

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 



APS

**Manual
de práticas**

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



APS

**Manual de
enfermagem**

Introdução

A Federação das Unimed do Paraná foi fundada em 18 de agosto de 1979 e constituída com o propósito de proporcionar equilíbrio as cooperativas do Sistema Unimed do estado, denominadas de singulares.

A principal ação da Federação tem sido promover a integração das singulares e prestar auxílio na organização de aspectos financeiros, assistenciais e administrativos. A Unimed Paraná também atua de forma a facilitar a utilização dos serviços e buscar constantemente aperfeiçoamento profissional, inovações tecnológicas e novos projetos para atender expectativas de seus clientes internos e externos.

Por ter em seus princípios uma constante busca por melhorias e atenta as novidades, a Unimed Paraná iniciou um amplo estudo do cenário da saúde suplementar para identificar as principais formas de assistências utilizadas. A Federação pesquisou e analisou as experiências relacionadas a atenção primária a saúde (APS) para desenvolver o que Internacionalmente tem sido representada como uma forma de reorganização da atenção a saúde.

Dentro deste contexto, propõem-se uma forma de reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, capaz de atender com mais assertividade as expectativas dos seus clientes ou beneficiários, e atingir melhores indicadores de gerenciamento de saúde para as cooperativas Unimed.

Justificativa

Ao longo das últimas décadas, alguns fatores contribuíram para a fragilidade do atual modelo de assistência: o crescimento do número de clientes, a ampliação do acesso aos serviços e a elevação dos custos decorrentes de uma medicina hospitalar cada vez mais especializada e com tecnologia abusivamente utilizada, resultou em um expressivo aumento dos gastos com a assistência à saúde.

Na saúde suplementar, o sistema de saúde é ainda fortemente centrado em médicos e hospitais. As dificuldades e limitações do sistema de saúde no seu formato atual têm levado, também aqui no Brasil, nas últimas décadas, a

um debate permanente entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários sobre a melhor forma de organizar o nosso sistema de saúde (FARIA, 2010, p. 24-31).

Ainda segundo Faria (2010) algumas observações decorrentes da relação custo assistencial e indicadores de saúde permitiram observar que:

- A ampliação dos gastos não acompanha a melhoria dos indicadores de saúde em cada país

- Há que se rediscutir se o modelo hospitalocêntrico proporciona as condições necessárias à recuperação da qualidade de vida e ações que garantam sustentabilidade desta recuperação ao longo do tempo

- Há uso abusivo de antibióticos e psicofármacos

- Há excesso de exames complementares, alguns de natureza invasiva, passíveis de causar complicações e, até mesmo, a morte

- É pequena a importância do sistema de saúde centrado no hospital e na prática médica convencional na contribuição para a redução da mortalidade nos Estados Unidos

- Nos Estados Unidos, dos quatro grandes grupos de fatores - estilos de vida, biologia e genética, meio ambiente e sistema de saúde - o que tinha menos contribuição

O modelo baseado em Atenção Primária à Saúde

O estudo realizado por Dawson, que tinha como aspectos principais a organização dos serviços de saúde por níveis de atenção (primária, secundária e terciária), começou a ser praticado em alguns países quando as fragilidades do modelo fragmentado começaram a ser percebidas e, com elas, os resultados desfavoráveis.

A atenção primária é, frequentemente, representada como a base da pirâmide da atenção em saúde. É nesse nível de atenção que são tratados os problemas comuns, responsáveis pela grande maioria das necessidades de saúde da população. As questões específicas, que exigem conhecimentos médicos mais especializados, são tratadas na atenção secundária, representada pela faixa do meio da pirâmide. Já o topo simboliza a atenção terciária, que é o nível no qual são tratados os casos raros e muito complexos (Fry, 1972).

Atualmente o SISTEMA UNIMED apresenta serviços e atendimentos em saúde de forma fragmentada, dificultando a integração e o gerenciamento coordenado em saúde. Os cuidados estão fundamentados em uma rede aberta com acesso direto ao médico especialista, com enfoque em doenças, e não em saúde. Além disso, a fragmentação da rede, impossibilita a cooperação dos profissionais e o trabalho em equipe. Isto gera insatisfação dos beneficiários, e uma baixa resolubilidade das questões de saúde por parte dos profissionais assistentes.

Neste modelo, os cuidados com cada beneficiário irá variar conforme a classificação de complexidade, oferecendo o que há de melhor para cada caso, baseado em um fluxograma organizado e estruturado a atender as necessidades reais de cada paciente sem desperdiçar tempo, tão pouco recursos.

Os estudos acerca da APS remontam de 1920, quando Bertrand Dawson propôs que a medicina deveria ter cunho preventivo e não curativo, além da organização da assistência à saúde em níveis, sendo a APS o primeiro deles, apoiada níveis secundários e terciários, ou seja, especialistas e hospitais respectivamente.

A Declaração de Alma-Ata formulada em 1978 por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, contempla 10 itens que enfatizam a Atenção Primária à Saúde, salientando a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento. Aborda também a importância educação em saúde, saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

Segundo Barbara Starfield *a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direciona para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar por terceiros (STARFIELD, 2002, P.28)*

O resultado deste trabalho está focado na integração das informações e dos modelos da Atenção Primária à Saúde (APS) e Modelo de Atenção à Saúde (MAS), na coordenação do cuidado, sustentabilidade do SISTEMA UNIMED, utilizando as experiências do Estado, para assim fortalecermos e padronizarmos todas as ações em saúde, ofertando um serviço e rede assistencial de alta qualidade com a utilização racional de recursos.

Premissas da Atenção Primária à Saúde

A assistência médica vem passando por mudanças nas últimas décadas, assim como também a forma como se enxerga o paciente. Atualmente o foco passou a ser na pessoa, de maneira a oferecer um atendimento integrado e continuado à população. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS), é o pilar central do atendimento médico de qualidade. A maior parte dos problemas de saúde de uma população pode e deve ser resolvido no nível primário de atendimento. Isto não significa não ser bem atendido. Pelo contrário, significa resolver questões básicas de maneira rápida e eficiente as questões de saúde, organizando e racionalizando a utilização de recursos mais avançados a nível secundário e terciário de atendimento. A nível primário são efetuadas ações de prevenção primordial, primária, secundária e terciária, incluindo o tratamento e reabilitação de até 80% das patologias. Os fundamentos para a organização da atenção primária de qualidade são baseados em diretrizes que organizam e articulam as ações e serviços de saúde em um formato de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde. Isto promove, com maior equidade, eficiência de gestão e capacidade de acolhimento aos usuários. Seguem as premissas e diretrizes de organização:

1. **Acesso:** A ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente a organização de serviços de saúde por nível de atenção Primária, Secundária e Terciária. Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como “porta de entrada”.

A utilização dos serviços de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas, que podem receber seu primeiro atendimento nos serviços de APS. (Manual do CAS).

O primeiro recurso a ser buscado pelos beneficiários como porta de entrada aos serviços de saúde.

2. **Longitudinalidade:** é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção, deve refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (CAS, 2014).

Longitudinalidade no contexto da Atenção Primária é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde (STARFIELD, 2002, p. 247).

Ter atenção longitudinal, significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua” que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem que pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença) e no que esta relação existe, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada (STARFIELD, 2002, p. 248).

3. **Integralidade:** refere-se a abrangência dos serviços disponíveis e prestados pelo serviço de Atenção Primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros (CAS,2014).

A integralidade exige que a Atenção Primária reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002, p. 314).

4. **Coordenação do Cuidado:** pressupõe alguma forma de continuidade, por parte do atendimento pelo mesmo profissional, por meio de prontuários médicos ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação do fluxo dos pacientes entre os diversos serviços de saúde (CAS, 2014).

Coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Esta definição expressa formalmente, o que as descrições mais realistas indicam. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002, p. 366).

PÚBLICO ALVO

A definição da população alvo para implantar esse novo modelo assistencial que é baseado nos conceitos de cuidados primários à saúde ou atenção primária à saúde (APS), se norteia em pesquisas de algumas singulares que já implantaram ou que possuem o projeto de APS.

Foi visualizada em mais de uma singular do estado a utilização desse novo modelo assistencial como um novo produto o qual seria indicado como carteira do plano de colaboradores podendo incluir titulares e dependentes, entretanto com esta troca existe a necessidade de considerar alguns cuidados trabalhistas para que não implique em desvios de questões legalmente definidas.

Em outras singulares observadas, a discriminação do público alvo, foi direcionada a primeiro momento para pessoa jurídica contando com uma rede de cooperados e credenciados personalizada. Observou-se também que algumas operadoras apresentaram este produto na adesão de novas carteiras

sejam empresariais ou físicas para que possam ser avaliados e ter como base para se verificar os pontos positivos e negativos, adequando à realidade da cooperativa.

Portanto, para a definição do público alvo:

Carteira Pessoa Jurídica: empresas que possuam colaboradores com alta sinistralidade novos contratantes.

Carteira Pessoa Física: novos contratos e faixa etária que requeira mais custos como idosos e crianças.

Carteira plano de colaboradores: Colaboradores ativos da Unimed gestora

PROTOCOLO PARA CAPTAÇÃO

Para este modulo faz-se necessário a apresentação previa a diretoria referente ao conceito APS. Posteriormente deve-se realizar a análise da carteira mediante perfil nosológico e demográfico para captação. Para gerenciamento da carteira ativa (crônico e clinico) consultar Manual de Atenção Integral a Saúde.

O modelo de captação se dá através das seguintes formas:

1. Migração para o produto APS de uma empresa;
2. Atender a carteira do plano do colaborador e dependentes
3. Venda do produto APS para uma nova carteira

Para isso se faz necessário garantir a abrangência de serviços efetivos, seja na prestação direta quanto na utilização da rede, buscando atender as necessidades da operadora e contratante.

PROTOCOLO PARA INCLUSÃO

Para este protocolo estabelece –se os seguintes critérios:

- Inclusão dos beneficiários ativos da carteira,
- Beneficiários da Unimed gestora ou da área da abrangência

PROTOCOLO PARA EXCLUSÃO

Para este protocolo estabelece –se os seguintes critérios:

- Desligamento do plano
- Óbito
- Rescisão de contrato

IT - RECEPÇÃO

EXECUTANTE: Recepcionistas

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de recepção.

Passos:

1. Manter a recepção organizada;
2. Realizar a limpeza das bancadas com álcool 70% no início de cada plantão;
3. Solicitar a auxiliar de serviços gerais para realizar a limpeza sempre que necessário;
5. Repor o material necessário;
6. Organizar prontuários e arquivos.
7. Conferir a agenda médica;
8. Confirmar as consultas agendados com os profissionais de apoio;
9. Realizar o atendimento via telefônico e presencial dos clientes;
10. Anotar os dados dos pacientes para consultas externas e encaminha-las para MF responsável;

AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS

EXECUTANTE: Recepcionista

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Agendar consultas médicas

Passos:

1. Agendar as consultas conforme o número de vagas determinados
2. Informar ao beneficiário a data e horário disponível para o atendimento
3. Confirmar a disponibilidade de sua preferência
4. Finalizar o agendamento em prontuário eletrônico.

IT - ACOLHIMENTO PARA DEMANDA ESPONTÂNEA

EXECUTANTE: Enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Acolher usuário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas

Passos:

1. Acolher os usuários, tratando-os com serenidade e respeito;
2. Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação (consulta de enfermagem).
4. Verificar os sinais vitais, (PA, T, FC, Sat, peso, altura, etc.);
5. Anotar os dados e queixas dos pacientes no prontuário eletrônico;
6. Comunicar ao médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;
7. Responder a demanda conforme necessidade do paciente, dando o encaminhamento necessário.

TRIAGEM

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: A triagem das consultas, devem ser realizadas antes da consulta com o Médico de Família, fazendo as anotações pertinentes nos prontuários.

Passos:

1. Acolher os usuários, tratando-os com serenidade e respeito;
2. Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação (consulta de enfermagem).
4. Verificar os sinais vitais, (PA, T, FC, Sat, peso, altura, etc.);
5. Anotar os dados e queixas dos pacientes no prontuário eletrônico;
6. Encaminhar para sala de espera até que seja chamado pelo médico para a consulta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

EXECUTANTE: Enfermeiros

OBJETIVO: Acolher beneficiário com escuta ativa, visando atender suas necessidades básicas.

Passos:

1. Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
3. Verificar os sinais vitais, (PA, T, FC, Sat, peso, alt etc.);
4. Anotar os dados e queixas dos pacientes no prontuário eletrônico;
5. Após a realização das etapas: entrevista e exame físico, realiza-se o diagnóstico de enfermagem e aplica-se o plano de cuidados – conduta;
6. Se necessário agendar retorno presencial ou telefônico para coordenação e acompanhamento do plano de cuidado.

7. Quando necessário a realização pós consulta de enfermagem realizar a anotação no prontuário eletrônico.

PÓS CONSULTA DE ENFERMAGEM

EXECUTANTE: Enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Coordenar ativamente sua carteira de beneficiários

Passos:

1. Captar o beneficiário para acompanhamento periodicamente;
2. Utilizar uma escuta ampliada e ativa levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
4. Anotar os dados dos pacientes no prontuário eletrônico;
5. Monitorar periodicamente junto a equipe multiprofissional o desenvolvimento do beneficiário mediante plano de cuidados;
6. Comunicar ao médico quando diagnosticado sinal de alerta durante a consulta de enfermagem no sentido de responder as necessidades já traçadas;

Cabe ao enfermeiro Da APS:

1. Conhecer os pacientes que procuram o serviço da APS, bem como, saber coordenar sua carteira procedendo com encaminhamentos e instruções necessárias.

ESCALA DE ENFERMAGEM, MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS

EXECUTANTE: Enfermeiro ou responsável administrativo pelo serviço

OBJETIVO: Manter equipe mínima para um atendimento com qualidade e efetividade

Também denominada escala de pessoal, escala de folgas, refere-se às distribuições da equipe de enfermagem de uma unidade, durante todos os dias do mês, segundo os turnos de trabalho.

Passos:

1. Folgas: devem ser planejadas de modo a garantir o nº suficiente de cada categoria na assistência prestada.
2. O funcionário pode trabalhar até 8 horas diárias e 44 horas semanais. A jornada de trabalho pode chegar, no máximo 12 horas diárias
3. O funcionário tem direito a no mínimo uma folga semanal, remunerado e preferencialmente no domingo, exceto em atividade profissional exija trabalho aos domingos. Nesse caso, o funcionário tem direito a pelo menos 1 domingo a cada 7 semanas.
4. Entre o intervalo de uma jornada de trabalho e outra deve ter no mínimo 11 horas consecutivas;
5. A mulher que está amamentando tem direito a 2 descansos especiais, de meia hora cada um, ou um descanso de uma hora diária até os 6 meses do filho
6. É obrigatória a concessão de um intervalo de no mínimo 1h e de no máximo 2h, para repouso e alimentação em trabalho contínuo que exceda 6 horas. Para trabalhos com mais de 4h e até 6h é obrigatório intervalo de 15'
7. Os intervalos de descanso não são computados na jornada de trabalho.
8. A duração semanal do trabalho varia de acordo com a instituição e carga horária máxima permitida pelo conselho de cada categoria:
9. O nº de folgas é de acordo com a duração semanal de trabalho, acrescentando as folgas correspondentes aos feriados do mês

ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL

EXECUTANTE: Todos os profissionais da Equipe de Saúde.

ÁREA: Higienização e antissepsia

OBJETIVO: Garantir a Higienização pessoal e o bem estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.

Passos:**Higiene pessoal:**

Deve o profissional de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada a aparência pessoal.

Cuidados com o corpo:

O profissional entra em contato com muitos microrganismos durante sua atividade, que ficam aderidos a pele, unhas e cabelos. Somente o banho poderá eliminar o suor, sujidades e os microrganismos e tornar a aparência agradável.

Cuidados com os cabelos:

Os cabelos devem estar limpos e presos se compridos. A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo, pois seu objetivo é a proteção dos cabelos.

Cuidado com as unhas:

As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos. Dar preferência a esmaltes transparentes para poder visualizar a sujidade e eliminá-la. Evitar a retirada de cutículas para manter a pele íntegra evitando contaminação.

Cuidados com o uniforme:

Todo trabalho requer esforço físico, o suor é inevitável, portanto, o uniforme deverá ser trocado todos os dias e quando se fizer necessário. Observar presença de sujidade na roupa, e a mesa deve ser lavada separado da roupa doméstica.

Cuidados com os sapatos:

Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.

Lavados e colocados para secar na posição vertical, ao término do serviço. Com isso, evita-se os odores e fieiras.

IT - CONSULTÓRIOS GERAIS

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos consultórios

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar a limpeza sempre que necessário;
3. Solicitar a aux. de serviços gerais que realize a limpeza no final de cada plantão ou quando necessário;

4. Checar o funcionamento dos equipamentos das salas
5. Realizar desinfecção dos espéculos de ostoscópios com água e sabão e após a secagem passar álcool 70%;
6. Trocar almotolias semanalmente e data-las;
7. Repor materiais e impressos próprios;
8. Repor descartáveis, materiais e demais materiais quando necessário;
9. Realizar desinfecção das bancadas semanalmente.

SALA DE PROCEDIMENTOS

Executante: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

Área: Assistência à Saúde

Objetivo: estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de procedimentos.

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o volume, vazamento e funcionamento do cilindro de oxigênio, e verificar chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Repor e checar materiais e medicamentos;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médicas e/ou do enfermeiro, checando na própria receita e/ou prontuário com data, horário, Coren e nome legível e preenchendo boletim de produção;
7. Manter a sala limpa, organizada e abastecida.

SALA DE NEBULIZAÇÃO

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de inalação

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento compressor, chamando manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro. Proceder a sangria do sistema ao final de cada dia;
5. Preparar material necessário para o plantão, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24hrs;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ou enfermeiro anotando no verso da própria receita com letra legível a data, horário, nome, Coren, preenchendo boletim de produção.
7. Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxagua-los em água corrente e coloca-los sobre um campo limpo.
8. Secar o material com pano limpo;
9. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de reposição;
10. Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1% - em caixa fechada por 30 min, registrando em formulário o horário de início do processo;
11. Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
12. Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
13. Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das máscaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;
14. Anotar a validade do hipoclorito.

IT - CONSULTÓRIOS DE GINECOLOGIA

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento do consultório ginecológico.

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza a cada uso da sala;
3. Solicitar a aux. de serviços gerais que realize diariamente a limpeza da sala e troca dos lixos, no final do plantão ou sempre que necessário;
4. Lavar e organizar as bandejas em uso, diariamente;
5. Repor as roupas limpas no início do atendimento e desprezar as sujas ao final de cada atendimento, uma vez que utilizamos lençol/fronha descartável;
6. Trocar as almotolias;
7. Verificar a data das soluções e medicações específicas da sala, com data e validade correspondente;
8. Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: foco de luz, balança, entre outros;
9. Repor espéculos, pinças e material para coleta ginecológica;
13. As coletas dos exames preventivos podem ser realizadas por médicos ou enfermeiros, conforme a rotina da unidade;
14. Os Técnicos de Enfermagem acompanham os exames ginecológicos e as inserções de DIU.

Enfermagem em Urgência e Emergência na Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, englobando os preceitos de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, constituindo o primeiro nível de atenção à Saúde.

Dá-se a ênfase ao profissional de Enfermagem, das quais as atribuições não se submetem apenas ao caráter de procedimentos técnicos, mas também, responder pelas ações básicas de saúde desempenhadas em seu território e

segmento populacional de abrangência conferindo planejamento assistencial, supervisão, coordenação, execução e avaliação dos programas desenvolvidos na APS. Sendo assim o Enfermeiro avalia as atividades de toda a equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares) e, até mesmo, de outros membros de equipe ainda que de diferente formação. Afinal, o enfermeiro deve atuar como gestor na Atenção primária, incluindo todo o serviço prestado.

O processo de Sistematização de Assistência de Enfermagem na APS compreende a formulação de uma proposta de desenvolvimento que deve ser implementada de forma articulada, integrada e solidária a partir da definição de metas de investigação e implementação de intervenções conferindo todo o contexto pessoal, familiar, ambiental e socioeconômico compreendendo o quadro de necessidades para a manutenção da saúde do paciente. Visa o fortalecimento e a consolidação dos objetivos de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

No que diz respeito aos serviços de atendimento de Urgências, especificamente, a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências pretende alcançar todos os níveis de prestação de assistência, organizando desde os serviços prestados na atenção primária até os atendimentos de maior complexidade como os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. Atua de forma a ampliar os acessos e meios de promoção de saúde a partir de um planejamento de ação ágil, voltado às necessidades da população considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade.

Na Portaria GM/MS nº 1863, que instituiu o Plano Nacional de Atenção às Urgências, a atenção primária deve ser capacitada para assistência qualificada e especializada para atendimento e encaminhamento às unidades adequadas. Atua no desenvolvimento de “estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades” além de “contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência”. (PORTARIA GM N.O 1.863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003 - Política

Nacional de Atenção às Urgências; 3.^a edição ampliada Série E. Legislação de Saúde).

Em termos sucintos, a atenção primária relacionada a Urgência e Emergência caracteriza-se de pacientes com evolução de um quadro agudo (o que constitui de complicações de duração limitada, manifestação abrupta, autolimitadas, de diagnóstico e prognóstico usualmente precisos e intervenção usualmente efetiva e passíveis de cura) ou quadros crônicos agudizados, de natureza clínica, traumática ou, até mesmo, psiquiátrica, das quais podem levá-los a um estado de sofrimento, sequelas ou ainda à morte. Está interligado a um atendimento ou meio de transporte adequado a partir da hierarquização dos serviços de saúde, regulado e integrando ao Sistema de Urgência e Emergência vigente.

Além da organização do serviço, deve-se atentar à formação dos profissionais acerca do conhecimento referente às condutas no atendimento à urgências e emergências de qualquer natureza, no qual, em geral, é insuficiente para seu enfrentamento.

A estrutura física também deve ser readequada, abastecido de medicamentos e materiais proporcionando condições para os primeiros atendimentos e manobras de estabilização do paciente até a viabilização de transferência para uma unidade de referenciamento pactuada, de maior porte, quando necessário. A reestruturação do ambiente, localização dos profissionais frente aos equipamentos, carrinhos de emergência e a manipulação dos materiais também se faz essencial.

Na medida do possível, deve estar habilitada, inclusive, com uma área física destinada ao atendimento de urgências e uma sala de observação para paciente.

É necessário repensar o “acolhimento”, nos seus aspectos teóricos e práticos, para que este possa efetivamente se constituir em uma prática capaz de instaurar um modelo adequado a saúde primária.

A adoção de um Protocolo de Acolhimento preconiza sistematizar a assistência acolhendo a demanda, estabelecendo a inclusão do beneficiário, otimizando os serviços, hierarquizando os riscos e formas de acesso aos demais níveis do sistema de saúde, diminuindo as filas das portas de entrada dos atendimentos de maior complexidade (níveis secundários e terciários)

garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do paciente.

O profissional deve ser dotado de um perfil para a mesma, ser treinado técnico-cientificamente para exercer um trabalho qualificado e seguro. Dinamicidade, sensibilidade e intuição são inerentes ao cargo, por isso o enfermeiro é o profissional considerado mais adequado, visto sua formação generalista.

Insumos mínimos necessários para a prestação de um atendimento de emergência.

Materiais

Ambú adultos e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, Oxigênio, Aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).
--

Medicamentos

Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolan, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado.

Fonte: Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.

Sob a ótica dos atendimentos de caráter de urgência, a nível primário, os primeiros atendimentos frente a necessidades mediatas ou imediatas (urgências e emergências) encaminhando-as para serviços especializados e o atendimento integral para pacientes sem prioridades urgentes (geralmente categorizados pelas cores “verde” ou “azul”).

Os resultados esperados a partir da implementação de um Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco refletem na (o):

- ✓ Diminuição da morbimortalidade por falta, atraso ou deficiência de atendimento;
- ✓ Priorização pelo grau de complexidade, dependência e necessidade de atendimento imediato;
- ✓ Obrigatoriedade de encaminhamento responsável com garantia de acesso aos demais níveis de atendimento;
- ✓ Aumento da eficácia do atendimento pela diminuição do tempo de espera do paciente; “é mais importante saber que tipo de doente tem a doença do que tipo de doença tem o doente”.

(William Osler). Fonte: Relatório Mundial de saúde, 2008. Cuidados de Saúde Primários.

O termo de Acolhimento está, atualmente, substituindo a expressão “triagem”, que, segundo o dicionário Aurélio significa seleção, escolha, separação. O que, muitas vezes, pode-se afirmá-la como uma prática de exclusão social, visto que “escolhe” quem, como e quando o sujeito deverá ser atendido.

A adoção de um sistema de acolhimento, com classificação de riscos configura decisivamente na reorganização e realização do processo assistencial em promoção de saúde a partir da análise, problematização e traçado de objetivos das intervenções. Não deve ser realizado apenas de acordo com a especialidade médica, mas também, através da investigação da causa de sua ida ao serviço naquele momento. Visa, na área da saúde, o atendimento imediato ou mediato conforme a gravidade de necessidade de cada paciente.

O acolhimento, segundo LIMA (2007), relaciona-se com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolutividade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos clientes.

A remodelagem dos serviços deve ser repensada a partir de uma investigação prospectiva e concorrente de todas as referências de assistência suplementar à saúde propondo alternativas que incorporem os campos de

saberes e práticas configurando hegemonicamente as demais formas de assistência à saúde viabilizando, por fim, uma nova proposta de trabalho.

Gerenciar a demanda de acordo com as potencialidades clínicas contribui na minimização dos problemas emergenciais através do direcionamento dos pacientes, seja pela estruturação da rede de encaminhamentos ou pelo planejamento assistencial propriamente dito.

Caracteriza-se por um prospecto de oferta de cuidados com ampliação do modelo de prática profissional que conduz e acompanha o paciente evitando o retorno ou encaminhamento desnecessário a outros serviços de maior complexidade - o que diminui o fluxo de suas portas de entrada-, ou a piora do quadro clínico depreciando o potencial de sequelas e hospitalização – o que gera conseqüentemente, menos custos para o sistema.

O atraso na detecção, formulação de diagnóstico precoce, planejamento da assistência e a implementação de um tratamento rápido e efetivo de doenças para as quais existem conhecidas medidas de prevenção e controle, com o conseqüente agravamento dos casos, perda de qualidade e duração de vida para os doentes geram um grande impacto sobre ao processo assistencial além do aumento de custo para sistema.

Classificar o grau de complexidade e dependência do paciente através da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do processo de trabalho dentro da unidade como um todo consiste em substanciar o processo de tomada de decisão acerca da qualidade e efetividade dos cuidados prestados, além do melhoramento na produtividade, redução dos custos em decorrência de agravos e sequelas, e ainda, à gestão de Recursos Humanos.

A Classificação dos usuários trata-se, portanto, uma ação técnico-assistencial da qual exprime uma mudança na relação do profissional com o usuário “priorizando-os” de acordo com o motivo da ida à unidade e o grau de complexidade expresso regulamentado por parâmetros técnicos, éticos, humanitários e solidários definidos e normatizados por um Protocolo de Acolhimento e Gerenciamento de Casos Clínicos ou Crônicos. Visa a investigação equilibrada sobre o quadro clínico do paciente, bem como sua totalidade, e o agrupamento dos dados relevantes (condicionantes e determinantes) a classificá-lo conforme a complexidade de seu estado de

saúde estabelecendo a ordem de atendimento e reciclando a maneira de produzir cuidado em saúde.

Ressalta-se ainda, que classificar não quer dizer atender. Há uma grande diferença entre a priorização (categorização) do paciente com o manejo clínico (atendimento). Classificar requer que informações suficientes sejam coletadas para colocar o paciente em determinada categoria enquanto o manejo requer um entendimento muito mais profundo das necessidades do paciente.

IT - SALA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Executante: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro.

Área: Assistência de Saúde

Objetivo Estabelecer rotinas e funcionamento das salas de urgência e emergência.

Passos:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize limpeza terminal sempre que houver atendimento de urgência;
4. Checar funcionamento dos equipamentos: aspirador, cilindro de oxigênio e eletrocardiógrafo, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Checar a medicação e material de urgência diariamente, conforme padronizados. Solicitar reposição após uso.
6. Manter a sala limpa organizada e abastecida.

Materiais e equipamentos utilizados na sala de emergência

- ✓ Monitor Cardíaco;
- ✓ Desfibrilador/Cardioversor;
- ✓ Eletrocardiógrafo;

- ✓ Respirador Mecânico;
- ✓ Bomba de Infusão;
- ✓ Maca;
- ✓ Carro de emergência;
- ✓ Material Para Entubação Endotraqueal Adulto/Infantil/Neonatal;
- ✓ Oxímetro de pulso;
- ✓ Conjunto de Nebulização com Máscara;
- ✓ Termômetro;
- ✓ Esfigmomanômetro;
- ✓ Estetoscópio;
- ✓ Ambú com máscara;
- ✓ Cilindros de oxigênio (transporte);
- ✓ Ventilador para transporte;
- ✓ Aspirador de secreções;
- ✓ Otoscópio;
- ✓ Máscara venturi com diferentes concentrações de gases;
- ✓ Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- ✓ Capacete para oxigenoterapia (pediátrico e neonatal)

Carrinho de Emergência

Medicamentos:

- ✓ Adrenalina
- ✓ Água destilada
- ✓ Aminofilina
- ✓ Amiodarona
- ✓ Atropina
- ✓ Brometo de Ipratrópio
- ✓ Cloreto de potássio
- ✓ Cloreto de sódio
- ✓ Deslanosídeo
- ✓ Dexametasona

- ✓ Diazepam
- ✓ Diclofenaco de Sódio
- ✓ Diprofona
- ✓ Dobutamina
- ✓ Dopamina
- ✓ Epinefrina
- ✓ Escopolamina (hioscina)
- ✓ Fenitoína
- ✓ Fenobarbital
- ✓ Furosemida
- ✓ Glicose
- ✓ Haloperidol
- ✓ Hidantoína
- ✓ Hidrocortisona
- ✓ Insulina
- ✓ Isossorbida
- ✓ Lidocaína
- ✓ Meperidina
- ✓ Midazolan
- ✓ Ringer Lactato
- ✓ Soro Glico-Fisiológico
- ✓ Soro Glicosado.

Materiais:

- ✓ Seringas de 5ml, 10ml e 20ml
- ✓ Catéter venoso periférico nº: 18, 20, 22 e 24.
- ✓ Equipo macrogotas e microgotas
- ✓ Equipo polifix
- ✓ Luvas de procedimentos
- ✓ Luvas cirúrgicas
- ✓ Micropore e esparadrapo
- ✓ Scalp 19 e 21
- ✓ Gazes

- ✓ Tábua para massagem cardíaca
- ✓ Laringoscópio e lâminas curvas e retas
- ✓ Pilhas novas
- ✓ Xylocaína gel
- ✓ Cateter de aspiração
- ✓ Sondas endotraqueais 7,5; 8,0 ;8,5 e 9,0.
- ✓ Sondas endotraqueais infantis
- ✓ Cadarço
- ✓ Cânulas de Guedel adulto e infantil
- ✓ Ambú adulto e infantil
- ✓ Eletrodos
- ✓ Agulhas 40x12
- ✓ Agulhas 25x7
- ✓ Agulhas 25x8
- ✓ Agulhas 13x4,5

RESSUCITAÇÃO CARDIOPUMONAR

De acordo com as novas Diretrizes da AHA de 2010, recomendam que exista uma alteração no processo A-B-C (via aérea, respiração e compressões torácicas) para C-A-B (compressões torácicas, via aérea e respiração) em procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV) em adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos).

A maioria das paradas assistidas, os pacientes apresentavam fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso. Nestes casos a sequência A-B-C, em muitos casos acabam sendo atrasadas devido à dificuldade que o socorrista encontra em abrir a via aérea, para dar início as ventilações de resgate. Com a alteração para C-A-B as compressões torácicas serão iniciadas mais cedo o que não trará problemas para ventilação já que o atraso será mínimo.

Conforme descrito no Gardeline de 2010, as alterações da sequência para C-A-B, as compressões torácicas serão iniciadas mais cedo e o atraso na ventilação será mínimo (isto é, somente o tempo necessário para aplicar o primeiro ciclo de 30 compressões torácicas, ou, aproximadamente, 18

segundos; quando dois socorristas estiverem presentes para a ressuscitação do bebê ou da criança, o atraso será ainda menor). A maioria das vítimas de PCR extra-hospitalar não recebe nenhuma manobra de RCP das pessoas presentes. Existem, provavelmente, muitas razões para isso, mas um empecilho pode ser a sequência A-B-C, que começa com os procedimentos que os socorristas acham mais difíceis, a saber, a abertura da via aérea e a aplicação de ventilações. Começar com compressões torácicas pode encorajar mais socorristas a iniciar a RCP. O suporte básico de vida, normalmente, é descrito como uma sequência de ações, e isso continua válido para o socorrista que atua sozinho. A maioria dos profissionais de saúde, contudo, trabalha em equipe, cujos membros, geralmente, executam as ações de SBV simultaneamente. Um socorrista, por exemplo, inicia imediatamente as compressões torácicas, enquanto outro socorrista busca um DEA/DAE (desfibrilador automático externo) e chama o serviço de ambulância e um terceiro abre a via aérea e aplica ventilações.

A nova diretriz preconiza o acionamento imediato do time de resposta rápida na iminência de pacientes com deterioração clínica aguda, com o objetivo de prevenir a PCRIH. Acredita-se que equipes treinadas na complexa coreografia da ressuscitação pode diminuir a ocorrência de uma PCIH e caso ocorra, aumenta a chance de um melhor desfecho no atendimento da PCR.

Materiais que devem conter o carrinho de emergência para o atendimento da PCR

Para que tenhamos uma agilidade no atendimento à PCR, o carrinho deve conter, obrigatoriamente:

- Máscara facial adequadamente inflada e do tamanho do rosto do paciente para que a respiração seja eficiente
- Ambú
- Fluxômetro com umidificador de oxigênio
- TOT (um de cada calibre) de preferência descartáveis, com cuff macio de grande volume e baixa pressão a fim de evitar posterior desconforto, edema, estenose e necrose traqueal. Cada TOT deve ter o seu adaptador com

saída macho 15mm adaptado. Os tamanhos recomendados para as mulheres são 7, 5-8 e para homens, 8-8, 5

- Xylocaína gel
- Seringa de 10ml
- Gaze, cadarço, luvas estéreis, pinça Manguil (para facilitar a colocação do tubo endotraqueal), esparadrapo, cânulas de Guedel
- Sondas de aspiração (calibre médio e grosso)
- Válvula de aspiração com frasco coletor e intermediário adaptados
- Cabo de laringoscópio com duas pilhas novas (não guarda-las dentro do cabo)
- Lâminas para o laringoscópio, de diferentes tamanhos e formatos (curva e reta), com lâmpada m bom estado
- Seringas, agulhas de aspiração, equipos de soro, abocath e scalp descartáveis, cortador descartável de soro, SF 0,9%, SG 5%
- Desfibrilador com cabo terra devidamente instalado, acompanhado de gazes e pasta de eletrodos.

MEDICAMENTOS

- Adrenalina
- Atropina
- Aminofilina
- Ancoron
- Bicarbonato de sódio
- Cedilanide
- Dilacoron
- Fenegan
- Solucortf
- Glicose 25 e 50%
- Gluconato de cálcio
- Propanolol
- Isordil
- Lasix

- Nitroprussiato
- Noradrenalina
- Dopamina
- Dobutamina
- Streptoquinase
- Seloken
- Procamide
- Protamina
- Xylocaína

1. Passos a serem seguidos em uma parada cardiopulmonar

Avalie a responsividade: Chame o paciente pelo nome!

- Avalie a respiração e pulso simultaneamente por 10 segundos.
- Em caso de detecção de ausência de responsividade, **respiração (ou gasping) e pulso**, solicite a outro profissional, de forma **clara** e **objetiva**, que:
 - Acione a equipe médica;
 - Traga o carro de emergência;
 - Traga o desfibrilador/DEA.
- Após os comandos, iniciar imediatamente a Sequência de Atendimento C – A – B:
 - **C:** Compressões torácicas de alta qualidade;
 - **A:** Vias aéreas – abrir vias aéreas;
 - **B:** Boa ventilação – garantir via aérea avançada⁽⁴⁾.

2. Compressões Torácicas de Alta Qualidade:

- Com as mãos sobre a metade inferior do esterno (região hipotenar), sem flexionar os cotovelos;
- **Frequência:** 100 a 120 compressões/ minuto;
- **Profundidade:** mínima de 2 polegadas (5 cm) e máximo 2,4 polegadas (6 cm);
- Permitir retorno total do tórax após cada compressão. Não apoiar-se sobre o tórax entre as compressões;
- Minimizar as interrupções nas compressões. Não interromper as compressões por mais de 10 segundos;

- Colocar a prancha rígida embaixo do tórax do paciente, assim que disponível⁽⁴⁾.

3. Relação Ventilação-Compressão adequada:

- **Sem via aérea avançada:**
 - Realizar abertura de vias aéreas;
 - Ventilação numa relação: 30:2, ou seja, 30 compressões: 2 ventilações (até a garantia de uma via aérea avançada);
- **Com via aérea avançada:**
 - Compressões contínuas a uma frequência 100 a 120/ minuto e 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações por minuto)⁽⁴⁾.

4. RÁPIDA DESFIBRILAÇÃO

- Assim que chegar o Desfibrilador Externo Automático (DEAs/DAEs): Verificar o ritmo;
- Em caso de ritmo **chocável** (Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem Pulso):
 - Aplique 1 choque;
 - Reinicie a RCP por 2 minutos até o DEA avisar sobre a verificação do ritmo;
 - Continue até que o Suporte Avançado de Vida assuma ou a vítima se movimente.
- Em caso de ritmo **não chocável**:
 - Reinicie a RCP por 2 minutos, até ser avisado pelo DEA para verificação do ritmo;
 - Continue até que o pessoal do SAV assuma ou até que a vítima se movimente.
- A utilização do DEAs/DAEs no ambiente hospitalar, pode ser considerada para facilitar a desfibrilação precoce (meta de administração de choques em tempo ≤ 3 minutos do colapso), especialmente nas áreas cujo pessoal não esteja capacitado para reconhecer ritmos ou em que o uso de desfibriladores não seja frequente. O DEA pode ser utilizado pelo Enfermeiro ou pela equipe de enfermagem sob sua supervisão, na presença ou ausência do profissional médico, conforme previsto no protocolo de Suporte Básico de Vida.

- É essencial que a equipe de enfermagem esteja atualizada e capacitada para a execução dos protocolos da instituição, entendendo suas particularidades, uma vez que um bom atendimento pode determinar a sobrevivência do paciente, com a necessidade de treinamento periódicos e avaliações.

IT - TÉCNICA DE LIMPEZA E/OU DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE

EXECUTANTE: Auxiliar de serviços gerais

ÁREA: Higienização, desinfecção

OBJETIVO: Preparar o ambiente, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

O serviço compreende a limpeza, desinfecção e conservação de superfícies fixas e equipamentos permanente das áreas no serviço de saúde, para diminuir a disseminação de microorganismos causadores de doenças e com a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades (ANVISA 2012; ANVISA 2010).

Limpeza: Consiste na remoção de sujidades mediante a aplicação da ação ou energia química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo. A limpeza inclui pisos, paredes, mobiliários, janelas, equipamentos etc (SOUZA E MOZACHI 2005).

Desinfecção: É a destruição de microorganismos pela aplicação de ação mecânica ou física (desinfetante) em artigos ou superfícies (TORRES E LISBOA 2014).

Limpeza concorrente: É o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (ANVISA 2012).

Limpeza terminal: Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas (ANVISA 2012)

Passos:

1-

Lavar as mãos com água e sabão líquido e aplicar álcool glicerinado a 70% friccionando por 30 segundos:

- antes de iniciar as tarefas de limpeza;
- ao constatar sujidade;
- antes e após uso de toalete;
- após tossir, espirrar ou assoar o nariz;
- antes de se alimentar;
- após término das atividades.

2- Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza;

3- Não utilizar bijuterias, joias e relógios durante a execução do trabalho.

4-

Usar uniforme durante o trabalho e o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.

5-

Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado.

6- Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza.

7-

Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco nas áreas internas da Central de Material Esterilizado e Unidades de Saúde.

8 - Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.

9-

Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.

10-

Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.

11 -

Limpar primeiro uma metade do recinto depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

IT - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS

EXECUTANTE: Técnicos de enfermagem e/ou enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Luvas de procedimento
2. Recipiente fechado e com tampa
3. EPI's e soluções necessárias

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Obrigatório o uso de avental impermeável para manipulação dos materiais contaminados com sangue e secreções corporais.
2. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos (descartex), e nunca reencapar agulhas.
3. Sempre utilizar os equipamentos de proteção individual (EPIS);
4. Quando necessário transportar os instrumentais em recipiente com tampa fechada;
5. Lavar os materiais em água corrente, retirando todo o excesso de sangue e secreções.
6. Após secagem armazenar em local apropriado para andamento, seja para terceiros ou serviço próprio de esterilização.

IT - LIMPEZA E DESINFECÇÃO AMBU

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem e Enfermeiras

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Realizar a limpeza e/ou desinfecção dos materiais para devido encaminhado para um prestador terceirizado se necessária esterilização.

Passos:

1- Limpeza:

- Imergir em um recipiente contendo solução de detergente enzimático diluído e deixar aproximadamente 10 min;

- esfregar com escova se necessário;

- Enxaguar com água corrente;

2- Desinfecção:

Imergir em um recipiente contendo solução de glutaraldeído, e deixar por 30 min;

- Enxaguar com água corrente em abundância;

- Deixar secar naturalmente ou em secadora com ar frio;

- Embalar em saco plástico e selar.

3- Esterilização

Se necessário enviar para prestador realizar a esterilização e acondicionamento em plasteril, o que viabiliza uma maior durabilidade do material.

IT - TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO)

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Higienização, desinfecção

OBJETIVO: Realizar a limpeza do material de inalação após a sua utilização.

Passos:

1. Separar o material necessário:

- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de auto proteção);

- Solução de água e detergente;

- Hipoclorito de sódio a 1%;

- Recipiente para imersão;

- Balde ou bacia plástica com tampa (opacos);

- Compressas ou panos limpos e secos;

- Seringa de 20ml.

2. Colocar o EPI;

3. Desconectar peças, lavando cada uma cuidadosamente com água, detergente e escova de cerdas macias;

4. Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml;

5. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para a parte interna;
6. Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido;
7. Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente;
- 8- Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;
- 9- Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
- 10- Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
- 11- Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;
- 12- Secar com pano limpo e seco;
- 13- Guardar as peças montadas em recipiente tampado;
- 14- Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente;
- 15- Manter área limpa e organizada.

IT – TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Higienização, desinfecção

OBJETIVO: Realizar a limpeza do material de oxigenoterapia após a sua utilização.

Passos:

1. Separar o material:
 - EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção);
 - 01 esponja macia de limpeza;
 - 01 escova de mamadeira;
 - Solução de água e detergente;
 - Panos limpos e secos;
 - Balde ou bacia;
 - Hipoclorito de sódio a 1%.
2. Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;
3. Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
4. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;

5. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- 6- Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
- 7- Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico);
8. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
9. Friccionar álcool a 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador;
10. Guardar em recipiente limpo com tampa.

IT - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE LARINGOSCOPIO

EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Garantir a limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio após o uso.

Passos:

1. Higienize as mãos.
2. Coloque óculos, máscara e calce as luvas de procedimento.
3. Desmonte todo o conjunto do laringoscópio e retire as pilhas.
4. Limpe o cabo do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão.
5. Remova o sabão com gaze umedecida em água.
6. Seque o cabo com gaze seca.
7. Friccione com álcool a 70% no cabo por 20 a 30 segundos.
8. Limpe a lâmina do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão.
9. Enxágue abundantemente com água corrente.
10. Seque a lâmina com gaze seca sem deixar umidade ao redor da lâmpada.
11. Umedeça uma gaze com álcool a 70% e friccione na lâmina por 20 a 30 segundos.
12. Monte o laringoscópio, teste o seu funcionamento e certifique-se que não há sujidade ou umidade.

13. Guarde o laringoscópio protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.

14. Retire as luvas, óculos e máscara e descarte os resíduos em local apropriado

15 Higienize as mãos.

OBS:• Durante o teste de funcionamento do laringoscópio, se a luz não acender, confira o contato e/ou troque as pilhas do cabo. Se o problema persistir, comunique sua supervisão.

- Deve-se fazer a limpeza e desinfecção do laringoscópio a cada uso do mesmo.
- O laringoscópio não pode ser deixado imerso em soluções.
- O procedimento de limpeza e desinfecção do laringoscópio deve ser realizado no expurgo.

IT - DESINFEÇÃO EM LOCAL COM RESPINGOS OU DEPOSIÇÃO DE MATERIA ORGÂNICA (SANGUE, SECREÇÕES, EXCRETAS E EXSUDATOS)

EXECUTANTE: Auxiliar de serviços gerais

ÁREA: Higienização, desinfecção

OBJETIVO: Garantir a retirada de sujidades

Limpeza realizada quando ocorre sujidade após a limpeza concorrente. Feita na presença de matéria orgânica como: vômito, sangue, secreções, e também no caso de derramamento de medicamentos.

Passos:

1. Utilizar luvas de autoproteção (látex);
2. Remover a matéria orgânica com papel absorvente;
3. Desprezar o papel em saco de lixo para resíduo infectante;
4. Aplicar o desinfetante;
5. Remover o desinfetante com pano molhado;

6. Proceder a limpeza com água e sabão até a retirada da sujidade

IT - PRECAUÇÕES PADRÃO

EXECUTANTE: Todos os profissionais da unidade

ÁREA: Higienização e Antissepsia

OBJETIVO: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.

MATERIAIS

1. Higienização das mãos.
2. Luvas e Avental.
3. Óculos e Mascara.
4. Caixa perfuro-cortante.

Passos:

1. Lavar as mãos com água e sabonete antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após contato com sangue ou secreções;
2. Se as mãos não estiverem visivelmente sujas, fricção-as com álcool 70% antes e após o contato com qualquer paciente ou sujidades.
3. Use luvas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida. É proibido o uso do mesmo par de luva entre vários pacientes.
4. Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
5. Descarte, em recipiente apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

OBSERVAÇÕES

Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independente da suspeita ou não de infecções

IT - HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

EXECUTANTE: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem

FINALIDADE: Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.

Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.

Importante

- No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel-toalha.
- O uso coletivo de toalhas de tecido é contra-indicado, pois estas permanecem úmidas favorecendo a proliferação bacteriana.
- Deve-se evitar água muito quente ou muito fria na higienização das mãos, a fim de prevenir o ressecamento da pele.

1. Abrir a torneira e molhar as mãos evitando encostar na pia
2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.
3. Ensaboar as palmas das mãos friccionando-as entre si uma.
4. Esfregar a palma da mão direita com o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos com movimento de vai-e-vem e vice-versa.
7. Esfregar o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita, utilizando movimentos circulares e vice-versa.
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
9. Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.

10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
11. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

IT - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Esfigmomanômetro
2. Estetoscópio.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre o uso de medicação, horário e queixas.
2. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento envolver pelo menos 80% do braço.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica. Desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.

8. Inflar rapidamente de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar de 20 a 30 mmHg nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguindo de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica com o desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff). Anotar valores da sistólica/diastólica (zero)
10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medição. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em 0 ou 5.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.
13. Registrar procedimento em prontuário
14. Comunicar médico em caso de alteração da PA.
15. Higienizar as mãos.
16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES

- A. Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.
- B. Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.
- C. Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.
- D. Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos:

E. Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado a circunferência do braço.

F. Na avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, e em uso de medicação anti-hipertensiva.

IT - VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Padronizar técnica de verificação da glicemia, oferecendo qualidade na prestação de serviço ao paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Realizar higienização das mãos;
2. Realizar desinfecção da bandeja com álcool 70%;
3. Separar o material necessário;
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado, para que haja colaboração do cliente;
5. Avaliar e determinar o local para a punção. Optar pelas laterais das extremidades, devido as terminações nervosas;
6. Manter o paciente confortável em com a mão e o dedo a ser puncionado apoiado para evitar acidentes com o perfuro cortante caso o paciente se mexa;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Preparar o glicosímetro, verificar se está calibrado e se o código corresponde a fita reagente;
9. Realizar a anti-sepsia do local a ser puncionado com algodão e álcool 70% e esperar secar completamente;
10. Inserir a fita reagente adequadamente;
11. Realizar a punção digital;
12. Obter uma gota de sangue que seja suficiente para a leitura. Caso contrário será necessário uma nova punção;
13. Aguardar a leitura do glicosímetro mantendo a permanência da fita de 5 a 30 segundos ou conforme a orientação do fabricante;
14. Retirar as luvas;

15. Registrar o valor mensurado e informar ao paciente;
16. Realizar higienização das mãos;
17. Manter o local organizado.

VALORES DE REFERÊNCIAS

Normal: 65 a 99mg/dl

Hipoglicemia: < 60mg/dl

Hiperglicemia: >110-125mg/dl

Pós prandial: <140mg/dl

IT - MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

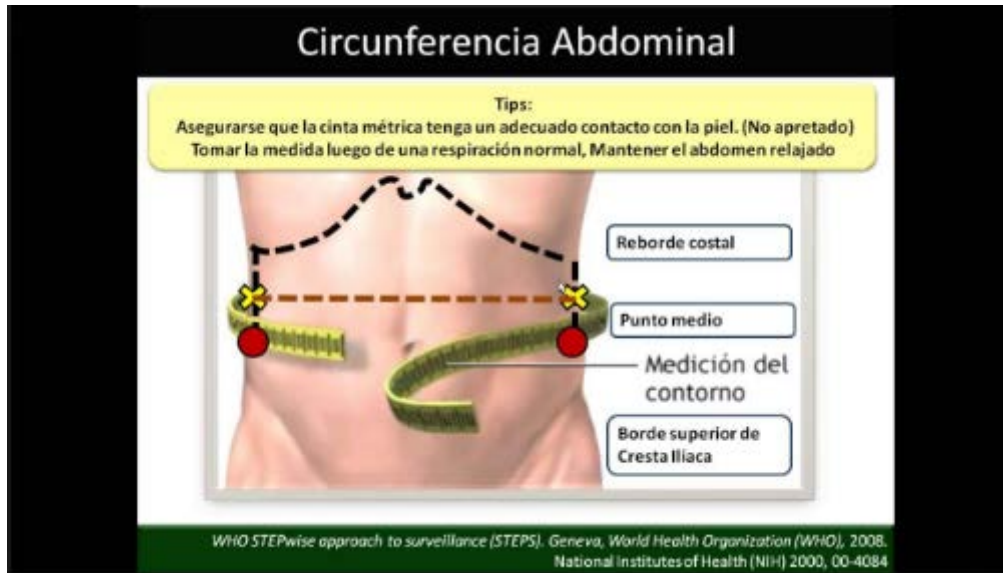
ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Avaliar a massa de gordura intra-abdominal e gordura total do corpo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Recepcionar o paciente.
2. Orientar o procedimento ao paciente.
3. Orientar o paciente a permanecer de pé, ereta, abdômen relaxado, braços flexionados e cruzados na altura do tórax, abdômen relaxado e respirando normalmente e os pés descalços e separados numa distância de 25-30 cm.
4. Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.
5. Mantenha-se de frente para o paciente, segure o ponto zero da fita métrica em sua mão direita, e com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas (10^a costela fixa) e o osso do quadril (crista íliaca).
6. Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes, em seguida, que o paciente expire totalmente.
7. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente e na altura dos olhos do avaliador.
8. Retire a fita e registre o valor encontrado. Assinar e carimbar.

9. Registrar o procedimento em planilha de produção.
10. Lavar as mãos.
11. Manter a sala em ordem.



IT - MEDIDA DE PERIMETRO TORÁCICO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Colocar o paciente deitado ou sentado de acordo com a idade .
2. Segurar a fita métrica no plano zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos.
3. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax.
4. Realizar a leitura.
5. anotar no prontuário eletrônico, gráfico de desenvolvimento e crescimento(quando criança).
6. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.
7. Higienizar as mãos.
8. Manter a sala em ordem.

IT - MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Recepcionar o paciente.
2. Orientar o procedimento ao paciente.
3. Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possíveis.
4. Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele.
5. Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes.
6. Realizar a leitura.
7. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.
9. Higienizar as mãos.
10. Manter a sala em ordem.

IT - AFERIÇÃO DE ESTATURA

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Crianças menores de 2 anos:

1. Recepcionar.
2. Lavar as mãos.
3. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços.
4. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:

-

a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;

- os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;

- os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.

5. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos mantendo estendidos. Juntar os pés fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.

6. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se mova da posição indicada.

7. Retirar a criança.

8. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.

9. Lavar as mãos.

10. Manter a sala em ordem.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

1. Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento.

2. Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

3. Solicite ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede.

4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça com pressão suficiente para comprimir o cabelo.

5. Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel.

6. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.

7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

8. Registrar o procedimento em prontuário

9. Lavar as mãos.

10. Manter a sala em ordem.

IT - AFERIÇÃO DE PESO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de Enfermagem

ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Em balança pediátrica ou "tipo bebê":

1. Constatar que a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la.
2. Lavar as mãos.
3. Despir a criança com o auxílio da mãe/responsável.
4. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato
5. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.
6. Realizar a leitura do equipamento.
7. Retirar a criança.
8. Registrar o peso no prontuário e no cartão da criança.
- 9 Realizar anotação de enfermagem em prontuário.
10. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
- 11 Lavar as mãos.
12. Manter a sala em ordem

Em balança digital / adulto

1. Constatar que a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la.
2. Lavar as mãos.
3. Solicitar ao paciente para subir no equipamento.
4. Realizar a leitura do equipamento
5. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.
6. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
7. Lavar as mãos.
8. Manter a sala em ordem

IT - TESTE RÁPIDO DE URINA

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO:

Identificar componentes anormais na urina sugestivos de doenças urinárias. É realizado quando há queixas ou alterações urinárias. A tira reage e identifica a presença de componentes como: densidade, presença de proteínas, sangue, leucócitos, nitritos, glicose entre outros. O exame é simples e indolor.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Entregar o frasco coletor ao paciente que deve ser descartável, limpo e a prova de vazamento;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Solicitar que o paciente lave bem as mãos;
4. Desprezar o primeiro jato de urina no vaso sanitário;
5. Sem interromper a micção, colocar o frasco de coleta na frente do jato urinário e colher o suficiente de urina para completar o tubo. Evitar encostar na parte interna do frasco;
6. Fechar o frasco adequadamente e entregar ao profissional de saúde;
7. O profissional de saúde, após higienização das mãos e calçar as luvas de procedimento irá mergulhar a fita reagente na urina de 1 à 2 min;
8. Após reagir, compara-se a cores dos quadradinhos com uma tabela de referência que costuma vir na embalagem das próprias fitas.
9. Desprezar o frasco, retirar as luvas e higienizar as mãos
10. Informar o médico sobre o resultado, e o mesmo tomará as condutas pertinentes ao tratamento.

IT - TESTE SENSIBILIDADE DOS PÉS

EXECUTANTE: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

OBJETIVO: Subsidiar a prática clínica dos profissionais de saúde na atenção às pessoas com pé diabético.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Colocar o paciente sentado confortavelmente;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Inicia-se com a anamnese verificando os seguintes fatores de risco:
 - Amputação prévia
 - Úlcera nos pés no passado
 - Neuropatia periférica
 - Deformidade nos pés
 - Doenças vascular periférica
 - Nefropatia diabética
 - Mal controle glicêmico
 - Tabagismo.
4. Questionar presença de:
 - Dor em queimação ou em agulhada
 - Dormência
 - Sensação de pé morto
 - Claudicação intermitente (sintoma vascular)
 - Controle glicêmico
5. Após realizar a anamnese, orientar o paciente a retirar o calçado e as meias;
6. Realizar cuidadosamente a inspeção da pele que deve ser ampla avaliando:
 - Higiene dos pés
 - Corte das unhas
 - Edema
 - Calosidades
 - Espessamento ungueal
 - Pele ressecada
 - Pele macerada
 - Fissura interdigital
 - Úlceras

- Cicatrizes
 - Amputações
 - Diferença de temperatura
7. Avaliação muscoesquelética avaliando o formato dos pés:
- Plano
 - Cavo
 - Dedos em martelo
 - Dedos sobrepostos
 - Dedos em garra
 - Charcot (acomete pessoas com neuropatia nos pés e se apresenta como eritema, calor, edema, perda de concavidade da região plantar causando uma grosseira deformidade)
 - Halux Valgus
 - Distribuição dos pelos
8. **Avaliação vascular:** deve contemplar a palpação do pulso pedioso e tibial:
- Pulso tibial posterior - Presente/Ausente
 - Pulso pedioso – Presente/Ausente
 - Preenchimento capilar



A – Palpação do pulso
pedis dorsal



B – Palpação do pulso
tibial posterior

Fonte: Makadisse, 2004

9. Avaliação neurológica identifica a perda de sensibilidade protetora (PSP), que pode se estabelecer antes do surgimento de eventuais sintomas.

- **Teste de sensibilidade com monofilamento de Semmes-Weinstem (10g).** Inicialmente aplica-se o monofilamento perpendicularmente à superfície da pele com a força suficiente para encurva-lo na mão, cotovelo ou frente do paciente para que ele saiba que vai ser testado. O filamento é então aplicado nas áreas plantares do halux, e as cabeças dos 1°, 3° e 5° metatarsianos, não excedendo 2 segundos. O uso do monofilamento não deve ultrapassar 10 pacientes ao dia e é indicado repouso de 24hrs. Passo-a-passo:

1° Esclarecer ao paciente sobre o teste. Solicitar que o mesmo diga “sim” cada vez que perceber o contato com o monofilamento.

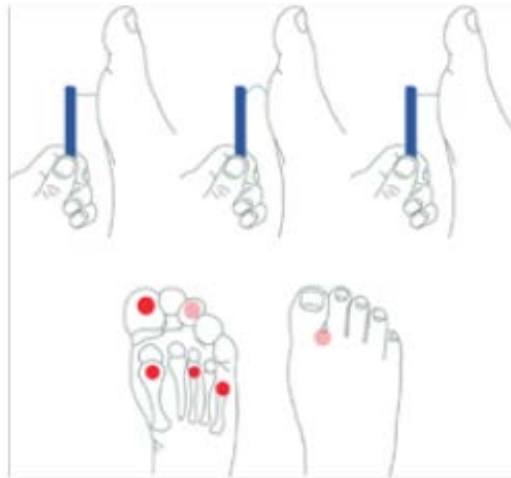
2° Aplicar o monofilamento adequado (10g) perpendicularmente à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque.

3° Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele.

4° O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento e sua remoção não deve exceder 2 segundos.

5° Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde está sendo tocado (Pé Direito ou Esquerdo).

6° Serão pesquisados quatro pontos em ambos os pés. Os destacados em vermelho escuro.



Fonte: BOULTON, 2008.

7° Aplicar das vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação.

8° A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas de três aplicações.

9° A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

- **Teste com diapasão 128Hz.** O local para escolha do teste é a parte óssea no lado dorsal da falange distal do halux, em ambos os pés, mas alternativamente o maléolo lateral pode ser utilizado. O teste é positivo (alterado) se o paciente responde de forma incorreta (pessoa perde a sensação de vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando), em pelo menos duas de três aplicações, e negativo (normal) com duas das três respostas corretas.

1° Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitá-lo que informe quando começar e quando deixar de sentir a vibração.

2° Segurar o cabo do diapasão com uma mão e aplicar sobre a palma da outra mão um golpe suficiente para produzir a vibração das hastes superiores.

3° Aplicar a ponta do cabo do diapasão perpendicularmente e com pressão constante sobre a falange distal do halux. A pessoa examinada não deve ser capaz de ver se ou onde o examinador aplica o diapasão.

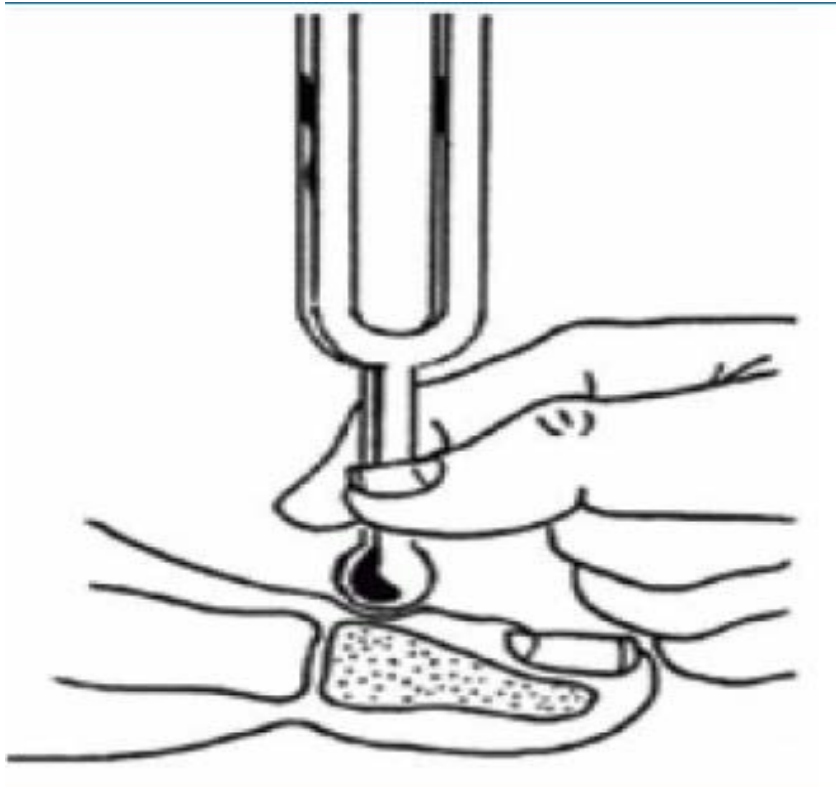
4° manter o cabo do diapasão até que a pessoa informe não sentir mais a vibração.

5° Repetir a aplicação mais duas vezes, em ambos os pés, mas alternando-as com pelo menos uma aplicação “simulada” em que o diapasão não esteja vibrando.

6° O teste é considerado anormal quando a pessoa perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando.

7° A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.

8° A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.



Fonte: GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO-2001

- **Avaliação do reflexo tendíneo Aquileu** – é obtido por meio da percussão com o martelo de reflexos ou com a digitopercussão do tendão de Aquiles. O teste é considerado alterado quando a flexão plantar reflexa do pé está ausente ou diminuída.

