



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CAMPINAS
2014

Ficha técnica

Prefeito Municipal de Campinas

Jonas Donizette

Secretário Municipal de Saúde

Cármino Antônio de Souza

Departamento de Saúde

Mônica Regina de Toledo M. Nunes

Coordenação Municipal de Enfermagem

Rosana Aparecida Garcia

Distrito de Saúde Leste

Marco Aurélio Gianezzi

Distrito de Saúde Noroeste

Vera Elisa de Oliveira

Distrito de Saúde Norte

Rosana Maria Von Zuben Pacchi

Distrito de Saúde Sudoeste

Deise Fregni Hadich

Distrito de Saúde Sul

Antonio Ângelo Corte

COORDENAÇÃO DOS SUB-GRUPOS

AREA DO ADULTO/IDOSO

Cintia Mastrocola – Distrito de Saúde Leste

Marcelle Regina Beneti – Distrito de Saúde Sudoeste

Sonia Lima Adorno - Distrito de Saúde Sul

ÁREA DA MULHER

Vera Verdu – Distrito de Saúde Norte

Lidia Alves de Araújo – Distrito de Saúde Sudoeste

ÁREA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Simone Vanzetto Minari – Distrito de Saúde Sul

Sandra Donizete Pasquini da Silva – Distrito de Saúde Noroeste

Período em Consulta Pública

Dezembro de 2014 a abril de 2015.

Grupo Elaborador (2014)

AREA DO ADULTO/IDOSO

Marla Carriti

Regiane Alves

Livia Agy Loureiro

Priscila Pedreira

Juliana Turno

Grasiele Ribeiro

Dinah Galbes

ÁREA DA MULHER

Tienne Antonio de Almeida

Tatiana Ruiz

Maria Izabel Cantafio

Roberta Sarina M. Oliveira

ÁREA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Leonora Adissi Cordeiro

Chaúla Vizelli

Viviane Cristina Claro

Débora Tresoldi Cerri

Shirley Veronica Alves Franco

Apresentação

De acordo com a resolução COFEN 358/2009 diagnóstico de Enfermagem é o processo de interpretação dos dados coletados , que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Uma boa decisão diagnóstica leva o enfermeiro a sustentar o próximo passo da consulta que é o planejamento das ações. Para que o enfermeiro realize o diagnóstico de enfermagem é preciso que escolha uma taxonomia adequada. A decisão diagnóstica deve ser baseada em evidências.

Alguns sistemas de classificação

1. Diagnóstico de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA)
2. Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification – NIC)
3. Classificação de resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC)
4. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – CIPE
5. CIPESC

Os diagnósticos de enfermagem a seguir são **apenas sugestões**, visando identificar os principais diagnósticos por linha de cuidado. A intenção é **apenas direcionar** e desenvolver o raciocínio clínico e não engessar a Sistematização da assistência de Enfermagem. O enfermeiro tem autonomia para usar a nomenclatura de sua preferência.

Rosana Aparecida Garcia
Coordenação Municipal de Enfermagem
Departamento de Saúde/SMS

LINHA DE CUIDADO DO ADULTO E IDOSO

Introdução Geral

O adulto deve ser considerado enquanto sujeito histórico, com uma vivência sócio-cultural e psicológica própria que se refletem em suas condições de saúde somando-se a uma herança biológica.

O Brasil, nas duas últimas décadas, tem havido uma transição epidemiológica/nutricional e demográfica, com consequente processo de envelhecimento da população e a emergência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) acometem principalmente os adultos e idosos tornando-se a principal carga de doenças e mortes no país.

Além disto, as doenças transmissíveis se mantem como importante causa de adoecimento, além da alta mortalidade por causas externas. A tríplice carga de doenças que acometem adultos e idosos trazem profundas mudanças sociocultural e psicológica, além de alterar os modos de adoecer nas últimas décadas.

Associado a estas questões, a desigualdade da distribuição de renda, as condições socioeconômicas e a baixa escolaridade da população adulta, impactam no envelhecimento, aumentando, sobremaneira, a dependência dessa população, dos sistemas de saúde, particularmente do SUS.

Assim como nos países desenvolvidos a população brasileira tem aumentado a prevalência do sobrepeso, da obesidade e do sedentarismo, além do alto consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o que contribui para aumentar as taxas de adoecimento, internações e óbitos. Também, com a dinâmica da vida “moderna” nos grandes centros urbanos, o sofrimento mental, representa uma grande demanda para os serviços de saúde, particularmente para os de atenção básica.

O desafio-do enfrentamento das DCNT, e o envelhecimento saudável e autônomo são objetivos do Sistema Único de Saúde e do modelo de atenção que prioriza a atenção primária, cuidado longitudinal, responsabilização, vínculo e acolhimento humanizado das necessidades de saúde como elementos que permitem a ampliação da clínica e melhoras do cuidado, o enfermeiro, por essas características, além da sua formação, torna-se sujeito estratégico na consolidação do modelo.

Por acreditarmos nesse potencial e na competência e qualidade da equipe de enfermagem do SUS Campinas, propomos a sistematização da assistência de enfermagem nas linhas de cuidado descritas neste capítulo, de tal modo a consolidar uma postura e processo de trabalho capazes de cuidar de usuários nesse desafiante

quadro de transição demográfica e epidemiológica.

Histórico de Enfermagem Geral

- Anamnese Geral

1-Identificação do usuário (sexo, idade, estado civil, raça, dados sócio-econômicos, ocupação, escolaridade, moradia, lazer e religião).

2-Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde: acidente vascular cerebral; doença arterial coronariana prematura; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; artrose; câncer; obesidade; dislipidemia; obesidade; sedentarismo; cirurgias pregressas; quedas).

3-Medicamentos em uso (prescritos; uso regular; auto administrado; conhecimentos; dificuldades e investigando reações adversas)

4-Hábitos alimentares (horários tipos de alimentos, quantidade e modo de preparo, consumo de sal, bebida alcóolica, gorduras saturadas, açucars e cafeína. Avaliação de períodos nos quais a dieta não é cumprida [falta de apetite, festas, excesso de exercícios; dificuldade de mastigação e/ou de deglutição], ingesta hídrica).

5- Eliminações (evacuação [frequência, características, diarreia, constipação], diurese [frequência, características, disúria, hematúria, incontinência]).

6-Hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição, sono e repouso, atividade física, atividade sexual, vacinação, higiene).

7-Queixas atuais (investigar queixas, como: alergias, taquicardia, tontura, dor precordial, dispneia, cefaleia, câimbras, zumbido nos ouvidos, alterações visuais, escotomas, parestesias, impotência sexual, exames laboratoriais anteriores, citologia oncológica e queixas ginecológicas para mulheres, etc.).

8-Percepção do usuário frente à patologia, tratamento e autocuidado (conhecimento sobre sua doença e tratamento, agravos à saúde, postura frente à patologia e responsabilização).

- Exame físico Geral

1-Peso Altura e IMC (índice de massa corpórea)

2-Pressão Arterial (PA)

3-Frequência Respiratória (FR) e características (eupnéia, dispnéia, taquipnéia, ortopnéia, etc).

4-Pulso radial e carotídeo (frequência, cheio, filiforme, arritmico, etc).

5-Cabeça (rubor facial, alterações de visão e auditiva, cavidade oral [integridade, sangramentos, edema e coloração gengival, lesões ulcerativas, cáries, dentição, uso de prótese]).

6-Pescoço (ingurgitamento jugular, palpação da tireóide).

7-Pele e anexos (integridade, sensibilidade, turgor, coloração, manchas, hematomas, cicatriz, tatuagens).

8-Tórax (ausculta cardiopulmonar, tosse crônica).

9-Abdome (presença de massas palpáveis, ruídos hidroaéreos e mensuração da circunferência abdominal, distensão).

10-Aparelho geniturinário (presença de secreções, lesões, edema).

11-Aparelho músculo-esquelético (MMSS e MMII) (edema, estado das unhas, lesões, deformidades).

12-Avaliação neurológica (força e coordenação motora, marcha, uso de acessório para deambulação, fala).

13-Vascular periférico (varizes, pulso pedioso e perfusão periférica).

Sistematização da Assistência de Enfermagem ao adulto com doença crônica não transmissível (DCNT)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificidade de causa desconhecida, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte, dentre outras características (PINHEIRO, 2004).

Por tais especificidades, a abordagem das DCNT deve ser integrada, complementar e sinérgica em suas fases de evolução e tratamento nos serviços de saúde.

A proposta para mudança na atenção à saúde na estratégia de saúde da família deve se dar em nove dimensões principais: da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para atenção centrada na família; o fortalecimento do autocuidado apoiado; o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e atenção programada; atenção multiprofissional; a introdução de novas formas de atenção profissional; estabelecimento de novas formas de relação entre estratégia de saúde da família e atenção especializada; o equilíbrio entre atenção presencial e atenção não presencial; e o equilíbrio entre atenção profissional e atenção por leigos (MENDES, 2013).

Pretendemos com esta Linha de Cuidado, orientar o enfermeiro tendo como base as diretrizes municipais, a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil/MS/2011.

Sistematização da Assistência de Enfermagem ao indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Os principais objetivos da assistência de enfermagem ao usuário com HAS são a prevenção de complicações cardiovasculares agudas e crônicas, redução da mortalidade, promoção da autonomia e a mudança nos fatores de risco.

O planejamento das ações deve ter como base a identificação dos usuários hipertensos nas áreas de abrangência das equipes de referência através do cadastro e estratificação do risco global. Esta avaliação tem como base o Score de Framingham + vulnerabilidades + grau de compensação da doença e é realizado pela equipe multiprofissional.

A consulta de enfermagem deve contemplar o contrato de corresponsabilização do usuário, pactuando-se o projeto terapêutico construído e os cuidados necessários de acordo com o risco avaliado.

É fundamental sensibilizar os usuários para compreender a necessidade de mudanças no estilo de vida (alimentação saudável, atividade física, eliminação/redução do tabaco e álcool), avaliando quais medidas são mais pertinentes e passíveis de execução por meio de um processo colaborativo e não necessariamente prescritivo.

Anamnese específica ao paciente portador de HAS:

1. Verificar os fatores de risco específicos utilizando Score de Framingham (em anexo).
2. Verificar vulnerabilidades: adesão ao tratamento medicamentoso, gestação, falta de rede de ajuda, condições precárias de vida, institucionalização, doença mental, uso de muitos medicamentos, outras doenças crônicas associadas, etc.

Exame físico específico ao paciente portador de HAS:

1. Verificar PA: A posição recomendada é a sentada. Pelo menos na primeira avaliação realizar também medidas na posição ortostática e supina em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, alcoolistas ou em uso de medicação anti-hipertensiva (consultar os procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial da VI Diretriz Brasileira de HAS 2010).
2. Verificar circunferência abdominal
3. Verificar peso e estatura, calcular IMC.
4. Verificar presença de edemas MMII.

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Não reconhecimento da doença	Adaptação/Enfrentamento inadequado	- Avaliar a compreensão do usuário sobre o processo da doença crônica. - Estimular participação em grupos terapêuticos para troca de experiências e	Enfermeiro Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.

		orientações sobre a doença.	
Alimentação rica em sódio e gorduras	Ingestão alimentar alterada	- Orientar a importância da diminuição de ingestão de alimentos ricos em sódio e gorduras. - Evitar alimentos ricos em sódio e gorduras.	Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. Usuário

Exames Laboratoriais:

Exames	Periodicidade
Eletrocardiograma	Inicial e anualmente a critério
Glicemia de jejum	Inicial e se alterada seguir orientações do protocolo de Diabetes Mellitus
Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicérides)	Se alterado, 3 em 3 meses até ajuste terapêutico Após controle, 6 em 6 meses
Creatinina sérica e estimativa do ritmo de filtração glomerular*	Anualmente
Dosagem de potássio	Anualmente
Urina I	Anualmente
Ácido Úrico	Anualmente

Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente portador de Diabetes Mellitus (DM)

Os objetivos do cuidado integral aos usuários com Diabetes Mellitus são: desenvolvimento de autonomia pelo paciente e/ou cuidador, mudanças no estilo de vida, eliminação de sinais e sintomas, prevenção de complicações agudas e crônicas e melhora da qualidade de vida.

É imprescindível para o planejamento das ações, que as equipes de referência conheçam a população de diabéticos do seu território de ação através do cadastramento e classificação de risco, possibilitando assim a programação do acompanhamento sistematizado e a vigilância dos casos de maior vulnerabilidade.

A sistematização da assistência de enfermagem a estes usuários deve estar baseada na educação em saúde, ou seja, educação alimentar, educação para atividade

física, educação para o autocuidado, auto aplicação de insulina, auto monitoramento glicêmico, prevenção do pé diabético.

Anamnese específica ao paciente portador de DM

1. Verificar autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodízio e descarte).
2. Verificar auto monitoramento glicêmico (cadastro para retirada de glicosímetro e tiras reagentes, técnica, horários, avaliação dos registros).
3. Verificar história anterior de úlcera ou amputação.

Exame físico específico ao paciente portador de DM

1. Avaliação clínica dos pés (Inspeção): observar e avaliar marcha, assimetrias, alterações, deformidades, coloração, temperatura, grau de hidratação da pele, rachaduras, fissuras, calosidades, bolhas, alteração das unhas, sulcos digitais. (2) Palpação de pulsos: palpar pulso tibial anterior e pulso pedioso, verificar presença, ausência e amplitude.
- (3) Testes neurológicos de sensibilidade (consultar os procedimentos recomendados no Protocolo de DM da SMS-Campinas, 2012).
 - Realizar teste de Pressão Protetora Plantar (teste de sensibilidade plantar com monofilamento de 10g.).
 - Realizar teste de Vibração (Diapasão – 128hz)
 - Realizar teste de Temperatura (tubos frio/quente)
 - Realizar teste de Dor (palito ou agulha)
 - Realizar teste de Reflexo (martelo neurológico)
- (4) Avaliação de úlcera:
 - Verificar presença de úlcera
 - Verificar classificação da úlcera (neuropática, isquêmica ou neuroisquêmica) para definição de conduta terapêutica.
- (5) Avaliação do calçado:
 - Verificar o tipo, largura, altura, salto etc.

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Uso incorreto dos medicamentos	Controle do regime terapêutico inadequado	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o usuário quanto ao uso correto da medicação, importância da adesão ao tratamento, respeitar horários e dosagens, autoaplicação de insulina (armazenamento, técnica de preparo, aplicação, rodízio e descarte). - Orientar usuário quanto aos sinais e sintomas de hiper/hipoglicemia, auto monitoramento glicêmico (técnica e horários). 	Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.
Pele ressecada, diminuição da sensibilidade plantar.	Risco de integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar pele e realizar teste de sensibilidade. - Inspecionar a pele diariamente. 	Enfermeiro Usuário/cuidador

Exames laboratoriais

Exame	Periodicidade / conduta
Hemoglobina Glicada (HbA1C) < 7%	Trimestral até ajuste terapêutico e após isso a cada seis meses.
Hemoglobina Glicada (HbA1C) > ou = 7%	Glicemia capilar (ou venosa na indisponibilidade da capilar): jejum e duas horas após as refeições (pós café, pós almoço ou pós jantar) mensalmente
Perfil Lipídico (CT, HDL, LDL e triglicérides)	Trimestral até ajuste terapêutico e após isso a cada seis meses

Creatinina Sérica	Anualmente (calcular Taxa de filtração glomerular)*
Microalbuminúria (amostra isolada de urina)	Anualmente se normal; Quando alterada, solicitar clearance de creatinina
Exame de urina (bioquímica e sedimento)	Anualmente para investigar hematúria; Na presença de hematúria, solicitar dismorfismo eritrocitário.
TSH e anticorpos antitireoideanos em portadores de Diabetes Mellitus tipo 1	No diagnóstico e a cada 2 anos

Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Idoso

O envelhecimento é um processo natural, inexorável, dinâmico e irreversível.

