar à mãe como preparar a solução de SRO em casa e faze-la praticar antes de ir;
- mostrar à mãe quanta solução de SRO tem que ser dada para se finalizar o tratamento de 4 horas em casa;
- entregar uma quantidade de pacotes de SRO suficiente para completar a reidratação. Dê-lhe também outro pacote, como é recomendado no Plano A;
- explique as <u>3 regras do tratamento em casa.</u>

I. DAR LÍQUIDOS ADICIONAIS

Explique quais líquidos extras devem ser dados. Uma vez que a criança está recebendo o tratamento do Plano B durante esta visita, a mãe deve sar SRO em casa. Explique qual a quantidade de solução de SRO que deve ser dada após cada evacuação diarréica.

II. CONTINUAR A ALIMENTAÇÃO

Ao dar-lhe as instruções, diga-lhe que continue a alimentação e depois da diarréia.

III. QUANDO RETORNAR

Ensine a mãe os sinais que indicam que ela deve retornar imediatamente com a criança. Quando uma criança volta à unidade de saúde para uma consulta de retorno depois de cinco dias e observa-se DIARRÉIA PERSISTENTE, seguir as seguintes instruções:

Depois de cinco dias:
Pergunte:

- A diarréia melhorou?
- Quantas vezes por dia está evacuando?
- Há sangue nas fezes?
- Determine o peso.

Tratamento:

- Se a criança não tiver melhorado ou piorou (continua com três ou mais evacuação por dia) e se apresentar uma ou mais das seguintes alterações: perda de peso, sinais de desidratação, recusa alimentar, sangue nas fezes ou qualquer problema que requeira atenção imediata, referir ao hospital.
- Se a criança não melhorou, mas está hidratada, aceitando a alimentação ou ganhando peso, recomende a mãe a manter a dieta (ou tentar a dieta com baixo teor de lactose) e marcar novo retorno com cinco dias.
- Se a diarréia melhorou (a criança com evacuação aquosa menos de três vezes ao dia), recomende à mãe para substituir gradativamente a dieta para diarréia persistente por dieta adequada para a idade. As crianças em convalescença devem receber suplementação de polivitaminas (ácido fólico e vitamina A) e sais minerais (zinco, cobre e magnésio), *prescrito pelo profissional médico.*

- ✓ PERGUNTE SE A DIARRÉIA MELHOROU E QUANTAS EVACUAÇÕES POR DIA A CRIANÇA APRESENTA:

- Se a diarréia não melhorou (a criança com três ou mais evacuações por dia), faça uma reavaliação completa da criança, identificando e tratando qualquer problema que requeira atenção imediata. A criança deverá ser referida caso apresente perda de peso, desidratação, recusa alimentar e sangue nas fezes ou outros problemas que o requeiram. Se houver manutenção do quadro na segunda consulta de retorno, referir para serviço especializado se possível.

- Se a criança não melhorou, mas está hidratada, aceitando a alimentação ou ganhando peso, recomende a manter a dieta com baixo teor de lactose e marque novo retorno com cinco dias.

3.1.2 Exames laboratoriais

Para a assistência da saúde da criança, alguns exames laboratoriais são imprescindíveis para a integralidade do serviço da USF, sendo necessário o mínimo para complementar as ações acima recomendadas, porém não foi encontrada descriminação na literatura, tendo-se que solicitar os exames conforme a clínica assistida.

3.2 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS

O Ministério da Saúde (2006), com o Programa Nacional de DST/AIDS, lança uma cartilha de bolso multiprofissional. Nesta, segue o a recomendação para este protocolo.
Nos últimos anos, principalmente após o início da epidemia da AIDS, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) readquiriram importância como problemas de saúde pública (...).

No atendimento motivado por DST, os profissionais de saúde deverão incluir o exame clínico-genital minucioso que contemple a busca de outras DST, educação para redução de riscos, orientação sobre cuidados higiênicos, oferecimento do este anti-HIV, aconselhamento, estímulo à adesão ao tratamento, promoção do uso de preservativos, convocação dos parceiros sexuais e a notificação do caso; sempre que possível deverá ser feita a pesquisa e a observação de achados que possam identificar outras doenças, por meio de: inspeção geral, controle de pressão arterial, palpação de mamas, a citologia oncótica de colo de útero deverá ser realizada quando houver indicação e por ocasião do retorno da paciente.

3.2.1 Exames diagnósticos

No diagnóstico de DST, os profissionais de saúde quando estão diante de um possível caso de DST geralmente usam um dos seguintes métodos diagnósticos:

3.2.1.1 Diagnóstico clínico: utilização da identificação de sinais e sintomas que possam caracterizar uma determinada DST; baseado na experiência pessoal de cada profissional.

3.2.1.2 Diagnóstico etiológico: utilização de testes laboratoriais para identificar o agente causador, sendo as sorologias abaixo citadas e descritas posteriormente no módulo de Assistência Pré-Natal de Baixo Risco:

- anti-HIV
- VDRL (sífilis).