1° Esclarecer o paciente sobre o teste. O paciente deve estar sentado, com o pé pendente, ou ajoelhado sobre uma cadeira.

2° O pé da pessoa examinada dever ser mantido relaxado, passivamente em discreta dorsoflexão.

3° Aplicar um golpe suave com martelo de reflexos ou com digitopercussão sobre o tendão Aquileu.

4° A resposta esperada é a flexão plantar reflexa do pé, conseqüente à percussão do tendão.

5° O teste está alterado quando o reflexo está ausente ou diminuído.



Fonte: Hoppenfeld, 1980.

ORIENTAÇÕES GERAIS (DA ENFERMAGEM PARA O PACIENTE) PARA O AUTO CUIDADO

- Realize a inspeção diária dos pés (seja por você mesmo ou com a ajuda de um familiar ou um cuidador orientado), incluindo as áreas entre os dedos.
- Realize a higiene regular dos pés, seguida da secagem cuidadosa deles, principalmente entre os dedos.
- Cuidado com a temperatura da água! Ela deve estar sempre inferior a 37°C, para evitar o risco de queimadura.
- Evite andar descalço, seja em ambientes fechados ou ao ar livre.
- Sempre use meias claras ao utilizar calçados fechados.

- Use, sempre que possível, meias com costura de dentro para fora ou, de preferência, sem costura.
- Procure trocar de meias diariamente.
- Nunca use meias apertadas e evite usar meias altas acima do joelho.
- Inspeção e palpe diariamente a parte interna dos calçados, à procura de objetos que possam machucar seus pés.
- Use calçados confortáveis e de tamanho apropriado, evitando o uso de sapatos apertados ou com reentrâncias e costuras irregulares.
- Use cremes ou óleos hidratantes para pele seca, porém, evite usá-los entre os dedos.
- Corte as unhas em linha reta.
- Não utilize agentes químicos ou emplastros para remover calos.
- Os calos secos devem se hidratados. O paciente pode utilizar pedra pome. Profissionais de saúde poderão desbastar.
- Eleve os pés ao sentar-se. Não cruze as pernas por longos períodos, pois isso diminui a circulação dos membros inferiores.
- Faça a reavaliação dos seus pés com a sua equipe de saúde uma vez ao ano (ou mais vezes, se for solicitado).
- Procure imediatamente sua Unidade de Saúde se uma bolha, corte, arranhão ou ferida aparecer.
- Em caso de dúvidas, procure sempre a sua equipe de saúde!

AValiação dos Pés

Inspeção: () Higiene dos pés () Corte das unhas () Meias () Calçados ()
Edema () Calos () Espessamento ungueal () Pele ressecada () Fissura
interdigital () Micose () úlceras () Cicatrizes () Amputações

Formato dos pés: () Plano () Cavo () Dedos em martelo () Dedos
sobrepostos Dedos em garra () Chancot () Halux Valgus

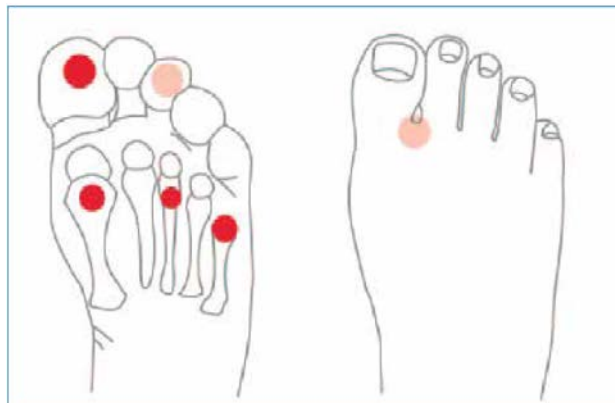
Pulso tibial posterior: () presente () ausente

Pulso pedioso: () presente () ausente

Teste de sensibilidade com diapasão: () normal () diminuído () ausente

Teste de sensibilidade com monofilamento:

Locais para aplicação do monofilamento



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Categoria de risco	Situação clínica	Classificação
Grau 0	Neuropatia ausente	Sem risco
Grau 1	Neuropatia presente	Risco leve
Grau 2	Neuropatia + deformidade + DVP	Risco moderado
Grau 3	Úlcera/Amputação	Risco grave

Risco/Categoria	Definição clínica	Recomendações	Acompanhamento
0	PSP (perda de sensibilidade) e DAP (doença arterial periférica) ausentes	Educação do paciente incluindo aconselhamento sobre o sapato adequado	Anual, por uma equipe generalista (previamente treinada) ou especialista.
1	PSP com ou sem perda de deformidade	Considerar o uso de calçados adaptados e cirurgia profilática se a deformidade não puder ser adaptada. Continuar a educação.	A cada 3-6 meses (por equipe especializada)

2	DAP com ou sem PSP	Considerar o uso de calçados adaptados. Consulta com cirurgião vascular para seguimento em conjunto.	A cada 2-3 meses (por equipe especializada)
3	História de úlcera ou amputação	Considerar o uso de calçados adaptados. Consulta com cirurgião vascular para seguimento em conjunto (se DAP estiver presente)	A cada 1-2 meses (por equipe especializada)

IT - REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado.
2. Checar a presença e integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente com cinco vias.
3. Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos. Realizar tricotomia do tórax se pêlos excessivos (homens).
5. Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc.
6. Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto.
7. Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos.
8. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos).

9. Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos autoadesivos ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante).
10. Iniciar o registro no eletrocardiógrafo.
11. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para o traçado eletrocardiográfico.
12. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da maca e vestir-se.
13. Identificar a fita registro do eletrocardiograma com: nome do paciente, idade.
14. Lavar as mãos.
16. Checar a realização do exame no verso da prescrição, anotando data, horário, nome e registro do profissional que executou o exame.
15. Realizar anotação de enfermagem em prontuário eletrônico;
16. Manter a sala em ordem.

IT - REALIZAÇÃO DE CURATIVO

EXECUTANTE: Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Kit curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica e ou pinça mosquito).
2. Soro fisiológico (0,9%).
3. Agulha 40/12 ou 25/8.
4. Seringa 20 ml.
5. Gaze, chumaço.
6. Luva de procedimento ou estéril se necessário.
7. Cuba estéril ou bacia plástica.
8. Cobertura ou produto tópico prescrito (cremes, pomadas, hidrocolóides, algato de cálcio, Aquacel, etc.).
9. Espardrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar.

10. Atadura de crepe de 8 ou 10cm.
11. Tesoura (Mayo e íris).
12. Cabo de bisturi e lâmina de bisturi.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Receber o paciente de maneira cordial.
2. Explicar o procedimento a ser realizado.
3. Manter o paciente em posição confortável.
4. Lavar as mãos e calçar as luvas.
5. Preparar o material para a realização do curativo.
6. Avaliar a ferida.
7. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida

Observações

- A. A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- B. A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras.
- C. Proteger sempre úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.
- D. Não apertar demais atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- E. Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- F. Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- G. Trocar curativo com gaze a cada 24 horas quando estiver úmido, sujo ou solto.
- H. A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.

COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO

EXECUTANTE: Enfermeiros e médicos

APOIO: Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de saúde da mulher

MATERIAIS

1. Espéculo descartável.
2. Lâmina com uma extremidade fosca ou frasco com meio líquido.
3. Espátula de Ayres.
4. Escova cervical ou escova para coleta endocervical.
5. Par de luvas para procedimento e máscara cirúrgica.
6. Formulário de requisição do exame.
7. Lápis - para identificação da lâmina.
8. Fixador apropriado.
9. Recipiente para acondicionamento das lâminas.
10. Lençol para cobrir a paciente.
11. Avental.
12. Gaze.
13. Pinça de Cheron.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Recepcionar a paciente com atenção.
2. Realizar anamnese.
3. Orientar a paciente quanto ao procedimento.
4. Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite, colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado. Se for frasco com meio líquido, identificar com nome da paciente, data da coleta na etiqueta própria do frasco.
5. Ofereça avental à paciente encaminhando-a ao local reservado solicitando-a que retire a parte inferior da roupa e esvazie a bexiga.
6. Lave as mãos.

7. Solicite que ela deite na mesa ginecológica, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame.
8. Cubra com o lençol, realize inspeção e palpação de mamas, buscando encontrar nódulos palpáveis ou outras anormalidades, orientando quanto ao auto exame como procedimento rotineiro.
9. Calçar as luvas de procedimento.
10. Inicie a primeira fase examinando a região vulvar.
11. Escolha o espéculo adequado.
12. Introduza o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado, fazendo uma rotação de 90°, mantendo em posição transversa de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal.
13. Abra o espéculo lentamente e com delicadeza.
14. Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.
15. Proceda a coleta do ectocérvice, utilizando a espátula de madeira tipo Ayres. Ou se for usar o frasco com meio líquido, utilize a escova para coleta endocervical e desconecte a parte da escova da haste e coloque a imersa no meio líquido do frasco coletor.
16. Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando com firmeza, e com movimento rotativo de 360° em todo orifício, realize a coleta na mucosa ectocervical. Caso considere que a coleta não tenha sido representativa, faça de novo o movimento de rotação.
17. Estenda o material ectocervical na lâmina dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, em movimentos de ida e volta e esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme.
18. Proceda à coleta endocervical, utilizando a escova cervical.
19. Introduza a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360°.

20. Estenda o material, ocupando o 1/3 da lâmina, rolando a escova de cima para baixo.
21. Fixar o esfregaço, imediatamente após a coleta, utilizando uma das formas:
 - O uso do polietilenoglicol é o mais recomendado; pingar 3 a 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido. Deixar secar ao ar livre em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na superfície.
 - Propiniiglicol - Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm.
22. Se for utilizar frasco com meio líquido realizar a coleta utilizando a escova endocervical plástica, realizando a coleta como no item 19. Após coleta desconecte a ponta da escova da haste de plástico e coloque a imersa no meio líquido do frasco coletor.
23. Feche o espéculo, retire-o delicadamente.
24. Retire as luvas.
25. Lave as mãos.
26. Auxilie a paciente a descer da mesa, encaminhando-a para se trocar.
27. Oriente paciente para que venha retirar o exame conforme a rotina da unidade.
28. Realizar anotação de enfermagem em prontuário
29. Acondicionar as lâminas em recipiente específico para transportá-las.
30. Encaminhar as lâminas e ou frascos com meio líquido para o laboratório indicado
31. Realizar desinfecção da maca com álcool 70%
32. Troque o lençol e a fronha (descartável).
33. Mantenha ambiente de trabalho em ordem.

IT - SONDAGEM NASOGASTRICA

EXECUTANTE: Enfermeiro

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Sonda nasogástrica.
2. Lubrificante hidrossolúvel.
3. Aspirador, quando prescrito.
4. Toalha, lenço de papel.
5. Cuba rim.
6. Copo de água.
7. Esparadrapo hipoalérgico.
8. Seringa de 20 ml.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Explicar ao paciente o procedimento.
2. Colocar o paciente em posição sentada ou semi-sentado.
3. Remover dentaduras se necessário; colocar cuba rim e toalhas de papel ao alcance do paciente.
4. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente.
5. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis
6. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice-xifoide e marcando-a neste local com esparadrapo.
7. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína geleia.
8. Solicitar ao paciente que permaneça com queixo próximo ao peito, auxiliá-lo.
9. Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos para cima e para trás.
10. Solicitar ao paciente que respire pela boca e engula durante a passagem da sonda para facilitar o procedimento.
11. Introduzir até a marcação realizada anteriormente.
12. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20 ml no adulto e 5 a 10 ml na criança) realizando ausculta da região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído brusco e borbulhante, também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando o conteúdo gástrico.
13. Fixar a sonda no nariz do paciente.
14. Retirar as luvas.

15. Lavar as mãos.
16. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.
17. Manter a sala em ordem.

IT - SONDAGEM NASOENTERAL

EXECUTANTE: Enfermeiros

ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Sonda Nasoenteral de poliuretano ou silicone, tamanhos 8 a 12.
2. Luvas de procedimento.
3. Mandril (fio guia).
4. Gazes.
5. Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%) ou água.
6. Seringa 20 ml.
7. Copo com água filtrada ou fervida.
8. Estetoscópio.
9. Fita adesiva não alergênica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Reunir o material na mesa auxiliar, próximo ao paciente.
3. Medir o comprimento da sonda, a partir do lóbulo da orelha até a base do nariz e dessa até a parte inferior do apêndice xifóide, acrescentando mais 5 a 10 cm. Marcá-la com esparadrapo para visualizar o tamanho da sonda a ser introduzida.
4. Proteger o paciente com uma toalha.
5. Lavar as mãos e calçar luvas.
6. Retirar próteses dentárias, se necessário.

7. Posicionar o paciente em semi fowler, mantendo a cabeça em posição de deglutição (fletida para frente), alinhada em relação ao tronco.

8. Testar as narinas e introduzir a sonda lubrificada na narina mais desobstruída.

Passar a sonda até a nasofaringe, dirigindo-a para baixo e para trás. Quando a sonda alcançar a orofaringe solicitar que o paciente inspire profundamente e degluta várias vezes e se necessário dar-lhe um gole d'água, para ajudar na progressão da sonda para o esôfago.

9. Não forçar a passagem da sonda caso esta apresente resistência.

10. Realizar a rotação suave.

11. Continuar a progressão da sonda até a marca definida.

12. Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispneia ou cianose.

Verificar se a sonda está no estômago, utilizando sempre os testes abaixo:

✓ Solicitar ao paciente que fale, pois se a voz estiver alterada a sonda poderá estar localizada na traqueia.

✓ Mergulhar a ponta externa da sonda na água e pedir para que o paciente expire.

✓ Se borbulhar a sonda pode estar no pulmão e deve ser retirada.

✓ Adaptar uma seringa na ponta externa da sonda, insuflar ar (10 ml) e auscultar o

estômago com estetoscópio. A entrada de ar no estômago provoca um ruído característico do tipo bolhas na água.

13. Retirar o mandril com cuidado (após lubrificação se necessário).

14. Verificar a posição da sonda, novamente, injetando ar em bolos.

Na ausência de ausculta ou de retorno, repassar a sonda.

15. Tapar a conexão da sonda.

16. Retirar as luvas.

17. Fixar a sonda e deixar o paciente confortável.

18. Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;

19. Lavar as mãos.

20. Solicitar RX para certificar-se do posicionamento correto da sonda, sempre que necessário.
21. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.
22. Manter a sala em ordem.

IT- ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Sonda de aspiração estéril nº 14 ou 16 (adulto), nº 4 ou 10 (criança).
2. Gaze.
3. Pares de luvas procedimento.
4. Máscara.
5. Óculos protetores.
6. Aspirador de secreções.
7. Estetoscópio.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Comunicar o paciente sobre o procedimento.
2. Lavar as mãos.
3. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração conectada ao sistema de aspiração a vácuo.
3. Vestir óculos e máscara protetora.
4. Calçar luva de procedimento.
5. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.
6. Fechar a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar inicialmente a cavidade orofaringe e após a cavidade oral até ausência/redução esperada do conteúdo aspirado.
7. Retirar as luvas, óculos e máscara.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
10. Registrar o procedimento em planilha de produção.

11. Manter a sala em ordem.

OBSEVAÇÃO

A. Se necessário, instalar cânula de Guedel para facilitar o procedimento.

IT - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiros e Fisioterapeutas.

ÁREA: Assistência à Saúde.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

MATERIAIS

1. Sonda de aspiração.
2. Luva de procedimento.
3. Aspirador para secreções.
4. SF 0,9% 10ml.
5. Luva estéreo plástica.
6. Gaze estéril
7. Máscara e óculos para proteção individual.
8. Estetoscópio.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Informar o paciente sobre o procedimento realizado.
2. Avaliar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente.
3. Lavar as mãos.
4. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração conectada ao sistema de aspiração a vácuo.
5. Vestir óculos e máscara protetora.
6. Calçar luva de procedimento e a luva estéreo na mão dominante.
7. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante e com a luva estéreo com cuidado para não contaminar.

8. Fechar a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a região traqueal introduzindo até 5cm cavidade traqueal.
7. Realizar Movimento circulares com a sonda de aspiração, retirando-a em menos de 10 segundos.
8. Se necessário introduzir de 3ml a 5 ml de AD ou SF e realizar 2 ambuladas para melhor fluidificação das secreções.
9. Desprezar a sonda de aspiração em local apropriado, aspirar agua do lasco lavando a extensão do aspirados.
10. Proteger a extensão em uma embalagem limpa e seca. Retirar as luvas, desligar o aspirador e lavar as mãos.
11. Auscultar os pulmões do paciente e avaliar condições clinicas.
12. Deixar o paciente confortável.
13. Anotar o procedimento realizado e as características das secreções aspiradas (quantidade, cor, odor, viscosidade).

OBSERVAÇÕES

- A. No intervalo entre uma aspiração e outra, observar nível de consciência, perfusão periférica.
- B. Realizar aspiração até que o retorno seja mínimo ou ausente.
- C. Auscultar tórax antes e após o procedimento, checando se houve a melhora.

IT - PREPARO ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL (SOROTERAPIA)

EXECUTANTE: técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA; Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Seringa descartável apropriada à via de administração e volume
2. Agulha descartável apropriada
3. Algodão.
4. Álcool 70%.

5. Bandeja.
6. Medicação
7. Equipo macro simples (PVC flexível)
- 8 Scalp ou Jelco
9. Garrote (endovenosa).
10. Fita adesiva (micropore, medipore, esparadrapo)

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO

1. Checar prescrição medicamentosa.
2. Separar medicação a ser preparada
3. Fazer a diluição da medicação
4. Higienizar as mãos

AMPOLA

1. Agitar a ampola, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70° com movimentos circular e delicado.
2. Montar a seringa/agulha com técnica adequada.
3. Quebrar a ampola no local marcado e sugerido pelo fabricante, utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos.
4. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão, e com a outra pegar a seringa e introduzir a agulha cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com bisel para cima, em contato com o líquido.
5. Aspirar a dose prescrita.
6. Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado
7. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
8. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

FRASCO - LIÓFILO

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°.
2. Preparar a ampola diluente conforme técnica anterior.
3. Montar seringa/agulha, usando agulha de maior calibre.
4. Retirar a seringa, protegendo a agulha.

5. Realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma.
6. Colocar ar na seringa na mesma proporção e quantidade de líquido injetado no frasco.
7. Erguer frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirando a dose prescrita.
8. Retirar o ar da seringa.
9. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.
10. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
11. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja.

OBSERVAÇÃO

A. Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, verifique a estabilidade do medicamento conforme orientação do fabricante e seu armazenamento, caso possa ser armazenado após diluição, identificar frasco com nome do paciente, data e horário da diluição.

IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Seringa.
2. Agulha 40x12
3. Algodão.
4. Álcool.
5. Garrote.
6. Bandeja.
7. Luva de procedimento.
8. Medicamento prescrito.

10. Abocath ou scalp no nº adequado
11. Esparadrapo/micropore.
12. SF0,9% ou água destilada.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos
2. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
3. Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos.
4. Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado.
5. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%.
6. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12.
7. Preparar medicação, conforme técnica descrita.
8. Realizar a troca da agulha para 25x7 para a punção
9. Explicar ao paciente o que será realizado.
10. Calçar as luvas.
11. Selecionar veia de grande calibre para punção, garrotear o braço do paciente.
12. Realizar antisepsia do local escolhido com álcool 70% em um movimento circular e unidirecional.
13. Posicionar com o bisel da agulha voltado para cima
14. Soltar o garrote.
15. Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, e as reações que o paciente apresenta.
16. Retirar a agulha e pressionar o algodão no local da punção.
17. Higienizar as mãos
18. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.
19. Manter ambiente de trabalho em ordem.

IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Copo descartável/ graduado.
2. Medicação.
3. Conta gotas.
4. Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação.
2. Higienizar as mãos
3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar.
4. Em caso de líquido - agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas.
5. Explicar o procedimento ao paciente.
6. Oferecer a medicação.
7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido.
8. Higienizar as mãos
9. Realizar anotação de enfermagem em prontuário
10. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

Consiste na administração de medicamentos através de dispositivos que produzem uma fina nevoa que facilita o transporte de medicamentos através da inspiração profunda do paciente para o trato respiratório.

MATERIAIS

1. Copo nebulizador.

2. Máscara.
3. Medicação prescrita.
4. Bandeja

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Lavar as mãos com técnica adequada.
2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome paciente e data.
3. Explicar o procedimento ao paciente.
4. Ligar o copo nebulizador a extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar/oxigênio, conforme prescrição.
5. Regular o fluxo (3 a 10 litros/ min).
6. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento.
7. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto.
8. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção.
9. Lavar as mãos.
10. Registrar em prontuário, comunicando médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após procedimento.
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

Nessa via os medicamentos são administrados na pele (derme). Geralmente no antebraço o volume injetado é sempre muito pequeno, aplicado no ângulo de 10° a 15°. Indicado para vacina BCG e como auxiliar em testes-diagnósticos e de sensibilidade (SOUZA E MOZACHI 2005).

MATERIAIS

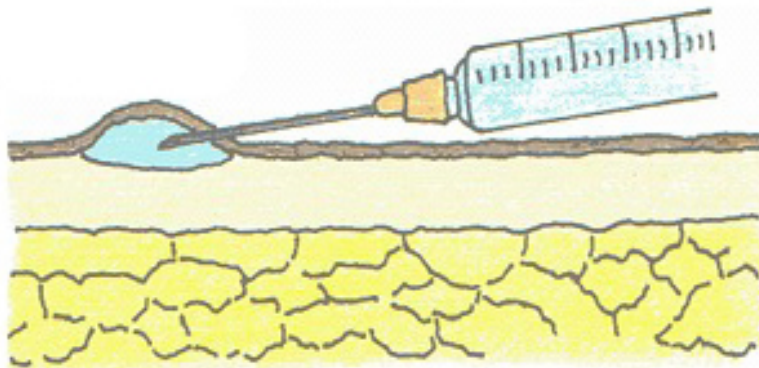
1. Seringa 1 ml.

2. Agulha 10 x 5 ou 13 x 4,5.
3. Solução prescrita.
4. Bandeja.
5. Algodão.
6. Álcool.
7. Luva de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Lavar as mãos.
3. Preparar medicação conforme técnica já descrita.
4. Orientar o paciente sobre procedimento.
5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura) a face interna do antebraço é o local mais utilizado.
6. Fazer a antisepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70% não é indicado para não interferir na reação da droga.
7. Calçar as luvas, segurar firmemente com a mão o local, esticar a pele com o polegar e o indicador
8. Introduzir a agulha paralelamente a pele com ângulo de 15º, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça.
9. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose.
10. Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele.
11. Não friccionar o local.
12. Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado.
13. Retirar as luvas, lavar as mãos.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Obs: Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado eporoso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.



IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Seringa - conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.).
2. Agulha - comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado.
3. Algodão.
4. Álcool 70%.
5. Bandeja.
6. Luva de procedimento.
7. Medicação prescrita.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Checar prescrição medicamentosa (data, dose, via, nome paciente).
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar injeção, conforme técnica já descrita.
4. Orientar o paciente sobre o procedimento.
5. Escolher local da administração.

6. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool em um único sentido.
7. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar.
8. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo.
9. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento).
10. Injetar o líquido lentamente.
11. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local.
13. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfurocortante).
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Realizar anotações em planilhas de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

A. Locais de aplicação:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.

Dorso glútea (DG):

1. Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contra-indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos. Quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajuda no relaxamento.
2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha íliaca pósterio-superior até o trocanter do fêmur.

3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.
4. Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

1. Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal.
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente.
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca antero-superior direita.
4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca.
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo.
6. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado.
2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho.
3. Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

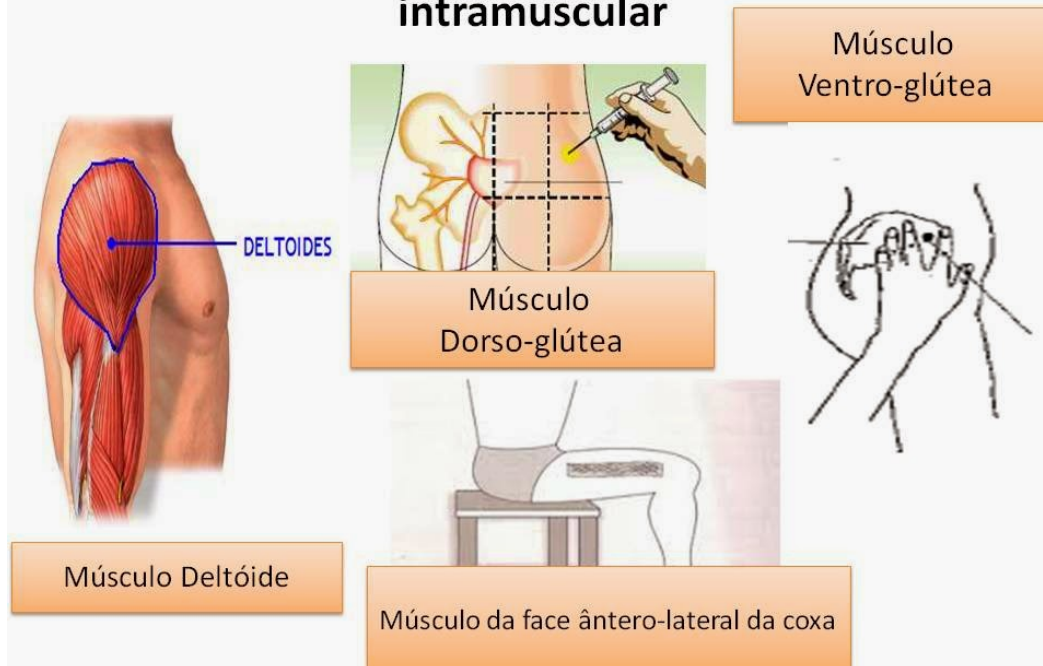
Deltóide: (Apenas para aplicação de imunobiológicos)

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral.
- Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

B - Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa - ângulo 45 em direção podálica.
- Deltóide - ângulo 90°.
- Ventroglútea - angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Dorso glúteo - ângulo 90°.

Regiões indicadas, para aplicação de injeção intramuscular



C - Escolha correta da agulha:

FAIXA ETÁRIA	ESPESSURA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÃO AQUOSA	SOLUÇÃO OLEOSA OU SUSPENSÃO
ADULTO	MAGRO	25 x 6/7	25 x 8
	NORMAL	30 x 6/7	30 x 8
	OBESO	30 x 8	30 x 8
CRIANÇA	MAGRO	20 x 6	20 x 6
	NORMAL	25 x 6/7	25 x 8
	OBESO	30 x 8	30 x 8

IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Colírio ou pomada oftalmológica.
2. Gaze.
3. Luva.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Apresentação: Colírio

1. Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação,).
2. Separar medicação prescrita.
3. Lavar as mãos, após calçar as luvas.
4. Orientar paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás.
5. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente.
6. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva.
7. Orientar o paciente a fechar a pálpebra.
8. Lavar as mãos.
9. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento.
10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
12. Manter ambiente limpo e organizado.

Apresentação: pomada

1. Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e colocar com o próprio tubo a pomada.
2. Pedir para o paciente fechar os olhos.

3. Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior

Observação: Caso seja prescrito o colírio e pomada, utilizar primeiro o colírio e, após 5 minutos, fazer uso da pomada. Não inverter a ordem, uma vez que a pomada adere a superfície ocular, promovendo uma barreira que impedirá o contato do colírio com a área a ser tratada (SOUZA E MOZACHI 2005).

IT - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIO POR CATETER NASAL

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Fonte de oxigênio.
2. Cateter nasal de plástico.
3. Copo umidificador.
4. Água destilada.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Colocar água destilada no copo do umidificador.
3. Conectar o umidificador ao fluxômetro de oxigênio.
4. Conectar uma extremidade da extensão de látex/silicone ao umidificador e a outra à cânula de oxigênio.
5. Introduzir parte central da cânula nas fossas nasais do paciente.
6. Posicionar a extensão por trás do pavilhão auricular bilateralmente.
7. Ligar fluxômetro de oxigênio conforme fluxo solicitado.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.

IT - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIOTERAPIA

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS

1. Cateter nasal nº adequado conforme avaliação prévia ou máscara.
2. Gaze.
3. Esparadrapo/ micropore.
4. Intermediário.
5. Umidificador.
6. Oxigênio canalizado ou em torpedo.
7. Bandeja.
8. Água filtrada ou destilada.
9. Luvas de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Checar prescrição.
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar o umidificador com água, enchendo com 2/3 de sua capacidade.
4. Reunir todo material.
5. Orientar o paciente quanto ao procedimento, deixá-lo em posição confortável (Cabeceira elevada 30-45°).
6. Conectar o cateter ao intermediário de borracha, e ao umidificador já montado.
7. Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido (cateter “tipo óculos” não há necessidade deste procedimento).
8. Colocar as luvas conforme técnica adequada.
9. Introduzir o cateter até local marcado.
10. Fixar o cateter com esparadrapo/ micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sinta-se confortável.
11. Colocar o número de litros de O₂ conforme prescrição.
12. Observar reações do paciente.
13. Retirar as luvas, desprezando em lixo contaminado.
14. Lavar as mãos.

15. Anotar data, nome, horário do procedimento e anotações necessárias quanto as condições do paciente (presença de cianose, retração de fúrcula esternal intercostal) e evolução do quadro, comunicando médico solicitante também verbalmente quando necessário.

16. Registrar procedimento em prontuário.

17. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL EM APS

1.Introdução

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa.

O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve exercer seu papel educativo, demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo entre cliente e profissional. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante e de sua família, definindo metas e objetivos a serem atingidos, visando a melhoria nas condições de saúde do binômio mãe e filho.

Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência

durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência.

O acompanhamento ao pré-natal é fundamental para que se tenha uma gravidez segura e saudável, tendo enfoque na prevenção de futuros eventos patológicos e assistência emocional durante o período gestacional.

O cadastramento já conta como primeira consulta. No mesmo dia do cadastro, o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina.

A primeira consulta será realizada o mais precocemente possível ou até o final do 3º mês de gestação, garantindo no mínimo 7 (sete) consultas durante a gravidez e 1 (uma) no puerpério sendo 8 (oito) consultas para o atendimento a gestante na seguinte distribuição:

- 2 (duas) no primeiro trimestre;
- 2 (duas) no segundo trimestre;
- 3 (três) no terceiro trimestre da gestação;
- 1 (uma) no puerpério.

2. Atribuições da enfermeira na consulta de pré-natal:

- Prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez;
- Realização de testes rápidos;
- Preparo físico e psicológico da gestante;
- Prevenir, identificar e tratar patologias que possam ocorrer durante a gestação;
- Controle obstétrico;
- Educação sanitária da gestante.
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

- Fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada 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.

A assistência ao pré-natal é a que se presta à gestante durante a gravidez.

Neste período é feito o preparo psicológico para o parto e orientações a gestante quanto a forma que deve observar. Visa fazer com que a gestação transcorra normalmente e que o parto ocorra sem acidentes bem como sejam evitados padecimentos e mal formações para o feto.

Ao suspeitar de gravidez, a mulher deve procurar atendimento médico imediatamente para fazer o diagnóstico. A gestante é submetida a exames clínicos e o obstétrico variáveis na sua periodicidade, de acordo com orientações médicas, rotinas e estado da cliente.

3. IT - Consulta de Enfermagem ao Pré-natal na APS

3.1 Roteiro para primeira consulta

Material necessário:

Balança, maca, fita métrica, luvas, *Esfigmomanômetro*, estetoscópio, termômetro, Sonar, estetoscópio de Pinard, Gel, papel toalha, Sistema de informações com prontuário eletrônico.

A consulta de enfermagem está estruturada em 5 fases:

1) Anamnese:

- Acolher e acomodar a gestante promovendo o relaxamento para atenuar o efeito jaleco branco;
- Apresentar-se à gestante e esclarecer o que será realizado;
- Preencher os dados pessoais no cartão da gestante e prontuário eletrônico;
- Investigar a história clínica da gestante (histórico de doenças pessoal e familiar) e data da última menstruação (DUM);
- Investigar a história obstétrica (número de gestações, filhos vivos, abortos, tipos de partos, complicações puerperais, aleitamento);
- Medicamentos em uso;
- Queixas atuais;
- Verificar situação vacinal;
- Preencher os dados e fornecer o cartão da gestante;

2) Exame físico:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento à gestante;
- Verificar medidas antropométricas e IMC da gestante;
- Verificar a circunferência abdominal;
- Pedir à gestante para sentar-se na maca para avaliação;
- Verificar a pressão arterial conforme técnica abaixo;
- Solicitar que se deite para dar sequência ao exame físico;
- Avaliar a anatomia das mamas, direcionada ao aleitamento materno.
- Medir a altura uterina com uma fita métrica desde a bordo superior da Sínfise púbica até o fundo uterino;
- Realizar a palpação das partes fetais;
- Verificar presença de edemas;
- Auscultar os BCF (120 a 160 bcf/min.)
- Realizar toque vaginal quando necessário para diagnosticar trabalho de parto.

3) Solicitar exames de rotina padronizados pela instituição (testes de gravidez, rotina de urina e urocultura com antibiograma, hemograma, glicemia de jejum, grupo sanguíneo e fator RH, IgM e IgG para toxoplasmose, VDRL, HbsAg e anti HIV).

4) Diagnóstico (análise e interpretação das informações)

- Calcular a idade gestacional (IG) a partir da data da última menstruação (DUM);
- Calcular a data provável do parto (DPP) conforme padronização;
- Avaliar estado nutricional materno;
- Avaliar situação de risco materno-fetal;
- Acompanhar ganho de peso e crescimento uterino.

5) Ações complementares

- Prescrever medicamentos padronizados como Sulfato Ferroso profilático e Ácido Fólico;

- Referenciar para atendimento de maior complexidade (nível secundário e terciário);
- Examinar situação vacinal para atualização;
- Anotar os dados verificados em prontuário e cartão da gestante. Assinar e carimbar;
- Agendar consulta subsequente.

4. Consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes a enfermeira deverá verificar:

a) Controles Maternos:

- Calcular e anotar a idade gestacional.
- Pesar a gestante e determinar o IMC. Anotar no gráfico do cartão da Gestante para acompanhamento do estado nutricional;
- Aferir a pressão arterial;
- Fazer a palpação obstétrica e medida da altura uterina, anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliar o crescimento fetal;
- Observar presença de edemas

b) Controles Fetais

- Auscultar os batimentos fetais;
- Avaliar os movimentos percebidos pelas gestantes e/ou detectados no exame obstétrico.

c) Condutas

- Interpretar dados da anamnese, do exame obstétrico e laboratoriais e solicitar outros, caso necessário;
- Tratar alterações encontradas conforme protocolos e encaminhar ao médico caso necessário;
- Prescreve suplementação de sulfato de ferro e ácido fólico conforme protocolo;
- Orientar alimentação balanceada e exercícios físicos indicados;

- Agendar próxima consulta reforçando a importância do acompanhamento ao pré-natal.

4.1 Aspectos a serem observados pelos profissionais de saúde:

- Reconhecer o estado normal de ambivalência frente à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram, daí a necessidade de compreender essa circunstância, sem julgamentos;
- Ouvir atentamente as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma adequada;
- Reconhecer as condições emocionais dessa gestação: se a gestante tem um ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na gestante;
- Compreender esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- Perceber que a gestante pode estar buscando figura de apoio; assim, o profissional fica muito idealizado e, por isso, passa a ser constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas terrivelmente ameaçadoras para ela;
- Estabelecer relação de confiança e respeito mútuos. Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro à família.
- Evitar o excesso de termos técnicos, estando atento, também, para essas características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições e escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer;

- Fornecer, para alívio das ansiedades da mulher, orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa. Devem-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras e observar o seu impacto em cada mulher, na sua individualidade;
- Preparar a gestante para os procedimentos médicos do pré-parto, para aliviar as vivências negativas que causam mais impacto.

5. Visita Puerperal

A Equipe de Atenção Primária à Saúde deverá realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto e nascimento (até o 5º dia), para acompanhamento da puérpera e da criança;

Avaliar as mamas para detecção de complicações como fissuras, ingurgitamento mamário e mastites. Em caso afirmativo de uma ou mais complicações, orientar a mãe e familiares no manejo para resolução e reforçar a importância da não cessação do aleitamento materno.

Observar se a pega do bebê está correta durante a mamada e corrigir caso necessário.

Investigar aspectos da cicatriz cirúrgica no caso de parto cesáreo e episiotomia se for parto natural. Observar presença e aspecto de sangramentos vaginais.

Pacientes com abortamento e com interrupção prematura de gestação também devem ser acompanhadas na APS.

Avaliar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: vômito, gemido, fontanela abaulada, choro estridente, secreção no ouvido ou no coto umbilical, letargia, febre, hipotermia fezes, urina, sono e higiene.

Orientar quanto a restrição de visitas, priorizando a privacidade e afinidade da mãe com o bebê.

Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na APS.

Levar em conta a importância do acompanhamento no pós-parto imediato e no puerpério, prestando o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento familiar.

ANEXO I - Técnica de verificação da Pressão Arterial na Gestante

- Certificar-se de que o aparelho de pressão (Esfigmomanômetro) esteja calibrado;
- Explicar o procedimento à mulher;
- Certificar-se de que a gestante: a) não está com a bexiga cheia; b) não praticou exercícios físicos; c) não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;
- Com a gestante sentada, após um período de repouso de no mínimo cinco minutos, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, descobrindo -lhe o braço; Localizar a artéria braquial por palpação;
- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo;
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar a campânula do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-lo sob o manguito;
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos;
- Solicitar à mulher que não fale durante o procedimento da medida;
- Inflar o manguito rapidamente, até mais de 30mmHg após o desaparecimento dos ruídos;
- Desinflar lentamente o manguito;
- O ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (máxima);

- A pressão diastólica (mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde se perceba marcado abafamento.
- Esperar um a dois minutos antes de realizar novas medidas;
- Anotar o resultado na ficha e no cartão da gestante.

Observação: A pressão arterial também poderá ser medida com a mulher em decúbito lateral esquerdo, no braço direito, mas **NUNCA EM POSIÇÃO SUPINA** (deitada de costa).

PRIMEIRA CONSULTA PUERICULTURA

EXECUTANTE: Enfermeiro e Médico;

ÁREA: Assistência à Saúde Pediátrica

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAL

1. Balança infantil;
2. Antropômetro;
3. Fita métrica;
4. Lanterna clínica;
5. Oftalmoscópio;
6. Álcool 70%;
7. Gases;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Consulta Inicial:

1. Recepcionar os pais e o RN e explicar o acompanhamento do RN.
2. Lavar as mãos.
3. Iniciar avaliação através da anamnese:
 - Tipo de Parto;

- Local do Parto;
- Peso ao nascer;
- Idade Gestacional;
- Índice de Apgar;
- Intercorrências clínicas na gestação, no parto e no período neonatal;
- Antecedentes Familiares (gestações anteriores, número de irmãos e saúde dos familiares);

4. Realizar com ajuda da mãe/ responsável o exame físico completo:

- Peso, comprimento e perímetro cefálico;
- Desenvolvimento social e psicoafetivo;
- Estado geral:
 - Avalie a postura normal do recém-nascido;
 - Observe o padrão respiratório;
 - Avalie o estado de vigília do recém-nascido;
 - Identifique sinais de desidratação e/ou hipoglicemia;
 - A temperatura axilar;
 - Face:
 - Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica;
 - Pele: ‘
 - Observe a presença de: (a) edema; (b) palidez; (c) cianose; (d) icterícia.
 - Crânio:
 - Examine as fontanelas;
 - Olhos:
 - Reflexo fotomotor;
 - Teste do reflexo vermelho.
 - Escleras – icterícia;
 - Orelhas e audição:
 - Conferir e Avaliar Triagem auditiva neonatal universal (Tanu) ou “teste da orelhinha;
 - Nariz:
 - Avalie a forma e a possível presença de secreção;
 - Boca:

- Alterações morfológicas;
- Observe a úvula, o tamanho da língua, o palato e a coloração dos lábios.

- Pescoço:

- Avalie a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça;

- Tórax:

- Avalie a assimetria;

- Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas;

- Observe possíveis sinais de sofrimento respiratório;

- Conte a frequência cardíaca e respiratória;

- Observe a possível presença de cianose, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos;

- Verifique também os pulsos.

- Abdome:

- Observe a respiração;

- Observe a forma do abdome;

- Diagnostique a presença de hérnias inguinal e umbilical;

- Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto.

- Genitália:

- Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos;

- Na genitália feminina, os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes.

- Ânus e reto:

- Verifique a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.

- Sistema osteoarticular:

- Examine os membros superiores e inferiores, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia;

- Identifique a provável presença de pé torto;

- Verifique a presença de displasia evolutiva do quadril realizando os Testes de Ortolani e de Barlow.

- Coluna vertebral:

- Examine toda a coluna, em especial a área lombo-sacra;

- Avaliação neurológica:
- Observe reflexos arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro;
- Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça;
- Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros.

5. Encerrar o exame físico da criança.

6. Realizar orientações importante aos pais:

- Sinais de perigo na criança com menos de 2 meses e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência;
- Promova e apoie o aleitamento materno exclusivo;
- Auxilie a formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê;
- Realização do teste do pezinho, se não realizado;
- Orientações para o calendário de imunizações;
- Combine o calendário de consultas (Na 1ª semana (Médico e Enfermeiro), no 1º mês (Enfermeiro), 2º mês (Médico), 4º mês (Enfermeiro), 6º mês (Médico), 9º mês (Enfermeiro) e 12º mês (Médico), além de duas consultas no 2º ano de vida no 18º e no 24º mês e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário).

8. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.

9. Higienizar as mãos.

10. Manter a sala em ordem.

CONSULTA SUBSEQUENTE PUERICULTURA

EXECUTANTE: Enfermeiro e Médico;

ÁREA: Assistência à Saúde Pediátrica;

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem;

MATERIAL

8. Balança infantil;
9. Antropometria;
10. Fita métrica;

11. Lanterna clínica;
12. Oftalmoscópio;
13. Álcool 70%;
14. Gases.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Consulta Subsequente:

1. Recepcionar os pais e o RN e explicar o acompanhamento do RN.
2. Lavar as mãos.
3. Iniciar avaliação através da anamnese:
 - Intercorrências clínicas durante o intervalo entre as consultas;
 - Alterações clínicas na família durante o intervalo entre as consultas;
4. Realizar com ajuda da mãe/ responsável o exame físico:
 - Peso, comprimento, perímetro cefálico e temperatura axilar;
 - Testes de Barlow (nas primeiras consultas: 15 dias, 30 dias e 2 meses);
 - Frequência cardíaca e Frequência respiratória:

Frequência cardíaca		
Idade	Varição	Média normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 anos	De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

Fonte: DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000, p. 43-45.

Frequência Respiratória	
Idade	Varição
De 0 a 2 meses	Até 60mrm
De 2 a 11 meses	Até 50mrm

De 12 meses a 5 anos	Até 40mrm
De 6 a 8 anos	Até 30mrm
Acima de 8 anos	Até 20mrm

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007, p. 31-50.

- Avaliação da visão:
 - Teste do reflexo vermelho;
 - Teste da cobertura e teste de Hirschberg (repetido aos 4, 6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos de idade);
 - Rastreamento para criptorquidia;
- 5. Encerrar o exame físico da criança.
- 6. Realizar aconselhamento antecipado aos pais:
 - Posição para dormir;
 - Prevenção de infecção viral respiratória;
 - Orientações para o calendário de imunizações;
 - Agende a próxima consultas;
- 8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
- 9. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico.
- 10. Lavar as mãos.
- 11. Manter a sala em ordem.

IT - CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO

EXECUTANTE: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Luvas estéreis.
2. Sonda uretral estéril descartável.
3. PVPI tópico.

4. Compressas de gaze estéril.
5. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
6. Campo fenestrado.
7. Lençol.
8. Frasco para coleta de urina se necessário.
9. Lidocaína gel.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Paciente do sexo feminino

Importante: Realizar o procedimento em sala privativa, protegendo a privacidade do paciente.

1. Posicionar a paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos.
3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
5. Calçar as luvas estéreis.
6. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
7. Realizar antisepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos.
8. Evitar contaminar a superfície da sonda.
9. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial
10. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
11. Secar a área, tornar o paciente confortável.

Paciente do sexo masculino

1. Lubrificar bem a sonda anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da

base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.

3. Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.
4. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
5. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
6. Secar a área, tornar o paciente confortável.
7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotação de enfermagem em prontuário
11. Manter ambiente de trabalho em ordem.

IT - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

EXECUTANTE: Enfermeiros

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Luvas estéreis.
2. Sonda folley estéril descartável.
3. Bolsa coletora sistema fechado.
4. PVPI tópico.
5. Compressas de gaze estéril.
6. Lidocaína gel.
7. Coletor de urina de sistema fechado.
8. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
9. Seringa de 20 ml.
10. Água Destilada Ampola (20 ml).
11. Campo fenestrado.

12. Lençol.
13. Biombo ou sala privativa.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Paciente do sexo feminino

1. Posicionar a paciente confortavelmente e orientar sobre o procedimento, garantir sua privacidade não expondo desnecessariamente, uso de biombo ou sala específica para o procedimento.
2. Lavar as mãos.
3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
5. Calçar as luvas estéreis.
6. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados, até que o cateterismo termine.
7. Realizar antisepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos:
Horizontalmente, do meato até monte de Vénus. A seguir, verticalmente do meato até final da comissura labial posterior, inicialmente sobre grandes lábios, após entre grandes e pequenos lábios e, por último, em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
8. Lubrificar bem a sonda com anestésico tópico prescrito.
9. Conectar a sonda a um coletor de drenagem de sistema fechado, bem lubrificada por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita.
10. Introduzir suavemente a sonda até sentir resistência.
11. Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 20 ml), certificando-se de que a sonda está drenando adequadamente.
12. Fixar a sonda de demora, prendendo-a juntamente com o equipo de drenagem na parte interna da coxa.
13. Secar a área e manter paciente confortável.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem em prontuário,

16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

Paciente do sexo masculino

1. Lubrificar bem a sonda com anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a antisepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, Bilateralmente. Após, da glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
3. Introduzir a sonda dentro da uretra quase até sua bifurcação, até que a urina flua.
4. Quando a resistência é sentida no esfíncter externo, aumentar discretamente a tração do pênis e aplicar pressão suave e contínua sobre a sonda. Pedir para que o paciente faça força (como se estivesse urinando), para ajudar a relaxar o esfíncter.
5. Insuflar balonete com água destilada (aproximadamente 20 ml).
6. Fixar a sonda de demora, prendendo-a na face interna da coxa.
7. Secar a área e manter paciente confortável.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.
10. Manter ambiente de trabalho em ordem.

IT - TROCA DE EQUIPAMENTO COLETOR DE ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIOS

EXECUTANTE: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Prevenir lesão de pele e promover higiene e conforto ao estomizado.

MATERIAIS

1. Luvas de procedimento.
2. Máscara.
3. Bolsa coletora.
4. Placa adesiva.

5. Compressas de gaze.
7. Água destilada ou soro fisiológico.
8. Comadre ou cuba rim.
9. Tesoura
10. Guia de medição de estoma.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Receber o paciente com atenção.
2. Manter o paciente relaxado em posição confortável (decúbito dorsal), mantendo privacidade.
3. Explicar o procedimento ao paciente.
4. Higienizar as mãos.
5. Preparar o material em bandeja.
6. Calçar as luvas de procedimentos.
7. Esvazie a bolsa, se houver fezes, em comadre.
8. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa. Se necessário utilize uma gaze umedecida em água morna para amparar a pele.
9. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico, guardar clamp para reutilização.
10. Limpar o estoma, utilizando compressa de gaze embebida em água morna e sabonete, para remover as fezes e resíduos.
11. Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem.
12. Aplicar placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma.
13. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5cm maior que o tamanho do estoma)
14. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal.
15. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante.
16. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp.

17. Retire as luvas e máscara.
18. Mantenha a sala organizada.
19. Higienize as mãos.
20. Registre o atendimento prestado.

TROCA COLETOR 1 PEÇA

1. Retire delicadamente o coletor para não traumatizar a pele. Use um tecido macio embebido em água da torneira ou chuveiro.
2. Jogue o coletor usado no lixo.
3. Limpe delicadamente a pele ao redor do estoma com seu sabonete e água.
4. Seque bem ao redor do estoma sem esfregar. Faça isto depois de secar o corpo.
5. Recorte a bolsa no tamanho do estoma. Se for necessário, use o mensurador para estomas. O coletor deve ser recortado antes de iniciar a troca.
6. Retire o papel que protege a resina.
7. Coloque a bolsa de baixo para cima.
8. Procure não deixar pregas ou bolhas de ar que facilitem vazamentos e que acabam fazendo com que o coletor descole.
9. Certifique-se que a bolsa esteja bem adaptada a pele.
10. Retire o ar de dentro da bolsa e feche com a clamp.

TROCA COLETOR 2 PEÇAS

1. Retire o clamp e esvazie-o completamente.
2. Desconecte o coletor da placa colada ao corpo.
3. Procure soltar a placa, suavemente pressionando a pele e ao mesmo tempo soltando o adesivo.
4. Limpe a pele ao redor do estoma e o próprio estoma com movimentos suaves.
5. Use seu sabonete, retirando os restos de fezes, urina ou de adesivos.
6. Seque bem a pele ao redor do estoma.

7. Retire o papel que protege a resina e segure-o com as duas mãos.
8. Procure posicionar o estoma em frente ao espelho, procurando esticar o corpo durante a colocação
9. Adapte a placa de baixo para cima, parte por parte, procurando encaixá-la no estoma, do centro para a extremidade.
10. Procure não deixar pregas ou bolhas de ar que facilitem vazamentos e que acabam fazendo com que o coletor descole.
11. Certifique-se de que a placa esteja bem adaptada à pele.
12. Encaixe a bolsa coletora na placa.
13. Retire o ar de dentro da bolsa e coloque o clamp para fechar.

CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS

DE ACORDO COM A RDC ANVISA NO 306/04 E RESOLUÇÃO CONAMA NO 358/05, OS RSS SÃO CLASSIFICADOS EM CINCO GRUPOS: A, B, C, D E E.



- **Coleta e transporte internos Resíduos A**

Os recipientes contendo resíduos do grupo A podem ser coletados e transportados no mesmo carro utilizado na coleta dos resíduos do grupo E.

- **Armazenamento temporário e externo**

Temporário: é feito na sala de resíduos.

Externo: é feito no abrigo de resíduos, junto ao grupo E.

- **Coleta e transporte externos**

Resíduos tratados e com descaracterização física das estruturas: serviço de coleta urbana.

Resíduos tratados e sem descaracterização física das estruturas: serviço de coleta especial para resíduos do grupo A.

Resíduos não-tratados do subgrupo A4: serviço de coleta especial para resíduos do grupo A.

As embalagens não podem ser violadas durante o transporte.

- **Disposição final**

A disposição final deve ser em local licenciado (aterro sanitário ou outro), tanto a fração que obrigatoriamente é tratada (subgrupos A1 e A2) como aquela que não necessita ser tratada (subgrupo A4).

- **Coleta e transporte internos resíduos comum / reciclável**

Os recipientes contendo resíduos do grupo D devem ser coletados e transportados separadamente dos resíduos dos outros grupos.

- **Armazenamento temporário e externo**

O armazenamento temporário dos resíduos do grupo D pode ser na Sala de Resíduo, porém em recipientes exclusivos e identificados, para manter a separação.

- **Coleta e transporte externos**

A coleta e o transporte externo devem ser feitos em sistemas licenciados.

- **Disposição final**

A fração de rejeitos deve ter disposição final em aterro sanitário licenciado.

- **Coleta e transporte internos resíduos perfuro-cortantes**

Os recipientes contendo resíduos do grupo E devem ser coletados e transportados afastados do corpo. Podem ser transportados no mesmo carro utilizado na coleta dos resíduos do grupo A.

- **Armazenamento temporário e externo**

Temporário: na sala de resíduos

Externo: no abrigo de resíduos, junto ao grupo A.

- **Coleta e transporte externos**

O mesmo utilizado para os resíduos do grupo A.

- **Disposição final**

Aterro sanitário licenciado.

ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO – sala de resíduos

Armazenamento temporário deve ser um local de exclusivo com acesso externo facilitado a coleta, 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 O PONTO DESTINADO À DISPONIBILIZAÇÃO PARA COLETA EXTERNA.

NÃO PODERÁ SER FEITO ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO COM DISPOSIÇÃO DIRETA DOS SACOS SOBRE O PISO OU SOBREPISO, SENDO OBRIGATÓRIA A CONSERVAÇÃO DOS SACOS EM RECIPIENTES DE ACONDICIONAMENTO.

A SALA PARA GUARDA DE RECIPIENTES DE TRANSPORTE INTERNO DE RESÍDUOS DEVE TER PISOS E PAREDES LISAS E LAVÁVEIS, SENDO O PISO, ALÉM DISSO, RESISTENTE AO TRÁFEGO DOS RECIPIENTES COLETORES. DEVE POSSUIR ILUMINAÇÃO ARTIFICIAL E ÁREA SUFICIENTE PARA ARMAZENAR, NO MÍNIMO, DOIS RECIPIENTES COLETORES, PARA O POSTERIOR TRASLADO ATÉ A ÁREA DE ARMAZENAMENTO EXTERNO. PARA MELHOR HIGIENIZAÇÃO É RECOMENDÁVEL A EXISTÊNCIA DE PONTO DE ÁGUA E RALO COM TAMPA ESCAMOTEÁVEL.

COLETA E TRANSPORTE EXTERNO DOS RSS

A COLETA EXTERNA CONSISTE NA REMOÇÃO DOS RSS DO ABRIGO DE RESÍDUOS (ARMAZENAMENTO EXTERNO) ATÉ A UNIDADE DE TRATAMENTO OU DISPOSIÇÃO FINAL, PELA UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS QUE GARANTAM A PRESERVAÇÃO DAS CONDIÇÕES de acondicionamento E A INTEGRIDADE DOS TRABALHADORES, DA POPULAÇÃO E DO MEIO AMBIENTE. DEVE ESTAR DE ACORDO COM AS REGULAMENTAÇÕES DO ÓRGÃO DE LIMPEZA URBANA.

O PESSOAL ENVOLVIDO NA COLETA E TRANSPORTE DOS RSS DEVE OBSERVAR RIGOROSAMENTE A UTILIZAÇÃO DOS EPIs E EPCs ADEQUADOS.

DISPOSIÇÃO FINAL DOS RSS

CONSISTE NA DISPOSIÇÃO DEFINITIVA DE RESÍDUOS NO SOLO OU EM LOCAIS PREVIAMENTE PREPARADOS PARA RECEBÊ-LOS. PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA A DISPOSIÇÃO DEVE OBEDECER A CRITÉRIOS TÉCNICOS DE CONSTRUÇÃO E OPERAÇÃO, PARA AS QUAIS É EXIGIDO LICENCIAMENTO AMBIENTAL DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO CONAMA Nº 237/97. O PROJETO DEVE SEGUIR AS NORMAS DA ABNT.

AS FORMAS DE DISPOSIÇÃO FINAL DOS RSS ATUALMENTE UTILIZADAS SÃO: ATERRO SANITÁRIO, ATERRO DE RESÍDUOS PERIGOSOS CLASSE I (PARA RESÍDUOS INDUSTRIAIS), ATERRO CONTROLADO, LIXÃO OU VAZADOURO E VALAS.

IT - RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS

EXECUTANTE: Auxiliares de serviços gerais

OBJETIVO: Consiste em recolher todos os resíduos de uma Unidade, acondicionando-os de forma adequada e manuseando-os o mínimo possível. É a operação que precede todas as rotinas técnicas de limpeza e desinfecção. Deve ser iniciada, sempre, da área menos contaminada para a mais contaminada.

Passos:

1 - Reunir o material para recolher o lixo:

- sacos de lixo de material plástico;
- calçado fechado;
- luvas de autoproteção.

- 2- Colocar o EPI;
- 3- Recolher o saco de lixo que se encontra na lixeira, amarrando bem as bordas;
- 4- Colocar um saco de lixo novo na lixeira, fixando-o firmemente nas bordas;
- 5- Transportar o lixo recolhido até o depósito para a remoção pela coleta externa.

Observações:

- As lixeiras devem ser lavadas com água e sabão, semanalmente e sempre que necessário;
- Verificar as regras básicas de acondicionamento do lixo de acordo com o tipo de resíduos;
- Para o transporte do lixo é recomendado a utilização de carrinho fechado. Este carrinho deverá ser higienizado após sua utilização;

IT - ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS

EXECUTANTE: Auxiliares de Serviços Gerais

OBJETIVO: Realizar a retirada do material sujo e/ou contaminado após a sua utilização.

Passos:

1. Acondicionar os resíduos em sacos plásticos de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta;
2. Os resíduos perfuro-cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes, reforçados impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho. Ao ser descartado, o recipiente deve estar devidamente fechado;
3. O lixo contaminado deve ser recolhido em saco de lixo branco leitoso”;
4. As lixeiras devem necessariamente possuir tampa e pedal;
6. Os resíduos enquadrados na categoria especial devem ser coletados por empresa especializada;

7. Em caso de contêineres, os mesmos devem estocar os resíduos corretamente acondicionados e oferecer condições adequadas para manuseio;
8. Os resíduos não devem ficar expostos na via pública e sim em contêineres e/ou recintos exclusivos.

PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO

Tem por finalidade eliminar todos os organismos vivos dos artigos e torná-los seguros para uso com o paciente. Em uma unidade que tenha serviço próprio de esterilização, deve-se respeitar os processos e a utilização dos equipamentos de proteção individual em cada etapa.

A entrada de materiais sujos e saída de materiais limpos deve seguir um fluxo unidirecional. Entrada pelo expurgo, onde será feito o recebimento do material, inspeção e processo de limpeza, lavagem e enxague. Área de preparo, onde será recebido o material já lavado e enxaguado, e realizar uma inspeção visual, secagem e posteriormente preparar, empacotar ou acondicionar o material para esterilização. Área de esterilização, executa o processo de esterilização nas autoclaves e encaminha para a área de guarda dos materiais já prontos e devidamente identificados e com data de validade. A distribuição de material limpo se dá por uma área longe de contaminação.

LIMPEZA – processo mecânico de remoção da sujidade com água e sabão ou detergente enzimático. A limpeza constitui os primeiros processos da desinfecção e esterilização de materiais

DESCONTAMINAÇÃO – processo de descontaminação total ou parcial da carga microbiana.

DESINFECÇÃO – É o método capaz de eliminar a maioria dos organismos patogênicos com excesso dos esporos.

ESTERILIZAÇÃO – É o método capaz de eliminar todos os organismos vivos.

CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

Artigos críticos - destinado a penetração através da pele e mucosas, nos tecidos sub epiteliais e no sistema vascular, tecidos estes isentos de flora

microbiana própria. Estes artigos requerem esterilização, devido alto risco na transmissão de infecção.

Artigos Semicríticos - Artigos que entram em contato com mucosas íntegras ou pele lesada. Requerem esterilização ou desinfecção de alto nível.

Artigos Não-críticos – Apenas entram em contato com a pele íntegra. Estes artigos necessitam apenas de limpeza com água e sabão. A desinfecção é feita se contato com agentes de doenças infectocontagiosas ou fluidos corporais.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Luvas

Máscara

Avental impermeável

Óculos de proteção

Gorro

Sapato fechado

ETAPAS DO PROCESSAMENTO DE MATERIAS

LIMPEZA

- Antes de submeter qualquer material a uma desinfecção/esterilização é importante remover toda matéria orgânica com água e sabão. Essa limpeza pode ser manual (esponjas, panos, escovas), máquinas de limpeza com jatos de água quente ou detergentes

DESCONTAMINAÇÃO

- Pode ser por imersão em detergente enzimático por tempo determinado pelo fabricante ou de acordo com o material.
- Fricção com, esponja ou panos embebidas em solução desinfetante
- Pressão de jatos de água quente

ENXAGUE

- Após a limpeza enxague abundantemente os materiais com água corrente.

SECAGEM

- Secar os materiais com pano limpo ou compressas, ar comprimido ou estufa própria. Não deixar secar sozinho, pois pode causar manchas no instrumental.
- Inspeccionar visualmente e em caso de sujidade realizar a remoção mecânica.
- Embalar o material adequadamente e encaminhar para esterilização

ESTERILIZAÇÃO

- Esterilização em autoclave conforme orientação do fabricante.

ARMAZENAGEM

- Armário limpo, seco e fechado.
- Deve estar devidamente etiquetado e com data de validade de acordo com cada tipo material.

No caso da unidade encaminhar o material para esterilização com terceiros, esta deve proceder a limpeza prévia do material.

Procedimento de limpeza dos materiais

- 1- Utilizar EPI para iniciar o procedimento de limpeza do material
- 2- Manipular o material cuidadosamente
- 3- Imergir o material em detergente enzimático pelo tempo indicado pelo fabricante
- 4- Lavar cuidadosamente com escova para remover a sujidade
- 5- Enxaguar abundantemente com água corrente
- 6- Secar com pano ou compressa
- 7- Armazenar em caixa fechada e encaminhar para esterilização conforme rotina.

FARMÁCIA

EXECUTANTE: Farmacêutico; auxiliar de farmácia

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento da farmácia

Passos:

1. Organizar espaço
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão
3. Controle e registro de temperatura da geladeira de insulinas em mapa próprio para registro, duas vezes ao dia ($T=4^{\circ}\text{C}$ a 8°C). Em caso de alteração da temperatura comunicar o coordenador do serviço.
4. Checar e repor o dispensário, quantidade suficiente para uma semana, no máximo.

5. Atender as receitas, observando as boas práticas de dispensação. Carimbar duas vias, datando/identificando atendimento, verificando se atende a legislação sanitária vigente, norma da Secretaria Municipal de Saúde, ressaltando a posologia de cada fármaco prescrito, orientando o paciente.
6. Não autorizar a permanência de profissionais de outros setores ou pessoas estranhas na farmácia.

Observações: ("boas práticas")

Sempre que possível, preservar a embalagem original, garantindo a identificação, validade e lote.

As insulinas não podem permanecer em temperatura abaixo de 4°C.

Fornecer, sempre que possível, a bula ao paciente.

A geladeira é de uso exclusivo de medicamentos, sua limpeza deverá ser quinzenal.