No Brasil, é considerado um idoso, para efeitos epidemiológicos, a população com mais de 60 anos de idade. A expectativa de vida do brasileiro hoje é, em média, 74 anos. Em Campinas, a população estimada é de 136 mil idosos, isto representa 12% da população total).

A saúde do idoso é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas. Também conhecidas por “Gigantes da Geriatria” ou “5 I’s”, são elas: instabilidade/quedas, imobilidade, iatrogenia, incontinências e incapacidade cognitiva. Identificar estas Síndromes Geriátricas é importante, pois elas causam incapacidade ou, ao menos, sérias limitações funcionais, e são determinantes no aumento da morbidade e mortalidade, além de ocorrerem em alta frequência na prática geriátrica.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento pode ser caracterizado pela diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. O envelhecimento biológico pode ser fisiológico (senescência) ou patológico (senilidade). Ainda dentro do envelhecimento fisiológico, podemos encontrar idosos com alterações fisiológicas mais expressivas, o que caracteriza a Síndrome da Fragilidade (perda de peso não intencional, exaustão, fraqueza, baixo nível de atividade física e lentificação da marcha) (FRIED, 2001).

Durante a consulta de enfermagem o enfermeiro deverá utilizar o instrumento “Avaliação Breve do Idoso” (em anexo) a fim de identificar e acompanhar suas necessidades. Após essa avaliação o enfermeiro deverá utilizar o fluxograma (em anexo) de atendimento ao idoso adotado pelo município de Campinas, a fim de orientar sua conduta.

Para maior aprofundamento no tema consultar o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde.

Anamnese específica do Idoso

1. Verificar os fatores de risco específicos utilizando o instrumento “Avaliação Breve do Idoso”.
2. Verificar vulnerabilidades: adesão ao tratamento medicamentoso, falta de rede

de apoio, condições precárias de vida, institucionalização, doença mental, uso de muitos medicamentos, várias doenças crônicas associadas, funcionalidade (autonomia e independência).

Exame físico específico idoso

1. Verificar marcha, mobilidade, equilíbrio.
2. Verificar peso, altura, IMC.
3. Verificar integridade cutânea
4. Verificar alterações visuais, auditivas.
5. Verificar orientação em tempo e espaço. Se necessário aplicar Mini Exame do Estado Mental – MEEM. (em anexo)
6. Verificar grau de independência. Se necessário aplicar Escala de Atividades Básicas de Vida Diária ou Escala de Katz (AVD), Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária ou Escala de Lawnton (AIVD). (em anexo)

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Quedas frequentes (2 ou mais nos últimos 12 meses)	Risco de quedas	- Orientar familiares sobre importância de corrimão nas escadas, banheiros e corredores, cadeiras e assento sanitário em altura apropriada, iluminação e disposição de mobiliários adequados. - Incluir usuário em programas de atividade física da unidade.	Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. Enfermeiro
Imobilidade (restrito ao leito)	Mobilidade no leito prejudicada	- Encorajar exercícios ativos e/ou passivos, quando adequado. - Posicionar alinhamento correto do corpo, manter roupa de cama limpa, seca e sem rugas, realizar mudança de decúbito a cada 2 horas, monitorar condições da pele.	Enfermeiro Cuidador

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) reconhece que os agravos que acometem o sexo masculino (25 a 59 anos) constituem verdadeiros problemas de saúde pública.

A esperança de vida ao nascer do homem é de 7,4 anos a menos que a da mulher. Este dado é justificado por questões sócio-culturais: como exposição maior a riscos externos, comportamentos pouco saudáveis, crença de que são fortes e não irão adoecer e, conseqüentemente, menor procura aos serviços de saúde. Sendo assim, chegam mais tardiamente aos serviços de saúde com morbidade mais severa e com mortalidade mais elevada e precoce que as mulheres.

A PNAISH aponta temas de grande relevância para ações em saúde como alcoolismo, tabagismo e outras drogas; violência e acidentes; direitos sexuais e reprodutivos; doenças ocupacionais; sofrimento mental e neoplasias.

A enfermagem tem papel fundamental na inclusão dos homens nos serviços de saúde, buscando a promoção da saúde e o estímulo ao autocuidado. Para tanto devem ser aproveitadas todas as oportunidades para escutar, acolher, estabelecer vínculo e identificar as vulnerabilidades.

Histórico de Enfermagem

Anamnese específica

1. Levantar antecedentes pessoais – DST's, afecções do trato urinário, disfunções sexuais, infertilidade, uso de tabaco, álcool e outras drogas, doenças ocupacionais. Investigar situação vacinal, queixas urinárias.
2. Levantar antecedentes familiares – neoplasias de próstata

Exame físico geral

Referenciar página

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Não se preocupa em ter hábitos de vida saudável;	- Adaptação prejudicada	- Encorajar atitudes para mudança dos hábitos de vida deletérios à saúde. - Seguir orientações de mudanças de hábitos de vida e prescrição medicamentosa.	Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. Usuário
Jato urinário com esforço e fino;	Eliminação urinária prejudicada	- Observar frequência, características e volume da urina. - Orientar eliminar urina sempre que sentir vontade.	Usuário Enfermeiro

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde Mental

O sofrimento psíquico é um processo que envolve diversos fatores como aspectos subjetivos, sociais, além de culturais, e suas dimensões atingem não só aquele que sofre como também as pessoas de seu convívio⁽¹⁾.

É cotidiano nos serviços de saúde nos depararmos com muitos indivíduos que sofrem e procuram atendimento, mas dificilmente a doença explica todo seu sofrimento. O Caderno de Saúde Mental do Ministério da Saúde aponta que um desafio dos serviços de saúde é tanto cuidar daqueles que estão doentes sem sofrer, quanto dos que sofrem sem estar doentes:

“São os que estão doentes sem sofrer que fazem do diabetes mellitus, da hipertensão e da obesidade os fatores de risco mais comuns para as doenças cardíaco e cerebrovasculares. São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade. Nesse ponto, vamos lembrar que não é a doença apenas que mobiliza os cuidados dos profissionais de Saúde, mas sim pessoas que sofrem e, doentes ou não, buscam ajuda. Portanto, dizer que uma pessoa não está doente, não significa que ela não necessita de cuidado”⁽²⁾.

Os sintomas mais frequentes na atenção básica são depressivos, ansiosos e de somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação clínica). Cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram os Centros de Saúde tem algum transtorno mental comum. Estudos mostram que se incluirmos também aqueles que têm algum sofrimento mental a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a atenção básica ⁽²⁾.

Uma demanda de grande relevância, apesar de raramente ser motivada por uma queixa do usuário, são os problemas sociais, familiares e clínicos relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Os problemas relacionados ao uso de álcool são os mais frequentes na população brasileira, apresentando dependência de 12,3% dos adultos. Outras drogas exceto tabaco e álcool apresentam taxas de dependência: maconha 1,5%, benzodiazepínicos 0,8% e estimulantes 0,2%. Todavia temos prevalência de uso na vida de drogas ilícitas crescentes chegando a 24,5%, na região Sudeste do país ⁽³⁾.

A depressão é uma das principais causas de incapacitação e se encontra na quarta posição entre as dez principais patologias em nível mundial. Há estimativas, de nos próximos 20 anos, ser a segunda entre as principais causas de doenças em todo o mundo. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente e cerca de 10 a 20 milhões tentam suicidar-se, fato que pode gerar consequências físicas e sociais aos usuários; além de onerar o sistema de saúde ⁽⁴⁾.

Os transtornos mentais graves e persistentes, que incluem esquizofrenia e transtornos de humor, acometem cerca de dois em cada 100 adultos, contudo geram enorme impacto na saúde das pessoas e de seus familiares, pois necessitam de autocuidado apoiado ⁽²⁾.

Uma rede de atenção articulada com corresponsabilização entre seus níveis de atenção é fundamental para tornar possível o cuidado integral dos usuários em sofrimento, doentes ou não.

Independentemente do nível de atenção à saúde, o relacionamento terapêutico é uma tecnologia de cuidado de enfermagem e uma ação de saúde mental que permite o entendimento das experiências de vida do usuário, e deve ser realizado livre de juízo moral por parte da equipe de saúde, com o objetivo de estimular a participação dos indivíduos na tomada das decisões terapêuticas ⁽¹⁾.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental na escuta e levantamento destas necessidades de saúde, atuando na articulação dos saberes da equipe multiprofissional, nas ações no território, coordenando o cuidado destes usuários e proporcionando uma atenção integral e longitudinal. Para isso se faz necessário que as equipes de saúde conheçam/entendam o território, a rede de suporte familiar, suas relações de vínculo, inclusive com a equipe de saúde visando a construção de um projeto terapêutico singular.

Histórico de Enfermagem

Anamnese específico

1. Investigar antecedentes familiares, grau de autonomia, rede de ajuda, CAPS (permanência dia ou internação), condições de higiene, sono e repouso, isolamento social, emagrecimento recente, apetite, fala (pastosa, dislalia, disartria), marcha (sintomas extrapiramidais).
2. Investigar: orientação em tempo e espaço, humor/pensamento (ansiedade, irritação, tristeza, euforia, desejo de morte, fuga de idéias, obsessões, alucinações, delírios, sonolência, etc), comportamento hipersexualizado.
3. Investigar medicamentos prescritos e o uso regular.
4. Investigar uso/abuso de drogas, frequência.

Exame físico específico

1. Observar pupilas, sinais de icterícia, massas palpáveis em abdome (hepatomegalia), cavidade oral, mucosas, tosse, rouquidão.
2. Solicitar exames para renovação de alto custo.

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Presença de sintomas físicos sem achados clínicos	Ansiedade	- Encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos. - Estimular participação em terapias integrativas.	- Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. - Enfermeiro, auxiliar e técnico de

			enfermagem.
Uso problemático de drogas	Abuso de drogas	- Estabelecer vínculo e escuta ativa. - Participar de grupos de apoio/terapêutico,	- Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. - Usuário

Diagnósticos de enfermagem possíveis linha de cuidado adulto

CIPESC

- Edema postural de MMII no hipertenso/ diabético
- Ingestão alimentar alterada
- Ingestão alimentar excessiva
- Sobrepeso
- Emagrecimento
- Eliminação intestinal adequada
- Diarréia
- Constipação
- Eliminação urinária adequada
- Eliminação urinária inadequada
- Eliminação urinária comprometida
- Atividade física inadequada
- Movimento corporal diminuído
- Coordenação motora ausente
- Autocuidado inadequado
- Autocuidado adequado
- Retorno venoso prejudicado
- Dor
- Acuidade visual prejudicada
- Sensibilidade periférica prejudicada
- Memória deficiente
- Atividade mental prejudicada
- Agressão ao idoso
- Uso de álcool e outras drogas

- Uso de drogas
- Tabagismo
- Controle do regime terapêutico inadequado
- Negação
- Processo de informação limitado
- Compreensão comprometida
- Conhecimento insuficiente
- Apoio familiar prejudicado
- Vínculo familiar ausente
- Adaptação/ enfrentamento ausente

NANDA

- Ansiedade
- Déficit no autocuidado para alimentação
- Comunicação verbal prejudicada
- Confusão aguda
- Confusão crônica
- Conhecimento deficiente
- Constipação
- Controle ineficaz do regime terapêutico
- Controle eficaz do regime terapêutico
- Deambulação prejudicada
- Débito cardíaco diminuído
- Deglutição prejudicada
- Diarréia
- Dor aguda
- Eliminação urinária prejudicada
- Enfrentamento ineficaz
- Estilo de vida sedentário
- Fadiga
- Risco de glicemia instável
- Hipertermia
- Hipotermia

- Incontinência urinária de esforço
- Incontinência urinária de urgência
- Integridade da pele prejudicada
- Medo
- Memória prejudicada
- Mobilidade física prejudicada
- Náusea
- Nutrição desequilibrada mais que as necessidades
- Percepção sensorial perturbada(visual, cinestésica, auditiva, olfativa)
- Risco de quedas
- Disfunção sexual
- Volume de líquido deficiente
- Volume excessivo de líquido

Referências Bibliográficas

- ⁽¹⁾ Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo
- ⁽²⁾ Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental. Ministério da Saúde 2013.
- ⁽³⁾ II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2005.
- ⁽⁴⁾ World Health Organization, 2001.

**LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA E
ADOLESCENTE**

INTRODUÇÃO

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei nº 8.069 de 13/07/90 é considerado adolescente os indivíduos que estão na faixa etária entre 12 a 18 anos, e abaixo de 12 anos são consideradas crianças.

A Organização Mundial de Saúde, por sua vez, considera o adolescente a partir da faixa etária de 10 a 19 anos e juventude dos 15 aos 24 anos, subdividindo ainda em adolescentes jovens - 15 a 19 anos -, e adultos jovens - de 20 a 24 anos.

É importante que se considere ainda, que há muitos estudos sistematizando a especificidade de cada faixa etária, e citamos aqui os estágios de Tanner¹. A Escala de Tanner é uma escala de desenvolvimento físico em crianças, adolescentes e adultos, que define medições físicas de desenvolvimento baseado nas características externas primárias e características sexuais secundárias.

Nesta escala, a divisão nas faixas etárias é:

Primeira Infância: 0 a 2 anos - Recém-nascido: 0 a 28 dias - Lactente: 29 dias a 2 anos
Segunda Infância: 2 a 10 anos - Pré - escolar: 2 a 5 anos - Escolar: 5 a 10 anos
Terceira Infância: 10 aos 20 anos incompletos (19 anos, 11 meses e 29 dias). - Pré- púbere: ausência de sinais puberais (Tanner 1) - Púbere: Tanner 2 em diante (Tanner 2 a 5) - Adolescência tardia: 16 a 20 anos

Para finalidade didática, neste manual, optamos por considerar a seguinte divisão nas faixas etárias abaixo descritas, devido a similaridade nas modificações biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam esse período da vida.

0 a 28 dias – Recém Nascido
29 dias a 2 anos - Lactente
2 a 5 anos
5 a 12 anos incompletos
12 a 18 anos – Adolescente

¹ Essa escala foi identificado pela primeira vez por James Tanner - um pediatra britânico, e, assim, leva o seu nome.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA AO RECÉM NASCIDO (0 A 28 DIAS)

Nesta fase a estratégia é focar nas ações da “Primeira Semana de Saúde Integral ao RN” relacionada à atenção à mãe e ao RN, o que é fundamental para a diminuição da morbimortalidade materno-infantil.