3.2.2 Intervenções medicamentosas

No Manejo Adequado de Casos de DST, os portadores de DST devem receber atendimento e tratamento imediato (...). Em si, o atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa, mas também, e principalmente, uma ação preventiva da transmissão do HIV e do surgimento de outras complicações. Dentre eles estão: triagem, espera, consulta médica, consulta de enfermagem, aconselhamento e comunicação aos parceiros sexuais. Dando a finalidade a este protocolo, dá-se ênfase na CONSULTA DE ENFERMAGEM: a participação de enfermeiros e outros profissionais de saúde deve ser estimulada em todas as etapas do atendimento. O aconselhamento, a detecção de situações risco e a educação para saúde das pessoas com DST e seus parceiros são atividades nas quais esses profissionais deverão atuar. Excepcionalmente os enfermeiros poderão prescrever e aplicar medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987).

3.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Segundo o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar (MS, 2002), a atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades:

- Atividades educativas
- Aconselhamento
- Atividades clínicas

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda a visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher.

Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos, nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação.

3.3.1 Atividades clínicas

A primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas incluindo: a anamnese; exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do auto-exame de mamas e levantamento de data da última colpocitologia oncótica para avaliar a necessidade de realização da coleta ou encaminhamento para tal; análise da escolha e prescrição do método anticoncepção.

As consultas subseqüentes ou consultas de retorno visam um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde (...). Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

- A escolha da mulher, do homem ou do casal

- Características dos métodos: eficácia, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade, proteção a DST e infecção pelo HIV
- Fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método.

Para tanto, o que se preconiza como linha de atendimento de nas USF são:

- Primeira consulta: Realizada pelo profissional médico, onde será realizada a prescrição adequada de acordo com cada usuário.
- Consultas subseqüentes: São realizadas através de consultas de enfermagem, com avaliação do método utilizado e caso não haja alterações ou queixas do usuário mantêm-se a prescrição.Caso contrário, o mesmo é referenciado à consulta médica para investigação de intercorrências registradas.

3.3.2 Exames laboratoriais

Não há nesta literatura uma referência quanto aos exames diagnósticos para a assistência em Planejamento Familiar, no entanto, fica sugerida a investigação de confirmação da concepção através dos exames laboratoriais descritos no módulo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco, sendo:

- B-HCG
- TIG (Teste Imunológico de Gravidez)

3.4 PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

A implementação de ações de saúde simples e de qualidade representa a melhor ferramenta para reduzir sensivelmente a morbimortalidade materna. Daí a lógica e a oportunidade de o Sistema de Saúde do Paraná encetar programas, capazes de mobilizar e conscientizar os profissionais da área e a comunidade, em busca de melhor qualidade de assistência à gestante/parturiente (...). Estas ações em saúde aumentam de maneira impressionante a possibilidade de garantir a saúde e o bem-estar da mulher, do concepto e da criança, segundo o Manual Natural é o Parto Normal: Pré-Natal, parto e puerpério (SESA, 2004).

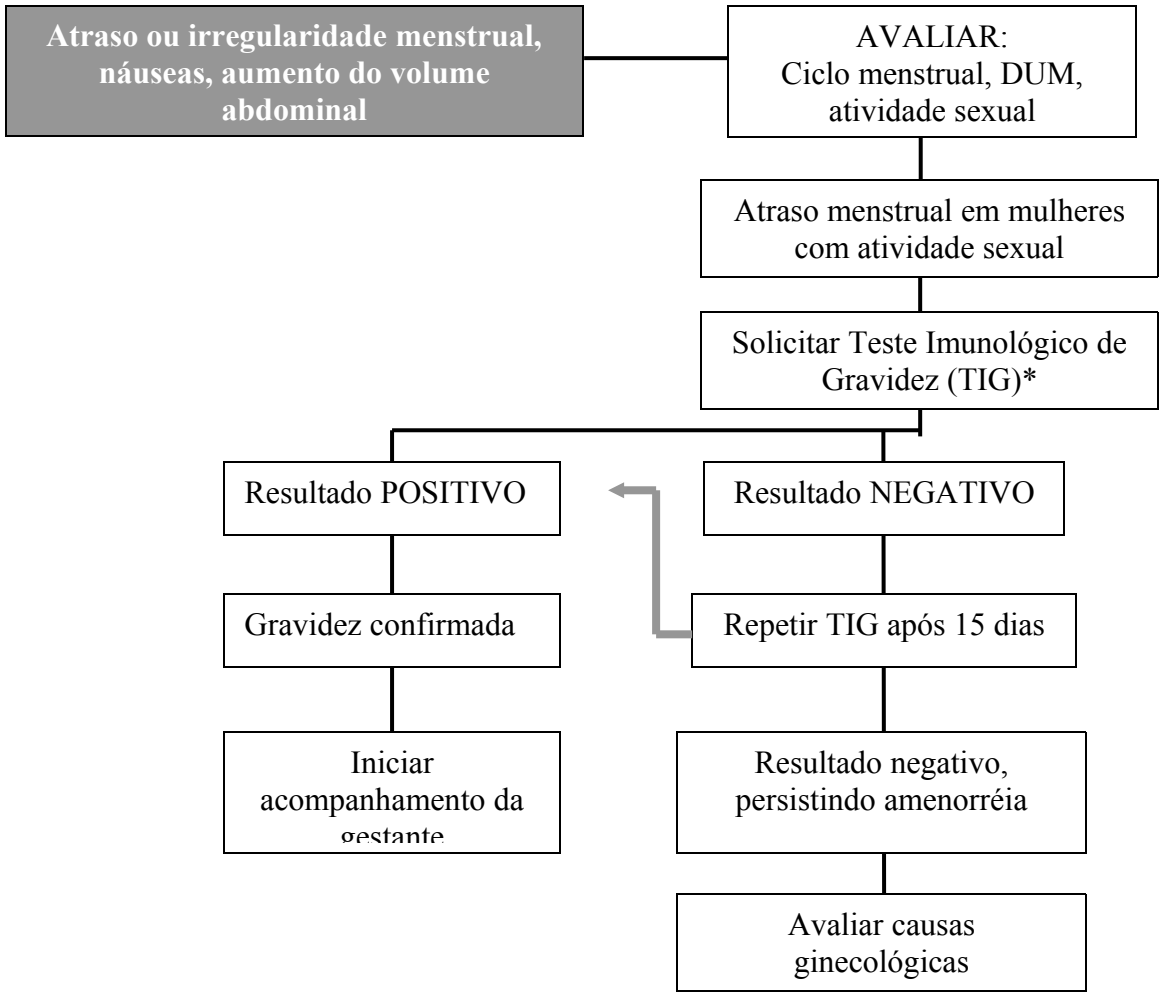
O Manual Técnico de Assistência Pré-Natal (MS, 2000) publica normas de atenção ao pré-natal, com a finalidade de oferecer referências para a organização da rede assistência, capacitação profissional e normatização das práticas de saúde. As secretarias estaduais e municipais de saúde devem adaptar, colocar em prática e avaliar a aplicação destas normas, visando à melhoria da qualidade do pré-natal (...).