IT - CONTROLE DE TEMPERATURA DE GELADEIRA

RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Responsável
- Auxiliar de farmácia

OBJETIVO:

- Garantir que seja realizada leitura da temperatura da geladeira e anotado em planilha de controle de temperatura a fim de garantir a segurança do produto armazenado.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

1. Pressionar o botão MAX/MIN e anotar a temperatura máxima em °C na planilha de controle de temperatura.

2. Pressionar novamente o botão MAX/MIN e anotar a temperatura mínima em °C na planilha de controle de temperatura.
3. Anotar a temperatura do momento na planilha de controle de temperatura, pressionando novamente o botão MAX/MIN.
4. Pressionar o botão RESET, para finalizar a leitura.
5. O Farmacêutico deve conferir diariamente por turno a leitura das temperaturas e rubricar a planilha de controle de temperatura.

CUIDADOS:

- A leitura da temperatura deve ser aferida diariamente, para um controle mais efetivo, nos turnos manhã, tarde e noite.
- Sempre que a temperatura não estiver entre 2°C e 8°C o auxiliar de farmácia deve obrigatoriamente avisar o Farmacêutico para que sejam tomadas as medidas cabíveis e registrar a não conformidade na planilha.
- O Farmacêutico deve tomar as medidas necessárias para manutenção da temperatura correta e registrar a ação na planilha.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Identificar a inadequação, rever o POP, reformular algum item se necessário, treinar o profissional executante.
- Falta de leitura: o Farmacêutico deve verificar o motivo porque não foi realizada a leitura.
- Leitura incorreta: o Farmacêutico deve fazer treinamento deste procedimento junto ao colaborador.
- Alteração da temperatura (abaixo de 2°C ou acima de 8°C): o Farmacêutico deve regular o termostato e avaliar no mesmo dia se a temperatura se normaliza, se a temperatura continuar não conforme, deve avisar a manutenção. O Farmacêutico deve verificar também a temperatura do medicamento através do termômetro de infravermelho e agir da seguinte forma:
 - Se o medicamento estiver com a temperatura entre 8°C e 2°C, armazená-los em outra geladeira.
 - Se o medicamento estiver com a temperatura superior a 8°C ou inferior a 2°C, desprezá-los.

ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

OBJETIVO:

- Acondicionar os materiais médico hospitalares e os medicamentos de forma a não alterar suas propriedades físico-químicas e em ordem alfabética, facilitando a distribuição e o controle de estoque.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Estrados
- Estantes
- Bins
- Geladeira para medicamentos termolábeis
- Armários específicos para medicamentos psicotrópicos e anestésicos
- Termômetros de temperatura e umidade

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

1. Organizar os medicamentos nas estantes por forma farmacêutica, por ordem alfabética e por prazo de validade de forma que sejam utilizados primeiro os que estejam mais próximos ao vencimento;
2. Armazenar os materiais médico hospitalares nas prateleiras e nos estrados por prazo de validade;
3. Acondicionar em geladeira os medicamentos termolábeis, organizando conforme o prazo de validade;
4. Armazenar os medicamentos psicotrópicos em armário com chave e os anestésicos em armário específico, organizando conforme o prazo de validade;
6. O armazenamento deve ser realizado em condições adequadas de temperatura e umidade com registros diários.

CUIDADOS:

- A área de armazenamento deve estar seca, limpa, ventilada, protegida do sol, provida de telas nas janelas para evitar entrada de insetos;

- Evitar o armazenamento de medicamentos e materiais médico hospitalares em contato com paredes, próximos ao teto e em contato direto com o chão;
- Manter a organização conforme o prazo de validade, facilitando a distribuição dos lotes com vencimento mais próximo;
- Não misturar lotes diferentes nos bins.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- O Farmacêutico deve orientar os colaboradores frequentemente.

FRACIONAMENTO DE COMPRIMIDOS

1. RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Responsável
- Auxiliar de Farmácia

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Farmácia APS

3. OBJETIVO:

- Dispensar os comprimidos devidamente identificados, através do Sistema de Distribuição por Dose Individualizada, facilitando a rastreabilidade, evitando erros de administração e facilitando as devoluções à farmácia.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Sacos plásticos
- Seladora
- Álcool 70%
- EPI (luva de procedimento, máscara, gorro, óculos)
- Livro Registro de Comprimidos
- Computador
- Impressora para impressão de etiquetas

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

1. Separar diariamente os medicamentos a serem fracionados de acordo com a demanda;
2. Registrar em livro específico a descrição do medicamento, validade, quantidade a ser fracionada, a data do fracionamento, com a assinatura do auxiliar de farmácia e do Farmacêutico responsável.
3. Realizar a limpeza da máquina seladora e da bancada com álcool a 70%;
4. Separar os sacos e as etiquetas;
5. Fazer limpeza das mãos e paramentação com Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
 6. Realizar o fracionamento;
 7. Conferência dos itens e quantidades dos medicamentos fracionados;
 8. Guardar os medicamentos fracionados nos seus respectivos bins.

6. CUIDADOS:

- Fracionar sempre um item de cada vez, evitando troca de etiquetas durante o processo;
- Verificar lote e validades ao separar para fracionamento e ao guardar os medicamentos fracionados, priorizando sempre aqueles com vencimento mais próximo.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Fracionar novamente os comprimidos em desacordo

ETIQUETAGEM DE AMPOLAS E FRASCOS

1. RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Responsável
- Auxiliar de Farmácia

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Farmácia APS

3. OBJETIVO:

- Dispensar as ampolas e frascos devidamente identificados, através do Sistema de Distribuição por Dose Individualizada, facilitando a rastreabilidade, evitando erros de administração e facilitando as devoluções à farmácia.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Sacos plásticos
- Seladora
- Álcool 70%
- Computador
- Impressora para impressão de etiquetas

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

1. Separar diariamente os frascos/ ampolas a serem fracionados de acordo com a demanda;
2. Fazer a desinfecção das mãos;
3. Realizar a limpeza da máquina seladora e da bancada com álcool a 70%;
4. Realizar a inspeção visual das ampolas, verificando se estão com a aparência correta, conferir lote e validade de acordo com as etiquetas impressas;
5. Realizar a etiquetagem, deixando sempre visível o nome do medicamento;
6. Conferir os itens e quantidades dos medicamentos fracionados com o número de etiquetas impressas;
7. Guardar os medicamentos fracionados nos seus respectivos bins ou prateleiras.

6. CUIDADOS:

- Ampolas pequenas, com 2 ml ou menos, devem ser embaladas em sacos plásticos selados e depois etiquetados;
- Fracionar sempre um item de cada vez, evitando a troca de etiquetas durante o processo;
- Verificar os lotes e as validades ao separar para fracionamento e ao guardar os medicamentos fracionados, priorizando sempre aqueles com vencimento mais próximo.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Etiquetar novamente as ampolas e ou frascos em desacordo.

CONFERENCIA DE ARMÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS

1. RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Responsável
- Auxiliar de farmácia

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Farmácia APS

3.OBJETIVO:

- Mostrar que existe um Armário específico para o armazenamento dos Medicamentos Psicotrópicos com uma relação de todos os medicamentos que deve ser controlado e conferido diariamente.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Caneta e papel
- Pasta de Controle de Psicotrópicos
- Protocolo de Psicotrópicos

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

Controle:

1. Dar saída no sistema e na pasta de Controle de Psicotrópicos toda vez que estes medicamentos saírem do estoque, contendo a data, nome do paciente, quantidade e rubricar;
2. Dar entrada na pasta e no sistema todas as devoluções destes medicamentos;
3. Dar entrada na pasta com caneta vermelha as compras destes medicamentos mediante nota fiscal, colocando data, nome da distribuidora, número da nota fiscal e quantidade que foi comprada.
4. Conferir diariamente os medicamentos psicotrópicos

6. CUIDADOS:

- Toda vez que for liberado esses medicamentos controlados não esquecer de dar baixa em pasta própria;
- Diariamente fazer a contagem e não esquecer de protocolar em Protocolo específico.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Advertir o colaborador que não fizer os devidos controles e conferência.

VALIDADE DOS COMPRIMIDOS APÓS FRACIONAMENTO

1. RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Responsável
- Auxiliar de farmácia

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Farmácia APS

3. OBJETIVO:

- Orientar como é feito o cálculo da validade dos comprimidos que ficam expostos ao ar após o fracionamento.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Calculadora
- Livro de Registro de Comprimidos

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

1. Todo medicamento que sofre exposição ao ar (comprimidos sem proteção) após o fracionamento tem a validade diferenciada e diminuída; esta validade é calculada com 25% do prazo de validade do fabricante, ou seja, $\frac{1}{4}$ do tempo restante para data de vencimento estipulada pelo fabricante.
2. Registrar a validade no Livro de Registro de Comprimidos conforme Rotina de fracionamento de comprimidos.
3. Cálculo:

$$\frac{\text{Número de dias que falta para vencer o medicamento}}{0,25} = X$$

O valor numérico encontrado é a validade após fracionamento.

6. CUIDADOS:

- Este procedimento deve ser realizado apenas em comprimidos que não são acondicionadas em blister, mas em embalagens de vidro ou plástico e que após fracionamento entram em contato direto com o ar.
- Realizar o cálculo correto para evitar perdas.
- Em caso de dúvidas perguntar a Farmacêutica para as devidas orientações.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- A Farmacêutica deve orientar e treinar frequentemente os colaboradores.

VALIDADE DOS MEDICAMENTOS APÓS ABERTO

1. RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Responsável
- Auxiliar de Farmácia

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Farmácia APS

3. OBJETIVO:

- Orientar que todos os medicamentos (frascos, xaropes, pomadas, soluções) depois de abertos têm a sua validade modificada.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Calculadora
- Etiquetas

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

1. Todo medicamento depois de aberto tem a sua validade alterada, seguindo padronização, a saber:

Xylocaínas, Lidocaínas, Marcaínas e Fentanil frasco - 15 dias

Insulinas Regular e NPH - 30 dias

Xaropes - 60 dias

Almotolias de germicidas – 30 dias

Ampolas - não tem estabilidade (após aberto - desprezar)

Gotas, soluções (Dersani, Agarol, Nistatina, Óleo Mineral, Carnabol), pomadas e demais apresentações - 25% do tempo restante para vencimento

2. Cálculo da validade 25% do tempo restante para vencimento:

$$\frac{\text{Número de dias que falta para vencer o medicamento}}{0,25} = X$$

O valor numérico encontrado é a validade após fracionamento.

6. CUIDADOS:

- Realizar o cálculo correto para evitar perdas.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- A Farmacêutica deve orientar e treinar frequentemente os colaboradores.

QUEDA DE ENERGIA OU DEFEITO NA GELADEIRA

1. RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Responsável
- Auxiliar de Farmácia

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Farmácia APS

3. OBJETIVO:

- Evitar a perda de medicamentos termolábeis pela queda de energia ou defeito nas geladeiras.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Geladeiras
- Caixa térmica
- Termômetro

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

Queda de Energia:

- Retirar todos os medicamentos termolábeis e colocar em uma caixa térmica, verificando a temperatura;
- Informar a Farmacêutica do ocorrido;
- Entrar em contato com o setor de Manutenção para serem tomadas as medidas cabíveis.

Defeito nas Geladeiras:

- Fazer uma solicitação a manutenção para realizar o conserto da geladeira com urgência, ou se for o caso, solicitar a compra de uma nova;
- Retirar os medicamentos termolábeis, armazenando em uma caixa térmica por no máximo 12 horas com controle de temperatura.

1. CUIDADOS:

- Deve-se manter gelo reciclável e garrafas de água na parte de baixo do refrigerador para minimizar o risco de perda de refrigeração na ocasião de falta de energia por curto espaço de tempo, devendo-se ter o cuidado de não abrir a porta até o restabelecimento da energia.
- Logo após o restabelecimento da energia, deve-se observar e registrar a temperatura interior das geladeiras.
- Quando a temperatura observada não corresponder as especificadas na tabela, verificar a posição do termostato e/ou informar ao farmacêutico responsável sobre o ocorrido para que este providencie a calibração do termômetro e / ou conserto da geladeira para que não prejudique a estabilidade dos medicamentos.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Se caso for para o conserto, solicitar ao Setor de Manutenção a substituição imediata da geladeira.
- Descartar os medicamentos se não estiverem dentro dos limites de temperatura pré-estabelecidos

SELEÇÃO DE FORNECEDORES E PRODUTOS

1. RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Supervisor

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Farmácia Clínica APS

3.OBJETIVO:

- Garantir a qualidade dos fornecedores e produtos que atendem a Clínica.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Documentação necessária dos fornecedores
- Certificados de análise de Controle de Qualidade dos produtos

5.DESCRICÃO DA ATIVIDADE:

1. Apresentar fotocópia da documentação necessária (AFE, Licença Sanitária, Alvará de Funcionamento e Certificado de Regularidade Técnica) dos fornecedores;
2. Os medicamentos e materiais devem estar de acordo com a ordem de compra;
3. Respeitar os prazos de entrega;
4. As notas fiscais devem estar sem divergências;
5. Os produtos devem estar devidamente registrados no Ministério da Saúde;
6. Os produtos devem estar acompanhados dos certificados de análise de controle de qualidade dos lotes entregues.

7. CUIDADOS:

- Os produtos devem estar em suas embalagens originais ou conforme especificações identificadas e rotuladas corretamente, sem sinais de violação, umidade, manchas e adequadas em relação ao conteúdo.

8. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Revisar o processo de seleção dos fornecedores e produtos.

INSPEÇÃO NO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

1. RESPONSÁVEL:

- Farmacêutico Responsável
- Auxiliar de Farmácia

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Sala de Enfermagem.

3.OBJETIVO:

- Garantir a correta inspeção do carrinho de emergência visando impedir a falta ou vencimento de medicamentos e correlatos.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Relatório de validade via sistema
- Relatório de lacração
- Lacre, caneta
- Livro de protocolo de lacres
- Computador e impressora

5. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

1. Gerar no sistema na última semana de cada mês, o relatório com a lista dos medicamentos com vencimento dos próximos três meses;
2. Realizar a substituição dos produtos que irão vencer nos próximos três meses, repondo com outros de prazos de validade maiores;
- 3.Realizar a lacração e arquivar na farmácia da APS em pasta devidamente identificada;
4. Lacrar o carrinho e protocolar com o nº de lacre utilizado para cada carrinho;
5. Solicitar a conferência pela Supervisão de enfermagem quando possível.

6.CUIDADOS:

- Conferir atentamente a coincidência entre o material e medicamento separado e o código digitado, evitando erros de movimentação de estoque.
- Revisar o carrinho, sempre que for utilizado nos atendimentos de emergência.

CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DE AMBIENTE

1.RESPONSÁVEL:

- Auxiliar de farmácia
- Farmacêutica

2. SETORES DE APLICAÇÃO:

- Farmácia APS

3.OBJETIVO:

- Garantir que sejam realizadas as leituras da temperatura e umidade do ambiente e anotado em planilha, para que sejam realizados os controles necessários de acordo com os parâmetros abaixo:

- **Temperatura: até 25°C**
- **Umidade: até 70%**

4.MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Caneta;
- Planilha de controle de temperatura e umidade do ambiente;
- Aparelho que controla temperatura e umidade.

5.DESCRICÃO DA ATIVIDADE:

1. Pressionar o botão MAX/MIN e anotar a temperatura máxima em °C e a umidade em % na planilha de controle de temperatura.
2. Pressionar novamente o botão MAX/MIN e anotar a temperatura mínima em °C e a umidade em % na planilha de controle de temperatura.
3. Anotar a temperatura e umidade do momento pressionando novamente o botão MAX/MIN. Anotar a temperatura em °C e a umidade em % na planilha de controle de temperatura.
4. Pressionar o botão RESET, para finalizar a leitura.
5. Conferir diariamente a leitura das temperaturas e umidades e visitar a planilha de controle.

6.CUIDADOS:

- Os responsáveis pelos controles devem realizar a leitura diariamente para um controle mais efetivo, nos turnos manhã, tarde e noite.

- Os responsáveis devem anotar a temperatura em °C e a umidade em % na planilha de controle de temperatura que fica arquivada em local específico.
- Sempre que a temperatura do momento estiver entre superior a 25°C o auxiliar deve ajustar a temperatura do ar condicionado e avisar o farmacêutico caso não estabilize.
- Ao final de cada mês, os responsáveis deverão entregar a planilha completa com os valores das temperaturas para Farmacêutico.
- O Farmacêutico deve tomar as medidas necessárias para manutenção da temperatura correta.

7. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Identificar a inadequação.
- Falta de leitura: o farmacêutico e/ou supervisão deve verificar o motivo porque não foi realizada a leitura.
- Leitura incorreta: deve fazer treinamento deste procedimento junto ao colaborador.
- Alteração da temperatura (acima de 25°C): nos casos em que o ambiente possuir ar condicionado, o auxiliar de farmácia ou farmacêutico deve regular o mesmo e avaliar se a temperatura se normaliza, se a temperatura continuar não conforme, deve avisar a manutenção. Se o ambiente não possuir ar condicionado o farmacêutico e/ou supervisor deve avisar a manutenção.
- Sempre que a temperatura do momento estiver entre superior a 25°C o auxiliar deve ajustar a temperatura do ar condicionado e avisar o farmacêutico caso não estabilize
- Rever o POP
- Reformular algum item se necessário, encaminhando para o Setor de Qualidade e treinar o profissional executante.

DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS

EXECUTANTE: Farmacêutico

ÁREA: Assistência à Saúde

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de organização e funcionamento dos dispensários de medicamentos.

Passos:

7. Organizar espaço
8. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão
9. Controle e registro de temperatura da geladeira de insulinas em mapa próprio para registro, duas vezes ao dia (T=4°C a 8°C). Em caso de alteração da temperatura comunicar o coordenador do serviço.
10. Checar e repor o dispensário, quantidade suficiente para uma semana, no máximo.
11. Atender as receitas, observando as boas práticas de dispensação. Carimbar duas vias, datando/identificando atendimento, verificando se atende a legislação sanitária vigente, norma da Secretaria Municipal de Saúde, ressaltando a posologia de cada fármaco prescrito, orientando o paciente.
12. Reformular controle rigoroso de medicamentos específicos (Tbc, MH, DST e outros) garantindo pelo menos um tratamento inicial, encaminhando paciente externo para notificação e acompanhamento da equipe.
13. Não autorizar a permanência de profissionais de outros setores ou pessoas estranhas na farmácia.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Anvisa RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004: dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, Seção 1, 10 dez. 2004, p. 49.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005: dispõe sobre o tratamento e disposição dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 84, Seção 1, 4 maio 2005, p. 63-65.

Rosana de Jesus Santos Martins, Romulo Luiz Neves Bogéa, Elza Lima da Silva, Silvia Cristina Silva Lima Viana, Patrícia Ribeiro de Azevedo. DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SÃO LUÍS, MARANHÃO / DISINFECTION OF NEBULIZERS IN HEALTH BASIC UNITS OF SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRAZIL. *Rev Pesq Saúde*, 14(2): 101-104, maio-agost, 2013.

Informe Técnico nº 40 CENTRAL DE MATERIAL – LIMPEZA, DESINFECÇÃO e ESTERILIZAÇÃO. Unidades da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo. Acesso: 22.07.16. Disponível: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/informe_tcnico_40_esterilizacao_de_produtos_-_unidades_da_atencao_basica_da_secretaria_municipal_de_saude_sp_out_2011_1320683437.pdf

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS TÉCNICAS CENTRAL DISTRITAL DE MATERIAL ESTERILIZADO SMSA/PBH. Acesso em 22.07.16. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/esterilizacao.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde Secretaria Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Secretaria do Estado do Paraná. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. 3ª Ed. 2014. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf.

Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002.

Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Osler W. Relatório Mundial de saúde, 2008. Cuidados de Saúde Primários.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública.

SOUZA, Virginia Helena Soares; Mozachi, Nelson. O HOSPITAL. Manual do ambiente hospitalar. 2º ed. Editora Manual Real. Curitiba, 2005.

TORRES, Martiela Ribeiro; VARGAS, Milene O.F. Manual de limpeza e desinfecção de superfícies para o serviço de higienização. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre – RS. 2015

ANVISA. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília, 2012.

ANVISA. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília, 2010.

<http://docplayer.com.br/2129651-Orientacoes-basicas-de-higiene-pessoal-do-profissional-de-saude.html>

Brasil. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Lanpop. **Manual de técnicas antropométricas**. <http://www.fsp.usp.br/lanpop>

Brasil. Ministério do Planejamento. **Manual de Antropometria**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 2013.

Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Pé Diabético – Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica**; Brasília DF, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica – Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus**; Brasília DF, 2013.

MD.SAÚDE. Acessado em 21/07/2016 às 10:00.

INFOTEC. Informativo técnico da Labtest. Ano III, Nº 3. Acessado em 21/07/2016 às 10:28.

HOSPITAL SÃO PAULO. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Hospital Universitário da UNIFESP. Revisão 2015. Acessado em

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados com sua Estomia. Orientações ao paciente. 1º ed. Rio de Janeiro. 2010.

Caderno de Atenção Básica Nº 36. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus. Brasília – DF. 2013

Fonte: LUC Laboratório Unimed Curitiba

SOUZA, Virginia Helena Soares; Mozachi, Nelson. O HOSPITAL. Manual do ambiente hospitalar. 2º ed. Editora Manual Real. Curitiba, 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Manual de normas e rotinas técnicas central distrital de material esterilizado. Acessado em 02/08/2016 15:00hrs

Guia prático para esterilização. Docs/Layouts Informativos/Manual de Biossegurança/Manual de Biossegurança Port. Rev.1. Acessado em 02/08/2016. 15:30hrs

http://revista.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=165:alteracao-nas-diretrizes-de-reanimacao-cardiopulmonar-rcp-principais-pontos&catid=39:blog&Itemid=65. Acesso em 02/12/2016.

https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf. Acesso em 02/12/2016.

INTRODUÇÃO
JUSTIFICATIVA
PREMISSAS
PÚBLICO ALVO
PROTOCOLO DE CAPTAÇÃO
PROTOCOÇO DE INCLUSÃO
PROTOCOLO DE CAPTAÇÃO
IT - RECEPÇÃO
AGENDAMENTO DE CONSULTAS
IT - ACOLHIMENTO PARA DEMANDA ESPONTÂNEA
TRIAGEM
CONSULTA DE ENFERMAGEM
PÓS CONSULTA DE ENFERMAGEM
ESCALA DE ENFERMAGEM, MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS
ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL
IT - CONSULTÓRIOS GERAIS
SALA DE PROCEDIMENTOS
SALA DE NEBULIZAÇÃO
CONSULTÓRIOS DE GINECOLOGIA

ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SALA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA SALA DE EMERGÊNCIA
RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR
IT - TÉCNICA DE LIMPEZA E/OU DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE
IT - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS
IT - LIMPEZA E DESINFECÇÃO AMBÚ
IT - TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁS..
IT – TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES
IT - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE LARINGOSCOPIO
IT - DESINFECÇÃO EM LOCAL COM RESPINGOS OU DEPOSIÇÃO DE MATERIAL ORGÂNICO
IT - PRECAUÇÕES PADRÃO
IT - HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS
IT - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
IT - VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR
IT - MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL
IT - MEDIDA DE PERIMETRO TORÁCICO
IT - MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL
IT - AFERIÇÃO DE ESTATURA
IT - AFERIÇÃO DE PESO
IT - TESTE RÁPIDO DE URINA
IT - TESTE SENSIBILIDADE DOS PÉS
IT - REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA
IT - REALIZAÇÃO DE CURATIVO
COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO
IT - SONDAGEM NASOGÁSTRICA
IT - SONDAGEM NASOENTERAL
IT- ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE
IT - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL
IT - PREPARO ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL (SOROTERAPIA)
IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA
IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL
IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA
IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA
IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)
IT - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR
IT - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIO POR CATETER NASAL
IT - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIOTERAPIA
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL EM APS - INTRODUÇÃO
ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL
CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL NA APS
CONSULTAS SUBSEQUENTES
VISITA PUERPERAL
ANEXO I - TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL NA GESTANTE

PRIMEIRA CONSULTA PUERICULTURA
CONSULTA SUBSEQUENTE PUERICULTURA
IT - CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO
IT - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
IT - TROCA DE EQUIPAMENTO COLETOR DE ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIOS
CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS
IT - RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS
IT - ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS
PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO
FARMÁCIA
IT - CONTROLE DE TEMPERATURA DE GELADEIRA
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR
FRACIONAMENTO DE COMPRIMIDOS
ETIQUETAGEM DE AMPOLAS E FRASCOS
CONFERENCIA DE ARMÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS
VALIDADE DOS COMPRIMIDOS APÓS FRACIONAMENTO
VALIDADE DOS MEDICAMENTOS APÓS ABERTO
QUEDA DE ENERGIA OU DEFEITO NA GELADEIRA
SELEÇÃO DE FORNECEDORES E PRODUTOS
INSPEÇÃO NO CARRINHO DE EMERGÊNCIA
CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DE AMBIENTE
DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



APS

**Manual de
protocolo médico**

PROTOCOLO APS ATENDIMENTO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO

Medidas preventivas de complicações de doenças crônicas devem ser rotineiramente instituídas e abordadas com os pacientes em todas as consultas oportunas em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde.

O AVE é uma complicação possível para pessoas que apresentam hipertensão descompensada, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e ou tabagismo. Além de atuarmos nas modificações dos hábitos de vida, devemos realizar periodicamente programas de educação, visando aumentar o rápido reconhecimento dos sinais e sintomas de AVC pelo paciente e seus familiares e a importância da imediata procura por um serviço de saúde adequado. Além disso devemos estar preparados para atender nossos pacientes na vigência de um episódio agudo de acidente vascular cerebral, com o intuito de torná-lo elegível para o tratamento trombolítico, visando assim minimizar a lesão cerebral. Para tanto, é importante que cada centro de APS tenha conhecimento dos serviços mais próximos com capacidade para realizar tomografia de crânio e tratamento trombolítico para AVC.

Por definição, segundo a *AHA – American Heart Association*, AVC ou acidente vascular cerebral é um evento vascular em que ocorre prejuízo neurológico agudo **consequente** à interrupção do fornecimento de sangue para uma área específica do cérebro. Pode ser classificado como AVC isquêmico, que responde por 87% dos casos e geralmente **está** associado a oclusão de uma artéria que irriga uma região cerebral, ou **como** AVC hemorrágico, que corresponde a 13% dos casos e ocorre quando há rompimento de um vaso sanguíneo do cérebro. Nos casos hemorrágicos o tratamento com **antiagregantes plaquetários**, anticoagulantes e fibrinolíticos está contra-indicado.

Sinais e sintomas sugestivos AVC:

Fique atento pois as alterações podem ser sutis!

- fraqueza e para falar ou compreender a fala;
- dificuldade súbita para enxergar com um ou **ambos** os olhos
- dificuldade súbita para caminhar;
- tontura ou perda do equilíbrio ou da coordenação motora;
- cefaleia intensa e súbita sem causa conhecida

É muito importante **definir** há quanto tempo os sintomas iniciaram, pois isso definirá a **indicação de tratamento com fibrinolítico, que deve ser indicada até 4,5 horas do início dos sintomas** para grande parte dos pacientes.

As diretrizes da AHA **2011** recomendam o uso da Escala Pré-hospitalar de Cincinnati (CPSS – Cincinnati Prehospital Stroke Scale) como ferramenta de avaliação neurológica pré hospitalar. A escala de Cincinnati permite identificar um AVC baseando-se em 3 achados físicos: avaliação quanto a presença de paralisia facial, quanto a queda do membro superior e considerando avaliação da fala do paciente, conforme ilustra a Figura 1.

A Escala de Cincinnati, quando utilizada por profissionais que conhecem e sabem utilizar a escala mostra uma sensibilidade 86% e uma especificidade de 97% no reconhecimento de um paciente com AVC.

Figura 1: Escala Pré-hospitalar de Cincinnati

TESTE A SER REALIZADO	ACHADOS
PARALISIA FACIAL: peça ao paciente para mostrar os dentes ou sorrir.	Normal – os dois lados do rosto são simétricos Anormal – um dos lados do rosto se move bem e o outro não.
Queda do braço: peça ao paciente para fechar os olhos e estende ambos os braços retos em ângulo de 90 graus com o chão, com as palmas para cima, e solicita que permaneça nessa posição por 10 segundos.	Normal – os dois braços se movem ou não igualmente. Anormal – um dos braços não se move ou um dos braços desvia para baixo em comparação com o outro
Fala anormal: peça que o paciente repita a frase – “não dá para perder os velhos hábitos”	Normal – paciente diz corretamente as palavras sem fala arrastada. Anormal – paciente pronuncia

	as palavras de forma arrastada, de forma errada ou é incapaz de falar.
--	--

Interpretação: se qualquer um dos 3 sinais estiver anormal, a probabilidade de AVC é de 72%, e se os 3 achados estiverem presentes a probabilidade de AVC é maior que 85%.

Descreveremos a seguir no fluxograma 1 todas as ações esperadas de um profissional durante o atendimento de suspeita de AVC.

Fluxograma 1: Suspeita de AVC em paciente adulto

Identificar sinais e sintomas de possível AVC

Avaliações e ações críticas do Serviço Médico de Atendimento de Urgência

- Fornecer suporte básico de vida (ABC); Oxigênio em cateter nasal ou máscara para manter sat. O₂ acima 94% ou se não tiver como avaliar saturação sanguínea. (apagar pois no centro de APS sempre terá oximêtro)

- Avaliar hidratação; se necessário infundir solução salina fisiológica 0,9% (em torno de 100 ml/hora)

- Realizar dosagem de glicemia capilar; corrigir hipoglicemia se < 70 mg/dl)

- Realizar avaliação pré hospitalar de AVC: Escala Cincinnati

- Estabelecer a hora do início dos sintomas (paciente visto normal pela última vez)

- Utilizar anti-hipertensivos se PA sistólica > 220 mmHg ou PA diastólica > 120 mmHg

Utilizar anti-hipertensivos nos pacientes elegíveis para trombólise com PA igual ou superior a 185x110 mmHg . Anti-hipertensivos a serem utilizados:

- Metoprolol : 1 ampola = 5 mg = 5 ml

Aplicar 5 mg EV a 1 ml/min a cada 10 minutos até o máximo de 20 mg

- Nitroprussiato de sódio: 1 ampola = 50 mg

Diluir em 250 ml de SG 5%; administrar 0,5 a 8 microgramas/kg/min. Usar

se houver contra-indicação ao beta-bloqueador ou para hipertensão refratária

- Manter temperatura abaixo de 37,5°C; utilize acetaminofen ou dipirona s/n

- Encaminhar para realização de tomografia de crânio sem contraste e atendimento em serviço de referência em AVC

O prim
suporte
notifica

do
ti e a
tivo

encaminhamento do paciente repercutirá no tratamento em tempo adequado minimizando ou até mesmo evitando sequelas futuras.

BIBLIOGRAFIA

1. *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular Manual do Profissional* 2011 American Heart Association p 130-147
2. *Guidelines for Acute Ischemic Stroke Treatment – Parte I. Arq. Neuropsiquiatr* 2012; 70(8): 621-629
3. *Guidelines for Acute Ischemic Stroke Treatment – Parte II. Arq. Neuropsiquiatr* 2012; 70(11): 885-893
4. *Manual de Rotinas para Atenção ao AVC – Ministério da Saúde - 2013*

PROTOCOLO APS ATENDIMENTO SINDROME CORONARIANA AGUDA

A importância de saber identificar e tratar corretamente e em tempo hábil uma síndrome coronariana aguda está no fato de que se um infarto do miocárdio estiver presente o tempo para diagnóstico e atendimento está diretamente ligado as chances de obter um

resultado favorável em relação ao prognóstico do paciente. Além disso, é importante para otimização da aplicação dos recursos diagnósticos e terapêuticos e no impacto sobre a morbimortalidade inerente a esta síndrome.

As doenças cardiovasculares são as principais causas de óbito no Brasil e na Saúde Suplementar representaram 7,1% do total das internações ocorridas em 2012, segundo dados da Fenasaúde 2013. Estima-se que a doença arterial coronariana tenha uma prevalência de 5 a 8% em adultos acima de 40 anos.

Síndrome coronariana aguda (SCA) é caracterizada pela *American Heart Association* como um “grupo de sintomas clínicos compatíveis com isquemia miocárdica aguda”. A SCA abrange: angina instável, infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (IAMST) e infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST (IAMSST).

Objetivo deste protocolo é padronizar o atendimento pré-hospitalar de uma suspeita de síndrome coronariana aguda.

Sinais e sintomas sugestivos de isquemia miocárdica:

- Mais comum: desconforto/dor torácica retroesternal, podendo ser referido como pressão ou aperto precordial.
- Pressão, sensação de peito cheio ou dor desconfortável no centro do tórax, com duração de vários minutos;
- Desconforto torácico irradiando para ombros, pescoço, um ou ambos os braços ou a mandíbula;
- Desconforto torácico irradiando para as costas ou entre as escápulas;
- Desconforto torácico com sensação de desfalecimento, tontura, desmaio, sudorese, náusea ou vômito;
- Falta de ar súbita e inexplicável, que pode ocorrer com ou sem desconforto torácico.

Condições que podem estar relacionadas a desconforto torácico, que devem ser consideradas como diagnósticos diferenciais: Dissecção da aorta, Edema Agudo de pulmão, derrame pericárdico com tamponamento cardíaco, pneumotórax, ulcera ou doença do refluxo gastresofágico.

Conduta Médica ou de Enfermagem a ser tomada diante de suspeita de SCA:

1. Monitorar o paciente, garantindo suporte básico de vida com monitoramento de sinais vitais, estar preparado para fornecer Ressuscitação Cardiopulmonar , incluindo o uso de um desfibrilador se necessário.

2. Administrar Aspirina (160a325mg) orientando paciente a mastigar o comprimido para melhor absorção. **CONTRA INDICAÇÃO ABSOLUTA** – alergia ao AAS e sangramento do trato gastrointestinal recente.

AINES (anti-inflamatórios não esteroidais): **uso proscrito!** Exceto aspirina. Pelo risco de aumentar morbimortalidade, reinfarto, hipertensão, insuficiência cardíaca e ruptura miocárdica.

3. Considerar fornecimento de oxigênio se dispneia, hipoxemia, sinais óbvios de insuficiência cardíaca congestiva ou se saturação O₂ for menor que 94% ou desconhecida. Fornecer O₂ até obter saturação O₂ maior que 94%. O fornecimento poderá ser realizado com cateter nasal ou máscara.

4. Dar ao paciente 1 comprimido sublingual de nitroglicerina a cada 3-5 minutos se sintomas persistirem após primeiro comprimido. Dose máxima: 3 comprimidos. Uso somente se PAS maior que 90mmHg ou não inferior a 30mmHG da linha de base quando conhecida e frequência cardíaca de 50-100BPM.

CONTRAINDICAÇÃO DO USO DA NITROGLICERINA: IAM de parede inferior ou de ventrículo direito (confirmado com alterações de ST nas derivações precordiais do lado direito); hipotensão, bradicardia ou taquicardia; uso recente de inibidor de fosfodiesterase – sildenafil ou vardenafil nas ultimas 24h e tadalafil nas últimas 48h, por risco de hipotensão grave refrataria a agentes vasopressores.

IMPORTANTE: a resposta positiva do alívio da dor com uso de nitrato não é diagnóstica de SCA, pois pode haver melhora da dor em outras causas de desconforto torácico!

5. Morfina deve ser usada se não houver alívio do desconforto após uso de nitrato, mas deve ser usada com cautela, pois esta relacionada com maior mortalidade.

LEMBRAR: morfina é venodilatador. Se desenvolver hipotensão administrar fluidos como primeira linha de tratamento!

6. Obter um eletrocardiograma de 12 derivações, interpretar ou encaminhar para interpretação;

Com ECG classifique o paciente em um dos 3 grupos abaixo:

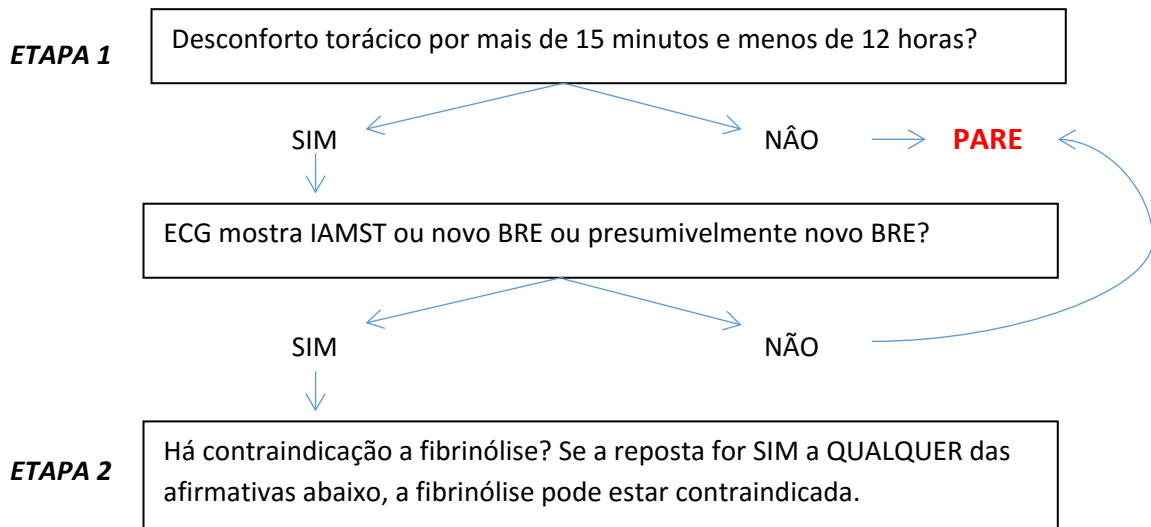
GRUPO	DESCRIÇÃO
IAMST	Supradesnivelamento do segmento ST em 2 ou mais derivações contínuas 2mm ou mais em V2 e V3 e 1mm ou mais nas outras ou novo BRE 9bloqueio de ramo esquerdo)
Angina instável de	Infradesnivelamento do segmento ST por 0,5mm ou mais ou

alto risco/ IAMST	inversão de onda T ou ainda supra ST transitório (duração de menos de 20 minutos)
Angina Instável intermediária/de baixo risco	ECG normal ou não diagnostico – alterações ST e onda T inconclusivas. NOTA – troponina ajudará a classificar o risco no nível hospitalar.

7. Perfazer lista de verificação fibrinolítica se indicada;

Lista de verificação fibrinolítica: deve-se seguir 3 etapas, conforme Fluxograma 1.

Fluxograma 1: Lista de Verificação Fibrinolítica para IAMST



PA sistólica >180-200mmHg ou PA diastólica >100-110mmHg?

Diferença PA sistólica entre braço direito e esquerdo >15mmg?

Histórico de doença estrutural do Sistema Nervoso Central?

Traumatismo Craniano/facial fechado significativo nos últimos 3 meses?

AVE/AVC há mais de 3horas ou menos de 3 meses?

Grande trauma recente (últimas 2-4semanas), cirurgia (inclusive ocular a laser), hemorragia trato gastrointestinal ou geniturinário?

Histórico de hemorragia intracraniana?

Hemorragia, uso de anticoagulantes, problema de coagulação?

Gestante?

Doença sistêmica grave (câncer avançado, doença hepática ou renal grave)?

ETAPA 3

O paciente é de alto risco? Se a resposta for SIM a QUALQUER das afirmativas abaixo, considerar transferir para unidade de intervenção Percutânea

Frequência cardíaca ≥ 100 /min E PA sistólica < 100 mmHg?

Edema pulmonar (estertores presentes)?

Sinais de Choque (frio e úmido)?

Contraindicação para tratamento fibrinolítico?

Ressuscitação cardiopulmonar necessária?

8. Fornecer notificação pré-entrada ao serviço médico que receberá o paciente, se houver supradesnivelamento de ST – isso reduz tempo de tratamento em 10 a 60 minutos e pode diminuir mortalidade e minimizar lesão miocárdica.

OSTEOPOROSE

1. Todos pacientes se apresentando para avaliação preventiva e/ou bem estar
2. Paciente com fratura de baixo impacto (fragilidade)
3. Paciente com história de uso crônico de corticoesteróide ou transplantado
4. Discutir prevenção primária de fraturas
5. Discutir fatores de risco para osteoporose e fratura osteoporótica
6. Baixa probabilidade pré-teste de baixa massa óssea e futura fratura baseada no perfil do paciente
7. Avaliar e reforçar opções de prevenção de osteoporose
8. Alta probabilidade pré-teste de baixa massa óssea e risco de fratura baseada no perfil do paciente – considerar avaliação com FRAX sem uso de Densitometria óssea
9. Recomendação de avaliação com densitometria óssea

10. Probabilidade pós teste de fraturas – utilizar análise de FRAX se osteopenia
11. O risco está aumentado?
12. Considerar: • causas secundárias • testes diagnósticos futuros
13. Avaliar opções de prevenção e tratamento para osteoporose • tratamento medicamentoso se apropriado • tomada de decisão compartilhada com o paciente
14. Seguimento com reavaliação (laboratório e Densitometria óssea se indicado)

MANEJO DA OSTEOPOROSE

Considerações gerais a respeito da osteoporose

- Não existe consenso a respeito da necessidade de rastreamento para população em geral;
- Não existe consenso a respeito da relação risco-benefício para o tratamento como forma de prevenção primária da fratura ou de outros desfechos relevantes orientados para a pessoa;
- Existem boas evidências a respeito do impacto do tratamento em pessoas que já tiveram uma fratura por fragilidade, ou que tenham uma combinação de fatores de risco;

Mulher após a menopausa, com fratura por fragilidade e osteoporose confirmada ou sem fratura, mas em risco excepcional (tabela 1)

Alendronato + cálcio + vit D

Mulher não tolera ou não responde ao alendronato e tem uma combinação de fatores (tabela 1)

Risendronato ou etidronato

Mulher não respondeu, não tolera e tem uma combinação de fatores (tabela 2)

Ranelato de estrôncio ou raloxifeno ou desonumabe ou ácido zoledrônico

Mulher não respondeu, não tolera e tem 65 anos ou mais e tem um T-score de -4.0 SD ou menos; ou um T-score de -3.5 SD ou menos, mas com mais de 2 fraturas; **ou tem entre 55–64 anos e tem um T-score de -4 SD ou menos e mais de 2 fraturas**

Teriparatide

Tabela 1: Combinação de fatores para indicação do risendronato ou etidronato

Idade (anos)	Número de fatores de risco para fratura independentes (a)		
	0	1	2
50–54	Não é recomendado	–3.0	–2.5
55–59	–3.0	–3.0	–2.5
60–64	–3.0	–3.0	–2.5
65–69	–3.0	–2.5	–2.5
70 ou mais	–2.5	–2.5	–2.5

a história familiar de fratura de quadril, uso de mais de 4 doses de álcool por dia, artrite reumatoide

Tabela 2: combinação para o ranelato de estrôncio ou raloxifeno:

Idade (anos)	Número de fatores de risco para fratura independentes (a)		
	0	1	2
50–54	Não recomendado	–3.5	–3.5
55–59	–4.0	–3.5	–3.5
60–64	–4.0	–3.5	–3.5
65–69	–4.0	–3.5	–3.0
70–74	–3.0	–3.0	–2.5
75 ou mais	–3.0	–2.5	–2.5

a história familiar de fratura de quadril, uso de mais de 4 doses de álcool por dia, artrite reumatoide

MANEJO FISIOTERÁPICO PARA OSTEOPOROSE

A atividade física influencia a manutenção das atividades ósseas normais, e por este motivo vem sendo indicada no tratamento da osteoporose. Porém estes devem ser realizados com algumas considerações:

Antes de iniciar os exercícios, fale com fisioterapeuta. Se surgirem dores durante o exercício, termine imediatamente e consulte o médico.

- Não faça movimentos bruscos.
- Realize os exercícios com calma e fluidez.
- Todos os exercícios devem ser repetidos conforme orientações
- Faça exercícios regularmente, três a quatro vezes por semana.

ALONGAMENTOS

1. Pescoço:

Incline a cabeça em direção ao ombro para o lado direito e esquerdo, para cima e para baixo.



2. Tríceps:

Coloque a mão atrás da cabeça e com a mão contralateral puxe o cotovelo para baixo.



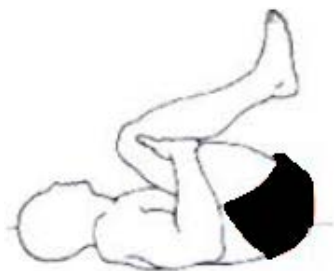
3. Músculo peitoral:

Cruze as mãos atrás da cabeça e empurre os cotovelos para trás, abrindo o peito (estímule a respiração profunda).



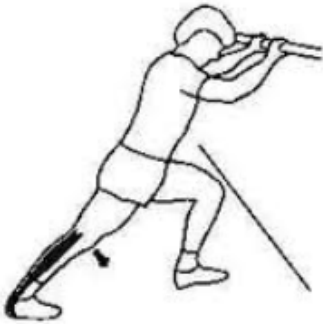
4. Músculos paravertebrais e glúteos:

Com as mãos, force as coxas e os joelhos em direção ao tórax. Conte até quinze, devagar, e depois solte. Certifique-se de que os ombros e o pescoço estão relaxados.



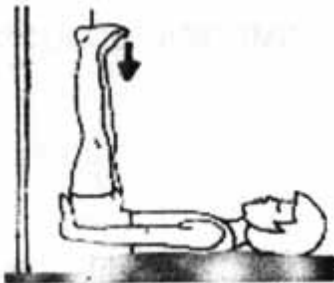
5. Panturrilha:

Empurre a parede (alterne os pés). Coloque as mãos contra a parede com uma perna atrás da outra. Mantenha a perna que está reta e os dedos olhando na direção da parede. Incline o corpo para frente, devagar, dobrando a perna que está à frente. Você deve sentir alongar a panturrilha, sem tirar o calcanhar do chão. Segure nesta posição contando até dez devagar.



6. Ísquios tibiais (musculatura posterior da coxa)

Com as pernas apoiadas na parede, force os dedos dos pés na direção do seu corpo. Conte até dez, devagar, e descanse.

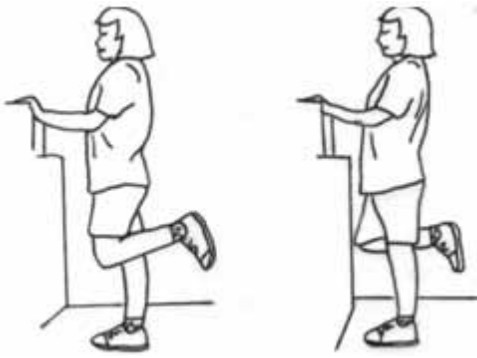


TREINO DE EQUILÍBRIO E COORDENAÇÃO

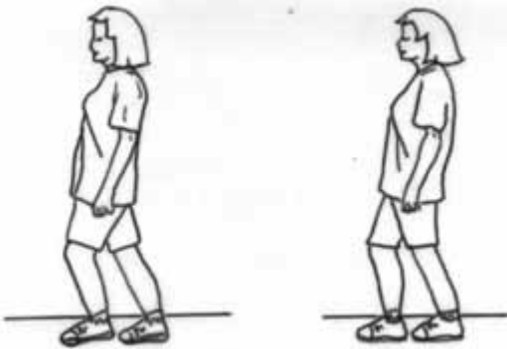
1. Fique em um pé só:

Inicialmente com apoio (gradualmente aumente o tempo e retire as mãos do apoio).

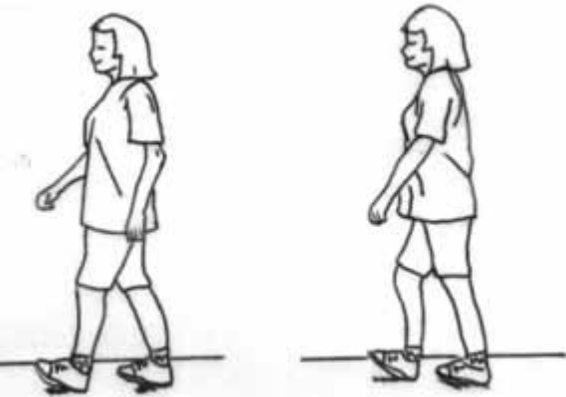
Exercícios indicados



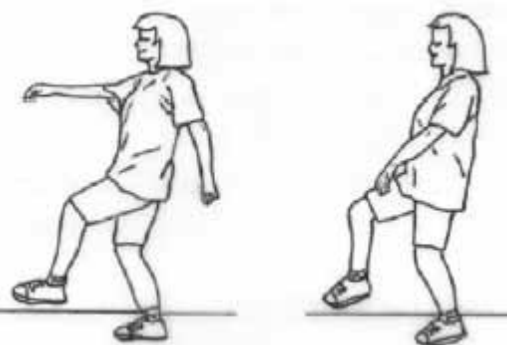
2. Ande com um pé na frente do outro:



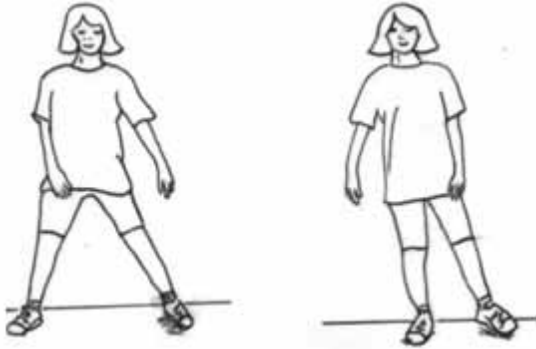
3. Ande apoiando-se no calcanhar:



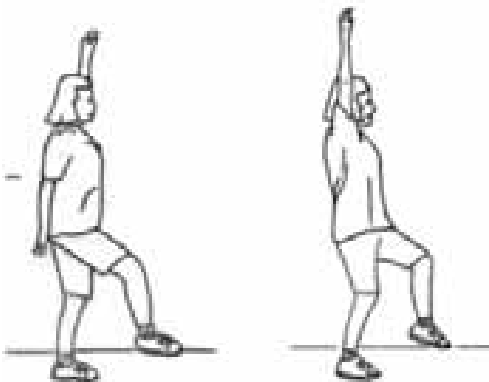
4. Ande levantando a perna:



5. Ande de lado:



6. Ande levantando uma perna e o braço contralateral ao mesmo tempo:



EXERCÍCIOS PARA FORTALECIMENTO MUSCULAR

1. Músculos abdominais:

Respire pelo nariz, solte o ar pela boca; coloque as mãos na barriga, respire jogando o ar para a barriga (encha a barriga) e depois, solte o ar, devagar, até acabar o ar dos pulmões e sentir a barriga endurecer.



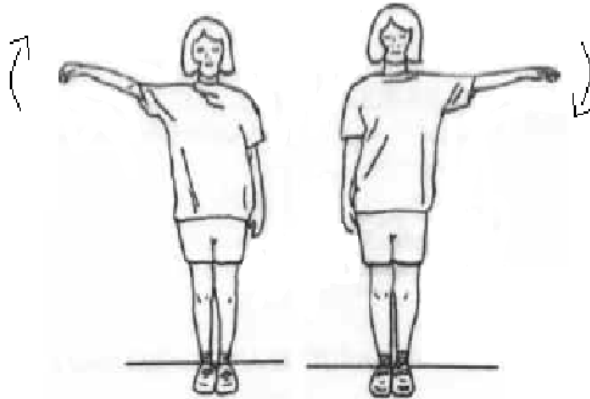
2. Membros superiores:

Os exercícios são:

1- Levantar os braços lateralmente até a altura dos ombros. Realizar movimentos em círculos com os braços, lentamente. Rodar os braços paralelamente e em seguida alternadamente. 10 repetições de cada.

- pés afastados

- progredir os exercícios com pesos

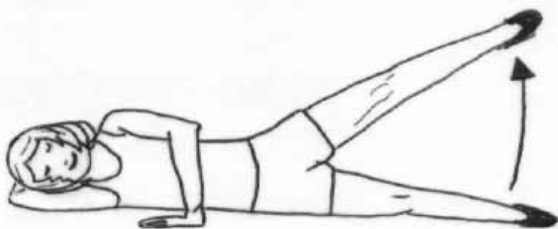


2- Braços lateralmente abertos na altura dos ombros, com pesinhos, flexionar os cotovelos até a frente do rosto e voltar a posição. Realizar 10 repetições.



4. Abdutores (quadril):

Deite-se de lado. Force os dedos na direção do seu corpo, esticando o joelho. Levante a perna e conte até dez. Apóie a perna novamente, mantendo-a esticada.



3. Musculatura extensora da coluna:

1- Sem se apoiar no encosto da cadeira, dobre os cotovelos e tente juntá-los atrás das costas. Conte até dez e relaxe.

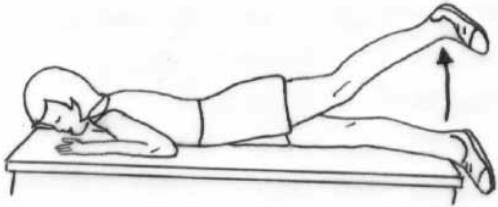


2- Deite de bruços, com uma almofada debaixo do tórax e abdômen, com os braços estendidos por trás das costas e com as pernas esticadas, apoiando os dedos dos pés no chão.



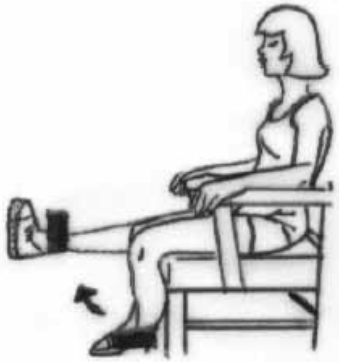
5. Glúteos:

Deite-se de barriga para baixo, esticando o joelho. Levante a perna, conte até dez e relaxe.



6. Quadríceps:

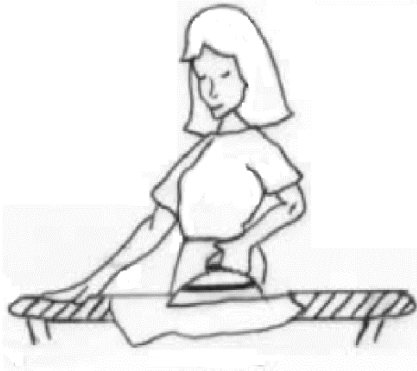
Sentado em uma cadeira, apoiando os braços, estique a perna, repita 10 vezes, descanse. Em seguida repita com a outra perna.



CUIDADOS NAS ATIVIDADES DIÁRIAS Dicas de postura para

1. Passar roupa:

Apóie um dos pés em uma lista telefônica, banquinho ou tijolo e passe de lado.



2. Aumentar o cabo da vassoura (evitando dobrar a coluna):



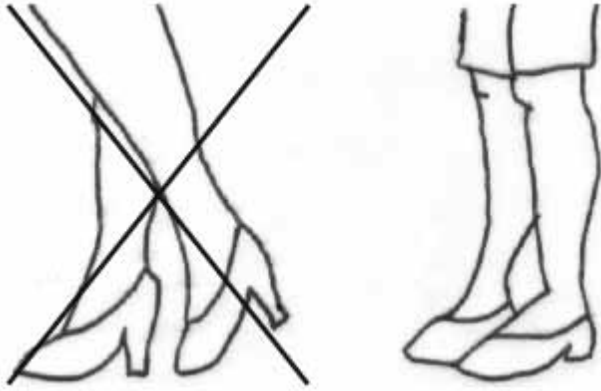
3. Distribuir o peso em duas sacolas:

Não carregue coisas pesadas. Use carrinho para transportar objetos pesados.



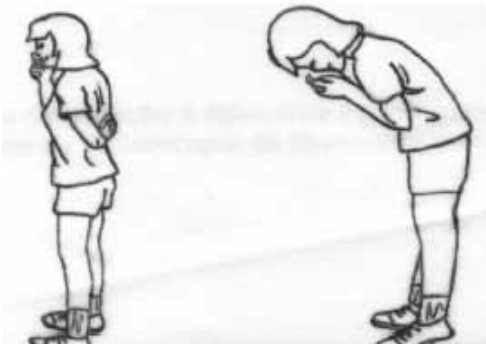
4. Sapatos:

Usar sapatos com bico quadrado e salto de 1 cm a 2 cm ao invés de saltos ou sapatos com bico fino.



5. Tossir ou espirrar:

Desenvolva o hábito de sustentar as costas. Isto protege a coluna e os discos intervertebrais das lesões causadas por movimentos repentinos.



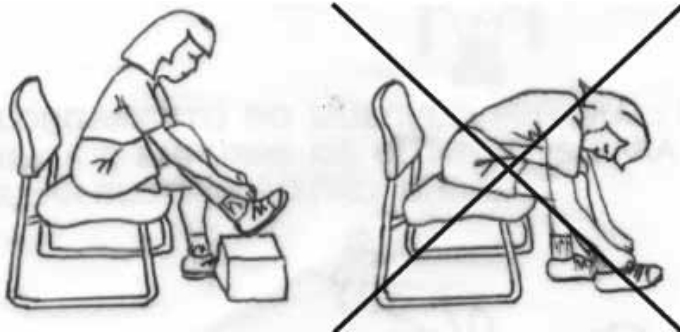
6. Pegar objetos do chão:

Ao levantar um objeto do chão, não dobre as costas, dobre os joelhos. Procure apoiar um dos joelhos no chão. Mantenha-se nessa posição pelo menor tempo possível; levante o objeto bem junto ao corpo, próximo da cintura, e não carregue coisas muito pesadas.



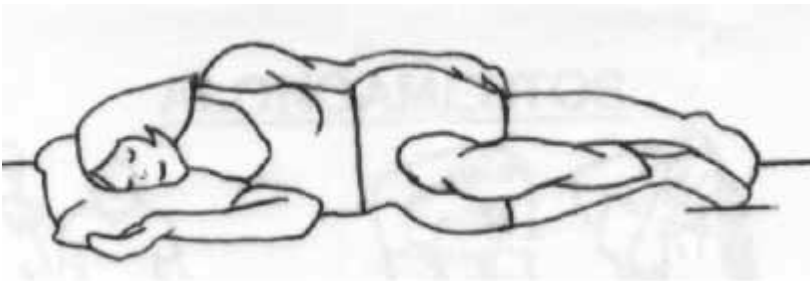
7. Para vestir-se ou calçar-se:

Para vestir a calça, meia ou calçar sapatos, permaneça sentado. Para amarrar os sapatos, traga o pé de encontro ao corpo e nunca a coluna em direção ao pé. Para amarrar os sapatos, cortar as unhas ou secar os pés, sente-se em uma cadeira e coloque um dos pés sobre um apoio ou caixa, mantendo o alinhamento adequado das costas.



8. Deitar-se:

- a) O colchão deve ser firme, de boa qualidade e confortável. Ao deitar-se de lado, o travesseiro deve ter a altura do ombro.
- b) Ao dormir, deite-se de lado, com um travesseiro entre as pernas (para distribuir o peso melhor sobre a coluna). Deite com os joelhos esticados e nunca coloque o travesseiro abaixo dos joelhos.

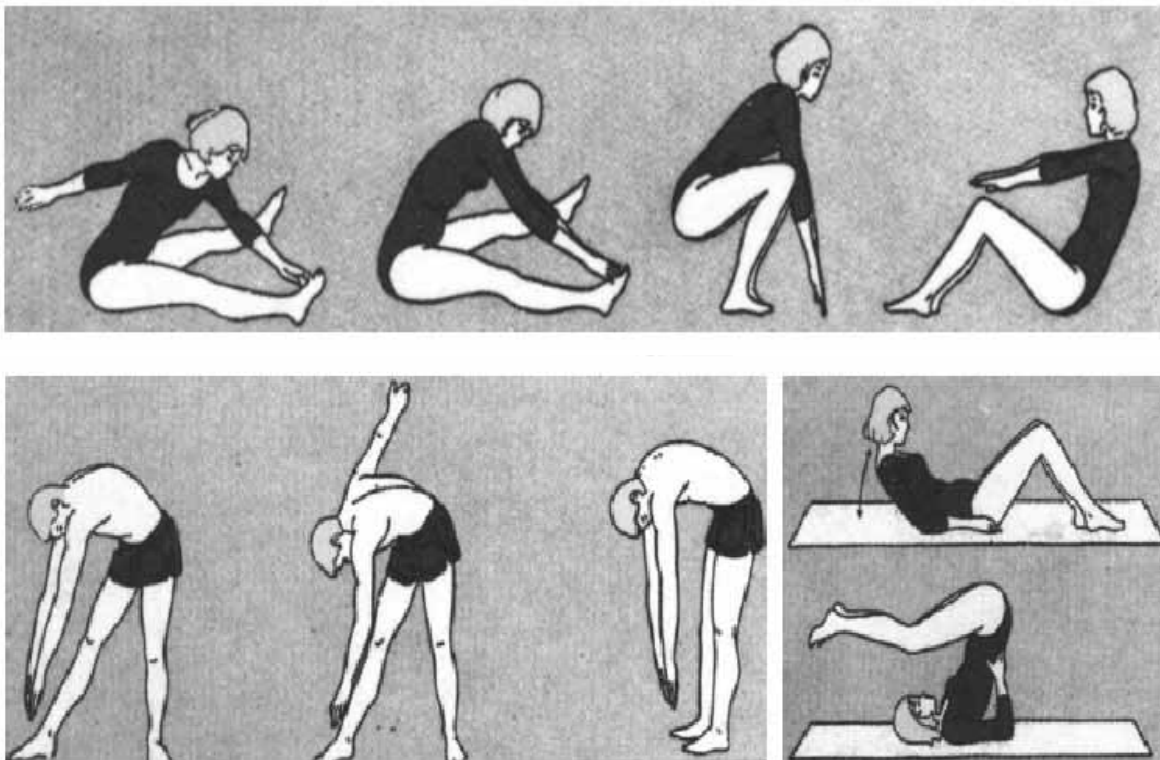


- c) Para levantar da cama, primeiro fique de lado, tire as pernas para fora do colchão e erga o corpo usando o cotovelo e a mão como apoios na cama. Quando já estiver sentado, vá para a beirada da cama e, somente quando estiver com os pés apoiados no chão e não sentir tontura, levante-se com cuidado. Faça o mesmo para deitar: apoie o cotovelo, as mãos e deite primeiro de lado.