Entre outras ações o programa propõe a realização de uma visita domiciliar na primeira semana de vida do RN, aplicando um questionário (Anexo 1).

Histórico de Enfermagem

Anamnese

- 1- Identificação do cliente (sexo, idade, raça, dados socioeconômicos, moradia, lazer e religião).
- 2- Histórico neonatal: (pré natal, intercorrências no pré-parto e sala de parto, tipo de parto, Apgar,).
- 3- Antecedentes familiares: (acidente vascular cerebral; cardiopatias; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; agravos maternos; obesidade; cirurgias pregressas; quedas; convulsões; problemas de saúde mental).
- 3- Medicações em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas).
- 4- Hábitos alimentares (amamentação exclusiva, mista – observar pega - aleitamento artificial, incluindo horário, frequência, tipos de alimentos, quantidade e modo de preparo).
- 5- Hábitos de vida (sono e repouso, vacinação, higiene oral, corporal e eliminações).
- 6- Queixas atuais (queixa principal, alergias, dispneia).
- 7- Percepção do responsável frente às necessidades do RN.

Exame físico²

- Dados Antropométricos: estatura, peso, perímetro cefálico, perímetro torácico
- . Sinais vitais: frequência cardíaca e respiratória, temperatura corporal. Verificar parâmetros de normalidade em (Anexo 2).
- .Cabeça: observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.

² Considerando o exame físico geral e específico.

- Fontanelas: avaliar o tamanho e a tensão da fontanela (se plana, abaulada, protuberante). A fontanela anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior (lâmbdia) mede 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.
- Olhos: avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.
- Visão: avaliar aspecto e simetria dos olhos e presença da visão através da observação de reflexos visuais.
- Ouvidos: observar a forma, alterações, implantação das orelhas e presença de secreções.
- Acuidade auditiva: observar pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro.
- Nariz: verificar presença e aspecto de secreção, pesquisar desvio de septo nasal, observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima e observar coloração da mucosa, condições de cornetos, calibres da via aérea e secreção.
- Boca e faringe: inspecionar gengivas, face interna das bochechas, língua e palato. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias e placa de secreção.
- Pescoço: inspecionar e palpar os gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares, descrevendo tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.
- Tórax: observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.
- Pulmão: observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Auscultar procurando alterações dos sons respiratórios e sua localização.
- Coração: verificar pulso apical, observar a presença de cianose labial e de extremidade e edema. Realizar a ausculta, observando frequência, intensidade, ritmo.
- Abdômen: observar alterações globais de forma e volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais e ventrais³; realizar palpação geral, superficial, observando a presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede. Auscultar em busca de sons intestinais em cada quadrante.

³ As hérnias costumam fechar espontaneamente até os dois anos de idade.

– Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção, hiperemia e granuloma. A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dia de vida.

- Pele e mucosas: observar elasticidade, coloração, lesões e hidratação⁴.

- Genitália e reto:

Meninos: observar e registrar presença de alterações como fimose e testículos na bolsa escrotal (criptorquidia), hidrocele, hipospadia ou epispadia.

Meninas: observar e registrar presença de alterações: não perfuração do hímem, sinéquia e presença de secreção vaginal, lembrando que pode ocorrer presença de secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida.

- Extremidades: observar deformidades, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.

- Palpar pulsos radial, femoral e pedioso;

- Observar dedos extra numéricos (polidactilia);

- Examinar coluna vertebral em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvatura.

- Registrar presença de anormalidades: espinha bífida, tufo de pelos e hipersensibilidade.

- Exame neurológico: observar o comportamento do RN esperado para fase de desenvolvimento. Avaliar nível de consciência e alterações do padrão próprio de atividade.

- Realizar a avaliação dos reflexos:

- Reflexo de Moro: tracionar os membros superiores (MMSS) da criança sem elevá-la e em seguida soltar. A criança deve abrir e fechar os braços. Não usar estimulação intensa. Está presente até o 2º ou 3º mês de vida.

- Prensão Palmar: colocar o dedo do examinador na palma da mão da criança no nível do metacarpo falangiano. A criança responde com flexão de todos os dedos, flexão e adução do polegar, simultaneamente. Desaparece entre 4º ao 6º mês de vida

- Reflexos de Sucção: é provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia

⁴ A pele do RN deve estar lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, e é visível após as primeiras 24 horas de vida e quando aparece antes disto, pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção do RN.

movimentos de sucção dos lábios e da língua. Não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada e está presente até os três meses de vida.

- Reflexo Cutâneo-plantar (Babinski): imobilizar o membro inferior com a mão apoiada na porção média da perna, realizando pequenas e sucessivas excitações na borda externa do pé, na região infra maleolar. A resposta esperada é de extensão do hálux (sem ser lenta ou majestosa), com ou sem abertura em leque dos dedos. Presente até os dois anos de vida. Desaparece até o 13^o mês de vida.

- Reflexo de Marcha: em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, realizar o contato da planta dos pés com a superfície, a criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos. É visível a partir da 2^a semana de vida e normalmente desaparece no 4^o mês de vida.

Citaremos abaixo dois exemplos de levantamento de problemas, possíveis diagnósticos e prescrição de enfermagem.

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Mãe com dificuldades de amamentar a criança	Amamentação inadequada	Demonstrar técnica correta de amamentação. Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades relacionadas à amamentação.	
Relacionamento mãe e filho prejudicado	Vínculo mãe e filho comprometido	Avaliar fatores de risco para a violência ao recém nato. Despertar o interesse da mãe para o relacionamento com a criança.	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA AO LACTENTE (29 DIAS A 2 ANOS)

Histórico de Enfermagem

Anamnese

Utilizar descrição do RN considerando as especificidades.

Exame físico

Utilizar descrição do RN considerando as especificidades.

Avaliação do desenvolvimento Neuro Psico Motor (DNPM)

IDADE	Aspectos do desenvolvimento da criança de 29 dias a 2 anos
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medido com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
4 meses	Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.
6 meses	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de "permanência do objeto". A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.
9 meses	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
12 meses	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.

Fonte: COLL; PALÁCIOS; MARCHESI, 1995; REGO, 1999; ZAVASCHI ET al., apud DUNCAN ET al., 2004; REESE, 2000; NEWCOMBE, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000 (com adaptações).

Citaremos abaixo dois exemplos de levantamento de problemas, bem como possíveis diagnósticos e prescrição de enfermagem.

Levantamento de Problemas

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Oferta de alimentos inadequados para a faixa etária da criança	Ingestão alimentar inadequada do lactente	Investigar hábitos alimentares individuais e familiares. Orientar mãe/cuidador quanto a mudanças nos hábitos alimentares da família/criança.	
Vacinas atrasadas	Estado vacinal atrasado	Atualizar esquema vacinal. Orientar a trazer a carteira de vacina a cada comparecimento na unidade.	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA A CRIANÇA DE 2 A 5 ANOS

Histórico de Enfermagem

Anamnese

Utilizar descrição do RN considerando as especificidades.

Exame físico

- Sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. (A pressão arterial deve ser medida rotineiramente a partir dos três anos de idade).
- Dados Antropométricos: estatura, peso.
- Cabeça: observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
- Olhos: avaliar aspecto e simetria dos olhos, presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.

A partir dos 3 anos, está indicada a triagem da acuidade visual, usando-se tabelas de letras ou figuras.⁵

- Ouvidos: observar a forma, alterações, implantação das orelhas e presença de secreções.
- Nariz: verificar presença e aspecto de secreção, pesquisar desvio de septo nasal, observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima e observar coloração da mucosa, condições de cornetos, calibres da via aérea e secreção.
- Boca e faringe: inspecionar gengivas, face interna das bochechas, língua e palato. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias e placa de secreção.
- Pescoço: inspecionar e palpar os gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares, descrevendo tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.

⁵ Devem ser encaminhadas ao oftalmologista crianças de 3 a 5 anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos e crianças de 6 anos ou mais que tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos

- Tórax: observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.
- Pulmão: observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Auscultar procurando alterações dos sons respiratórios e sua localização.
- Coração: verificar pulso apical⁶, observar a presença de cianose labial e de extremidade e edema. Realizar a ausculta, observando frequência, intensidade, ritmo.
- Abdômen: observar alterações globais de forma e volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais e ventrais; realizar palpação geral, superficial, observando a presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede. Auscultar em busca de sons intestinais em cada quadrante.
- Pele e mucosas: observar elasticidade, coloração, lesões e hidratação.
- Genitália e reto:
 - Meninos: observar e registrar presença de alterações como fimose e testículos na bolsa escrotal (criptorquidia), hidrocele, hipospádia ou epispádia.
 - Meninas: observar e registrar presença de alterações: não perfuração do hímem e presença de secreção vaginal.
- Extremidades: observar deformidades, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.
 - Palpar pulsos radial, femoral e pedioso;
 - Observar dedos extra numéricos (polidactilia);
 - Examinar coluna vertebral em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvatura.

Avaliação do desenvolvimento Neuro Psico Motor (DNPM)

IDADE	Aspectos do desenvolvimento da criança de 2 a 5 anos
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus
	Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais).

⁶ O pulso apical verifica-se até os 7 anos.

	Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico
De 4 a 5 anos	Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio.
	Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias.
	O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém com o passar do tempo, outras crianças a se tornar importantes.

Fonte: COLL; PALÁCIOS; MARCHESI, 1995; REGO, 1999; ZAVASCHI ET al., apud DUNCAN ET al., 2004; REESE, 2000; NEWCOMBE, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000 (com adaptações).

Citaremos abaixo dois exemplos de levantamento de problemas, bem como possíveis diagnósticos e prescrição de enfermagem.

Levantamento de Problemas

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Ambiente Inadequado	Risco para acidentes domésticos – criança	Orientar mãe / cuidador sobre prevenção de acidentes no domicílio. Manter produtos de limpeza em locais altos e de difícil acesso para a criança.	
Alimentação inadequada, com risco de aparecimentos de complicações à saúde em virtude da falta de nutrientes.	Desnutrição	Ofertar alimentos saudáveis como frutas, verduras e legumes, evitando o consumo, pela criança, de alimentos industrializados. Avaliar condições de moradia e ambiente domiciliar.	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA A CRIANÇA DE 5 A 12 ANOS

Histórico de Enfermagem

Anamnese

Utilizar descrição do RN considerando as especificidades.

Exame físico

Utilizar descrição da criança de 2 a 5 anos considerando as especificidades.

Avaliação do desenvolvimento Neuro Psico Motor (DNPM)

IDADE	Aspectos do desenvolvimento da criança de 5 a 10 anos
4 a 6 anos	A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta.
	Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam.
	Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal.
	A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima.
	Os amigos assumem importância fundamental.
	A criança começa a compreender a constância de gênero.
	A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos não se misturam com meninas e vice-versa)
De 7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua auto percepção, fechando suas ideias sobre quem ela é e como deve ser.
	A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.
9 e 10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois dos meninos, em torno dos 13 anos).

Fonte: COLL; PALÁCIOS; MARCHESI, 1995; REGO, 1999; ZAVASCHI ET al., apud DUNCAN ET al., 2004; REESE, 2000; NEWCOMBE, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000 (com adaptações).

Citaremos abaixo dois exemplos de levantamento de problemas, bem como possíveis diagnósticos e prescrição de enfermagem.

Levamento de Problemas

Levamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Cárie	Higiene oral inadequada	<p>Orientar sobre a importância de higienizar os dentes e a cavidade oral, após a ingestão alimentar, ou pelo menos três vezes ao dia.</p> <p>Orientar sobre alimentação saudável, evitando balas, chicletes, doces em excesso.</p>	
Baixo rendimento escolar, por problema de visão.	Acuidade visual prejudicada	<p>Realizar acuidade visual e encaminhar para avaliação oftalmológica se necessário.</p> <p>Orientar pais a conversar na escola com professores sobre dificuldade visual da criança, a fim de colocá-lo apropriadamente na sala de aula.</p>	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA AO ADOLESCENTE (DE 12 A 18 ANOS)

INTRODUÇÃO

Os fenômenos próprios da área corporal são os mais conhecidos, porque são mais aparentes, decorrem de estímulos hormonais e mudanças na aparência física. Todas elas ligadas a sentimentos antagônicos, originando uma “imagem corporal” que é fruto de dados objetivos, mas principalmente de fantasias, de dados subjetivos da história pessoal de cada indivíduo.

É na puberdade que ocorrem mudanças biológicas e fisiológicas e que o corpo desenvolve-se física e mentalmente, e adquire a capacidade reprodutiva. Ela não deve ser confundida com adolescência, visto que a puberdade faz parte da adolescência.

Todos profissionais da equipe de saúde são responsáveis pelo atendimento ao adolescente, que deve ser integral.

O adolescente tem o direito ao atendimento à saúde sem autorização e desacompanhado dos pais, como também direito da privacidade, da confidencialidade e do sigilo no momento da avaliação, bem como de consentir ou recusar o atendimento e ter a informação sobre seu estado de saúde.

O atendimento ao adolescente deve sempre levar em conta, dentre outras variáveis, o processo de crescimento e desenvolvimento e sua vulnerabilidade a inúmeros agravos físicos, psíquicos e sociais, cuja análise permitirá a identificação dos fatores protetores que devam ser promovidos e os riscos que deverão ser afastados e/ou atenuados.

O enfoque no risco auxilia o profissional a planejar o acompanhamento do adolescente priorizando as ações preventivas e assistenciais. Didaticamente os riscos podem ser classificados em: risco biológico (obesidade, doença crônica, etc.); risco emocional (depressão, uso abusivo de drogas e álcool, etc.); risco familiar (pais alcoolistas, com transtornos mentais, etc.); risco social (morar em área de tráfico de drogas, pobreza extrema, etc.).

No momento da consulta devemos esclarecer sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e gravidez.

As adolescentes que já iniciaram atividade sexual ou com queixas ginecológicas

deverão ser encaminhadas para avaliação ginecológica.

Histórico de Enfermagem

Anamnese

- 1. Identificação do cliente** (sexo, idade, estado civil, raça, dados socioeconômicos, ocupação, escolaridade, moradia, lazer e religião).
- 2. Antecedentes familiares e pessoais** (agravos à saúde: acidente vascular cerebral; doença arterial coronariana prematura; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; tuberculose; obesidade; dislipidemia; sedentarismo; cirurgias progressas; saúde mental; uso de SPA; tabagismo; alcoolismo; doenças respiratórias;).
- 3. Medicamentos em uso** (prescritos; auto administrado; conhecimentos; dificuldades e investigar reações adversas).
- 4. Hábitos alimentares** (incluindo acesso, horário, tipos de alimentos, quantidade e modo de preparo, características familiares, preocupação com auto imagem, recordatório alimentar de 24h.).
- 5. Hábitos de vida:** Sono e repouso, eliminações, vacinação, higiene oral e corporal, atividade física, lazer.
- 6. Condições atuais de saúde:** Uso de drogas lícitas ou ilícitas, sexualidade, anticoncepção, iniciação sexual (homossexualidade/bissexualidade), namoro, prostituição, história de gravidez indesejada, abortos forçados, menstruação ou ejaculação; projeto de vida, relações familiares, sociais, escolares e no trabalho. Observar comportamentos sugestivos de depressão, ansiedade, violência.
- 7. Queixas atuais/motivo da procura** (consulta de rotina ou eventual, queixa principal, histórico da queixa).
- 8. Percepção do adolescente frente à patologia, tratamento e autocuidado/ autoimagem:** Avaliar conhecimento sobre possíveis doenças, fatores de riscos relacionados e agravos à saúde, identificar características de autoestima, preocupações, aceitação da imagem corporal.

