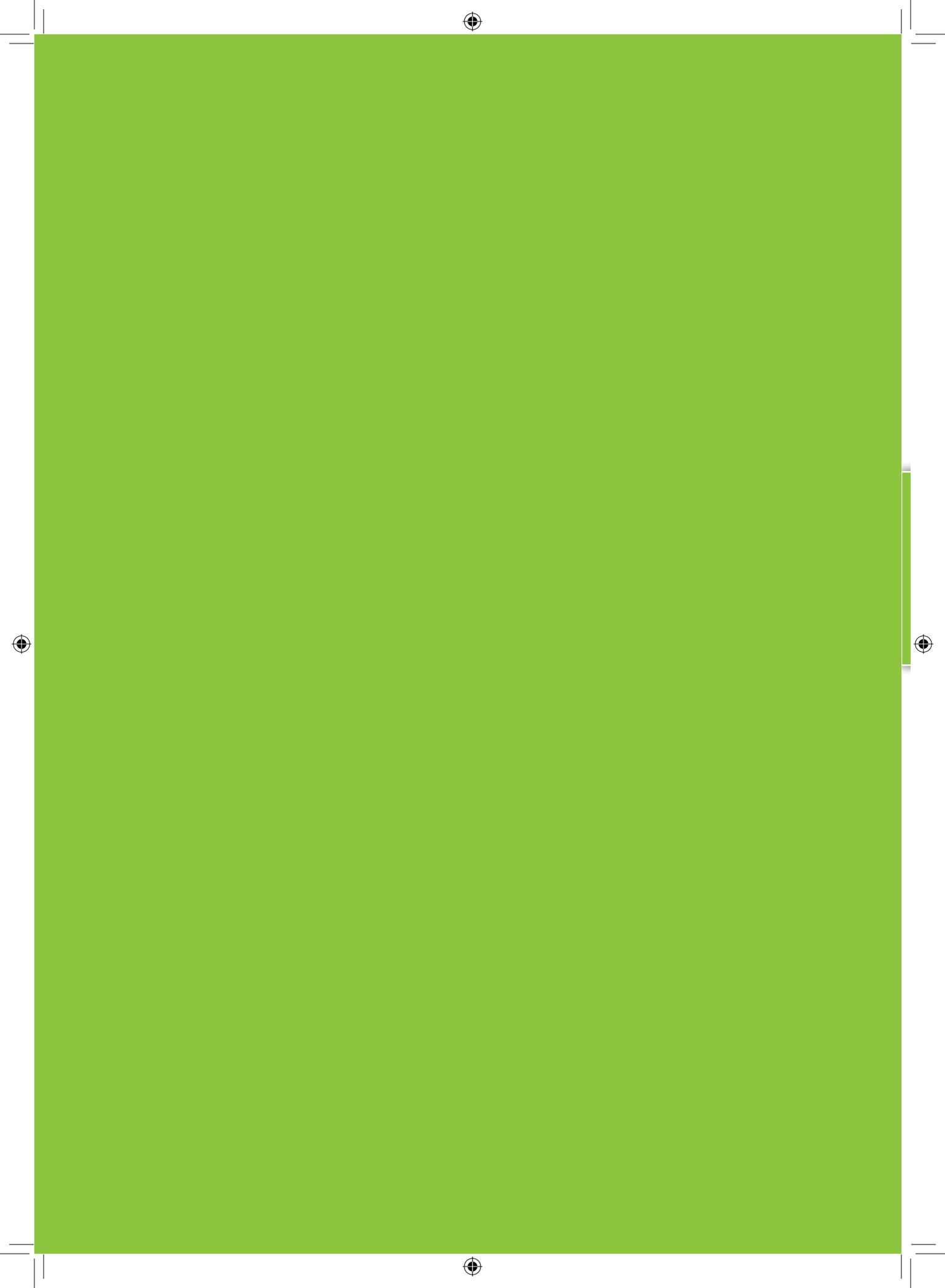


CADERNOS DO DEPEN
DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DO PARANÁ

ESCOLA PENITENCIÁRIA

Práticas e Orientações Técnicas da Área da Saúde nas Unidades Penais do Paraná





CADERNOS DO DEPEN
DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DO PARANÁ

ESCOLA PENITENCIÁRIA

**Práticas e Orientações Técnicas
da Área da Saúde nas
Unidades Penais do Paraná**

CURITIBA
2011

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

CARLOS ALBERTO RICHIA
Governador do Estado do Paraná

MARIA TEREZA UILLE GOMES
Secretária de Estado da Justiça e da Cidadania

CEZINANDO VIEIRA PAREDES
Diretor Geral do Departamento Penitenciário do Paraná

SÔNIA MONCLARO VIRMOND
Diretora da Escola Penitenciária do Paraná



APOIO



ELABORAÇÃO

Ângela Ruppel
Ariadne Araujo
Carmen Muller
Maria Lígia Franco Guedes
Vanessa Cristina Neves Fabrini

COLABORAÇÃO e SUPERVISÃO

Carlos Alberto Peixoto Baptista
Diretor Clínico do Complexo Médico Penal do Paraná
Servidores do Sistema Penitenciário do Estado do Paraná

REVISÃO

Sônia Monclaro Virmond

Capa

Ilustração de Lionel Andeler

Projeto Gráfico / Diagramação

Sintática Comunicação

Impressão

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dados internacionais de catalogação na publicação
Bibliotecária responsável: Mara Rejane Vicente Teixeira

Práticas e orientações técnicas da área da saúde nas
unidades penais do Paraná / organizadoras
Ângela Ruppel ... [et al.]. - Curitiba, PR :
Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania,
2011.

128 p. ; 21 cm. - (Cadernos do Departamento
Penitenciário do Paraná)

1. Prisões – Paraná. 2. Prisioneiros – Cuidados
médicos – Paraná. I. Ruppel, Ângela.

CDD (22ª ed.)
365.98162



A PALAVRA DA SECRETÁRIA



O sistema penal paranaense enfrenta o maior desafio de sua história: manter cerca de trinta mil homens e mulheres sob sua custódia, num ambiente humanizado, sob o cumprimento estrito do que prevê a Lei de Execução Penal e, mais importante, devolvendo-os ao convívio social com alguma perspectiva de reinclusão socioeconômica.

Para atingir esses objetivos, os caminhos a serem trilhados são árduos, mas alguns passos importantes já foram dados. No que se refere especificamente ao sistema penitenciário, com cerca de quinze mil presos, entre provisórios e condenados, pode-se dizer que as unidades penais, de modo geral, possuem uma estrutura física condizente, embora careçam de mais programas voltados à reinserção social. O grande problema, no entanto, concentra-se no mesmo número de presos que se encontram em condições precárias nas cadeias públicas e deverão, ao longo dos próximos anos, migrar para o sistema penitenciário estadual.

Dessa forma, a perspectiva é que, no quadriênio 2011-2014, o sistema penitenciário praticamente dobre a sua capacidade de atendimento, construindo, reformando, ampliando unidades penais, contratando pessoal, entre outras tantas ações. Para absorver esse número de pessoas e, ao mesmo tempo, dar um salto de qualidade no atual sistema de gestão, coloca-se, como imperativa, a necessidade de se proceder a um alinhamento conceitual e à padronização de procedimentos em todas as áreas de atuação, incluindo-se aí o Departamento Penitenciário e as unidades penais.

O que ora se torna disponível é, pois, a sistematização das práticas realizadas no sistema penitenciário, nas áreas de segurança, tratamento penal, saúde e gestão administrativa. Tal material, que se apresenta sob a forma de cadernos, foi elaborado por grupos de servidores, responsáveis pelas áreas em questão ou por operadores do sistema penitenciário.

A partir da publicação dos cadernos do DEPEN, os procedimentos ali expostos e sistematizados serão implantados e monitorados, tendo-se, como horizonte, a unidade, a melhoria e o funcionamento em rede do sistema penitenciário paranaense, e visando cumprir, de forma plena, o princípio da dignidade da pessoa humana.

MARIA TEREZA UILLE GOMES
SECRETÁRIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E DA CIDADANIA



APRESENTAÇÃO



Nestes últimos oito anos, não seria exagero afirmar que o atendimento técnico na área de saúde foi o que, proporcionalmente, mais cresceu no sistema penitenciário paranaense. Foram contratados, por meio de concurso público, várias categorias de profissionais, entre médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Apesar disto, ainda não foi possível compor as equipes de saúde tal como preconiza o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário e, no âmbito estadual, o Plano Operativo Estadual de Ação Integral da População Prisional, cujos objetivos, além de proporcionar atendimento básico pela rede do SUS, são o de prevenir e diminuir as doenças infecto-contagiosas que acometem parte da população carcerária.

Este caderno, que normatiza e sistematiza procedimentos de saúde no interior das unidades penais, pretende servir de base para alcançar um padrão de qualidade nas ações de saúde, no que diz respeito à organização, planejamento, execução e monitoramento.

Sabe-se que este é um primeiro passo. Não basta definir procedimentos, nem que eles sejam escritos, publicados e distribuídos, sem que se crie uma cultura de observância estrita às normas, aliada a um constante monitoramento, com o objetivo de reorientar e corrigir os padrões operacionais.

Espera-se que o material ora disponível seja útil e auxilie efetivamente a realização de um trabalho em rede na área da saúde.

Sônia Monclaro Virmond
DIRETORA DA ESCOLA PENITENCIÁRIA



SUMÁRIO



INTRODUÇÃO	14
I - DA DIREÇÃO CLÍNICA DO COMPLEXO MÉDICO PENAL	17
II - DAS ATRIBUIÇÕES DA DIREÇÃO CLÍNICA DO CMP	18
III - DAS ATRIBUIÇÕES DOS SERVIDORES QUE COMPÕEM OS SETORES DE SAÚDE - SSA ..	23
1. Atribuições da equipe de enfermagem	23
1.1. Enfermeiro	23
1.2. Técnico de enfermagem	24
1.3. Auxiliar de enfermagem	24
2. Atribuições do dentista	25
2.1. Atribuições do TSB (Técnico em Saúde Bucal) ou THD (Técnico de Higiene Dental)	25
2.2. Atribuições específicas do ACD (Atendente de Consultório Dentário)	26
3. Atribuições do farmacêutico	26
4. Atribuições específicas do médico	27
5. Atribuições do fisioterapeuta	28
6. Atribuições do terapeuta ocupacional	29
IV - NORMAS E ROTINAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – ÁREA DE ENFERMAGEM	30
1. Precauções-padrão	30
2. Administração de medicações	35
3. Coleta de Exames	38
4. Curativos	41
5. Organização do processo de trabalho no atendimento de urgência e emergência nas unidades penais	43
6. Parada cardíaca – parada respiratória - reanimação cardiopulmonar (rcp)	43
7. Primeiros socorros	47
8. Fraturas	48
9. Contusão	54
10. Distensão muscular	54
11. Luxações	55
12. Entorses	55
13. Fratura de crânio	56
14. Escala de Glasgow	57
15. Asfixia	58
16. Convulsões	59
17. Desmaio	59
18. Crise epiléptica	60

19. Queimadura	61
20. Choque elétrico	63
21. Hemorragias	64
22. Acidente loxoscélico (picada de aranha marrom)	66
V - PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS, CLÍNICOS E A ORGANIZAÇÃO DOS SETORES DE SAÚDE	71
1. Procedimentos administrativos	71
1.1. Triage e consulta de enfermagem	71
1.2. Escoltas externas	73
1.3. Cadeirantes	74
1.4. Fluxo de referência e contra-referência para média e alta complexidade	74
1.5. Prontuário de saúde penal	74
2. Procedimentos Clínicos	75
2.1. Óbito	75
3. A organização dos setores de saúde	75
3.1. Estrutura físico-funcional dos serviços de saúde	75
3.2. Rotina para separação do resíduo hospitalar	82
VI - DOENÇAS MAIS COMUNS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO	85
1. Tuberculose	85
1.1. Modo de transmissão	85
1.2. Métodos diagnósticos	86
1.3. Definição de caso de tuberculose	86
1.4. Tuberculose pulmonar negativa	86
1.5. Tuberculose extrapulmonar	86
1.6. Tratamento	87
2. Hanseníase	87
2.1. Conduta mediante um caso suspeito	87
2.2. Tratamento	88
2.3. Condições de alta	88
VII - DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DSTs)	89
1. Principais DSTs	89
2. Esquemas de tratamento das DSTs (adaptado do protocolo do MS)	91
3. Síndrome da imunodeficiência adquirida aids/ hiv	93
VII - DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS	94
1. hipertensão arterial	94
1.1. Classificação diagnóstica da HAS em maiores de 18 anos de idade	94
2. Diabetes mellitus	95
2.1. Classificação do diabetes	95
2.1.1. Diabetes tipo 1 (diabetes insulino-dependente)	96
2.1.2. Diabetes tipo 2 (diabetes não-insulino-dependente)	96
2.1.3. Diabetes gestacional	96
2.2. Fatores de risco	96
2.3. Prevenção	97
2.4. Diagnóstico	97