EXERCÍCIOS CONTRAINDICADOS NA OSTEOPOROSE

Evite movimentos de **flexão e torção** da coluna



CUIDADOS ESPECIAIS

- * A caminhada é essencial de três a quatro vezes por semana durante 30- 40 minutos.
- * Não deixe objetos espalhados pelo chão. Bem como fios de telefone expostos ou soltos
- * Não deixe tapetes soltos.
- * Evite calçados de saltos e com solado liso; use sapatos confortáveis com solado Antiderrapante.
- * Evite encerar o assoalho, pois isto torna o chão escorregadio.
- * Não ande em locais pouco iluminados e com chão molhado.
- * Utilize o corrimão dos dois lados.
- * Não guarde objetos em prateleiras altas.
- * Se possível tenha piso antiderrapante na cozinha e no banheiro.
- * Coloque corrimões e barras de apoio próximo à cama, ao vaso sanitário e dentro do box do banheiro.
- * Quando acordar à noite, espere alguns minutos antes de levantar para ir ao banheiro ou tomar água, principalmente se estiver usando remédio que provoque tontura.
- * À noite, tenha sempre uma lanterna no criado-mudo. Quando precisar levantar acioná-las.

MANEJO NUTRICIONAL PARA OSTEOPOROSE

INTRODUÇÃO

A osteoporose é uma doença esquelética sistêmica, caracterizada por massa óssea baixa e deterioração microarquitetural do tecido ósseo, conduzindo à fragilidade do osso e suscetibilidade à fratura, atingindo a todos, em especial a mulheres após a menopausa. Sua prevalência tem aumentado em todo o mundo, acometendo principalmente mulheres com deficiência estrogênica e indivíduos idosos. Por outro lado, o impacto da doença repercute de forma importante na sociedade, tendo em vista as graves consequências físicas, financeiras e psicossociais.

A etiologia da perda de massa óssea é complexa, multifatorial, inclui hereditariedade, etnia, idade avançada, sexo feminino, baixo peso corporal, deficiência hormonal, excessivo consumo de álcool, inatividade física, tabagismo, e fatores nutricionais. Evidências científicas recentes têm direcionado as medidas de prevenção do problema para a modificação dos hábitos de vida, especialmente no que diz respeito à uma dieta adequada.

Neste âmbito, devem ser trabalhadas as estratégias nutricionais que garantam uma boa formação óssea ao longo de toda a vida, com enfoque especial ao atendimento das recomendações de cálcio e vitamina D. A adequação dietética de proteínas, lipídeos, de alguns micronutrientes e o controle do álcool também são vistos como importantes pontos de prevenção.

É importante enfatizar que a diminuição da densidade mineral óssea com a idade é considerada um fenômeno fisiológico, mas que se constitui no substrato para o desenvolvimento da osteoporose e, como consequência, um maior risco de fraturas. Por isso, o suprimento nutricional adequado pode auxiliar no desenvolvimento da maior e melhor massa óssea, e constitui medida-chave para a prevenção da osteoporose.

1. Quais são os fatores de risco relacionados à osteoporose no âmbito nutricional?

Segundo a *National Osteoporosis Foundation* (NOF), os fatores de risco mais importantes envolvidos na osteoporose a partir de fatores nutricionais são o baixo índice de massa corpórea e a ingestão de álcool de três ou mais doses ao dia e, de acordo com a Sociedade de Osteoporose do Canadá (*Osteoporosis Society of Canada*) inclui má

absorção intestinal, a baixa ingestão de cálcio, alcoolismo, ingestão excessiva de cafeína, peso inferior a 57 kg, perda de peso superior a 10% a partir dos 25 anos.

Recomendação

Existem inúmeros fatores envolvidos no risco de fratura, sendo que muitos desses fatores são modificáveis, o que pode contribuir para a redução desse risco. Entre esses fatores se podem citar: redução na ingestão de cafeína, a ingestão adequada de cálcio, abandono do alcoolismo e a manutenção de um peso adequado.

2. *Quais são as necessidades de cálcio e vitamina d indicadas nas mulheres na pós-menopausa?*

Por outro lado, as necessidades de cálcio sofrem profundas variações individuais e com a idade das pacientes. Também a redução na concentração estrogênica plasmática observada após a menopausa resulta em balanço negativo de cálcio, que leva à progressiva perda de massa óssea nesta etapa da vida. De igual modo, os constituintes da dieta e os fármacos indicados para o tratamento da osteoporose influenciam os requerimentos de cálcio.

A vitamina D, por seu turno, é um nutriente importante na manutenção da saúde óssea. Suas principais funções são a regulação da absorção intestinal de cálcio e a estimulação da reabsorção óssea para a manutenção dos níveis séricos de cálcio adequados. As fontes de vitamina D incluem luz solar, dieta e os suplementos. A maioria das mulheres parece não conseguir níveis adequados da vitamina D por meio de fontes naturais. Estima-se que 90% dos adultos entre 51 e 70 anos de idade não recebem suficiente vitamina D a partir de sua dieta.

A despeito da importância do cálcio como constituinte da matriz mineral óssea, não existe uniformidade quanto aos efeitos da suplementação de cálcio em relação à redução de fraturas osteoporóticas. Mulheres com idade média de 75 anos submetidas a tratamento com carbonato de cálcio na dose de 1200 mg/ dia, pelo período de cinco anos, não demonstram redução significativa no risco de fratura, quando comparado ao não tratamento (HR=0,87 com IC95%: 0,67 a 1,12).

Uma recente metanálise, somente incluindo estudos clínicos aleatorizados para prevenção de fraturas não vertebrais com uso de vitamina D oral, em indivíduos com 65 anos ou mais, e considerando a dose empregada não encontrou uma diminuição de

fraturas não-vertebrais em torno de 20% (RR=0,80 com IC95%: 0,72 a 0,89) e de fraturas de quadril de 18% (RR=0,82 com IC95%: 0,69 a 0,97).

Recomendação

Em mulheres com mais de 50 anos de idade é recomendado o consumo de cerca de 1200 mg de cálcio ao dia, preferencialmente através da dieta. Quando impossibilitadas de fazê-lo por meio de fontes nutricionais, fundamentalmente através do leite ou de derivados lácteos, é recomendável que recebam suplementos de cálcio para terem estes requerimentos atendidos.

Ademais, recomenda-se que a suplementação de cálcio seja feita em associação com 800-1000 UI de vitamina D ao dia. Não se recomenda o tratamento exclusivo da osteoporose na pós-menopausa com vitamina D isolada ou em conjunto com cálcio, devido à heterogeneidade dos níveis séricos obtidos nos diversos estudos clínicos, porém o uso complementar de cálcio e vitamina D é fundamental para uma mineralização óssea adequada.

3. *Os fitoestrogênios estão indicados para o tratamento da osteoporose durante o período da pós-menopausa?*

As isoflavonas representam uma classe de compostos químicos conhecidos como fitoestrogênios por apresentarem estrutura molecular similar à do próprio estradiol. São encontrados em grãos de soja e produtos derivados. Dois tipos principais de fitoestrogênios são a genisteína e a daidzeína.

Estudos randomizados empregando a genisteína (isoflavona) em mulheres osteopênicas na pós-menopausa, na dose de 54 mg/dia e pureza de 98%, pelo período de 24 meses, demonstraram uma elevação média na densidade mineral óssea de coluna lombar (L1- L4), nos primeiros 12 meses, de 0,024 g/cm² (IC95%: 0,012 a 0,034) e em 24 meses de 0,049 g/cm² (IC95%: 0,035 a 0,059). O mesmo padrão é observado para o colo do fêmur, com aumento de 0,016 g/cm² (IC95%: 0,007 a 0,023) e 0,035 g/cm² (IC95%: 0,025 a 0,042) para 12 e 24 meses, respectivamente. Por sua vez, a utilização de 25,6 g de proteína de soja diariamente contendo 99 mg de isoflavona (52 mg de genisteína; 41 mg de daidzeína e 6 mg gliciteína), pelo período de 12 meses, demonstra em região de coluna lombar (L1-L4) uma elevação média na densidade mineral óssea de 0,002 g/cm² (IC95%: -0,010 a 0,008). Em região de pelve total, é observada uma redução na densidade mineral óssea de 0,001 g/cm² (IC95%: -0,004 a 0,013).

Inexistem estudos que atestem o seu efeito na redução de fraturas vertebrais ou nãovertébrais.

Recomendação

Os fitoestrogênios não estão recomendados para prevenção e tratamento da osteoporose.

4. Quais os riscos da alta ingestão de leite e seus derivados a fim de prevenir a osteoporose?

Alta ingestão de leite poder, no entanto, ter efeitos indesejáveis, porque o leite é a principal fonte alimentar de D-galactose. O aumento do estresse oxidativo com o envelhecimento e inflamação crônica de baixo grau não é apenas um mecanismo patogénico da doença cardiovascular e câncer em humans^{8 9}, mas também um mecanismo de idade relacionada perda óssea e sarcopenia.^{9 10} A elevada quantidade de lactose e, portanto, D-galactose no leite com influências teóricas sobre processos como estresse oxidativo e inflamação faz com que o recomendações para aumentar a ingestão de leite para prevenção de fraturas uma contradição concebível.

Devido ao alto teor de lactose no leite, a hipótese é que o alto consumo de leite pode aumentar o stress oxidativo, que por sua vez afeta o risco de mortalidade e fratura. Meta-análises de estudos de coorte para a associação entre a ingestão de produtos lácteos e leite em relação a fraturas e mortalidade não tem exibido um padrão claro de risco, e as evidências de estudos randomizados são escassos.

Uma coorte recente em dois grupos Suecos comandado por Michaëlsson e colaboradores (2014), avaliou associação entre o consumo de leite e tempo de mortalidade ou fratura e concluíram que a alta ingestão de leite foi associada com maior mortalidade em uma coorte de mulheres e em outro grupo de homens, e com maior incidência de fraturas em mulheres. O estudo demonstrou também que havia uma associação positiva entre o consumo de leite e biomarcadores do stress oxidativo e da inflamação. Por outro lado, o elevado consumo de produtos fermentado com baixo teor de lactose, como os iogurtes e o queijo, estava associado a uma menor taxa de mortalidade e de fraturas, principalmente nas mulheres. Na opinião dos investigadores, estes resultados podem estar associados ao elevado teor de lactose e galactose presentes no

leite, que têm sido associados a um aumento do stress oxidativo e inflamação crônica em estudos animais.

Um segundo estudo publicado por Feskanich et al (2014) para determinar se o consumo de leite durante a adolescência influencia o risco de fratura de quadril em adultos mais velhos e investigar o papel da altura alcançada nesta associação. Os resultados mostraram que depois de controlar fatores de risco conhecidos e consumo de leite atual, cada copo adicional de leite por dia durante a adolescência foi associado com aumentos significativo de 9% de fratura de quadril em homens (RR = 1,09 IC 95% 1,01-1,17), entretanto o consumo de leite na adolescência não foi associado com fraturas de quadril em mulheres (RR = 1,00 IC 95% 0,95-1,05 por copo por dia).

Recomendação

Um maior consumo de leite em homens e mulheres não é acompanhado por um menor risco de fratura e em vez disso pode ser associada com uma maior taxa de morte. Conseqüentemente, pode haver uma ligação entre a lactose e galactose do leite e do risco, tal como sugerido em nossa hipótese, embora as necessidades de causalidade ser testada usando desenhos de estudos experimentais. Os resultados dos estudos podem questionar a validade das recomendações de consumir grandes quantidades de leite para prevenir a fragilidade fraturas. É recomendado que haja sempre a interpretação dos resultados com grande cautela, uma vez que a maioria dos estudos nesta área sejam observacionais não fornecendo evidências suficientes para provas a relação de causa – efeito entre o consumo do leite e a ocorrência de fraturas e morte.

Conclusão

Agentes nutricionais são capazes de exercer influência positiva ou negativa na formação de massa óssea e devem ser considerados no manejo nutricional de pacientes em geral, partindo da adoção de uma alimentação saudável, com o consumo regular de alimentos fontes de cálcio como leite, iogurtes, queijos magros, as frutas, hortaliças de folhas escuras como a couve e agrião, leguminosas e oleaginosas e os peixes como sardinha e salmão.

Mais do que consumir alimentos que são fonte de cálcio, é preciso ingerir aqueles que aumentam a absorção do mineral no organismo. A vitamina D – obtida principalmente por meio da luz solar – auxilia o processo de aproveitamento e fixação do cálcio por meio da regulação dos níveis do mineral na corrente sanguínea.

Em relação os fatores que influenciam negativamente na absorção do e fixação do cálcio no organismo, conhecidos como “antinutriente” nesse caso é o ácido oxálico, que prejudica a capacidade do organismo de absorver o mineral. O ácido está presente na beterraba, no espinafre e na acelga. Portanto, evite combinar numa mesma refeição esses vegetais com fontes de cálcio, pois prejudicam a absorção do mineral.

O consumo excessivo de carnes vermelhas ou brancas estimula a eliminação do cálcio pela urina. Dessa forma, quem come menos carne, tem menor necessidade de cálcio. O mesmo ocorre com o sódio: quem consome sal e produtos em conserva em excesso, precisa ficar atento, pois isso pode causar deficiência do mineral no organismo. Pacientes com alimentação pobre em proteína e sódio pode precisar apenas de 500mg de cálcio para suprir a necessidade diária. A cafeína também contribui para a retirada do cálcio dos ossos, sendo necessária cautela no consumo desta bebida ao longo do dia.

Investir numa alimentação equilibrada e personalizada conforme a necessidade individual continua sendo o manejo mais apropriado para o tratamento e/ou manutenção da massa óssea.

Tabela: Ingestão Dietética de Referência para Cálcio e vitamina D						
Estágio de Vida	Cálcio			Vitamina D		
	Estimativa de requerimento médio (mg/dia)	Dose diária recomendada (mg/dia)	Ingestão de nível superior (mg/dia)	Estimativa de requerimento médio (IU/dia)	Dose diária recomendada (IU/dia)	Ingestão de nível superior (IU/dia)
0 a 6 meses	*	*	1,000	**	**	1,000
6 a 12 meses	*	*	1,500	**	**	1,500
1 – 3 anos	500	700	2,500	400	600	2,500
4 – 8 anos	800	1,000	2,500	400	600	3,000
9 – 13 anos	1,100	1,300	3,000	400	600	4,000
14 – 18 anos	1,100	1,300	3,000	400	600	4,000
19 – 30 anos	800	1,000	2,500	400	600	4,000
31 – 50 anos	800	1,000	2,500	400	600	4,000
51 – 70 anos (Homens)	800	1,000	2,000	400	600	4,000
51 – 70 anos (Mulheres)	1,000	1,200	2,000	400	600	4,000
> 71 anos	1,000	1,200	2,000	400	800	4,000
14 – 18 anos (grávida/lactente)	1,100	1,300	3,000	400	600	4,000
19 – 50 anos (grávida/lactente)	800	1,000	2,500	400	600	4,000

* A Ingestão Adequada de Cálcio para as crianças de para 0-6 meses de idade é 200 mg/dia, para as de 6 a 12 meses de idade 260 mg/ dia.
 ** A Ingestão Adequada de Vitamina D para as crianças de 0-6 meses de idade é 400 UI/dia, para as de 6 a 12 meses de idade 400 UI/dia.

Exercício é remédio: A importância da atividade física em saúde

A inatividade e o sedentarismo estão diretamente relacionados ao aumento da incidência de doenças crônicas, como doença coronariana em 45%, infarto agudo do miocárdio em 60%, hipertensão arterial em 30%, câncer de colón 41%, câncer de mama 31%, diabetes tipo 2 50% e osteoporose em 59%.

Além disto, a inatividade e sedentarismo estão relacionadas ao aumento da obesidade, maior incidência de queda e debilidade física em idosos, dislipidemia, depressão, ansiedade e alterações do humor.

Em crianças e adolescentes o sedentarismo é também considerado o principal fator responsável pelo aumento na incidência de obesidade juvenil, sendo um agravante importante no estado geral de saúde em crianças e adolescentes, doenças cardiovasculares, renais, endócrinas, neuromusculares e osteoarticulares.

Pode-se dizer que o sedentarismo é um dos maiores problemas de saúde pública atual, especialmente quando sabemos que **70% da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física que são:**

-Exercícios aeróbicos: caminhada, corrida, ciclismo, natação

- * mínimo de 150 min por semana
- * intensidade moderada a alta
- * moderado de 30 a 60min/dia ou intensa 20a 30min/dia

-Exercícios de força

- * mínimo de 2 sessões/semana
- * intensidade moderada a alta

-Exercícios de flexibilidade/alongamento

- * mínimo de 2 vezes/semana
- * intensidade moderada

Para enfrentar este quadro altamente desfavorável, várias entidades e colegiados internacionais e nacionais como a Associação americana de cardiologia, Associação Europeia de Cardiologia, Colégio Americano de Medicina do Esporte, Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e Exercício, iniciaram uma campanha defendendo e divulgando o exercício como um “remédio”.

Prescrição de atividade física os seus pacientes

Se existe uma prescrição que pode prevenir e tratar dezenas de doenças, tais como diabetes, hipertensão e obesidade não devemos prescrevê-lo para todos os nossos pacientes? Certamente! Proporcionar ao paciente uma prescrição de atividade física é o passo fundamental para ajudar os pacientes a se tornarem mais ativos.

Dada a crescente evidência de que o aumento da atividade física oferece maiores benefícios para múltiplos fatores de saúde do que qualquer comprimido, é fundamental que os prestadores de cuidados de saúde considerem o uso de prescrição de atividade física como uma terapia de primeira linha. Seu estímulo e orientação pode ser a maior influência sobre esta decisão, pois sabemos que o comportamento do paciente pode ser influenciado positivamente pela intervenção do médico.

Primeiramente, é fundamental determinar o nível de atividade física atual (Quantidade de minutos semanais de exercício x Número de dias semanais que pratica). Em seguida, você irá determinar se o paciente está saudável o suficiente para a atividade física independente (**Questionário Tabela 1**). Finalmente, utilize os estágios de mudança comportamental para a prática de exercício para ajudar a determinar as estratégias que melhor ajudarão seus pacientes a tornarem-se fisicamente ativos.

ETAPA 1

Screening/Avaliação de Segurança

Antes de praticar atividade física, é importante determinar se o paciente é saudável o suficiente para exercer de forma independente. O primeiro passo neste processo de triagem é a administração do **Readiness Physical Activity Questionnaire (PAR-Q)**. O PAR-Q é uma breve ferramenta de triagem, 7 perguntas focadas em sintomas de doença cardíaca, identificando problemas músculo-esqueléticos que devem ser avaliados antes

da participação em um programa de exercícios. Um exemplo do PAR-Q pode ser encontrado abaixo.

- Se suas respostas dos pacientes forem não a todas as 7 perguntas do PAR-Q, seus pacientes estão habilitados para prática independente da atividade física de leve a moderada intensidade (tarefas domésticas, caminhar rápido).
- Se o paciente deseja se envolver em atividade física mais vigorosa (ou seja, jogar basquete, corrida), nós encorajamos você a utilizar ferramentas de rastreamento de segurança mais avançadas e ser avaliado por um médico do esporte.
- Se o paciente respondeu SIM a qualquer das perguntas PAR-Q, ele ou ela ainda pode ser liberado para exercícios sem supervisão, utilizando o seu julgamento profissional. No entanto, pode ser necessário utilizar ferramentas de triagem mais avançadas, como o Questionário do Colégio Americano de Medicina Esportiva, sendo por vezes necessários exames complementares mais avançados, como um teste ergométrico/ergoespirométrico, para determinar se o paciente deve ser liberado para exercer de forma independente ou se eles precisam exercícios sob a supervisão de um profissional do exercício.

PAR-Q

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA A ATIVIDADE FÍSICA

Autoridades Canadense desenvolveram esse questionário que deve ser aplicado antes do início de um programa de atividade física regular, visando identificar prováveis restrições e limitações à saúde.

PAR-Q

1 - Alguma vez um médico lhe disse que você possui um problema do coração e lhe recomendou que só fizesse atividade física sob supervisão médica?

Sim Não

2 - Você sente dor no peito, causada pela prática de atividade física?

Sim Não

3 - Você sentiu dor no peito no último mês?

Sim Não

4 - Você tende a perder a consciência ou cair, como resultado de tonteira ou desmaio?

Sim Não

5 - Você tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática de atividade física?

Sim Não

6 - Algum médico já lhe recomendou o uso de medicamentos para a sua pressão arterial, para circulação ou coração?

Sim Não

7 - Você tem consciência, através da sua própria experiência ou aconselhamento médico, de alguma outra razão física que impeça sua prática de atividade física sem supervisão médica?

Sim Não

Se apenas uma das questões for respondida com um sim, seria recomendado uma avaliação de um médico antes do início do programa

Estratificação de Risco Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM)

(em forma de TABELA com 2 colunas)

Coluna 1 (Fatores de Risco positivos) Coluna 2(definição de Critérios)

Idade: Homens ≥ 45 anos, as mulheres ≥ 55 anos = +1

História familiar: Infarto do miocárdio, revascularização coronária ou morte súbita antes dos 55 anos de idade em familiar de primeiro grau ou antes de 65 anos de idade na mãe ou outro parente do sexo feminino 1º grau= +1

Tabagismo: fumante atual cigarro ou aqueles que pararam dentro dos seis meses anteriores, ou exposição à fumaça ambiental do tabaco (ou seja, o fumo passivo) = +1

Estilo de vida sedentário: Não participam em pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada em pelo menos três dias / semana, durante pelo menos três meses = +1

Obesidade: Índice de massa corporal ≥ 30 kg / m² ou circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres = +1

Dislipidemia: Lipoproteína de baixa densidade (LDL) ≥ 130 mg / dL ou lipoproteína de alta densidade (HDL) <40 mg / dl ou atualmente em uso de medicação de redução de lípidos; Se o colesterol total no soro é tudo o que está disponível, a utilização de soro de colesterol > 200 mg / dL = +1

Prediabetes: Glicemia de jejum ≥ 100 mg / dL mas <126 mg / dL ou tolerância glicose prejudicada (IGT), onde um teste de tolerância à glicose oral de duas horas valor (OGTT) é ≥ 140 mg / dL, mas <200 mg / dL = +1

Coluna 1 (Fatores de risco negativo)

O colesterol HDL elevado ≥ 60 mg / dL (1,55 mmol / L) = -1

Risco Total DCV: _____

* Consulte o fluxograma (abaixo) para as categorias de risco e recomendações relacionados para triagem, testes clínicos, e recomendações de exercícios.

Etapa 2

Determinar a prontidão do paciente para mudanças comportamentais e prática de exercícios

O comportamento individual é um fenômeno dinâmico. Indivíduos que tentam mudar os seus comportamentos muitas vezes passam por uma série de etapas. Alguns pacientes podem não estar prontos para o incentivo, alguns vão estar preparados para tomar medidas no sentido de ser mais ativo fisicamente, enquanto outros estarão prontos para receber uma prescrição de atividade física e encaminhamento para profissionais do exercício certificados. Portanto, antes de prescrever atividade física para os seus pacientes, é importante para determinar o seu "Estágio de Mudança". **(tabela abaixo)**

Mais comumente, existem 5 estágios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e fase de manutenção. Ao determinar a fase de mudança que estão seus pacientes, você pode então tomar a ação mais apropriada baseada e individualizar a sua estratégia de promoção da atividade física.

Questionário de Estágios de Mudança comportamental para exercício

Objetivo: Para fazer atividade física ou exercício regularmente, como acumular:

- 150 minutos de atividade física moderada por semana, ou
- 75 minutos de atividade física vigorosa por semana, ou
- Uma combinação de atividade física moderada e vigorosa a cada semana, como 75 minutos de moderada e 40 minutos de atividade física vigorosa, ou 90 minutos de moderada e 25 minutos de atividade física vigorosa

Exemplos de atividade de intensidade moderada

- Breve passeio
- Biking <10 16kph
- Dança de salão
- jardinagem Geral

- Golfe (sem carrinho)
- Qualquer outra atividade física, onde o esforço é semelhante a estes

Exemplos de atividades de intensidade vigorosa

- correr
- Tênis
- Biking > 16kph
- dança aeróbica
- jardinagem pesada, tais como escavar
- Qualquer outra atividade física, onde o esforço é semelhante a estes

A atividade física regular significa atender ou exceder a meta de atividade física descrito acima.

TABELA - Estágios exercício da mudança - Questionário

Para cada declaração, por favor marcar sim ou não.

1. Atualmente, estou fisicamente ativo (pelo menos 30 minutos por semana).
2. Tenho a intenção de tornar-me mais fisicamente ativo nos próximos 6 meses.
3. Eu atualmente me envolvo em atividade física regular.
4. Tenho sido regularmente fisicamente ativo durante os últimos 6 meses.

TABELA - Estágios exercício da mudança – Pontuação

Não em 1, 2, 3, e 4 = fase Pré-contemplação

Não em 1, 3 e 4, Sim para 2 = estágio de contemplação

Sim para 1 e 2, em Não para 3 e 4 = Estágio de Preparação

Sim para 1 e 3, Sim ou Não para 2, Não para 4 = estágio de ação

Sim para 1, 3 e 4, Sim ou Não para 2 = Estágio de Manutenção

Pré - contemplação

(Paciente não tem intenção de ser fisicamente ativo)

Promova ser mais ativo fisicamente por discutir seus benefícios de saúde, enfatizando as vantagens de mudar o seu comportamento, e ajudando o trabalho para os desafios de ser mais ativo fisicamente. O indivíduo não está pronto para receber uma prescrição atividade física neste ponto.

Contemplação

(Paciente está pensando em se tornar fisicamente ativo)

- Continue a enfatizar os prós e reduzindo os contras de ser mais ativo fisicamente.
- O indivíduo pode se tornar receptivo a receber orientação básica em tornar-se mais ativo fisicamente.

Preparação

(Paciente está ativo e fazendo pequenas alterações, mas não respeitando as orientações da atividade física).

Se baixo risco: Escrever prescrição; encaminhar para profissionais de exercício.

Se alto risco: Encaminhar para profissionais da área de medicina esportiva.

Ação

(Paciente está cumprindo as diretrizes de atividade física, mas por menos de 6 meses)

Incentivar o exercício continuado. Incentivar a manutenção contínua de exercício supervisionado (se alto risco). Reforçar o seu compromisso com a mudança e capacidade de combater impulsos para comportamentos pouco saudáveis e prejudiciais (sedentarismo e maus hábitos alimentares, tabagismo).

Manutenção

(Paciente está cumprindo as diretrizes de atividade física durante os últimos 6 meses ou mais)

Incentivar o exercício continuado. Incentive-os a passar mais tempo com as pessoas com comportamentos saudáveis semelhantes;

Continuar a se envolver em atividades saudáveis para lidar com o estresse, em vez de se basear no comportamento doentio.

Etapa 3 - Seguimento dos níveis de atividade física de seus pacientes

Uma das mais importantes decisões que seus pacientes farão a respeito de sua saúde geral é incorporar a atividade física em seu estilo de vida. Discutir e orientar sobre este assunto com todos os pacientes pode ter grande influência sobre esta decisão.

A avaliação de seus níveis de atividade física inicia esta discussão, destaca a importância da atividade física para a prevenção e gestão da doença, e permite que sua equipe de saúde monitore as mudanças em visitas médicas posteriores.

Embora existam várias ferramentas disponíveis para mensuração de níveis de atividade física, uma maneira simples e objetiva de mensurá-la é calcular o número total de minutos semanais de exercício (Tabela PAVS – Physical Activity Vital Signs), na qual se multiplica o número de dias de atividade física regular pelo número de minutos diários praticados.

A PAVS consiste de duas perguntas: "Em média, quantos dias por semana você se envolve em exercício moderado a intenso, como uma caminhada rápida" e "Em média, quantos minutos você se envolve em exercício a este nível".

Estas duas perguntas de triagem irão lhe dizer se os pacientes estão atendendo às diretrizes atuais de 150 minutos de atividade física moderada por semana. Ao repetir a avaliação em cada visita clínica, você será capaz de acompanhar as mudanças em seus níveis de atividade física ao longo do tempo.

Linha essencial de conduta para solicitação de Teste de Exercício

Introdução

O Teste Ergométrico ou Teste de Exercício (TE) tem sido utilizado largamente na prática ambulatorial para identificar pessoas com Doença Arterial Coronariana (DAC), reconhecer arritmias cardíacas e distúrbios hemodinâmicos induzidos pelo esforço; avaliar a capacidade funcional e a condição aeróbica; diagnosticar e estabelecer o prognóstico de determinadas doenças cardiovasculares; prescrever exercício; avaliar objetivamente os resultados de intervenções terapêuticas e fornecer dados para perícia médica. A reprodutibilidade e o baixo custo são atrativos para a utilização deste, porém no contexto do Centro APS é necessário avaliar de forma criteriosa as evidências com o intuito de conseguir o melhor benefício do exame.

Nesta linha essencial de cuidado abordamos a questão da indicação do exame dentro da realidade do Centro APS e buscaremos discernir as melhores indicações para o exame, levando-se em conta as características da nossa população. Deste modo, separamos as indicações que devem ser feitas pelo Médico de Família e Comunidade das que o cardiologista deve fazer, já que a maioria das evidências para a indicação do exame se apoiam no consenso dos especialistas ou em estudos com recortes muito específicos, não possibilitando uma padronização para a APS.

A lógica de indicação do exame ampara-se na ideia de que quanto mais fatores de risco, maiores serão as probabilidades pré-teste de DAC. As solicitações realizadas em indivíduos com probabilidade pré-teste baixa acarretam em maior chance de alterações inespecíficas do exame e conseqüentemente, investigações secundárias desnecessárias e ansiedade para o paciente. Assim, para prevenção quaternária seria importante identificar os fatores de risco na avaliação clínica e indicar o exame para complementar a investigação de DAC.

O teste de esforço tem sensibilidade e especificidades médias para DAC de 67% e 71% respectivamente, em populações heterogêneas e comparando-se com a cintilografia miocárdica (que avalia apenas alterações estruturais, o que seria um fator limitante). O valor preditivo do exame para diagnóstico de DAC é muito baixo em uma população com prevalência baixa de DAC, porém é igualmente alto se a prevalência for maior. Assim a

probabilidade pré-teste do exame aumenta se considerarmos os riscos do paciente. (Tabela 1 e 2).

Tabela 1 – Estimativa da probabilidade (%) de DAC em pacientes sintomáticos de acordo com o sexo, a idade e as características da dor torácica

IDADE	DOR NÃO ANGINOSA		ANGINA ATÍPICA		ANGINA TÍPICA	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
30-39	4	2	34	12	76	26
40-49	13	3	51	22	87	55
50-59	20	7	65	31	93	73
60-69	27	14	72	51	94	86

DAC = doença arterial coronária. Diamond GA, Forrester JS. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary-artery disease. N Engl J Med 1979; 300:1350.

Tabela 2 – Comparação da probabilidade de DAC (%) em pacientes sintomáticos de baixo risco (BR) com pacientes sintomáticos de alto risco (AR)

IDADE	DOR NÃO-ANGINOSA				ANGINA ATÍPICA				ANGINA TÍPICA			
	Homem		Mulher		Homem		Mulher		Homem		Mulher	
	BR	AR	BR	AR	BR	AR	BR	AR	BR	AR	BR	AR
35	3	35	1	19	8	59	2	39	30	88	10	78
45	9	47	2	22	21	70	5	43	51	92	20	79
55	23	59	4	25	45	79	10	47	80	95	38	82
65	49	69	9	29	71	86	20	51	93	97	56	84

DAC = doença arterial coronária; BR = baixo risco (sem tabagismo, diabete ou dislipidemia); AR = alto risco (com tabagismo, diabete ou dislipidemia). Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines). Circulation 2002; 106:1883.

Neste sentido, pacientes assintomáticos só teriam benefício de realizar o exame se tiverem risco intermediário ou alto na escala de Framingham ou se pela avaliação global do paciente existir a percepção de que ele tem maior chance de ter uma DAC (inclui-se aqui o risco familiar aumentado ou exames clínicos/laboratoriais que sugerem aterosclerose/Lesão em Órgão Alvo).

* Recomendações para o diagnóstico da DAC pelo TE

Classe I

Pacientes com probabilidade pré-teste intermediária para doença arterial coronária obstrutiva (DAC), baseada em idade, sexo e sintomas, incluindo aqueles com bloqueio de ramo direito ou depressão <1 mm do segmento ST no eletrocardiograma (ECG) de repouso (Nível B).

Pacientes com Síndromes Coronárias Agudas considerados de baixo risco, após completa estabilização clínica e hemodinâmica, sem sinais de isquemia eletrocardiográfica ativa, sem sinais de disfunção ventricular ou arritmias complexas e com marcadores sorológicos de necrose normais (Nível B).

Pacientes com doença coronária antes da alta hospitalar, para avaliar risco e prescrever atividade física (Nível B).

No diagnóstico diferencial de pacientes admitidos em unidade de dor torácica com sintomas atípicos e com possibilidade de doença coronária. (Nível B)

A qualquer momento no auxílio da avaliação do prognóstico em pacientes com doença cardiovascular estável (Nível C).

Classe IIa

Pacientes com suspeita de angina vasoespástica.

Pacientes após a realização de cinecoronariografia para a tomada de decisão em lesões intermediárias (Nível B).

Avaliação seriada de pacientes com DAC em programas de reabilitação cardiovascular (Nível B).

Avaliação de indivíduos assintomáticos com mais de dois fatores de risco clássicos (Nível B).

Avaliação de terapêutica farmacológica (Nível B).

Classe IIb

Pacientes com alta probabilidade de DAC baseada em idade, sexo e sintomas (Nível B).

Pacientes com baixa probabilidade de DAC baseada em idade, sexo e sintomas (Nível B).

Pacientes com critérios eletrocardiográficos para hipertrofia ventricular esquerda com depressão do segmento ST <1 mm (Nível B).

Avaliação prognóstica após intervenção coronária percutânea e após cirurgia de revascularização miocárdica (Nível B).

Avaliação prognóstica e evolutiva de DAC, anual, de acordo com a condição clínica (Nível B).

Investigação de alterações de repolarização ventricular no ECG de repouso (Nível C).

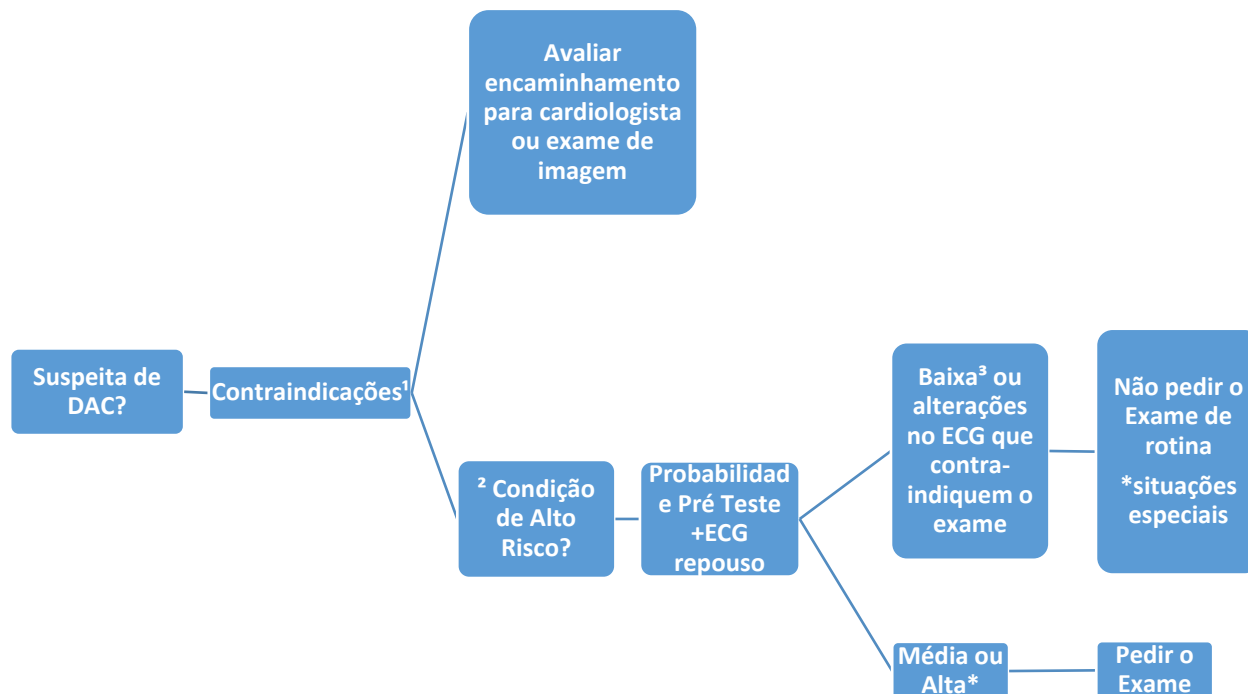
Complementação de outros métodos que tenham evidenciado suspeita de DAC (Nível B).

Avaliação de risco em cirurgia não cardíaca, em pacientes com baixo risco cardiovascular (Nível C).

Perícia médica: pesquisa de DAC obstrutiva para fins trabalhistas ou de seguro (Nível C).

O fluxograma que indicamos aqui traduz a necessidade de separar os casos que devem ser avaliados pelo cardiologista dos que devem ser avaliados na APS. Abaixo, o fluxograma explicativo para a solicitação do exame.

Fluxograma de solicitação



¹ Contra indicações:

Pacientes com bloqueio de ramo esquerdo (BRE), Wolff-Parkinson White (WPW), ritmo de marcapasso (MP), depressão do segmento ST > 1 mm no ECG de repouso, hipertrofia ventricular esquerda no ECG de repouso e terapêutica com digitálicos (Nível B).

Em pacientes com Síndromes Coronárias Agudas não estabilizados clínica ou hemodinamicamente ou ainda com alterações eletrocardiográficas persistentes ou marcadores de necrose não normalizados (Nível B).

Avaliação de pacientes com HAS descompensada (PA > 240/120mmHg) (Nível C).

Diagnóstico de DAC em pacientes com valvulopatia (Nível B).

Avaliação da capacidade funcional em pacientes sintomáticos com estenose aórtica ou mitral grave (Nível C).

Arritmia não controlada, sintomática ou com comprometimento hemodinâmico (Nível C).

BAVT com baixa resposta da frequência ventricular (Nível B).

2 Condição de Alto Risco

IAM não complicado.

Angina instável estabilizada.

Dor torácica aguda em sala de emergência.

Lesão conhecida e tratada de tronco de coronária esquerda ou equivalente.

Arritmias ventriculares complexas.

Arritmias com repercussões clínicas e hemodinâmicas sob controle

Síncope por provável etiologia arritmogênica ou bloqueio atrioventricular de alto grau.

Presença de desfibrilador implantado.

Insuficiência cardíaca compensada avançada (classe III NYHA).

Lesões valvares estenóticas moderadas e graves em indivíduos assintomáticos e nas insuficiências valvares graves.

Hipertensão pulmonar.

Cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva.

Insuficiência respiratória, renal ou hepática.

Baixa probabilidade pré-teste³

Existem algumas exceções para indicar o exame para pacientes assintomáticos e de baixo risco. Essas exceções seriam aqueles pacientes que por necessidade profissional são obrigados a realizar o exame com periodicidade. Juízes (categorias profissionais), desportistas (práticas de alto rendimento), mergulhadores, pilotos de aeronave e profissionais que trabalham em grandes alturas podem demandar o exame para comprovar sua aptidão física.

***Indicações do TE em Indivíduos assintomáticos ou atletas**

Classe I

Avaliação de indivíduos com história familiar de DAC precoce ou morte súbita (Nível B).

Indivíduos classificados como de alto risco pelo score de Framingham (Nível B).

Avaliação de indivíduos com história familiar de DAC a serem submetidos a cirurgia não cardíaca com risco intermediário a alto (Nível C).

Classe IIa

Avaliação de candidatos a programas de exercício (homens acima de 40 anos e mulher acima de 50 anos) (Nível C).

Avaliação de indivíduos com ocupações especiais responsáveis pela vida de outros como pilotos, motoristas de coletivos, embarcações etc. (Nível C).

Classe IIb

Avaliação inicial de atletas de competição (Nível B).

Avaliação funcional seriada de atletas para ajustes de cargas de exercícios (Nível B).

Deve-se ressaltar que os objetivos principais do TE nessa população são: avaliação funcional; motivação para mudança de hábitos de vida; prescrição otimizada do treinamento; complementação de avaliação clínica rotineira e identificação de indivíduos sob risco de morte súbita na atividade desportiva.

Para os desportistas ou profissões que demandam a certificação de um certo desempenho cardiorrespiratório e metabólico, o teste de esforço simples pode não ser suficiente e exigirá uma avaliação mais acurada com o teste cardiopulmonar de exercício (TCPE- ergoespirometria). Nestes casos é melhor o acompanhamento com um profissional habituado com o contexto (especialista em medicina esportiva).

Manejo da Dor musculoesquelética – APS

As dores musculoesqueléticas são queixas cada dia mais frequentes na rotina do atendimento primário, seja ele em uma unidade básica, seja num pronto socorro ou numa unidade de APS. O objetivo desse capítulo será fornecer informações relevantes para o adequado manejo de quadros mais simples sem a necessidade do especialista, porém também auxiliar na identificação dos casos complexos que necessitem a avaliação complementar, encaminhamento ao serviço de emergência ou ainda avaliação do especialista.

A grande maioria dessas lesões musculoesqueléticas são lesões simples, autolimitadas, com boa resposta ao repouso e ao uso de medicações analgésicas e anti-inflamatórias. Entretanto, reconhecer as situações de alto risco que necessitem encaminhamento urgente ao hospital e situações que necessitem referenciar ao especialista são essenciais.

Algumas situações de urgência podem simular condições musculoesqueléticas. Entre estas, destacam-se:

- Aneurismas de aorta abdominal, apresentando-se como dor lombar;
- Dissecção de Aorta apresentando-se com odor interescapular;
- Infarto agudo do miocárdio na forma de dor no ombro ou braço;
- Perfuração de viscera e ou peritonite se apresentando com odor referida no ombro ou acrômio.

Situações de alarme ou de Risco imediato que devem ser imediatamente encaminhados ao Hospital para avaliação complementar com especialista:

- Luxação de grande articulação (ombro, joelho, tornozelo)
- Suspeita de Síndrome compartimental
- Artrite séptica, geralmente com articulação edemaciada, quente e dolorosa
- Déficits motores ou sensitivos evidentes relacionados a compressão de raiz nervosa ou a outras patologias de coluna espinal
- Trauma
- Dor intensa persistente ao uso de analgésicos comuns
- Fratura evidente

Excluídas essas situações iniciais, alguns sinais devem sempre fazer parte da avaliação clínica inicial da dor, independentemente do local acometido:

P—fatores Provocativos ou paliativos

Q—qualidade da dor, tipo de dor relacionado

R—iRradiação

S—sinais sistêmicos e sinais associados

T—tempo de início dos sintomas, agudo ou crônicos e evolução.

Importante sempre avaliar sinais e sintomas associados:

- Temperatura e frequência cardíaca
- Sinais típicos de doenças sistêmicas e artropatias
- Rash cutâneo e alterações de pele
- Articulações proximais
- Exame neurovascular
- Coluna cervical e lombar
- Tórax e abdômen

Quando solicitar Avaliação complementar – Rx, TC, RM:

Deve ser sempre realizada nos casos de urgência e emergência em que se suspeitar de fraturas ou luxações, e nas situações anteriormente descritas.

Nos casos que não há deformidade evidente, nenhum comprometimento neurovascular, e existe possibilidade de imobilização do membro ou articulação suspeita de lesão, o paciente deve ser encaminhado ao exame complementar de imagem de maneira eletiva, associado a analgesia e preservação do local.

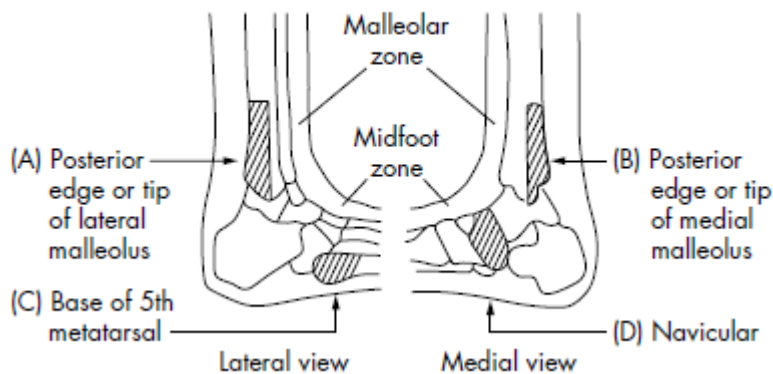
Algumas situações frequentes nas unidades de atenção primária são as entorses de tornozelo. Nesses casos, existe um conjunto de sinais e sintomas denominado de regras de Ottawa, com sensibilidade e especificidade altos para identificar situações que requerem radiografia imediata.

Na presença de pelo menos 1 resposta positiva relativa a dor nos locais referidos, deve-se realizar RX para exclusão de fratura. Em caso negativo para todas as perguntas e exame físico, não há necessidade de radiografar o Paciente em caráter de urgência, com um alto índice de segurança.

Regras de Ottawa para Entorses de Tornozelo

- Regras: Apresenta Sim () Nao ()
 - o Dor na região lateral do médio pé correspondente a base do 5 metatarso;
 - o Dor na região posterior da fíbula nos seus 6 cm distais
 - o Dor na borda posterior da tíbia em seus 6 cm distais
 - o Dor na região medial do médio pé, em topografia de osso navicular.

- Incapacidade de realizar 4 passos de maneira adequada imediatamente após a entorse ou ao exame.



Com relação aos traumas de joelho, também existem as regras de Ottawa para auxiliar na necessidade ou não de exame de imagem complementar (RX):

Regras de Ottawa – Joelho

1. Idade do paciente \geq **55 anos**.
2. Dor reprodutível ao exame físico restrita à **patela**.
3. Dor reprodutível ao exame físico na **cabeça da fíbula**.
4. Incapacidade de fletir o joelho a **90 graus**.
5. Incapacidade de dar **quatro passos** imediatamente após o trauma e durante o exame.

Nos casos sem evidência ou história de trauma, a causa mais comum de dor articular é a osteoartrite, principalmente de joelhos, coluna lombar, ombros e tornozelos. Geralmente estes quadros acometem pacientes mais velhos, com outras comorbidades associadas, como a obesidade e o sedentarismo. Já as dores musculares estão relacionadas a lesões musculares, tendinopatias, degenerações peritendíneas e inflamações de bursas (bursites).

A maioria das queixas musculoesqueléticas pode ser tratada com repouso relativo, controle de carga, medidas analgésicas, elevação do membro afetado por 24-48 horas, aplicação de gelo (crioterapia) local (conjunto de medidas abreviadas como “RICER” ou “POLICE”), visando reduzir o edema e a dor local. Dentro desse manejo, é importante orientar o paciente a retornar a mobilizar gradualmente o local afetado, com exercícios leves e retorno gradual a função normal. Em casos de piora ou de evolução ruim dentro de 3-5 dias, deve-se orientar o Paciente a procurar atendimento novamente para reavaliação ou encaminhamento ao especialista.

O sucesso do manejo das lesões musculares em geral necessita que o paciente compreenda a importância das fases de reabilitação descritas. Deve-se enfatizar que procurem seu médico novamente em casos de piora ou não melhora.

Lesões Específicas

Dor lombar

Causa extremamente comum de procura de atendimento em atenção primária, as dores lombares baixas de causa mecânica geralmente acometem indivíduos jovens e sem comorbidades. Em geral são dores intensas, e limitantes. Entretanto, na ausência de sinais de alarme (quadro abaixo), deve-se prescrever analgésicos, e repouso relativo, tentando se manter ativo, sem necessidade de repouso absoluto. Casos com dor persistente ou piora dos sintomas devem ser reavaliados.

Pontos importantes a serem considerados:

Na lombalgia mecânica comum (a forma mais prevalente), na maioria dos casos, se limita à região lombar e nádegas. Raramente se irradia para as coxas. Pode aparecer subitamente pela manhã e apresentar-se acompanhada de escoliose antálgica. O episódio doloroso tem duração média de três a quatro dias. Após esse tempo, o paciente volta à completa normalidade, com ou sem tratamento.

Nas hérnias de disco, quando se realiza um esforço de flexão durante o dia, o material nuclear é impelido para trás, em sentido antero-posterior, através das fibras do anel fibroso, mas por ele ainda é contido. Neste momento pode ainda não aparecer dor. No entanto, durante a noite, em razão de uma maior embebição aquosa do núcleo e conseqüente elevação da pressão intradiscal, as fibras do anel se rompem, dando então início, durante as primeiras horas do dia, à sintomatologia de quadro doloroso agudo, intenso, com irradiação da dor para um ou outro membro inferior e com manobras semióticas positivas de compressão radicular. A dor se exacerba com os esforços.

Nas espondiloartropatias soronegativas, que são doenças reumáticas inflamatórias, é característica a exacerbação matinal dos sintomas; a dor é influenciada pelo ritmo circadiano da secreção do cortisol e pelo sistema nervoso autônomo.

RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE A DOR E A ATIVIDADE CORPORAL OU REPOUSO

Dor com o movimento corporal ao longo do dia, ou desencadeada por longos períodos de permanência em pé, pode ser devido a alterações mecânicas ou degenerativas.

ASSOCIAÇÃO DA DOR COM QUEIXAS SISTÊMICAS

Quando houver comprometimento sistêmico, a dor lombar, geralmente, tem um começo gradual e progressivo, distribuição simétrica ou alternante, sem relação com o movimento e sem melhora com o repouso, e pode ser acompanhada de rigidez matinal de duração superior a trinta minutos.

Sinais de alerta (quadro)

1. De tumor ou Infecção:

Idade acima de 50 ou abaixo de 20;

História de câncer;

Sintomas como febre, calafrios, perda de peso, sem outra explicação convincente;

2. Infecção bacteriana recente, dependentes químicos, imunossuprimidos:

Dor com piora noturna;

Dor com piora em decúbito dorsal.

3. De fratura:

Trauma maior;

Trauma menor em idosos ou osteoporóticos.

4. De síndrome de cauda eqüina:

Anestesia em sela;

Disfunção de bexiga;

Déficit neurológico progressivo ou grave em membros inferiores.

Desta forma, dor irradiada em região lombar baixa, membros inferiores e abaixo do nível dos joelhos, devem levantar a suspeita para lesões compressivas de nervo ciático. Exame neurológico minucioso deve ser realizado. Encaminhe o Paciente para reavaliação precoce nesses casos. Caso haja sintomas bilaterais, déficits de força, sinais vesicais e ou intestinais (esfincterianos), encaminhar imediatamente ao hospital para avaliação.

Na presença de dor intensa, de início insidioso, associado a sintomas sistêmicos e sem história de trauma associado, ter sempre em mente diagnósticos com dor referida, neoplasias, infecções, e compressão/estenose medular. Valorize sempre a queixa de alterações de sensibilidade ou força muscular.

Considere encaminhar o Paciente se duvidas diagnosticas, ou casos pouco claros para avaliação radiológica e ou especializada, exames laboratoriais, ou ainda exames complementares como Ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

Tratamento conservador

O tratamento medicamentoso das lombalgias e lombociatalgias, após afastadas causas específicas como neoplasias, fraturas, doenças infecciosas e inflamatórias, deve ser centrado no controle sintomático da dor para propiciar a recuperação funcional, o mais rapidamente possível.

Acetaminofen (paracetamol) na dose de 500-750 mg, 4 vezes ao dia, é eficaz na dor de intensidade discreta e moderada. Dipirona é utilizada com frequência no nosso meio, na dose de 500 mg a 1g, também a cada 6h.

Antiinflamatórios não-hormonais (AINHs) são os medicamentos mais empregados. Todas as classes de antiinflamatórios podem ser úteis no tratamento da lombalgia, desde que usadas com precaução em pacientes de risco como os idosos.

O grupo de relaxantes musculares, como carisoprodol e a ciclobenzaprina são também uma opção no tratamento da lombalgia aguda. Em geral são utilizados em associação com outros medicamentos.

Os opióides não são a primeira escolha devido aos seus efeitos colaterais associados, porém nos casos de dor intensa aguda podem ser importantes no alívio da dor. Questionar sempre sobre os efeitos de constipação, sonolência e tolerância causados pelo uso prolongado. Os mais comumente prescritos são codeína e tramadol.

Com relação aos corticoides, apesar de muito utilizados na prática clínica, os resultados dos estudos controlados e randomizados sobre a eficácia dos corticoesteróides na lombalgia aguda mecânica ou nas não-mecânicas são ainda questionáveis e conflitantes e não devem ser a primeira escolha.

Dor Cervical

Causas de dor cervical incluem torcicolo, dor referida, dor relacionada a colisões com veículos, lesões ósseas e radiculares degenerativas, e infecção.

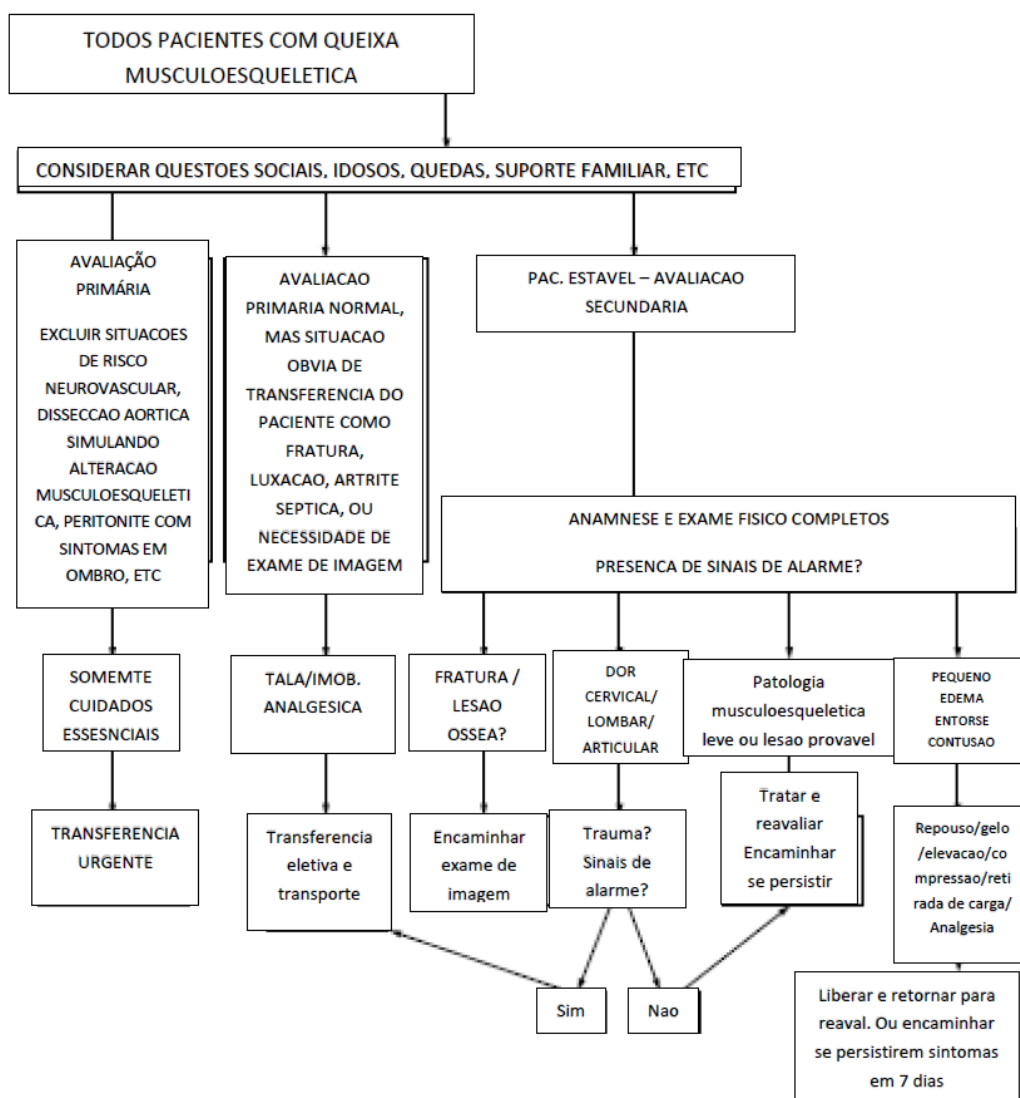
Se dor relacionada a trauma, excluir a possibilidade de lesões mais importantes e a necessidade de realizar radiografia de coluna cervical. Pacientes apresentando os seguintes critérios tem baixa probabilidade de lesões cervicais:

- Idade inferior a 65 anos
- Escala de coma de Glasgow maior ou igual a 15
- Sem mecanismo de lesão de alto risco
- Ausência de deficits sensoriomotores
- Ausência de dor rem região medial da coluna cervical
- Paciente capaz de rotar o pescoço 45 graus para ambos os lados

Doença degenerativa/Osteoartrite

Estas condições crônicas e degenerativas podem afetar qualquer região do corpo, em geral quadril, joelhos, coluna lombar e cervical. Podem se apresentar com quadros agudos, ou ainda agudização de casos crônicos após pequenos traumas, ou como uma lesão mais importante ou infecção associada. Questionar o paciente sobre rigidez articular ou outros sintomas em outras articulações. Avalie edema, derrame articular, rigidez, crepitação e limitação de amplitude de movimento. Uma articulação com artite/artrose tem maiores probabilidades de tornar-se inflamada, e difícil de diferenciar.

Em geral esses pacientes respondem bem inicialmente a medicações analgésicas, anti-inflamatórias e a redução de peso, e a prática de exercício físico regular, como medidas iniciais.

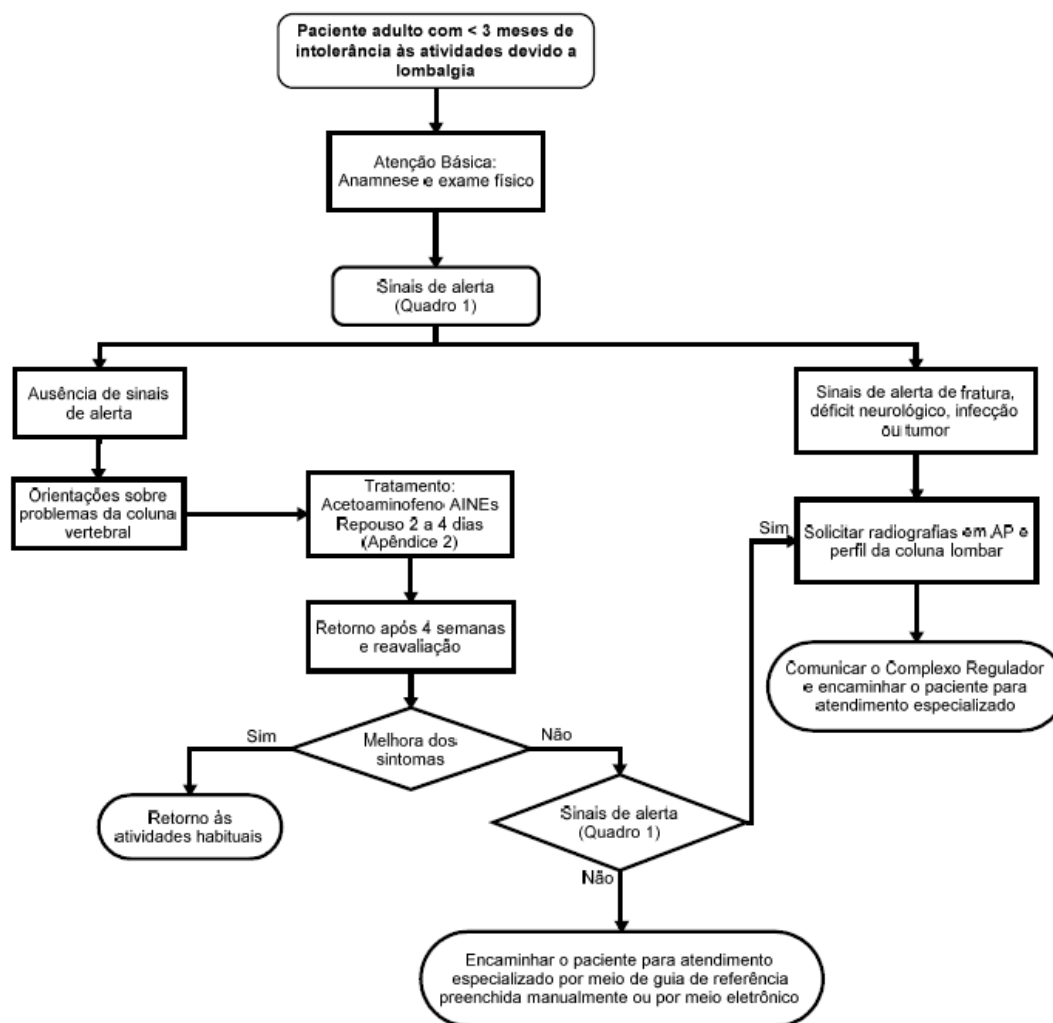


Entretanto, com frequência a esses pacientes necessitam de acompanhamento com o reumatologista e ou ortopedista, devido a necessidade de prolongada de medicações anti-inflamatórias e condroprotetoras.

Atentar-se para casos de idosos com dor no quadril após pequenas quedas associadas a articulações com degeneração, pois nesses casos é importante excluir fraturas associadas. Muitas vezes o Paciente com um quadro de fratura de fêmur e quadril pode ser capaz de tolerar carga ao deambular (em geral em casos de fratura

estável e impactada). Considere encaminhar o Paciente para exame de imagem nesses casos, e com um retorno precoce para reavaliação.

Modelo de fluxo específico de lombalgia – APS (no caso dessa figura não haveria apêndice 2 sobre tratamento específico medicamentoso) e o quadro 1 seriam os sinais de alarme descritos no texto na forma de quadro.