Exame físico

Para realizar o exame físico no adolescente devemos explicar a importância do mesmo a fim de prevenir possíveis resistências. Respeitar o pudor (oferecer aventais para facilitar a inspeção) e enfatizar a importância do exame para prevenção de doenças.

1. Sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial.
2. Avaliação Antropométrica - peso e altura, IMC verificar parâmetros de normalidade – (Anexo 2).
3. Geral: Observar nível consciência, irritabilidade, postura, presença de malformações congênitas e estado nutricional.
4. Pele: Observar cor, textura, turgor, presença de lesões, anormalidades das unhas e cabelo, presença de tatuagem ou piercings.
5. Mucosas: Observar coloração, presença de lesões ou fissuras, estado de hidratação.
6. Cabeça: Observar formato e simetria do crânio e face.
7. Olhos: simetria, coloração da esclera, conjuntiva, presença de secreções.
8. Ouvidos: implantação das orelhas, forma, secreção, dor, conduto auditivo externo e tímpano.
9. Nariz e Fossa nasal: tamanho, formato, secreção, lesões.
10. Boca: simetria, lesões labiais e mucosas, dentes (higiene, cáries, oclusão, perda de dentes), palato.
11. Pescoço: inspeção da tireoide, gânglios cervicais, submandibulares e retro auriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência. Observar rigidez de nuca solicitando para que o adolescente encoste o queixo no peito.
12. Tórax: Observar formato, simetria, retrações, abaulamentos, mamilos (estadiamento de Tanner – anexo 3).
13. Aparelho respiratório e circulatório: ritmo respiratório, padrão respiratório, alterações. Ausculta pulmonar – murmúrio vesicular, presença de ruídos adventícios. Ausculta cardíaca – ritmo, presença de sopros, extra-sístoles.
14. Abdômen: forma, simetria, aspecto, palpação superficial, profunda, sensibilidade, tensão e presença dos ruídos hidroaéreos.

15. Genitais: Nos meninos observar presença de fimose e testículos na bolsa escrotal, hidrocele, hipospádia.
16. Nas meninas observar presença de secreção, hímen.
17. Região anal: Avaliar fissuras, condições de higiene, alterações.
18. Extremidades: Observar deformidades, paralisias, edema, alterações da temperatura, postura, assimetria, alterações da marcha, dedos extranumerários, baqueteamento digital, outras anormalidade.
19. Articulações: Observar sinais inflamatórios (edema, calor, rubor e dor), alterações da mobilidade (limitação ou hiper mobilidade),
20. Nódulos.
21. Coluna Vertebral: Observar rigidez, postura, mobilidade, curvaturas. Utilizar a Escala de Tanner para estadiar o desenvolvimento dos caracteres sexuais (anexo 3).

Citaremos abaixo dois exemplos de levantamento de problemas, bem como possíveis diagnósticos e prescrição de enfermagem.

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Distúrbio alimentares (bulimia, anorexia nervosa).	Imagem corporal alterada	Estimular o controle da ingestão alimentar. Encaminhar à avaliação psicológica.	
Integridade cutânea	Acne	Não manipular local das lesões (acnes). Lavar o rosto 2 vezes ao dia com sabonete neutro e encaminhar para avaliação medica se necessário.	

Ações frente aos problemas mais comuns na Adolescência

Transtornos alimentares (Obesidade, bulimia e anorexia): É necessário estabelecer objetivos e intervenções individualizadas, baseadas na idade, grau de comprometimento, fatores comportamentais, psicológicos, sociais e na presença de comorbidade, avaliando histórico familiar.

No histórico de enfermagem, neste caso, deve conter a vontade da mudança de condição do adolescente, hábito alimentar da família, hábito alimentar do adolescente fora do domicílio, prática de atividade física, presença de casos de transtornos alimentares na família, tratamentos anteriores e problemas de saúde associado e internações.

Afecções bucais: As principais afecções observadas pelos enfermeiros são: higiene, gengivites, traumatismos, halitose, aftas e outras.

Gravidez na adolescência: As consequências da gravidez serão agravadas de acordo com idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores psicológicos, sócio econômico e culturais da adolescência. É importante lembrar que a gestantes menores de 16 anos necessitam ser acompanhadas pelos serviços de referência devido ao potencial de risco.

Violência na adolescência: Entre tantos assuntos, o Bullying é um tema atual, responsável pelo estabelecimento de um clima de medo e perplexidade em torno das vítimas, bem como dos demais membros da comunidade educativa que indiretamente se envolvem no fenômeno sem saber o que fazer. O Enfermeiro e a equipe de enfermagem devem intervir de forma a detectar o bullying, criar vínculo com esse adolescente e criar uma rede de ajuda envolvendo a equipe multidisciplinar da saúde, escola e equipamento social presente na comunidade.

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs): são prevalentes entre adolescentes e aumentam o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A abordagem sindrômica das DSTs indicada pelo Ministério da Saúde visa o acompanhamento, a cura e a busca de contactantes. São medidas adequadas para o controle efetivo das DSTs na adolescência.

Aconselhar sobre a importância do tratamento, oferecer testes anti-HIV e

VDRL. Realizar vacinação conforme calendário e a coleta de citologia oncológica.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A amamentação exclusiva é indicada até os seis meses de idade. Deve ser incentivada por todos os profissionais, e as mães precisam receber suporte e informações necessárias. Durante a gestação o assunto deverá ser abordado em todas as consultas de pré-natal, preparando a mãe.

O aleitamento exclusivo com livre demanda e frequência das mamadas deverá ser orientado, e, nas consultas de puericultura, sempre que possível observado. Auxiliar a mãe e corrigir a pega se necessário.

ALIMENTAÇÃO DE 6 MESES A 2 ANOS.

A introdução de novos alimentos na vida do lactente deverá ser feita de forma gradual e paciente. Ela difere nos casos de aleitamento exclusivo e aleitamento misto/artificial.

Nos casos em que inexistente o aleitamento materno, o pediatra deverá orientar a mãe quanto ao volume, frequência e a fórmula indicada, e durante o atendimento de enfermagem, questionar mãe sobre a preparação das fórmulas.

Os quadros a seguir descrevem o esquema de introdução de alimentos para crianças de 6m a 2 anos, amamentação exclusiva e mista:

Quadro 1 - Esquema Alimentar para crianças amamentadas

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

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Quadro 2 – Esquema Alimentar para crianças não amamentadas

Do nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
-------------------------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Refeição básica da família	
	Leite	Leite	Leite

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Lembrar sempre de respeitar a aceitação do lactente, introduzir alimentos novos gradualmente, respeitar as diferenças regionais e culturais.

A papa salgada deverá conter um alimento de cada grupo do quadro abaixo:

Quadro3

Cereais e tubérculos	Exemplos: arroz, mandioca/aipim/macaxeira, macarrão, batata, cará, inhame.
Hortaliças e frutas	Exemplos: folhas verdes, laranja, abóbora, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate, manga.
Carnes e ovos	Exemplos: frango, codorna, peixes, pato, boi, vísceras, miúdos e ovos.
Grãos	Exemplos: feijões, lentilha, ervilha, soja e grão-de-bico.

Fonte: MS 2012

Quadro 4 - “Dez passos para uma alimentação saudável”

Passo 1:

“Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”.

Dica ao profissional e à equipe: Rever se as orientações sobre aleitamento materno exclusivo são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a época da alimentação complementar.

Passo 2:

“A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais”.

Dica ao profissional e à equipe: Antes de dar a orientação deste passo, perguntar à mãe ou ao cuidador como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidem-na (o) a complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.

Passo 3:

“Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada”.

Dica ao profissional e à equipe: Sugerir receitas de papas, tentando dar a ideia de proporcionalidade, de forma prática e com linguagem simples.

Passo 4:

“A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança”.

Dica ao profissional e à equipe: Uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.

Passo 5:

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

Dica ao profissional e à equipe: Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.

Passo 6:

“Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida”.

Dica ao profissional e à equipe: Conversar sobre a estimulação dos sentidos, enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetiva entre a criança e sua família.

Passo 7:

“Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições”.

Dica ao profissional e à equipe: Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.

Passo 8:

“Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação”.

Dica ao profissional e à equipe: Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.

Passo 9:

“Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados”.

Dica ao profissional e à equipe: Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.

Passo 10:

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

Dica ao profissional e à equipe: Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

Fonte MS 2012

ALIMENTAÇÃO DE 2 A 6 ANOS:

Nessa faixa etária é muito importante a participação da família na formação dos hábitos alimentares. A refeição em família fortalece o vínculo e estimula a convivência. Sempre que possível, incluir a criança no processo de compra e preparo dos alimentos, aumentando o interesse e a aceitação. A criança precisa fazer 5 refeições por dia, com horários regulares, respeitando-se intervalos de 3 horas.

Evitar substituir refeições por leite, prejudicando a oferta de nutrientes e controlar a quantidade de líquidos ingeridos durante a refeição.

ALIMENTAÇÃO DE 7 A 10 ANOS:

O crescimento pômdero-estatural é mais acelerado nessa fase, coincidindo com maior ganho de peso. Estimular a atividade física e alimentação variada para prevenir a obesidade. Criança já se alimenta sozinha e é preciso reforçar a escolha de hábitos saudáveis.

PREVENÇÃO DE OBESIDADE

A obesidade é um problema de saúde atual. A consulta de enfermagem é um momento muito importante para refletir com a família sobre o cuidado e a prevenção. Reforçar importância da atividade física, da alimentação correta e balanceada e informar sobre os problemas de saúde mais prevalentes. A escola tem um papel a desempenhar, com oferta de lanches saudáveis e projetos sociais.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFANCIA

Cuidados para garantir a segurança das crianças, a fim de evitar acidentes.

4.1. De 0 a 6 meses:

Quedas	Proteja o berço e o cercado com grades altas com no máximo 6 cm entre elas. Nunca deixe a criança sozinha em cima de qualquer móvel, nem sob os cuidados de outra criança.
Queimaduras	No banho, verifique a temperatura da água (o ideal é 37°C). Enquanto estiver com a criança no colo, não tome líquidos quentes. Evite fumar dentro de casa, principalmente com a criança no colo.
Sufocação	Nunca use talco próximo ao rosto da criança. Ajuste o lençol do berço, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros. Utilize brinquedos grandes e inquebráveis.
Afogamentos	Nunca deixe a criança sozinha na banheira.
Medicamentos	Nunca dê à criança um remédio que não tenha sido receitado pelo médico.
Acidentes no Trânsito	De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro (CTB) nesta fase, a criança deve ser transportada no <i>bebê-conforto</i> ou no assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

De 6 meses a 1 ano

(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)

Nesta faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha e está mais ativa e curiosa.

Choques	Coloque protetores nas tomadas e nos fios elétricos, deixando-os longe do alcance de crianças.
Quedas	Coloque, nas janelas, redes de proteção ou grades que possam ser abertas em casos de incêndio. Instale barreiras de proteção nas escadas. Certifique-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar acidentes.
Queimaduras	Use as bocas de trás do fogão e mantenha os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão. Mantenha as crianças longe do fogo, de aquecedores e ferros elétricos.
Sufocação	Afaste sacos plásticos, cordões e fios.
Afogamentos	Não deixe as crianças sozinhas perto de baldes, tanques, poços e piscinas.
Intoxicação	Mantenha produtos de limpeza e medicamentos fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados.
Acidentes no trânsito	De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, nesta fase, a criança deve ser transportada no <i>bebê-conforto</i> ou no assento infantil

	conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).
--	---

De 1 a 2 anos

(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)

A criança já anda sozinha e gosta de mexer em tudo.

Quedas	Coloque proteções nas escadas e janelas. Proteja os cantos dos móveis.
Segurança em casa	Coloque obstáculo na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro.
Outros cuidados	Não deixe ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos. Coloque longe do alcance das crianças objetos que se quebrem detergentes, medicamentos e outros produtos com substâncias corrosivas, pois as crianças gostam de explorar o ambiente onde vivem.
Acidentes no Trânsito	O CTB determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e rua) e escolha lugares seguros para as crianças brincarem (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

De 2 a 4 anos

(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)

A criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo.

Acidentes no trânsito	Para esta fase, o CTB define que a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltado para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque ou corra em locais com fluxo de veículos (garagem e locais próximos a rodovias), escolha lugares seguros para as crianças brincarem e andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

Outros cuidados	Não deixe a criança aproximar-se de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando.
------------------------	---

De 4 a 6 anos

(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)

Embora mais confiante e capaz de fazer muitas coisas, a criança ainda precisa de supervisão. Converse com ela e explique sempre as situações de perigo.

Acidentes no trânsito	Para esta fase, o CTB define que a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltado para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Queimaduras	As crianças não devem brincar com fogo, devendo ser evitado que usem fósforo e álcool. Mantenha-as longe de armas de fogo.
Afogamentos	A criança não deve nadar sozinha. Ensine-a nadar. Não é seguro deixar crianças sozinhas em piscinas, lagos, rios ou no mar, mesmo que elas saibam nadar.
Segurança em Casa e na rua	Mantenha a criança sob supervisão constante quando estiver com ela em lugares públicos como parques, supermercados e lojas. Produtos inflamáveis (álcool e fósforos), facas, armas de fogo, remédios e venenos devem estar totalmente fora do alcance das crianças.
Acidentes no trânsito	As crianças devem usar os equipamentos chamados de <i>assentos de elevação (boosters)</i> , com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro, até os 7 anos e meio.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Escolha lugares seguros para as crianças andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

4.6. De 6 a 10 anos

(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)

Com a criança quase independente, aumenta a necessidade de medidas de proteção e de supervisão nas atividades fora de casa. Explique sempre para a criança os riscos que ela pode correr no dia a dia.

Quedas	Nunca deixe que a criança brinque em lajes que não tenham grades de proteção. Ao andar de bicicleta, skate ou patins, a criança deve usar capacete de proteção e não deve circular em ruas por onde transitam veículos.
Queimaduras	Não deixe a criança brincar com fogueiras e fogos de artifício.
Choque elétrico	Não deixe a criança soltar pipa (papagaio, arraia) em locais onde há fios elétricos, devido ao risco de choque de alta tensão.
Acidentes no trânsito	Evite acidentes. Utilize corretamente para a criança o assento de elevação até ela completar 7 anos e meio de idade. A partir desta idade, as crianças deverão usar o cinto de segurança de três pontos no banco de trás. Sentar-se No banco da frente só é permitido pela lei a partir dos 10 anos de idade e com o uso do cinto de segurança.
Acidentes com armas de fogo	Armas de fogo não são brinquedos. Evite-as dentro de casa.
Atropelamentos	Nesta fase, ainda é preocupante este tipo de acidente. Por isso, oriente seu filho sobre as normas de trânsito.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2012.