Descreve ainda que, de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 -, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pela enfermeira (...). Refere que nos níveis de execução da assistência pré-natal, ao enfermeiro cabe, entre outras atribuições, solicitar exames de rotina e orientar o tratamento conforme o protocolo de serviço.

3.4.1 Exames laboratoriais de rotina e condutas

3.4.1.1 DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico da gravidez pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade Saúde da família, de acordo com:



* TIG ou B-HCG, conforme a disponibilidade do serviço de saúde local.

Os sete primeiros exames descritos abaixo são solicitados na primeira consulta e os demais exames são solicitados posteriormente, conforme a necessidade de cada caso.

3.4.1.2 GRUPO SANGUÍNEO E FATOR Rh

Solicitar na 1ª consulta, quando não realizado anteriormente.

EXAME	RESULTADO	CONDUTA

Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo OU Fator Rh desconhecido	Solicitar o teste de Coombs indireto: • Se negativo , repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana • Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.

3.4.1.3 SOROLOGIA PARA SÍFILIS (VDRL)

Em qualquer fase da gestação, prescrever o tratamento proposto para sífilis adquirida – exceto nos casos de alergia à penicilina. Realizar controle de cura trimestral através do VDRL. Em todos os casos, encaminhar sempre o parceiro para investigação. Orientar para que as pacientes evitem relação sexual até que seu tratamento (e do parceiro com doença) se complete.