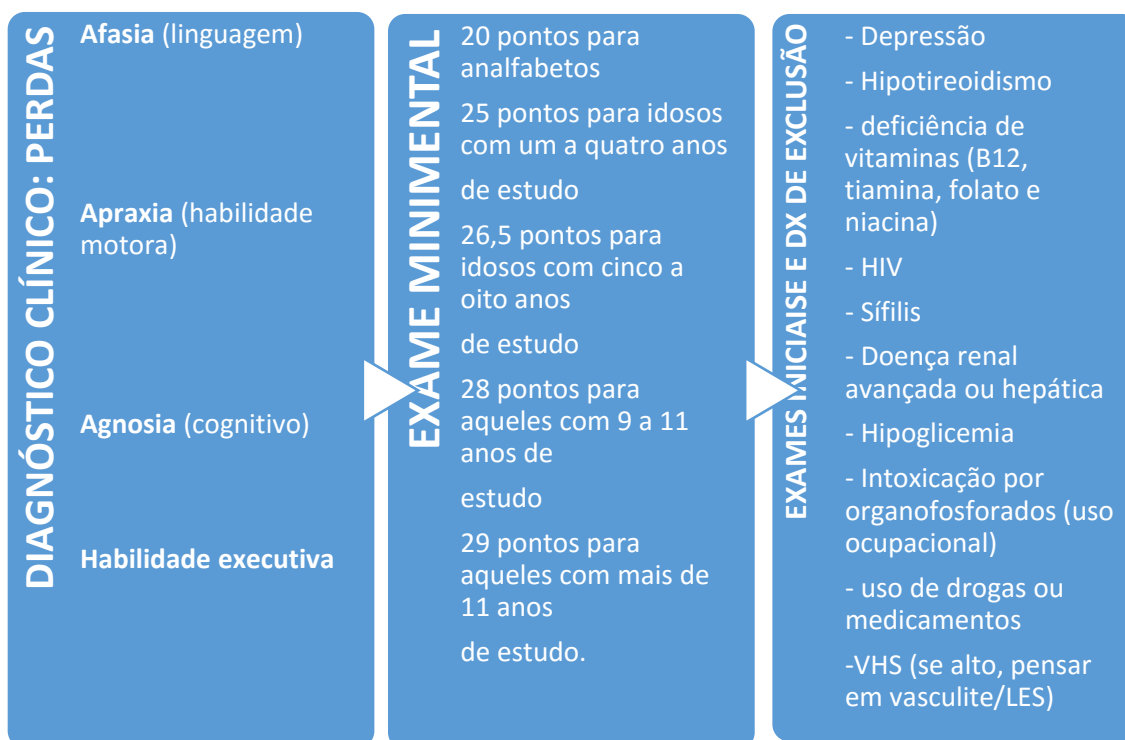


Referências:

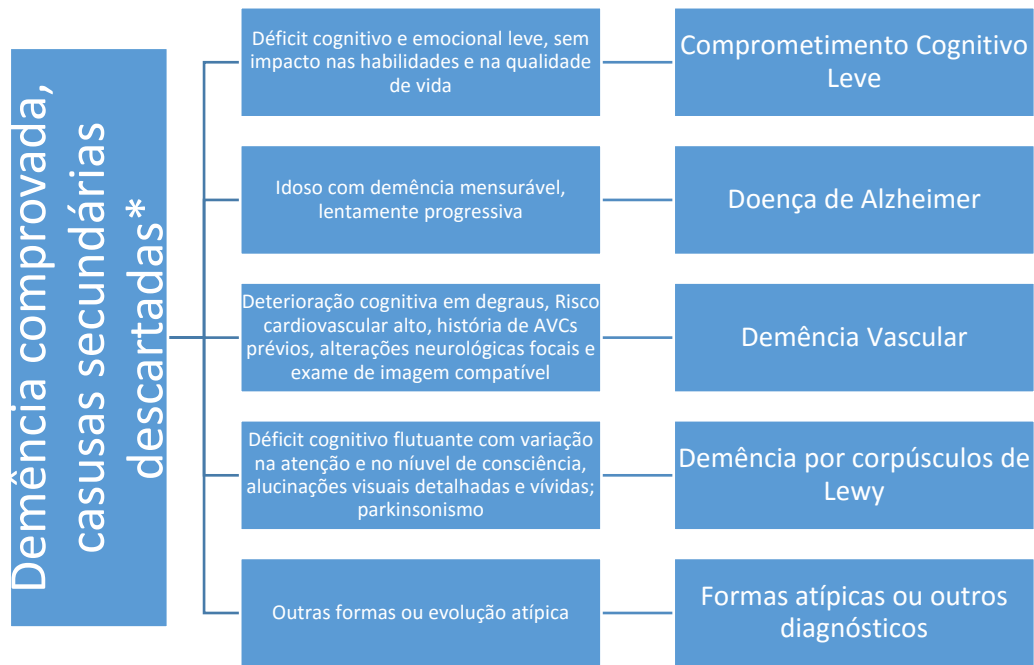
1. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et al. The Canadian C-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. JAMA 2001;286:1841–8.
2. Stiell IG, Greenberg GH, Wells GA, et al. Prospective validation of a decision rule for the use of radiography in acute knee injuries. JAMA 1996;275:611–15.
3. Stiell IG, Greenberg GH, McKnight RD, et al. A study to develop clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Ann Emerg Med 1992;21:384–90.
4. American College of Surgeons Committee on Trauma. ATLS manual. 6th ed. Chicago: American College of Surgeons, 1997.
5. Assessment and care of musculoskeletal problems. C R FitzSimmons, J Wardrope Emerg Med J 2005;22:68–76.

Fluxograma para avaliação de memória ou suspeita de demência

A perda de memória é uma queixa frequente na APS e que pode sinalizar ao clínico um quadro inicial de demência. A perda de memória episódica e não progressiva pode estar relacionada a transtornos de adaptação a situações estressantes, disfunção cognitiva leve ou demência. A seguir, propomos um fluxograma de investigação inicial para os casos de suspeita de demência e os sintomas cardinais para a definição do tipo de demência.



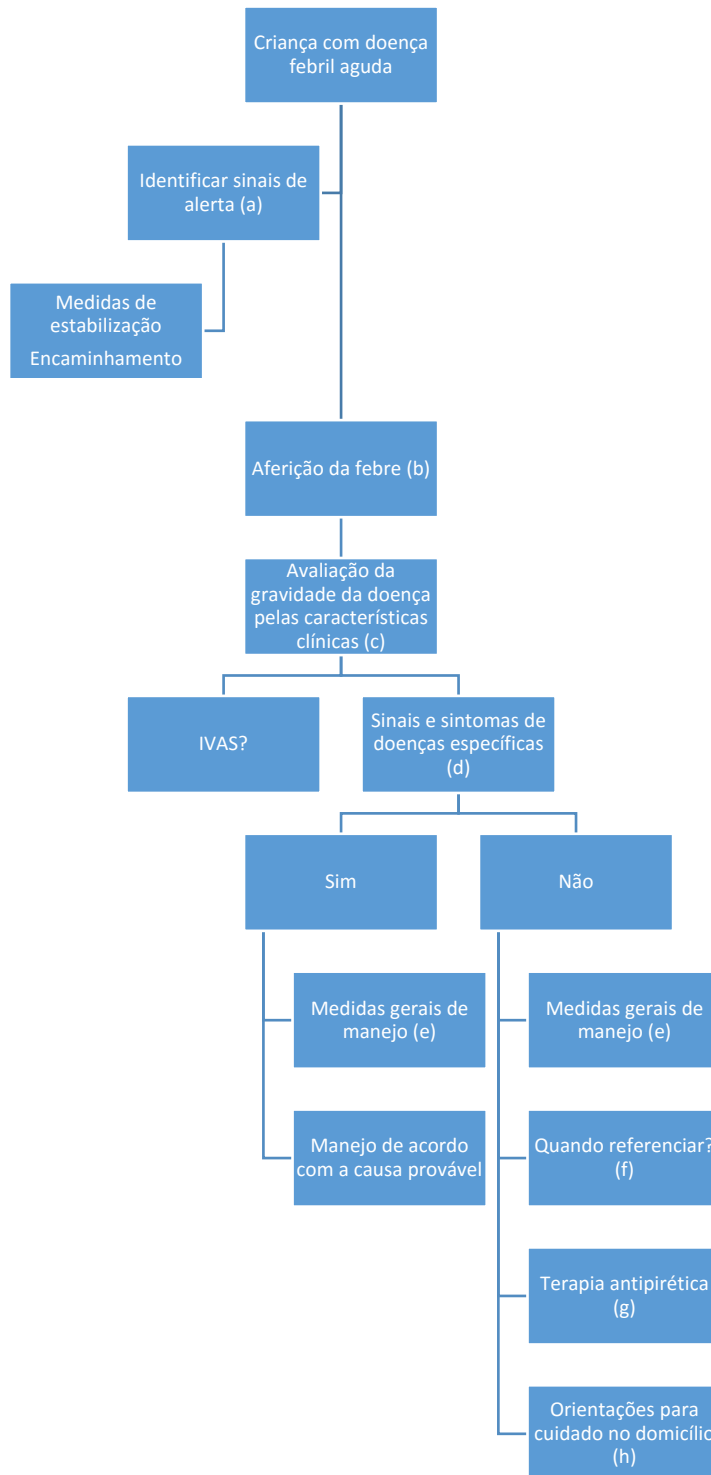
Pontos cardinais para diagnóstico das demências



Fonte:

GYURICZA, JN; ARAÚJO, LN; CEZAR, LS: Sinais e sintomas sugestivos de demências.

*principalmente causas psiquiátricas e *delirium*.



(a) Sinais de alerta:

- Crianças com dificuldade para conseguir uma ventilação adequada (sinais de esforço extremo; fadiga respiratória; déficit de oxigenação; obstrução de via aérea)
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Sinais de risco para meningite;
- Instabilidade hemodinâmica ou sepse;

- Crianças com sinais de alerta devem receber medidas de ressuscitação conforme o caso e serem removidas para serviço de emergência assim que possível

(b) Aferição da febre

- A aferição da temperatura corporal pode ser feita com termômetro axilar, de ouvido ou na testa. Nos casos em que se necessite mais precisão, dar preferência para o axilar. O otológico pode dar falha em caso de rolha de cera;

- Considerar a descrição subjetiva dos pais como história comprovada de febre;

(c) Avaliação da gravidade pior características clínicas

- Uso do sistema de luzes de trânsito:

	Verde – baixo risco	Amarelo – risco intermediário	Vermelho – alto risco
Cor (pele, lábios e língua)	Normal	Palidez referida pelo pai ou pelo cuidador	Palidez importante atestada pelo médico, com petéquias ou cianose importante
Atividade	Responde normalmente a estímulos (interage, responde ao nome) Está acordada ou acorda rapidamente Tem um choro forte e normal ou não está chorando	Não tem uma resposta normal aos estímulos Não sorri Acorda somente com bastante estímulo Hipoativa	Não responde de maneira nenhuma aos estímulos Evidentemente doente na avaliação de um profissional Não acorda ou não consegue ficar acordada após estimulação Frac, choro agudo ou contínuo e leve
Respiração	Normal	Batimento de asa nasal Taquipneia: >50 ipm, idade 6–12m >40 ipm, idade > 1a Saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente Estertores crepitantes	Guincho ou roncos de obstrução Taquipneia: >60 ipm Tiragem importante ou respiração paradoxal
Circulação e hidratação	Pele e olhos normais Mucosas úmidas	Taquicardia: >160 bpm, <1 ano >150 bpm, 1-2a >140 bpm, 2–5a Enchimento capilar ≥3s Mucosas secas Hiporexia Débito urinário diminuído	Sinais de desidratação importante e choque
Outros	Nenhum sinal amarelo ou vermelho	Idade 3-6m e com t≥39°C Febre por mais de 5 dias Edema de membro ou articulação Incapacidade de se sustentar sobre um membro	Idade <3m e com t≥38°C Petéquias Fontanela abaulada Rigidez cervical Estado de mau epilético Sinais neurológicos focais Convulsões

- Crianças somente com sinais verdes podem ser liberadas pelo enfermeiro com orientações de cuidado domiciliar;

- Crianças com pelo menos um sinal amarelo devem passar em consulta com o médico no mesmo dia;

- Crianças com pelo menos um sinal vermelho deve ser avaliado imediatamente.

(d) Sinais e sintomas de doenças específicas

- Buscar por um foco provável para a febre:

Possíveis diagnósticos	Sinais e sintomas
Meningococcemia	Rash não evanescente (petéquias) com um dos seguintes: - criança com aspecto toxêmico - púrpura (lesões com mais de 2 mm) - enchimento capilar > 3s - Rigidez de nuca
Meningite bacteriana	Rigidez de nuca Fontanela abaulada Nível de consciência rebaixado Estado de mau epiléptico
Encefalite por HSV	Sinais neurológicos focais Crises epilépticas parciais Rebaixamento do nível de consciência
Pneumonia	Taquipneia: >60 ipm, idade 0–5m >50 ipm, idade 6–12m >40 ipm, idade >12m Estertores crepitantes Batimento de asa nasal Tiragem intercostal ou supraclavicular Cianose Saturação de O ₂ ≤95%
Infecção do trato urinário	Vômitos Hiporexia Letargia Irritabilidade Dor abdominal Disúria ou polaciúria
Artrite séptica e osteomielite	Edema de um membro ou articulação Defesa do uso de uma extremidade Não consegue suportar peso com o membro

(e) Medidas gerais de manejo

- A percepção dos pais de que a doença que a criança tem é mais grave que as doenças que já teve previamente e a percepção do médico de que algo não está bem, apesar de serem elementos subjetivos, têm valor preditivo confirmado e devem sinalizar a necessidade de um cuidado redobrado;

- Crianças com todas as características avaliadas como verdes no sistema de sinal de trânsito podem ser liberadas com orientações para cuidados no domicílio;

- Todas as crianças com menos de 3 meses de idade, ou que tenham sinais vermelhos devem ser encaminhadas para internamento ou para a UPA para investigação complementar e avaliação da necessidade de antibióticos parenterais;

- Crianças que apresentem sinais de choque devem receber imediatamente 20 ml/kg de soro fisiológico endovenoso;

- Antibióticos devem ser reservados para situações em que haja evidência ou forte suspeita de bacteremia e não devem ser rotineiramente prescritos para casos de febre sem foco aparente;

(f) Quando referenciar?

Considerar encaminhamento para PS ou internamento nas seguintes situações:

- Crianças com menos de 1 mês de idade;

- Crianças com um ou mais dos sinais vermelhos;

- Crianças com um ou mais dos sinais amarelos, que tenham menos de 3 meses ou nas quais a avaliação clínica sugira a necessidade de exames complementares ou antibióticoterapia parenteral;

- Considerar encaminhamento para monitorização ou investigação nas seguintes circunstâncias: falta de suporte familiar ou social suficiente para o cuidado; pais muito ansiosos, inseguros ou que, baseados no conhecimento prévio da criança, a identificam como em risco; contato de pessoa com doença infecciosa séria; viagem recente para área de endemias; quando não há causa óbvia, mas ultrapassa o tempo esperado para uma doença autolimitada.

(g) Terapia antipirética

- Medidas físicas para redução da febre não devem ser indicadas rotineiramente;

- Medidas farmacológicas para controle da febre devem ser orientadas de acordo com o estado geral da criança, sendo indicadas apenas nos casos em que a criança pareça evidentemente em sofrimento pela febre;

- Não dar mais de um antipirético simultaneamente;

- Não dar antipirético com objetivo de reduzir a possibilidade de convulsão febril, pois esta medida não apresenta efetividade;

(h) Orientações para cuidados no domicílio

- Recomendações aos pais de manejar a febre conforme descrito em “terapia antipirética”;
- Não deixar a criança com excesso ou pouca roupa, não enrolar a criança em cobertores pesados;
- Lembrar os pais de que a febre não é uma doença, mas uma resposta fisiológica que tem por objetivo melhorar a atuação do sistema imunológico da criança;
- Oferecer os fluidos que a criança geralmente ingere à vontade (inclui leite materno);
- Observar por sinais de desidratação e fazer retorno precoce caso haja: olhos encovados, mucosas secas, fontanela deprimida, sinais evidentes de piora;
- Como identificar a presença de petéquias;
- Observar a criança durante a noite, mas não acordá-la simplesmente para dar medicação antipirética;
- Notificar a escola da doença febril para que possa ser feita monitorização;
- Determinar uma data para reavaliação no serviço de saúde, de acordo com o caso:
 - 24h se há sinais amarelos;
 - Se não melhorar em 72h;
 - Outro prazo conforme o caso;

(1) Zika vírus, dengue e Chikungunya:

ASPECTOS GERAIS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Estas doenças apresentam grandes sobreposições, nenhuma delas tem tratamento específico e as medidas de manejo são direcionadas ao controle de vetores e abordagem clínica das complicações clínicas, especialmente com a dengue. O quadro anterior ajuda no estabelecimento de um diagnóstico diferencial, embora uma diferenciação precisa não seja possível nem indispensável, devendo o clínico estar atento às complicações, que são mais comuns com a dengue.

Como visto no quadro, a Chikungunya e a dengue apresentam mais características semelhantes, entretanto, a primeira apresenta hepatomegalia e um exantema mais precoce e acompanhado de bastante artralgia, usualmente desde o início da febre e a

segunda tende a ter uma piora do quadro geral quando a febre abaixa e um exantema mais tardio, ajudando na diferenciação.

Chikungunya: tem uma evolução tipicamente em 3 fases. Após um período de incubação que pode durar cerca de uma semana, há o surgimento de rash, geralmente maculopapular, com poliartralgia e possível edema articular, a febre pode ser contínua ou intermitente, que dura até 10 dias. Seguindo o período agudo, pode ter início uma fase subaguda na qual a febre está ausente ou é muito intermitente, mas a dor articular e edema podem se manter ou até piorar, persistindo por até 3 meses. Após este período, especialmente as pessoas com mais de 45 anos, podem entrar na fase crônica da doença, que tem apresentações parecidas, mas de caráter flutuante. Uma pequena parcela pode evoluir para artrite destrutiva. Complicações não são comuns, mas podem incluir: Neurológicas (Meningoencefalite, Guillain-Barré, síndrome cerebelar, paresias, paralisias e neuropatias); Oculares (Neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite e uveíte); Cardiovasculares (Miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia e instabilidade hemodinâmica); Cutâneas (fotosensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas e ulcerações aftosa-like); Renais (nefrite e insuficiência renal aguda); Outras (discrasia sanguínea, pneumonia, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético e insuficiência adrenal)

Zika vírus: O quadro mais frequente de infecção pelo zika vírus será exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça; o que pode confundir não apenas com outras doenças virais exantemáticas, mas também como a leptospirose. Apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias. As complicações graves são extremamente raras, exceto na gestação, para o bebê.

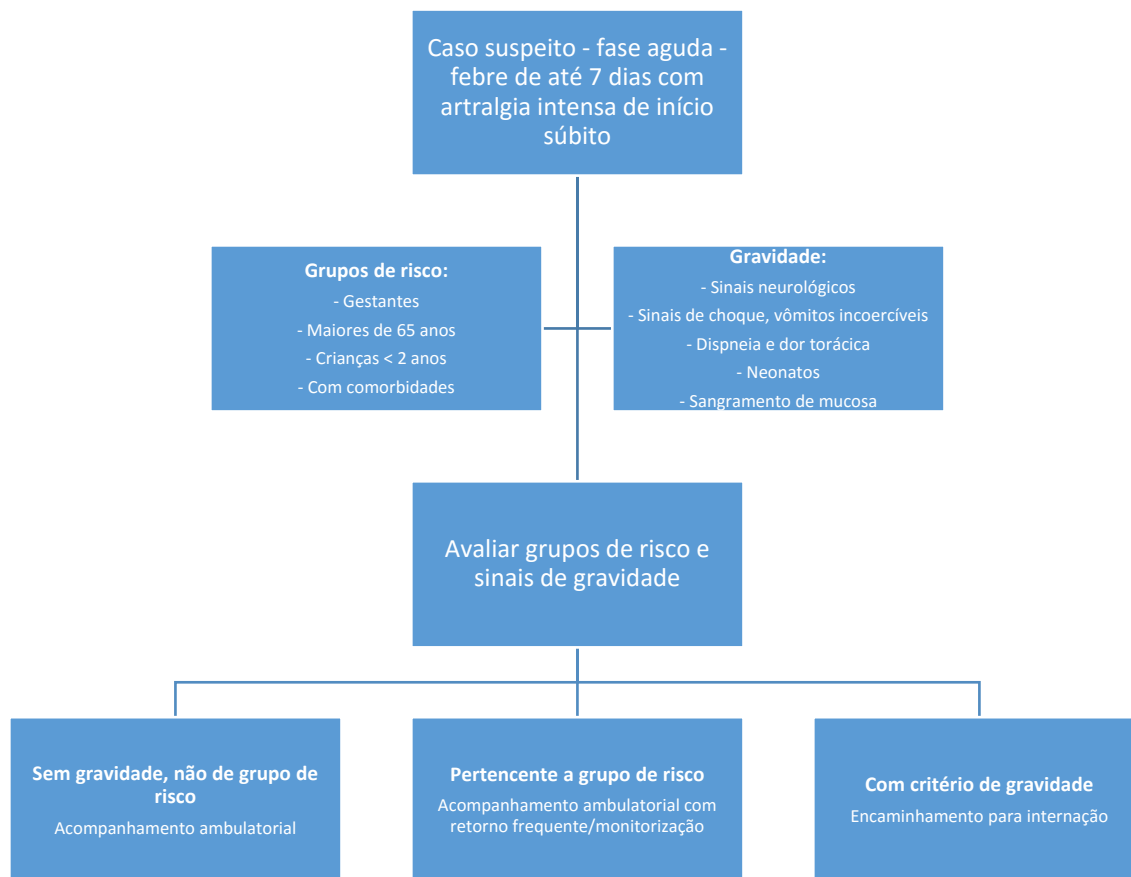
MANEJO:

Zika – maioria das infecções é assintomática, não tem tratamento específico, usar paracetamol ou dipirona nas doses habituais para controle da febre e das dores, anti-histaminicos (por exemplo: loratadina) se houver exantema pruriginoso; evitar salicilados e antiinflamatórios em geral pelo risco de complicações hemorrágicas, especialmente se for outro flavivírus diagnosticado equivocadamente como zika.

Encaminhar amostra para sorologia (teste de anticorpos – 4 dias após o início dos sintomas).

Obs: como as manifestações iniciais de Zika podem ser semelhantes a Dengue e a hidratação é fundamental no tratamento da Dengue e não faz mal no quadro de Zika, o início precoce de hidratação se faz necessário (manejo de hidratação conforme Dengue).

Chikungunya:



Fazer manejo de acordo com os sintomas, usando analgésicos puros (paracetamol e dipirona) nas doses habituais. Se o paciente não tem um controle satisfatório da dor, dar preferência aos opióides, evitando o uso de antiinflamatórios hormonais e não hormonais. O repouso é essencial e pode proteger contra a evolução para fase subaguda. Hidratação oral deve ser implementada (manejo conforme hidratação em Dengue).

Encaminhar amostra de sangue para sorologia.

Solicitar hemograma, transaminases, eletrólitos e creatinina para os pacientes do grupo de risco que não precisam internar.

Se o paciente evolui para as formas subaguda e crônica, pode-se usar antiinflamatórios para controle da artralgia. Inicialmente tentar as apresentações não hormonais e, se necessário, usar esteroides, iniciando com prednisona 20mg/d e fazendo redução gradual

após controle satisfatório dos sintomas. Formas graves, como comprometimento neurológico, ainda podem ocorrer nos grupos de risco.

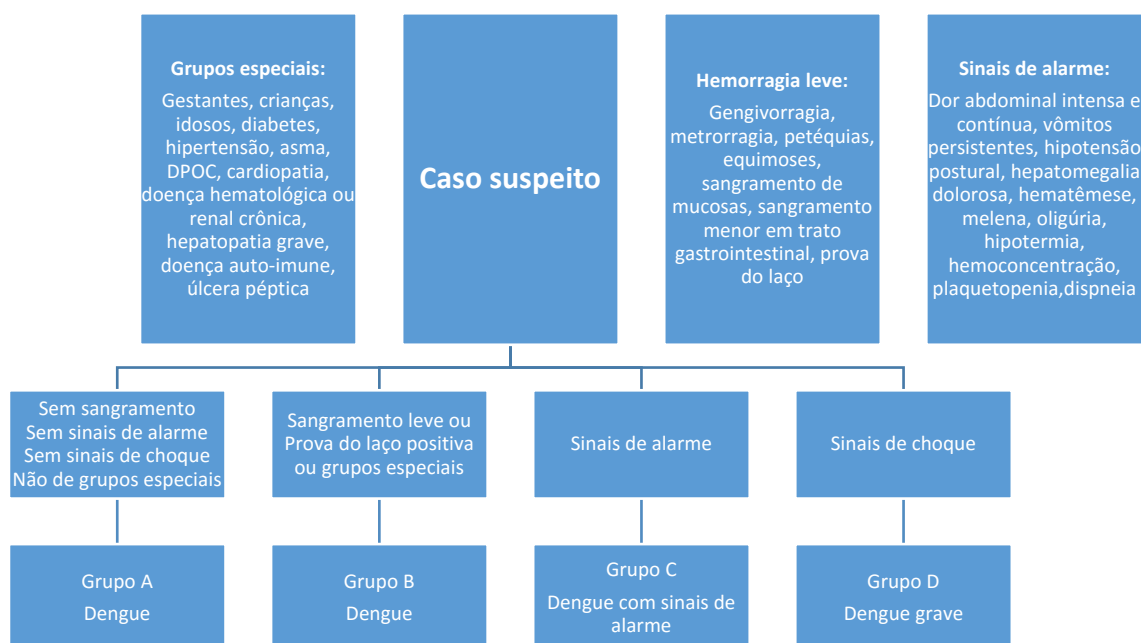
Dengue:

Definição de caso suspeito:

Considerando a situação epidemiológica do município, com a ocorrência de casos importados ressalta-se a importância de pesquisar a história epidemiológica de deslocamento para áreas de ocorrência de dengue nos últimos 15 dias, em pacientes com sinais e sintomas sugestivos da doença, embora não seja critério de exclusão. Na primeira decisão clínica, ressalta-se a importância de uma avaliação clínica cuidadosa e a coleta de uma história epidemiológica (viagens recentes, contato com vetores ou com água potencialmente contaminada) e vacinal adequadas para auxiliar no diagnóstico diferencial com outros agravos (Cota et al., 2008; Figueiredo, 2006). A dengue apresenta sinais e sintomas inespecíficos e na sua apresentação inicial podem se confundir com outros agravos potencialmente graves como leptospirose, malária, febre amarela, febre maculosa, doença meningocócica, sendo que várias delas possuem terapia específica.

Define-se como suspeito o caso de doença febril aguda (habitualmente 2-7 dias) que tenha dois ou mais dos seguintes:

- Náuseas ou vômitos;
- Exantema;
- Mialgias ou artralgias;
- Cefaleia ou dor retro-orbitária;
- Petéquias ou prova do laço positiva;
- Leucopenia.



Casos classificados como do grupo A podem fazer acompanhamento ambulatorial. Casos dos demais grupos deverão ser encaminhados para avaliação em hospital, ou, ao menos, se conseguir um hemograma no mesmo dia para avaliação da necessidade de internação para hidratação parenteral.

Orientar hidratação oral: Para adultos, 80 ml/kg/dia, divididos entre 1/3 de solução salina e 2/3 de outros líquidos. Para crianças, oferecer hidratação abundante e constante, para crianças menores que 2 anos 50-100 ml de cada vez e para crianças maiores 100-200 ml de cada vez.

Adultos

Calcular o volume de líquidos de 80 ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente. Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar:

- 80 ml/kg/dia 6,0L:
 - » período da manhã: 1L de SRO e 2L de líquidos caseiros.
 - » período da tarde: 0,5L de SRO e 1,5L de líquidos caseiros.
 - » período da noite: 0,5L de SRO e 0,5L de líquidos caseiros.
 - » a alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação do paciente.

Crianças

Orientar hidratação no domicílio, de forma precoce e abundante, com soro de reidratação oral (um terço das necessidades basais), oferecido com frequência sistemática, independentemente da vontade da criança; completar a hidratação oral com líquidos caseiros, tais como água, sucos de frutas naturais, chás e água de coco; evitar uso de refrigerantes e alimentos como beterraba e açaí; para crianças <2 anos, oferecer 50-100 ml (¼ a ½ copo) de cada vez; para crianças >2 anos, 100-200 ml (½ a 1 copo) de cada vez.

Usar antitérmicos, preferencialmente paracetamol ou dipirona (evitar AINE e salicilatos), e antipruriginosos (banho frio costuma ser a melhor medida), conforme a necessidade, e repouso.

Fazer retorno entre 3-6 dias (fase crítica), a depender da avaliação inicial.

Paciente deverá retornar após sexto dia do início dos sintomas para a coleta de sorologia.

Pacientes com classificação de risco B e que não apresentem alterações relevantes no hemograma devem receber orientações sobre hidratação oral e sinais de alarme e devem ser reavaliados diariamente até que permaneçam afebris por 48 horas.

Pacientes com classificação de risco B devem realizar Hemograma Completo, a sorologia é obrigatória devendo a coleta ser feita no momento do atendimento, avaliar a hemoconcentração.

Preencher e encaminhar formulário de notificação.

Preencher e entregar o cartão da Dengue.

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes **SINAIS DE ALARME**:


- Diminuição repentina da febre
- Dor muito forte e contínua na barriga
- Vômitos frequentes
- Sangramento de nariz e boca
- Hemorragias importantes
- Diminuição do volume da urina
- Tontura quando muda de posição (deita / senta / levanta)
- Dificuldade de respirar
- Agitação ou muita sonolência
- Suor frio

Recomendações:

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco
- Permanecer em repouso
- As mulheres com dengue devem continuar a amamentação

Soro caseiro

Sal de cozinha	_____	1 colher de café
Açúcar	_____	2 colheres de sopa
Água potável	_____	1 litro



CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome (completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Comorbidade ou risco social ou condição clínica especial?
() sim () não

Unidade de Saúde

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Data do início dos sintomas ____/____/____

Notificação Sim Não

Prova do laço em ____/____ Resultado: _____

1.ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%

Plaquetas em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

Leucócitos em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

2.ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%

Plaquetas em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

Leucócitos em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

3.ª Coleta de Exames

Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%

Plaquetas em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

Leucócitos em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

Controle Sinais Vitais

	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia
PA mmHg (em pé)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Axilar °C							

Informações complementares

Obs: Pacientes em uso de AAS.

Os pacientes submetidos a angioplastia coronária com implante de stents farmacológicos em período superior a seis meses ou stents convencionais há mais de um mês, assim como aqueles em profilaxia secundária de doença arterial coronária ou cerebrovascular, deverão utilizar apenas AAS, desde que o número de plaquetas aferido seja superior a $30 \times 10^9/L$. No caso de sê-lo inferior, dever-se-á suspender o antiagregante plaquetário e admiti-lo para observação até que o número de plaquetas seja superior a $50 \times 10^9/L$. Indivíduos com plaquetometria entre $30 \times 10^9/L$ e $50 \times 10^9/L$ deverão ser monitorados em leitos de observação. As figuras 1 e 2 resumem as condutas acima descritas.

Atenção:

Diferentemente do que ocorre em outras doenças que levam ao choque, na dengue, antes de haver uma queda substancial na pressão arterial sistólica (menor que 90 mmHg, em adultos), poderá haver um fenômeno de pinçamento (estreitamento) da pressão arterial, ou seja, a diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica será menor ou igual a 20 mmHg, caracterizando a pressão arterial convergente, que se caracteriza por ser um sinal de choque da dengue.

REGISTRO E NOTIFICAÇÃO:

Utilizar o CID A92.8 para os casos suspeitos de Zika e Chikungunya.

Os casos confirmados de Zika vírus devem ser comunicados/notificados em até 24 horas, conforme Portaria MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014

2-Leptospirose:

APRESENTAÇÃO CLÍNICA e DIAGNÓSTICO:

- Considerar caso suspeito todo paciente com síndrome febril aguda que tenha história de exposição de risco nos 30 dias anteriores (água parada, enchentes, depósito de materiais reciclados, córregos, esgoto, lixo, etc.);

- O período de incubação da doença pode variar de 1 a 30 dias, normalmente ocorre entre 7 a 14 dias após à exposição a situações de risco.

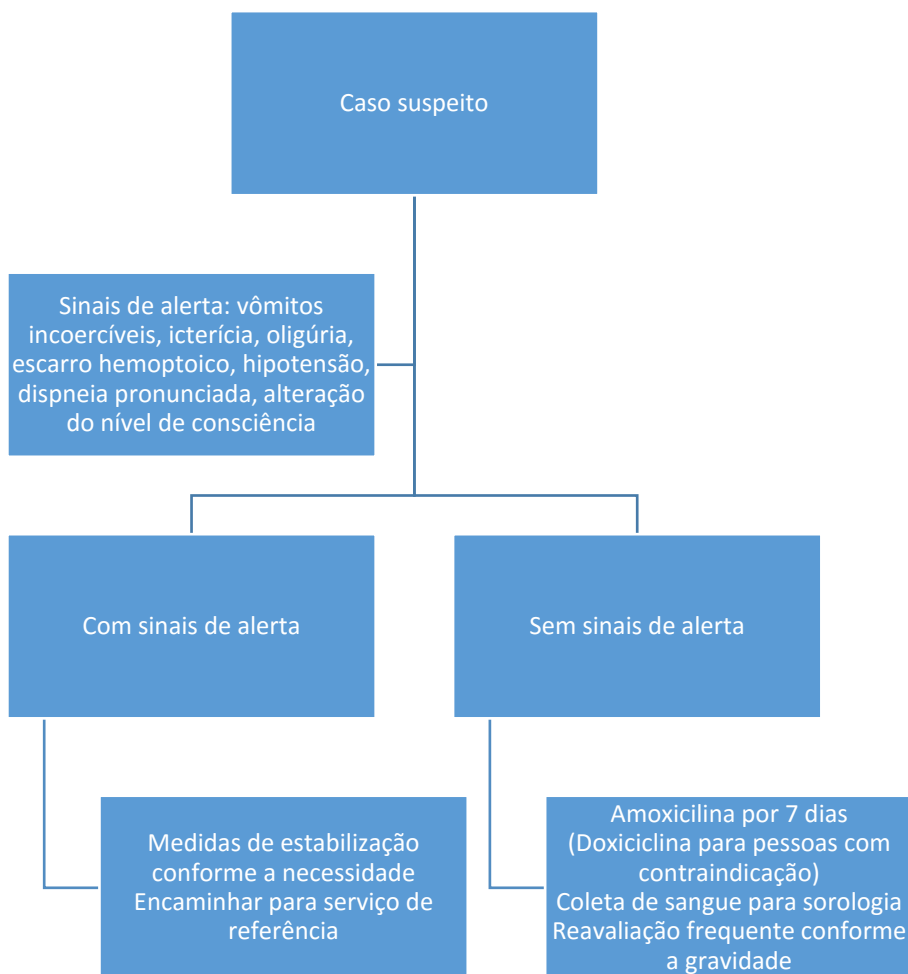
- Geralmente a fase aguda dura até 7 dias e traz, como sintomas pronunciados: febre, mialgia (especialmente nos membros inferiores e lombar), náuseas e vômitos, e sufusão conjuntival sem exsudato (final da fase aguda);

- Icterícia ou exantema, hepato ou esplenomegalia, cefaleia de intensidade variável também são observadas frequentemente;

- Uma fase tardia pode se desenvolver e geralmente traz complicações, como: insuficiência renal ou hepática, comprometimento respiratório ou choque;

- Notificar todos os casos suspeitos, não aguardar resultado de exame para iniciar tratamento;

MANEJO:



A antibioticoterapia está indicada em qualquer período da doença, mas sua eficácia parece ser maior na 1ª semana do início dos sintomas.

Fase Precoce:

Doxiciclina: 100 mg, VO de 12/12 horas por 5 a 7 dias

Amoxicilina:

Adultos: 500 mg, VO de 8/8 horas por 5 a 7 dias.

Crianças: 50 mg/Kg/dia, VO a cada 6 a 8 horas, por 5 a 7 dias

Atenção

A Doxiciclina não deve ser utilizada em crianças menores de 9 anos, mulheres grávidas e em pacientes portadores de nefropatias ou hepatopatias. A azitromicina e claritromicina são alternativas para pacientes com contra indicação para uso de amoxicilina e doxiciclina. Embora o uso de macrolídeos ainda não tenha sido avaliado em testes clínicos, sua eficácia já foi demonstrada em trabalhos experimentais.

NOTIFICAÇÃO:

Todos os casos suspeitos devem ser notificados e amostras de sangue devem ser colhidas para exames laboratoriais específicos.

SEGUIMENTO:

Exames iniciais – hemograma e bioquímica (ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, TGO, TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e CPK, Na⁺ e K⁺, VHS). Nas fases iniciais da doença, as alterações laboratoriais podem ser inespecíficas.

Exames específicos – Sorologia. O padrão ouro é o teste da aglutinação microscópica. Devem ser colhidas duas amostras sequenciais com intervalo de 7 a 21 dias. Considera-se positivo uma diluição maior ou igual a 1:800 ou aumento de 4x o valor do título.

Fazer retorno no dia seguinte para avaliar a evolução e adesão ao antibiótico, a partir de então fazer retorno a cada 1-3 dias até a alta.

QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia está indicada nos casos pós-exposição (enchentes, limpeza de fossas) e deve ser feita com doxiciclina 100mg VO 12/12h por 5-7 dias.

Nos casos pré-exposição como esportes aquáticos e exercícios militares deve ser administrada doxiciclina 200m VO 1x/semana, estando indicada apenas em casos de

curto período de exposição. Lembrando que seu uso é contraindicado em crianças menores que 8 anos e grávidas.

TABAGISMO O CUIDADO DA PESSOA TABAGISTA

O tabaco é consumido pela humanidade há milhares de anos. Antes relacionado ao poder e ao status social, o seu uso somente se disseminou na história mais recente, principalmente a partir da industrialização do cigarro e das ações intensivas de marketing, tornando-se um problema para os sistemas nacionais de saúde.

O seu uso contribui diretamente para o desenvolvimento de diversos agravos de saúde, cuja prevalência vem aumentando progressivamente no último século, gerando custos sociais e econômicos enormes. O tabaco, consumido de diferentes maneiras, configura-se hoje como a principal causa evitável de morte no Brasil e no mundo (BRASIL, 2015 CAB).

O tabagismo é, hoje, a principal causa global de morbimortalidade prevenível (BRASIL, 2001).

Nos últimos anos, o Brasil aprovou diversas regulamentações que tratam desde consumo de tabaco em espaços públicos, formas de propaganda, aumentos de impostos e regulamentação do uso de aditivos, até políticas de substituição da agricultura do tabaco por outros produtos agrícolas. Deve-se, em grande parte, a essas ações de impacto populacional a queda da prevalência do tabagismo na população brasileira observada nas últimas décadas (31,7% da população adulta em 1989 para 14,7% em 2013) (BRASIL, 1990; 2014e).

Algumas variáveis se associam à prevalência de tabagismo, em especial o sexo, a raça/cor, o tipo de região, a escolaridade e a renda. A prevalência de tabagismo é consistentemente superior no sexo masculino, na raça/cor preta e na região rural. Em relação à escolaridade, as proporções de fumantes são mais expressivas entre

aqueles com menor grau de instrução, reduzindo-se progressivamente à medida que se aumentam os anos de estudo. Além disso, a prevalência de fumantes encontrada também se apresenta inversamente proporcional à renda (BRASIL, 2011a; 2014e; 2014d).

Em famoso estudo prospectivo realizado no Reino Unido, constatou-se que o ato de parar de fumar, ainda que com idade mais avançada, aumenta a expectativa de vida da pessoa. Os fumantes que interromperam o processo aos 60 anos conquistaram pelo menos 3 anos de vida adicionais na expectativa de vida; aqueles que interromperam o tabagismo aos 50 anos ganharam 6; e os que o fizeram aos 40 obtiveram cerca de 9 anos adicionais. Os que pararam antes da meia-idade ganharam aproximadamente dez anos de vida e tiveram curvas de sobrevivência semelhantes às de pessoas que nunca fumaram (DOLL et al., 2004).

A cessação do tabagismo gera importantes benefícios em longo prazo na saúde das pessoas. Parar de fumar antes dos 50 anos provoca uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30% a 50% em ambos os sexos após dez anos sem fumar, e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar (BRASIL, 2001). Além da importante redução no risco relacionado às doenças crônicas, há outros benefícios relevantes com a cessação do tabagismo, como (BRASIL, 2001):

- Melhora da autoestima, do hálito, da coloração dos dentes e da vitalidade da pele.
- Melhora do convívio social com pessoas não tabagistas.
- Melhora no desempenho de atividades físicas.
- Redução dos danos ao meio ambiente: para cada 300 cigarros produzidos uma árvore é derrubada e o filtro do cigarro leva cerca de 100 anos para ser degradado na natureza.

Reconhecendo o tabagismo como importante e globalizado problema de saúde pública, por ocasião da 52ª Assembleia Mundial da Saúde, foi aprovado o texto final da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), entrando em vigor em 27 de fevereiro de 2005, sendo o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS. Até 19 de outubro de 2014, a CQCT contava com 168 países signatários e 179 ratificações, alcançando uma cobertura expressiva da população mundial, o que evidencia o reconhecimento da relevância da pauta e da necessidade de um esforço mundial, a partir de políticas globais, para o efetivo controle desta epidemia. O Brasil teve sua adesão ao CQCT ratificada em 27 de outubro de 2005, pelo Senado Federal, e progressivamente incorpora as medidas definidas na CQCT dentro de seu PNCT,

especialmente por meio da Comissão Nacional para Implementação da CQCT (CONICQ) e da Comissão de Internalização da CQTC (CICQTC) (BRASIL, 2014b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; 2014).

A OMS preconiza seis ações centrais para redução e prevenção do consumo do tabaco no âmbito mundial, a saber (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008):

- Monitorar o consumo do tabaco e as políticas de prevenção.
- Garantir às pessoas que não fumam um ambiente livre de tabaco.
- Oferecer ajuda a quem deseja parar de fumar.
- Advertir sobre os perigos do tabaco (incluindo as advertências nas carteiras de cigarro).
- Aplicar as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.
- Elevar os impostos sobre o cigarro (um aumento de 10% nos preços dos cigarros poderia reduzir o seu consumo de 4% – nos países de renda alta – a 8% – nos países de média e baixa renda).

O TABAGISMO PASSIVO E ATIVO

O tabagismo passivo consiste na inalação da fumaça de derivados do tabaco – cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo, narguilé e outros produtores de fumaça – por indivíduos não fumantes que convivem com fumantes (especialmente em ambientes fechados), também descrito como exposição à Poluição Tabagística Ambiental (PTA). A fumaça expelida contém, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo fumante após passar pelo filtro do cigarro. Estudos mostram que não há nível seguro de exposição ambiental à fumaça de tabaco (GLANTZ; PARMLEY, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1987; 2009a).

Estima-se que um terço dos adultos no mundo estão expostos à PTA e que cerca de 40% de todas as crianças também o estão. Estas, por terem a frequência respiratória mais elevada que o adulto, são mais vulneráveis aos efeitos da exposição, sendo que frequentemente já foram expostas às substâncias tóxicas do tabaco desde a vida intraútero. Presume-se que o tabagismo passivo seja responsável por aproximadamente 600 mil mortes prematuras por ano em todo o mundo, sendo 64% delas em mulheres e 31% em crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

O fumo passivo está relacionado a diversas doenças respiratórias como rinite, sinusite, otite, asma, Dpoc e câncer de pulmão, além do aumento em 30% do risco cardiovascular (RCV) do indivíduo. Gestantes e seus recém-nascidos expostos à fumaça de derivados do tabaco apresentam mais problemas de saúde. Além de doenças e óbitos, o tabagismo

passivo contribui também para a diminuição na fertilidade de homens e mulheres (FAUGHT; FLOURIS; CAIRNEY, 2009; FLOURIS; KOUTEDAKIS, 2011).

Efeitos imediatos do fumo passivo:

Irritação dos olhos e nariz

Dor de cabeça

Dor de garganta

Tosse

Efeitos de longo prazo do fumo passivo:

Em lactentes:

Risco cinco vezes maior de Síndrome da Morte Súbita Infantil

Aumento da frequência de doenças pulmonares diversas

Em crianças:

Redução do crescimento

Redução da função pulmonar

Aumento da frequência de tosse e chieira torácica

Desenvolvimento e/ou agravamento de asma

Aumento da frequência de outras doenças respiratórias, como pneumonia e bronquite

Aumento do risco cardiovascular quando na idade adulta

Em adultos:

Risco aumentado em 30% de câncer de pulmão

Risco aumentado em 24% de infarto do miocárdio

Aumento do risco de câncer de seios da face

Desenvolvimento e agravamento de bronquite crônica e enfisema

Fonte: Tabagismo Passivo (INCA, s/data).

A nicotina é considerada uma droga psicoativa (ou psicotrópica) estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), uma vez que é capaz de alterá-lo, provocando mudanças no humor, na percepção, no estado emocional, no comportamento e na aprendizagem. Para que a droga seja considerada de efeito psicoativo, é necessário haver evidências de que o comportamento para seu uso seja reforçado, em certa medida, pelo próprio efeito da substância, e esta situação se aplica ao cigarro. A nicotina provoca dependência, já que gera a necessidade compulsiva do uso dela, e o resultado disso é que o cigarro passa a ser controlador do comportamento do indivíduo (ISMAEL, 2007).

Observa-se que o indivíduo fuma por diferentes razões, destacando-se como as principais (CARVALHO, 2000; LABBADIA et al., 1995; LESHNER, 1996; SOUZA et al., 2009):

- Estimulação, onde o fumar pode ser percebido como modulador de s funções fisiológicas, melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal.
- Ritual, já que estão envolvidos vários passos até que se acenda o cigarro.
- Prazer, pois a nicotina induz a liberação de substâncias endógenas que aumentam a sensação de bem-estar por meio da estimulação no cérebro dos circuitos neuroquímicos de recompensa.
- Redução de ansiedade e estresse, importante efeito resultante da ligação química da nicotina com o seu receptor cerebral, com uma sensação momentânea de alívio dos sintomas de ansiedade e estresse.
- Hábito, aqui entendido como um condicionamento do fumar em determinadas situações ou circunstâncias, tais como logo após o almoço, por exemplo.
- Dependência, relacionada à perda do controle, compulsão do uso e tolerância da nicotina, classificada como dependência física/farmacológica, dependência psicológica ou dependência social/comportamental

Dependência física (Dependência química)

A nicotina, assim como as demais Drogas de Dependência, aumenta a liberação de diversos neurotransmissores no SNC, especialmente da dopamina nas sinapses neuronais do sistema mesolímbico. O cérebro dependente de nicotina, dessa forma, tem modificada a sua neurobiologia pelo uso contínuo da substância (ROSEMBERG, 2002; WISE; BOZARTH, 1987).

A nicotina inalada na fumaça do cigarro chega ao cérebro em um curto período de tempo –aproximadamente 10 segundos – onde alimenta os receptores das células cerebrais capazes de reconhecê-la. O organismo então reage à nicotina e adapta a sua funcionalidade à presença da substância, configurando o quadro de dependência física, geralmente no decorrer de um a três meses de uso.

“A Dependência Física indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substância, surgindo sintomas quando o uso da droga termina ou é diminuído” (SCHUCKIT,1991, p. 6). As principais adaptações relacionadas à Dependência Física são os fenômenos de Tolerância e Síndrome (ou Sintomas) de Abstinência (ROSEMBERG, 2002).

Define-se como Tolerância o aumento gradativo da quantidade necessária da droga – no caso, a nicotina – a ser consumida pelo indivíduo para se alcançar os mesmos efeitos. Dessa forma, quanto maior a tolerância, maior a necessidade da substância, o que acaba por resultar em maior dependência física dela (ROSEMBERG, 2002).

Já a Síndrome de Abstinência (ou Sintomas de Abstinência) refere-se ao surgimento de sinais e sintomas fisiológicos a partir da supressão do efeito da droga, conseqüente à redução dos estímulos no SNC, e que geralmente desaparecem rapidamente após o consumo da droga – no caso, o cigarro fumado. Os principais sintomas de abstinência da nicotina são elencados no (BRASIL, 1997; CARVALHO, 2000; ISMAEL 2007; ROSEMBERG, 2002).

Principais sintomas de abstinência à nicotina

- Forte desejo de fumar
- Inquietação
- Transpiração súbita e/ou excessiva
- Alterações do sono/insônia
- Sensação de tristeza/depressão
- Ansiedade
- Irritabilidade
- Agressividade
- Dificuldades de concentração
- Dor de cabeça
- Tontura
- Constipação intestinal

Tolerância e Sintomas de Abstinência levam o indivíduo ao uso cada vez mais frequente e intenso da droga, o que resulta na perda (ou dificuldade) do controle do seu consumo, ainda que consciente dos problemas interpessoais e/ou de saúde advindos do comportamento, definindo a Compulsão. Compõe-se, assim, a tríade da dependência física: (1) tolerância; (2) sintomas de abstinência; (3) compulsão (ROSEMBERG, 2003).

Dependência psicológica

A dependência psicológica consiste na ideação que a pessoa desenvolve quanto à necessidade da substância para se alcançar um equilíbrio ou percepção de bem-estar e, portanto, desempenha papel importante na manutenção do tabagismo. O cigarro atua como um regulador de situações emocionais e o seu uso pode ser associado pelo fumante a um melhor desempenho de suas funções cognitivas – a atenção, por exemplo – e conseqüentemente do seu rendimento. Em diversas circunstâncias, não existe necessidade orgânica de nicotina, porém o fumante usa o cigarro pela expectativa de alcançar

uma sensação prazerosa e, dessa forma, passar por situações adversas da vida de uma maneira menos sofrida (BRASIL, 1997; 2001; REINA; DAMASCENO; ORIVE, 2003; SCHUCKIT, 1991).

Esse tipo de dependência ocorre paralelamente à dependência física (química) e pode ser difícil de ser percebida e tratada. O cigarro frequentemente é usado para redução da ansiedade pelo fumante quando diante de uma situação de estresse. O fumo é ainda associado pela pessoa tabagista como meio de alívio da sensação de vazio e tristeza, e de busca por um “companheiro” em situações de solidão (ISMAEL, 2007).

Dependência comportamental (Condicionamento)

Além das dependências física e psicológica, existe uma associação do uso do cigarro a outros comportamentos e situações da pessoa fumante. Descreve-se como Dependência comportamental a compulsividade na busca por e no consumo da substância – no caso, a nicotina – a fim de evitar estados disfóricos, sendo resultante ou relacionada a determinadas atividades cotidianas (sociais, ocupacionais ou relacionais), que passam então a girar em torno daquela (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

O comportamento dependente é reforçado pelas consequências descritas acima da ação farmacológica (euforia/prazer) da nicotina, ou seja, o dependente de nicotina começa a associar humores, situações ou fatores ambientais específicos aos efeitos reforçadores da droga. Este é um aspecto de extrema importância na abordagem da cessação do tabagismo, já que pode com frequência acometer e acarretar a recidiva do uso da droga após um período de abstinência (ISMAEL, 2007).

Pela Teoria Comportamental da Dependência, o ato de fumar pode ser mantido especialmente pelo condicionamento, quando a associação do fumar após eventos específicos faz com que estes eventos se tornem fortes estímulos para manutenção do hábito. Os comportamentos visam à busca de prazer imediato e à fuga das situações que privam o sujeito de satisfação ou lhe causam sofrimento. A partir desta premissa, o Condicionamento clássico

descreve como um estímulo neutro pode ser transformado em estímulo condicionado por meio do aprendizado.

Assim, o fumante passa a buscar o cigarro em algumas situações condicionadas, referidas como Gatilhos. São situações frequentes de Gatilhos para o ato de fumar as refeições, as atividades intelectuais (como o uso do computador), a relação sexual, o consumo de café ou de bebidas alcoólicas, as ações de dirigir, usar o telefone ou ir ao banheiro (ISMAEL, 2007).

A imagem e a aceitação social referentes ao tabagismo, incluindo o desejo de “fazer parte do grupo”, já contribuíram intensamente na direção de se iniciar o consumo do cigarro, principalmente entre os adolescentes. Felizmente, a partir do esforço social e governamental para o controle do tabaco, elas têm sido paulatinamente desconstruídas, sendo a rejeição ao tabaco nos dias de hoje, com frequência, um motivo para a cessação do tabagismo, devido os problemas de socialização causados pelo cigarro.

A dependência à nicotina pode ser avaliada de forma qualitativa e quantitativa. A avaliação quantitativa ocorre por meio de perguntas fechadas padronizadas ao tabagista, visando reconhecer os sintomas da dependência física e sua intensidade. A avaliação qualitativa, reconhecendo os componentes psicológico e social da dependência, objetiva conhecer as razões e as situações que levam o tabagista a fumar.

Avaliação quantitativa – Questionário de Tolerância de Fagerström

O principal instrumento para a Avaliação Quantitativa da pessoa tabagista é o Questionário de Tolerância de Fagerström. Este instrumento fornece uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, que avalia o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão: quanto maior o escore obtido, maior o grau de dependência física. O Questionário de Fagerström é amplamente usado devido ao seu fácil entendimento e rápida aplicação, podendo ser aproveitado por qualquer membro da equipe de saúde. O instrumento auxilia o profissional nas primeiras abordagens frente à questão do tabagismo com o usuário, de modo a provocar uma reflexão acerca do processo de dependência e da possibilidade de se procurar o tratamento (FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989).

Questionários de Tolerância de Fagerström

1. Quantos cigarros você fuma por dia? (0) menos de 11 (1) de 11 a 20 (2) de 21 a 30 (3) mais de 30
2. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? (0) + de 60 min (1) entre 31 e 60 min (2) entre 06 e 30 min (3) menos de 6 min
3. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos? (0) não (1) sim
4. O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação? (0) não (1) sim
5. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia? (0) não (1) sim
6. Você fuma mesmo quando acamado por doença? (0) não (1) sim

Interpretação do Resultado:

- 0 a 2 pontos = muito baixa dependência física
 - 3 a 4 pontos = baixa dependência física
 - 5 pontos = média dependência física
 - 6 a 7 pontos = elevada dependência física
 - 8 a 10 = muito elevada dependência física
- Fonte: FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989.

Avaliação qualitativa – Escala de Razões para Fumar

A Avaliação Qualitativa pretende identificar em quais situações o fumante usa o cigarro, relacionando-se não só com a dependência física mas também com a dependência psicológica e o condicionamento. Dessa forma, a avaliação ajuda o próprio fumante a tomar consciência das situações de risco do seu dia a dia, além de auxiliar o profissional de saúde a identificar os principais pontos a serem trabalhados durante todo o processo da abordagem intensiva do fumante (SOUZA et al., 2009).

A principal escala usada para esta avaliação é a Escala de Razões para Fumar Modificada, desenvolvida em Língua Inglesa, atualmente traduzida e validada para a Língua Portuguesa.

Escala de Razões para Fumar Modificada Afirmações:

- 1) Eu fumo cigarros para me manter alerta.
- 2) Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo.
- 3) Fumar dá prazer e é relaxante.
- 4) Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.
- 5) Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.
- 6) Cigarros me fazem companhia, como um amigo íntimo.
- 7) Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.
- 8) É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.
- 9) Eu fumo para me estimular, para me animar.
- 10) Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.
- 11) Eu acho os cigarros prazerosos.
- 12) Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.
- 13) Controlar meu peso é uma razão muito importante pela qual eu fumo.
- 14) Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho outro aceso no cinzeiro.

- 15) Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.
- 16) Eu fumo cigarros para me “por para cima”.
- 17) Às vezes eu sinto que os cigarros são os meus melhores amigos.
- 18) Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações.
- 19) Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fi co um tempo sem fumar.
- 20) Eu já me peguei com um cigarro na boca sem me lembrar de tê-lo colocado lá.
- 21) Eu me preocupo em engordar se parar de fumar.

As alternativas e o peso das respostas para cada questão são:

- () Nunca {1}, () Raramente {2}, () Às vezes {3},
() Frequentemente {4}, () Sempre {5}

Fatores formados a partir dos itens elencados acima.

O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais.

Fator 1: Dependência (addiction): itens 5, 19

Fator 2: Prazer de fumar (pleasure): itens 3, 11

Fator 3: Redução da tensão (tension reduction): itens 4, 12, 18 Fator 4: Estimulação (stimulation): itens 1, 9, 16

Fator 5: Automatismo (automatism): itens 7, 14, 20

Fator 6: Manuseio (handling): itens 2, 10

Fator 7: Tabagismo social (social smoking): itens 8, 15 Fator 8: Controle de peso (weight control): itens 13, 21

Fator 9: Associação estreita (affiliative attachment): itens 6, 17

Para calcular o resultado da Escala: O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais. Considere como Fatores de Atenção na cessação de tabagismo aqueles com pontuação final maior que 2.

Entendendo o resultado da Escala:

- Dependência (física): caracterizada pelo tempo que o indivíduo consegue permanecer sem fumar e tem a ver com a tolerância da nicotina e com a redução dos sintomas de abstinência.
- Prazer de fumar: a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazer através das atividades neuroquímicas do cérebro nas vias de recompensa.

- Redução da tensão (relaxamento): a nicotina do cigarro chega aos receptores cerebrais, ajuda a diminuir a ansiedade/estresse que o fumante apresenta, dando-lhe uma sensação momentânea de alívio dela.
- Estimulação: o fumar é percebido como modulador de funções fisiológicas, melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal.
- Automatismo (hábito): condicionamento do fumar em determinadas situações, tais como logo após o almoço.
- Manuseio (ritual): envolve todos os passos dados até se acender o cigarro.
- Tabagismo social: fumar junto aos amigos, em situações de festa, em baladas, na praia.
- Controle do peso: envolve preocupações a respeito do ganho de peso relacionado à cessação do tabagismo.
- Associação estreita: definida por uma forte conexão emocional do tabagista com o fumo e o cigarro. Fonte: SOUZA et al., 2010.

Este instrumento pode ser usado na primeira abordagem e, também, como instrumento de acompanhamento do processo do usuário após algumas intervenções. Para aplicação dessa escala, o profissional pode solicitar ao usuário que preencha sozinho após orientação inicial, ou conduzir a leitura das afirmações, anotando as respostas fornecidas. É uma escala de rápida aplicação e deve ser aplicada de forma complementar ao Questionário de Tolerância de Fagerström com os usuários que demonstrarem disposição ou motivação para o tratamento do tabagismo (SOUZA et al., 2010).

As razões para fumar são agrupadas em nove fatores principais, sendo eles: dependência, prazer de fumar, redução da tensão, estimulação, automatismo, manuseio, tabagismo social, controle de peso e associação estreita. O escore final para cada um destes fatores é calculado a partir da média simples dos escores individuais para as questões relacionadas. Fatores com resultado superior a dois devem ser considerados Fatores de Atenção na abordagem e no acompanhamento do tabagista em cessação, pelo risco que representam de levar à recaída (SOUZA et al., 2010).

Estágios de motivação para cessação do tabagismo, segundo Prochaska e DiClemente

A motivação do fumante é um fator essencial de se trabalhar no processo de cessação do uso do tabaco e, contraditoriamente, um dos principais obstáculos para a equipe de saúde. Entende-se por motivação como uma “força interna” que leva a pessoa à ação e,

no campo dos cuidados em saúde, pode ser entendida como o estado de prontidão ou de avidez para uma determinada mudança (ou manutenção), ou seja, a intenção em engajar-se para esta, que pode oscilar ao longo do tempo a depender do contexto em que o tabagista se encontra (VERNON, 1973).

Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) desenvolveram um Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança, descrevendo etapas que podem ser identificadas no discurso da pessoa quando indagada acerca de sua vontade de mudança de hábito e de seus planos para buscar tratamento. A aplicação deste método no contexto da cessação do tabagismo é simples, baseando-se em informações que podem ser coletadas por qualquer profissional da equipe de saúde no acolhimento ao usuário. Cabe ao profissional identificar quais os elementos que mais surgem na fala da pessoa e aplicá-los a um dos seis estágios, descritas a seguir e esquematizadas na Roda de Prochaska (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992):

- Pré-contemplação (“Eu não vou”) – Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão.

“Eu não quero parar de fumar”.

- Contemplação (“Eu poderia”) – Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente.

“Eu quero parar de fumar, mas não sei quando”.

- Preparação (“Eu vou / Eu posso”) – Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas.

“Eu tenho tentado parar de fumar de um tempo para cá” ou “Eu tenho uma data e um esquema para começar nos próximos 30 dias”.

- Ação (“Eu faço”) – Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança.

“Eu tenho feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar pelo menos um dia inteiro durante este período”.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica

- Manutenção (“Eu tenho”) – Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.

“Eu parei de fumar”.

- Recaída – Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.

“Eu voltei a fumar regularmente”.

Estágios motivacionais – Roda de Prochaska



Fonte: PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992. Com adaptações.

A identificação de qual estágio motivacional o usuário se encontra é de extrema importância no momento de se elaborar estratégias para intervenções. Cabe ao profissional de saúde assistente auxiliar o indivíduo na mudança de estágio de motivação em direção à manutenção da cessação do tabaco. A meta deve ser alcançar o estágio motivacional adjacente: as estratégias de abordagem, portanto, variam radicalmente a depender do estágio motivacional onde o indivíduo se encontra.

Tarefas motivacionais segundo o estágio motivacional do indivíduo

Pré-contemplação

Levantar dúvidas – aumentar a percepção do usuário sobre os riscos e problemas do comportamento atual.

Contemplação

“Inclinar a balança” – evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a autossuficiência do usuário para a mudança do comportamento atual.

Preparação

Ajudar o usuário a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.

Ação

Ajudar o usuário a dar passos rumo à mudança.

Manutenção

Ajudar o usuário a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.

Recaída

Ajudar o usuário a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

As etapas da “pré-contemplação” e da “recaída” podem exigir um manejo menos demandante por parte do profissional de saúde. Na primeira, o usuário tabagista ainda apresenta resistência à ideia da cessação e se utiliza de mecanismos de defesa, como a

negação, para evitar enxergar a situação que vive como um problema. Nesse momento, o mais importante é buscar o fortalecimento do vínculo da pessoa com a unidade de saúde e oferecer orientações acerca do tabagismo, sem ser insistente ou excessivamente afirmativo na abordagem. Já na etapa de recaída, o usuário pode estar bastante frágil, sendo necessário investir num acolhimento empático frente ao momento, valorizando o esforço da pessoa e evitando julgamentos ou cobranças que possam resultar em um afastamento da pessoa do serviço.

ATITUDES E POSTURA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O sucesso do tratamento está estreitamente ligado à interação que se estabelece entre o usuário, a equipe profissional e o apoio sociofamiliar. Para a efetividade do tratamento para cessação, os seguintes aspectos relacionados a atitudes e posturas do profissional de saúde são fundamentais que sejam observados, desde o primeiro momento do atendimento, e mantidos ao longo de todo o acompanhamento:

. Acolhimento e empatia – Importante entender que a relação do usuário com o tabagismo, muitas vezes, é permeada por um sentimento de ambivalência, por meio do qual ele pode estar consciente dos malefícios do hábito e da importância do tratamento, mas pese intimamente a dimensão “positiva” (“o cigarro me ajuda a ficar mais calmo”, por exemplo) ou prazerosa de fumar.