A partir de 10 anos até adolescência

Embora o pensamento já esteja organizado, o adolescente com frequência acha não há vulnerabilidade, que nada de mal vai lhe acontecer.

De 7 a 18 anos

(Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)

A criança em idade escolar já consegue aprender noções de segurança, porém não está apta a fazer avaliações precisas de velocidade e distancia, pois não lida de forma precisa com situações concretas. Nesta idade são muito influenciados pelos amigos, gerando atitudes de desafio a regras o que aumenta os riscos.

Os principais riscos até o início da adolescência são: quedas, atropelamentos, queimaduras, afogamento, dentre outros.

O adolescente embora já tenha o pensamento organizado, sofre grande pressão dos grupos sociais que está inserido. Com frequência acha que é invulnerável e que nada de mal vai lhe acontecer. Ganha mais liberdade nesta faixa etária ficando mais longe de casa e sem supervisão dos adultos.

Os principais riscos para os adolescentes são: consumo excessivo de drogas lícitas ou ilícitas, acidentes de trânsito, atropelamento, quedas, afogamento, homicídios principalmente por arma de fogo, queimaduras, intoxicações, violência urbana, riscos ocupacionais (trabalho clandestino e ilegal, principalmente no meio rural), gravidez na adolescência, dentre outros.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

PRIMEIRA SEMANA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO

IDENTIFICAÇÃO

NOME DA MÃE: IDADE: Nº FF:
ESTADO CIVIL:
() Casada () Solteira () União Estável () Outro _____
NOME DO RECÉM-NASCIDO:
DATA NASCIMENTO ____ / ____ / ____
LOCAL NASCIMENTO (MUNICÍPIO): PESO:

ENDEREÇO

RUA: Nº:
COMPLEMENTO: BAIRRO:
CEP: TELEFONE(S):

SAÚDE DA MÃE

HOSPITAL DO PARTO:
FEZ PRÉ-NATAL? () Sim () Não
SE SIM, QUAL UNIDADE DE SAÚDE?
TIPO DE PARTO () Parto Normal () Cesária
INTERCORRÊNCIAS NO PARTO:

SAÚDE DA MÃE (ANOTAR DESCRIÇÃO FEITA PELA MÃE):

SAÚDE DO RECÉM NASCIDO

INTERCORRÊNCIAS AO NASCIMENTO:

EXAMES () Teste do Pezinho () Reflexo do Olho Vermelho () Teste da Orelhinha () Outros:

VACINAS () BGC () Hepatite B () Outras: _____

PASSOU EM CONSULTA COM PEDIATRA? () Sim () Não

SE NÃO, JÁ TEM CONSULTA AGENDADA? Data: ____ / ____ / ____

DIFICULDADES PARA AMAMENTAR? () Sim () Não

PEGA ESTÁ CORRETA? () Sim () Não

HÁ MACHUCADOS NAS MAMAS? () Sim () Não

A CRIANÇA JÁ BEBEU OUTRO TIPO DE LÍQUIDO? () Sim () Não

SE SIM, QUAL?

SE LEITE MATERNO COMPLEMENTADO:

() Leite em pó () Leite Caixinha () Leite Saquinho () Puro () Diluído

BANHO DE SOL? () Sim () Não

EM QUE AMBIENTE?

EM QUE HORÁRIO?

ICTERÍCIA (CRIANÇA AMARELA)? () Sim () Não

DIURESE:

EVACUAÇÃO:

VESTUÁRIO ADEQUADO? () Sim () Não

HIGIENE DO RN EM BOAS CONDIÇÕES

() Sim () Não

ORIENTAR A NÃO NECESSIDADE DO USO DE PERFUMES, TALCO, SABÃO EM PÓ E AMACIANTE.

QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA

[] Adultos [] Crianças (incluindo o RN) [] Total

DOENTES NA CASA? () SIM () NÃO

NOME:

DOENÇA:

FAZ ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE? () Sim () Não

VACINAS ESTÃO EM DIA? () Sim () Não

HIGIENE DA CASA (Observar mofo, poeira acumulada, pessoas fumantes, uso de inseticida).

() BOA () REGULAR () RUIM

OBSERVAÇÕES:

NOME DO VISITADOR:

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA ____ / ____ / ____

Anexo 2

PARÂMETROS DE NORMALIDADE

Frequência respiratória normal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

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.

Legenda:

* mrm = movimentos respiratórios por minuto.

Frequência cardíaca normal

Idade	Variação	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	Anos De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

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

Classificação da pressão arterial em menores de 18 anos

Média das 2 últimas de 3 aferições da pressão arterial na consulta	Definição
PA sistólica e diastólica < percentil 90	Normal
PA sistólica média e/ou diastólica média entre o percentil 90 e 95	Normal alta
PA sistólica média e/ou diastólica média > percentil 95	Alta ou hipertensão arterial

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006.

Fórmula para cálculo do IMC:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2(\text{m})$$

Tabela de IMC

A tabela abaixo mostra o IMC de acordo com altura e peso.

		Altura (em metros)									
Peso (em kg)	1,5	1,55	1,6	1,65	1,7	1,75	1,8	1,85	1,9	1,95	2
50	22,22	20,81	19,53	18,37	17,30	16,33	15,43	14,61	13,85	13,15	12,50
55	24,44	22,89	21,48	20,20	19,03	17,96	16,98	16,07	15,24	14,46	13,75
60	26,67	24,97	23,44	22,04	20,76	19,59	18,52	17,53	16,62	15,78	15,00
65	28,89	27,06	25,39	23,88	22,49	21,22	20,06	18,99	18,01	17,09	16,25
70	31,11	29,14	27,34	25,71	24,22	22,86	21,60	20,45	19,39	18,41	17,50
75	33,33	31,22	29,30	27,55	25,95	24,49	23,15	21,91	20,78	19,72	18,75
80	35,56	33,30	31,25	29,38	27,68	26,12	24,69	23,37	22,16	21,04	20,00
85	37,78	35,38	33,20	31,22	29,41	27,76	26,23	24,84	23,55	22,35	21,25
90	40,00	37,46	35,16	33,06	31,14	29,39	27,78	26,30	24,93	23,67	22,50
95	42,22	39,54	37,11	34,89	32,87	31,02	29,32	27,76	26,32	24,98	23,75
100	44,44	41,62	39,06	36,73	34,60	32,65	30,86	29,22	27,70	26,30	25,00
105	46,67	43,70	41,02	38,57	36,33	34,29	32,41	30,68	29,09	27,61	26,25
110	48,89	45,79	42,97	40,40	38,06	35,92	33,95	32,14	30,47	28,93	27,50
115	51,11	47,87	44,92	42,24	39,79	37,55	35,49	33,60	31,86	30,24	28,75
120	53,33	49,95	46,88	44,08	41,52	39,18	37,04	35,06	33,24	31,56	30,00
125	55,56	52,03	48,83	45,91	43,25	40,82	38,58	36,52	34,63	32,87	31,25
130	57,78	54,11	50,78	47,75	44,98	42,45	40,12	37,98	36,01	34,19	32,50
135	60,00	56,19	52,73	49,59	46,71	44,08	41,67	39,44	37,40	35,50	33,75
140	62,22	58,27	54,69	51,42	48,44	45,71	43,21	40,91	38,78	36,82	35,00

IMC Infantil**MENINOS**

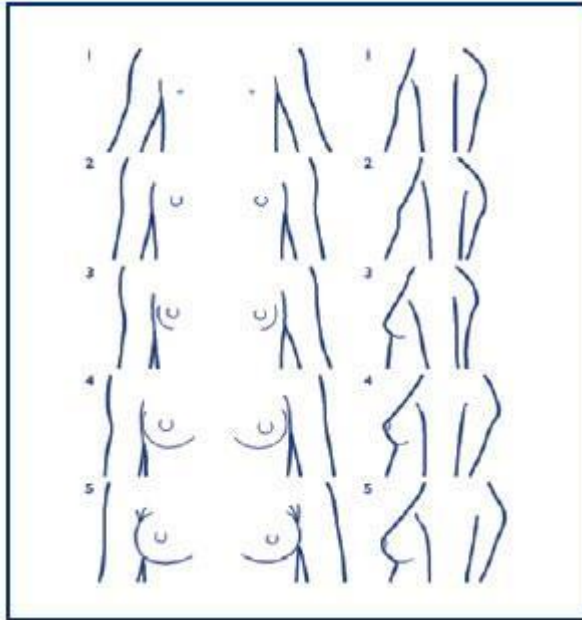
IDADE	NORMAL	SOBREPES	OBESIDADE
		O	
6	14,5	Mais de 16,6	Mais de 18,0
7	15	Mais de 17,3	Mais de 19,1
8	15,6	Mais de 16,7	Mais de 20,3
9	16,1	Mais de 18,8	Mais de 21,4
10	16,7	Mais de 19,6	Mais de 22,5
11	17,2	Mais de 20,3	Mais de 23,7
12	17,8	Mais de 21,1	Mais de 24,8
13	18,5	Mais de 21,9	Mais de 25,9
14	19,2	Mais de 22,7	Mais de 26,9
15	19,9	Mais de 23,6	Mais de 27,7

MENINAS

IDADE	NORMAL	SOBREPES	OBESIDADE
		O	
6	14,3	Mais de 16,1	Mais de 17,4
7	14,9	Mais de 17,1	Mais de 18,9
8	15,6	Mais de 18,1	Mais de 20,3
9	16,3	Mais de 19,1	Mais de 21,7
10	17	Mais de 20,1	Mais de 23,2
11	17,6	Mais de 21,1	Mais de 24,5
12	18,3	Mais de 22,1	Mais de 25,9
13	18,9	Mais de 23	Mais de 27,7
14	19,3	Mais de 23,8	Mais de 27,9
15	19,6	Mais de 24,2	Mais de 28,8

Anexo 3

Representação gráfica do estagiamento de Tanner



Quadro 1 – Mamas

M1 - mama infantil.

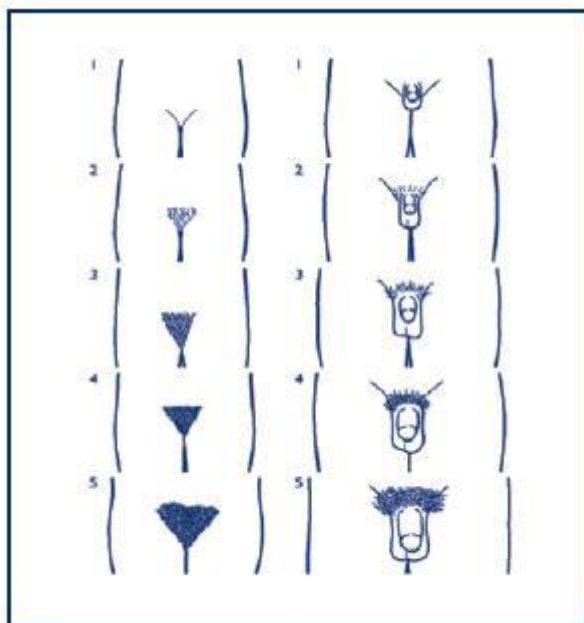
M2 (8-13 anos) - fase de broto mamário, com elevação da mama e aréola como pequeno montículo.

M3 (10-14 anos) - maior aumento da mama, sem separação dos contornos.

M4 (11-15 anos) - projeção da aréola e das papilas para formar montículo secundário por cima da mama.

M5 (13-18 anos) - fase adulta, com saliência somente nas papilas.

No quadro 2 observamos as diversas fases de desenvolvimento puberal, levando-se em consideração os pelos pubianos em ambos os sexos e a genitália no sexo masculino.



Quadro2 - Pelos pubianos nos sexos feminino e masculino

SEXO FEMININO

P1 - fase de pré-adolescência (não há pelugem).

P2 (9-14 anos) - presença de pelos longos, macios e ligeiramente pigmentados ao longo dos grandes lábios.

P3 (10-14,5 anos) - pelos mais escuros e ásperos sobre o púbis.

P4 (11-15 anos) - pelugem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor que a do adulto.

P5 (12-16,5 anos) - pelugem do tipo adulto, cobrindo todo o púbis e a virilha.

SEXO MASCULINO

P1 - fase de pré-adolescência (não há pelugem).

P2 (11-15,5 anos) - presença de pelos longos, macios e ligeiramente pigmentados na base do pênis.

P3 (11,5-16 anos) - pelos mais escuros e ásperos sobre o púbis.

P4 (12-16,5 anos) - pelugem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor que a do adulto.

P5 (15-17 anos) - pelugem do tipo adulto, estendendo-se até a face interna das coxas.

GENITÁLIA (SEXO MASCULINO).

G1 (9,5-13,5 anos) - pré-adolescência (infantil).

G2 (10-13,5 anos) - crescimento da bolsa escrotal e dos testículos, sem aumento do pênis.

G3 (10,5-15 anos) - ocorre também aumento do pênis, inicialmente em toda a sua extensão.

G4 (11,5-16 anos) - aumento do diâmetro do pênis e da glândula, crescimento dos testículos e do escroto, cuja pele escurece.

G5 (12,5-17 anos) - tipo adulto.

Anexo 4

Diagnósticos de Enfermagem

Classificação NANDA

- Controle familiar ineficaz do regime terapêutico
- Manutenção do lar prejudicada
- Padrão ineficaz de alimentação do bebê
- Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais
- Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
- Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais
- Icterícia neonatal
- Risco de desequilíbrio eletrolítico
- Risco de volume de líquido deficiente
- Constipação
- Risco de constipação
- Diarreia
- Troca de gases prejudicada
- Atividade de recreação deficiente
- Padrão respiratório ineficaz
- Comunicação verbal prejudicada
- Distúrbios de identidade pessoal
- Processos familiares disfuncionais
- Processos familiares interrompidos
- Risco de vínculo prejudicado
- Amamentação eficaz
- Amamentação ineficaz
- Amamentação interrompida
- Ansiedade
- Medo
- Disposição para aumento da competência comportamental do bebê
- Comportamento desorganizado do bebê
- Risco de comportamento desorganizado do bebê

- Desobstrução ineficaz de vias aéreas
- Integridade da pele prejudicada
- Risco de integridade da pele prejudicada
- Risco de síndrome de morte súbita do bebê
- Risco de quedas
- Risco de sufocação
- Risco de trauma
- Risco de envenenamento
- Hipertermia
- Atraso no crescimento e desenvolvimento
- Risco de crescimento desproporcional
- Risco de atraso no desenvolvimento

Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC)

- Respiração alterada
- Risco para dispneia na criança
- Permeabilidade de vias aéreas comprometida
- Desidratação
- Ingestão alimentar adequada do lactente
- Ingestão alimentar adequada do adolescente
- Ingestão alimentar inadequada do lactente
- Ingestão alimentar inadequada do adolescente
- Ingestão alimentar alterada
- Ingestão alimentar excessiva
- Desmame precoce do lactente
- Amamentação adequada
- Amamentação inadequada
- Sobrepeso
- Emagrecimento
- Desnutrição
- Diarreia
- Constipação

- Sono inadequado
- Atividade física inadequada
- Atividade motora alterada
- Higiene oral inadequada
- Trauma na pele
- Escoriação da pele
- Acne
- Integridade da pele comprometida na criança
- Estado vacinal adequado
- Estado vacinal atrasado
- Acuidade visual prejudicada
- Risco para acidente doméstico – criança
- Desenvolvimento da criança adequado
- Desenvolvimento da criança inadequado
- Crescimento da criança adequado
- Crescimento da criança inadequado
- Relacionamento familiar conflituoso
- Vínculo mãe e filho comprometido
- Vínculo mãe e filho preservado
- Atividade recreativa deficiente
- Autoestima prejudicada
- Autoestima baixa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. Caderno de Saúde da Criança.. Março/2008.
2. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Atribuições do Enfermeiro na Rede de Serviços do SUS Campinas. Caderno I – Atribuições do Enfermeiro na área da Criança e Adolescente.1996.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria/ WWW.sbp.com.br
4. Ministério da Saúde. Manual do adolescente.
5. Caderneta do adolescente menina e menino
6. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento nº33.
7. Revista Brasileira de Enfermagem – Rev. Bras. Enferm. Vol. 59 no. 3 Brasília May/june 2006

LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA MULHER

Assistência de enfermagem no período gravídico puerperal

O acolhimento da gestante implica na integralidade do cuidado, seguindo o pressuposto da Linha do Cuidado: Atenção Primária de Saúde, Serviços de atenção secundária e/ou terciária quando houver necessidade do cuidado adicional. É importante ressaltar que a gestante deve permanecer em acompanhamento pela Atenção Primária em Saúde (APS), que se mantém responsável pela gestão do cuidado.