2.5. Exames laboratoriais	97
2.6. Critérios para o diagnóstico de diabetes	98
2.7. Plano terapêutico	99
2.7.1. Diabetes Tipo 1	99
2.7.2. Diabetes Tipo 2	99
2.8. Tratamento farmacológico no diabetes tipo 2	99
2.9. Manejo nas complicações do Diabetes tipo 2	100
2.9.1. Cetoacidose	100
2.10. Manejo nas complicações do Diabetes tipo 1	100
2.10.1. Avaliação e tratamento da descompensação aguda do diabetes tipo 1	101
2.10.2. Hipoglicemia	101
2.10.2.1. Instruções para tratamento da hipoglicemia	102
2.11. Complicações crônicas do diabetes tipo 2	102
IX - HEPATITES VIRAIS	103
1. Características clínicas e epidemiológicas	103
1.1. Descrição	103
1.2. Agente etiológico	103
1.3. Modo de transmissão	103
1.4. Período de incubação e transmissibilidade:	104
1.5. Aspectos clínicos e laboratoriais	106
1.5.1. Manifestações clínicas	106
1.5.2. Fase aguda (hepatite aguda)	106
1.5.3. Fase crônica (hepatite crônica)	107
1.5.4. Hepatite fulminante	107
1.6. Diagnóstico laboratorial	108
1.6.1. Exames inespecíficos	108
1.6.2. Provas específicas	108
1.7. Tratamento	108
1.8. Imunização	109
X - LEPTOSPIROSE	110
1. Descrição	110
2. Modo de transmissão	110
3. Período de incubação	110
4. Manifestações clínicas	111
5. Diagnóstico laboratorial	113
6. Tratamento	114
XI - DOENÇA DIARREICA AGUDA (DDA)	115
1. Modo de transmissão	115
2. Modo de prevenção	115
3. Sinais e sintomas	116
4. Etiologia	116
4.1. Infeciosa	116
4.2. Não infecciosa	116
5. Tratamento	117
Anexo I – Manual do serviço de orientação e aconselhamento para sorologia anti-HIV (SOA)	118



INTRODUÇÃO

A questão da atenção à saúde da população penitenciária tem sido tratada, ao longo dos anos, de uma forma reducionista: de modo geral, as ações de saúde limitam-se a dar assistência apenas aos casos que chegam ao setor de saúde e ainda, muitas vezes, esses casos não possuem um fluxo de encaminhamento facilitado à rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal realidade vem mudando, gradativamente, no Estado do Paraná, por meio de esforços realizados pelas equipes multidisciplinares da área de saúde que, ao criar novos procedimentos, visam à qualidade no atendimento prestado à população penitenciária.

Com base legal na portaria interministerial nº1777, de 09 de setembro de 2003, estabelecida entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça (MJ), cujo objetivo é organizar o acesso da população penitenciária ao SUS, conforme os princípios estabelecidos na lei 8080/1990, criou-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Esse Plano garante o acesso dessa população às ações e aos serviços de Atenção Básica em Saúde nas unidades penais, bem como o acesso aos demais níveis de atenção à saúde caso haja necessidade, tais como consultas, exames e internamento hospitalar.

As diretrizes descritas no Plano, que apontam para a importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, que viabilizem uma atenção integral à saúde e de prevenção de doenças nas unidades penais, deve-se aos inúmeros fatores de risco aos quais grande parte dessa população está exposta. Apesar da falta de estudos científicos que revelem o perfil epidemiológico da população prisional brasileira, estima-se que ocorra um número considerável de casos de DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, hipertensão arterial e *diabetes mellitus*.

Em razão desse cenário, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) criou o Plano Operativo Estadual de Ação Integral da População Prisional, cujo objetivo principal é o de contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde,

com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população prisional.

O material que ora se apresenta complementa, de certa forma, a implementação do PNSSP, à medida que ele organiza, padroniza e normatiza os procedimentos e ações de saúde que devem ser oferecidos à população penitenciária.

O próximo passo é reestruturar e adequar os serviços de saúde das unidades penais, buscando-se um formato adequado à realidade, para orientar, detalhadamente, cada uma das ações e das decisões que devem ser tomadas pelos profissionais de saúde durante a execução de suas atividades, as quais deverão estar devidamente respaldadas junto aos Conselhos Regionais e à Vigilância Sanitária.

OBJETIVOS

Este manual tem como propósito criar um instrumento de consulta e apoio a todos os profissionais de saúde definindo e padronizando os procedimentos técnico-operacionais a serem executados. Desta forma pretende-se integrar as equipes de saúde de todas as UP que até o momento agiam de forma isolada e sem respaldo técnico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Baseado na proposta estabelecida no PNSSP e nos princípios do SUS, este caderno tem como objetivo fornecer subsídios técnicos para que os profissionais da área de saúde possam:

- Identificar as atividades mínimas que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de cada área técnica e seus respectivos desempenhos.
- Realizar avaliação do estado de saúde para detectar problemas e executar as ações necessárias a cada caso.
- Realizar ações preventivas e curativas.
- Realizar ações de vigilância a saúde para prevenção e controle de doenças.
- Realizar a previsão e pedido de medicamentos, insumos, equipamentos hospitalares, junto à divisão de medicamentos do Sistema Penitenciário (DI-MESP).
- Realizar os atendimentos prioritários de atenção básica na unidade e providenciar os encaminhamentos à rede SUS conforme pacto previamente estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com o Complexo Médico Penal do Paraná (CMP).

RESULTADOS ESPERADOS

- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde, facilitando o acesso da população penitenciária aos serviços de saúde.
- Possibilitar o acesso aos serviços de prevenção, recuperação e promoção à saúde.
- Racionalizar e aperfeiçoar o processo de trabalho da equipe de saúde por meio de uma infraestrutura mínima de recursos humanos e materiais.
- Valorizar o trabalho da equipe de saúde.
- Humanizar o atendimento prestado.

I – DA DIREÇÃO CLÍNICA DO COMPLEXO MÉDICO PENAL



A Direção Clínica do Complexo Médico Penal, além de gerenciar o Hospital Penitenciário tem a finalidade de definir, em conjunto com o DEPEN, as políticas de saúde no Sistema Penitenciário. Além disso, cabe a ela planejar, coordenar, supervisionar e avaliar todas as atividades direta ou indiretamente relacionadas à saúde preso, responsabilizando-se pela gestão e regulação dos serviços próprios e conveniados e monitorando doenças e agravos de interesse epidemiológico.



II – DAS ATRIBUIÇÕES DA DIREÇÃO CLÍNICA DO CMP

A Direção Clínica do CMP é responsável pela garantia de medidas de assistência à saúde dos presos do Sistema Penitenciário do Paraná de caráter preventivo, curativo, compreendendo ações médicas, de enfermagem, farmacêuticas, odontológicas e outras afins.

No que se refere à gestão dos serviços de saúde nas unidades penais, essa Direção é responsável pelas atividades abaixo descritas:

• **Gestão do Plano Operativo de Saúde no Sistema Penitenciário**

A portaria interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, definida pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, garante o acesso igualitário do preso aos serviços do SUS. Para dar concretude a isso, o Estado do Paraná elaborou o Plano Operativo de Saúde, a ser implementado em todas as unidades penais do Estado do Paraná, em parceria com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde – SESA e SMS, exercendo funções de coordenação, articulação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação. (O gerenciamento e a fiscalização da aplicação dos recursos financeiros advindos dessa parceria serão definidos em época oportuna).

• **Assessoria dos Serviços de Saúde**

A Direção Clínica do CMP é responsável pela implantação e normatização das ações e procedimentos de saúde no Sistema Penitenciário. Assim, cabe a ela elaborar medidas de planejamento e organização das ações de saúde, estabelecendo a padronização de normas e procedimentos para assegurar a assistência à saúde do preso em todos os níveis (primário, secundário e terciário). Essa Direção deverá trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS, para garantir o acesso da população carcerária aos diversos níveis de atenção à saúde.

• **Parcerias**

A Direção do CMP deve se articular e se integrar com os diversos segmentos da sociedade civil e governamental, nos interesses afins da área de saúde, com a Escola

Penitenciária do Paraná e com os Ministérios da Saúde e da Justiça, por meio da apresentação de projetos para financiamento de ações de saúde.

• **Infraestrutura**

Cabe à Direção Clínica do CMP, por meio dos setores competentes, organizar a previsão, provisão e controle de materiais, equipamentos e insumos de saúde, além dos recursos humanos necessários.

• **Educação Continuada em Saúde**

A Direção Clínica do CMP deverá garantir, a partir de parcerias com as universidades, secretarias e ESPEN, a realização e a participação em cursos, treinamentos, reciclagem, visitas, seminários, congressos e outros eventos, a publicação de trabalhos em assuntos pertinentes à área de saúde de forma constante, além da elaboração de materiais educativos, tais como cartilhas, folders, cartazes etc.

• **Vigilância Sanitária e Saneamento**

- Implantar e elaborar ações, normas e procedimentos de vigilância sanitária e saneamento no Sistema Penitenciário.
- Adequar os estabelecimentos penais nos conformes preconizado em legislação sanitária vigente.
- Assessorar, inspecionar e orientar os estabelecimentos penais nos conformes preconizados em legislação sanitária vigente.
- Manter parcerias, objetivando melhor integração para ações conjuntas com a Vigilância Sanitária, Secretarias de Saúde Estadual e Municipal e Ministério da Saúde, Conselhos Regionais de classes, Conselhos Municipais, Polícia Federal e SANEPAR.
- Supervisionar a estocagem, distribuição e transporte de medicamentos, material médico-hospitalar e odontológico, alimentos, insumos biológicos e reativos utilizados em análises clínicas e saneantes hospitalares e domésticos utilizados dentro da unidade penal.
- Garantir que todas as unidades penais tenham o seu alvará de saúde (Licença Sanitária) expedida pela Secretaria Municipal de Saúde.
- Garantir a elaboração de relatórios de consumos, mapas de custos de medicamentos (principalmente psicotrópicos), materiais médico-hospitalares e odontológicos de interesse da Vigilância Sanitária, da população carcerária.
- Informar casos de intoxicações por medicamentos, alimentos ou produtos químicos ao Serviço de Saúde Pública.

- Estabelecer critérios para aquisição de materiais, medicamentos, insumos biológicos e saneantes conforme normas da ANVISA.
- Implantar e garantir o estabelecimento e cumprimento do Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), garantindo a coleta e o transporte do lixo por empresas especializadas.
- Promoção de cursos, reciclagem, treinamentos, através da Escola Penitenciária (ESPEN), visitas à saúde pública, em especial, à Vigilância Sanitária.
- Prover condições físicas, materiais e recursos humanos às unidades penais, objetivando garantir a efetividade de ações da Vigilância Sanitária.
- Prevenir a disseminação de doenças infecto-contagiosas, inclusive as infecções hospitalares cruzadas no Sistema Penal.
- Estabelecer uma comissão de ética para discutir e mediar assuntos pertinentes à Lei de Exercício Profissional na área de saúde.

• Saúde Ocupacional

- Implantar e elaborar ações, normas e procedimentos relativos à saúde do trabalhador do Sistema Penitenciário, articulados ao serviço de recursos humanos e Secretaria de Estado de Administração e Previdência (SEAP), inclusive avaliando questões relativas à insalubridade e periculosidade.
- Diagnosticar os fatores de riscos ocupacionais existentes no Sistema Penitenciário.
- Garantir o fornecimento de EPI's para fins de prevenção e proteção do trabalhador, conscientizar e fiscalizar o seu uso correto pelos servidores do Sistema Penitenciário.
- Elaborar protocolos de fluxo em casos de acidentes de trabalho (atendimento e CAT).
- Informar e estabelecer fluxo dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.
- Programar e garantir medidas de proteção específicas, como vacinações.
- Estabelecer competências e responsabilidade às unidades penais relativas às ações de saúde ocupacional.
- Garantir aos servidores do Sistema Penal o acesso às informações pertinentes à saúde do trabalhador.
- Estabelecer vínculos com a Saúde Pública, Secretaria de Administração, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho em assuntos relativos à saúde do trabalhador.
- Promover capacitações, treinamentos e cursos relativos à saúde ocupacional.
- Colaborar com o Setor de Recursos Humanos e com as Unidades de Saúde das SMS para garantir as condições salubres de confinar alimentos, água e esgoto.

• Vigilância Epidemiológica

- Fornecer orientação técnica permanente sobre ações de controle de doenças e agravos mais frequentes que acometem a população carcerária, de interesse da saúde pública.