. Estimular a mudança de atitude para alcance da abstinência.

. Informar o usuário sobre o que é a dependência química, os seus malefícios, quais sintomas ele poderá experimentar ao parar de fumar, quais métodos para cessação estão disponíveis, qual o papel do medicamento e quais os tipos de medicamentos.

Estimular que o usuário defina uma data de parada (“dia D”) ou pense em estabelecê-la futuramente, podendo, para isso, reduzir gradualmente o número de cigarros diários ou estipular uma interrupção súbita, sendo esta uma escolha da pessoa, e enfatizando que se não conseguir na primeira tentativa outras vezes poderão ser tentadas, até que ele obtenha êxito em sua meta.

- . Alertar o usuário sobre os riscos de recaída e da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.
- . Destacar que é importante que o usuário permaneça em acompanhamento até o final do tratamento, mesmo após ter parado de fumar.
- . Havendo recaída, o profissional não deve se sentir fracassado, e sim entender as dificuldades da manutenção da abstinência devido à síndrome de abstinência e, a partir, daí estimular o usuário a tentar novamente e aprender a identificar as situações de risco que culminaram com a recaída, lembrando que a grande maioria dos tabagistas alcançarão a cessação definitiva com duas ou mais tentativas.

INTERVENÇÕES E TRATAMENTO

As estratégias usadas para o tratamento para cessação do tabagismo podem ser divididas em intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental, com ênfase nesta última, que representa o alicerce principal do tratamento. O tratamento medicamentoso aumenta significativamente as chances de o fumante alcançar a cessação completa, mas desempenha um papel auxiliar no acompanhamento do indivíduo.

Algumas teorias embasam o tratamento não farmacológico, empoderando e motivando o indivíduo para a cessação definitiva, sendo as principais a entrevista motivacional e a abordagem centrada na pessoa.

A entrevista motivacional (EM) é uma forma de entrevista clínica cujo objetivo é trabalhar e aumentar a motivação do usuário para mudança de comportamento, geralmente referente a mudanças de hábitos de vida e adesão a tratamentos. Para isso, assume um espírito colaborativo; evocativo e que respeita a autonomia da pessoa³. A EM, portanto, nada mais é do que um diálogo entre usuário e profissional da Saúde, que por meio de estratégias bem definidas, traz o indivíduo para o foco do tratamento em questão. A EM possui, para isso, quatro princípios orientadores, que são: (1) resistir ao reflexo de consertar as coisas; (2) entender e explorar as motivações do usuário; (3)

escutar com empatia e (4) fortalecer o usuário, estimulando a esperança e o otimismo (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Segundo Miller e Rollnick (2001), a EM é uma alternativa viável no tratamento de comportamentos dependentes, dentro das intervenções breves, uma vez que o impacto inicial parece ter influência na mudança de comportamento e na motivação que a promove. Algumas estratégias apoiam substancialmente a adesão da pessoa ao tratamento proposto. Elas foram didaticamente divididas em sete passos, expostos a seguir, com a sua devida interpretação para aplicação no contexto da cessação do tabagismo (MILLER; ROLLNICK, 2001):

Passo 1 – Oferecer orientação/informação: pequenas informações dadas a respeito dos malefícios do cigarro e dos benefícios de sua cessação em uma consulta podem ajudar efetivamente o indivíduo a ponderar sobre a decisão de parar de fumar – e mais do que os profissionais de saúde imaginam. Exemplos: “o cigarro aumenta as chances de se ter um infarto do miocárdio”, “quando uma pessoa para de fumar, em dez anos o risco de câncer de pulmão já cai pela metade”, ou “quando se para de fumar, em 48 horas já há uma importante melhora no olfato e no paladar” etc.

Passo 2 – Remover as barreiras e auxiliar nos obstáculos: as barreiras e os obstáculos são todos os aspectos que impedem e/ou dificultam a pessoa a procurar/receber ajuda. Analisando-se as barreiras e ponderando com o indivíduo, o profissional de saúde pode ajudá-lo a seguir adiante para a resolução do problema. Exemplo: “o usuário aponta que o horário de funcionamento da unidade não torna possível aderir ao grupo ou alega que é um momento difícil de vida para parar de fumar”. Nesses casos, pode-se ponderar com o indivíduo a importância de se colocar o objetivo de parar de fumar em um lugar de destaque e apontar possíveis soluções/ajustes: “podemos enviar um atestado de comparecimento para seu trabalho”, “não há algum colega que possa assumir seu turno nesses dias?”, “não existe ‘momento certo’ ou ‘fácil’ para parar de fumar, o importante é você estar motivado com a nossa ajuda”.

Passo 3 – Proporcionar escolhas: ajudar a pessoa a fazer escolhas não é menos importante, pois aumenta a probabilidade de sucesso quando ela pode escolher a que melhor lhe convenha. O profissional deve auxiliar o usuário ao oferecer e estimular a busca pelo máximo de informações acerca das opções disponíveis, ajudando,

posteriormente, a organizar listas de prós e contras ou de desfechos possíveis para cada escolha realizada, facilitando o processo de decisão consciente. Exemplo: “a goma de nicotina mostrou aumentar as chances de se parar de fumar, mas muitas pessoas se queixam que ela deixa um gosto ruim na boca”.

Passo 4 – Diminuir o aspecto indesejável do comportamento: é comum o fumante dizer que, fumando, ele consegue relaxar. Ora, realmente ele relaxa por 20 ou 30 minutos. Passado o efeito da nicotina, porém, ele precisará acender outro cigarro. Discute-se com ele se esta é a melhor forma de lidar com a ansiedade ou se ele pode pensar em outras coisas que solucionem e não adiem o problema.

Passo 5 – Praticar empatia: a empatia, neste caso, traduz-se por uma compreensão daquilo que o fumante vivencia e sente através da escuta reflexiva. Praticar a empatia é uma maneira também de acolher o fumante e mostrar a ele que tem com quem contar durante o processo de cessação.

Passo 6 – Dar feedbacks: o feedback é necessário a cada encontro, pois é por intermédio dele que reforçamos as condutas positivas do indivíduo em busca da mudança de comportamento. É de extrema importância valorizar verbalmente quando o usuário fala sobre suas dificuldades no processo do tratamento, apontando os resultados atingidos até o momento e estipulando os próximos passos. Exemplos: “percebo que você está mais aberto para falar no grupo sobre esse processo, que está trazendo as dificuldades que sente em não fumar nos finais de semana. Até agora você conseguiu diminuir o número de cigarros consumidos durante o dia de trabalho, isso é bastante importante, agora vamos buscar fumar menos à noite.

Passo 7 – Esclarecer objetivos e ajudar ativamente: em relação aos objetivos, a partir do momento que se estabelecem metas alcançáveis e se dá feedback, a mudança torna-se mais provável e mais duradoura. É fundamental que o profissional de saúde conheça bem o problema que estará enfrentando e transmita segurança ao indivíduo para poder ajudá-lo ativamente, demonstrando interesse real, garantindo que o indivíduo possa buscar ajuda quando necessário, evitando que ele desista do tratamento proposto.

Durante esse processo de acompanhamento para a mudança, o profissional da Saúde deve evitar (MILLER; ROLLNICK, 2001):

- Argumentações e confrontos: lembrar-se do respeito à autonomia da pessoa.
- Perguntas para respostas curtas (do tipo “sim” e “não”).
- Rotulações.
- Foco em questões que o usuário ainda não está aceitando bem ou pronto para falar: as razões para motivação devem ser do indivíduo e não do profissional de saúde.
- Culpabilização do usuário: a motivação é flutuante e depende estreitamente do contexto de vida da pessoa.
- Prescrição exagerada (de medicamentos, de condutas, de exigências etc.) ou orientação insuficiente.
- Subestimar a ambivalência.

Mais adiante, serão expostas as abordagens propostas para avaliação e seguimento das pessoas tabagistas motivadas para cessação. Em todas elas, os elementos da EM apresentados anteriormente estarão presentes, intrinsecamente relacionados aos Estágios de motivação para mudança – “Roda de Prochaska” (PROCHASKA; DICLEMENTE; N

Método clínico centrado na pessoa (abordagem centrada na pessoa)

A entrevista motivacional diferencia-se da abordagem clínica tradicional por, com a finalidade de promover a motivação para mudança, desviar o foco do tratamento para a pessoa atendida. Lógica semelhante embasou diversas teorias do que ficou conhecida como abordagem centrada na pessoa. Esta propõe um novo modelo para a relação médico-usuário (adequado também para a relação terapêutica estabelecida por outros profissionais de saúde), motivada pela insatisfação de usuários e profissionais de saúde, tanto ao modelo tradicional de consulta (denominada ora “centrada no médico/profissional”, ora “centrada na doença”) quanto ao processo comunicativo desenvolvido durante a consulta e aos resultados dela, respectivamente.

Apesar das semelhanças e correspondências, a abordagem centrada na pessoa é mais ampla que a EM, já que diz respeito a todo o processo comunicativo no acompanhamento das pessoas e não somente direcionada à motivação.

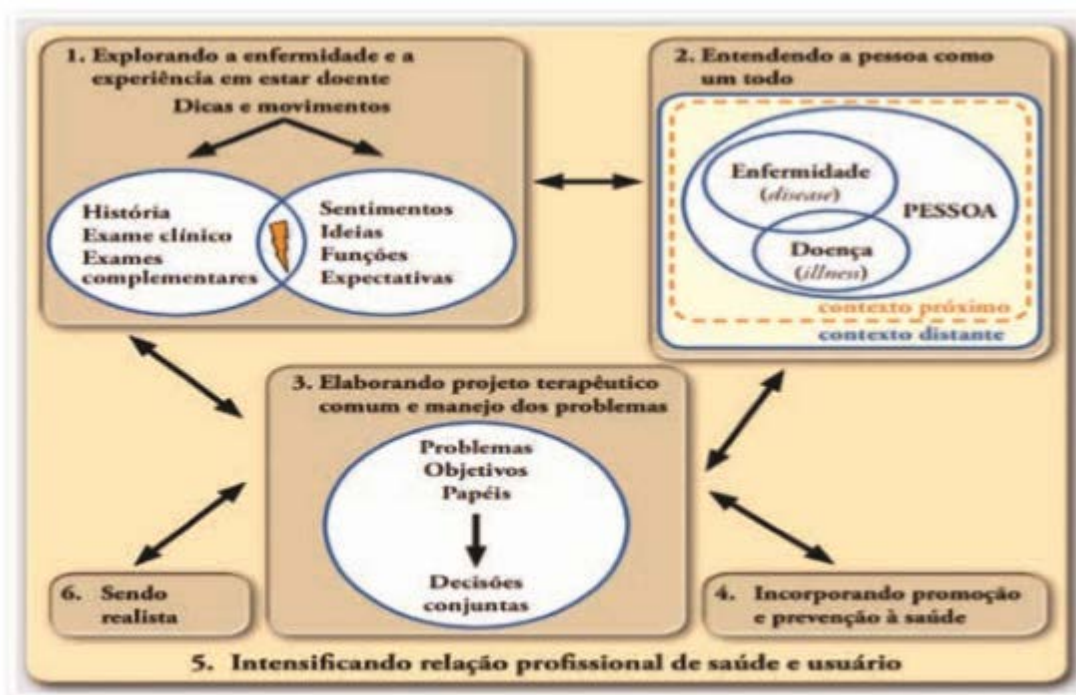
Entre as várias teorias existentes neste campo, destaca-se a desenvolvida por Ian McWhinney, Moira Stewart e Joseph Levenstein, denominada como método clínico centrado na pessoa, onde são identificados seis componentes inter-relacionados:

- 1) explorar a doença e o adoecimento;
- 2) compreender a pessoa como um todo;
- 3) negociar um terreno comum;
- 4) incorporar prevenção e promoção;
- 5) incrementar a relação médico-paciente;
- 6) ser realista (STEWART et al., 2010).

O método clínico centrado na pessoa auxilia no entendimento que nenhum fumante é igual a outro. Sentimentos e ideias, funcionalidades e expectativas variam radicalmente de pessoa para pessoa, da mesma maneira como são distintas as razões de fumar para cada indivíduo – primeiro componente (expostas na Avaliação Qualitativa do Tabagismo, descrita anteriormente).

Cada indivíduo possui um contexto próprio, seja este mais próximo, como o ambiente familiar e os círculos sociais, seja mais distante, como o momento histórico da sua comunidade, cidade ou país – segundo componente. E, por fim, a cessação frequentemente se torna inviável se oferecida de modo vertical e intransigente pelo profissional de saúde, sendo essencial a definição de um plano comum, partindo das preferências e possibilidades apresentadas pelo indivíduo quanto à modalidade e ao momento mais adequado – terceiro componente.

OS SEIS COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA



Fonte: CERON, 2012 (adaptado de STEWART et al., 2010).

Desta forma, a EM e o método clínico centrado na pessoa embasam teoricamente a relação e a comunicação desejáveis entre profissional de saúde e indivíduo no contexto da cessação do tabagismo, e podem também ser aproveitadas nos demais cenários da prática clínica, dentro da lógica de um cuidado integral e longitudinal de saúde do indivíduo.

Abordagem cognitivo-comportamental

O acompanhamento para cessação do tabagismo embasa-se principalmente na abordagem cognitivo-comportamental, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os dois principais componentes dessa abordagem são: (1) detecção de situações de risco de recaída e (2) desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (BRASIL, 2001).

A dependência química em geral, incluída aqui a dependência à nicotina, resulta de uma interação complexa entre cognição (pensamentos, crenças, ideias, esquemas, valores, opiniões, expectativas e suposições), comportamentos, emoções, relacionamentos familiares e sociais, influências culturais e processos biológicos e

fisiológicos. Para se alterar efetivamente, portanto, um comportamento (por exemplo, o ato de fumar), deve-se inicialmente identificar os pensamentos disfuncionais e as crenças associados a este ato (SILVA; SERRA, 2004; ISMAEL, 2007).

Os fumantes frequentemente sofrem de ansiedade e o tabaco acaba sendo usado por estes como um meio (muitas vezes, o único) de minimizar o problema. Fumar gera sensação de tranquilidade na situação vivenciada, muitas vezes proporcionando ao fumante o adiamento de um enfrentamento real da situação. Os recursos pessoais para lidar com situações de estresse são muitas vezes subestimados e/ou ignorados. Com a redução do efeito da nicotina, a ansiedade progressivamente retorna, o que leva o fumante ao próximo cigarro, perpetuando o ciclo.

A abordagem cognitivo-comportamental ajuda a reestruturar crenças disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva para avaliar situações específicas. Dessa forma, a abordagem cognitivo-comportamental é a base do tratamento para a Cessação do Tabagismo, tendo o tratamento medicamentoso – quando presente – um papel auxiliar neste contexto (BRASIL, 2001; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

A abordagem procura, a partir dos seus dois principais pilares – (1) detecção de situações de risco de recaída; e (2) desenvolvimento de estratégias de enfrentamento – produzir modificações no pensamento e no sistema de crenças do usuário, para assim promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras. Diversas estratégias podem ser usadas para este fim, algumas das quais estão expostas :

Principais técnicas cognitivas e comportamentais usadas no tratamento de cessação de tabagismo

- Identificação de pensamentos disfuncionais que trazem sentimentos ruins.
- Auto-observação dos comportamentos relacionados ao hábito de fumar.
- Orientação para identificação do pensamento relacionado às suas crenças.
- Identificação e aprendizado de padrões de pensamentos funcionais.
- Reatribuição, que significa treinar o usuário para mudar a forma como ele atribui significado a determinadas situações.
- Descatastrofização, que é ensinar ao usuário como lidar em determinadas situações, mostrando que a ansiedade, naquele momento, dura muito pouco.
- Técnicas de relaxamento, nas quais são mais utilizados o exercício de respiração profunda e o relaxamento muscular progressivo, para aprender a lidar com a ansiedade.

- Adiamento, quando o usuário adia cada momento antes de acender o cigarro, como forma de autocontrole.
- Treino de assertividade, para que ele possa enfrentar situações onde é tentado a fumar. Ou mesmo procurar dizer, da forma mais adequada, algo que o incomode, como forma de não aumentar sua ansiedade.
- Quebra de condicionamento, que significa sair do local ao qual o usuário associou o cigarro.
- Autoinstrução, situação em que o participante é ensinado a argumentar consigo mesmo sobre a situação que tenta induzi-lo a fumar.
- Solução de problemas, para que o usuário seja ensinado sobre formas adequadas de resolver uma situação problemática (onde antes a resposta seria fumar). Portanto, ele é treinado a buscar estas respostas.
- Exposição e prevenção de respostas – por exemplo, o fumante é treinado em várias situações reais que podem levá-lo a fumar, e ele deve achar a resposta alternativa para não fazê-lo. Fonte: ISMAEL, 2007; RANGÉ, 2001.

Vale ressaltar que tais técnicas, utilizadas como importantes ferramentas para o trabalho cognitivo dos usuários, não representam solução protocolar e mágica para um indivíduo “robotizado”. É essencial verificar como ele se sente quando tenta usar cada técnica, do ponto de vista das emoções e sentimentos. Para que a técnica funcione, a pessoa deve ser incentivada a usá-la, escolhendo as modalidades em que percebe uma resposta mais satisfatória e apropriando-se delas, e reconhecer que tipo de sentimento surge em cada circunstância, aprendendo a como lidar com ele.

As abordagens para cessação de tabagismo são classificadas como (1) Mínima (ou Breve), (2) Básica ou (3) Intensiva, a partir do tempo investido no contato entre a pessoa e o profissional de saúde – respectivamente menor que 3 minutos, entre 3 e 10 minutos, e maior que 10 minutos (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

A abordagem intensiva mostrou-se mais eficaz que as demais. Por outro lado, a abordagem mínima, com seus efeitos apenas modestos para o indivíduo, apresenta potencial substancial em termos de saúde pública e, por isso, não deve ser menosprezada pelos profissionais de saúde (ZWAR et al., 2011).

Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo (FIORE et al., 2008a; GORIN; HECK, 2004;).

Abordagem Mínima/Breve

A abordagem mínima (breve) é definida como o contato profissional-usuário inferior a 3 minutos para cada encontro. Embora não seja considerada a forma ideal de atendimento, mostrou-se que ela pode produzir resultados significativos e, pela maior disponibilidade dos profissionais para realizarem este tipo de abordagem na prática clínica, o impacto final no âmbito de saúde pública é potencialmente substancial. Ela é especialmente interessante para profissionais de saúde que apresentam dificuldades no acompanhamento do indivíduo, como aqueles trabalhadores de Pronto Atendimento e Triagens (BRASIL, 2001; ZWAR et al., 2011).

A abordagem mínima é resumida no mnemônico Paap: perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para a cessação, sem haver um acompanhamento posterior.

Uma proposta de organização dos passos Paap, baseado segundo o Consenso Abordagem e Tratamento do Fumante (2001)

Abordagem mínima ou breve (Paap)

Objetivo: Perguntar, avaliar, aconselhar a pessoa a parar de fumar sem que seja feito o acompanhamento do processo de cessação.

Quem faz? Ela deve ser oferecida por TODOS os profissionais de saúde em suas consultas de rotina, pois, apesar de seu efeito ser relativamente pequeno, essa intervenção pode ter um importante impacto em termos populacionais, devido ao grande número de fumantes que são rotineiramente atendidos por profissionais de saúde.

Estudos compararam os resultados dos aconselhamentos dados por médicos com os dados por outros profissionais (dentistas, enfermeiros, psicólogos), evidenciando que as intervenções dos profissionais de saúde, em geral, apresentam efetividade similar no aconselhamento para cessação do tabagismo (FIORE et al., 2008a).

Quando se faz? Pode ser feita em um pronto atendimento, no acolhimento à demanda espontânea ou durante as consultas. A demanda espontânea pode ser um bom momento para sensibilizar o fumante para tratamento, principalmente quando a sua queixa tem relação com o hábito de fumar.

Quais os benefícios? Abordagem prática, pode ser realizada durante um contato breve com o usuário e pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que muitas pessoas sejam beneficiados. Fonte: BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; PINÉ-ABATA et al. 2013.

Abordagem básica

A abordagem básica é definida como o contato profissional-usuário entre 3 e 10 minutos de duração para cada encontro. Um pouco mais prolongada, é mais indicada por apresentar maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo que a anterior (abordagem mínima/ breve).

Uma diferença importante desta abordagem é a previsão de um acompanhamento do indivíduo, essencial para o feedback entre profissional e tabagista em cessação sobre os avanços alcançados e as dificuldades encontradas (BRASIL, 2001).

A abordagem básica é resumida no mnemônico Paapa: perguntar e avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar.

Uma proposta de organização dos passos Paapa, baseado segundo o Consenso Abordagem e Tratamento do Fumante (2001)

Abordagem básica (Paapa)

Objetivo: Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a pessoa para a interrupção do tabagismo.

Quem faz? Qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 10 minutos, em média, em cada contato que o usuário faz. Ele deve ser questionado e perguntado sistematicamente a cada consulta e retorno sobre a evolução do processo de cessação. Indicada a todos os fumantes.

Quais os benefícios? É mais recomendada que a anterior (Paap), porque prevê o retorno do usuário para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se

em uma importante estratégia para manutenção da cessação. Fonte: BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012.

Abordagem intensiva/específica

A abordagem intensiva (também denominada específica) é definida como o contato profissional-usuário superior a 10 minutos de duração para cada encontro. É a abordagem mais indicada, sempre que factível, por apresentar as maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo. Uma meta-análise concluiu que a chance de se alcançar a abstinência do tabaco, em comparação a nenhum contato profissional-usuário, é 1,3 vezes para a abordagem mínima/ breve (< 3 minutos), 1,6 vezes a abordagem de baixa intensidade/básica (3-10 minutos), e 2,3 vezes para a abordagem de alta intensidade/intensiva (> 10 minutos).

A principal diferença para a abordagem básica, como o próprio nome sugere, é a intensidade do acompanhamento, disponibilizando um maior período de tempo para análise e discussão dos avanços alcançados, das dificuldades encontradas e das informações relacionadas (BRASIL, 2001).

A abordagem intensiva é resumida, tal qual a abordagem básica, no mnemônico Paapa: perguntar e avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar.

Abordagem intensiva específica (Paapa)

Objetivo: Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar sistematicamente o fumante para a interrupção do tabagismo.

Quem faz? Profissionais de saúde, prioritariamente da Atenção Básica, com disponibilidade para realizar acompanhamento mais aprofundado e prolongado com o tabagista em cessação.

Quais os benefícios? Neste caso, o usuário terá acompanhamento intensivo e sequencial, permitindo uma taxa de abandono ao tratamento maior do que a esperada nos casos anteriores.

Estudos mostram que, quanto maior o tempo total da abordagem, maior a taxa de abstinência. Porém, a partir de um tempo de abordagem de 90 minutos, não há aumento adicional da taxa de abandono.

Como fazer? Usa-se, assim como para as demais abordagens, aspectos da abordagem cognitivocomportamental, tanto em grupo quanto individualmente, podendo ter ou não apoio medicamentoso.

A intervenção motivacional é ferramenta importante que deve ser constantemente usada durante o processo de tratamento do fumante, desde a motivação para a tentativa da cessação até a manutenção a fim de se evitar a recaída. Fonte: BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; LANCASTER; STEAD, 2005; SERLIN et al., 2012.

A abordagem intensiva pode ser realizada nas modalidades individual ou em grupo, com eficácias semelhantes para a cessação do tabagismo. A depender das condições da equipe de saúde, ambas as modalidades podem ser oferecidas ao fumante que, ao ter opção de escolha, sente-se mais motivado e apresenta maior sucesso para cessação definitiva do tabagismo. Entretanto, a depender das circunstâncias do indivíduo, uma modalidade poderá ser mais indicada do que outra.

Aspectos importantes a serem considerados são (LANCASTER; STEAD, 2005; ZIEDONIS et al., 2008):

- A aptidão e o conforto do usuário para participar de sessões individuais ou em grupo.
- Transtornos de ansiedade, distúrbio de pânico, esquizofrenia, depressão maior ou outros transtornos de Saúde Mental não estabilizados, os quais justificam um acompanhamento individual mais próximo.
- Déficits auditivos, cognitivos ou outras situações especiais que prejudique o indivíduo em uma abordagem em grupo.

A abordagem individual permite ao profissional dispensar de mais tempo a um mesmo usuário, o que permite a exposição e a compreensão de suas dificuldades e reações diante de situações de risco em fumar, bem como o detalhamento e os ajustes no seu plano de tratamento.

Entretanto, deve-se considerar que a opção individual não precisa necessariamente ser definitiva. A evolução do tratamento pode indicar uma mudança na modalidade de acompanhamento que se mostre mais adequada à pessoa em diferentes momentos. Além disso, o acompanhamento individual exige do profissional uma importante disponibilidade de tempo, enquanto o tratamento em grupo permite que um número maior de pessoas seja tratado, quando possível, podendo tornar este último mais viável e custo-efetivo que a abordagem individual. Esta situação remete ao sexto componente do

método clínico centrado na pessoa, que evidencia a necessidade do profissional de saúde ser realista quanto às condições presentes, a fim de não prejudicar a coletividade que acompanha (LANCASTER; STEAD, 2005).

O tratamento em grupo tem como uma de suas principais vantagens o fato de possibilitar a troca de experiências entre os participantes, aspecto terapêutico de grande valia e que contribui significativamente para o processo de cessação. Por outro lado, há de se destacar a necessária habilidade e empatia do profissional para que este possa conduzir adequadamente o tratamento em grupo (LANCASTER; STEAD, 2005).

Organização do grupo para cessação do tabagismo

A organização de grupos para cessação de tabagismo proposta pelo Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (2001) e adotada aqui é de quatro sessões estruturadas de duração de 90 minutos cada, com periodicidade semanal. Essa proposição de estrutura de grupo requer, ainda, que cada profissional e equipe adaptem o método à sua realidade e às necessidades da sua comunidade: por vezes será necessário aumentar o número de sessões ou condensá-las, para garantir mais acesso.

É essencial que o profissional e a equipe avaliem os resultados encontrados com o modelo de intervenção adotado (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a

– Por que quatro sessões?

A partir de estudos de tratamento combinado (abordagem cognitivo-comportamental e medicamentos), demonstrou-se que quanto maior o número de sessões, maior é a taxa de abstinência ao tabaco alcançada. Entretanto, o tratamento com quatro a oito sessões é o que apresenta com melhor relação custo-benefício. Embora a utilização das intervenções mais intensivas possa produzir maiores taxas de abstinência, as diferenças são menos expressivas, e estas intervenções frequentemente apresentam alcance limitado por conseguir incluir apenas poucos fumantes, o que pode ser inviável em alguns muitos cenários da Atenção Básica (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

– Por que 90 minutos por sessão?

Em relação à duração das sessões, o tempo de 90 minutos parece ser o ideal. A efetividade do tratamento para cessação do tabagismo aumenta constantemente desde duração do contato profissional-usuário de 1-3 minutos até 31-90 minutos. Abordagens mais prolongadas que isso não se mostraram significativamente mais efetivas para alcance da abstinência e, portanto, sugere-se ser evitadas, a fim de prevenir sobrecarga à equipe (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

– O acompanhamento

Após as quatro sessões iniciais, recomenda-se acompanhamento posterior, com retornos inicialmente quinzenais, no primeiro mês após o término do grupo, e progressivamente espaçados, a fim de aumentar as taxas de manutenção da cessação .

Ao contrário das quatro primeiras sessões, nas quais se recomenda uma estruturação prévia, o seguimento de prevenção de recaída pode seguir no modelo de grupos abertos, prescindindo de uma estrutura fixa, cuja função principal seja a promoção de um espaço de apoio mútuo e disposição de informações.

O objetivo central da abordagem é ajudar efetivamente os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a).

– Proposta de cronograma para acompanhamento de grupo de cessação do tabagismo

Proposta de seguimento de prevenção de recaída:

1º encontro de seguimento – 15 dias

2º encontro de seguimento – 30 dias

3º encontro de seguimento – 60 dias

4º encontro de seguimento – 90 dias

5º encontro de seguimento – 180 dias

6º encontro de seguimento – 12 meses

Notas: Esta proposta se aplica tanto para acompanhamento individual quanto em grupo. A proposta acima deve ser adaptada à realidade e às necessidades locais

Tratamento medicamentoso

Como exposto anteriormente, os principais componentes do tratamento para cessação do tabagismo são a abordagem cognitivo-comportamental e o apoio farmacológico, sendo o primeiro o principal alicerce do acompanhamento e o segundo, um auxiliar. O tratamento medicamentoso visa, basicamente, ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina, portanto voltado apenas ao que se refere à dependência física. Assim, entende-se seu papel de auxiliar na cessação do tabagismo, que envolve dependências física, psíquica e social (condicionamento) (FIORE, 2000; SULS et al., 2012).

Meta-análises descobriram que a abordagem farmacológica, associada a cognitivocomportamental aumenta substancialmente o sucesso da cessação de fumar (FIORE, 2000, FIORE et al., 2008b, FIORE et al., 2009; GORIN; HECK, 2004).

A taxa de abstinência chega a triplicar com o tratamento farmacológico associado às intervenções comportamentais e motivacionais, sendo significativamente superior a qualquer uma dessas intervenções isoladas (LAI et al., 2010; STEAD; LANCASTER, 2012).

Critérios para utilização de farmacoterapia na cessação de tabagismo

Preencher algum dos critérios a seguir:

1. Ser fumantes pesados, definidos pelo consumo de 20 ou mais cigarros ao dia.
2. Fumar o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar com consumo mínimo de dez cigarros por dia.
3. Escore de Fagerström igual ou maior a cinco, ou dependência moderada ou grave segundo avaliação individual.
4. Tentativa anterior sem êxito devido a sintomas de abstinência a nicotina. E obrigatoriamente:
5. Não haver contraindicações clínicas para o tratamento. Fonte: BRASIL, 2001.

A intervenção farmacológica deve ser feita de forma individualizada. A decisão terapêutica e o início da intervenção farmacológica dependerão de uma avaliação clínica do fumante, onde deve ser analisado o perfil e as preferências do fumante, bem como suas condições clínicas e seu histórico de saúde. Uso de medicamentos, patologias atuais ou pregressas e sinais e sintomas da pessoa podem representar tanto

complicações causadas pelo cigarro (devendo inclusive ser trabalhadas como motivadoras para a cessação) quanto contraindicações ao tratamento medicamentoso.

A avaliação individual deve ser pelo enfermeiro ou pelo médico de família. Deve-se levar em conta o estágio de motivação da pessoa e a possibilidade de outras mudanças de estilo de vida que, apesar de não ser obrigatória, pode ajudar no controle da sintomatologia de abstinência, principalmente quando relacionada à atividade física. Devido à probabilidade de ocorrência de eventos adversos, todos os usuários em uso de farmacoterapia devem ser acompanhados regularmente até o final do tratamento.

As opções para tratamento farmacológico dividem-se em: (a) os medicamentos nicotínicos (Terapia de Reposição de Nicotina – TRN); e (b) os não nicotínicos.

Medicamentos disponíveis para tratamento da cessação de tabagismo

1) NICOTÍNICOS (TRN)

Nicotina 21 mg adesivo transdérmico

Nicotina 14 mg adesivo transdérmico

Nicotina 7 mg adesivo transdérmico

Nicotina 2 mg goma de mascar

Nicotina 2 mg pastilha

2) ANTIDEPRESSIVOS – NÃO NICOTÍNICOS

Cloridrato de Bupropiona 150 mg comprimidos

Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

O objetivo da TRN é oferecer a nicotina sem o uso de tabaco e assim aliviar os sintomas de abstinência, quebrando o comportamento de consumo de cigarros relacionado à dependência física.

A TRN é dividida em agentes de ação rápida – goma e pastilha – e agente de ação longa – adesivo.

Eficácia:

Importante revisão sistemática da Cochrane mostrou que todas as formas de reposição de nicotina disponíveis no mercado mundial aumentam em 50% a 70% as possibilidades de abstinência em longo prazo, quando se trata de fumantes motivados para cessação e com elevada dependência à nicotina (STEAD et al., 2012). A TRN aparenta ainda ser tão efetiva quanto à bupropiona, e o tratamento combinado com adesivo e goma de nicotina promove um maior benefício em comparação com o uso isolado de ambos (STEAD et al., 2012).

A efetividade da TRN aparenta ser independente da intensidade do suporte cognitivocomportamental. A apresentação a ser usada, portanto, deve ser definida a partir das preferências e das necessidades da pessoa, da sua tolerabilidade e dos seus custos (STEAD et al., 2012).

Posologia:

A dose da reposição baseia-se no grau de dependência de nicotina e, principalmente, no consumo diário de cigarros. Um cigarro libera em média o equivalente a 1 mg de nicotina. Nas semanas iniciais, a dose de nicotina deve ser aproximada do consumo diário de cigarros e ser gradativamente reduzida nas semanas seguintes, uma vez que os sintomas de abstinência tendem a diminuir (DAUTZENBERG et al., 2007).

As apresentações dos produtos disponíveis variam o suficiente para uma posologia ajustada para a quantidade de reposição pretendida. O tempo de tratamento preconizado para todas as formas de apresentação é de até três meses, podendo ser adaptada em casos individuais (FIORE et al., 2008a; SCHNOLL et al., 2010).

Adesivo transdérmico de nicotina

O adesivo transdérmico de nicotina é encontrado nas apresentações de 21 mg, 14 mg e 7 mg, e sua posologia varia de acordo com o grau de dependência física à nicotina, avaliada por meio do escore obtido no Questionário de Fagerström ou simplesmente pelo número de cigarros fumados por dia.

O adesivo deve ser fixado na pele, trocado a cada 24 horas⁴, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Deve-se evitar colocá-lo no seio (em mulheres), em regiões de pelos ou em áreas expostas ao sol. Não há, porém, restrição quanto ao uso na água.

Recomenda-se o início do uso a partir da cessação tabágica, devido à possibilidade, embora remota, de intoxicação nicotínica em indivíduos que usam o adesivo e continuam fumando (BRASIL, 2001).

A posologia recomendada é decrescente, uma vez os sintomas de abstinência são controlados com o passar do tempo.

Para tabagistas com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou tabagistas que fumam mais de 20 cigarros por dia, recomenda-se o seguinte esquema

Semana 1 a 4: 1 adesivo de 21 mg a cada 24 horas.

Semana 5 a 8: 1 adesivo de 14 mg a cada 24 horas.

Semana 9 a 12: 1 adesivo de 7 mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

Para tabagistas com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7; e/ou tabagistas que fumam de 10 a 20 cigarros por dia e que fumam seu primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, recomenda-se o seguinte esquema (BRASIL, 2001):

Semana 1 a 4: 1 adesivo de 14 mg a cada 24 horas.

Semana 5 a 8: 1 adesivo de 7 mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 8 semanas.

O efeito colateral mais comum é irritação local, podendo chegar a eritema infiltrativo. Com menos frequência, podem ocorrer náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia. Raramente pode haver palpitação e angina pectoris (BRASIL, 2001).

Goma de mascar de nicotina

A concentração da goma de mascar de nicotina disponível é de 2 mg. Os usuários devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento.

Recomenda-se que a goma seja mascarada com força várias vezes até sentir uma sensação de formigamento ou gosto picante na boca. A partir desse momento, ele deve parar de mascar, repousar a goma entre a bochecha e a gengiva, até passar essa sensação, e voltar a fazer a mastigação com força, repetindo essa operação por 30 minutos, após os quais deve jogar a goma fora.

Não se pode ingerir líquidos ou alimentos, mesmo que seja água, 15 minutos antes, durante e após 30 minutos do uso.

Sua absorção, através da mucosa oral, não é contínua e sim em picos, variando com a força da mastigação, e leva entre 2 a 3 minutos para a nicotina atingir o cérebro. O usuário deve ser orientado a respeito disso, para adequada utilização do medicamento.

Os usuários necessariamente precisam ser orientados a não fumar após o início do medicamento. Recomenda-se o seguinte esquema, a partir da cessação tabágica, não extrapolando a dose máxima recomendada de 15 gomas ao dia (BRASIL, 2001):

Semana 1 a 4: 1 tablete de 2 mg a cada 1 a 2 horas.

Semana 5 a 8: 1 tablete de 2 mg a cada 2 a 4 horas;

Semana 9 a 12: 1 tablete de 2 mg a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

Devido à dificuldade de seu uso e ao gosto extremamente desagradável, a goma de mascar de nicotina dificilmente é utilizada na dosagem recomendada, podendo ser usada como um complemento naqueles que estão em uso de adesivo transdérmico de nicotina e/ou cloridrato de bupropiona e ainda fumam poucos cigarros por dia. Esses poucos cigarros podem ser substituídos pelas gomas de mascar de nicotina.

Além do gosto desagradável, outros possíveis efeitos colaterais são: vertigem, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, fadiga muscular com dor na região mandibular, hipersalivação e amolecimento dos dentes (BRASIL, 2001).

Pastilha de nicotina

A pastilha de nicotina está disponível na concentração de 2 mg.

As pastilhas devem ser acondicionadas na boca, aguardando sua dissolução completa (o que dura em torno de 20 a 30 minutos), propiciando a absorção oral da nicotina. Não se

deve, portanto, morder a pastilha, bem como ingerir bebidas ou alimentos durante o uso para não interferir na absorção de nicotina.

Os usuários devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. Recomenda-se o seguinte esquema a partir da cessação tabágica, não extrapolando a dose máxima recomendada de 15 pastilhas ao dia (BRASIL, 2001):

Semana 1 a 4: 1 pastilha a cada 1 a 2 horas.

Semana 5 a 8: 1 pastilha a cada 2 a 4 horas.

Semana 9 a 12: 1 pastilha a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

Os efeitos colaterais mais comuns são: tonteira, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, eructação, diarreia, flatulência, constipação, ulceração na boca ou língua (BRASIL, 2001).

Semelhante à goma de mascar de nicotina, a pastilha de nicotina também pode ser usada como um complemento aos que estão em uso de adesivo transdérmico de nicotina e/ou cloridrato de bupropiona e ainda fumam poucos cigarros por dia. Esses poucos cigarros podem ser substituídos pelas pastilhas de nicotina.

Segurança

Fumantes frequentemente manifestam duas preocupações em relação ao uso de reposição de nicotina. A primeira relacionada à possível toxicidade e a segunda ao desenvolvimento de dependência aos medicamentos. Antes de iniciar o tratamento, portanto, é necessário informar que a nocividade do cigarro vai muito além dos efeitos da nicotina (que é o agente viciante) e que a concentração de nicotina no sangue que os medicamentos liberam é menor que a atingida pelo fumo do tabaco inalado, o que desfavorece a dependência (FIORE et al., 2008a).

Há evidências de que a TRN não leva a um aumento no risco de eventos adversos cardiovasculares, mesmo em fumantes com história de doença cardiovascular estabelecida (JOSEPH et al., 1996; STEAD et al., 2012).

Os benefícios da reposição de nicotina por meio de cessação do tabagismo superam os eventuais riscos na maioria dos fumantes com doenças cardiovasculares nos estudos. Recomenda-se, porém, que problemas como hipertensão arterial,

insuficiência coronariana e arritmia devam estar compensados, uma vez que medicamentos com ação adrenérgica, como as diversas formas de TRN, podem ser prejudiciais (TONSTAD et al., 2003).

Dessa forma, as principais contraindicações à TRN são (BRASIL, 2001; DAUTZENBERG et al., 2007; FIORE et al., 2008a; FORD; ZLABEK 2005; GONÇALVES; MEIRELLES, 2005; MOHIUDDIN et al., 2007, MURRAY et al., 1996; ZWAR et al., 2011.):

Absolutas:

o Qualquer apresentação:

- Hipersensibilidade ao medicamento.
- Doença cardiovascular não compensada.
- Quadro de angina pectoris constante.
- Eventos coronarianos agudos em um período inferior a duas semanas.

o Adesivo:

- Vigência de doenças dermatológicas que impeçam a adequada aplicação.

o Goma:

- Incapacidade de mascar.
- Afecções ativas da articulação temporomandibular.
- Úlcera péptica ativa.

o Pastilha:

- Fenilcetonúria (devido à presença de aspartame na composição).
- Úlcera péptica ativa.

Relativas:

o Gravidez e amamentação (preferir agentes de ação rápida).

o Idade inferior a 18 anos.

Cloridrato de bupropiona

O cloridrato de bupropiona é um antidepressivo e fármaco de primeira linha para tratamento de cessação de tabagismo para fumantes que necessitam auxílio farmacológico para abandonar o hábito. O seu efeito antidepressivo não explica completamente o seu efeito para cessação do tabagismo, que pode ter relação com a redução do transporte neuronal de neurotransmissores – dopamina e noradrenalina – ou do antagonismo aos receptores nicotínicos (REICHERT et al., 2008).

– Eficácia

Múltiplos estudos apontam a eficácia da bupropiona para se alcançar a abstinência do tabaco em longo prazo. Uma meta-análise de 2008 encontrou um OR 2.0 (IC 95% 1,8-2,2), enquanto outra de 2012 encontrou um RR de 1,62 (IC 95% 1,49-1,76) para abstinência do tabaco em seis meses ou mais após uso do medicamento em comparação com placebo (FIORE et al., 2008a; HUGHES; STEAD; LANCASTER, 2014).

– Posologia

O cloridrato de bupropiona está disponível na apresentação de 150 mg por comprimido. Recomenda-se o seguinte esquema de tratamento:

Primeiros três dias de tratamento: 1 comprimido de 150 mg pela manhã. A partir do quarto dia de tratamento, até completar 12 semanas: 1 comprimido de 150 mg duas vezes ao dia (manhã e tarde, com intervalo de 8 horas entre as doses).

Como a bupropiona leva de cinco a sete dias para atingir níveis terapêuticos, deve ser iniciada uma semana antes da data marcada para parar de fumar. Recomenda-se que os comprimidos sejam tomados pela manhã e pela tarde, evitando a proximidade da segunda dose com o horário de dormir, já que a insônia é um dos principais efeitos colaterais (FIORE et al., 2008a; REICHERT et al., 2008).

A utilização de uma dose mais baixa do medicamento é uma opção, especialmente para os fumantes que não toleram a dose total devido aos efeitos colaterais. A utilização da dose de 150 mg por dia, em comparação com a dosagem de 300 mg por dia, mostrou

causar menos efeitos colaterais sem prejuízo da efetividade do tratamento (HURT et al., 1997; HUGHES; STEAD; LANCASTER, 2014; MURAMOTO et al., 2007; SWAN et al., 2003).

Em geral, a bupropiona é bem tolerada, e seus efeitos colaterais mais comuns são boca seca, insônia (sono entrecortado), cefaleia, constipação intestinal, urticária e, em altas doses, risco de convulsão (BRASIL, 2001). Quando usada em associação à TRN, recomenda-se a monitorização da pressão arterial, que pode se elevar. Um efeito adverso interessante do medicamento é a tendência à perda de peso, o que pode compensar em parte o risco de ganho ponderal conferido pela cessação tabágica (FIORE et al., 2008a; REICHERT et al., 2008, ZWAR et al., 2011).

A duração recomendada para o tratamento é de 12 semanas. Entretanto, um tratamento mais prolongado pode ser considerado em casos selecionados, como em ocorrência de recaídas prévias ou no intuito de manter o efeito antidepressivo da bupropiona (HAYS et al., 2001).

- Segurança

Recomenda-se que problemas como hipertensão arterial, insuficiência coronariana e arritmia devam estar compensados, uma vez que medicamentos com ação adrenérgica, como a bupropiona, podem ser prejudiciais (TONSTAD et al., 2003).

A bupropiona parece reduzir o limiar de convulsão: ensaios clínicos de cessação do tabagismo encontraram uma incidência de crise convulsiva em 0,1% das pessoas em uso do medicamento. O risco de convulsão com uso da bupropiona é dose-dependente e ocorre mais frequentemente em situações de sobredose ou em pessoas com outros fatores de risco para convulsões.

É recomendável evitar o seu uso caso o indivíduo faça uso de outros medicamentos que também diminuam o limiar convulsivo, como antimaláricos, hipoglicemiantes orais ou antidepressivos (FIORE et al., 2008a; ZWAR et al., 2011).

São, portanto, contraindicações absolutas ao uso de bupropiona (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; GONÇALVES; MEIRELLES, 2005; THORDIS; NETE; MERETE, 2010):

- Hipersensibilidade ao medicamento.
- Antecedente convulsivo ou epilepsia ou qualquer outro risco para convulsão.

- Alcoolistas em fase de retirada do álcool.
- Doença cerebrovascular.
- Bulimia ou anorexia nervosa.
- Uso de inibidor da MAO há menos de 15 dias.
- Gestação e amamentação.

As contraindicações relativas são (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; GONÇALVES; MEIRELLES, 2005; THORDIS; NETE; MERETE, 2010):

Uso concomitante de carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, antidepressivos, teofila, corticoesteroides sistêmicos, pseudoefedrina ou benzodiazepínicos.

- Diabetes mellitus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina.
- Hipertensão arterial não controlada.

Tratamento medicamentoso combinado

Algumas combinações de medicamentos mostraram ser efetivas no tratamento do tabagismo. Diversos estudos apontaram que a associação entre as formas de TRN ou entre TRN e bupropiona pode minorar os sintomas da síndrome de abstinência e aumentar as taxas de cessação, quando comparada às opções de monoterapia (FIORE et al., 2008a; STEAD et al., 2012; ZWAR et al., 2011).

Entretanto, deve-se ter cuidado na sua utilização, devido ao aumento dos seus efeitos colaterais em relação ao uso isolado de um medicamento (ANTHONISEN et al., 2005; GONÇALVES; MEIRELLES; 2005).

Dessa forma, recomenda-se que o uso da terapia combinada seja reservado para usuários que não conseguiram parar de fumar com monoterapia, ou para aqueles que apresentem “fi ssura” por fumar importante, apesar do uso da monoterapia. Neste caso, recomenda-se dar preferência para associações com goma de mascar ou pastilha de nicotina.

São possibilidades de associação de medicamentos:

- Adesivo de nicotina + goma de mascar de nicotina

- Adesivo de nicotina + pastilha de nicotina
- Adesivo de nicotina + bupropiona
- Bupropiona + goma de mascar de nicotina
- Bupropiona + pastilha de nicotina
- Adesivo de nicotina + bupropiona + goma de mascar de nicotina
- Adesivo de nicotina + bupropiona + pastilha de nicotina

Nas opções envolvendo o cloridrato de bupropiona, recomenda-se que este seja iniciado uma semana antes da data de parada e, então, no dia da interrupção do uso de cigarro (geralmente oitavo dia do tratamento) inicia-se o uso da TRN, continuando os comprimidos de bupropiona de forma associada. Durante o período de associação, é recomendada a monitorização da pressão arterial (ZWAR et al., 2011).

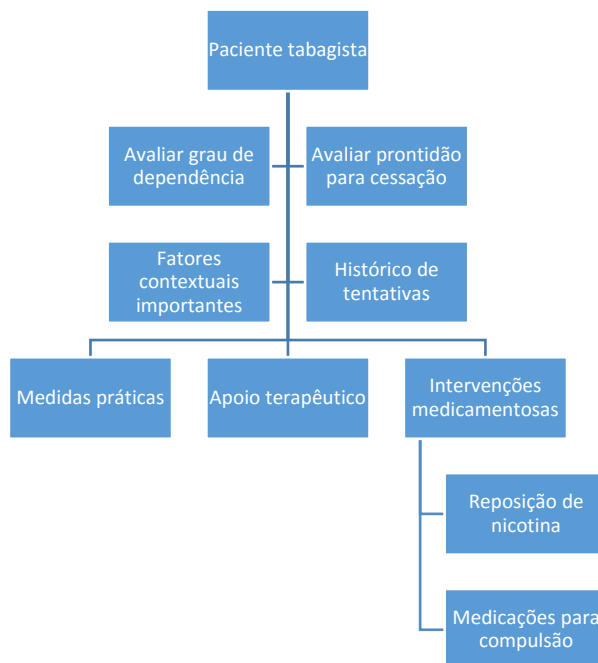
Comparação das eficácias

A eficácia comparada dos tratamentos farmacológicos isolados ou em combinação foi publicada em 2008, em uma diretriz de tratamento para cessação do tabagismo, por meio da comparação de vários estudos (FIORE et al., 2009).

Observou-se que as taxas de abstinência para tratamentos com monoterapia – como goma, adesivo e bupropiona – são próximas. Comparações diretas entre elas não encontraram diferenças significativas (STEAD et al., 2012).

Entretanto, o tratamento combinado – adesivo (TRN) + goma (TRN) ou adesivo (TRN) + bupropiona – mostrou resultados significativamente superiores em comparação às monoterapias (FIORE et al., 2008a; STEAD et al., 2012).

Manejo para paciente tabagista - APS



Fatores contextuais importantes:

- A maioria das pessoas vai precisar de várias tentativas para parar de fumar. Assim, a sensação de frustração e impotência diante de recaídas sucessivas deve sempre ser abordada;

- Dependências cruzadas geralmente devem ser tratadas em conjunto (cafeína, álcool, drogas ilícitas), mas podem ser abordadas separadamente;
- As principais causas de recaída são os sintomas de abstinência, o ganho de peso e a dificuldade em manejar o estresse. Sempre considerar isso na abordagem;
- Grandes mudanças no ciclo de vida são momentos que podem facilitar mudanças de hábitos de vida ou torna-las impossíveis por serem relegadas a um plano muito secundário. Avaliar cuidadosamente caso-a-caso;

Avaliar o grau de dependência

- Escala de Fagestrom pode ser usada para se acessar o grau de dependência;

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- (3) nos primeiros 5 minutos
- (2) de 6 a 30 minutos
- (1) de 31 a 60 minutos
- (0) mais de 60 minutos

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?

- (1) sim
- (0) não

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- (1) o 1º da manhã
- (0) os outros

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- (0) menos de 10
- (1) 11-20
- (2) 21-30
- (3) mais de 31

5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

- (1) sim
- (0) não

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?

- (1) Sim
- (0) não

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa;
5 = média; 6-7 = elevada
8-10 = muito elevada

Avaliar prontidão para a cessação

- Pacientes que estão prontos para tentar parar de fumar têm uma opinião firme, reconhecem a própria dependência da nicotina, os danos causados pelo hábito de fumar e os possíveis benefícios.
- Se houve tentativas anteriores, o paciente reconhece os erros que cometeu, as causas de recaída e tem um plano para tentar fazer diferente;
- Se o paciente não está pronto ainda para parar de fumar, podem ser dadas estas tarefas para tentar melhorar a prontidão;

Histórico de tentativas anteriores:

- Anotar as tentativas anteriores mais importantes, anotando o tempo de abstinência, as medidas utilizadas, as possíveis razões para a recaída;
- Se foram usados apoios medicamentosos adotar a forma de uso;

Medidas práticas

- Medidas de terapia comportamental são úteis:

- Não ter cigarros em casa;
- Se livrar dos cinzeiros, isqueiros e afins;
- Evitar hábitos que são associados ao tabagismo, como tomar café, ficar parado em um determinado lugar da varanda, entre outros;
- Iniciar ou intensificar atividade física, tanto para manter-se ocupado, quando pela produção de endorfinas;
- Evitar ir aos lugares onde comprava o cigarro (mudar a padaria, mandar outra pessoa, etc.);
- Avisar as pessoas mais próximas que vai parar de fumar, para que elas incentivem e não ofereçam cigarros;

Apoio terapêutico

- O apoio terapêutico servirá para tentar induzir as mudanças práticas necessárias, utilizar as falhas e sucessos anteriores como motivações para uma abordagem mais eficaz, manejo de sentimentos e expectativas desfocados, através de TCC breve;
- Preparação para lidar com abstinência, seus sintomas físicos e consequências emocionais é fundamental no processo;
- Pode ser feito de maneira individual ou em pequenos grupos e geralmente é composto de 4 sessões semanais (primeiro mês), seguidas de 5 sessões mensais (primeiro semestre) e uma um ano após a cessação;
- Comorbidades também devem ser trabalhadas: pessoas com sintomas de tristeza ou ansiedade pronunciados acabam usando a nicotina como uma medida terapêutica e devem encontrar outra maneira de lidar com seus sintomas;

Reposição de nicotina

- Seu tempo e dose dependerão do grau de dependência e/ou do número de cigarros consumidos. Habitualmente opta-se pelo seguinte esquema:

- Dependência grave / mais de 40 cigarros por dia: Adesivo de nicotina com 21 mcg por 7 dias, com 14 mcg por 7 dias e com 7 mcg por 28 dias;

- Dependência moderada / entre 20 e 40 cigarros por dia: Adesivo de nicotina com 14 mcg por 7 dias e com 7 mcg por 28-35 dias;

- Dependência leve / até 20 cigarros por dia: Adesivo de com 7 mcg por 28-42 dias;

- Deve ser iniciada no primeiro dia livre do tabaco e é importante alertar o paciente para não fumar se estiver com o adesivo;

- Pacientes que fumam menos de 10 cigarros por dia apresentam dependência química mínima e geralmente não se beneficiam de reposição de nicotina.

Medicações para compulsão:

- Se o paciente tem outro diagnóstico de transtorno mental, escolher uma opção que controle bem a doença de base;

- Se não tem outro diagnóstico, preferir o cloridrato de bupropiona 150 mg de 12/12h por 12 semanas. Geralmente se inicia duas semanas antes da data programada para a suspensão do tabaco;

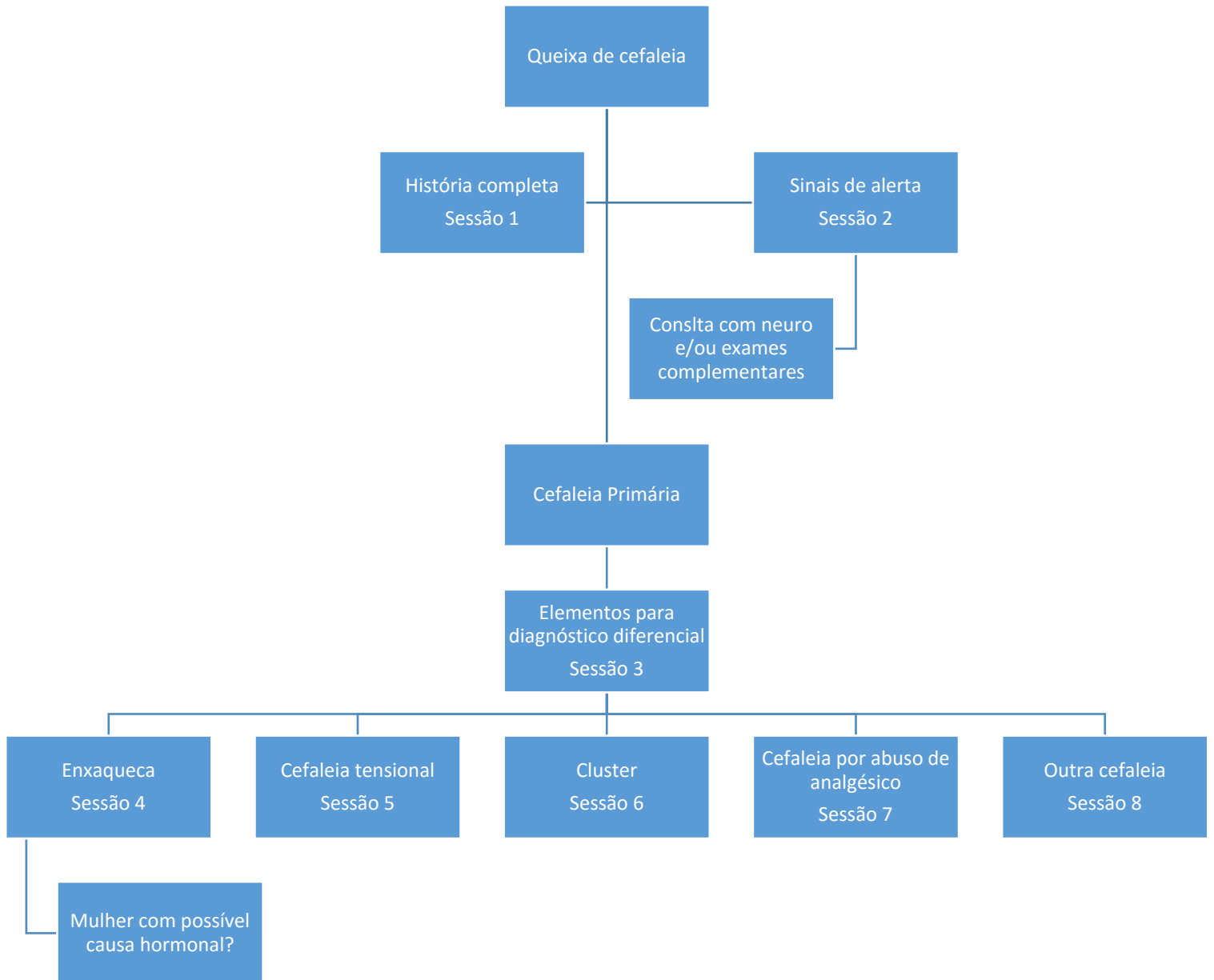
ATENDIMENTO DA PESSOA COM CEFALEIA NO CENTRO APS (MAIORES QUE 14 ANOS)

Escopo e justificativa:

Cefaleia é um problema muito prevalente, causa frequente de consultas na APS e em pronto-socorro. Frequentemente tem boa perspectiva de melhora se diagnosticada e manejada corretamente, raramente está associada a doença grave.

Deste modo, a adoção de um instrumento simples, que apoie o médico de família e comunidade para identificar as situações que podem sinalizar causas graves, diagnosticar e tratar adequadamente e usar o encaminhamento de uma maneira eficiente é essencial.

Esta linha essencial de cuidado trata da cefaleia em crianças maiores de 14 anos e de origem não traumática e está direcionada para médicos do centro APS.



Sessão 1: História completa:

- Características da dor (início, duração, intensidade, frequência, caráter, irradiação, fatores de melhora e de piora);
- Considerar a possibilidade de o paciente ter mais de um tipo de cefaleia e tentar diferenciar os quadros;
- Impacto na funcionalidade;
- Impacto nas emoções;
- Impacto das emoções;
- Hx familiar de patologias graves associadas a cefaleia (significativo se dois parentes com hx de aneurisma, p. ex.)
- História detalhada do uso de medicação (por conta e prescritas);
- Avaliar o que o paciente espera que seja feito;
- Verificar o que o paciente acredita que está acontecendo;

Sessão 2: Sinais de alerta:

- História de trauma craniano significativo temporalmente relacionável com os sintomas (até 3 meses);
- Presença de febre e cefaleia progressiva;
- Evolução subaguda e progressiva ao longo de algumas semanas a poucos meses;
- Pior dor de cabeça da vida;
- Dor que chega a intensidade máxima incapacitante em até 5 minutos;
- Presença de sinal neurológico focal;
- Sintomas de doença sistêmica;
- Início após os 50 anos de idade;
- Sinais sugestivos de glaucoma de ângulo fechado;
- Sinais sugestivos de arterite de células gigantes;
- Cefaleia desencadeada por tosse, valsalva ou espirros;
- Cefaleia ortostática;
- Cefaleia desencadeada pelo exercício;
- Pacientes imunocomprometidos;
- Pacientes com história de malignidade que pode fazer metástase para o cérebro;

- Cefaleia acompanhada de perda motora, diplopia, alterações visuais unilaterais, desequilíbrio ou alteração do nível de consciência;

Consulta com neurologista e/ou exames complementares:

- Pacientes com sinais de alerta podem ser encaminhados ao neurologista, para que este indique os exames complementares, devendo manter o vínculo com o Centro APS, que fará a coordenação do cuidado ao longo de todo o processo;
- Exames complementares só devem ser solicitados quando forem determinar se o paciente precisa ou não ser encaminhado, de modo a evitar duplicidade de exames com o neurologista;
- Paciente com suspeita de glaucoma (dor de cabeça + olho vermelho + perda ou alteração na visão) devem ser encaminhados com urgência para consulta com oftalmologista;
- Pacientes com suspeita de arterite de células gigantes podem ter o diagnóstico excluído se tiverem um VHS normal e não estiverem em uso de anti-inflamatório;
- Pessoas com suspeita de HSA (cefaleia intensa, geralmente hemicraniana, pouco responsiva a analgésicos e contínua ou quase contínua, até 3 meses após um trauma significativo na cabeça) podem ter uma definição com TAC de crânio;

Sessão 3 - Elementos para o diagnóstico diferencial:

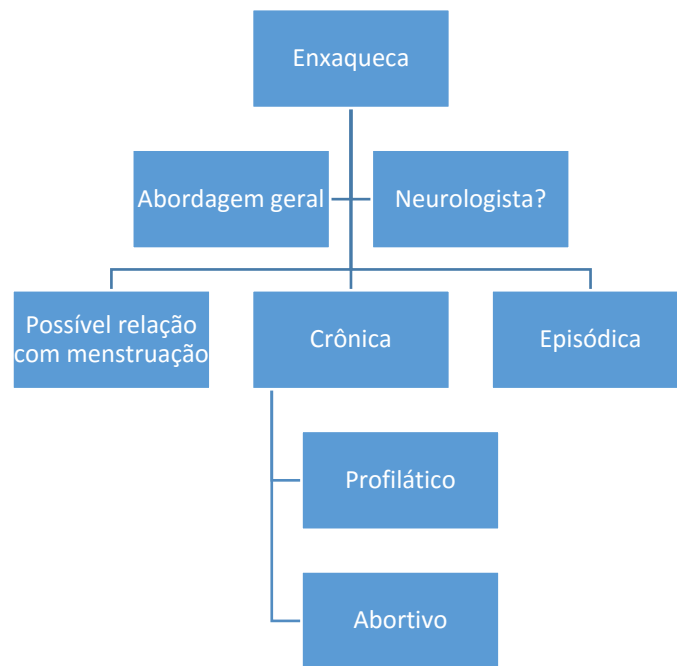
- Cefaleia unilateral, que é incapacitante e demanda o uso de medicação abortiva, que apresenta fono e fotofobia deve ser classificada como enxaqueca;
- Cefaleia com predomínio de dor em um olho, com borramento visual, halos, hiperemia, aumento da tensão do globo e midríase, classificar inicialmente como suspeita de glaucoma;
- Cefaleia que é desencadeada pelo mastigar, que é reproduzida ao exame físico ao fazer abertura máxima ativa ou passiva, deslocamento lateral ou protusão da mandíbula e que esteja localizada na região do músculo temporal deve ser classificada como disfunção temporomandibular;

- Cefaleia intensa e hemicraniana, cortante, com perda visual do mesmo lado e claudicação da mandíbula, em um paciente acima de 50 anos, deve ser inicialmente classificada como suspeita de arterite de células gigantes;
- Paciente que usa paracetamol, dipirona ou AINE mais que 15 dias por mês, ou opióide, triptano ou ergotamínico mais que 10 dias por mês deve ser classificado inicialmente como cefaleia por abuso de analgésico;
- Quando não se encaixar em nenhum dos acima, fazer o diferencial baseado no conjunto dos sintomas, de acordo com o quadro abaixo:

Característica da cefaleia	Cefaleia tensional	Enxaqueca (com ou sem aura)	Cefaleia tipo cluster
Localização da dor	Bilateral	Unilateral ou bilateral	Unilateral (periorbitária, irradiando para hemiface)
Tipo da dor	Pressão/aperto (não pulsátil)	Pulsátil (cortante ou em pontada para pessoas 12-17a)	Variável
Intensidade da dor	Leve a moderada	Moderada a severa	Severa a muito severa
Efeito nas atividades	Não é agravado pelas atividades da vida diária	Agravado por ou impede as atividades da vida diária	Inquietação ou agitação
Outros sintomas	Ausentes	Fono e/ou fotofobia; náuseas com/sem vômitos Com ou sem aura	Do mesmo lado da cefaleia: - Lacrimejamento e olho vermelho; - Congestão nasal e coriza; - Edema palpebral; - Sudorese na testa ou face; - Miose ou ptose palpebral.
Duração da dor	30 minutos – 7 dias	4–72h em adultos 1–72h em pessoas com 12–17 anos	15–180 minutos
Frequência das crises	< 15 dias por mês	< 15 dias por mês	>= 15 dias por mês, por mais de 3 meses
	>= 15 dias por mês, por mais de 3 meses		Dias alternados até 8 por dia, com períodos de remissão
			Dias alternados até 8 por dia, sem períodos de remissão

					de mais de um mês	de mais de um mês no último ano
Diagnóstico	Cefaleia tensional episódica	Cefaleia tensional crônica	Enxaqueca episódica (com ou sem aura)	Enxaqueca crônica (com ou sem aura)	Cefaleia tipo cluster episódica	Cefaleia tipo cluster crônica
<p>Aura: Podem acontecer com ou sem a dor e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - são totalmente reversíveis; - instauram-se através de um período mínimo de 5 minutos; - duram 5–60 minutos. <p>Sintomas típicos são escotomas, fosfenos, perda visual; parestesias; alteração de fala.</p>						

Sessão 4: enxaqueca



Abordagem geral:

- Fazer um diário da dor, para observar desencadeantes, diferentes tipos de enxaqueca sobrepostos e resposta ao tratamento, tanto na frequência quanto intensidade: o diário deve conter dia, horário, duração e intensidade da crise, se foi usada medicação abortiva e/ou profilática, potenciais desencadeantes (especial atenção para estresse, alimentação e sono);
- Oferecer orientações gerais sobre a importância de rotina do sono, disciplina alimentar e atividade física regular, bem como medidas anti-estresse;
- Tranquilizar a pessoa se não houver sinais de alerta, confirmando a ausência de patologia grave;
- Explicar o risco da cefaleia por abuso de medicamentos;
- Discutir as opções terapêuticas para adequar à necessidade do paciente.