O acompanhamento a gestante deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre), e uma média de consultas mensais até 32 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais até o parto. O Ministério da Saúde (MS) recomenda um número mínimo de seis consultas à gestante. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro, e risco gestacional deve ser reavaliado a cada encontro. Os agentes de saúde devem realizar visitas domiciliares mensais à gestante.

A Enfermagem deve realizar o Pré-Natal (PN) de baixo risco, provendo cuidado contínuo no decorrer da gravidez – do diagnóstico até após o 42º dia de puerpério. É fundamental o correto registro da atenção Pré-Natal com todas as informações contidas no prontuário e no cartão da gestante, que é uma importante ferramenta para a gestão do cuidado e garantia da continuidade da assistência. O acolhimento da usuária com queixa de atraso menstrual poderá ser realizado por qualquer membro da equipe multidisciplinar, porém, a solicitação e o diagnóstico do Beta-HCG urinário são privativos do enfermeiro/ médico.

O objetivo do acompanhamento pré natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um RN saudável, sem impactos para a saúde materna.

A assistência de enfermagem no pré natal começa com o diagnóstico de gravidez e só se encerra após o 42º dia de puerpério.

O acolhimento da usuária com queixa de atraso menstrual poderá ser realizado por qualquer membro da equipe multidisciplinar. Porém, a solicitação e o diagnóstico do Beta-HCG urinário são privativos do enfermeiro/ médico.

Diante de um resultado positivo, a primeira consulta deverá ser agendada o mais breve possível, com enfermeiro ou médico.

A captação precoce ao PN deve ser feita até 12 semanas, garantido uma assistência qualificada, com intervenções oportunas, seja elas preventivas e/ou

terapêuticas, permitindo o estabelecimento de vínculo profissionais e gestante.

A partir desse momento a gestante deverá ser realizado o cadastro no SISPRENATAL, fornecimento do cartão da gestante, receber orientações necessárias referentes ao PN sobre a sequencia das consultas, exames, vacinas, atividades educativas (grupos), hospital de referencia, avaliar situação que caracterize o risco gestacional o mais precocemente, priorizando o atendimento quando necessário. Esta avaliação de risco deverá ser constante, a cada consulta.

O PN de adolescentes, mais especificamente de 10-14 anos, pela complexidade, deve ser acompanhado com mais rigor - “*diferenciado*”-, não por possuírem maior risco clínico e obstétrico em relação a outras faixas etárias. Porém as faixas etárias entre 10 e 14 anos apresentam maiores riscos materno-fetais.

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO DA GESTANTE DE BAIXO RISCO (de acordo com Manual da Mulher do Município de Campinas)⁷

Até 32 semanas: consultas mensais

32 a 36 semanas: consultas quinzenais

37 semanas ou mais: consultas semanais.

PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A primeira consulta após a chegada dos resultados dos exames deverá ser preferencialmente realizada por profissional médico para avaliação dos mesmos, bem como estabelecimento do risco gestacional.

Sendo estabelecida gestação de baixo risco, o atendimento será intercalado com enfermeiro, garantindo que a gestante seja acompanhada exclusivamente pelo médico a partir da 32ª ou 28 semana.

Histórico de Enfermagem

Anamnese Geral Padrão

1. **Identificação da usuária:** nome completo data de nascimento, cartão do SUS, nº SISPRENATAL, nº do prontuário e equipe de referência, procedência,

⁷ No Manual da Atenção Básica (2013) há indicação de que o cronograma seja: mensal ate 28 semana, quinzenal no período de 28 – 36 semanas e semanal no período de 37 a 41 semanas.

endereço, telefone, estado civil, raça, cor.

2. **Características socioeconômicas:** profissão/ocupação, escolaridade, quantas pessoas moram e trabalham na casa, saneamento básico, tipo de moradia, exposição ambiental/ocupacional, situação conjugal.
3. **Violência doméstica**
4. **Antecedentes familiares:** câncer de mama e colo, diabetes mellitus, hipertensão arterial severa, doenças cardiovasculares, gemelaridade, doenças congênitas, hanseníase, tuberculose, parceiro sexual portador de sífilis/HIV, condilomas ou outras DST's, gemelaridade.
5. **Antecedentes pessoais:** alergias, asma, câncer, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial severa, hipo/hipertireoidismo, doenças autoimune, cirurgias anteriores, portadora de infecção pelo HIV/hepatites, infecção do trato urinário, doenças neurológicas e psiquiátricas, hanseníase, tuberculose, drogas, tabagismo, alcoolismo, uso de medicamento.
6. **Antecedentes ginecológicos:** menarca, ciclo, início da atividade sexual, número de parceiros nos últimos 3 meses, último CO e resultado, MAC, DST, leucorreia, antecedentes do parceiro, cirurgias ginecológicas (idade e motivo), dispareunia.
7. **Antecedentes obstétricos:** gravidez planejada/ desejada, nº de gestações, nº e tipo de partos, nº de abortos, intercorrências (internações, sangramento, ITU repetição, HAS, DM, prematuro, puerpério, dentre outras), data do último parto/aborto, peso dos filhos ao nascer, isoimunização RH, morte neonatal/natimorto.
8. **Gestação atual:** DUM, DPP, IG, gravidez planejada, hábito alimentar, tabagismo/álcool/drogas, peso prévio e altura, sinais e sintomas da gestação em curso, ocupação.
9. **Aleitamento materno**
10. **Hábitos alimentares:** consumo de sal, gorduras saturadas, açúcares cafeína e tipos de alimentos.
11. **Hábitos de vida:** tabagismo, alcoolismo, drogadição, sono e repouso, atividade física, atividade sexual, vacinação, higiene e eliminação.
12. **Medicações em uso:** Prescritos, auto administrados.
13. **Queixas atuais:** queixas ginecológicas, atraso menstrual, sangramentos,

dispareunia, queixas urinárias.

Exame Físico Geral Padrão

1. Dados antropométricos e Índice de Massa Corpórea (IMC)⁸
2. Pressão Arterial
3. Frequência Respiratória
4. Pulso radial e carotídeo
5. Cabeça (rubor facial, alterações de visão, acuidade visual, acuidade auditiva, cavidade oral).
6. Pescoço (ingurgitamento jugular e palpação da tireoide)
7. Pele e anexos (integridade, turgor, coloração e manchas).
8. Tórax (ausculta cardiopulmonar)
9. Abdome (presença de massas palpáveis, ruídos hidroaéreos e mensuração da circunferência abdominal).
8. Aparelho geniturinário (urgência miccional, presença de secreções, lesões e dor).
9. Aparelho musculoesquelético (MMSS e MMII) (edema, estado das unhas, lesões e deformidades).
10. Avaliação neurológica (força e coordenação motora, marcha, fala)
11. Vascular periférico (varizes, pulso pedioso e perfusão periférica).

PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

Anamnese específica

Gestação atual

- Data da última menstruação (DUM)
- Data provável do parto (DPP)⁹

⁸ **Cálculo do IMC**= peso (kg) / altura² (m)

⁹ **Cálculo DPP**: Somar 7 dias ao 1º dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar 9 meses, se corresponder aos meses de janeiro a março – Regra de Naegele). Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês. Quando a DUM é conhecida some o número de dias entre a DUM e a data da consulta dividindo o total por sete (resultado em semanas). Quando a DUM é desconhecida, mas tem-se ideia do período do mês, usa-se como referência os dias 5, 15 e 25 dependendo se foi no início, meio ou fim do mês a DUM. Quando data e período da DUM são desconhecidos a DPP e IG serão determinados por aproximação

- Percepção sobre a gravidez (planejada ou não)
- Informação sobre estado psicoemocional
- Sinais e sintomas da gestação em curso
- Ocupação no momento (para identificação de riscos ocupacionais)
- Esquema vacinal

Exame Físico Específico na 1ª consulta de Pré-Natal

Deve ser realizado o exame físico geral com a avaliação de todos os sistemas fisiológicos, entretanto alguns aspectos possui especial importância, no qual estão descritos logo a seguir:

1. Aferição do peso e altura
2. Medida da pressão arterial
3. Pesquisa por edema, com maior importância para edema em face, região sacral e membros inferiores.
4. Avaliação das mamas: realizar a avaliação das mamas (inspeção e palpação)
5. Avaliação ginecológica: realizar a inspeção e a coleta de citologia oncológica

Prescrição de Enfermagem

Orientações na primeira consulta:

- Explicar como o bebê se desenvolve no decorrer da gestação.
- Informar qual a Maternidade de referência para atendimentos emergenciais e partos.
- Informar sobre direitos e benefícios legais da gestante.
- Ofertar a realização imediata dos testes rápidos para Sífilis e HIV com aconselhamento prévio
- Aconselhar sobre o estilo de vida, incluindo cessação do fumo, do uso de drogas psicoativas e do consumo de álcool.
 - hábitos e higiene alimentar para reduzir o risco de infecções alimentares: atentar para condições e limpeza dos alimentos.
 - orientar dieta fracionada, alimentação com pouco carboidrato e rico

pela altura do fundo uterina, informação do início da movimentação do feto, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas.

em proteína, rica em fibras, evitar frituras e gorduras, aumentar ingestão hídrica, evitar café, álcool, fumo.

- motivar a não deitar antes de 2 horas após refeições e quando for repousar manter o tronco elevado em relação ao restante do corpo

- incentivar o aleitamento materno, ao parto normal.

- Fornecer informações sobre exames de rastreamento, incluindo riscos, benefícios e limitações dos testes recomendados.
- Orientar quanto a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto;
- Orientar quanto às alterações fisiológicas e medidas de alívio dos problemas mais comuns na gravidez (náuseas / vômitos em pouca quantidade, azia, flatulência/obstipação).
- Reforçar que intercorrências como ardor para urinar, febre, corrimento fétido e abundante, vômitos persistentes devem ser comunicados ao médico.
- Reforçar a importância de verificar a pressão arterial em caso de cefaleia para afastar hipertensão/pré-eclâmpsia e repousar em local com pouca luminosidade e barulho
- Orientar quanto a observação da extensão do edema especialmente se for a localização diferente dos membros inferiores.
- Motivar a realizar as caminhadas leves.
- Explicar forma de prevenir dor lombar corrigindo postura uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis, alongamentos.
- Orientar quanto aos cuidados com o RN.
- Garantir que toda gestante passe no mínimo por uma consulta odontológica, conforme a rotina da unidade de saúde, podendo ocorrer em qualquer momento da gestação, porém o período mais adequado para procedimentos odontológicos é o segundo trimestre.
- Realizar busca ativa de gestantes faltosas em consultas.
- Promover ações educativas individuais ou coletivas.
- Completar esquema vacinal, se necessário.
- Orientar quanto a identificação de sinais de alarme na gravidez e o

reconhecimento do trabalho de parto;

CONSULTAS SUBSEQUENTES

Exame Físico

Reavaliação dos 3 primeiros itens listados no exame físico na primeira consulta:

1. Aferir a pressão arterial visando a prevenção de danos de possíveis complicações (Pré-eclâmpsia).
2. Pesquisar edema (face, região sacral e membros inferiores).
3. Avaliar mamas através de inspeção e palpação, observando mamilos e orientando acerca do aleitamento materno e identificação de possíveis doenças malignas.
4. Realizar a coleta de colpo citologia oncótica (C.O.), podendo ser na primeira consulta ou nas subsequentes.
5. Auscultar batimentos fetais a partir da 16ª semana gestacional para avaliação da vitalidade fetal.
6. Realizar a palpação obstétrica (altura uterina) a partir de 12ª semana de gestação, avaliando compatibilidade do crescimento fetal.
 - **Até a 6ª semana:** não ocorre alteração do tamanho uterino;
 - **A partir da 8ª semana:** útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
 - **Na 10ª semana:** o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
 - **Na 12ª semana:** o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
 - **Na 16ª semana:** o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
 - **Na 20ª semana:** o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
 - **A partir da 20ª semana:** existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina¹⁰.

Orientações a partir do segundo trimestre de gravidez:

- Orientar a procurar a maternidade de referência em caso de contrações

¹⁰ Este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

uterinas regulares, frequentes (5/5 minutos) e persistentes (por 60-90 minutos) e/ou perda líquida abrupta.

- Reforçar que perda do tampão mucoso sugere apenas proximidade da data do parto, não sendo critério para ir à emergência.
- Estimular a amamentação, incluindo técnicas e boas práticas, como a importância do aleitamento na primeira hora de vida, do alojamento conjunto e da amamentação exclusiva até os 6 meses do bebê.
- Explicar os principais cuidados com o bebê, imunizações e realização do teste do pezinho, orelhinha preferencialmente até o quinto dia de vida.
- Motivar o autocuidado pós-natal com atenção para sintomas de depressão puerperal.

Intervenções de Enfermagem

Exames laboratoriais

1. Hemograma Completo – 1º consulta e no 3º trimestre
2. Tipagem sanguínea e fator RH – 1º consulta
3. Glicemia de jejum – 1º consulta e no 3º trimestre
4. Anti-HIV; - 1º consulta e no 3º trimestre.
5. VDRL – 1º consulta e no 3º trimestre
6. Toxoplasmose IgM e IgG – 1º consulta e no 3º trimestre novamente quando a gestante não for reagente no primeiro exame
7. Sorologia para hepatite B (HbsAg e AntiHbs)
8. Sorologia para Rubéola – 1º consulta e no 3º trimestre novamente quando a gestante não for reagente no primeiro exame
9. Exame de urina 1 e urocultura – 1º consulta e no 3º trimestre
10. Parasitológico de fezes – 1º consulta
11. Solicitar Coombs indireto se a mãe tiver fator RH negativo: o exame deverá ser solicitado no 2º trimestre e 3º trimestre.

Completar esquema vacinal¹¹

¹¹ **Vacinas contraindicadas:** As vacinas que contêm vírus vivo atenuado (sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela).