Recursos Financeiros

- Participação no planejamento de recursos financeiros com o Fundo Penitenciário (FUNPEN), SUS e Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania.
- Estabelecer parcerias com o Ministério da Saúde e Ministério da Justiça.
- Prever e programar os gastos anuais com os serviços de saúde das unidades penais.
- Participar de eventos relativos ao planejamento e distribuição de recursos financeiros oriundos de órgãos mantenedores oficiais da saúde.
- Participar na elaboração de projetos junto à SESA para aplicação de programas específicos nas ações epidemiológicas e de interesse do Sistema Penitenciário.

Recursos Humanos

- Participar da previsão da necessidade da contratação e distribuição de recursos humanos na área de saúde para as unidades penais.
- Treinar junto com a ESPEN os novos funcionários na ocasião da contratação.
- Estabelecimento de uma composição mínima da equipe de saúde para as unidades penais: 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico geral, 1 dentista, 3 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de saúde, 1 auxiliar de farmácia, 1 técnico de higiene dental e 1 técnico administrativo. Nas unidades penais femininas inclui-se 1 médico gineco-obstetra.
- Escala e regime de trabalho: o atendimento nas unidades é em regime ambulatorial diurno, obedecendo à escala de 12X36 horas ou 8 horas/dia, conforme necessidade de cada unidade penal.
- Composição mínima da equipe de saúde para o CMP: 12 médicos psiquiatras, 15 médicos clínicos gerais, 2 médicos radiologistas, 2 dentistas, 6 enfermeiros, 2 farmacêuticos, 2 farmacêuticos-bioquímicos, 2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 60 técnicos de enfermagem, 6 técnicos de farmácia, 5 auxiliares de saúde, 2 técnicos de raio-x, 5 técnicos de laboratório e 6 técnicos administrativos.
- Composição mínima da equipe de saúde para o Centro de Observação e Triagem (COT): 1 médico clínico geral, 1 médico psiquiatra, 1 enfermeira, 3

técnicos de enfermagem.

- Composição mínima da equipe de saúde para os Patronatos Penitenciários: 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem.

• **Informatização**

- Garantir a infraestrutura de tecnologia de informação em todos os setores de saúde das unidades penais.
- Implantar o SINAN e outros programas específicos da área de saúde em cada unidade.
- Atualizar mensalmente o banco de dados do Sistema CNES (Cadastro Nacional do Sistema de Saúde) no que se refere ao cadastro dos profissionais de saúde existentes e registros afins.
- Implementar e padronizar os relatórios de produtividade da área de saúde.
- Implantar e manter atualizado o prontuário eletrônico de assistência à saúde dos presos.
- Implantar um sistema nas unidades penais de registro discriminado de procedimentos de saúde (médica, enfermagem, odontológica).

• **Impressos**

A Direção Clínica do CMP é responsável pela padronização dos impressos utilizados em todas as unidades penais.

III – DAS ATRIBUIÇÕES DOS SERVIDORES QUE COMPÕEM OS SETORES DE SAÚDE - SSA



1. Atribuições da equipe de enfermagem

(Conforme a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 COFEN)

1.1 Enfermeiro

O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

- Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- Consultoria, auditoria e emissão de pareceres sobre matéria de enfermagem;
- Consulta de enfermagem;
- Prescrição e assistência de enfermagem;
- Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Como integrante da equipe de saúde:

- Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos de assistência de saúde;
- Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

- Prevenção e controle sistemáticos de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- Execução do parto sem distócia;
- Educação visando à melhoria de saúde da população.

1.2 Técnico de enfermagem

O técnico de enfermagem exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe:

- Participar da programação da assistência de enfermagem;
- Executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro;
- Participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- Participar da equipe de saúde.

1.3 Auxiliar de enfermagem

O auxiliar de enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processo de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- Executar ações de tratamento simples;
- Prestar cuidados de higiene e conforto;
- Participar da equipe de saúde.

Todas as atividades de técnicos e auxiliares de enfermagem, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do enfermeiro.

2. Atribuições do dentista

- Realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita;
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica da Divisão de Saúde do Sistema Penitenciário;
- Realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- Encaminhar e orientar os presos que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, assegurando o seu acompanhamento;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliado a atuação clínica à saúde coletiva, orientando os presos, suas famílias para assistência (quando necessário), de acordo com planejamento local;
- Coordenar ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal;
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas em saúde bucal;
- Capacitar as Equipes de Saúde das UPs no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.

2.1 Atribuições do TSB (Técnico em Saúde Bucal) ou THD (Técnico de Higiene Dental)

- Sob a supervisão do cirurgião dentista, realizar procedimentos preventivos, individuais ou coletivos, nos presos agendados para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamentos e polimentos, bochechos com flúor, entre outros;
- Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da Equipe de Saúde da UP no tocante à saúde bucal.

2.2 Atribuições específicas do ACD (Atendente de Consultório Dentário)

- Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Sob supervisão do cirurgião dentista ou do THD, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidênciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental;
- Preparar e organizar o instrumental e materiais (sugador, espelho, sonda, etc.) necessários para o trabalho;
- Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos (trabalho a quatro mãos);
- Agendar o preso e orientá-lo ao retorno e à preservação do tratamento;
- Acompanhar e desenvolver trabalhos com a Equipe de Saúde da UP no tocante à saúde bucal.

3. Atribuições do farmacêutico

- Seleção/aquisição de medicamentos, germicidas e correlatos;
- Armazenamento, controle de estoque e distribuição dos medicamentos e correlatos;
- Adoção de sistema eficiente e seguro de distribuição de medicamentos aos pacientes internados e ambulatoriais;
- Farmacotécnica;
- Fracionamento de doses;
- Controle de qualidade;
- Produção;
- Elaborar manuais técnicos e formulários;
- Manter membro permanente nas comissões;
- Atuar junto à central de esterilização;
- Atuar nos estudos de ensaios clínicos e farmacovigilância;
- Educação continuada;
- Estimular a implantação da farmácia clínica;
- Atividades de pesquisa;
- Desenvolvimento e tecnologia farmacêutica.

4. Atribuições específicas do médico

- Realizar consultas clínicas aos presos do Sistema Penitenciário do Paraná;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- Realizar consultas e procedimentos nos Ambulatórios de Saúde das UPs, no Berçário e, no Complexo Médico Penal do Paraná, conforme necessário;
- Realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na atenção Básica, definidas na Norma Operacional Básica da Divisão de Saúde do Sistema Penitenciário;
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de portadores do vírus HIV, de tuberculose, de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;
- Realizar o pronto atendimento médico de urgência e emergência, conforme protocolos internacionais atualizados, nos presos das UPs, e realizar o atendimento médico nos presos internados nas enfermarias das UPs e do Complexo Médico Penal do Paraná;
- Encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento no Ambulatório da UP e do Complexo Médico Penal do Paraná, por meio de um sistema de referência e contra-referência;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais e outros procedimentos médicos pertinentes à sua especialidade;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Indicar internação hospitalar;
- Solicitar exames complementares;
- Verificar e atestar óbito.

5. Atribuições do fisioterapeuta

- Promover tratamento e a recuperação da saúde de pacientes mediante a aplicação de métodos e técnicas fisioterapêuticas para reabilitá-los às suas atividades normais da vida diária;
- Exercer atividades de supervisão, coordenação, programação ou execução especializada, em grau de maior complexidade, referente a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicas, para a reabilitação física do indivíduo.
- Realizar testes musculares, funcionais, de amplitude articular, de verificação cinética e movimentação, de pesquisa de reflexos, de provas de esforço e de atividades para identificar o nível de capacidade e deficiência funcional dos órgãos afetados;
- Planejar e executar tratamento de afecções reumáticas, osteoporoses, seqüelas de acidentes vasculares cerebrais, poliomielite, lesões raquimedulares, de paralisias cerebrais e motoras, neurógenas e de nervos periféricos, miopatias e outros;
- Atender a amputados preparando o coto, e fazendo treinamento com prótese para possibilitar a movimentação ativa e independente dos mesmos;
- Ensinar aos pacientes, exercícios corretivos para a coluna, os defeitos dos pés, as afecções do aparelho respiratório e cardiovascular, orientando os e treinando os em exercícios especiais a fim de promover correções de desvios posturais e estimular a expansão respiratória e a circulação sanguínea;
- Efetuar aplicação de ondas curtas, ultra som, infravermelho, laser, micro ondas, forno de bier, eletroterapia e contração muscular, frio e outros similares nos pacientes, conforme a enfermidade, para aliviar ou terminar com a dor;
- Aplicar massagem terapêutica;
- Acompanhar e ou participar da execução dos programas e projetos supervisionando e controlando a aplicação dos recursos;
- Orientar servidores em sua área de atuação para apuração de todos os procedimentos executados no âmbito de sua atuação, apurando os seus resultados;
- Elaborar pareceres, informes técnicos e relatórios, elaborando pesquisas, entrevistas, fazendo observações e sugerindo medidas para implantação, desenvolvimento e aperfeiçoamento de atividades em sua área de atuação;
- Participar das atividades de treinamento e aperfeiçoamento de pessoal técnico e auxiliar realizando as em serviço ou ministrando aulas e palestras, a fim de contribuir para o desenvolvimento qualitativo dos recursos humanos

em sua área de atuação;

- Participar de grupos de trabalhos e ou reuniões com outras entidades públicas e particulares, realizando estudos, emitindo pareceres ou fazendo exposições sobre situações e ou problemas identificados, opinando, oferecendo sugestões, revisando e discutindo trabalhos técnicos e científicos, para fins de formulação de diretrizes, planos e programas de trabalho afetos à saúde no Sistema Penitenciário;
- Realizar outras atribuições compatíveis com a sua especialização profissional;

6. Atribuições do terapeuta ocupacional

- Desempenhar atividades de assistência, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos;
- Atuar com base no rigor científico e intelectual e desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, tanto individual quanto coletivamente;
- Avaliar, sistematizar e decidir condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- Identificar, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e utilizá-las, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas: as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, corporais, lúdicas, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras;
- Utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a fim de promover a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados;
- Trabalhar com uso de tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software se indicado.



IV – NORMAS E ROTINAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – ÁREA DE ENFERMAGEM

1. Precauções-padrão

• Lavagem das mãos

- Antes e após contato com o paciente;
- Após tocar em fluidos corporais;
- Após manuseio de material contaminado.

• Uso de luvas

- Em caso de contato direto com fluidos corporais;
- Pele não íntegra e mucosas;
- Lavar as mãos antes e após o uso das luvas.

• Uso de máscara, óculos e protetores faciais

- Em caso de riscos de respingos de fluidos corporais em face.

• Jaleco descartável

- Na possibilidade de respingos de fluidos corporais, sangue, secreções e excreções;
- Inutilizar o avental imediatamente após o uso e lavar as mãos.

• Cuidados com acidentes perfurocortantes

- Não recapar agulhas;
- Não remover as agulhas que estiverem acopladas nas seringas;
- Desprezar os materiais perfurocortantes em recipientes apropriados (Des-carbox).

• Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)

- O uso adequado de EPI's é a primeira segurança contra acidentes de trabalho.

• Luvas

Luva estéril: utilizada em procedimentos cirúrgicos e invasivos.

- Realizar degemação das mãos e colocar as luvas com técnica asséptica;
- Após o término do procedimento, retirá-las e desprezá-las no lixo infectante;
- Lavar as mãos.

Luvas de procedimentos: utilizada para procedimentos em que haja contato com secreções ou matéria orgânica.

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Realizar o procedimento;
- Retirar as luvas e desprezá-las no lixo infectante;
- Lavar as mãos.

Luva de borracha: utilizada na lavagem de materiais, limpeza de ambiente, manuseio com resíduos.

- Higienizar as mãos;
- Colocar as luvas;
- Realizar o procedimento;
- Lavar e secar as luvas;
- Lavar as mãos.

• Máscara Facial

Utilizar a máscara sempre que houver risco de respingo de secreção em boca e nariz. Este EPI é de uso único e individual e deve ser trocada sempre que estiver úmida e descartada ao término do procedimento.

A máscara especial NR 95 (bico de pato) é utilizada somente em casos de contato com pacientes com suspeita ou casos confirmados de tuberculose, sarampo e herpes zoster.

• **Avental**

Deve ser utilizado quando houver risco de contato direto com matéria orgânica, secreções e excreções, precauções de contato, aerossóis, precauções com pacientes colonizadas e/ou infectados por microrganismos multirresistentes.

• **Óculos de Proteção**

Quando há risco de respingo nos olhos, os óculos devem ser utilizados, lembrando-se de realizar a limpeza e desinfecção após o seu uso.

• **Esterilização de Material**

- **Etapa 1:** Separação e lavagem do material a ser esterilizado.

Ponto-chave: Certificar-se que o material a ser esterilizado é passível deste procedimento.

- **Etapa 2:** Deixar o material de molho em solução de ácido peracético 4% e peróxido de hidrogênio a 26% por um período de 30 à 60 minutos.