3.4.1.4 URINA (TIPO I)

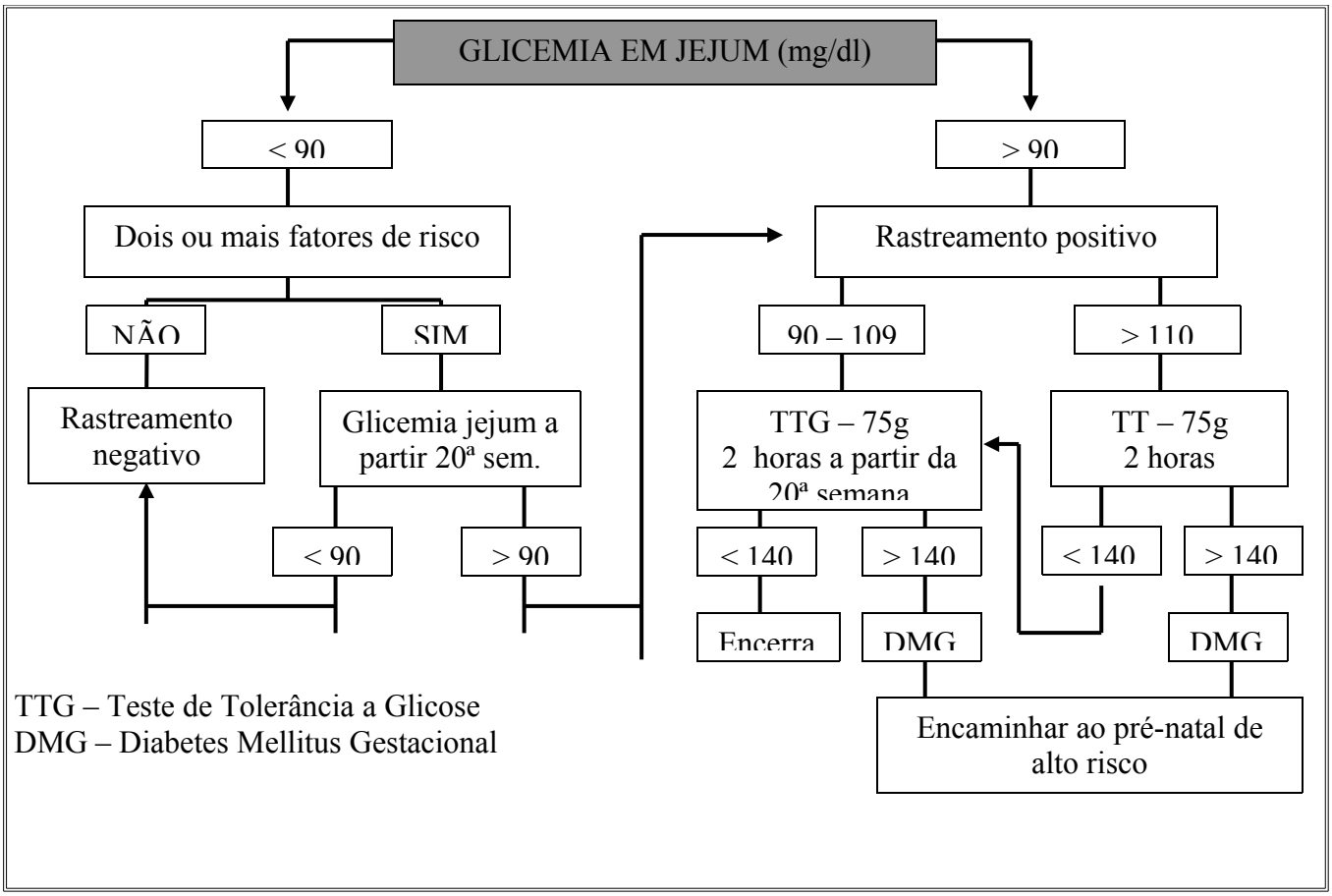
Reforçar a orientação a gestante quanto a medidas de higiene local e ingesta hídrica.

EXAME	RESULTADO	CONDUTA
Urina tipo I	1. Proteinúria	1a) "traços": repetir em 15 dias. 1b) "traços" + hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco. 1c) "maciça": referir ao pré-natal de alto risco.
	2. Piúria ou Bacteriúria	Solicitar urocultura com antibiograma. Referir à consulta médica, se necessário.
	3. Hematúria	3a) se piúria associada, solicitar urocultura. 3b) se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada.
	4. Cilindrúria	Referir ao pré-natal de alto risco.
	5. Outros elementos	Não necessitam condutas especiais.

3.4.1.5 HEMOGLOBINA (Hb)

EXAME	RESULTADO	CONDUTA
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11 g/dl	Ausência de anemia: Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (300 mg), que corresponde a 60 mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.
	Hemoglobina < 11 g/dl > 8 g/dl	Anemia leve a moderada: a) solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. b) tratar anemia com 3 drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia. c) repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: - se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia), e repetir a dosagem no 3º trimestre.
	Hemoglobina < 8 g/dl	Anemia grave: Referir ao pré-natal de alto risco.

3.4.1.6 GLICEMIA DE JEJUM



3.4.1.7 COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA (se necessário)

O exame de Papanicolau deverá ser realizado nas gestantes, cujo último exame tenha ocorrido há mais de três anos, sendo o último com diagnóstico negativo para neoplasia, ou quando nunca realizado anteriormente.

3.4.1.8 BACTERIOSCOPIA DO CONTEÚDO VAGINAL (se necessário)

Faz-se o screening para profilaxia de infecção neonatal por estreptococo do tipo B que é um diplococo anaeróbico gram (+) isolado em 15 a 35% das vaginas das gestantes. Seu reservatório se situa no trato gastrointestinal e devemos considerar um achado de bacteriúria positiva como sinal de grande colonização. Podem causar infecção neonatal de início precoce (até 7 dias) em 1/1000 gestações. O screening deve ser realizado entre 35 e 37 semanas através de *swab* retal e vaginal.