Encaminhamento ao neurologista:

- Pacientes com diagnóstico de enxaqueca devem ser encaminhados ao neurologista se não estiverem respondendo às medidas terapêuticas usuais;

Possível relação com a menstruação:

- Mulheres com enxaqueca com aura não devem usar contraceptivos com estrogênio;
- Mulheres que têm cefaleia relacionada ao período menstrual (usualmente de até dois dias antes a até dois dias após o período menstrual) podem receber um contraceptivo em esquema que suprima a menstruação, ou receber uma medicação que seja efetiva para o abortamento da crise profilaticamente apenas no período esperado das crises;

Enxaqueca crônica:

- Terapia abortiva:

- Paracetamol e/ou um AINE, associados a um triptano, são a terapia de escolha;
- Uso de um triptano oral (naratriptano 2,5mg ou sumatriptano 50-100mg) com paracetamol ou um AINE tende a ser a opção mais eficiente;
- Considerar o uso de metoclopramida associada, mesmo em pacientes sem queixa de náusea;
- Não usar ergotamínicos ou opióides, pelo risco de abuso;
- Usar um AINE injetável se não conseguir melhora com a medicação oral;

- Tratamento profilático:

- Drogas de primeira linha: beta-bloqueadores, antidepressivos tricíclicos, ácido valpróico e topiramato;
 - Topiramato, comprimidos de 25, 50 ou 100 mg: melhor opção em pacientes obesos e com problema com impulsividade, ou que tenham convulsão, dose efetiva habitual 25-100mg, 1 ou 2 tomadas. Evitar em pessoas com hepatopatia importante;
 - Propranolol, comprimidos 40mg: mais favorável em pacientes com hipertensão, palpitações e/ou ansiedade, dose efetiva habitual 80-240mg, 2 ou 3 tomadas. Não deve ser usado em pessoas com broncoespasmo, bradicardia ou hipotensão;
 - Atenolol, comprimidos 50mg: mais favorável em pacientes com hipertensão, palpitações e/ou ansiedade, dose efetiva habitual 50-200mg, 1 ou 2 tomadas. Não deve ser usado em pessoas com broncoespasmo, bradicardia ou hipotensão;

- Amitriptilina, comprimidos 25mg: mais favorável em pacientes com depressão, dor crônica e/ou insônia, dose efetiva habitual 25-75mg, tomar à noite. Não deve ser usado em pessoas com obesidade ou glaucoma de ângulo fechado;

- Ácido valpróico, cápsulas 250 mg: mais favorável em pessoas com TAB e/ou convulsão, dose efetiva habitual 500-1000mg, 2 ou 3 tomadas. Não deve ser usado em pessoas com diminuição da função hepática;

- Manter o tratamento, quando efetivo, por 6 a 12 meses;

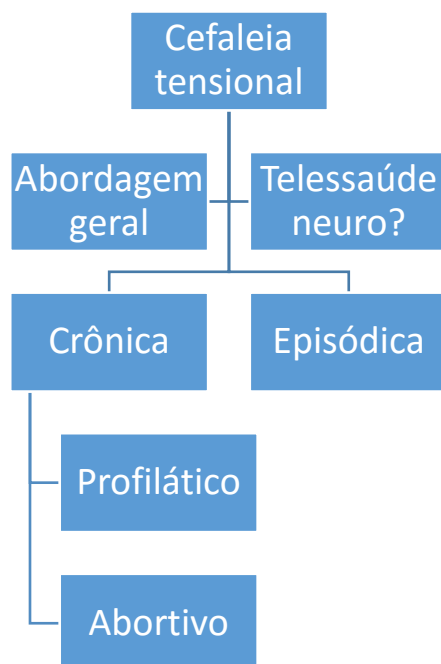
- Considerar os efeitos adversos e os outros efeitos positivos na escolha da melhor terapia para cada paciente;

Enxaqueca episódica:

- Geralmente pode ser tratada apenas com medicação abortiva;

- Podem ser usados profiláticos, dependendo da intensidade das crises e do impacto na funcionalidade do paciente, sempre se considerando os efeitos adversos do tratamento;

Sessão 5 - cefaleia tensional



Abordagem geral:

- Fazer um diário da dor, para observar desencadeantes, diferentes tipos de enxaqueca sobrepostos e resposta ao tratamento, tanto na frequência quanto intensidade: o diário deve conter dia, horário, duração e intensidade da crise, se foi usada medicação abortiva e/ou profilática, potenciais desencadeantes (especial atenção para estresse, alimentação e sono);

- Oferecer orientações gerais sobre a importância de rotina do sono, disciplina alimentar e atividade física regular, bem como medidas anti-estresse;

- Para a cefaleia tensional, especial atenção deve ser dada ao contexto, na busca de estressores modificáveis e estratégias para a redução de sobrecarga. Buscar mudanças de rotina que se correlacionem temporalmente com o início ou agravamento dos sintomas;

- Tranquilizar a pessoa se não houver sinais de alerta, confirmando a ausência de patologia grave;

- Explicar o risco da cefaleia por abuso de medicamentos;

- Discutir as opções terapêuticas para adequar à necessidade do paciente.

Telessaúde neuro:

- Pacientes com diagnóstico de cefaleia tensional devem ser encaminhados ao telessaúde neuro em situações excepcionais;

- Os encaminhamentos devem conter:

- o nome do paciente e da mãe;
- a US de origem;
- a data de nascimento do paciente;
- a história da cefaleia;
- as medicações já usadas, com dose e tempo de utilização;

Cefaleia tensional crônica:

- *Terapia abortiva:*

- Paracetamol e/ou um AINE são a primeira linha de tratamento;
- Relaxantes musculares, apesar de muito usados na prática, não têm estudos avaliando o benefício e não devem ser usados como primeira linha;
- Usar um AINE injetável se não conseguir melhora com a medicação oral;

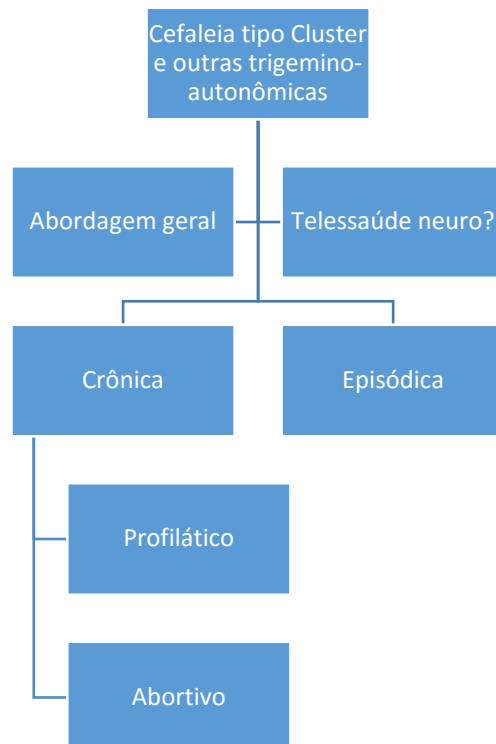
- *Tratamento profilático:*

- Antidepressivos tricíclicos têm eficácia comprovada e devem ser a primeira escolha: amitriptilina, comprimidos 25mg, dose efetiva habitual 25-150mg, tomar à noite. Não deve ser usado em pessoas com obesidade ou glaucoma de ângulo fechado;
- Anti-hipertensivos, incluindo bloqueadores do receptor da angiotensina 2 e inibidores da enzima de conversão da angiotensina, também se mostraram efetivos para alguns casos;
- Manter o tratamento, quando efetivo, por 6 meses;

Cefaleia tensional episódica:

- Geralmente pode ser tratada apenas com medicação abortiva, no mesmo esquema da forma crônica;
- Não estão indicados profiláticos, pois a dor não deve ser incapacitante;

Sessão 6: cefaleias trigemino-autonômicas (incluindo cluster)



Características gerais:

- Dores de cabeça que costumam ser periorbitárias ou hemifaciais, associadas a algum tipo de acometimento ocular, como ptose palpebral, olho vermelho e/ou lacrimejamento;

Abordagem geral:

- Fazer um diário da dor, para observar desencadeantes, diferentes tipos de enxaqueca sobrepostos e resposta ao tratamento, tanto na frequência quanto intensidade: o diário deve conter dia, número e intensidade das crises, se foi usada medicação abortiva;
- Explicar o risco da cefaleia por abuso de medicamentos;
- Discutir as opções terapêuticas para adequar à necessidade do paciente.

Telessaúde neuro:

- Todos os pacientes com diagnóstico de cefaleia trigemino-autonômica devem ser encaminhados ao telessaúde neuro;
- Os encaminhamentos devem conter:
 - o nome do paciente e da mãe;

- a US de origem;
- a data de nascimento do paciente;
- a história da cefaleia, com descrição detalhada das crises;
- as medidas realizadas;

Cefaleia tipo cluster crônica:

- Terapia abortiva:

- O₂ a 100% a 10l/min costuma ser uma medida efetiva, mas de acesso difícil na hora da crise;
- Para uso no domicílio, pode-se tentar conseguir um cilindro de O₂ ou uma preparação nasal ou subcutânea de triptano, já que há a necessidade da atuação mais rápida possível da medida abortiva;

- Tratamento profilático:

- Verapamil (240-960mg/d) pode diminuir a frequência das crises e deve ser tentado para estes pacientes, doses altas requerem monitorização com ECG;

Cefaleia tipo cluster episódica:

- Deve ser tratada como na terapia abortiva da forma crônica;
- Profilaxia pode ser tentada e a indicação deve ser feita em conjunto com um especialista;

Sessão 7: cefaleia por abuso de medicamentos

- Pessoas que usam triptanos ou ergotamínicos mais de 10 dias do mês ou outros analgésicos mais que 15 dias por mês estão em risco de desenvolver cefaleia por abuso de medicamento;
- Deve-se pensar neste diagnóstico para pacientes que tiveram piora na dor de cabeça em vigência do uso das medicações abortivas nas características acima mencionadas;
- A suspensão abrupta do medicamento é o tratamento de escolha;
 - Alertar que a cefaleia pode ficar ainda pior na primeira semana;
 - Pessoas que não tolerem a dor para a suspensão, podem usar topiramato como profilático ou um corticoide em alta dose por curto período (Prednisona 60-100mg/d por 5 dias, p. ex.);
 - Pessoas que têm cefaleia por uso crônico de opióide devem ter retirada gradual da medicação e podem precisar de internamento ou acompanhamento especializado para conseguirem fazer o tratamento;
- Pessoas que usam frequentemente analgésicos de menor potência para cefaleia tensional crônica têm uma prevalência maior de transtorno de humor e uma tendência a não responder bem à suspensão do analgésico;

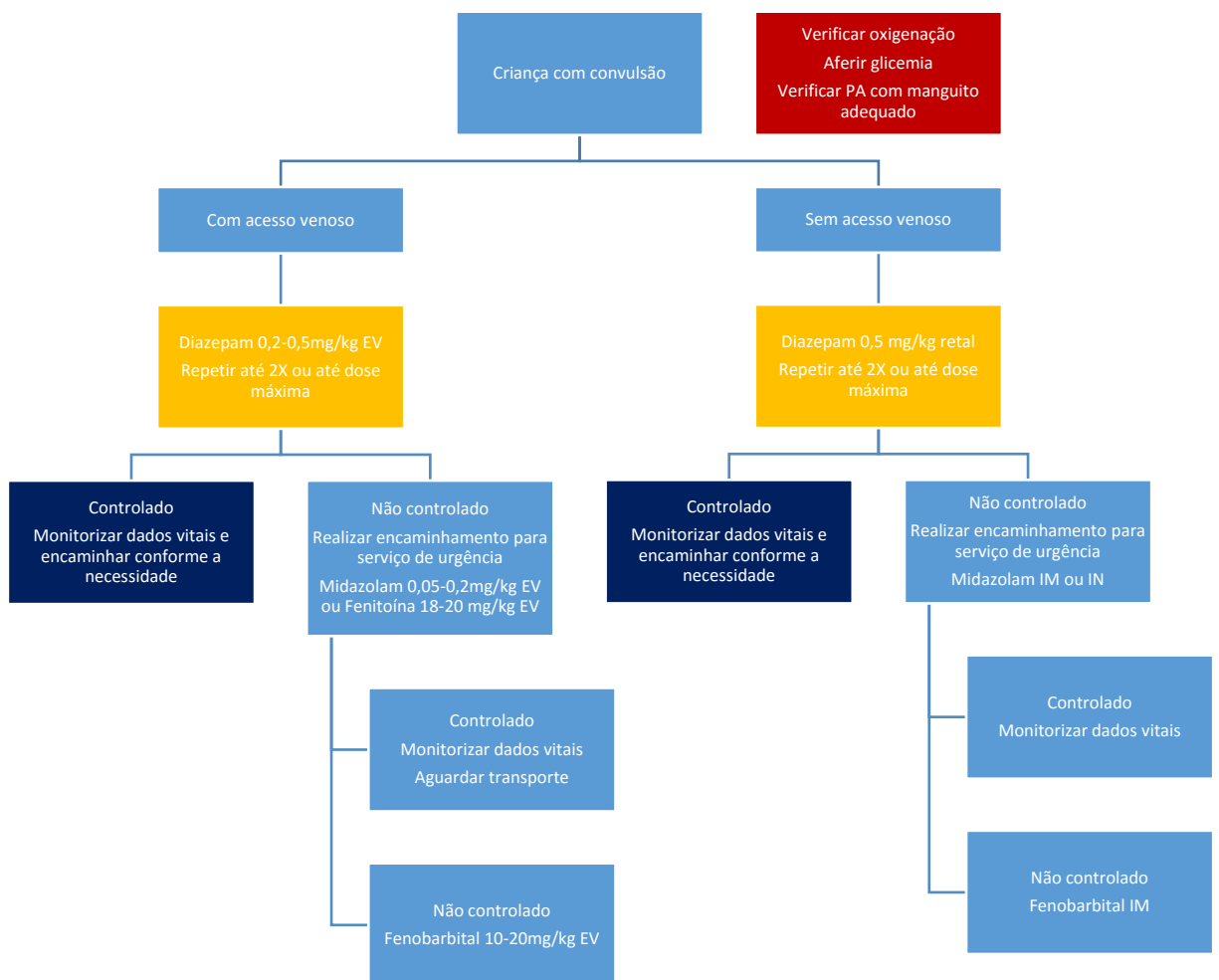
Sessão 8: outras cefaleias

- Muitas outras síndromes com cefaleia existem e, na impossibilidade de diagnosticá-las adequadamente ou controlá-las com as medidas habituais, recomendamos que se faça consultoria com um neurologista para avaliar as melhores alternativas;
- Será mais frequente que se encontrem cefaleias tensionais e enxaquecas que são de difícil controle e situações de estresse nas quais o paciente fica sintomático que as síndromes raras. Adesão adequada ao tratamento e abordagem ampliada da doença são fundamentais nestes casos;

Manejo da crise epiléptica em crianças no centro APS

Escopo:

Esta linha de conduta abordará o diagnóstico inicial e o manejo da crise convulsiva no centro APS, bem como o tempo e caminho para os encaminhamentos subsequentes



Manejo inicial:

Ao receber uma criança em convulsão, retirá-la para um local seguro e tranquilo, afrouxar a roupa e posicionar de um modo que não caia ou se machuque. Afrouxar as roupas.

Todas as crianças que se apresentem em estado convulsivo devem receber oxigenação adequada, seja em máscara ou por cânula, alguns casos exigirão intubação, mas essa frequentemente apenas após o controle da crise. A hipoxemia pode ser tanto causa como consequência da crise.

Aferir a glicemia das crianças que se apresentarem em convulsão, pois, apesar de rara, a hipoglicemia é uma causa de óbitos potencialmente evitáveis.

Providenciar um acesso venoso. Crianças que chegam à US convulsionando muito provavelmente está há pelo menos 10 minutos em convulsão e precisarão de via endovenosa.

Verificar a PA com um manguito adequado, pois a hipotensão pode agravar complicações. Se a criança já estiver com acesso, 2-3ml/kg/h de solução isotônica devem ser colocados.

Se a criança chega com mais de 30 minutos de convulsão ou tem recorrência da crise antes de recuperar completamente a consciência ou se for uma crise convulsiva febril com sinais de alerta (menor que um ano, sinais meníngeos, petéquias, queda do estado geral ou febre sem foco) deve-se designar alguém para solicitar imediatamente remoção para um serviço de maior complexidade, ao mesmo tempo em que se procedem as medidas de tratamento da crise.

Controle da convulsão:

Diazepam continua sendo uma droga de primeira linha e pode ser dado por via retal (0,5 mg/kg) ou endovenoso (0,2-0,5 mg/kg) lentamente, podendo ser repetido até 2X, ou até a dose máxima, em intervalos de 10 minutos. Para facilitar, é frequente que para crianças de trofismo normal sejam oferecidas as seguintes doses:

6-12m – 2,5mg; 1-4a – 5mg; 5-9a – 7,5 mg; mais de 10a – 10mg.
--

Midazolam pode ser aspirado da ampola e dado oralmente nas mesmas doses, com um resultado comparável ou superior ao diazepam retal (Lancet 2005;366:205-10)

Se a crise não cedeu após esta intervenção, devem ser aplicados midazolam IM, IN ou EV (0,05-0,2 mg/kg) ou fenitoína 15-20 mg/kg EV.

No caso da convulsão persistir ainda após esta intervenção, fenobarbital (10-20 mg/kg) EV ou ácido valpróico (20mg/kg diluído em solução salina 1:1) retal devem ser utilizados.

Como conduzir após a recuperação da crise:

Se for convulsão febril

Explicar para os pais que, apesar de assustadora, a convulsão febril não é uma doença grave, que existe a chance de recorrência e que, mesmo nesses casos, o risco de sequelas é muito baixo. Quando a criança apresentar novos episódios de febre, evitar situações em que a convulsão pode deixar a criança em risco, como o uso de piscina ou brinquedos mecânicos com potencial de dano.

Nas convulsões febris o EEG e exames de imagem não alteram o diagnóstico ou definem prognóstico e, portanto, só devem ser solicitados no caso de se acreditar que a febre e convulsão tenham se associado por coincidência.

Antitérmicos, embora possam dar um pouco de conforto à criança, não diminuem a chance de recorrência.

Medicamentos rotineiros, seja de uso contínuo ou intermitente, estão associados a mais dano que benefício. Entretanto, para casos em que os pais estejam muito ansiosos, o uso do diazepam oral 0,2 a 0,5mg/kg/dose, de duas a três vezes ao dia, durante doenças febris, podem reduzir a incidência das recorrências.

Se for convulsão sem febre

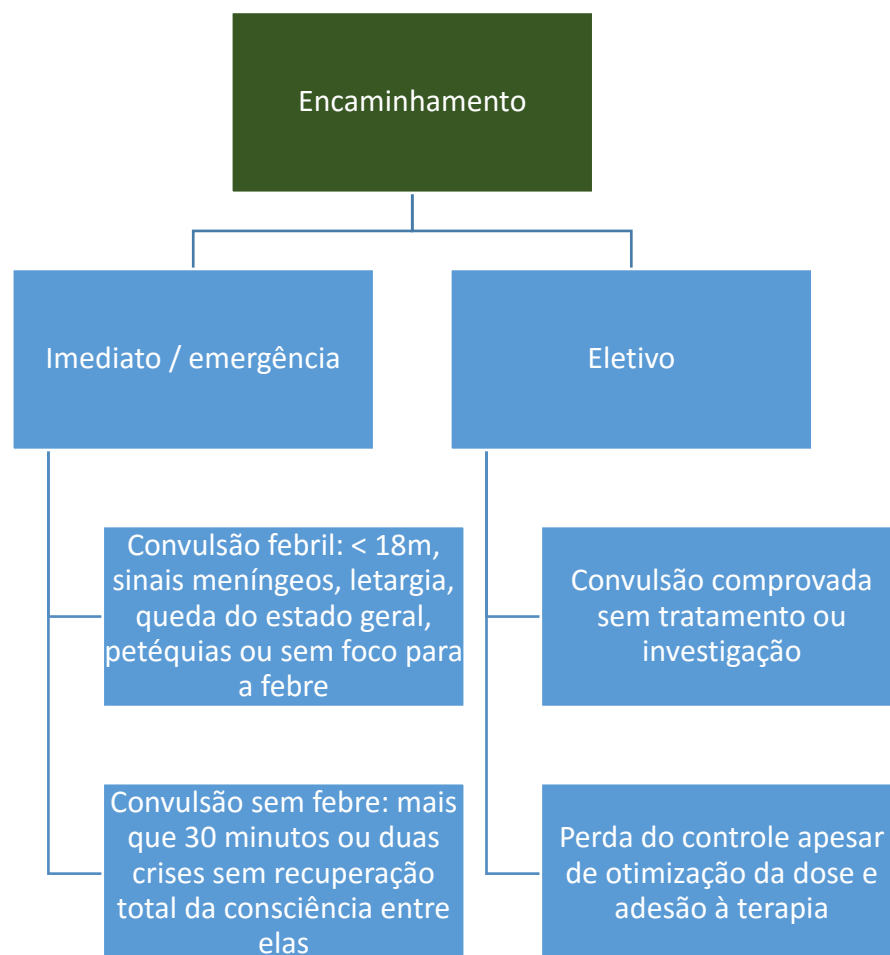
Se a criança nunca foi investigada, o exame que mais pode colaborar, por ser bom preditor para recorrência, é o EEG. Mas ele não tem valor nas primeiras 48h, devendo ser realizado após o terceiro dia e antes de 4 semanas.

Exames de imagem mostram alterações frequentemente, mas raramente mudam a conduta. Estão indicados em casos com condições especiais, como

déficit cognitivo ou motor significativos, crises parciais, alterações no EEG sugestivas de dano estrutural ou em crianças menores de um ano de idade. Nestes casos, o exame de escolha é a ressonância magnética.

A indicação de terapia medicamentosa para prevenção de recorrência deve levar em consideração o padrão observado no EEG, o grau de certeza que se tem de que a criança realmente apresentou convulsão e sempre deve ser feita com o consentimento dos pais.

Recomenda-se encaminhamento para especialista com experiência em convulsão infantil.



Quando encaminhar:

Imediatamente, para o pronto socorro:

Crianças com status epiléptico, independente de terem se recuperado completamente

Crianças com alterações nos dados vitais (hipoglicemia, hipotensão ou hipoxemia grave)

Crianças com convulsão febril e sinais de alerta (idade menor que um ano, sinais meníngeos, queda do estado geral, petéquias, febre de origem indeterminada)

Eletivamente, para o neuropediatra:

Crianças após crise comprovada e sem febre, que ainda não iniciaram tratamento

Crianças que não estão respondendo ao tratamento, a despeito de otimizada a dose e a adesão

Sinais de alerta e pontos de destaque:

Uma crise convulsiva que dura mais de 30 minutos, ou a recorrência da crise antes da recuperação completa da consciência definem status epilepticus e demandam internamento em UTI para controle e monitorização

Crianças com menos de um ano que apresentem crise convulsiva em quadro febril devem ter uma punção lombar realizada sempre, a fim de avaliar a possibilidade de meningite

Crianças com crise convulsiva febril nas quais não se suspeita de meningite não precisam de investigação complementar ou tratamento profilático

ORIENTAÇÕES PARA CONJUNTIVITE

1. Lave as mãos frequentemente, principalmente se tocar na face.
2. Não cumprimente as pessoas e não encoste a face nelas durante o período de doença.
3. Não compartilhe as toalhas (rosto e banho).
4. Passe álcool 70% nas mãos frequentemente.
5. Se possível, troque a fronha do travesseiro diariamente enquanto estiver saindo secreção dos olhos.
6. Faça compressa gelada nos olhos a fim de aliviar a dor. Coloque uma toalha molhada dentro de um saco plástico e deixe no rosto. Passe álcool no saco plástico após o uso.
7. Para secar a secreção use lenços de papel descartável (macio) e lave o rosto se tiver muita coceira.
8. Se houver diminuição da visão/borramento visual durante a fase de doença (diminuição que não melhora após piscar os olhos), avise imediatamente o médico.

Conjuntivites

A conjuntivite afeta muitas pessoas, sendo de longe a principal queixa oftalmológica em serviços de emergência. A conjuntivite tem importante impacto econômico. Trata-se de uma condição extremamente contagiosa e é associada com absenteísmo e perda de frequência escolar.

A maioria dos pacientes é inicialmente tratada por médicos da atenção primária ou em serviços de emergência, ao invés de oftalmologistas, de forma que é importante para esses profissionais serem treinados para atendimento dessa condição.

As conjuntivites podem ser divididas em infecciosas ou não infecciosas. As conjuntivites não infecciosas podem ser alérgicas, tóxicas ou representarem um processo cicatricial. Já as conjuntivites infecciosas podem ser virais ou bacterianas. A conjuntivite viral é a mais comum causa de conjuntivite infecciosa sendo mais prevalente no verão e em segundo lugar na primavera.

As conjuntivites podem ainda ser classificadas em agudas, hiperagudas e crônicas, de acordo com a sua instalação e a gravidade da sua resposta. A conjuntivite pode ainda ser secundária a doenças como gonorreia, chlamídia, reação enxerto-hospedeiro e síndrome de Reiter. Nesses casos, o tratamento da doença primária pode resolver os sintomas oculares.

Manifestações clínicas e diagnóstico diferencial

A história e o exame ocular focado são cruciais para a tomada adequada de decisões sobre o manejo dessas condições. Os sintomas oculares podem indicar a causa de conjuntivites. O sintoma mais característico das conjuntivites é a hiperemia ocular, a presença de uma secreção purulenta ou mucopurulenta é frequentemente causada por uma conjuntivite bacteriana, já uma secreção aquosa é mais característica de uma conjuntivite viral. A presença de prurido significativo é frequentemente associada à conjuntivite de etiologia alérgica.

Outro sintoma frequente é a dificuldade em abrir um dos olhos pela manhã, um sintoma mais comum em conjuntivites bacterianas, mas que também em algumas séries foi encontrada frequentemente em pacientes com conjuntivites virais.

A conjuntivite bacteriana pode ser contraída diretamente a partir de indivíduos infectados ou pode resultar de proliferação anormal da flora individual. Mãos contaminadas na conjuntiva, propagação oculogenital são fontes de contaminação. Além disso, certas condições, tais como imunossupressão, rupturas de barreiras epiteliais, anormalidade de estruturas anexas e trauma podem predispor a conjuntivite bacteriana. A etiologia mais comum são os estafilococos, seguido pelo *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Em crianças, a doença geralmente é causada por *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Moraxella catarrhalis*. O curso da doença dura geralmente de 7 a 10 dias.

A conjuntivite viral mais frequentemente tem uma descarga lacrimal aquosa e sem cor, mas esse achado, conforme já pontuado, não consegue prever a etiologia das conjuntivites, na sua evolução caracteristicamente o outro olho se torna envolvido em 24 a 48 horas, embora sinais unilaterais não sejam excludentes de conjuntivite viral. A maioria dos casos é causada por adenovírus (65-90%) e sinais de infecção de vias aéreas superiores são sugestivas de etiologia viral. Usualmente, os sintomas pioram em 3 a 5 dias, mas têm uma evolução benigna com resolução dos sintomas usualmente em duas semanas. Duas síndromes

principais são associadas às conjuntivites virais, a primeira delas é caracterizada pelo aparecimento abrupto de febre elevada, faringite, conjuntivite bilateral e por linfadenomegalia periauricular. Outros casos evoluem com ceratoconjuntivite caracterizada por secreção aquosa, hiperemia, quemose e linfadenopatia ipsilateral. A linfadenopatia é observada em até 50% dos casos de conjuntivite viral, sendo mais frequente na conjuntivite viral em comparação com a conjuntivite bacteriana.

Tratamento e manejo das conjuntivites:

Não existem tratamentos específicos para as conjuntivites virais, mas o uso de lágrimas artificiais, anti-histamínicos tópicos ou compressas geladas podem aliviar os sintomas. Os medicamentos antivirais não são úteis e antibióticos tópicos não são indicados e não protegem contra infecções secundárias, e seu uso pode complicar a apresentação clínica, causando alergias e toxicidade, levando ao atraso no diagnóstico de outras possíveis doenças oculares. Os pacientes devem ser encaminhados para um oftalmologista se os sintomas não se resolverem após 7 a 10 dias por causa do risco de complicações. Uma boa higiene nas mãos pode ser utilizada para diminuir a propagação da conjuntivite viral.

Nos pacientes com conjuntivites alérgicas, a mais importante medida é a retirada do fator causal, o uso de anti-histamínicos tópicos é recomendado, mas o uso de esteroides tópicos pode causar rebote dos sintomas, sendo portanto controverso. Nas conjuntivites tóxicas, a recomendação é de evitar o contato com o agente agressor, o que leva à resolução dos sintomas na maioria dos casos.

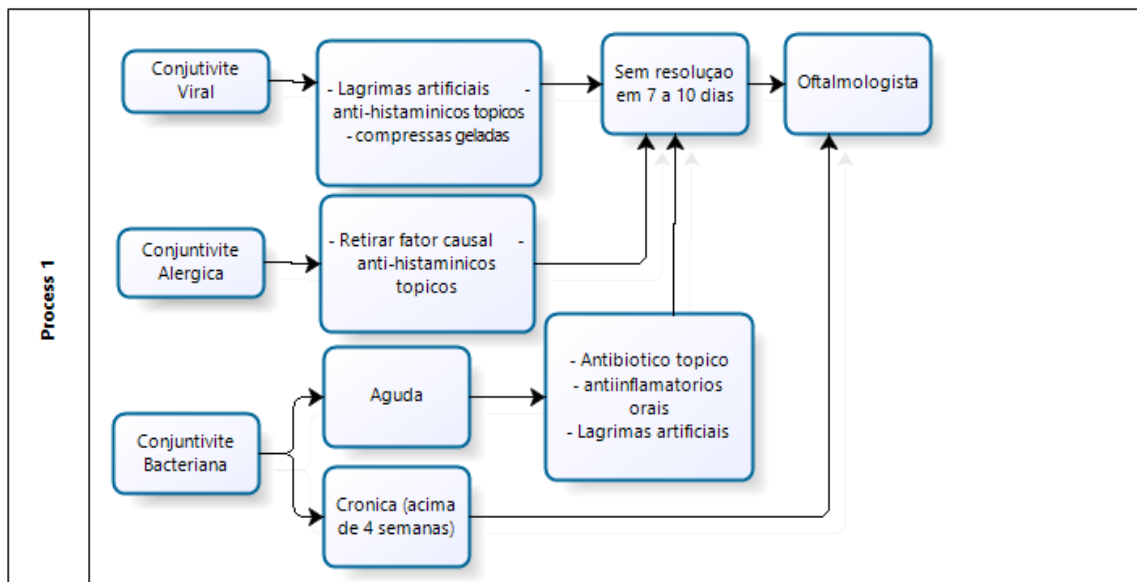
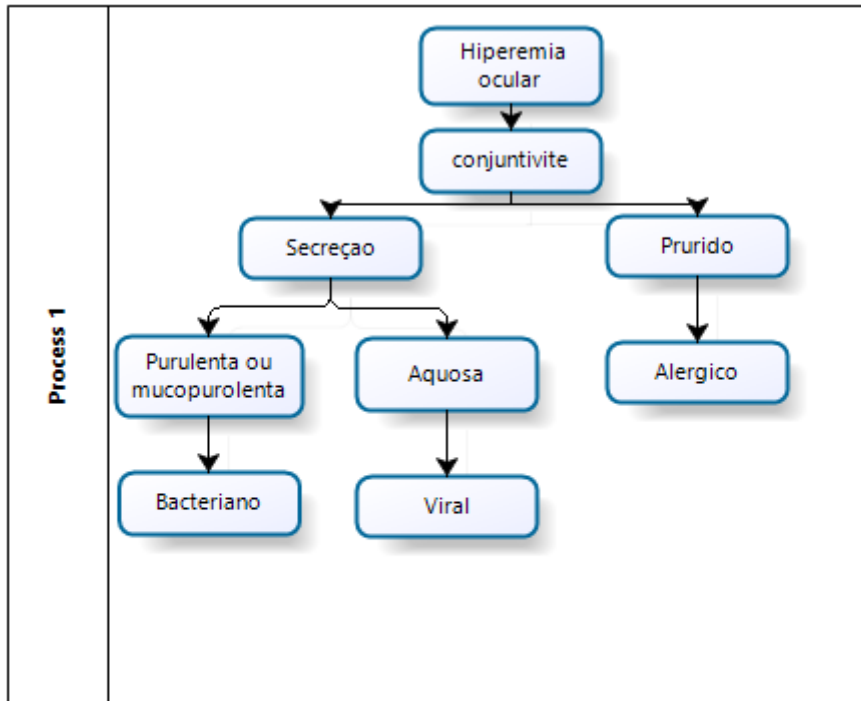
Nas conjuntivites bacterianas sabe-se que os antibióticos tópicos são eficazes na redução da duração dos sintomas de conjuntivite, alguns pacientes têm resolução espontânea, de forma que observação clínica pode ser razoável. Todos os antibióticos de amplo espectro parecem ser eficazes no tratamento de conjuntivite bacteriana. Não há diferenças significativas em alcançar a cura clínica entre os antibióticos tópicos, assim não é possível fazer recomendações específicas em relação a qual antibiótico escolher. Fatores que influenciam a escolha de antibióticos incluem a disponibilidade local, história de alergias, padrões de resistência e custo. Os esteroides tópicos não são recomendados nesses pacientes. A conjuntivite bacteriana hiperaguda apresenta uma grave secreção purulenta abundante e diminuição da visão. Muitas vezes, é causada por *Neisseria gonorrhoeae* e carrega um alto risco para o envolvimento da córnea. No

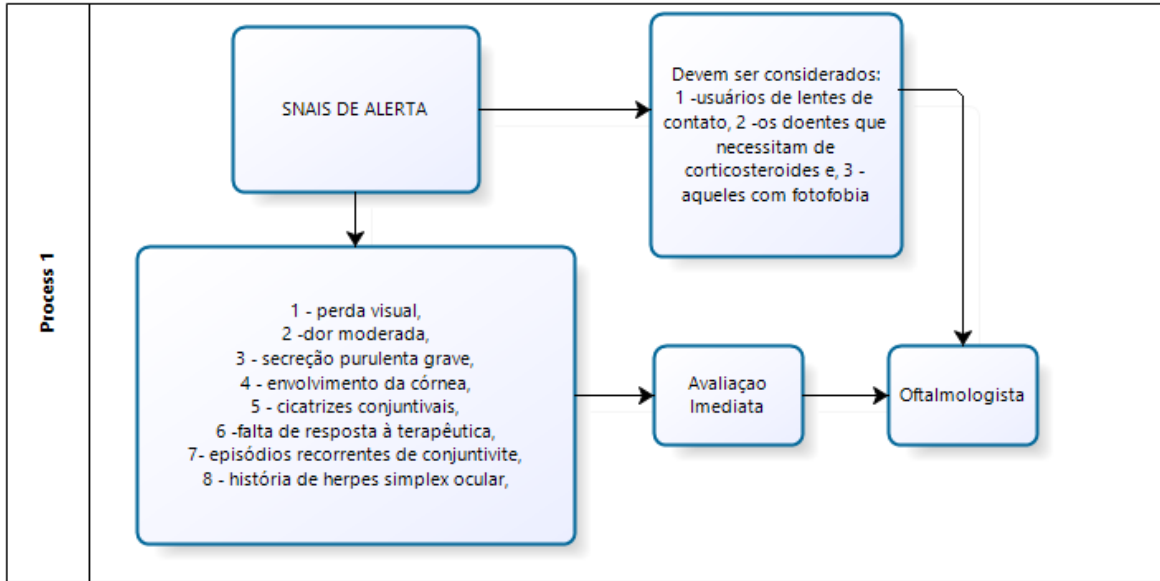
caso de perfuração de córnea secundária à conjuntivite bacteriana hiperaguda, o tratamento consiste na ceftriaxona intramuscular, e infecção por clamídia concorrente deve ser tratada também. Conjuntivite bacteriana crônica é o termo utilizado para descrever qualquer conjuntivite com duração superior a quatro semanas causada por *Staphylococcus aureus*, *Moraxella* e outras etiologias bacterianas, nesses casos o encaminhamento para o oftalmologista deve ser realizado. Os sintomas incluem olhos vermelhos, secreção purulenta ou descarga mucopurulenta e quemose. A secreção bacteriana purulenta grave sempre leva em consideração a etiologia gonocócica com realização de cultura. A conjuntivite pode não responder à terapia antibiótica padrão, em pacientes sexualmente ativos uma consideração da possibilidade de infecção por chlamydia deve ser feita. A possibilidade de queratite bacteriana é elevada em usuários de lentes de contato, que devem ser tratados com antibióticos tópicos e serem encaminhados para um oftalmologista. Em pacientes que usam lentes de contato deve ser solicitado que interrompam seu uso imediatamente.

Sinais de alerta na conjuntivite:

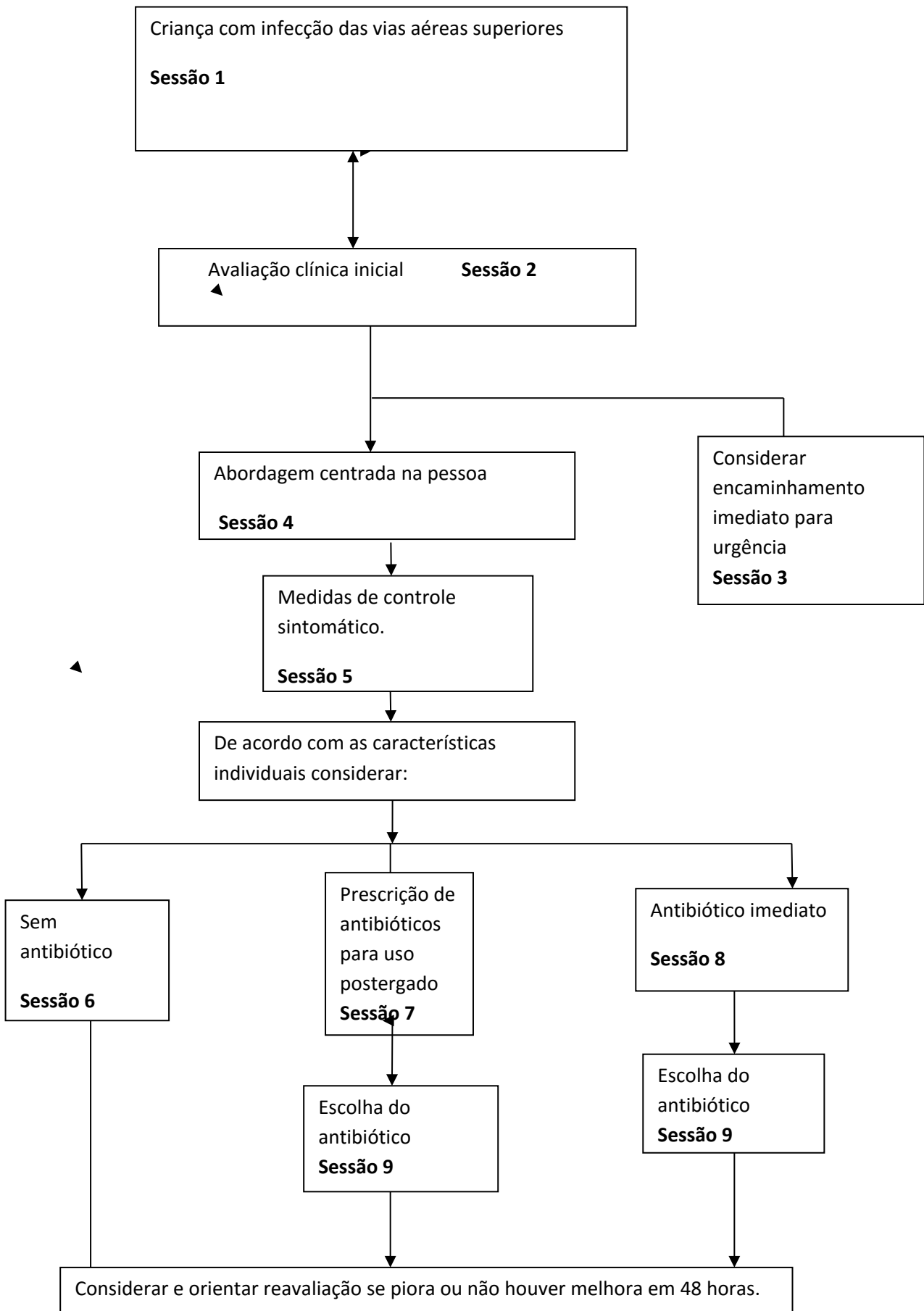
Avaliação imediata com oftalmologista é recomendada se existe perda visual, dor moderada, secreção purulenta grave, envolvimento da córnea, cicatrizes conjuntivais e falta de resposta à terapêutica, episódios recorrentes de conjuntivite, ou história de herpes simplex ocular. Além disso, os seguintes pacientes devem ser considerados para encaminhamento: usuários de lentes de contato, os doentes que necessitam de corticosteroides e aqueles com fotofobia.

*(retirado de artigo de revisão do site www.medicinanet.com.br, autor Rodrigo Antonio Brandao Neto, última revisão em 28/01/2016)





IVAS EM CRIANÇAS



Sessão 1 – Apresentações e evolução natural

- As infecções do trato respiratório são extremamente comuns em crianças, acontecendo em média 8-10 episódios ao ano nos dois primeiros anos de vida;

- De acordo com o lugar predominantemente afetado podem ter apresentações clínicas distintas, mas constitui-se basicamente um mesmo espectro, que pode incluir:

a) Resfriado comum, predomínio de coriza, espirros e tosse seca, eventualmente com febre baixa, não costuma causar prostração muito importante, sintomas duram de 3-5 dias;

b) Faringite e tonsilite aguda viral, geralmente precedida de sintomas respiratórios, coriza, tosse, rouquidão, início geralmente não é agudo, febre baixa, exantema viral (diferenciar da amigdalite estreptocócica: febre alta, início agudo, geralmente entre 3 e 15 anos, febre, cefaleia, dor abdominal, inflamação das tonsilas, adenite cervical anterior, às vezes, exantema escarlatiniforme);

c) Rinossinite: pensar em etiologia bacteriana, somente com sintomas nasais persistentes e sem melhora por mais que 10 dias ou sintomas graves, como febre alta e descarga nasal purulenta.

d) Otite média aguda (OMA): não se deve fazer diagnóstico de OMA em crianças que não tenham efusão em orelha média. Sintomatologia NÃO permite distinguir OMA de resfriado. Ao menos metade dos pacientes com OMA melhoram sem antibiótico.

e) Tosse e traqueobronquite aguda: tosse irritativa persistente, pode atrapalhar para comer e dormir;

Estes quadros podem se misturar de diversas maneiras, isto não muda a conduta.

Sessão 2 – Avaliação Clínica Inicial

	Verde – baixo risco	Amarelo – risco intermediário	Vermelho – alto risco
Cor (pele, lábios e língua)	Normal	Palidez referida pelo pai ou pelo cuidador	Palidez importante atestada pelo médico, com petéquias ou cianose importante

Atividade	Responde normalmente a estímulos (interage, responde ao nome) Está acordada ou acorda rapidamente Tem um choro forte e normal ou não está chorando	Não tem uma resposta normal aos estímulos Não sorri Acorda somente com bastante estímulo Hipoativa	Não responde de maneira nenhuma aos estímulos Evidentemente doente na avaliação de um profissional Não acorda ou não consegue ficar acordada após estimulação Frac, choro agudo ou contínuo e leve
Respiração	Normal	Batimento de asa nasal Taquipneia: >50 ipm, idade 6–12m >40 ipm, idade > 1a Saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente Estertores crepitantes	Guincho ou ronos de obstrução Taquipneia: >60 ipm Tiragem importante ou respiração paradoxal
Circulação e hidratação	Pele e olhos normais Mucosas úmidas	Taquicardia: >160 bpm, <1 ano >150 bpm, 1-2a >140 bpm, 2–5a Enchimento capilar ≥3s Mucosas secas Hiporexia Débito urinário diminuído	Sinais de desidratação importante e choque
Outros	Nenhum sinal amarelo ou vermelho	Idade 3-6m, com t≥39°C Febre por mais de 5 dias Edema de membro ou articulação Incapacidade de se sustentar sobre um membro	Idade <3m, com t≥38°C Petéquias Fontanela abaulada Rigidez cervical Estado de mau epilético Sinais neurológicos focais Convulsões

- Se houver apenas sinais verdes, risco baixíssimo de complicações, somente orientar retorno conforme a evolução e providenciar declaração ou atestado e sintomáticos conforme a necessidade;
- Se houver sinais amarelos, fazer consulta no mesmo dia;
- Se houver sinais vermelhos, fazer consulta imediata com médico;

Sessão 3 - Considerar encaminhamento imediato para urgência

- Presença de sinais vermelhos que não se consegue manejar adequadamente na Unidade de Saúde;
- Suspeita de mastoidite: otalgia, edema e abaulamento retroauricular, eritema do pavilhão auricular, tumefação dolorosa retroauricular;

- Suspeita de celulite peritonsilar: febre alta, odinofagia, salivação excessiva, abaulamento e/ou assimetria nas lojas amigdalíneas, trismo;
- Suspeita de abscesso periorbitário ou intracraniano: febre, edema periorbitário com hiperemia, incapacidade de mobilizar o olho;
- Risco alto de complicações: comorbidades importantes (doenças cardíacas, renais, hepáticas, hematológicas, cerebrais e neuromusculares, pulmonares), pacientes com imunossupressão, fibrose cística, prematuros ou com desnutrição grave;

Sessão 4 – Abordagem Centrada na Pessoa

- É fundamental a empatia e o estabelecimento de uma relação de confiança, em que fique claro que o profissional que está atendendo está prestando atenção às dúvidas daquela pessoa que está acompanhando e observando os detalhes que podem atestar que o caso é leve ou pode ser mais grave, a fim de que o resultado da consulta seja satisfatório;
- Uma boa comunicação entre o profissional de saúde e o paciente/acompanhante é essencial. É importante informar ao paciente/acompanhante de forma que ele compreenda bem o que pode estar acontecendo, e se sinta seguro das informações. Podendo dar por escrito as orientações e sinais de alerta a serem observados ajuda bastante;
- Adolescentes desacompanhados devem ser bem orientados, oferecer orientações por escrito de preferência, possivelmente terão que repassar aos responsáveis as orientações posteriormente;
- Verificar sempre história pregressa de complicações, hospitalizações e uso de medicações (especialmente antibióticos e imunossupressores), que podem impactar no plano de manejo, explicando detalhadamente o que pode ser semelhante ou diferente no quadro atual, quando há história de quadro grave anterior;
- Sempre perguntar a expectativa do paciente/acompanhante a respeito do que está acontecendo e o que ele pensa que precisa ser feito, inclusive se ele tem expectativa de fazer algum exame ou de algum tipo de medicamento específico (xaropes ou antibióticos). Manejar as expectativas conforme o caso;
- Oferecer retorno garantido como forma de reassuramento, usando a continuidade do cuidado como um elemento tranquilizador;

- Avaliar o impacto do afastamento da creche ou escola e buscar facilitar os ajustes necessários para os pais ou cuidadores.

Sessão 5 - Medidas de controle sintomático

-analgésico e antitérmico (somente em caso de sofrimento evidente da criança, não precisa ser dado universalmente): Paracetamol 200 mg/ml 1gota/kg de 6/6hs ou dipirona 500 mg /ml 0,6-1 gota/kg de 6/6h, se necessário;

- solução fisiológica nasal: orientar a necessidade de uso abundante para ter um bom resultado e uso especialmente antes das refeições para facilitar a alimentação;

- aumentar ingestão de líquidos;

- manter leite materno;

- elevar cabeceira da cama;

- evitar uso de anti-inflamatórios, anti-histamínicos, antitussígenos, mucolíticos e expectorantes, pois não são efetivos e pelos efeitos colaterais que podem provocar:

- Anti-histamínicos: sonolência, tontura, cefaleia, boca e olhos secos, agitação, depressão respiratória, alterações cardíacas;

- Antitussígenos: constipação, tontura, náuseas, vômitos, apneia, palpitação, sonolência;

- Mucolíticos e expectorantes: náuseas, diarreia, tontura, cefaleia;

- Descongestionantes: taquicardia, insônia, tremores, hipertensão, irritabilidade, cefaleia, letargia, alucinação, distonia, convulsões;

- Antiinflamatórios: náuseas, vômitos, gastrites, úlcera gástrica.

Sessão 6 – Sem antibiótico

- Assegurar o paciente/acompanhante de que antibióticos não são necessários para o quadro apresentado, porque eles não farão diferença nos sintomas e podem ter efeitos colaterais como: diarreia, vômitos e rash cutâneo e podem causar seleção e resistência bacteriana;

- Oferecer por escrito as orientações e sinais de alerta, sempre que possível e necessário;

- Arranjar atestados ou declarações conforme a necessidade, que podem ser a única necessidade dos pacientes, como no caso de exigências da instituição de educação;
- Garantir a possibilidade do retorno do paciente se for percebida mudança no quadro ou se não houver melhora no prazo esperado:
- Duração esperada das IVAS:
- Otite média aguda – 4 dias;
- Dor de garganta aguda /faringite aguda /tonsilite aguda – 7 dias;
- Resfriado comum – 10 dias;
- Rinossinusite – 15 dias;
- tosse/traqueobronquite aguda – 20 dias;

Sessão 7 – Prescrição de antibióticos para uso postergado

- Considerar deixar prescrição de antibiótico com orientação de oferecer em 48h caso não haja melhora em algumas situações especiais como:
- Dificuldades em garantir reavaliação (p. ex.: feriados, finais de semana, férias, viagens)
- Ansiedade significativa dos acompanhantes com reticência ou dúvida dos pais a respeito do interesse ou motivos de quem está atendendo em não prescrever;
- Explicar bem a situação na qual deve ser feito o uso da prescrição, deixando claro que, a qualquer momento em caso de dúvida, ou se não melhorar, o paciente pode retornar para reavaliação.

Sessão 8 – Prescrição imediata de antibiótico

- Considerar a prescrição imediata de antibiótico e investigação, dependendo a severidade da infecção e da suspeita de complicações:
- Mal estado geral, aspecto toxêmico;
- Otite média aguda: bilateral em crianças < 2 anos; criança com otorréia e otite média aguda;
- Suspeita de amigdalite estreptocócica: quando três destes critérios estão presentes - exsudato tonsilar (placas, não pontos), linfadenite cervical anterior, febre, ausência de outros sinais respiratórios;

- Rinossinusite complicada: febre, mal estado geral, sintomas há mais de uma semana, piora dos sintomas após alguns dias (geralmente 5);
- Suspeita de pneumonia: FR >60 em crianças até 2 meses, FR >50 de 2 meses a 1 ano, FR > 40 de 1 a 4 anos, com sinais de esforço respiratório, febre e tosse, sem sibilos e com sinais de condensação pulmonar.

Sessão 9 – Escolha do antibiótico

- Suspeita de amigdalite estreptocócica:
 - Primeira linha: penicilina benzatina (600000UI IM para crianças até 24kg, 1200000UI para crianças com mais de 24kg); amoxicilina 50mg/kg/dia de 8/8 ou 12/12h, por 10 dias;
 - Pacientes alérgicos a beta-lactâmicos: claritromicina (7,5mg/kg/d, divididos de 12/12h, por 7 dias) ou azitromicina conforme quadro abaixo:

Peso	Regime de 3 dias	Regime de 5 dias	Frasco
< 15 kg:	10 mg/kg em dose única diária, durante 3 dias.	10 mg/kg no 1º dia, seguido por 5 mg/kg durante 4 dias, administrados em dose única diária.	600 mg
15-25 kg:	200 mg (5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	200 mg (5 mL) no 1º dia, seguido por 100 mg (2,5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	600 mg
26-35 kg:	300 mg (7,5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	300 mg (7,5 mL) no 1º dia, seguido por 150 mg (3,75 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	900 mg
36-45 kg:	400 mg (10 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	400 mg (10 mL) no 1º dia, seguido por 200 mg (5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	1200 mg (2 frascos de 600 mg. Ou 1 frasco de 1500 mg, no qual sobriariam 300mg)
Acima de 45 kg:	Dose igual a de adultos	Dose igual a de adultos	1500 mg (1 frasco de 1500 mg)

- Otite média aguda (conforme critérios assinalados):
 - Primeira linha: amoxicilina 80-90mg/kg/d de 12/12 ou 8/8h, por 5 dias;
 - Pacientes alérgicos a beta-lactâmicos: claritromicina (7,5mg/kg/d, divididos de 12/12h, por 7 dias) ou azitromicina conforme quadro abaixo:

Peso	Regime de 3 dias	Regime de 5 dias	Frasco
< 15 kg:	10 mg/kg em dose única diária, durante 3 dias.	10 mg/kg no 1º dia, seguido por 5 mg/kg durante 4 dias, administrados em dose única diária.	600 mg
15-25 kg:	200 mg (5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	200 mg (5 mL) no 1º dia, seguido por 100 mg (2,5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	600 mg
26-35 kg:	300 mg (7,5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	300 mg (7,5 mL) no 1º dia, seguido por 150 mg (3,75 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	900 mg
36-45 kg:	400 mg (10 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	400 mg (10 mL) no 1º dia, seguido por 200 mg (5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	1200 mg (2 frascos de 600 mg. Ou 1 frasco de 1500 mg, no qual sobriariam 300mg)
Acima de 45 kg:	Dose igual a de adultos	Dose igual a de adultos	1500 mg (1 frasco de 1500 mg)

- Rinossinusite aguda (conforme critérios assinalados):

- Primeira linha: amoxicilina 50mg/kg/dia de 8/8 ou 12/12h, por 7 dias;

- Pacientes alérgicos a beta-lactâmicos: claritromicina (7,5mg/kg/d, divididos de 12/12h, por 7 dias) ou azitromicina conforme quadro abaixo:

Peso	Regime de 3 dias	Regime de 5 dias	Frasco
< 15 kg:	10 mg/kg em dose única diária, durante 3 dias.	10 mg/kg no 1º dia, seguido por 5 mg/kg durante 4 dias, administrados em dose única diária.	600 mg
15-25 kg:	200 mg (5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	200 mg (5 mL) no 1º dia, seguido por 100 mg (2,5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	600 mg
26-35 kg:	300 mg (7,5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	300 mg (7,5 mL) no 1º dia, seguido por 150 mg (3,75 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	900 mg
36-45 kg:	400 mg (10 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	400 mg (10 mL) no 1º dia, seguido por 200 mg (5 mL) durante 4 dias,	1200 mg (2 frascos de 600 mg. Ou 1 frasco de 1500 mg, no

		administrados em dose única diária.	qual sobriariam 300mg)
Acima de 45 kg:	Dose igual a de adultos	Dose igual a de adultos	1500 mg (1 frasco de 1500 mg)

- Se usou amoxicilina nas últimas 4 semanas: fazer amoxicilina 100 mg/kg/dia ou amoxicilina com clavulanato (50-90 mg/kg/dia de amoxicilina) por 7-10 dias.
- Pneumonia adquirida na comunidade (conforme critérios assinalados):
- Primeira linha: amoxicilina 50mg/kg/d de 12/12 ou 8/8h, por 5 dias;
- Pacientes alérgicos a beta-lactâmicos: claritromicina (7,5mg/kg/d, divididos de 12/12h, por 7 dias) ou azitromicina conforme quadro abaixo:

Peso	Regime de 3 dias	Regime de 5 dias	Frasco
< 15 kg:	10 mg/kg em dose única diária, durante 3 dias.	10 mg/kg no 1º dia, seguido por 5 mg/kg durante 4 dias, administrados em dose única diária.	600 mg
15-25 kg:	200 mg (5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	200 mg (5 mL) no 1º dia, seguido por 100 mg (2,5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	600 mg
26-35 kg:	300 mg (7,5 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	300 mg (7,5 mL) no 1º dia, seguido por 150 mg (3,75 mL) durante 4 dias, administrados	900 mg

		em dose única diária.	
36-45 kg:	400 mg (10 mL) em dose única diária, durante 3 dias.	400 mg (10 mL) no 1º dia, seguido por 200 mg (5 mL) durante 4 dias, administrados em dose única diária.	1200 mg (2 frascos de 600 mg. Ou 1 frasco de 1500 mg, no qual sobriariam 300mg)
Acima de 45 kg:	Dose igual a de adultos	Dose igual a de adultos	1500 mg (1 frasco de 1500 mg)

RINITE ALÉRGICA

A rinite alérgica é considerada uma das 10 causas de busca por atendimento em atenção primária e pode ser considerada a doença respiratória crônica de maior prevalência. Apesar de não ser a de maior gravidade é de suma importância seu diagnóstico, prevenção e tratamento, pois interfere na qualidade de vida do paciente podendo comprometer o seu rendimento laborativo, escolar ou de lazer e ainda está diretamente relacionada ao controle da asma e a predisposição ao desenvolvimento de otite média crônica e sinusite.

A qualidade de vida fica comprometida, pois a rinite não controlada pode levar a fadiga, cefaleia, dificuldade de atenção e aprendizagem, apneia do sono, alterações ortodônticas e do crescimento orofacial de crianças e adolescentes. O diagnóstico da rinite alérgica é clínico, baseado em sinais e sintomas identificados durante a anamnese, exame físico e exames complementares são eventualmente necessários.

É importante estar atento aos sinais e sintomas da rinite e também a sua frequência.

São eles: espirros sequenciais, prurido e ou obstrução nasal, rinorréia anterior ou posterior, prurido orofaringe, hiperemia e ou prurido ocular, lacrimejamento. Podem ainda estar presentes: prurido orofaringe e ou auricular, tosse, roncos, hipo ou anosmia e cefaleia.

A classificação da rinite alérgica leva em consideração o tempo de duração dos sintomas e ainda o grau de comprometimento da rotina de vida do paciente como descrito nos quadros 1 e 2.

Quadro 1: Classificação da Rinite alérgica quanto ao tempo de duração dos sintomas.

RINITE ALÉRGICA	TEMPO DE DURAÇÃO SINTOMAS
INTERMITENTE	Menos de 4 dias por semana e menos de 4 semanas consecutivas
PERSISTENTE	Mais de 4 dias por semana e mais de 4 semanas consecutivas

Fonte: *ARIA (Alergic Rhinitis and its Impact on Asthma)*

Quadro 2: Classificação da Rinite alérgica quanto ao comprometimento da rotina de vida do paciente, sendo qualquer item comprometido a rinite é considerada moderada/grave

RINITE ALÉRGICA	TEMPO DE DURAÇÃO SINTOMAS
LEVE	Sono normal Atividades da vida diária normal Sintomas suportáveis
MODERADA/GRAVE	Sono anormal Comprometimento de atividades da vida diária (trabalho ou escola ou lazer) Sintomas insuportáveis

Fonte:ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*).