Ponto-chave: garantir que o material a ser esterilizado fique inteiramente mergulhado nesta solução. Este produto deverá estar dentro do prazo de validade e em condições boas para uso.

- **Etapa 3:** Enxágüe do material.

Enxaguar em água corrente limpa a temperatura ambiente.

- **Etapa 4:** Preparo do material.

Embalar o material limpo em papel grau cirúrgico, onde consta a data da esterilização.

- **Etapa 5:** Autoclavação

Autoclavação com o ciclo normal de esterilização.

Ponto-chave: garantir o bom funcionamento da autoclave, bem como tomar as devidas precauções para evitar acidentes no manuseio deste equipamento.

- **Etapa 6:** Acondicionamento

Acondicionar o material esterilizado em local apropriado.

Responsabilidade e execução desta rotina: auxiliar de saúde, ou técnico de higiene dental, ou técnico de enfermagem, ou outro devidamente autoriza-

do pela direção da Unidade Penal. Este indivíduo deve estar devidamente paramentado com avental descartável, luva de borracha, gorro e máscara.

• **Indicador Biológico para Esterilização a Vapor (ESTERITESTE)**

O indicador biológico possibilita a verificação rotineira da eficiência dos processos a vapor (121°C), autoclave. O frasco-ampola contendo o indicador biológico (3ml) deve ser colocado junto com o material biológico a ser esterilizado.

• **Composição**

- Caldo nutritivo (caldo de soja tripticaseína, amido solúvel e cloreto de sódio).
- Indicador de pH (púrpura de bromocresol).
- Esporos viáveis de *Geobacillus stearothermophilus*.

• **Armazenamento e transporte**

- Transportar e conservar numa temperatura de 2 a 8°C. Não congelar

• **Precauções e cuidados**

- Somente para uso “in vitro”.
- Não utilizar o produto se apresentar mudança significativa de coloração ou turvação acentuada.
- Evitar quebra de frasco, pois pode provocar contaminação da superfície de trabalho.
- Caso ocorra quebra, com o auxílio de luvas, limpar a superfície com gaze ou pano seco. Passar no local um esterilizante químico. As luvas e o restante do material utilizado devem ser autoclavados no mínimo por 30 minutos a 121°C antes de serem descartados no lixo hospitalar.

• **Modo de usar**

- Retirar os frascos da refrigeração, deixando-os à temperatura ambiente por uma ou duas horas.
- Identificar os frascos-ampola com as informações apropriadas para o processo, tais como data, lote da esterilização, posição do frasco na autoclave.
- Preencher o formulário de controle de qualidade microbiológico.
- Acondicionar cada frasco-ampola em um Becker, tubo de ensaio ou frasco

de vidro a fim de evitar que haja contaminação da carga no caso de quebra do produto.

- Embalar com o mesmo tipo de embalagem dos pacotes da carga a ser autoclavada.
- Identificar os pacotes-teste.
- Colocá-los nas posições e quantidades abaixo recomendadas ou a critério das necessidades do usuário.

Capacidade da autoclave	nº de indicadores	Posição	
Até 50 litros	01	Central	
De 50 a 100 litros	03	Superior, central e inferior.	
Acima de 100 litros	10	1-Inferior, atrás, à direita. 3- Inferior, no centro. 5-Inferior, na frente, à esquerda. 7-Superior, atrás, à esquerda. 9-Superior, na frente, à direita.	2-Inferior, atrás, à esquerda. 4-Inferior, na frente, à direita. 6-Superior, atrás, à direita. 8-Superior, no centro. 10-Superior, na frente, à esquerda.

- Esterilizar o material como de rotina. Não utilizar temperaturas superiores a 125°C, pois o indicador de pH poderá sofrer alterações e fornecer falsos resultados.

- Após a esterilização, remover os indicadores da autoclave, aguardar seu resfriamento pelo menos até a temperatura recomendada de incubação.

- Após a esterilização, os indicadores poderão apresentar uma coloração mais clara.

- Encaminhar o frasco-ampola ao LABPEN com o formulário de controle de qualidade microbiológico para a leitura.

• Resultados

- Positivo: confirma a presença de microrganismos viáveis no produto, assegura as condições adequadas de incubação e demonstra a capacidade do meio de cultura em promover e indicar o desenvolvimento bacteriano.

2. Administração de medicações

• **Via oral** (para os casos que necessitam de dose supervisionada):

- Reunir os materiais necessários: bandeja, copos descartáveis, água e medicações a serem administradas;
- Lavar as mãos;
- Verificar a validade e alterações no aspecto (não administrar caso haja alteração);
- Observar os “5 certos”: Paciente, medicação, dose, horário e via;
- Colocar o medicamento no recipiente identificado e diluído, se necessário;
- Colocar o comprimido na mão ou na boca do paciente. Se for líquido, dar no copinho descartável;
- Oferecer copo com água;
- Certificar se o paciente engoliu o medicamento;
- Desprezar o material no lixo hospitalar;
- Providenciar a limpeza e a ordem no local;
- Lavar as mãos;
- Registrar o cuidado na prescrição, com nome, data e horário.

• **Via parenteral** (endovenosa, subcutânea ou intramuscular):

Enviar a lista, previamente, dos presos para comparecerem ao setor de saúde e assegurar-se da presença do agente penitenciário no ato do procedimento.

• **Via endovenosa:**

- Reunir material necessário: bandeja, garrote, bolinhas de algodão embebidas em álcool 70%, e uma seca, fita adesiva hospitalar, luvas de procedimento, seringa de 10mls, agulha 25X7 e ampola/frasco de medicamento, previamente diluídos conforme prescrição;
- Lavar as mãos;
- Verificar a validade e alterações no aspecto (não administrar caso haja alteração);
- Observar os “5 certos”: paciente, medicação, dose, horário e via;
- Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;
- Explicar o que vai fazer ao paciente e expor a área de aplicação, verificando as condições das veias;
- Calçar as luvas;

- Garrotear sem compressão exagerada, aproximadamente 04 dedos acima do local escolhido para injeção;
- Fazer a anti-sepsia ampla do local, com movimentos de baixo para cima;
- Manter o bisel voltado para cima. Se a veia for fixa, penetrar pela face anterior; se for móvel, penetrar por uma das faces laterais, empurrando com a agulha até fixá-la;
- Com a presença de sangue na seringa, solicitar ao paciente que abra a mão e retirar o garote;
- Injetar a droga lentamente, observando as reações do paciente;
- Se for frasco de soro, observar sinais de extravasamento, e controlar gotejamento conforme prescrição;
- Terminada a aplicação, retirar a agulha, comprimir o vaso com algodão. Quando a punção ocorrer na dobra do cotovelo, solicitar ao paciente que não flexione o braço, pois este procedimento lesiona o tecido;
- Retirar as luvas;
- Desprezar o material nos respectivos lixos: perfurocortante e lixo hospitalar;
- Providenciar a limpeza e a ordem no local;
- Lavar as mãos;
- Registrar o cuidado na prescrição, com nome, data e horário.

• Via subcutânea:

- Reunir material necessário: bandeja, bolinhas de algodão embebidas em álcool 70%, e uma seca, luvas de procedimento, seringa de 1ml milimetrada, agulha 40x12 para aspiração e 13x4,5 para aplicação, ampola/frasco do medicamento;
- Lavar as mãos;
- Verificar a validade e alterações no aspecto (não administrar caso haja alteração);
- Observar os “5 certos”: paciente, medicação, dose, horário e via;
- Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;
- Explicar o procedimento ao expor o paciente a área de aplicação;
- Com a mão dominante, fazer uma prega na pele, na região onde foi feita a anti-sepsia;
- Introduzir a agulha com rapidez e firmeza, com ângulo de 90°;
- Com a mão dominante, puxar o êmbolo, aspirando, para verificar se não lesionou um vaso (caso retorne sangue, retirar e trocar a agulha e reaplicar em novo local);
- Injetar líquido vagarosamente;

- Retirar rapidamente a agulha, firmando o local com o algodão;
- Na aplicação de insulina, não é conveniente a massagem após a aplicação, para evitar absorção rápida;
- Desprezar o material nos respectivos lixos: perfurocortante e lixo hospitalar;
- Providenciar a limpeza e a ordem no local;
- Lavar as mãos;
- Checar o cuidado na prescrição, com nome, data e horário.

Observações:

- Utilizando a agulha 25 ou 30x6, a angulação será de 45° para indivíduos com peso adequado para idade, 60° para obesos e 30° para excessivamente magros;
- Na aplicação de insulina, utilizar a técnica do rodízio dos locais das injeções para evitar abscessos, lipodistrofias e o endurecimento dos tecidos na área da injeção.

• Via intramuscular:

- Reunir material necessário: bandeja, bolinhas de algodão embebidas em álcool 70%, e uma seca, luvas de procedimento, seringa, agulha 25x7 e ampola/frasco do medicamento;
- Lavar as mãos;
- Verificar a validade e alterações no aspecto (não administrar caso haja alteração);
- Observar os “5 certos”: paciente, medicação, dose, horário e via;
- Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;
- Explicar o que vai fazer ao paciente e expor a área de aplicação;
- Com os dedos polegar e indicador da mão dominante, segurar o corpo da seringa e colocar o dedo médio sobre o canhão da agulha;
- Com a mão não dominante, proceder à anti-sepsia do local e manter o algodão na mesma mão;
- Com a mão não dominante esticar a pele segurando firmemente o músculo;
- Introduzir rapidamente a agulha com o bisel lateralizado;
- Com a mão não dominante, puxar o êmbolo, aspirando, para verificar se não lesionou um vaso (caso retorne sangue, retirar e trocar a agulha e reapplicar em novo local);
- Empurrar o êmbolo vagarosamente;
- Retirar rapidamente a agulha, firmando o músculo com o algodão;
- Fazer massagem local e observar reação do paciente;

- Desprezar o material nos respectivos lixos: perfurocortante e lixo hospitalar;
- Providenciar a limpeza e a ordem no local;
- Lavar as mãos;
- Checar o cuidado na prescrição, com nome, data e horário.

3. Coleta de Exames

Os exames de rotina (sangue, fezes, urina e escarro) deverão ser coletados nas unidades penais e enviados ao Laboratório de Análises Clínicas (LABPEN), conforme o cronograma determinado por tal repartição até às 10h30 do dia programado.

As requisições deverão estar devidamente preenchidas, contendo o nome e número do prontuário do preso, bem como o carimbo e assinatura do médico ou enfermeiro (nos casos de amostra de escarro ou anti-HIV).

Observação: será definido, oportunamente, um protocolo para a sistematização de pedidos de exames laboratoriais pelo enfermeiro.

• Coleta de Escarro

Devem-se coletar duas amostras consecutivas de escarro. A primeira, em que não é necessário o jejum; e a segunda, em jejum.

Identificar no corpo dos potes o nome, número de prontuário, data, 1º amostra ou 2º amostra.

Repassar as seguintes orientações ao preso:

Primeira amostra:

- Lavar a boca fazendo bochechos com bastante água.
- Abrir o pote fornecido pelo serviço de saúde.
- Forçar a tosse da seguinte maneira: inspirar fundo, puxar o ar pelo nariz mantendo a boca fechada; prender a respiração por alguns segundos e soltar o ar lentamente.
- Inspirar o ar profundamente mais uma vez, prender a respiração por alguns instantes e, desta vez, soltar o ar com força e rapidamente pela boca.
- Inspirar o ar pela última vez, prender a respiração por alguns instantes e, desta vez, forçar a tosse liberando o escarro dentro do pote. Cuidado para o escarro não escorrer para fora do pote.

- Repetir a operação umas 4 ou 5 vezes, até conseguir uma boa quantidade de amostra (entre 5 e 10ml).
- Fechar o pote, entregar ao agente penitenciário, para que seja encaminhado ao Serviço de Saúde da unidade.
- Lavar bem as mãos após o procedimento.
- Lembrar ao interno de que o escarro é uma secreção viscosa esbranquiçada, amarelada ou esverdeada que, às vezes, pode estar misturada ou não com sangue.

Segunda amostra:

- No dia anterior à coleta, beber, no mínimo, 8 copos de líquido. A água ajuda a soltar o escarro do pulmão.
- Dormir sem travesseiro. Isso também facilita a saída do escarro, na hora da coleta.
- No dia da coleta, ao acordar, lavar a boca, fazendo bochechos com bastante água e, em jejum, forçar a tosse e o escarro dentro do pote;
- Repetir o procedimento até obter o volume ideal de amostra (entre 5 e 10ml).
- Fechar o pote firmemente e entregar ao agente penitenciário para que seja encaminhado ao Serviço de Saúde.
- Lavar bem as mãos após o procedimento.

Coletar a primeira amostra no dia anterior à entrega do exame, e a segunda, no dia do envio dos exames ao LABPEN. As amostras devem ser conservadas na geladeira, entre 2 e 8°C, e transportadas em caixa térmica com blocos de gelo reciclável (GELOX).