3.4.1.9 TESTE ANTI-HIV NA GRAVIDEZ

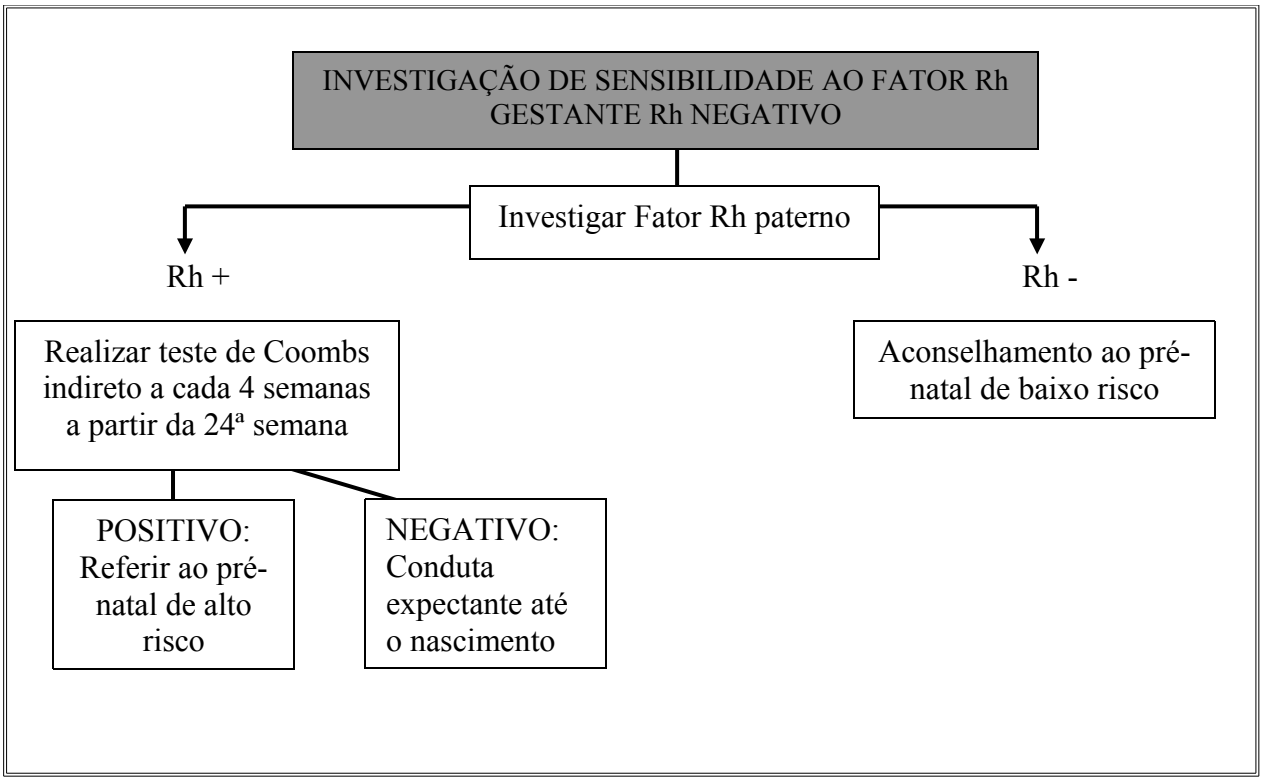
Deve ser sempre voluntário e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste.

- Negativo: se a gestante se enquadrar em um dos critérios de risco (portadora de DST, prática de sexo inseguro, usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis), o exame deve ser repetido após três meses ou no momento da internação para o parto.
- Positivo: a gestante terá indicação do uso do AZT a partir da 14ª semana, para redução do risco de transmissão vertical, devendo ser encaminhada para unidade de referência para acompanhamento.

3.4.1.10 HEMOGRAMA

- Se resultado sem alterações: orientações gerais (higiene, alimentação, ingesta hídrica, hábitos de vida, ...) e manter assistência de consultas de rotina.
- Se valores laboratoriais alterados: encaminhar a consulta médica da USF.

3.4.1.11 TESTE DE COOMBS INDIRETO



3.4.1.12 URUCULTURA DE URINA COM ANTIBIOGRAMA

- Se resultado sem alterações: orientações gerais (higiene, alimentação, ingesta hídrica, relação sexual, hábitos de vida, ...) e manter assistência de consultas de rotina.
- Se valores laboratoriais alterados: encaminhar a consulta médica da USF.

3.4.1.13 PARASITOLÓGICO DE FEZES

- Se negativo: orientações gerais (higiene, alimentação, ingesta hídrica, hábitos de vida, ...) e manter assistência de consultas de rotina.
- Se positivo: encaminhar a consulta médica da USF.

3.4.1.14 SOROLOGIA PARA RUBEOLA, TOXOPLASMOSE E HEPATITE B

Em pacientes de risco (profissionais de saúde, usuárias de drogas, funcionários de banco de sangue, profissionais do sexo). Anticorpos contra rubéola devem ser feitos preferencialmente nos exames de pré-nupcial. Lembrar nas não-imunes a realização da vacina específica no puerpério.

3.4.1.15 ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA

De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), se possível uma por trimestre, caso não seja possível, realizar de preferência entre 20 a 22 semana, por avaliar adequadamente a anatomia fetal e ser, ainda, bastante fidedigna em relação a idade gestacional.

3.4.2 Intervenções medicamentosas

3.4.2.1 Analgésico

- PARACETAMOL. Apresentação: comprimido 500 mg; solução oral 200 mg/ml frasco de 15 ml. Posologia: 325 – 650 mg, 4/4h ou 6/6h.