Achados possíveis no exame físico:

1. Prega nasal horizontal e ou Pregas de Dennie Morgan (linhas horizontais nas pálpebras inferiores), acompanhadas ou não de alteração da cor da pele palpebral.
2. Rinoscopia: mucosa edemaciada com coloração variando de hiperemiada a pálida arroxeadas, com cornetos hipertrofiados e presença de rinorréia hialina
3. Edema palpebral e ou conjuntival, hiperemia conjuntival e lacrimejamento ocular.

Exames complementares: não são recomendados de rotina. São eles:

1. Testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (TCHI) pela técnica de punctura – pelo alto valor preditivo negativo é mais útil para excluir a alergia como causa dos sintomas nasais, desde que o paciente não esteja em uso de antialérgicos.
2. Avaliação dos níveis séricos de IGE alérgeno-específica: são inespecíficas, podendo estar presentes em quadros de dermatite atópica e asma. A importância deles deve ser considerada para instituir medidas de prevenção específicas e quando se considera a imunoterapia alérgeno-específica como possibilidade de tratamento.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: rinosinusites, pólipos nasais, tumores nasais benignos e malignos, rinite eosinofílica não alérgica, discinesias ciliares, as fístulas rinoliquóricas, os corpos estranhos etc.

Para casos refratários aos tratamentos indicados pode ser necessário realizar RX cavum para avaliar se há hipertrofia adenoideana e ou rinoscopia para avaliar se há outras causas para os sintomas refratários.

TRATAMENTO

Importante considerar na escolha do tratamento: eficácia, segurança, custo-efetividade, preferência do paciente, objetivos do tratamento, severidade da doença, comorbidades, facilidade de adesão ao tratamento.

Nenhum medicamento tem efeito persistente após a suspensão do uso em pacientes com rinite alérgica persistente, o que obriga o uso contínuo dos medicamentos para controle dos sintomas/sinais.

MEDICAMENTOSO: temos atualmente várias classes terapêuticas disponíveis como anti-histamínicos orais, descongestionantes nasais, corticóides nasais, anti-leucotrienos, cromonas, anticolinérgicos e imunoterapia.

A tabela 1 mostra a escolha preferencial de tratamento considerando os sintomas apresentados.

Tabela 1: Efetividade relativa das classes medicamentosas no tratamento da rinite alérgica.

	ESPIRROS	RINORRÉIA	PRURIDO NASAL	OBSTRUÇÃO NASAL
CORTICOIDES NASAIS	++	+++	+	+++
ANTI-HISTAMÍNICOS	+++	+++	+++	+
CROMONAS	+	+	+	+
DESCONGESTIONANTES NASAIS	-	-	-	++++
ANTICOLINÉRGICOS	-	++	-	-
LEUCOTRIENOS	-	+	-	++

Fonte: Treatment of allergic rhinitis - Current Allergy & Clinical Immunology, March 2013 Vol 26, No.1

CORTICOIDES NASAIS: são os medicamentos de primeira escolha para o tratamento da rinite alérgica, tendo poucos efeitos colaterais locais e sistêmicos sendo, portanto seguros. Os corticoides nasais budesonida, beclometasona e

triancinolona chegam a ter até 30-40% dose na circulação sistêmica, já os mais recentes mometasona, ciclesonida e fluticasona a absorção sistêmica é desprezível. O uso nasal dos corticoides não tem influência no desenvolvimento pondero-estatural de crianças e adolescentes quando usados isoladamente bem como não influencia os níveis glicêmicos e da hemoglobina glicosilada de pacientes diabéticos.

CORTICOIDES ORAIS: não tem indicação no tratamento da rinite alérgica!

ANTI-HISTAMINICOS ORAIS: aliviam os sintomas de prurido nasocular, coriza e espirros, mas pouco efeito sobre obstrução nasal. Preferencialmente usar os de segunda geração – cetirizina, loratadina, desloratadina, fexofenadina, ebastina - por terem menos efeitos colaterais como sedação e maior tempo de ação. Estão indicados nos casos de rinite alérgica do adulto persistente e moderada/grave e em crianças intermitente ou persistente.

ANTI-LEUCOTRIENOS (MONTELUCASTE): considerado mais efetivo que os anti-histaminicos orais nos casos de rinite alérgica sazonal em crianças e adultos e crianças até 6 anos com rinite persistente. Nos demais casos anti-histaminicos orais são mais efetivos que anti-leucotrienos.

CROMONAS (CROMOGLICATO DE SÓDIO): pode ser usado, porém tem eficácia menor que os corticoides nasais e os anti-histaminicos. Adesão pior pois deve ser usado 4 vezes ao dia.

DESCONGESTIONANTES NASAIS: melhora principalmente os sintomas de obstrução nasal, porém deve ser usado por curto prazo – máximo 7 dias devido ao risco de rinite medicamentosa. Não é recomendado uso em pré-escolares.

DESCONGESTIONANTES ORAIS: não se recomenda! Devido ao risco potencial de hipertensão sistólica, insônia e boca seca.

ANTICOLINÉRGICOS (IPRATROPIO): efetivo somente no controle da rinorréia, se outros sintomas presentes deixa de ser primeira linha de tratamento.

IMUNOTERAPIA: Único tratamento que muda o curso natural da doença! Pode ser usada sublingual ou subcutânea é uma forma de tratamento a ser considerada nas formas refratárias a tratamento medicamentoso e que se tem a relação direta do IgE alérgeno específico identificada, também para aqueles pacientes que não querem tratamento com fármacos por tempo prolongado ou

ainda aqueles pacientes que apresentam efeitos colaterais com medicamentos de primeira linha que dificultam a adesão ao tratamento.

NÃO MEDICAMENTOSO:

O conhecimento dos aeroalérgenos (tabagismo seja ele passivo ou ativo, poeira domiciliar, ácaros e fungos, pólen) que constituem a poeira domiciliar, do ambiente de trabalho e da escola dos pacientes com doenças respiratórias alérgicas é fundamental para a compreensão dos mecanismos de doença e para orientação do tratamento adequado.

1. As medidas de controle ambiental são importantes para evitar a sensibilização dos indivíduos predispostos geneticamente à atopia - PREVENÇÃO PRIMÁRIA; e para evitar o contato do indivíduo já sensibilizado com os alérgenos que desencadeiam os sintomas da alergia - PREVENÇÃO SECUNDÁRIA. Além disso, o conhecimento dos aeroalérgenos direciona a escolha de extratos alergênicos para testes cutâneos, bem como para a indicação de tratamento com imunoterapia, visto que a rinite alérgica é uma doença de resposta imune mediada por anticorpos IgE.

São orientações que devem ser consideradas, mas que na última revisão ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) 2010 ainda não está bem estabelecido é o seu papel no controle da rinite alérgica: usar capas de colchão e travesseiros impermeáveis; lavar roupas de cama com água quente; evitar acúmulo de livros e materiais que acumulem poeira nos ambientes; usar aspirador de pó para higiene ambiente com filtro e lavar cortinas e bichos de pelúcia com água quente.

O que já está bem estabelecido e se recomenda é evitar permanência de animais domésticos em ambientes internos, primordialmente nos quartos. Aquele animal que vive no interior dos lares deve tomar banho 1 a 2 vezes por semana, o ambiente interno deve ser de fácil higiene sem tapetes ou carpetes e bem ventilado sempre.

2. Uso de solução salina nasal 0,9% sem conservantes para desobstrução mecânica retirando secreções acumuladas e evitando inflamação da mucosa nasal está indicado em todas as faixas etárias. Já o uso de solução salina hipertônica ainda é controverso, ainda não há consenso na literatura se é melhor uso de solução salina hipertônica. Não se recomenda uso de inalação

som soro fisiológico frio, pois alguns estudos mostram que pode ocorrer hiperreatividade brônquica.

3. CIRURGICO – casos específicos refratários à terapia medicamentosa ou com alterações anatômicas significativas que dificultem o controle dos sinais e sintomas da rinite alérgica, como hipertrofia importante de cornetos ou desvios de septo.

Deficiência vitamina B12: quando investigar e tratar?

A vitamina B12 é importante no equilíbrio metabólico e a sua deficiência está relacionada a patologias como anemia megaloblástica, distúrbios neuropsiquiátricos e a elevação dos níveis séricos de homocisteína, especialmente em idosos. Geralmente os sintomas clínicos aparecem após 10 anos do início da diminuição da absorção de vitamina b12, devido aos estoques hepáticos que vão suprindo as necessidades de b12 neste período. Exceção ocorre em pacientes pós cirurgia bariátrica em que os níveis séricos tendem a cair após 6 meses da cirurgia.

A carência de vitamina B12 se relaciona a queixas muito frequentes em consultórios clínicos e de medicina de família, tais como:

- Fraqueza muscular, cansaço, sonolência, letargia,
- Comprometimento de memória e lentificação dos pensamentos,
- Úlceras orais, língua despapilada e rósea,
- Zumbido no ouvido,
- Palidez cutânea,
- Alteração visual,
- Perda de peso ou do apetite,
- Taquicardia,
- Alterações no humor com irritabilidade e ou depressão,
- Comprometimento do equilíbrio e parestesias periféricas.

Algumas pessoas têm um risco maior de desenvolvimento deficiência de vitamina b12 e portanto, devem ser rastreadas quanto a presença dos sintomas carenciais e também deve ser feita a análise laboratorial para complementar o diagnóstico e realizar o tratamento quando necessário, conforme pode ser visto na Tabela 1 que indica os fatores de risco a carência de vitamina B12. A USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) não recomenda rastreamento

em população assintomática e a American Family Phisician recomenda investigação para os pacientes que tenham os fatores de risco listados na Tabela 1.

Mulheres gestantes com níveis séricos normais limítrofes ou baixos de vitamina b12 têm maior risco de terem bebês com má-formação de tubo neural. Lactantes ou lactentes filhos de mães com carência de vitamina b12 podem ter o desenvolvimento psicomotor comprometido com ataxia, hipotonia, fraqueza e anemia.

Tabela 1: Fatores de risco associados a deficiência de vitamina b12

CAUSAS	CONDIÇÃO RELACIONADA
Diminuição absorção ileal	Doença Chron Intolerância a Lactose Doença celíaca Ressecção ileal Infestação por Tênia
Diminuição de fator intrinseco	Atrofia gástrica Anemia perniciosa Pós Gastrectomia em Y de Roux
Absorção inadequada	Abuso de álcool Idosos Vegetarianos (incluindo lactentes de mães vegetarianas)
Medicamentos de uso contínuo	Inibidores de bomba de prótons Bloqueadores receptores histamina H2 Metformina

Inicialmente os níveis séricos de vitamina B12 podem estar normais, porém no limite inferior da faixa de referencia que é ampla, e o paciente já encontra-se sintomático. Inicialmente indica-se avaliação laboratorial com hemograma

completo e dosagem sérica de vitamina b12 a todos os pacientes com fator de risco ou que estejam sintomáticos. Níveis falsamente baixos podem ocorrer e estão relacionadas na tabela 2.

Tabela 2: Condições clínicas que falseiam a dosagem sérica de Vitamina B12

Níveis séricos falsamente baixos	Usuárias de anticoncepcionais orais Mieloma múltiplo Gestação Deficiência de folato
Níveis séricos falsamente normais	Doenças hepáticas Doenças mieloproliferativas Doenças renais

Apesar dos níveis considerados normais acima de 150pg/mL muitos pacientes próximos a esse nível encontram-se sintomáticos e são beneficiados com o tratamento de reposição. Portanto a American Family Phisician recomenda considerar normais níveis acima de 350pg/mL.

Níveis séricos de ácido metilmalônico e ou homocisteína podem ser indicados para pacientes assintomáticas com alto risco carencial, pacientes sintomáticos com níveis séricos de B12 entre 150-300 pg/mL ou pacientes sintomáticos em que a deficiência de vitamina b12 não está clara e deve ser excluída. Níveis elevados de homocisteína e de ácido metilmalônico são marcadores de maior sensibilidade para a deficiência de vitamina B12 porém de custo maior. A tabela 3 mostra condições clínicas em que há falsa elevação dos níveis de homocisteína e ácido metilmalônico.

Tabela 3: Condições clínicas relacionadas a falsas elevações séricas de homocisteína e ácido metilmalônico

	PATOLOGIA
Homocisteína	Hiperhomocisteinemia familiar

	Deficiência de folato Uso contínuo de levodopa Insuficiência Renal
Ácido metilmalônico	Insuficiência renal Condições relacionadas a depleção de volume (desidratação, hemorragia...)

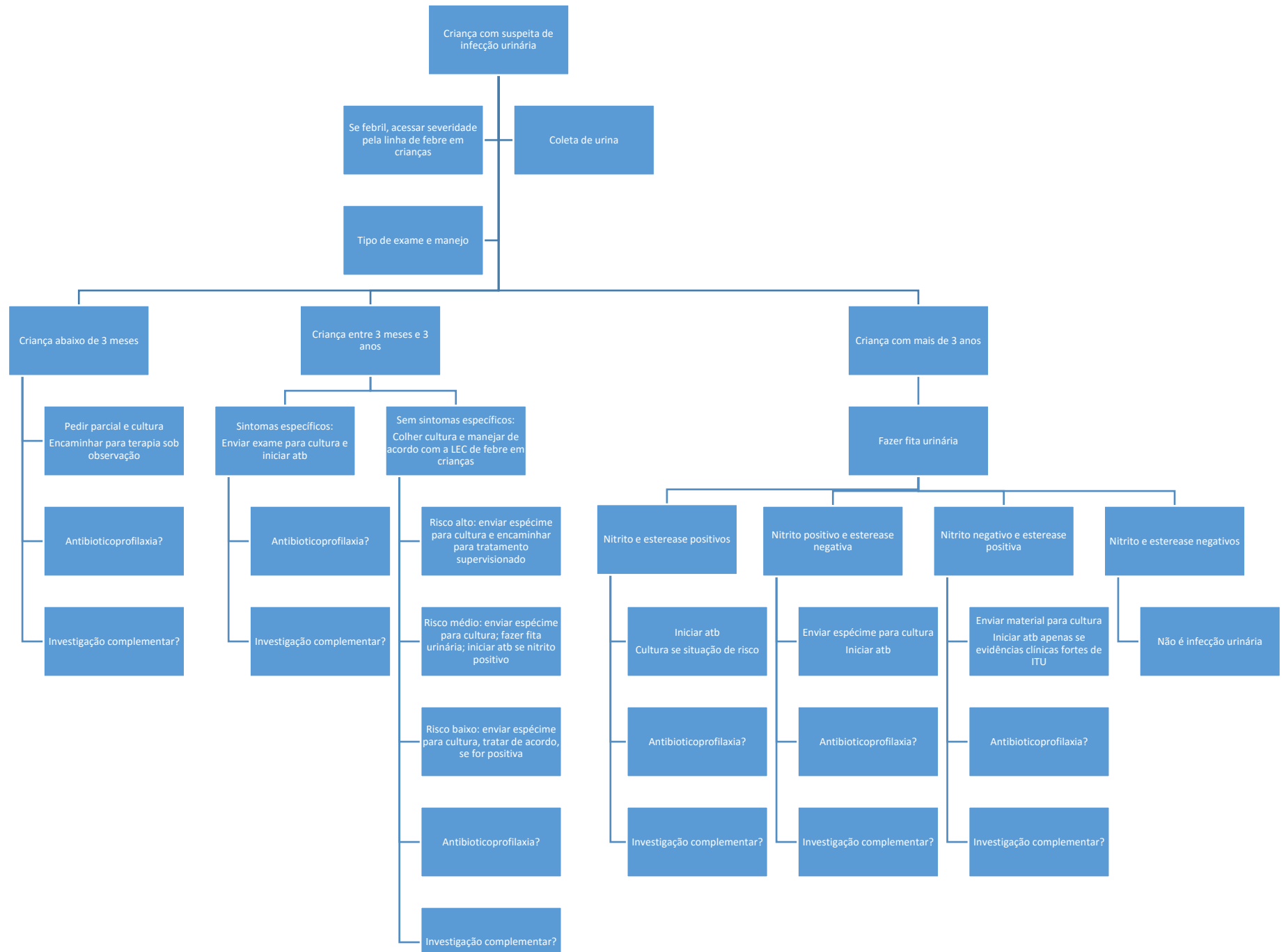
TRATAMENTO

A reposição de vitamina b12 pode ser feita via oral na dose de 1000-2000mcg/dia por 90-120 dias ou via intramuscular 1000mcg/semana por 8 semanas seguidas fazendo dose de manutenção 1000mcg/mês por toda a vida. Em 2005 uma revisão da Cochrane não mostrou evidência de diferença na reposição oral ou IM, exceto naqueles com condições disabsortivas ou de anemia perniciosa. Não há evidência de melhor efeito entre a vitamina b12 oral ou sublingual.

Importante ressaltar que comprometimento neurológico avançado não é reversível com a reposição vitamínica! Por isso é interessante o diagnóstico e tratamento clínicos o mais precocemente possível.

NÃO SE INDICA reposição de vitamina b12 de rotina para pacientes subclínicos e nem para pacientes com hiperhomocisteinemia e ou elevação sérica do ácido metilmalônico não relacionados a deficiência de b12! Também não se recomenda reposição de vitamina b12 para reduzir níveis de homocisteína em pacientes com alto risco de mortalidade cardiovascular (NÍVEL EVIDENCIA A)

A prática clínica mostra como principal efeito colateral da reposição da vitamina b12 aumento da oleosidade da pele e pode com isso surgir acne ou haver piora da acne.



Criança com suspeita de infecção urinária

a) Até 3 meses:

1. comum - febre, letargia, vômitos e irritabilidade;
2. incomum – hiporexia e ganho de peso insuficiente;
3. raro – icterícia, dor abdominal e hematúria

b) Mais de 3 meses, mas em fase pré-verbal:

1. comum - febre sem foco;
2. incomum – dor abdominal ou lombar, vômitos e hiporexia;
3. raro - irritabilidade, letargia, constipação, dificuldade para ganhar

peso, hematúria, sofrimento ao urinar;

Fase verbal:

1. comum - disúria, polaciúria;
2. incomum - incontinência urinária, dor abdominal ou lombar;
3. raro: febre, mal-estar, hematúria, vômitos;

Coleta de urina

a) Fazer um exame que seja apropriado para a idade da criança.

Opções:

1. Jato médio: com higiene cuidadosa para crianças que já têm controle esfinteriano;

2. Bolsa coletora: alto risco de contaminação torna pouco eficiente para investigação de quadro febril agudo, opção viável quando não se tem urgência para resultados confiáveis;

3. Cateterismo vesical: opção para crianças sem controle de esfíncter e com quadro febril sem foco;

4. Punção suprapúbica: reservada para casos selecionados em que a precisão diagnóstica é imprescindível e o cateterismo é inviável, como na investigação de febre sem foco em criança com comprometimento importante do estado geral. Usualmente feita apenas para criança internada;

Tipo de exame e manejo

a) Enviar espécime para urocultura sempre que:

1. Criança menor que 3 anos (ações complementares precisam ser tomadas se a infecção for confirmada);

2. Avaliação clínica e fita urinária são discrepantes;
3. Fita urinária com apenas nitrito ou apenas esterase leucocitária positivos;
4. Episódio recorrente de ITU;
5. Falta de resposta clínica após 24-48h com antibiótico;
6. Risco alto ou moderado de doença severa (sistema de luzes de trânsito ou sinais de alerta na linha essencial de conduta para febre em crianças)

b) Crianças menores de 3 meses com sintomas devem ser referidas para investigação e tratamento inicial sob observação, exceto se o exame está sendo solicitado para investigação de ganho de peso insuficiente;

c) Crianças entre 3 meses e 3 anos devem ser manejadas de acordo com os sintomas:

1. Se os sintomas forem os comuns para a idade, enviar material para cultura de urina e iniciar antibioticoterapia empírica; se for de risco alto ou moderado de doença severa (sistema de luzes de trânsito ou sinais de alerta na linha essencial de conduta para febre em crianças), encaminhar para investigação e tratamento inicial sob observação;

2. Se os sintomas não forem os comuns para a idade, mas com risco alto de doença severa (itens vermelhos sistema de luzes de trânsito ou sinais de alerta na linha essencial de conduta para febre em crianças), encaminhar para investigação e tratamento inicial sob observação;

3. Se os sintomas não forem os comuns para a idade, mas com risco moderado de doença severa (itens amarelos no sistema de luzes de trânsito), mandar material para cultura, pedir uma fita urinária e tratar se tiver nitrito ou esterase positivos, ajustar de acordo com a cultura e a resposta clínica;

4. Se os sintomas não forem os comuns para a idade e não há evidência de risco de doença severa (apenas itens verdes no sistema de luzes de trânsito), mandar material para cultura e tratar somente após resultado positivo;

d) Crianças com mais de 3 anos:

1. Pedir uma análise com fita urinária e observar a presença de esterase leucocitária e/ou nitrito:

- Esterase e nitrito positivos: iniciar antibioticoterapia, pedir cultura apenas quando a risco alto para doenças severas, para guiar a terapia em caso de pouca resposta ao tratamento;

- Nitrito positivo e esterase negativa: pedir cultura de urina e iniciar antibioticoterapia. Suspende antibióticos se a cultura vier negativa;

- Esterase positiva e nitrito negativo: pedir cultura, iniciar atb apenas se a suspeição clínica for alta;

- Nitrito e esterase negativos: não fazer atb, pedir cultura apenas se a suspeição clínica for alta;

c) Escolha de antibiótico empírico

- Até que se obtenha uma cultura de urina (e após a coleta de material para a sua realização) ou para os casos em que se dispense a cultura para a indicação de tratamento, pode-se optar por qualquer das seguintes alternativas:

- Cefalexina suspensão oral (250mg/5ml) fazer 50 mg/kg/dia divididos em 4 tomadas (peso da criança em ml dividido por 4, oferecido de 6/6h);

- Nitrofurantoína (crianças acima de 1 mês) suspensão oral (25mg/5ml) – fazer 5-7mg/kg/dia divididos em 4 tomadas (peso da criança em ml dividido por 4, oferecido de 6/6h);

- Fazer o tratamento por 7-10 dias, ajustando de acordo com o antibiograma, quando for indicado e de acordo com o resultado;

Papel da antibioticoprofilaxia

Apesar de amplamente utilizada, a antibioticoprofilaxia não se mostrou eficiente para prevenir a repetição de infecções ou complicações graves, como a pielonefrite ou cicatrizes renais, e não está indicada rotineiramente. Casos específicos acompanhados por nefrologista pediátrico podem ter indicação de uso.

Investigação complementar em pacientes com ITU confirmada

a) Considerações gerais:

Praticamente todos os protocolos têm propostas de investigação complementar para crianças com menos de 6 anos com ITU. Isso se deve

especialmente à preocupação de que crianças com infecção urinária possam ter ou desenvolver lesões renais que levem a complicações como hipertensão e doença renal terminal. Entretanto, dados de longo prazo não confirmam a preocupação de que o refluxo vesicoureteral leve a estas complicações não foi confirmada. A presença das cicatrizes renais está associada a um aumento na prevalência de hipertensão na idade adulta, mas não tem um tratamento específico.

b) Crianças de até 6 meses:

1. Ultrassonografia imediata, cintilografia renal com DMSA em 4-6 meses e uretrocistografia miccional eletiva:

- com infecção urinária comprovada e de apresentação atípica (com débito urinário diminuído, com massa abdominal ou vesical palpável, com sinais de comprometimento sistêmico, com germes outros que não a E. coli ou que não melhoram em 48h com antibioticoterapia), pelo risco de lesão estrutural;

- se for ITU recorrente;

2. Ultrassonografia em até 6 semanas:

- para as ITU confirmadas que não preenchem critério para US imediata;

c) Crianças de 6 meses há 3 anos

1. Ultrassonografia imediata e cintilografia renal com DMSA em 4-6 meses:

- com infecção urinária comprovada e de apresentação atípica (com débito urinário diminuído, com massa abdominal ou vesical palpável, com sinais de comprometimento sistêmico, com germes outros que não a E. coli ou que não melhoram em 48h com antibioticoterapia), pelo risco de lesão estrutural;

2. Ultrassonografia em até 6 semanas e cintilografia renal com DMSA em 4-6 meses:

- se for ITU recorrente;

d) Crianças com mais de 3 anos

1. Ultrassonografia imediata:

- com infecção urinária comprovada e de apresentação atípica (com débito urinário diminuído, com massa abdominal ou vesical palpável, com sinais de comprometimento sistêmico, com germes outros que não a E. coli ou que não melhoram em 48h com antibioticoterapia), pelo risco de lesão estrutural;

2. Ultrassonografia em até 6 semanas e cintilografia renal com DMSA em 4-6 meses:

- se for ITU recorrente;

Quando encaminhar

a) Para o serviço de urgência e emergência:

- Crianças com febre e menos de 3 meses;

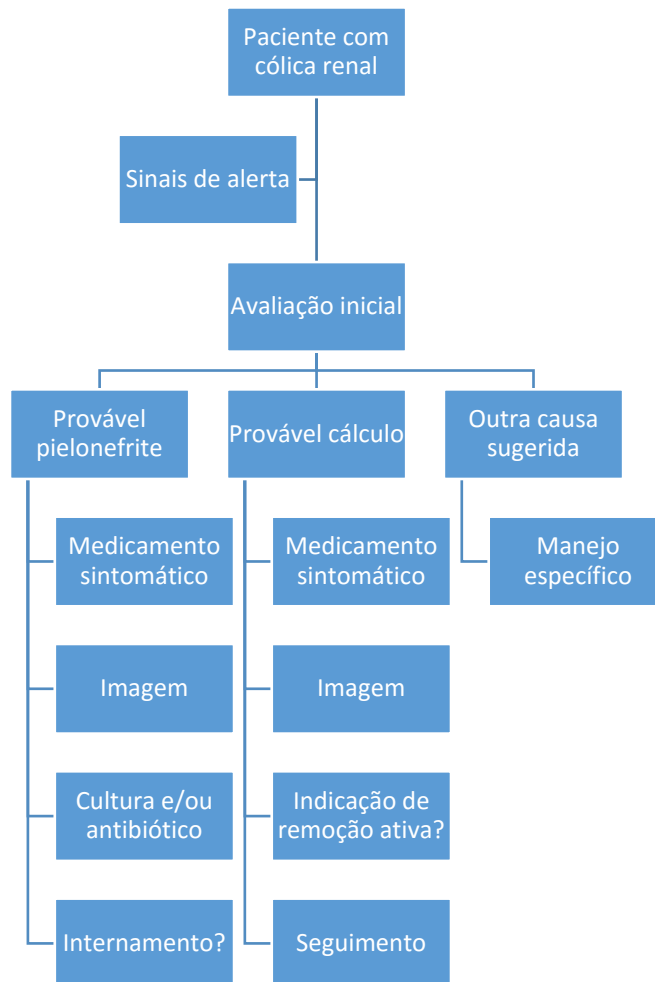
- Crianças com sinais de gravidade (itens vermelhos no sistema de luzes de trânsito);

b) Para nefrologista ou urologista pediátrico:

- Crianças com cintilografia renal com DMSA alterada;

- Crianças com defeito estrutural importante na US ou UCG miccional (RVU grau 4 ou 5, válvula de uretra posterior, etc.) e infecção recorrente;

PROTOCOLO APS - PACIENTE COM COLICA RENAL



1. Paciente com cólica renal:

- Cólica renal é uma dor muito intensa, localizada em qualquer ponto do trajeto urinário ou irradiada, muito inquietante para a pessoa que está sofrendo;
- Frequentemente a pessoa já terá apresentado o sintoma anteriormente e saberá dizer se é semelhante ou não;
- Habitualmente a dor é paroxística e as crises são de curta duração;
- Náuseas e vômitos são comuns e podem ser pela dor ou sinal de obstrução;

2. Sinais de alerta

- Evidência de peritonite;
- Choque (séptico ou neurogênico);
- Oligúria ou anúria prolongada, com edema importante;
- História de cálculo de estruvita;
- Presença de rim único;

3. Avaliação inicial

- Quadro ajuda a pensar no diagnóstico diferencial:

Possíveis causas	Achados da história e do exame físico
Pielonefrite	Febre e dor na loja renal (emergência se houver sinais obstrução ou sepse)
Dor musculoesquelética	Pior com o movimento
Apendicite	Dor ou peritonismo na fossa ilíaca direita
Colecistite	Pior com ingestão de gorduras, dor no hipocôndrio direito
Diverticulite	Sintomas intestinais associados, localização na fossa ilíaca esquerda
Aneurisma de aorta abdominal roto	Pessoa idosa, com outros fatores de risco cardiovascular
Torção testicular	Testículo doloroso à palpação
Ginecológica	Mulher jovem, atraso menstrual, dor pélvica
Cálculo urinário	Hematúria, história pessoal ou familiar de cálculo

4. Provável pielonefrite

- Paciente com cólica renal que se apresenta com disúria e/ou febre pode ter ITU complicada e precisa de exame de imagem com urgência para definir o diagnóstico e o manejo;
- Radiografia e/ou ecografia deve ser obtida em até 48h na ausência de sinais de alerta;

- Espécime deve ser coletado para cultura antes de se iniciar antibioticoterapia empírica;
- Após coleta de urina, iniciar ciprofloxacino 500mg de 12/12h por 14 dias;
- Fazer anti-inflamatório não-esteroidal para controle da dor;
- Em caso de comprometimento do estado geral, considerar internamento até controle sintomático;
- Remoção ativa do cálculo assim que a infecção estiver controlada;

5. Provável cálculo

- Fazer antiinflamatório não-esteroidal para controle da dor, por via endovenosa;
- Um opióide EV (tramadol) pode ser considerado como segunda opção;
- Hioscina + dipirona endovenosa pode ser usado, considerando-se a disponibilidade e experiência anterior do paciente com o medicamento;
- Solicitar tomografia de abdome sem contraste para diagnóstico;
- Alfabloqueadores (Tamsulosina 0,4mg ou doxazosino 2mg/d) e bloqueadores de canal de cálcio (Nifedipina 20mg 12/12h) aumentam a chance de passagem espontânea do cálculo e seu uso pode ser útil, especialmente se há confirmação de cálculo ureteral. O período de tratamento deve ser de 30 dias;
- Urografia excretora ou tomografia contrastada pode ser realizada quando é necessária intervenção sobre o cálculo;
- Solicitar parcial e cultura de urina, creatinina, cálcio iônico, uricemia, sódio, potássio, hemograma e TAP (este último se intervenção for provável);
- Pedir para o paciente filtrar a urina, para conseguir espécimes para análise bioquímica;

Indicações para remoção ativa dos cálculos

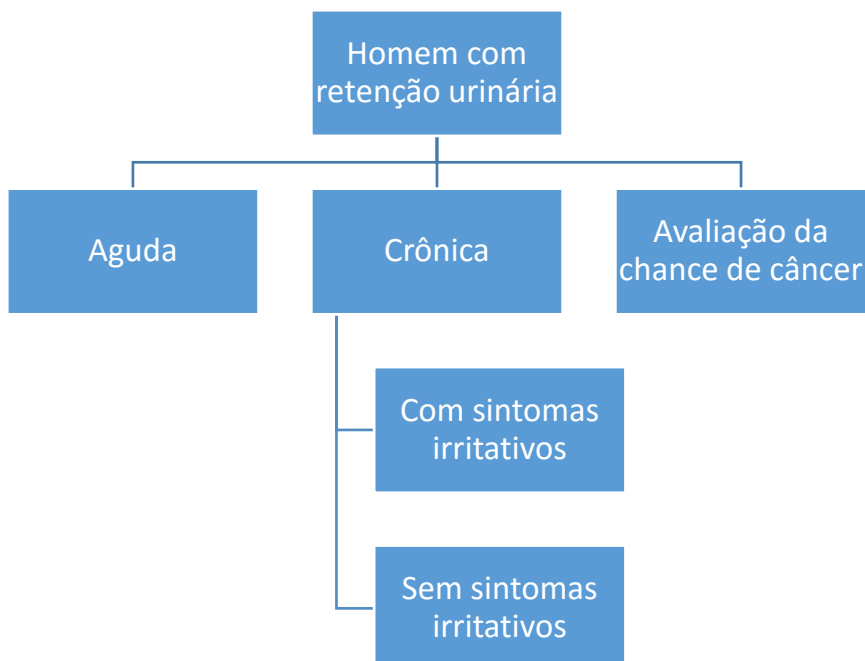
- Localizados no ureter:
 - Falta de controle da dor com medicação adequada;
 - Obstrução persistente;
 - Insuficiência renal;
 - Rim único;
- Localizados no rim:

- Maiores que 15mm;
 - Aumento no tamanho;
 - Cólica renal recorrente;
 - Infecção;
 - Obstrução;
 - Mais que 2 anos sem expulsão espontânea;
- Solicitar urocultura e encaminhar para o urologista decidir o melhor método de remoção.

RETENÇÃO URINÁRIA EM HOMENS

Linha essencial de conduta: Homens com retenção urinária

Escopo e justificativa: a retenção urinária é um problema frequente entre homens e aumenta com a idade. O medo de ter câncer e fazer exames e procedimentos é frequente e causa ansiedade e estresse. A maior parte dos casos será devida à hiperplasia prostática benigna e pode ser tratada na atenção primária. Esta linha visa facilitar a abordagem diagnóstica e terapêutica dos pacientes com esta queixa que se apresentam para consulta na APS.



Homem com retenção urinária

- Dificuldade para micção pode se manifestar de várias maneiras: esforço para iniciar a micção, urina entrecortada, sensação de esvaziamento vesical incompleto, nictúria, jato urinário fraco
- Hiperplasia prostática benigna é a causa mais comum e sua prevalência aumenta com a idade;
- Investigar o uso de medicamentos que possam causar retenção urinária (anticolinérgicos) ou nictúria (diuréticos);
- O quadro a seguir ajuda no raciocínio clínico diferencial:

História	Exame físico	Possível etiologia
História prévia de retenção urinária, piora progressiva e lenta dos sintomas, idade maior que 60 anos	Próstata aumentada de volume, firme, homogênea e não dolorosa	Hiperplasia prostática benigna
Febre e disúria, com dor lombar e/ou perineal e/ou retal	Próstata amolecida, dolorosa, quente	Prostatite aguda
Perda de peso e outros sinais e sintomas constitucionais	Próstata aumentada de volume com nódulo(s)	Câncer de próstata
Dor e edema no prepúcio ou pênis	Edema do pênis com prepúcio não retraível	Fimose, parafimose, balanopostite
Disúria, hematuria, febre, dor lombar, descarga uretral, rash genital, história sexual sugestiva	Dor suprapúbica, dor em loja renal, descarga uretral, vesículas genitais, úlceras genitais, linfonodomegalia inguinal	Cistite, uretrite, doenças sexualmente transmissíveis, herpes genital
Hematuria não dolorosa	Hematuria maciça com coágulos	Câncer vesical
Constipação	Distensão abdominal, reto dilatado, fezes na ampola retal	Fecaloma
Sintomas constitucionais, dor abdominal ou distensão, sangramento retal	Massa abdominal palpável, pesquisa de sangue oculto positiva, massa retal	Câncer colorretal
Doença neurológica conhecida, esclerose múltipla, parkinsonismo, neuropatia diabética, AVC, incontinência por transbordamento	Déficit neurológico, bexigoma	Bexiga neurogênica

Aguda

- A retenção urinária aguda costuma ser dolorosa e pode causar insuficiência renal pós-renal;
- Tentar identificar o desencadeante (uso de medicamentos, prostatite, trauma, causa neurológica);
- Cateterismo vesical com técnica asséptica deve ser usado e tentado o esvaziamento total da bexiga;
- Quando o quadro é de retenção secundária à HPB deve-se dar medicamentos simultaneamente e pode ser necessário manter a sonda por até 3 dias para que estes façam efeito;

Crônica

- Sintomas irritativos (disúria, polaciúria, tenesmo) podem ser secundários à própria obstrução ou sinal de infecção (que pode ser causa ou consequência da obstrução);

- Calcular o escore do IPSS para avaliar a indicação de medicamentos e monitorar a terapêutica (tabela abaixo):

Sintoma/freqüência	Nunca	Menos que uma vez cada 5	Menos que metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais de metade das vezes	Quase sempre
Sensação de micção incompleta	0	1	2	3	4	5
Intervalo menor que 2 horas	0	1	2	3	4	5
Urina entrecortada	0	1	2	3	4	5
Urgência	0	1	2	3	4	5
Jato fraco	0	1	2	3	4	5
Hesitação/esforço	0	1	2	3	4	5
Quantas vezes sai da cama para urinar	0	1 (1 vez)	2 (2 vezes)	3 (3 vezes)	4 (4 vezes)	5 (5+ vezes)

Com sintomas irritativos

- Avaliar a presença de cistite (clínica típica, pode ser necessária cultura de urina);
- Avaliar a presença de prostatite (clínica típica, especialmente toque retal com dor à palpação da próstata, que pode estar quente e amolecida, evacuação pode ser dolorosa);
 - Prostatite crônica é uma doença de difícil tratamento, podem ser tentados tratamentos com antibiótico com cobertura para germes urinários por longo período (sulfametoxazol-trimetoprim 4-12 semanas). Pacientes com ácido úrico aumentado podem referir melhora dos sintomas da prostatite com tratamento com alopurinol;
- Tratar a infecção subjacente e fazer tratamento da obstrução apenas se o sintoma persistir depois da melhora dos sintomas irritativos;

Sem sintomas obstrutivos

- Hiperplasia prostática benigna é a causa mais comum, o índice de adenocarcinoma de próstata não é maior nos pacientes com obstrução urinária que na população em geral;

- Tratamento clínico é a primeira linha:

- Alfa-bloqueadores (doxazosina 1-8mg/d, tamsulosina 0,4-0,8mg/d): abaixam a pressão, resposta pode ser observada em poucos dias, não alteram o volume da próstata ou o PSA;

- Inibidores da 5alfa-redutase (finasterida 5mg/d, dutasterida 0,5mg/d): podem causar déficit de ereção e perda da força muscular, reduzem o volume da próstata (primeira opção em pacientes com próstata muito volumosa) e o PSA e têm um tempo longo para dar resultados (4-12 semanas);

- Tratamento cirúrgico está indicado para os casos que não respondem ao tratamento clínico – encaminhar para o urologista;

Avaliação da chance de câncer

- Apesar de o rastreamento do câncer de próstata ser feito rotineiramente nestes pacientes, a prevalência de câncer de próstata não é maior nesta população que na população em geral, para a qual NÃO se recomenda esta medida;

- Negros e pessoas com história familiar de adenocarcinoma de próstata têm um risco aumentado e podem fazer o screening com dosagem de PSA;

- Homens com sintomas relacionados ao trato geniturinário, com achados significativos ao exame físico (próstata com nódulos, consistência endurecida, perda de peso involuntária, alterações ósseas) devem fazer o exame para detecção do câncer de próstata com ecografia e dosagem de PSA total e livre.

HIGIENE DO SONO

1. Quarto arrumado
2. Não trabalhar no quarto.
3. Usar a cama só para dormir.
4. Quarto deve estar silencioso e escuro (usar blackout e tampão de ouvidos se necessário).
5. Dormir sempre no mesmo horário.
6. Só ir para cama se estiver com sono.
7. Usar técnicas de relaxamento.
8. Chás que dão sono: alface, folha do maracujá, capim limão, erva doce e camomila.
9. Evitar consumo de café, chás pretos e coca cola após as 15h.
10. Não assistir filmes ou escutar programas que possam estimular/acelerar o pensamento à noite.
11. Fazer atividades físicas vigorosas de preferência até de tarde, evitar fazer de noite.

Manejo da Insônia

Introdução

A insônia é um distúrbio bastante frequente e que pode gerar uma alteração significativa na qualidade de vida do paciente. Quando o episódio é agudo e está associado a uma crise na vida do paciente, geralmente orientações são suficientes. O sono insatisfatório com impacto no dia-a-dia do paciente. Apenas a diminuição da quantidade de horas, sem impacto, não caracteriza necessidade de tratamento. Entretanto quando há transtornos psiquiátricos, neurológicos associados, torna-se importante realizar tratamento adequado. O tratamento inicial é sempre não medicamentoso e inclui adequada higiene do sono e atividade física. Bebida alcoólica e uso de anti-histamínicos devem ser desencorajados. Os benzodiazepínicos podem ser utilizados, porém em terapias de curto tempo. Os indutores do sono não-benzodiazepínicos como zolpidem seriam as drogas de primeira escolha.

diagnóstico clínico

Pelo menos um sintoma:

- dificuldade de iniciar ou manter o sono
- baixa qualidade de sono
- acordar muito cedo

Associado a pelo menos um destes:

- alteração de concentração da atenção ou memória
- sonolência durante o dia
- erros e acidentes no trabalho
- fadiga
- diminuição da motivação
- humor lábil ou irritado
- diminuição das atividades sociais
- cefaleia tensional

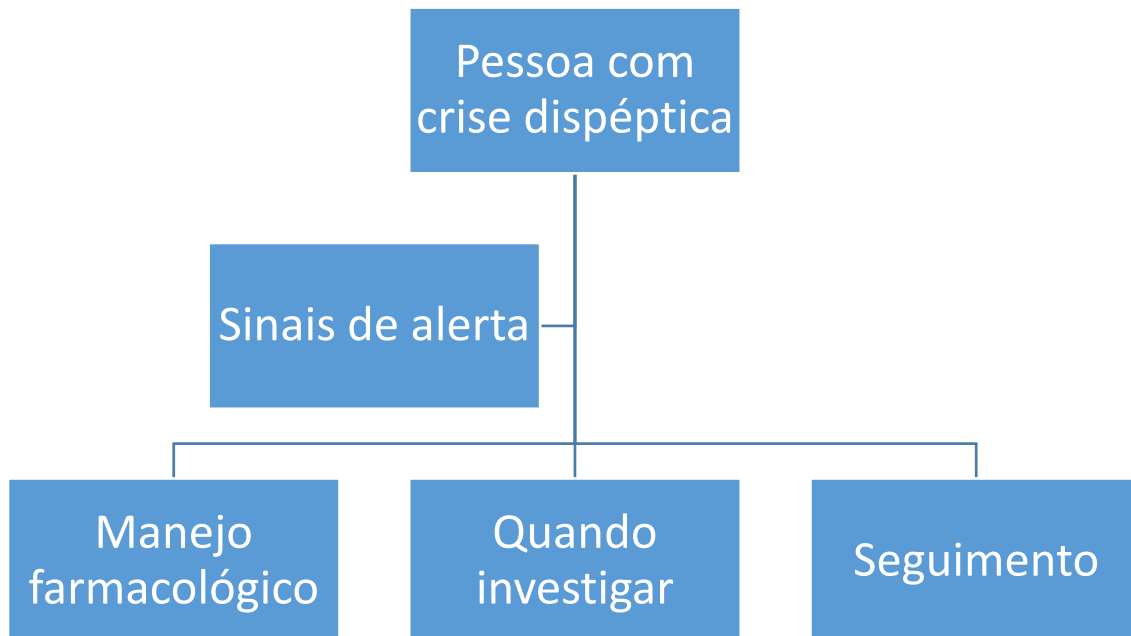
tratamento primário

- Higiene do sono
- Terapia Cognitivo comportamental e Técnicas de Relaxamento (encaminhar para o psicólogo da APS)

- Atividade Física

tratamento medicamentoso

- Fitoterápicos (único com evidência científica): Valeriana: dose de 200-800mg/d
- Benzodiazepínico por período curto (6 semanas)
- Não benzodiazepínicos (terapia mais prolongada): Zolpidem: dose de 6,25 – 12,5mg/d



1. Pessoa com crise dispéptica

- Pode se apresentar com dor ou desconforto abdominal, que fazem com que a pessoa busque atendimento de urgência;
- Frequentemente tipo queimação, acompanhada de náuseas e sensação de estufamento;
- Geralmente após longos períodos de jejum, ou ingestão de determinados produtos ou alimentos;

2. Sinais de alerta

- Evidência de peritonite;
- Hematêmese;
- Sinais de choque;
- Hemorragia digestiva baixa;
- Febre e icterícia;

3. Manejo farmacológico:

- 1ª linha com antiácidos orais;
 - Hidróxido de alumínio 30 ml;
- 2ª linha: acrescentar antiespasmódicos e/ou analgésicos tópicos;
 - Dimeticona ou hioscina;
 - Lidocaína solução ou benzocaína solução;
 - Buscopan composto EV pode ser necessário de a dor é mais de cólica que queimação;
- 3ª linha IBP VO;
 - Omeprazol 40mg VO;

- 4ª linha BloqH2 EV;

4. Quando investigar:

- Disfagia progressiva;
- Perda de peso involuntária;
- Crises recorrentes sem fator precipitante claro em pessoa com mais de 50 anos;
- Ausência de resposta ao tratamento clínico;
- História de hemorragia digestiva prévia;

5. Seguimento:

- Suspender AINE em uso imediatamente e recomendar restrição no uso futuramente;
- Agendar consulta para reavaliação e plano de manejo se o quadro for recorrente (ver linha sobre dispepsia);
- Providenciar retorno imediato se surgir sinal de alerta;

- Retorno precoce se não houver melhora sintomática, a despeito do manejo clínico adequado;

- Medicamentos orais para uso até a reavaliação:

Inibidor de bomba de próton, em jejum, por 7 a 14 dias;

Uso racional de antimicrobianos

Existem alguns fatores que contribuem direta ou indiretamente para o entendimento sobre o uso racional de antimicrobianos. O uso inadequado de antimicrobianos, tanto na condução dos pacientes ambulatoriais como em pacientes internados, devem ser identificados rapidamente e corrigidos de forma adequada.

Seguem abaixo algumas situações a serem observadas com cuidado que podem interferir negativamente no uso racional dos antibióticos:

- A ampla distribuição de amostras de antimicrobianos e disponibilidade de compra em farmácias, facilitando o acesso ao consumo pela população, levando a utilização indiscriminada e a automedicação;
- Dúvida diagnóstica entre infecções bacterianas e infecções virais: muitas vezes manifestações febris agudas virais de evolução clínica autolimitada como infecções por rotavírus e vírus influenza são confundidas com infecções bacterianas e motivam o uso de antimicrobianos, inclusive como sintomáticos;
- Ausência de Programa de Uso Racional de Antimicrobianos: a falta de comissão de uso racional de antimicrobianos no âmbito hospitalar com implantação de protocolos, auditoria e consultoria possibilitam o uso indiscriminado destas drogas em pacientes internados e aumenta o risco de surgimento de bactérias resistentes;
- Ideia errônea de que a eficácia no tratamento das infecções é maior com o uso de antimicrobiano de amplo espectro, podendo levar a situações como:
 - a) Destruição da microbiota intestinal provocando diarreia e intolerância ao medicamento;
 - b) Estimular o desencadeamento de mecanismos de resistência com o surgimento de bactérias multirresistentes ao longo do tempo e infecções por mais de um agente;

c) Resultar em insucesso no tratamento, multirresistência de microorganismos e gerar aumento de custos para a instituição.

➤ Desconhecimento da prescrição de antimicrobianos quanto a doses, intervalos e diluições, contribuindo para o insucesso no tratamento e surgimento de reações adversas nos pacientes.

Para o uso racional de antimicrobianos alguns pontos são primordiais e de grande relevância para toda a equipe assistencial:

1. Conhecimento a respeito do hospedeiro:

Para a indicação correta de antimicrobianos é fundamental conhecer alguns dados a respeito do paciente: idade, história pregressa de hipersensibilidade a antimicrobianos, funções hepática e renal, possível gravidez, estado imunológico, coagulopatias, história de alergias, uso recente de antibióticos, se está hospitalizado há muito tempo ou se foi hospitalizado recentemente, doença de base, possível insuficiência de órgãos e o possível sítio de infecção. Todos estes fatores relacionados ao hospedeiro devem ser considerados para a escolha e seguimento de tratamentos com antimicrobianos.

2. Diferença entre colonização, contaminação e infecção:

2.1 Colonização: presença de microorganismos com multiplicação no hospedeiro sem manifestações clínicas ou resposta imunológica.

2.2 Contaminação: presença de microorganismo em cultura sem que signifique colonização ou infecção, ou presença de microorganismos em objetos inanimados.

2.3 Infecção: fenômeno causado pela replicação de microorganismo no hospedeiro levando a resposta imunológica.

3. Coleta de culturas

Devem-se coletar os materiais biológicos para cultura bacteriana (sangue, urina, fezes, secreções, escarro, líquido ascítico/pleural, líquor, etc) de acordo com o diagnóstico clínico de infecção e provável foco detectado. A tentativa de isolar os agentes envolvidos no processo infeccioso e verificar sua sensibilidade aos antimicrobianos, principalmente nos casos sem definição diagnóstica, é de grande importância na escolha desta droga. Uma cultura positiva de paciente infectado pode motivar troca antimicrobiana com direcionamento de espectro, melhora no tratamento e redução de custos.

4. Microbiologia clínica

A classificação das bactérias baseia-se em suas características morfológicas e bioquímicas. Morfologicamente as bactérias são analisadas pela sua aparência macroscópica (colônia em estria, picada, modo de crescimento) ou estrutura microscópica (tamanho; forma - bacilos, cocos; arranjo das células, flagelos, cápsulas, esporos). A diferenciação bioquímica é feita laboratorialmente por meio de culturas, coloração de Gram e coloração para álcool-ácido resistência. Há vários meios de cultura que tentam proporcionar condições ideais para o crescimento e identificação das bactérias em laboratório. Outros testes também são utilizados para facilitar a classificação e divisão das bactérias cultivadas, de modo a encaixá-las adequadamente num subgrupo mais específico e desta forma limitar a escolha para o medicamento mais adequado.

5. Microbiota habitual humana:

A pele e as mucosas abrigam uma variedade de microorganismos que se distribuem em dois grupos: a microbiota transitória e a microbiota residente. A microbiota transitória consiste de organismos não-patogênicos ou potencialmente patogênicos, que habitam a pele ou as mucosas durante horas, dias ou semanas. É originária do meio ambiente, geralmente não produz doença e não se estabelece de modo permanente na superfície do corpo. O termo microbiota residente normal é usado para descrever várias bactérias e fungos que são residentes permanentes de certos sítios como pele, nasofaringe, laringe, traqueia, esôfago, estômago, cólon e trato geniturinário. A microbiota residente quando alterada, tende a prontamente se recompor. Os membros da flora transitória são geralmente de pouca importância, desde que a microbiota normal permaneça íntegra. Entretanto, se a microbiota residente for alterada, microrganismos transitórios podem proliferar e produzir doença.

6. Antibióticos: mecanismo e espectro de ação, farmacocinética, farmacodinâmica e efeitos colaterais

Os agentes antimicrobianos devem ser escolhidos após a avaliação dos pontos mencionados acima. Idealmente esta escolha deveria seguir o isolamento do microorganismo em cultura, porém, muitas vezes é feita de modo empírico, que deveria ser a exceção, e não a regra. O uso empírico de antimicrobiano não prescinde, contudo, da coleta de amostras para cultura antes do início da antibioticoterapia. Deve ser baseado nos itens destacados anteriormente, na epidemiologia dos agentes e seus respectivos sítios de infecção. Caso houver

mais de um agente antimicrobiano adequado para o tratamento da infecção, deve-se escolher aquele que possua menor toxicidade, via de administração mais adequada, menor indução de resistência bacteriana, penetração e concentração eficaz no sítio da infecção, posologia mais cômoda e menor custo. Para isso, o mecanismo e espectro de ação, farmacocinética, farmacodinâmica e efeitos colaterais dos antimicrobianos tem que ser conhecidos.

6.1 Espectro de ação contra bactérias

Dentre os vários grupos de antimicrobianos e seus respectivos espectros de ação contra as bactérias, ressalta-se um dos grupos maiores: os betalactâmicos. Os antibióticos betalactâmicos incluem o grupo das Penicilinas (naturais e semi-sintéticas), Cefalosporinas (primeira à quarta geração), Carbapenêmicos, Monobactâmicos e associações com inibidores da betalactamase. O mecanismo de ação resulta na inibição da síntese da parede celular bacteriana. Os betalactâmicos têm ação variada contra bactérias Gram negativas, Gram positivas, anaeróbias e aeróbias de acordo com os seus subgrupos.

Alguns exemplos de betalactâmicos:

- Penicilinas: Penicilina G (Benzil-penicilina) – penicilina cristalina, procaína e benzatina; Penicilina V
- Penicilinas semi-sintéticas: Oxacilina e Meticilina
- Aminopenicilinas: Ampicilina e Amoxicilina
- Carboxipenicilinas: Carbenicilina e Ticarcilina
- Ureidopenicilinas: Piperacilina
- Carbapenêmicos: Imipenem, Meropenem e Ertapenem
- Monobactâmicos: Aztreonam
- Inibidores da beta-lactamase: Ácido Clavulânico/amoxicilina, Tazobactam/piperacilina, Sulbactam/ampicilina
- Cefalosporinas: 1ª geração – Cefalexina, Cefadroxil, Cefalotina, Cefazolina; 2ª geração – Cefoxitina, Cefuroxime, Cefaclor; 3ª geração – Ceftriaxone, Cefotaxime; 3ª geração anti-Pseudomonas – Ceftazidime; 4ª geração – Cefepime

6.2 Farmacocinética e Farmacodinâmica

Farmacocinética está relacionada à absorção, distribuição, metabolismo e excreção do antimicrobiano, enquanto a farmacodinâmica descreve a concentração sanguínea, concentração no sítio da infecção e os efeitos tóxicos da droga durante seu uso. Conhecimentos sobre as características farmacodinâmicas e farmacocinéticas do antimicrobiano (inibição de crescimento, ação bactericida e efeito pós-antibiótico) fornecem a base racional para determinar a dose ideal e o intervalo entre elas num tratamento com estes agentes. Os antimicrobianos podem ser classificados em dois grupos de acordo com a sua atividade: bactericidas ou bacteriostáticos. Os primeiros agem matando o microorganismo e são representados pelos betalactâmicos, vancomicina, aminoglicosídeos, fluoroquinolonas, daptomicina e metronidazol. Drogas bacteriostáticas são os macrolídeos, clindamicina, tetraciclina, sulfonamidas, linezolida e cloranfenicol. Os bacteriostáticos são suficientes para a maioria das infecções, porém em pacientes com sistema imune comprometido e sítios de infecção nos quais o crescimento do agente tem que ser interrompido (meningite e endocardite infecciosa) é necessário o uso de bactericida. Outro conceito importante na farmacodinâmica dos antimicrobianos é a concentração inibitória mínima (termo consagrado na língua inglesa como MIC - minimal inhibitory concentration). O MIC é definido como a mínima concentração de antimicrobiano suficiente para impedir o crescimento bacteriano em uma suspensão contendo 10⁵ unidades formadoras de colônias após a incubação por uma noite e determina a sensibilidade in vitro do microorganismo aos agentes antimicrobianos.

6.3 Efeitos colaterais

Efeitos colaterais dos antimicrobianos são reações adversas a estas drogas envolvendo um ou mais órgãos ou sistemas. A maioria dos eventos adversos relatados é específica de um agente e não da classe de antimicrobianos. A seguir, alguns efeitos colaterais reportados da classe de antimicrobianos: os beta-lactâmicos podem estar relacionados à febre originada por drogas e reações de farmacodermia; os aminoglicosídeos, mais comumente são nefrotóxicos e ototóxicos; a vancomicina pode provocar a chamada "Síndrome do Homem Vermelho" que consiste em rash cutâneo de face e região cervical durante a infusão rápida da droga; macrolídeos geralmente são causa de náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia quando utilizados por via oral, e

podem provocar flebite quando utilizados na apresentação endovenosa, como a claritromicina; as quinolonas podem prolongar o intervalo QT e desencadear estado confusional agudo em idosos. Efeitos colaterais de drogas específicas têm que ser lembrados frente a qualquer alteração clínica/laboratorial em pacientes utilizando antimicrobianos.

Considerando que o uso racional de antimicrobianos deve ser fundamentado na individualidade do paciente, nas noções de infecção, grupos bacterianos, microbiota habitual humana e características dos antibióticos, o antimicrobiano ideal deve apresentar: espectro de ação mais específico possível; menor concentração inibitória mínima; maior biodisponibilidade em determinado sítio de infecção; melhor comodidade posológica; ser compatível com o estado clínico do paciente; menos tóxico e de menor custo.

Referências:

- Mota LM, Vilar FC, Dias LBA, Nunes TF, Moriguti JC. Uso racional de antimicrobianos. Medicina (Ribeirão Preto) 2010;43(2):164-72 <http://www.fmrp.usp.br/revista>
- Leão MT. Antibióticos e infecção/Maria Terezinha Leão. Curitiba: Editora da autora, 2006.
- Medication Therapy and Patient Care: Specific Practice Areas – Statements 2009. American Society of Health - System Pharmacists.

BIBLIOGRAFIA

FENASAÚDE – Indicadores Assistenciais, Boletim de Saúde Suplementar, ed. 4 jul/2013
Estimativa de Custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil Rev Bras Cardiol. TEICH ,V. ;
ARAUJO, DV 2011;24(2):85-94
Suporte Avançado de Vida Cardiovascular Manual do Profissional 2010 American Heart
Association p91-105

1. *Allergic Rhinitis: epidemiological aspects, diagnosis and treatment* Brazilian Journal of Pulmonology IBIAPINA, C; SARINHO, E; CAMARGOS,P; *et alii* 2008
2. *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines Revision J* ALLERGY CLIN IMMUNOL BROZEK,J.; BOUSQUET, J; BAENA-CAGNANI,C; *et alii* VOLUME 126, NUMBER 3 2010 Revision p465-476.
3. *Treatment of Allergic Rhinitis* Current Allergy & Clinical Immunology RY Seedat, March 2013 Vol 26, No.1 p. 11-16

1. <http://www.nhs.uk/Conditions/Anaemia-vitamin-B12-and-folate-deficiency/Pages/Symptoms.aspx> on dec/22/2015th
2. Update On Vitamin B12 deficiency *Am Fam Physician* LANGAN, C. R., ZAWISTOSKI, K.J. 2011 Jun 15;83(12):1425-1430.
3. Deficiências Nutricionais Após Cirurgia Bariátrica – Por que Ocorrem? *Acta Med Port* BORDALO, AA, MOURAO, D.M., BRESSAN,J. 2011; 24(S4): 1021-1028
4. Cochrane Databases Syst Review - Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency. VIDAL-ALABALL,J et alii 2005 Jul 20;(3):CD004655.

Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2012.

RAMAKRISHNAN K, SCHEID C Dewey. Treatment Options for Insomnia [internet]. *Am Fam Physician*. 2007 Aug 15; 76(4):5 17-526 (acessado em 06/01/2014). Disponível em <http://www.aafp.org/afp/2007/0815/p517.html>

HARSORA Parul, KESSMANN Jennifer. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia [internet]. *Am Fam Physician*. 2009 Jan 15;79(2):125-130. (acessado em 06/01/2014) Disponível em <http://www.aafp.org/afp/2009/0115/p125.html>

Musikatavorn K, Tansangngam P, Lumlertgul S, Komindr A. A randomized controlled trial of adding intravenous pantoprazole to conventional treatment for the immediate relief of dyspeptic

pain. Am J Emerg Med. 2012 Nov; 30 (9):1737-42. doi: 10.1016/j.ajem.2012.02.001. Epub 2012 Mar 29.

Berman DA1, Porter RS, Graber M. The GI Cocktail is no more effective than plain liquid antacid: a randomized, double blind clinical trial. J Emerg Med. 2003 Oct;25(3):239-44.

MENEGHELO, RS et al . III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre teste ergométrico. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 5, supl. 1, p. 1-26, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010002400001&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000800001>.

CARDIOLOGICAL SCIENCE & TECHNOLOGY. **Recommendations for clinical exercise tolerance testing.** British Cardiovascular Society. United Kingdom. Mar, 2008.

FLETCHER, GF. MILLS, EC. TAYLOR, WC. Update on Exercise Stress Testing. **American Family Physician.** Volume 74, Number 10. November 15, 2006.

Mota LM, Vilar FC, Dias LBA, Nunes TF, Moriguti JC. Uso racional de antimicrobianos. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2010;43(2):164-72
<http://www.fmrp.usp.br/revista>

Leão MT. Antibióticos e infecção/Maria Terezinha Leão. Curitiba: Editora da autora, 2006.

Medication Therapy and Patient Care: Specific Practice Areas – Statements 2009. American Society of Health - System Pharmacists.

Suporte Avançado de Vida Cardiovascular Manual do Profissional 2011
American Heart Association p 130-147

Guidelines for Acute Ischemic Stroke Treatment – Parte I. Arq. Neuropsiquiatr
2012; 70(8): 621-629

Guidelines for Acute Ischemic Stroke Treatment – Parte II. Arq. Neuropsiquiatr
2012; 70(11): 885-893

Manual de Rotinas para Atenção ao AVC – Ministério da Saúde - 2013

- 1- Atendimento AVC
- 2- Leptospirose
- 3- Osteoporose
- 4- Manejo da osteoporose
- 5- Manejo fisioterápico da osteoporose
 - alongamentos
 - exercícios para fortalecimento muscular
 - exercícios contraindicados na osteoporose
 - cuidados especiais
- 6- Manejo nutricional para osteoporose
- 7- Exercícios e remédio: A importância da atividade física
- 8- Linha essencial da conduta para solicitação de teste de exercício
- 9- Manejo da dor musculoesquelética
- 10- Demência ou perda de memória
- 11- Febre em criança
- 12- Zika vírus, dengue e Chikungunya
- 13- Tabagismo – cuidado com a pessoa tabagista (reescrito)
- 14- Tabagismo (APS) já tinha
- 15- Cefaleia
- 16- Convulsão em criança
- 17- Orientações para conjuntivite
- 18- Síndrome coronariana aguda / Síndrome coronariana Aguda (escrito)
- 19- IVAS em criança
- 20- Rinite alérgica
- 21- Deficiência Vitamina B12. Quando investigar e tratar?
- 22- ITU em criança
- 23- Cólica renal
- 24- Retenção urinária em homens
- 25- Higiene do sono
- 26- Manejo da Insônia
- 27- Crise dispnéica
- 28- Uso racional de antibióticos
- 29- Manejos Urgência e Emergência em PCR –escrever
- 30- Planejamento familiar – escrever
- 31- Manejo de doenças do trato respiratórias (DPOC-BRONQUITE-ASMA-SINUSITE) – escrever
- 32- IVAS Adulto – escrever
- 33- Uso racional de exames complementares – Escrever
- 34- Manejo Deficiência vitamina D - escrever
- 35- HAS – escrever
- 36- DM – escrever

37-Manejo da Pessoa com Depressão – escrever