• Coleta de sangue

- Identificar o tubo de coleta com nome, número do prontuário, tipo de exame solicitado e data.
- Explicar o procedimento.
- Lavar as mãos e calçar luvas
- Solicitar que o preso feche a mão do membro a ser puncionado e garroteá-lo aproximadamente 4 dedos acima do local escolhido para a punção.
- Fazer anti-sepsia do local com movimentos amplos de baixo para cima.
- Com o *vacuotainer*, ou com agulha e seringa, com o bisel voltado para cima, puncionar a veia escolhida.
- No caso de coleta com o *vacuotainer*, pressionar diretamente o tubo no compartimento para entrada do sangue.

- Na coleta com seringa, coletar no mínimo 5ml de sangue.
- Depois de preenchido o tubo (no *vacuotainer*) ou a seringa, solicitar ao preso que abra a mão e retirar o garrote.
- Retirar a agulha e pressionar o vaso com algodão. Em seguida, fixar um micropore no local.
- Desprezar o material perfurocortante em caixa coletora adequada.
- Acondicionar a amostra na caixa térmica com GELOX.
- Retirar as luvas e lavar as mãos.

• Coleta de urina

Urina I, parcial de urina ou amostra isolada

- Instruir o paciente sobre o exame a ser realizado.
- Identificar frascos com nome completo do paciente, nº do prontuário e data.
- Solicitar ao paciente que faça higienização externa.
- Orientar o paciente a desprezar o primeiro jato e coletar 10 ml (mínimo) de urina.
- Providenciar a limpeza e a ordem no local.
- Enviar o material ao laboratório com a requisição.
- Lavar as mãos.
- Checar a coleta na prescrição, com nome, data e horário.

Urina para cultura

- Instruir o paciente sobre o exame a ser realizado.
- Identificar frascos estéreis com nome completo do paciente, nº do prontuário e data.
- Solicitar ao paciente que faça higienização externa.
- Orientar o paciente a desprezar o primeiro jato e coletar 10 ml (mínimo) de urina diretamente no frasco.
- Providenciar a limpeza e a ordem no local.
- Enviar o material ao laboratório com a requisição.
- Lavar as mãos.
- Checar a coleta na prescrição, com nome, data e horário.

Observações: devido às peculiaridades do Sistema Penitenciário e as baixas condições de higiene, sugere-se que o pedido de exame de fezes e urina sejam restritos, prevalecendo sempre a queixa clínica.

Usar-se-á como rotina a desverminação de toda a população carcerária, no mínimo, uma vez por ano.

4. Curativos

A realização do curativo tem as seguintes finalidades: evitar a contaminação das feridas limpas; reduzir a infecção das lesões contaminadas; facilitar a cicatrização; remover as secreções; promover a hemostasia; facilitar a drenagem ; proteger a ferida; aliviar a dor.

• Tipos de curativo

- Fechado ou bandagem: sobre a ferida é colocada gaze ou compressa, fixando-se com esparadrapo ou atadura de crepe.
- Aberto: recomendado nas incisões limpas e secas, deixando-se a ferida exposta.
- Compressivo: indicado para estancar hemorragia ou vedar uma incisão.

• Material necessário

- Bandeja;
- Pacote de curativo estéril contendo uma pinça dente de rato, uma pinça Kocher, gazes e uma tesoura (no mínimo)
- Pacote de gaze esterilizadas;
- Luvas de procedimento;
- Cuba rim forrada com papel toalha;
- Esparadrapo ou micropore;
- Atadura de crepe conforme tipo de curativo;
- Frascos de soro fisiológico;
- Bacia de metal;
- Outros materiais quando prescritos como: pomadas, seringas, soluções anti-sépticas.

• Procedimentos

- Certificar-se da presença do agente penitenciário;
- Preparar a bandeja com os materiais necessários;
- Rever prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Orientar o preso quanto ao procedimento;
- Manter sua privacidade, expondo-o menos possível;
- Posicionar o paciente de forma apropriada, e expor somente a área a ser

tratada;

- Dispor o material em superfície apropriada;
- Abrir o pacote de curativo e dispor as pinças com os cabos voltados em direção ao profissional;
- Abrir os pacotes de gaze e colocar sobre o campo esterilizado;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo antigo, com o auxílio da pinça dente de rato e do algodão embebido em soro fisiológico, a fim de deixar a pele limpa e livre de vestígios do esparadrapo ou micropore;
- Desprezar a pinça usada na cuba rim;
- Realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico, aplicado em jato;
- Realizar a secagem da ferida com auxílio de torundas, a partir de movimentos para fora sem compressão exagerada;
- Desprezar a pinça Kocher e as torundas utilizadas na cuba rim;
- Realizar a cobertura da ferida com auxílio da pinça anatômica, a partir do uso de gazes;
- Fixar o curativo com esparadrapo ou micropore;
- Desprezar o material em local apropriado;
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado assim como os aspectos da lesão e reações do preso.

• Pontos importantes

A limpeza da ferida deverá obedecer os seguintes critérios:

- Do centro para a periferia;
- Do mais limpo para o menos limpo;
- Do menos contaminado para o mais contaminado.

• Competência

- Auxiliar em enfermagem;
- Técnico em enfermagem;
- enfermeiro.

5. Organização do processo de trabalho no atendimento de urgência e emergência nas unidades penais

Todas as urgências e emergências deverão ser encaminhadas ao setor de saúde pelo agente penitenciário. Em casos específicos em que se necessita da presença do profissional de saúde nas galerias, o mesmo deverá estar acompanhado pela segurança.

Nos casos de emergência, realizar os primeiros socorros e encaminhar para atendimento médico; caso não exista este profissional no local, acionar o serviço de urgência/emergência através do nº 192.

Nos casos de urgência, o preso deverá ser encaminhado ao serviço de saúde pelo agente penitenciário; após ser pré-avaliado pelo serviço de enfermagem, será encaminhado à consulta médica. Caso não exista o profissional médico na unidade, proceder da seguinte forma:

Unidades do interior: encaminhar para o serviço de referência.

Unidades de Curitiba e região metropolitana: encaminhar ao CMP ou para o hospital de referência.

6. Parada cardíaca – parada respiratória - reanimação cardiopulmonar (rcp)

• Parada cardíaca

O coração é um órgão muscular, localizado no tórax, logo abaixo do esterno, suas contrações promovem o bombeamento da corrente sanguínea para os pulmões, onde será oxigenado, e, posteriormente para todo o corpo.

Quando o coração para, não há o transporte de oxigênio para o organismo; o cérebro, muito sensível à falta de oxigênio, começa, após cerca de quatro minutos, a sofrer lesões irreversíveis, culminando com a morte cerebral.

Como reconhecer a parada cardíaca:

- Ausência de batimento cardíaco;
- Ausência de pulsação (critério isolado mais confiável);
- Ausência de respiração;

- Pele fria e amarelada;
- Pupilas dilatadas;
- Inconsciência.

Principais causas de parada cardíaca:

- Ataque cardíaco;
- Afogamentos;
- Choque elétrico;
- Reação alérgica grave;
- Contusão no crânio;
- Intoxicação por gases ou medicamentos.

• Parada respiratória:

A respiração compreende a inspiração e expiração (entrada e saída de ar nos pulmões); a parada respiratória é a cessação súbita da respiração. Com a falta de oxigênio, o coração e o cérebro, em pouco tempo, param de funcionar.

Como reconhecer a parada respiratória:

- Ausência do movimento respiratório;
- Inconsciência;
- Dilatação das pupilas;
- Cianose (arroxeamento dos lábios e extremidade dos membros);
- Reflexos a estímulos dolorosos.

Principais causas de parada respiratória:

- Inalação de vapores ou gases;
- Afogamentos;
- Choque elétrico;
- Contusão no crânio;
- Ingestão de drogas que deprimem o sistema nervoso central (álcool, tranquilizantes, hipnóticos etc.);
- Obstrução das vias aéreas.

A parada cardíaca e a parada respiratória podem ocorrer separadas ou juntamente, mas a ocorrência de uma, em pouco tempo, acarretará na ocorrência da outra.

Regras para prevenir e tratar uma parada respiratória:

- Afastar a causa ou a vítima da causa;
- Verificar o estado de consciência da vítima;

- Desobstruir e manter desobstruídas as vias aéreas da vítima;
- Afrouxar as roupas da vítima (colarinho, cinto, sutiã, etc.);
- Fazer respiração artificial (se necessário);
- Manter a vítima deitada, mesmo depois de recuperar a respiração;
- Monitorar a respiração, já ela pode parar novamente.

• **Respiração artificial**

- Consiste em insuflar ar nos pulmões da vítima, mantendo a oxigenação do sangue.
- Desobstrua as vias aéreas;;
- Ajoelhe-se junto à vítima, na altura do ombro;
- Verifique se há objetos na boca, obstruindo a respiração (prótese, dente solto etc.);
- Ponha uma mão na testa e a outra sob o queixo da vítima;
- Empurre a mandíbula para cima, inclinando a cabeça para trás;
- Mantenha a vítima com a boca aberta.
- Verifique se a vítima recuperou a respiração, caso contrário iniciar a respiração artificial propriamente dita:
 - Com auxílio do ressuscitador manual (ambos) inicie a ventilação;
 - Insufle ar nos pulmões da vítima;
 - Faça pressão moderada na região do estômago da vítima para expelir o ar;
 - Repita o procedimento.

A respiração artificial deve ser feita em intervalos de cinco segundos, até que a vítima recupere a respiração ou obtenha atendimento médico.

• **Massagem Cardíaca**

Consiste em pressionar o esterno contra a coluna vertebral, comprimindo, assim, o coração que fica entre ambos, fazendo o bombeamento artificial do sangue para o interior das artérias, com a finalidade de manter os órgãos vitais.

Lembre-se: Uma costela fraturada ou um pulmão perfurado podem ser curados posteriormente, mas um coração parado significa morte.

Como fazer:

- Localizar o ponto de pressão, que fica dois dedos acima do apêndice xifóide (ponta do esterno);
- Colocar-se à esquerda ou à direita da vítima, que deverá estar deitada sobre

uma superfície plana e dura, em decúbito dorsal, apoiar o terço proximal da palma de sua mão esquerda sobre o ponto de pressão, pondo a mão direita sobre a esquerda, na mesma posição desta, mantendo os dedos voltados para cima, longe das costelas;

- Exercer pressão de aproximadamente 40 a 50 kg, a qual comprimirá o externo por aproximadamente 3 a 5 centímetros, estimulando o coração;
- O número de pressões por minuto deve ser o mais próximo possível do batimento cardíaco normal (Adultos = 70, crianças de 07 a 12 anos = 80, de 01 a 07 anos = 100).

• **Reanimação cárdio-pulmonar (RCP)**

Quando a vítima apresenta juntamente as paradas cardíaca e respiratória, aplica-se a RCP, que nada mais é que a soma de massagem cardíaca externa e respiração artificial.

RCP com apenas um socorrista:

- Inicia-se com duas insuflações;
- Fazer quinze compressões (massagem cardíaca);
- Repetir a operação.

RCP com dois socorristas:

- Um socorrista fará a massagem cardíaca e o outro a respiração artificial;
- A cada cinco compressões se fará uma ventilação;
- Caso necessário, a troca de socorrista não deve durar mais de cinco segundos;
- Ritmo da RCP deve ser o mais próximo possível do ritmo normal da pulsação e da respiração;
- A cada quatro sequências, monitorar os sinais vitais.

A constatação de que a vítima se reanimou pode ser feita se:

- As pupilas voltarem a reagir à luz (se contrair);
- Coloração geral da pele melhorar;
- Os movimentos respiratórios recomeçarem;
- As pulsações recomeçarem.
- Com este procedimento, a vítima pode ser mantida por aproximadamente uma hora.

Respiração artificial com ressuscitador manual (ambu):

- Adotar os procedimentos iniciais da respiração “boca a boca”;
- Com a mão esquerda fixe o ambu sobre a boca e nariz da vítima;

- Com a mão direita comprima a bolsa do ambu;
- Monitore a expansão do tórax da vítima.

• Infarto agudo do miocárdio

Também chamado de “morte súbita”. Quando se constata inconsciência, ausência de respiração e batimento cardíaco, a morte inesperada é chamada de morte súbita. Com tratamento adequado e imediato, poderiam ser salvos aproximadamente 50% dos casos que hoje resultam em morte.

Sinais e sintomas:

- Dor opressiva, de longa duração no centro do peito, que pode irradiar para os membros superiores e pescoço;
- Ansiedade e nervosismo;
- Náuseas e vômito;
- Parada cardíaca (pode ocorrer);

O que fazer:

- Manter a vítima em repouso de modo confortável;
- Afrouxar as vestes;
- Monitorar os sinais vitais;
- Se houver parada cardíaca, iniciar massagem;
- Transporte ao hospital o mais breve possível.