3.4.2.2 Antiácidos

- HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO. Apresentação: comprimido 300 mg; suspensão oral 62 mg, frasco de 100 ml. Posologia: 600 mg ou 5-10 ml, 1 hora antes das refeições.

3.4.2.3 Antianêmico

- SULFATO FERROSO. Apresentação: comprimido de 40 ou 109 mg; solução oral 125 mg/ml, frasco de 30 ml. Posologia: *ver recomendação do MS no quadro Dosagem de Hemoglobina.*

3.4.2.4 Antiespasmótico

- HIOSCINA. Apresentação: comprimido 10 mg; solução oral 10 mg/ml, frasco de 20 ml. Posologia: 10-20 mg, 3-5 vezes por dia, se necessário.

3.4.2.5 Antiparasitário

- MEBENDAZOL. Apresentação: comprimido 100 mg; suspensão oral 100 mg/5ml, frasco de 30 ml. Posologia: Enterobiose. 100mg, como dose única (a dose deverá ser repetida e 2-3 semanas). Tricuríase, ascaridíase, ancilostomíase ou infecções mistas: 100 mg, 2 vezes ao dia, durante 3 dias (se, após 2-3 semanas, não for alcançada uma resposta satisfatória, a dose deverá ser repetida).

3.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA / DIABETES MELLITUS

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, elaborado pelo MS (MS, 2001), tem o propósito garantir aos portadores desses agravos, um acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.

O referido Plano apresenta todas os conceitos e classificações necessárias para uma avaliação sistemática aos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Ainda define as atribuições do profissional enfermeiro, sendo destacado entre elas:

- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico quando necessário;
- Solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos nos consensos definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.

3.5.1 Avaliação laboratorial de rotina

Os objetivos da investigação laboratorial do portador de HAS são: confirmar a elevação da pressão arterial; avaliar lesões em órgãos-alvo (LOA); identificar fatores de risco para doenças cardiovascular e co-morbidades; diagnosticar a etiologia da hipertensão.

Quando possível, conforme o III Consenso Brasileiro de HAS, a avaliação mínima do portador de HAS, deve constar dos seguintes exames:

3.5.1.1 EXAME DE URINA (bioquímica e sedimento);

3.5.1.2 CREATININA SÉRICA;

3.5.1.3 POTÁSSIO SÉRICO;

3.5.1.4 GLICEMIA SERICA;

3.5.1.5 COLESTEROL TOTAL;

3.5.1.6 ELETROCARDIOGRAMA DE REPOUSCO.

A glicemia de jejum, por sua praticidade, a medida da glicose plasmática em jejum (8 a 12 horas) é o procedimento básico empregado para fazer o diagnóstico de DM. A glicemia capilar utiliza-se para rastreamento e/ou controle no acompanhamento periódico do portador de diabetes, sempre quando necessário.

3.6 HANSENÍASE

O Guia para o Controle da hanseníase (MS, 2002), tem por "objetivo de aperfeiçoar as medidas voltadas à integração e à efetividade das ações de controle da doença na rede básica de saúde". O Brasil assumiu um compromisso em 1991 de alcançar, até 2005, um coeficiente de prevalência de menos de um doente em cada 10 mil habitantes. "O alcance dessa meta, no entanto, requer um esforço conjunto de setores público, privado e do terceiro setor de modo a superar fatores que dificultam uma ação decisiva sobre a doença, entre os quais o diagnóstico e o tratamento tardios dos pacientes". Para tanto, devemos facilitar o diagnóstico precoce da hanseníase, com um tratamento adequado para evitar as incapacidades físicas e a evolução e transmissibilidade da doença.

Neste Guia, há a descrição das atribuições do profissional enfermeiro com a equipe multiprofissional e específico onde refere na Recuperação e Reabilitação em Saúde/ Atribuições do enfermeiro: solicitar exames para confirmação diagnóstica; prescrever medicamentos, conforme normas estabelecidas; executar tratamento não medicamentoso das reações hansênicas. As citações abaixo estão descriminadas na literatura citada.

3.6.1 Elementos para o diagnóstico

3.6.1.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Anamnese – obtenção da história clínica e epidemiológica;
- Avaliação dermatológica – identificação de lesões de pele com alteração de sensibilidade;
- Avaliação neurológica – identificação de neurites, incapacidades e deformidades;
- Diagnóstico dos estados reacionais;
- Diagnóstico diferencial;
- Classificação do grau de incapacidade física.

3.6.1.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Baciloscopia – é o exame microscópico onde se observa o Mycobacterium leprae, diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados: lóbulos auriculares e/ou cotovelos, e lesão quando houver. Resultado positivo: aderir o paciente ao programa e encaminha-lo imediatamente a consulta medica para iniciar o esquema terapêutico adequado.

3.6.2 Intervenção medicamentosa

O tratamento é a poliquimioterapia, conhecida como PQT, é padronizada pela OMS e indicada pelo MS, sendo constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. É administrada através de

esquema padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em Pauci ou Multibacilar.