1. A gestante durante a gestação deverá ser imunizada com a vacina antitetânica, com a vacina para hepatite B e influenza, sendo a última disponível somente em alguns meses do ano, portanto poderá a gestante não ser imunizada quando estiver indisponível.
2. 3 doses de vacina para Hepatite B
3. 3 doses de vacina para DT ou DTP – deverá ser realizado reforço se a última dose tiver um intervalo maior que 5 anos.

Medicamentos autorizados a ser prescritos pelo Enfermeiro:

Ácido fólico

1. Suplementação deverá ser com 1 comprimido de 5mg por dia por no mínimo até 14 semanas da gestação.

Sulfato ferroso

2. Suplementação deverá ser com 1 comprimido de 40 mg por dia a partir da 20ª semana da gestação

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem¹²	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Náuseas e vômitos Pirose e azia	Náuseas / Vômito presente.		
Cefaleia	Dor aguda região cefálica		
Queixas urinárias	Infecção do trato urinário		

DIREITOS DA GESTANTE

- Acompanhante durante toda permanência na maternidade, inclusive durante o parto.
- Adequação das atividades durante a gestação quando houver necessidade
- Licença médica para comparecer às consultas e exames

¹² CIPE® versão 2011 - Português do Brasil

- Prioridade em filas/transporte públicos
- Alojamento conjunto na maternidade
- Laqueadura tendo mais de 25 anos ou 2 filhos somente depois do 42^a dia do parto
- Laqueadura durante o parto (maior que 25 anos ou 2 filhos) somente em situações em que a mulher apresentar problema grave de saúde ou tenha feito várias cesáreas
- Registro gratuito do filho em cartório
- Direito a creche para os filhos em empresas que tiverem pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos
- Estabilidade no emprego até 5 meses pós parto
- Licença maternidade de 120 dias após o nascimento do filho (em algumas situações 180 dias) Em caso de aborto direito a 2 semanas de repouso
- Dois descansos especiais de meia hora cada durante a jornada de trabalho para amamentação até filho completar 6 meses de idade
- Direitos do pai- acompanhar a gestante no pré natal e parto e 5 dias contínuos de licença logo após o nascimento do bebê.

Sistematização da Assistência de Enfermagem à Mulher no Puerpério

O puerpério é o período pós-parto onde podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo morte da mulher, provocadas por hemorragias e infecções.

Motivo este da importância da avaliação que deve ser realizada até 42 dias após o final da gestação, para avaliar a situação ginecológica, como também fornecer informações sobre planejamento familiar.

Porém a avaliação na 1ª semana pós-parto é fundamental tanto para mulher como para o recém-nascido devendo ser priorizada e incentivada.

Histórico de Enfermagem

Anamnese

- Verificar as condições da gestação (intercorrências como sífilis, hipertensão arterial, diabetes gestacional), atendimento ao parto e ao recém nascido (tipo de parto, hemorragias, convulsões, sensibilização Rh, dentre outros).
- Avaliar a alimentação e eliminação (alimentação / hidratação x aleitamento / obstipação intestinal).
- Fluxo sanguíneo (lóquios), queixas urinárias, febre (prevenir intercorrências).
- Questionar quanto ao uso de medicamentos.
- Avaliar o aleitamento materno (frequência, dificuldades, condições das mamas).
- Avaliar a condição psicoemocional (estado de humor, fadiga, desânimo, depressão).
- Questionar quanto a condição social (rede de ajuda, condições para necessidades básicas, etc.).
- Avaliar situação vacinal

Exame físico

- Verificar sinais vitais, atentando para hipertensão arterial que pode persistir no puerpério.
- Observar pele, mucosas, presença de edemas generalizados.
- Avaliar mamas, observando fissuras, ingurgitamento, vermelhidão.
- Palpar abdome, verificando a condição do útero e se há dor à palpação e cólica.

- Examinar períneo e genitais externos, ‘observando sinais de infecção, presença e características de lóquios.
- Examinar cicatriz (episiotomia / cesárea).
- Avaliar edema em membros inferiores.

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem ¹³	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Ingurgitamento mamário	Ingurgitamento mamário Amamentação prejudicada	Motivar a cuidar das mamas, reforçando orientações sobre aleitamento materno exclusivo (lembrar-se de situações onde está proibido a amamentação).	
Dor baixo ventre	Risco de complicação pós parto	Informar sinais de alerta para complicações pós parto (febre, hiperemia na cicatriz episio/cesárea/mama, ardor ao urinar).	

Prescrições Gerais

- Reforçar orientações sobre higiene, alimentação, atividade física.
- *Informar a respeito do retorno as atividades sexuais e prevenção de DST/Aids*
- Explicar sobre direitos da mulher (reprodutivos sociais e trabalhista)
- Motivar o autocuidado e do recém nascido
- Encaminhar para planejamento familiar
- Completar esquema vacinal (suscetíveis a rubéola vacinar, completar dupla adulto/ hepatite B se necessário).
- Manter suplementação de ferro até 3 meses pós parto, para mulheres sem anemia diagnosticada.
- Encerrar o SISPRENATAL

¹³ CIPE® versão 2011 - Português do Brasil

Medicamentos

Manter o Sulfato Ferroso (60 mg), 1 comprimido ao dia, até o 3º mês após o parto.

Para mães RH negativo: Imunoglobulina anti D - administrar até 72 horas pós parto¹⁴.

Exames de rotina e complementares

Somente se houver indicação clínica que justifique

¹⁴ Se a mulher tiver alta hospitalar sem que tenha sido administrada a medicação, esta poderá ser aplicada até 28 dias pós parto, sabendo-se que quanto mais tarde for aplicada menor será a efetividade.

Sistematização da Assistência de Enfermagem à Mulher no Climatério

A política voltada a ações de saúde para as mulheres no climatério foi incorporada em 2003 na área técnica da saúde da mulher.

Em estimativas do IBGE 2007, a população feminina brasileira totalizava mais de 98 milhões de mulheres, sendo que 32% na faixa etária em que ocorre o climatério. (não encontrei nenhum dado mais atual que 2007)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o Climatério como uma fase biológica e não como um estado patológico da mulher. É o período de transição entre a fase reprodutiva ou fértil e a não reprodutiva, e culturalmente relacionam este período com o envelhecimento.

A menopausa corresponde ao último ciclo menstrual, acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade e é reconhecido somente após 12 meses depois de ocorrido.

O climatério pode ser dividido em três fases distintas:

- 35 a 45 anos, caracterizado por irregularidades menstruais, episódios de hemorragia uterina disfuncional e Síndrome Pré-menstrual, queda significativa da fertilidade (necessária anticoncepção adequada). A maioria das irregularidades menstruais e hemorragias disfuncionais se corrigem com administração de progesterona. É nessa época que há um aumento na incidência de câncer de mama, sendo importante a intensificação das ações de prevenção.

- 45 a 55 anos, período no qual ocorre a menopausa das mulheres brasileiras, havendo maior incidência da síndrome climatérica (ondas de calor - fogachos -, a sudorese noturna e os sintomas próprios da atrofia urogenital (dispareunia, sensação de ressecamento vaginal, incontinência urinária, etc). A anticoncepção deverá ser mantida até que o diagnóstico de menopausa. Se não houver contraindicações, poderá ser instituída a terapia hormonal (TH).

- 55 a 65 anos, período no qual há o objetivo de aumentar a autonomia dos idosos, para uma vida saudável, e realizar ações de prevenção secundária do processo de envelhecimento, prevenção da osteoporose, das doenças cardiovasculares e do câncer de mama. Neste período a incidência de câncer de colo uterino diminui, podendo haver maior espaçamento na coleta de citologias.

É uma fase da vida que não deve ser considerada como doença, mas necessita de

acompanhamento visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce e o tratamento dos agravos em tempo oportuno e prevenção de danos.

Histórico de Enfermagem

Anamnese

- Avaliar queixas de fogachos, insônia, irritabilidade, mialgia, dispareunia, sintomas gênero urinários relacionados com a hipotrofia das mucosas, incontinência urinária.
- Investigar patologias concomitantes
- Vulnerabilidade para DSTs

Exame Físico

- Verificação da circunferência abdominal (risco para síndrome metabólica e risco cardiovascular)
- Alterações Osteo-Músculo-Articulares: artrose, algias articulares, fadiga muscular, diminuição da força muscular e alterações do tônus.
- Condição odontológica (dentição uso de próteses, lesões).

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Ansiedade	Fadiga caracterizada por comprometido libido.	Esclarecer sobre as alterações da menopausa e descrevê-lo como um período normal na vida de uma mulher; Estimular o autocuidado, colaborando para a melhora da auto estima.	
Fogachos	Termorregulação ineficaz caracterizado por flutuações na temperatura corporal acima ou abaixo dos parâmetros normais relacionado ao envelhecimento.	Orientar o uso adequado da reposição hormonal quando prescrito pelo médico;	

Medicamentos

Reforçar orientações das prescrições medicamentosas quando houver

Exames de rotina e complementares

- Exames laboratoriais para mulheres acima de 45 anos
- TSH TGO TGP TTG hemograma, colesterol total e frações.
- Papanicolau entre 50 -69 anos com intervalo no máximo de 2 anos
- Mamografia e ultrassonografia mamaria conforme diretrizes de rastreamento para o Ca mama
- Ultrassonografia transvaginal Vamos PEDIR estes em amarelo esta no manual do ministério
- Densitometria óssea

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Ministério da Saúde. Manual da Atenção Básica à mulher no climatério.2008

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama

O câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina, sendo no Brasil a quarta causa de morte entre as mulheres e de acordo com as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) serão cerca de 320.000 mil casos novos até o ano de 2015. No Brasil as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, sendo a neoplasia mais incidente em população feminina, tendo como risco estimado de 50 casos novos a cada 100 mil mulheres em 2012. A maior concentração está nas regiões sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), centro –oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na região Norte é o segundo tipo de câncer mais incidente, com 19 casos novos por cada 100 mil mulheres.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças. As linhas de cuidado são estratégias com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades, que implicam na organização de um conjunto de ações e serviços de saúde, estruturados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização para dar conta dos desafios atuais onde os quadros relativos a esses cânceres são de alta relevância epidemiológica e social.

As ações e prevenção do câncer de colo de útero se baseiam na coleta periódica de citologia oncótica e observações macroscópica nos exames ginecológicos.

Poderão ser submetidas às coletas de citologia oncótica todas as mulheres que já tenham iniciado atividade sexual, independente da idade¹⁵.

As faixas etárias a serem priorizadas são:

- Mulheres entre 25 e 59 anos de idade;
- Mulheres em atividade sexual que nunca realizaram CO.

A mamografia de rastreamento deve ser solicitada durante a consulta de enfermagem, e somente poderá ser realizada pelo enfermeiro quando ele estiver na condição de integrante da equipe de saúde, não tendo este a competência para indicar o exame de mamografia diagnóstica, ato destinado somente ao médico.

A população alvo é:

¹⁵ **Intervalo:** Inicialmente, o exame deve ser realizado a cada ano. Após duas citologias com resultado negativo consecutivas o exame pode ser feito a cada três anos.

- mulheres entre 50 a 69 anos: exame clínico de mamas anual e mamografia a cada dois anos
- Mulheres entre 40 a 49 anos: exame clínico de mamas anual e se o exame for alterado fazer mamografia

Histórico de Enfermagem

Anamnese

Exame físico

- Avaliar a cavidade bucal, mamas, abdome, identificar possíveis pintas ou manchas de características anormais sugestivas de câncer de pele,
- Palpação da Região Axilar: A mulher permanece sentada e apoia o braço do lado a ser examinado no ombro do examinador. Palpar toda a região axilar e atentar para achados anormais.
- Palpação da Região Supra e Intraventricular: Manter a usuária sentada. Palpar a região supra e intraventricular à procura de linfonodos palpáveis.
- Exame clínico das mamas: deve ser realizado pelo menos uma vez ao ano, por profissional capacitado principalmente em mulheres com idade superior a 35 anos, para detectar qualquer alteração mamária.
 - **Inspeção Estática:** Posicionar a mulher sentada, com o tronco desnudo com os braços levantados sobre a cabeça. Observar: simetria das mamas, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, saída espontânea de secreção e características da pele (ulcerações/ retrações). Diferenças na cor, temperatura, textura e padrão de circulação venosa.
 - **Inspeção Dinâmica:** Manter a posição da inspeção estática e solicitar a elevação dos braços em direção à cabeça. Após, solicitar que a mulher coloque as mãos atrás da nuca e faça movimentos de abrir e fechar os braços. Observar: presença de retrações ou exacerbações assimétricas.
- Palpação das Mamas: Pedir para a usuária deitar em decúbito dorsal e colocar as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, da base da

mama para a papila, incluindo o prolongamento axilar. Observar a presença ou ausência de nódulo, endurecimento, tamanho, forma, consistência, localização e mobilidade.

- **Manobra de Expressão Papilar:** É realizada após a palpação da mama, com a mulher deitada. Observar presença de fluxo papilar se é unilateral ou bilateral, único ducto ou vários, aspecto sanguinolento ou não.
- Solicitar a usuária que fique em posição ginecológica, cobrindo-lhe os membros inferiores para menor exposição. Providenciar uma boa iluminação para coleta do material.
- **Inspeção da Região Vulvar:** Prepúcio do clitóris; clitóris; meato uretral; lábio maior; orifício vaginal; fossa navicular, fúrcula e lábio menor. Observar presença de lesões cutâneas da região ano-vulvar como pediculose, intertrigo, eritema, eczemas das pregas gênitocrurais (prurido); presença de lesões verrugosas (condiloma), lesões atróficas acentuadas, processos inflamatórios reacionais difusos; distribuição dos pelos e do tecido adiposo, presença de ulcerações de várias naturezas, presença de hipertrofia do clitóris. Observar o meato uretral em busca de anomalias de desenvolvimento, presença de secreções; o orifício vaginal em busca de secreções, presença de prolapso dos órgãos genitais internos; e a presença de abscessos da glândula de Bartholin.
- **Exame especular:** Observar no colo do útero: Cor, lacerações, úlceras e neoformações. No orifício cervical: Tamanho, forma, cor e presença de secreções e/ou pólipos. A parede vaginal deve ser observada durante a retirada do espécuro.

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Alteração da pele na mama;	Integridade da pele mamária alterada;	Providenciar solicitação de exames complementares de acordo com resultado de exame físico;	
Sangramento vaginal;	Integridade da mucosa vaginal alterada;	Explicar sobre a importância do exame de Papanicolau e sua periodicidade.	

Medicamentos

Em acordo com Fluxogramas de Atendimento (ver anexo de medicação em Abordagem Síndrômica).