7. Primeiros socorros

A remoção da vítima do local do acidente para o hospital é tarefa que requer da pessoa prestadora de primeiros socorros o **máximo cuidado e correto desempenho**.

Antes da remoção:

- Tente controlar a hemorragia;
- Inicie a respiração de socorro;
- Execute a massagem cardíaca externa;
- Imobilize as fraturas;
- Evite o estado de choque, se necessário.

Para o transporte da vítima, pode-se utilizar meios habitualmente empregados –

maca ou padiola, ambulância, ou **recursos improvisados:**

- Ajuda das pessoas;
- Maca;
- Cadeira;
- Tábua;
- Cobertor;
- Porta ou outro material disponível.

Como proceder:

- Vítima consciente e podendo andar: remova a vítima apoiando-a em seus ombros.
- Vítima consciente, mas não podendo andar: Transporte a vítima, utilizando os recursos aqui demonstrados, em casos de fratura, luxações e entorses de pé; contusão, distensão muscular e ferimentos dos membros inferiores.

8. Fraturas

É a ruptura do osso. O primeiro socorro consiste em impedir o deslocamento das partes quebradas, evitando, assim, o agravamento da lesão.

Como se manifesta:

- Dor local: uma fratura sempre será acompanhada de uma dor intensa, profunda e localizada, que aumenta com os movimentos ou pressão.
- Incapacidade funcional: é a incapacidade de se efetuar os movimentos ou a função principal da parte afetada.
- Deformação ou inchaço: ocorre devido ao deslocamento das seções ósseas fraturadas ou acúmulo de sangue ou plasma no local. Um método eficiente para se comprovar a existência de deformação é o de se comparar o membro fraturado com o são.
- Crepitação óssea: é um ruído produzido pelo atrito entre as seções ósseas fraturadas. Este sinal, embora de grande valor para diagnosticar uma fratura, não deve ser usado como método de diagnóstico para não agravar a lesão.
- Mobilidade anormal: é a movimentação de uma parte do corpo onde inexistia uma articulação. Pode-se notar devido à movimentação anormal ou à posição anormal da parte afetada. Este método, assim como o anterior, não deve ser forçado. No caso de dúvida, sempre considerar a existência de fratura.

As fraturas podem ser:

- Fechadas – quando o osso quebrado não rompe a pele.
- Exposta – quando o osso quebrado rompe a pele.

Como proceder:

Fratura fechada: mantenha a vítima em repouso, evite movimentar a região atingida e o estado de choque. Aplique compressas geladas ou saco de gelo no local lesado, até posterior orientação médica. Imobilize o local usando tábua, papelão, jornal ou revistas dobradas, travesseiro, manta e tiras de pano.

Proteja a região lesada usando algodão ou pano, a fim de evitar danos à pele, faça a imobilização de modo que o aparelho atinja as duas articulações próximas à fratura.

Amarre as talas com ataduras ou tiras de pano com firmeza, **sem apertar**, em 4 pontos:

- Acima e abaixo do local da região lesada.
- Acima e abaixo das articulações próximas a região lesada.
- Remova a vítima para o hospital mais próximo, após a imobilização.

Importante: não tente reduzir a fratura (colocar o osso quebrado no lugar).

Fratura exposta: mantenha a vítima em repouso, evite movimentar a região atingida. Estanque a **hemorragia** e faça um curativo protetor sobre o ferimento, usando compressas, lenço ou pano limpo. Evite o estado de choque, aplique compressas geladas ou saco de gelo no local lesado, até posterior orientação médica. Imobilize o local usando tábua, papelão, jornal ou revistas dobradas, travesseiro, manta e tiras de pano. Remova a vítima para o hospital mais próximo, após a imobilização.

Importante: não tente reduzir a fratura (colocar o osso quebrado no lugar).

• Tratamento da fratura fechada

- mobilizar a fratura mediante o emprego de talas, dependendo das circunstâncias e alinhamento do osso;
- Imobilizar também a articulação acima e abaixo da fratura para evitar qualquer movimento da parte atingida;
- Observar a perfusão nas extremidades dos membros, para verificar se a tala

ficou demasiadamente apertada;

- Verificar a presença de pulso distal e sensibilidade;
- Tranquilizar o acidentado, mantendo-o aquecido e na posição mais cômoda possível;
- Prevenir o estado de choque;
- Remover a vítima em maca;
- Transportar para o hospital.

Como em qualquer traumatismo grave, a dor e o estado psicológico (stress) podem causar o choque, devendo o socorrista preveni-lo.

Em fraturas anguladas ou em articulações não se deve tracionar. Imobilizar como estiver.

• Tratamento da fratura exposta

Este tipo de fratura é caracterizado pela hemorragia abundante, risco de contaminação, bem como lesões de grande parte do tecido. As medidas do procedimento são:

- Gentilmente, tentar realinhar o membro;
- Estancar a hemorragia, mediante emprego de um dos métodos de hemostasia;
- Não tentar recolocar o osso no interior da ferida;
- Prevenir a contaminação, mediante assepsia local, mantendo o ferimento coberto com gaze esterilizada ou com as próprias roupas da vítima (quando não houver gaze);
- Imobilizar com tala comum, no caso de fratura onde os ossos permaneçam no seu alinhamento, ou empregar a tala inflável, a qual estancará a hemorragia (tamponamento) e prevenirá a contaminação;
- Se não for possível realinhar a fratura, imobilizá-la na posição que estiver;
- Checar a presença de pulso distal e sensibilidade;
- Nos casos em que há ausência de pulso distal e/ou sensibilidade, o transporte urgente para o hospital é medida prioritária;
- Prevenir o estado de choque, tranquilizando a vítima e evitando que veja o ferimento;
- Remover a vítima em maca;
- Transportar a vítima para o hospital.

As fraturas e deslocamentos na região do ombro (clavícula, omoplata e cabeça de úmero) devem ser imobilizadas com bandagem.

• Fratura de clavícula:

Manifesta-se com dor intensa no local da fratura e o acidentado não consegue movimentar o braço do lado afetado. Sustenta-se com o outro braço na altura do cotovelo para diminuir a dor.

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso;
- Evite movimentar a região atingida;
- Coloque um chumaço de algodão ou pano dobrado entre o braço lesado e o tórax (região axilar);
- Fixe o braço de encontro ao tórax, usando duas faixas de pano;
- Amarre o antebraço com uma tipóia (lenço triangular ou tira);
- Procure um médico.

• Fratura de braço:

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso;
- Evite movimentar a região atingida;
- Coloque um chumaço de algodão ou pano dobrado entre o braço lesado e o tórax (região axilar);
- Proteja a face externa do braço com uma tala, do ombro ao cotovelo;
- Fixe o braço assim protegido de encontro ao tórax, usando duas faixas de pano;
- Ampare o antebraço com tipóia (lenço triangular ou tira)
- Procure um médico.

• Fratura de antebraço:

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso;
- Evite movimentar a região atingida;
- Dobre o antebraço, mantendo o polegar voltado para cima;
- Proteja a região a ser imobilizada com algodão ou pano limpo;
- Coloque duas talas nas faces interna e externa do antebraço, ultrapassando o cotovelo e os dedos,
- Ampare o antebraço com uma tipóia (lenço triangular ou tira);
- Procure um médico.

• Fratura de coxa (fêmur):

Como se manifesta:

- Dor intensa agravada pela movimentação;
- Dificuldade ou incapacidade de movimentação;
- Posição anormal da região atingida, podendo ocorrer rotação do pé.

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso e em decúbito dorsal (deitada de costas);
- Proteja todo o membro com um pano ou algodão;
- Imobilize o membro fraturado na posição encontrada;
- Coloque duas talas, uma ao longo de toda a face externa, do tornozelo até a axila (na falta de uma tala use cabo de vassoura, guarda chuva, ripa ou tábua) e a outra na face interna, do tornozelo à virilha;
- Procure um médico.

• Fratura de joelho:

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso e em decúbito dorsal (deitada de costas);
- Proteja todo o membro com um pano ou algodão, preenchendo o vão do joelho para firmar a articulação;
- Coloque uma tala na face posterior (atrás) da perna, do calcanhar até à parte superior da coxa (na falta da tala use ripa ou tábua);
- Procure um médico.

• Fratura de tornozelo:

Como proceder:

- Imobilize como se fosse fratura de perna.

• Fratura do pé:

Como proceder:

- Remova (se possível) cuidadosamente o calçado da vítima;
- Proteja a região atingida, até o meio da perna, com pano ou algodão;
- Imobilize o pé e parte da perna, utilizando o próprio sapato, revista, tábua ou travesseiro;
- Procure um médico.

• Fratura de coluna vertebral:

Como se manifesta:

- Dor no local após forte traumatismo;
- Dormência nos membros.

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso absoluto;
- Evite estado de choque;
- Utilize uma superfície dura, maca, tábua, porta, etc., para o transporte do acidentado;
- Solicite ajuda de pelo menos cinco (05) pessoas, totalizando com você seis (06) pessoas, para transferir o acidentado, do local onde foi encontrado, para a maca;
- Movimente o acidentado como um bloco, isto é, desloque todo o corpo ao mesmo tempo, evitando mexer separadamente a cabeça, o pescoço, o tronco, os braços e as pernas;
- Imobilize o acidentado em decúbito dorsal (deitado de costas) ou em decúbito ventral (deitado de barriga para baixo), preenchendo as curvaturas do corpo com panos dobrados, a fim de evitar a movimentação da coluna;
- Evite paradas bruscas do veículo, durante o transporte;
- Solicite, sempre que possível, a assistência de um médico na remoção da vítima.

Importante: a movimentação inadequada poderá causar aos acidentados danos irreparáveis (lesão medular).

• Fratura de costela:

Como se manifesta:

- Dor local agravada com os movimentos respiratórios.

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso em posição confortável;
- Procure um médico.

• Fratura de pelve/bacia:

Como se manifesta:

- Dor local após forte traumatismo, que se agrava com a movimentação.

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso absoluto e em decúbito dorsal;
- Utilize superfície dura, maca, tábua, porta, etc., para o transporte do acidentado.
- Solicite a ajuda de pelo menos cinco (05) pessoas para transferir o acidentado, do local em que foi encontrado, para a maca.

Importante: ao detectar uma fratura, deve-se avisar imediatamente a direção da UP e chefia de segurança sobre a necessidade de remoção e encaminhamento ao serviço de saúde de referência.

9. Contusão

Lesão produzida nos tecidos por uma pancada, sem que haja rompimento da pele.

Como se manifesta:

- Dor e edema (inchaço) no local.

Como proceder:

- Evite movimentar a região atingida e aplique compressas frias ou saco de gelo no local atingido. Procure médico se necessário.

Importante: uma contusão pode acarretar em hemorragia interna, fraturas ou outras lesões graves. **NÃO PERCA TEMPO.**

10. Distensão muscular

É a lesão provocada no músculo, por movimento brusco e violento.

Como se manifesta:

- Dor intensa à movimentação e contração da musculatura atingida.

Como proceder:

- Evite movimentar a região lesada, aplique compressas geladas ou saco de gelo no local. Procure o médico se necessário.

11. Luxações

É o deslocamento da extremidade de um osso em sua articulação.

Como se manifesta:

- Dor violenta, deformação local, edema, hiperemia e impossibilidade de movimentação.

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso e evite movimentar a região lesada.
- Imobilize o local usando tábua, papelão, jornal ou revistas dobradas, travesseiro, manta e tiras de pano. Proteja a região lesada usando algodão ou pano, a fim de evitar danos à pele.
- Faça a imobilização de modo que o aparelho atinja as duas articulações próximas à lesão.
- Amarre as talas com ataduras ou tiras de pano com firmeza, sem apertar, em 4 pontos: acima e abaixo do local da região lesada; acima e abaixo das articulações próximas a região lesada.
- Remova a vítima para o hospital mais próximo, após a imobilização.

Importante: não tente colocar o osso no lugar.

12. Entorses

É a separação momentânea das superfícies ósseas na articulação.

Como se manifesta:

- Dor intensa à movimentação e edema (inchaço) local.

Como proceder:

- Evite movimentar a região atingida e aplique compressas geladas ou saco de gelo no local lesado, até posterior orientação média.
- Imobilize o local usando tábua, papelão, jornal ou revistas dobradas, travesseiro, manta e tiras de pano. Proteja a região lesada usando algodão ou pano, a fim de evitar danos à pele.

- Faça a imobilização de modo que o aparelho atinja as duas articulações próximas à fratura.
- Amarre as talas com ataduras ou tiras de pano com firmeza, sem apertar, em 4 pontos: acima e abaixo do local da região lesada; acima e abaixo das articulações próximas a região lesada.
- Remova a vítima para o hospital mais próximo, após a imobilização.