Nota: O esquema de tratamento e posologia, segundo a situação do caso, é definido na primeira consulta pós-diagnóstico com o profissional médico. As consultas subseqüentes serão acompanhadas pelo profissional enfermeiro, atuando em interdisciplinaridade com os integrantes da equipe. O protocolo de Esquemas de Tratamento e Posologia está descrito no Guia para o Controle da Hanseníase (páginas 30 - 36).

3.7 TUBERCULOSE

O Ministério da Saúde, em 1999, define a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando metas para o alcance de seus objetivos (...). A expansão das ações das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas (...). Essa expansão se dará no âmbito da atenção básica, na qual os gestores municipais deverão agir de forma planejada para garantir a implantação das ações de controle da tuberculose. Dentre elas:

- Estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios; organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos; garantia de acesso ao tratamento supervisionado e/ou auto-administrado de casos (...).

Dentre as várias estratégias, o MS define o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (2002) a todos os municípios brasileiros, e com isso a normatização aos profissionais de saúde do PSF e PACS, destacadas neste protocolo em exames diagnósticos e tratamento.

3.7.1 Elementos para o diagnóstico da tuberculose pulmonar

3.7.1.1 HISTÓRIA CLÍNICA

- Ter tido contato, intradomiciliar ou não, com uma pessoa com tubérculo;
- Apresentar sintomas e sinais sugestivos de tuberculose pulmonar tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispnéia e astenia;
- História de tratamento anterior para tuberculose;

- Presença de fatores de risco para o desenvolvimento da TB doença (Infecção pelo HIV, diabetes, câncer, etilismo).

3.7.1.2 EXAME BACTERIOLÓGICO

A baciloscopia direta do escarro é método fundamental porque permite descobrir as fontes mais importantes de infecção – os casos bacilíferos. Esse exame, quando executa corretamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar em uma comunidade.

A baciloscopia direta do escarro deve sempre ser solicitada para:

- Pacientes adultos que procurem o serviço de as´de por apresentarem queixas respiratórias ou qualquer outro motivo, mas que espontaneamente, ou em resposta ao pessoal de saúde, informem ter tosse e expectoração por três ou mais semanas;
- Pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax;
- Contatos de casos de tuberculose pulmonar bacilíferos que apresentem queixas respiratórias.

Recomenda-se, para o diagnóstico, a coleta de duas amostras de escarro:

- Uma por ocasião da primeira consulta;
- A segunda, independente do resultado da primeira, na manhã do sai seguinte ao despertar.

Nota: O Manual Técnico para o Controle da Tuberculose descreve as recomendações para a qualidade na coleta do escarro (ver páginas 14-15).

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO EXAME BACTERIOLÓGICO E CONDUTA

Nas Unidades Básicas de Saúde, em princípio, deverá ser considerado para tratamento imediato o paciente com diagnóstico de tuberculose bacilífera que estiver enquadrado nos itens 1 e 2 descritos a seguir:

I. Deverá ser considerado como tuberculose pulmonar positiva o caso que apresenta:

- duas baciloscopias diretas positivas;
- uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva;

- uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de TB.

II. Se uma das amostras for positiva e outra negativa e não houver disponibilidade de Raios X de tórax pelo SUS deve-se realizar o exame de uma 3ª amostra, com todo o cuidado para a obtenção de material adequado (escarro e não saliva). Se essa 3ª amostra, for positiva, deve-se proceder como no item I. Se for negativa, o paciente deverá ser encaminhado para uma unidade de referência para investigação e diagnóstico. Quando houver disponibilidade para realização de Raios X de tórax pelo SUS, deve ser solicitado para investigação e solicitação de parecer da unidade de referência.

III. Se as duas ou três amostras forem negativas, o paciente em pesquisa diagnóstica de doença respiratória deverá ser encaminhado para consulta médica na unidade de referência.

IV. Os casos com suspeita de TB extrapulmonar devem ser encaminhados para uma unidade de referência para investigação diagnóstica e tratamento.

V. Serão encaminhados à consulta médica ou de enfermagem, os indivíduos com sintomas respiratórios.

3.7.1.3 EXAME RADIOLÓGICO

- O exame radiológico é auxiliar no diagnóstico da tuberculose justificando-se sua utilização se possível, nos casos suspeitos. É sempre indispensável realizar o exame bacteriológico para um diagnóstico correto;
- O exame radiológico permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de tuberculose ou de outras patologias;
- O exame radiológico, em pacientes com baciloscopia positiva, tem como função principal a exclusão de outra doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica dos pacientes, sobretudo naqueles que não responderam à quimioterapia.

Nota: A radiografia do tórax será solicitada também pelo profissional enfermeiro, para fins de viabilização do processo de integralidade e agilidade para o diagnóstico. Contudo, a avaliação radiológica será realizada pelo profissional médico, na consulta referenciada.

3.7.1.4 PROVA TUBERCULÍNICA

Indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose, a prova tuberculínica quando reatora, isoladamente, indica apenas a presença de infecção e não é suficiente para o diagnóstico do tubérculo doença.