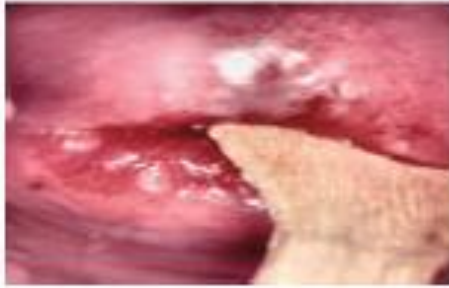
Exames de rotina e complementares

- Mamografia de rastreamento para mulheres de baixo risco que deve ser realizado anualmente durante as consultas, independente da faixa etária e deve ser solicitado na faixa etária entre 50 a 69 anos, com intervalo de dois anos entre os exames;
- Mamografia de rastreamento para mulheres com risco elevado para mulheres à partir dos 40 anos, com intervalo de um ano entre os exames; mulheres com parentesco de 1º grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama na pré-menopausa ou câncer de mama bilateral ou de ovário; parente de primeiro grau com câncer de mama masculina, mulher com biópsia de mama com Hiperplasia Atípica ou Carcinoma Lobular “in situ”;
- Sorologias: Sífilis, HIV, Hepatites B e Urina I e protoparasitológico se houver queixa;
- TRG (teste rápido de gravidez) se houver atraso menstrual.

ANEXO: Técnica de Coleta de Papanicolau

O exame deverá ser colhido da ectocérvice através de espátula de Ayres e endocervical com uma escova própria, colocando o material colhido em uma lâmina. O material da ectocérvice deve ser aplicado na lâmina no sentido transversal e o da endocérvice na segunda metade no sentido longitudinal. O fixador deve ser aplicado imediatamente. O teste Shiller consiste na aplicação de solução lugol e inspeção imediata a olho nu para verificar existência de áreas iodo negativas, conforme descrito no POP 18 do (Manual de Procedimentos Operacionais Padrão, SMS Campinas, 2014).

Figura 7 – Coleta ectocervical



Fonte: (INCA, 2002).

Reserve a espátula para colocação do material na lâmina apenas após a coleta endocervical.

- Para coleta na endocérvice, utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.

Figura 8 – Coleta endocervical



Fonte: (INCA, 2002).

- Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

Fonte: Caderno da Atenção Básica, nº 13 de 2013.

Situações Especiais:

- **Mulher Grávida:** Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. A coleta deve ser feita com a espátula de Ayres e não usar escova para coleta endocervical. A coleta deve ser realizada por enfermeiros e/ou médicos.
- **Mulher com transtornos mentais ou adolescentes:** Solicitar a presença de um membro da família.
- **Mulheres virgens:** A coleta em virgens não deve ser prioridade na coleta de rotina. Se houver presença de condilomatose na genitália externa, principalmente

vulvar e anal, é um indicativo da necessidade de realização do exame do colo, devendo ser realizado pelo médico.

- **Mulheres submetidas a histerectomia:** Histerectomia total: recomenda-se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal apenas quando houver lesões ou controle de lesões anteriores neoplásicas de colo. Histerectomia subtotal: rotina normal.

Referências Bibliográficas

Cadernos da Atenção Básica nº 32: Pré-Natal de Baixo Risco, 2012.

BRASIL. Caderno da Atenção Básica nº 13. Prevenção Câncer de Colo de Útero e de mamas, 2013.

Manual RJ

CAMPINAS, (SP). Diretrizes Básicas Saúde Mulher, 2011.

SÃO PAULO. Manual Técnica do Pré-Natal e puerpério. Secretaria do Estado de São Paulo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), 2006.

CAMPINAS (SP). Manual de Procedimentos Operacionais Padrão, SMS Campinas, 2014.

Sistematização da Assistência de Enfermagem à Abordagem Sindrômica as DSTs

O tratamento sindrômico é uma estratégia baseada em evidências. O objetivo desse atendimento é prover, em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. Não há impedimento para que exames laboratoriais sejam colhidos ou oferecidos. A conduta, no entanto, não deverá depender de demorados processos de realização e/ou interpretação dos exames.

O enfermeiro deverá passar por capacitação na abordagem sindrômica e aconselhamento, fornecido pelo CRDST/AIDS, estando habilitado a determinar um diagnóstico sindrômico, implementar o tratamento imediato, realizar aconselhamento à estimular a adesão ao tratamento, a redução de riscos, busca, orientação e tratamento de parceiros, promoção de incentivo ao uso de preservativos, sendo um transmissor constante de informação para a população geral e das atividades educativas que priorizem: a percepção de risco, as mudanças no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo. Além do aconselhamento aos já portadores de DSTs e seus parceiros visando reduzir as complicações e prevenindo a ocorrência de novos episódios.

As principais características da abordagem sindrômica são:

- 2-** Classificar os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causados;
- 3-** Utilizar fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- 4-** Indicar o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome;
- 5-** Incluir a atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução

de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos;

6- Incluir a oferta da sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV.

7- Identificação das Síndromes:

8- Uma síndrome é constituída por um grupo de sintomas referidos pelo paciente e sinais que podem ser observados durante o exame. A tabela seguinte explica os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns:

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns
Corrimento Vaginal	Corrimento vaginal Prurido Dor à micção Dor durante relação sexual Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva Corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa: Tricomoniase Vaginose Bacteriana Candidíase Cervicite: 12. Gonorreia 13. Infecção por Clamídia
Corrimento Uretral	Corrimento uretral Prurido Estrangúria Polaciúria Odor fétido	Úlcera genital Aumento de linfonodos inguinais	Sífilis Cancro Mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou dor pélvica na mulher	Dor ou desconforto pélvico Dor durante a relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor a mobilização do colo Temperatura > 37,5°C	Gonorréia Infecção por clamídia Infecção por germes Anaeróbios

Histórico de Enfermagem

Anamnese

Exame físico

- Observar pele, particularmente a palma das mãos, plantas dos pés; mucosas orofaríngea e dos genitais e palpar os gânglios de todos os segmentos corporais (cabeça, tronco e membros).
- Observar lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto relevo, hiperêmica,

hipercrômica, circular, irregular, circinada etc.), no abdômen, dorso, couro cabeludo, e principalmente, na região perineal, deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão.

○ Atentar para doenças como sífilis, gonorreia que podem apresentar formas diferentes da enfermidade abrangendo regiões não-genitais (ex.: faringite, osteoartrite, conjuntivite, peri-hepatite etc.). O eritema multiforme e a cefaleia podem acompanhar o linfo granuloma venéreo

Levantamento de problemas	Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem	Responsável
Autonegligência	Negligência	Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento, e da busca do parceiro para diagnóstico e/ou tratamento, uma vez que desta forma se evita as reinfecções. Verificar capacidade de compreensão do indivíduo para receber orientações necessárias	
Imunização incompleta	Conhecimento deficiente	Orientar sobre medidas de prevenção e algumas restrições durante o período de tratamento	

Medicamentos

Em acordo com Fluxogramas de Atendimento (ANEXO)

Exames de rotina e complementares

Teste Rápido para HIV, Sífilis, Hepatite C.

Sorologias para HIV

West Blott

VDRL para Sífilis

Sorologia para Hepatite B

Sorologia para Hepatite C

Citologia oncótica

BIBLIOGRAFIA

Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª edição revista. Brasília, 2010

Doenças sexualmente transmissíveis: Manual de bolso, 2ª ed. Brasília, 2006.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 317/2007: Dispõe sobre a Regulamentação do Enfermeiro na Consulta, Prescrição de Medicamentos e Requisição de Exames. Acessado em 14/07/2014, no <http://www.portalcofen.gov.br>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). ANVISA reconhece a atribuição do enfermeiro sobre a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, conforme a Lei nº 7498/86. Acessado em 27/07/2014, no http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/cofen_Oficio.PDF.

ABORDAGEM SINDRÔMICA

1 – Herpes

Aciclovir 200 mg/cp – 2 cp VO – 8/8 hs

Primeira infecção – 7 a 10 dias\Recorrências – 5 a 7 dias

Tratamento tópico – como coadjuvante – antibióticos para profilaxia de infecções

2- Sífilis e Cancro Mole

1ª Opção: penicilina Benzatina 1.200.000 UI – 2 amp IM (uma em cada glúteo) e Azitromicina 500 mg/cp – 2 cp VO- dose única

2ª Opção: Penicilina Benzatina 1.200.000 UI – 2 amp. IM (uma em cada glúteo)

Ciprofloxacina 500 mg/cp – 1 cp VO – 12/12 h – por 3 dias (contraindicado em gestantes, nutrizes e menores de 12 anos).

Em caso de alergia às penicilinas: Eritromicina (estearato) 500 mg/cp – 1 cp VO – 6/6 h – por 15 dias.

Pacientes portadores de HIV/Aids: Encaminhar para coleta de Líquor.

3. Donovanose

1ª Opção: Doxiciclina 100mg – 1 cp VO - 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas);

2ª Opção: Sulfametoxazol/Trimetoprim (400 mg + 80 mg), VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas).

Diagnósticos de Enfermagem

NANDA

Conhecimento deficiente
Sistema de apoio inadequados
Funções prejudicadas
Déficit de apoio social, conhecimento.
Déficit no autocuidado para higiene íntima
Disposição para aumento do autocuidado
Disposição para autocuidado melhorado
Negligência
Conhecimento deficiente
Disposição para conhecimento aumentado
Risco de dignidade humana comprometida
Sentimento de impotência
Risco de sentimento de impotência
Disposição para poder de decisão aumentado
Baixa autoestima
Risco de baixa autoestima situacional
Risco de vínculo prejudicado
Ansiedade
Medo
Síndrome de Stresse por mudança
Risco de síndrome por estresse por mudança
Comportamento de saúde propenso a risco
Disposição para enfrentamento aumentado
Disposição para enfrentamento familiar aumentado
Enfrentamento familiar comprometido
Risco de infecção

CIPESC

Distúrbio do autocuidado
Insegurança
Medo

Ansiedade
Culpa
vergonha
Falta de adesão
Negação de problema de saúde
Falta de conhecimento
Atividade de cuidado a saúde
Regime terapêutico prescrito
Precaução de segurança
Negação do problema de saúde

Prescrição de Enfermagem

Elaborar precocemente um plano assistencial.

Verificar capacidade de compreensão do indivíduo para receber orientações necessárias

Realizar aconselhamento em DST e Aids

Orientar quanto a medicação e interações medicamentosas

Orientar sobre janela epidemiológica

Tratar comunicantes sexual

Ensinar medidas de segurança (métodos contraceptivos,

Providenciar consulta médica para a usuária quando necessário

Avaliar resultados de exames

Coletar Papanicolau

Realizar teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatite B e C.

Solicitar e coletar exames preconizados

Planejar medidas de prevenção junto a comunidade por meio de ações educativas, dinâmica de grupo (entre outras).

Explicar sobre hábitos de saúde

Motivar e elogiar indivíduo quanto aos hábitos de saúde

Incentivar o cliente em relação ao próprio corpo, visando o reconhecimento prévio das anormalidades e o autocuidado.

Promover, orientar utilização e disponibilizar preservativos.

Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento, e da busca do parceiro para diagnóstico e/ou tratamento, uma vez que desta forma se evita as

reinfecções.

Orientar sobre medidas de prevenção e algumas restrições durante o período de tratamento

Oferecer os exames para a detecção de outras doenças transmissíveis como Anti HIV, hepatite B e C, VDRL e fazer oferta de vacina contra hepatite B.

Incentivar o autocuidado apoiado

Providenciar retorno de enfermagem ao usuário para resultado de exames

Evolução

Espera que o enfermeiro utilize das ferramentas primordiais para assegurar a qualidade da assistência prestada, garantindo ao enfermeiro e à instituição o respaldo ético-legal, promovendo uma maior autonomia nas suas ações, além de promover um maior vínculo entre o enfermeiro e usuário, favorecendo o autocuidado.

Tabela 6.1 – Avaliação do estado nutricional (EN) da gestante acima de 19 anos, segundo índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso IMC <	Adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC >
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
10	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
11	20,3	20,4 – 25,3	25,4 – 30,3	30,4
12	20,4	20,5 – 25,4	25,5 – 30,3	30,4
13	20,6	20,7 – 25,6	25,7 – 30,4	30,5
14	20,7	20,8 – 25,7	25,8 – 30,5	30,6
15	20,8	20,9 – 25,8	25,9 – 30,6	30,7
16	21,0	21,1 – 25,9	26,0 – 30,7	30,8
17	21,1	21,2 – 26,0	26,1 – 30,8	30,9
18	21,2	21,3 – 26,1	26,2 – 30,9	31,0
19	21,4	21,5 – 26,2	26,3 – 30,9	31,0
20	21,5	21,6 – 26,3	26,4 – 31,0	31,1
21	21,7	21,8 – 26,4	26,5 – 31,1	31,2
22	21,8	21,9 – 26,6	26,7 – 31,2	31,3
23	22,0	22,1 – 26,8	26,9 – 31,3	31,4
24	22,2	22,3 – 26,9	27,0 – 31,5	31,6
25	22,4	22,5 – 27,0	27,1 – 31,6	31,7
26	22,6	22,7 – 27,2	27,3 – 31,7	31,8
27	22,7	22,8 – 27,3	27,4 – 31,8	31,9
28	22,9	23,0 – 27,5	27,6 – 31,9	32,0
29	23,1	23,2 – 27,6	27,7 – 32,0	32,1
30	23,3	23,4 – 27,8	27,9 – 32,1	32,2
31	23,4	23,5 – 27,9	28,0 – 32,2	32,3
32	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4
33	23,8	23,9 – 28,1	28,2 – 32,4	32,5
34	23,9	24,0 – 28,3	28,4 – 32,5	32,6
35	24,1	24,2 – 28,4	28,5 – 32,6	32,7
36	24,2	24,3 – 28,5	28,6 – 32,7	32,8
37	24,4	24,5 – 28,7	28,8 – 32,8	32,9
38	24,5	24,6 – 28,8	28,9 – 32,9	33,0
39	24,7	24,8 – 28,9	29,0 – 33,0	33,1
40	24,9	25,0 – 29,1	29,2 – 33,1	33,2
41	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3
42	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3

Fonte: Atalah et al., 1997

1) Calcule o IMC por meio da fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

Uma das limitações para a utilização do IMC durante a gestação é que não existe ainda uma curva de referência brasileira de valores de IMC por idade gestacional. Enquanto essa situação permanece, o recomendado é utilizar a curva de Atalah (Atalah et al., 1997), que foi construída para a população de gestantes do Chile. Por essa tabela, uma gestante com IMC < 20 no 1º trimestre tem baixo peso, com IMC > 25 tem sobrepeso e com IMC > 30 é obesa.

2) Realize o diagnóstico nutricional, utilizando a Tabela 6.1:

A) Calcule a idade gestacional. Quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias, considere o número de semanas completas; e 4, 5, 6 dias, considere a semana seguinte, conforme os exemplos a seguir:

- Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas
- Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

B) Localize, na primeira coluna da Tabela 6.1, a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante, calculado conforme descrito no item 1.

ANEXO

IMC - na 1ª consulta deve ser calculado a partir do peso pré gestacional

Avaliação nutricional por trimestre segundo índice de massa corporal (IMC) para gestantes acima de 19 anos				
Idade gestacional	Baixo peso	Adequado	Sobrepeso	Obesidade
1º trimestre	< 19,9	20,0 – 25,4	25,5 – 30,3	> 30,3
2º trimestre	< 20,6	20,7- 26,9	27,0 – 31,5	> 31,5
3º trimestre	< 22,4	22,5 -29,2	29,3 -33,2	> 33,3