Importante: não use compressas quentes nas primeiras 24 horas. Não faça fricção nem procure “esticar” a região lesada. O entorse é um traumatismo que sempre exige orientação médica.

13. Fratura de crânio

Como se manifesta:

- Perda de sangue pelas narinas ou ouvidos;
- Inconsciência ou não;
- Náuseas e vômitos podem surgir imediatamente ou horas após o acidente.

Como proceder:

- Mantenha a vítima em repouso e recostada;
- Aplique compressas geladas ou sacos de gelo na região atingida;
- Evite o estado de choque;
- Inicie a respiração de socorro, em caso de parada respiratória;
- Execute a massagem cardíaca externa, associada à respiração de socorro, se a vítima apresentar ausência de pulso e pupilas dilatadas.
- Envolve o pescoço da vítima com pano até oferecer apoio à cabeça e coloque lateralmente travesseiros ou almofadas, a fim de impedir movimentos para os lados;
- Remova imediatamente a vítima para o hospital mais próximo.

Importante: toda vítima com traumatismo de crânio necessita de assistência médica imediata, avise a direção e a chefia de segurança sobre a necessidade de remoção imediata. Não perca tempo.

14. Escala de Glasgow

A escala compreende três testes: respostas de abertura ocular, fala e capacidade motora. Os três valores separadamente, assim como sua soma, são considerados.

	1	2	3	4	5	6
Ocular	Não abre os olhos	Abre os olhos em resposta a estímulo de dor	Abre os olhos em resposta a um chamado	Abre os olhos espontaneamente	N/A	N/A
Verbal	Emudecido	Emite sons incompreensíveis	Pronuncia palavras inapropriadas	Confuso, desorientado	Orientado, conversa normalmente	N/A
Motor	Não se movimenta	Extensão a estímulos dolorosos	Flexão anormal a estímulos dolorosos	Flexão / Reflexo de retirada a estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	Obedece a comandos

A escala de coma de Glasgow é um instrumento de avaliação e diagnóstico, servindo para acompanhamento do estado neurológico da vítima, uniformizando padrões clínicos mundiais sobre a vítima. Para tanto, são atribuídos valores numéricos às seguintes respostas da vítima: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. A pontuação somada em cada um destes itens reflete o status neurológico da vítima.

A pontuação mínima é 03 e a máxima 15: quanto menor a pontuação mais grave é a lesão, quanto maior a pontuação melhor é o estado da vítima. Se a pontuação for menor ou igual a 08, a vítima é considerada em estado de coma.

15. Asfixia

Se o objeto estiver preso no nariz:

- Peça para que a pessoa respire pela boca.
- Observe a localização do objeto. Se ele não tiver sido introduzido até o fundo, tente pressionar a base do nariz (no alto, próximo aos olhos) e empurrar o objeto para baixo.
- Se isso não funcionar ou o objeto estiver alojado no fundo, procure socorro médico. Não tente forçar: você pode machucar a pessoa ou, pior, pressionar o objeto ainda mais para dentro.

Se a pessoa engasgou e respira sem dificuldades:

- Espere a pessoa tossir. A própria pressão do ar pode expulsar a comida para fora.
- Você pode ajudar a expelir o objeto, dando tapas nas costas da pessoa: coloque-se atrás dela e faça a pessoa curvar para frente. Dê os tapas no alto das costas. Cuidado com a força aplicada.
- Uma manobra de compressão também pode ajudar. Coloque-se por trás e junte suas mãos entre a cintura e fim das costelas do engasgado. Aplique pressão rápida e seguidamente.
- Não tente virar a pessoa de cabeça para baixo para forçar a saída do objeto (uma bala engolida por uma criança, por exemplo). Isso pode piorar o engasgo, especialmente se ocorrer vômito.

Se a pessoa engasgou e não consegue respirar:

- Observe se a vítima começa a sentir falta de ar. Ela ficará desesperada e começará a ficar roxa. Se isso acontecer, o caso é grave, pois o objeto está obstruindo a passagem de ar.
- Se o objeto for pontiagudo, não se deve fazer nada: apenas procurar socorro médico imediato.
- Em outro caso, a solução é provocar o vômito, forçando com isso a saída do objeto. Isto é conseguindo colocando seu dedo na garganta da vítima.
- Se isso não funcionar, procure socorro médico imediato.

16. Convulsões

Doença que se caracteriza por estado convulsivo, acompanhado ou não de inconsciência, tem duração média de 03 a 10 minutos.

Possíveis causas:

- Epilepsia;
- Intoxicações;
- Estados febris;
- Espasmofilia;
- Encefalite;
- Tumores cerebrais;
- Neurosífilis.

O que fazer:

- Mantenha a calma, nada pode interromper um ataque já iniciado;
- Testar os reflexos de dor;
- Cuidar para que a vítima não morda a língua;
- Cuidar para que a vítima não sufoque com a língua ou secreções;
- Proteger a vítima durante a convulsão, principalmente a cabeça;
- Coordenar a movimentação da vítima sem segurá-la firmemente;
- Afrouxar as roupas;
- Tranquilizar a vítima e monitorar seus sinais vitais.

Epilepsia não é contagiosa e o contato com o doente não acarreta em risco para o socorrista.

17. Desmaio

O desmaio consiste na perda transitória da consciência e da força muscular, fazendo com que o paciente caia no chão. Pode ser causado por vários fatores, como a subnutrição, o cansaço, excesso de sol, stress. Pode ser precipitado por nervosismo, angústia e emoções fortes, além de ser intercorrência de muitas outras doenças.

Identificação:

- Tontura;
- Sensação de mal-estar;

- Pele fria, pálida e úmida;
- Suor frio;
- Perda da consciência.

Tratamento:

Diante de um indivíduo que sofreu desmaio, devemos proceder da seguinte maneira:

- Arejar o ambiente;
- Afrouxar as roupas da vítima;
- Deixar a vítima deitada e, se possível, com as pernas elevadas;
- Não permitir aglomeração no local para não prejudicar a vítima.

18. Crise epiléptica

A epilepsia é uma doença do sistema nervoso central que se caracteriza por causar crises de convulsões (ataques) em sua forma mais grave.

Os ataques e convulsões se caracterizam por:

- Queda abrupta da vítima;
- Perda da consciência;
- Contrações de toda a musculatura corporal;
- Aumento da atividade glandular com salivação abundante e vômitos.

Pode ainda ocorrer o relaxamento dos esfíncteres com micção e evacuação involuntárias. Ao despertar, o doente não se recorda de nada do que aconteceu durante a crise e sente-se muito cansado, indisposto e sonolento.

A conduta do socorrista no ataque epilético consiste, principalmente, em proteger o doente e evitar complicações. Deve-se deitar o paciente com roupas leves e desabertadas (as contrações musculares aumentam a temperatura corpórea) e virá-lo de lado para que não aspire as secreções ou o vômito para os pulmões.

Um cuidado especial deve ser dado à boca, pois o doente pode ferir-se, mordendo a língua ou as bochechas. Para tanto, interpõe-se um calço (pedaço de pano, por exemplo) entre os dentes superiores e inferiores, impedindo que eles se fechem. Esta manobra, entretanto, deve ser cuidadosa, pois o socorrista poderá ser mordido, ou o objeto poderá causar obstrução respiratória. Cessada a crise, que dura de 1 a 5 minutos, o doente deverá receber limpeza corpórea, ingerir líquidos e repousar em ambiente silencioso.

É preciso que os curiosos sejam afastados do local, pois esta doença acarreta um grande senso de inferioridade e a presença de estranhos apenas contribui para a acentuação do problema psicológico.

Deve-se orientar o paciente para voltar a procurar o médico, pois haverá necessidade de ajustar a dose da droga em uso.

19. Queimadura

Pessoas com queimaduras profundas podem correr sério risco de vida. Quanto maior a extensão, maior os perigos para a vítima. Existem diferentes graus de lesão. Leve em conta que uma pessoa pode apresentar, ao mesmo tempo, queimaduras de terceiro, segundo, e primeiros graus – e cada tipo de lesão pede um socorro específico.

É proibido passar gelo, manteiga ou qualquer coisa que não seja água fria no local, em qualquer caso. Também não se deve estourar bolhas ou tentar retirar a roupa colada à pele queimada.

O que não se deve fazer:

- Passar pasta de dente, pomadas, ovo, manteiga, óleo de cozinha. Apenas água fria é permitida. Gelo também não pode;
- Furar as bolhas;
- Retirar pele morta;
- Arrancar a roupa grudada na área queimada;
- Apertar o ferimento.

• Primeiro grau:

As queimaduras deste tipo atingem apenas a epiderme, que é a camada mais superficial da pele. O local fica vermelho, um pouco inchado, e é possível que haja um pouco de dor. É considerada queimadura leve, e pede socorro médico apenas quando atinge grande extensão do corpo.

• Segundo grau:

Já não é superficial: epiderme e derme são atingidas. O local fica vermelho, inchado e com bolhas. Há liberação de líquidos e a dor é intensa. Se for um ferimento pequeno, é considerada queimadura leve. Nos outros casos, já de gravidade mode-

rada. É grave quando a queimadura de segundo grau atinge rosto, pescoço, tórax, mãos, pés, virilha e articulações, ou uma área muito extensa do corpo.

Como socorrer vítimas de queimadura de primeiro e segundo grau:

- Use água, muita água. É preciso resfriar o local. Faça isso com água corrente, um recipiente com água fria ou compressas úmidas. Não use gelo.
- Depois de cinco minutos, quando a vítima estiver sentindo menos dor, seque o local, sem esfregar.
- Com cuidado de não apertar o local, faça um curativo com uma compressa limpa.

Em casos de queimadura de primeiro grau – e apenas nesse caso – é permitido e recomendável beber bastante água e tomar um remédio que combata a dor.

• Terceiro grau:

Qualquer caso de queimaduras de terceiro grau é grave: elas atingem todas as camadas da pele, podendo chegar aos músculos e ossos. Como os nervos são destruídos, não há dor – mas a vítima pode reclamar devido a outras queimaduras, de primeiro e segundo grau, que tiver. A aparência deste tipo de ferimento é escura (carbonizada) ou esbranquiçada.

Como socorrer vítimas de queimaduras de terceiro grau:

- Retire acessórios e roupas, porque a área afetada vai inchar. Atenção: se a roupa estiver colada à pele queimada, não mexa!
- É preciso resfriar o local. Faça isso com compressas úmidas. Não use gelo.
- Nas queimaduras de terceiro grau pequenas (menos de cinco centímetros de diâmetro) – só nas pequenas! – você pode usar água corrente ou um recipiente com água fria. Cuidado com o jato de água – ele não deve causar dor nem arrebentar as bolhas.
- Atenção: a pessoa com queimadura de terceiro grau pode não reclamar de dor e, por isso, se machucar ainda mais – como dizer que o jato de água não está doendo, por exemplo.
- Se a queimadura tiver atingindo grande parte do corpo, tenha o cuidado de manter a vítima aquecida.
- Com o cuidado de não apertar o local, faça um curativo com uma compressa limpa. Em feridas em mãos e pés, evite fazer o curativo você mesmo, porque os dedos podem grudar um nos outros. Espere a chegada ao hospital.
- Não ofereça medicamentos, alimentos ou água, pois a vítima pode precisar tomar anestesia e, para isso, estar em jejum.

- Não perca tempo em remover a vítima ao hospital. Ela pode estar tendo dificuldades para respirar.

• **Insolação e intermação**

São acidentes resultantes da ação contínua e prolongada do calor sobre o organismo.

Insolação:

Causada por excesso de sol diretamente sobre o indivíduo.

Internação:

Causada por calor em locais abrigados do sol e pouco arejados.

Sinais e sintomas:

- Elevação da temperatura corporal;
- Insuficiência respiratória, com respiração acelerada e difícil;
- Tonturas;
- Enjoo e vômito;
- Cianose;
- Dores de cabeça;
- Casos graves podem evoluir para convulsão e inconsciência.

O que fazer:

- Remova a vítima para local arejado e fresco;
- Deite a vítima de costas, mantendo a cabeça e ombros elevados;
- Afrouxe as roupas e molhe o corpo com água fria;
- Recupere o líquido perdido pelo suor;
- A temperatura deve baixar gradativamente, evitando-se alterações bruscas.

20. Choque elétrico

Resulta do contato da vítima com material condutor de corrente elétrica.

O efeito depende de fatores como:

- Tipo de corrente (alternada ou contínua);
- Voltagem;
- Duração do contato;
- Resistência oferecida pelo corpo (tipo de calçado, etc.).

Quando o acidente for com corrente de alta tensão:

- Não tente desligar a corrente, chame a companhia de energia elétrica;
- Mantenha-se afastado do mínimo 4 ou 5 metros;
- Não deixe nenhum curioso aproximar-se da vítima.

Sinais e sintomas:

- Contrações;
- Queimadura no local do contato;
- Parada cardíaca e/ou respiratória (pode haver).