No Brasil, a tuberculina usada é o PPD Rt23, aplicado por via intradérmica no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1 ml, equivalente a 2UT (unidades de tuberculina). Quando conservada em temperatura entre 4ºC e 8ºC, a tuberculina mantém-se ativa por seis meses. Não deve, entretanto, ser congelada nem exposta à luz solar direta.

A técnica de aplicação (a mais utilizada é a técnica de mantoux) e o material utilizado são padronizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e têm especificações semelhantes às usadas para a vacinação BCG. A injeção do líquido faz aparecer uma pequena área de limites precisos, pálida e de aspecto pontilhado como casca de laranja.

A leitura da prova tuberculínica é realizada de 72 a 96 horas após a aplicação, medindo-se com régua milimetrada o maior diâmetro transverso da área de endurecimento palpável.

MENSURAÇÃO DA ÁREA

O resultado, registrado em milímetros classifica-se como:

- 0 a 4 mm – não reator: Indivíduo não infectado pelo M. tuberculosis ou com hipersensibilidade reduzida;
- 5 a 9 mm – reator fraco: indivíduo vacinado com BCG ou infectado pelo M. tuberculosis ou por outras microbactérias;
- 10 mm ou mais – reator forte: indivíduo infectado pelo M. tuberculosis, que pode estar doente ou não, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

✓ OBSERVAÇÕES EM RELAÇÃO A PROVATUBERCULÍNICA

- algumas circunstâncias podem interferir no resultado da prova tuberculínica como, por exemplo: desnutrição, aids, sarcoidose, neoplasias, doenças linfoproliferativas, tratamentos com corticosteróide e drogas imunodepressoras, gravidez, etc;

- todos os indivíduos infectados pelo HIV devem ser submetidos ao teste tuberculínico. Nesses casos, considera-se reator aquele que apresenta endurecimento de 5 mm ou mais e não reator aquele com endurecimento entre 0 e 4 mm. Para pacientes não reatores e em uso de terapia anti-retroviral, recomenda-se fazer o teste seis meses após o início da terapia, devido a possibilidade de restauração da resposta tuberculínica;
- nos indivíduos vacinados com BCG, sobretudo entre aqueles imunizados há até dois anos, a prova tuberculínica deve ser interpretada com cautela porque, em geral, apresenta reações de tamanho médio podendo alcançar 10 mm ou mais;
- recomenda-se realizar o teste tuberculínica em todos os profissionais dos serviços de saúde por ocasião de sua admissão.

3.7.1.5 EXAME SOROLÓGICO ANTI-HIV

A todo doente com diagnóstico de tuberculose confirmado, deve ser oferecido o teste sorológico anti-HIV. O profissional de saúde deve conversar com o doente sobre a possibilidade de associação das duas infecções e dos benefícios do diagnóstico precoce e tratamento da infecção pelo HIV. O doente deve assinar o termo de conhecimento para realização do exame.

Caso o exame seja positivo, o doente deve ser encaminhado para uma Unidade de Referência para AIDS, mais próxima de sua residência, capacitada a tratar as duas infecções.

3.7.2 Intervenção Medicamentosa

A associação medicamentosa adequada, dose certa, uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando assim a cura do paciente (...).

Nota: O esquema de tratamento e posologia, segundo a situação do caso, é definido na primeira consulta pós-diagnóstico com o profissional médico. As consultas subseqüentes

serão acompanhadas pelo profissional enfermeiro, atuando em interdisciplinaridade com os integrantes da equipe. O protocolo de Esquemas de Tratamento e Posologia está descrito no Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (páginas 20-27).

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08.06.87. **Regulamentação da Lei nº 7.498/86**. Brasília, DF, 08 jun. 1987.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25.06.86 (DOU 26.06.86). **Lei do Exercício Profissional**. Brasília, DF, 25 jun 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4. ed. Brasília: ministério da Saúde, 2002. 150 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI**. 2002. Disponível em: www.saude.gov.br/editora. Acesso em: 07 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de Bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de Bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da Hanseníase**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 90 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus - Protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 94 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose**. 6. ed. ver. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família – uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 159/1993. **Consulta de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 240/2000. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 272/2002. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2002.

DICIONÁRIO de **Administração de Medicamentos na Enfermagem 2005/2006**. 4. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2004. 926 p.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência Pré-Natal – Manual de Orientação**. Disponível em: www.febrasgo.org.br/manuais.htm. Acesso em: 20 mar. 2006.

FIGUEIREDO, N.M.A. et. al. Programas de Atenção à Saúde. In: FIGUEIREDO, N.M.A (Org.) **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005. p. 297-302.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **AIDPI para o Ensino Médico-Manual de Apoio**. 2004. Disponível em: www.opas.org.br/aidpi. Acesso em 07 mar. 2006.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde. **Natural é o parto normal: pré-natal, parto e puerpério**. 3. ed. Curitiba: SESA, 2004. 79 p.

Edifício da Prefeitura Municipal de Lapa, 08 de Novembro de 2006.

Miguel Batista
Prefeito Municipal