O que fazer:

- Afaste a fonte de eletricidade da vítima ou a vítima do local, usando sempre material não condutor de eletricidade, lembre-se de que água (material molhado) e metais são ótimos condutores;
- Verifique sinais vitais (RCP se necessário);
- Tratar de possíveis queimaduras.

21. Hemorragias

A hemorragia é definida como uma perda aguda de sangue circulante. Normalmente o volume do sangue corresponde a 7% do peso corporal no adulto. Por exemplo, um homem de 70 quilos tem aproximadamente 5 litros de sangue. Na criança o volume é 8 a 9% do peso corporal. As hemorragias podem ser internas ou externas.

• Hemorragia interna:

Na hemorragia interna o sangue não é visível e pode ser devido a lesões traumáticas de vísceras.

Suspeitar quando existe:

- Acidente por desaceleração;
- Ferimento por projétil de arma de fogo, faca ou estilete, principalmente no tórax e abdome.

Diagnóstico:

- Pulso rápido e fraco;

- Palidez da pele e mucosas;
- Sudorese profunda;
- Pele fria.

Seqüência de atendimento:

- Deitar a vítima;
- Se não houver contra-indicação, elevar os membros inferiores;
- Verificar V.R.C.N. (vias aéreas, respiração, circulação, sistema nervoso);
- Transportar a vítima ao hospital.

• Hemorragia externa:

A hemorragia externa, visível ao exame primário do paciente, deve ser prontamente controlada pela pressão direta sobre o local do sangramento em ferimentos superficiais. Nos ferimentos profundos com hemorragia devemos tomar as seguintes medidas:

Seqüência de atendimento:

- Deitar a vítima;
- Cobrir o ferimento com gaze ou pano limpo;
- Pressionar o local com firmeza;
- Se o ferimento for em membros, elevar o membro ferido;
- Caso não haja controle, pressionar diretamente as artérias que nutrem o membro afetado (auxilia no MS ou femoral no MI) nos locais os quais elas se situam logo abaixo da pele;
- Caso não cesse, após as manobras precedentes, aplicar torniquete nos braços e pernas (somente é usado quando as manobras acima citadas não dão resultado);
- Transportar a vítima ao hospital.

• Hemorragia nasal:

A hemorragia nasal ou epistaxe é causada pela ruptura dos vasos da mucosa nasal, que pode ser produzida por traumatismos, hipertensão arterial etc.

Nestes casos, devemos colocar a vítima com a cabeça inclinada para trás, deixando-a nesta posição por 5 minutos e fazendo compressão com os dedos nas narinas. Caso a hemorragia não cesse com esta manobra, o paciente deve ser conduzido a um hospital.

22. Acidente loxoscélico (picada de aranha marrom)

• Característica da aranha:

As aranhas do gênero *Loxosceles* são aranhas pequenas, de tonalidade amarronzada (daí serem conhecidas como aranhas marrons), podendo atingir 1 cm de corpo e até 3 cm de envergadura de pernas. Têm hábitos noturnos e alojam-se em lugares quentes e secos: atrás de quadros, móveis, cortinas, rodapés, nas frestas em geral, em roupas penduradas, roupas de cama e de banho, em locais pouco frequentados ou empoeirados, em meio de entulhos, materiais de construção, buracos de tijolos, paredes e muros velhos.

Não são aranhas agressivas, picando somente quando se sentem ameaçadas, portanto picam quando são pressionadas contra o corpo da vítima.

• Quadro clínico:

A picada é praticamente imperceptível e raramente se evidencia lesão imediata. Os sintomas locais evoluem lentamente, e nas primeiras horas lembram picada de inseto, sendo por isso pouco valorizados, tanto pelo paciente como pelo profissional de saúde.

A picada pode evoluir de 2 formas clínicas:

• Forma cutânea:

Em Curitiba e região Metropolitana, representa 99% dos casos. De instalação lenta e progressiva, no início do envenenamento é caracterizada por dor em queimação, edema endureado e eritema no local da picada.

Os sintomas locais se acentuam nas primeiras 24 a 72 horas após o acidente, podendo variar sua apresentação:

- Lesão incaracterística: bolha de conteúdo seroso, edema, rubor e prurido, com ou sem dor em queimação.
- Lesão sugestiva: equimose, endureação e dor em queimação.
- Lesão característica: ponto de necrose, necrose, bolha hemorrágica, isquemia (nas primeiras horas), placa marmórea (lesões hemorrágicas focais mescladas com áreas pálidas de isquemia).
- Forma edematosa:

Picadas em tecido frouxo, como a face, apresentam edema exuberante. Podem ocorrer alguns sintomas associados, como:

- Cefaléia
- Astenia
- Mialgia
- Febre alta nas primeiras 24 horas
- Exantemas morbiliforme com prurido generalizado (*rash* cutâneo)
- Petéquias
- Náuseas
- Vômitos
- Visão turva
- Diarréia
- Sonolência
- Obmubilação
- Irritabilidade
- Coma.

Estes sintomas podem acompanhar tanto as formas moderadas como as de envenenamento grave.

• **Forma cutâneo-visceral (hemolítica):**

Raramente evidenciada em nossa região, além do comprometimento cutâneo, observam-se manifestações clínicas em virtude de hemólise intravascular, como anemia, icterícia e hemoglobinúria, que se instalam geralmente nas primeiras 36 horas. Estes quadros podem ser acompanhados de petéquias e equimoses, relacionadas à coagulação intravascular disseminada (CIVD). Esta forma é descrita com frequência variável de 1 a 13% dos casos, dependendo da região e da espécie da aranha envolvida.

Os casos graves podem evoluir para insuficiência renal aguda, de etiologia multifatorial (diminuição da perfusão renal, hemoglobinúria e CIVD), principal causa de óbito no loxoscelismo.

Crítérios para a confirmação de casos de loxoscelismo.

- O paciente sentiu a picada e viu a aranha
- O paciente não viu a aranha e não sentiu a picada:
- Apresenta lesão característica (placa marmórea ou necrose/ponto necrótico ou bolha hemorrágica, posteriores à dor em queimação, edema, endureção, eritema ou equimose).

Apresenta a forma cutâneo-visceral:

- Lesão (dor, edema, eritema com ou sem endureção e equimose)
- Manifestações sistêmicas
- Laboratório sugestivo de hemólise (aumento de reticulócitos (>3.0), diminuição do VG, diminuição da Hb, aumento das bilirrubinas), sugestivo de insuficiência renal (creatinina e uréia altas), sugestivo de alteração da função hepática (transaminases e bilirrubinas altas) ou sugestivo de coagulopatia de consumo.

Apresenta lesão sugestiva ou incomum (equimose com endureção e dor em queimação, bolha de conteúdo seroso, edema, rubor e prurido com ou sem dor em queimação).

- Rush cutâneo
- Manifestações sistêmicas sugestivas de loxoscelismo: cefaléia (principalmente nuca), tontura, edema.
- Não existem exames laboratoriais, neste caso é necessário discutir o caso com o Centro de Controle de Envenenamentos-CCE e acompanhar a evolução, diariamente, até 72 horas quando o quadro de envenenamento se define.

Atenção: em todas as situações apresentadas acima, devem ser valorizadas as informações epidemiológicas:

- Circunstâncias do acidente (dormindo, arrumando papéis, entulhos, etc);
- Local da picada (extremidades ou locais cobertos do corpo, como tronco e coxas);
- Ambiente intra ou extra domiciliar;
- Tempo de evolução (correlacionar a lesão com o tempo decorrido desde a picada);
- Não esquecer que o diagnóstico se faz, principalmente, pelos achados cutâneos, já que é muito difícil encontrar e identificar a aranha;
- A dor no local da picada, em queimação, aparece 2 a 20 horas após o acidente.

• Estadiamento

Com base nas alterações clínico - laboratoriais e na identificação do agente causal, o acidente loxoscélico pode ser classificado em:

- **Leve:** observa lesão incomum, sugestiva ou característica (ponto necrótico), sem alterações clínicas ou laboratoriais. A identificação da aranha causadora do acidente é fundamental nestes casos para a confirmação do envenenamento, exceto quando presente o ponto de necrose. O paciente deve ser acompanhado diariamente pelo menos 72 horas, uma vez que a

mudança nas características da lesão ou presença de manifestações sistêmicas exigem reclassificação do envenenamento.

- **Moderado:** o critério fundamental baseia-se na presença de lesão sugestiva acompanhada de rash cutâneo, ou lesão característica com menos de 3 cm de diâmetro, mesmo sem a identificação do agente causal, podendo ou não haver alterações sistêmicas do tipo rash cutâneo, cefaléia, mialgia e outros.

- **Grave:** caracteriza-se pela presença de lesão característica com mais de 3 cm de diâmetro (forma cutânea grave), e/ou alterações clínico - laboratoriais indicativas de hemólise intravascular (palidez, icterícia e anemia aguda que se evidencia 36 a 72 horas depois do acidente) caracterizando a forma cutânea visceral.

Atenção: a extensão do eritema não é significativa para a avaliação da gravidade da lesão e sim a área de isquemia, placa marmórea e/ou bolha hemorrágica.

A classificação da gravidade do caso deve considerar o período de evolução das lesões. É importante lembrar que a lesão se delimita em torno de 72 horas, razão pela qual o paciente deve ser reavaliado a cada 24 horas.

• Tratamento:

- **Soroterapia:** depende da classificação de gravidade. O soro é eterólogo, de origem equina, e, portanto não é um tratamento isento de riscos. Sua indicação depende da gravidade e da avaliação do risco benefício de cada caso. O antiveneno tem como finalidade neutralizar o veneno circulante e não tem benefício quando o veneno já se fixou nos receptores da membrana celular, portanto, o paciente deve ser avaliado a cada 12 horas, nas primeiras 36 horas, período onde a soroterapia traz benefícios.

- **Corticoterapia:** Utiliza-se a Prednisona por via oral na dose de 40 a 60 mg/dia durante 5 a 10 dias, dependendo da gravidade do caso. Está especialmente indicada na forma cutânea moderada, sendo, também, indicada nas formas graves associada à soroterapia. Ressalta-se que a maior eficácia da corticoterapia ocorre se indicada precocemente, de preferência, até 48 horas após o acidente.

• Medidas de suporte

Para manifestações locais:

- Drenagem postural;
- Profilaxia do tétano;
- Analgesia;
- Anti inflamatórios hormonais tópicos como a dexametasona (creme 3 vezes/

- dia) podem ser indicados desde que não haja sinal de infecção secundária;
- Aplicação de compressas frias auxiliam no alívio da dor local;
 - Limpeza periódica da ferida é fundamental para que haja uma rápida cicatrização. A lesão deverá ser lavada pelo menos 4 vezes ao dia com sabão neutro;
 - Nos casos sem ulceração, também podem ser aplicadas compressas de KMnO_4 -1:40.000 (1 comprimido em quatro litros de água) por 5 a 10 minutos, 2 vezes ao dia, como profilático de infecção secundária;
 - Aguardar o descolamento espontâneo do tecido necrosado que ocorre, em geral, 2 a 6 semanas após o acidente;
 - Nos casos de ulceração (após o descolamento do tecido necrosado), proceder à limpeza com solução fisiológica, realizando curativo oclusivo para proteger a lesão de contaminação até a formação de crosta;
 - Havendo infecção secundária, é indicado o uso de antibiótico sistêmico visando a cobertura para patógenos de pele;
 - Tratamento cirúrgico pode ser necessário, no manejo de lesões infectadas, úlceras e para correção das cicatrizes.

Para manifestações sistêmicas:

- Mialgia: analgésicos como a dipirona ou paracetamol;
- Prurido: anti-histamínico como a dexclorfeniramina 0,5 mg/kg, 3 vezes ao dia, enquanto persistirem os sintomas;
- Transfusão de sangue ou concentrado de hemácias nos casos de anemia intensa;
- Manejo de insuficiência renal deve ser feito em ambiente hospitalar.

Orientações ao paciente

- Aumentar a ingestão de líquidos;
- Não manusear, nem espremer a lesão;
- Não colocar produtos caseiros;
- Evitar stress físico, quando os sintomas gerais e/ou locais forem intensos;
- Manter a lesão limpa;
- Evitar o calor ambiente (exposição ao sol, banhos quentes etc.);
- Retornar diariamente, conforme gravidade do envenenamento (leve: durante 2 dias, moderado: durante 5 dias e grave: encaminhar ao Centro de Controle de Envenenamentos);
- Retornar imediatamente no caso de piora do quadro.

A soroterapia está disponível nos Serviços de Urgência e Emergência Municipais

Fone: Centro de Envenenamento de Curitiba 0800-410148/3637820

V – PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS, CLÍNICOS E A ORGANIZAÇÃO DOS SETORES DE SAÚDE



1. Procedimentos administrativos

1.1 Triagem e consulta de enfermagem:

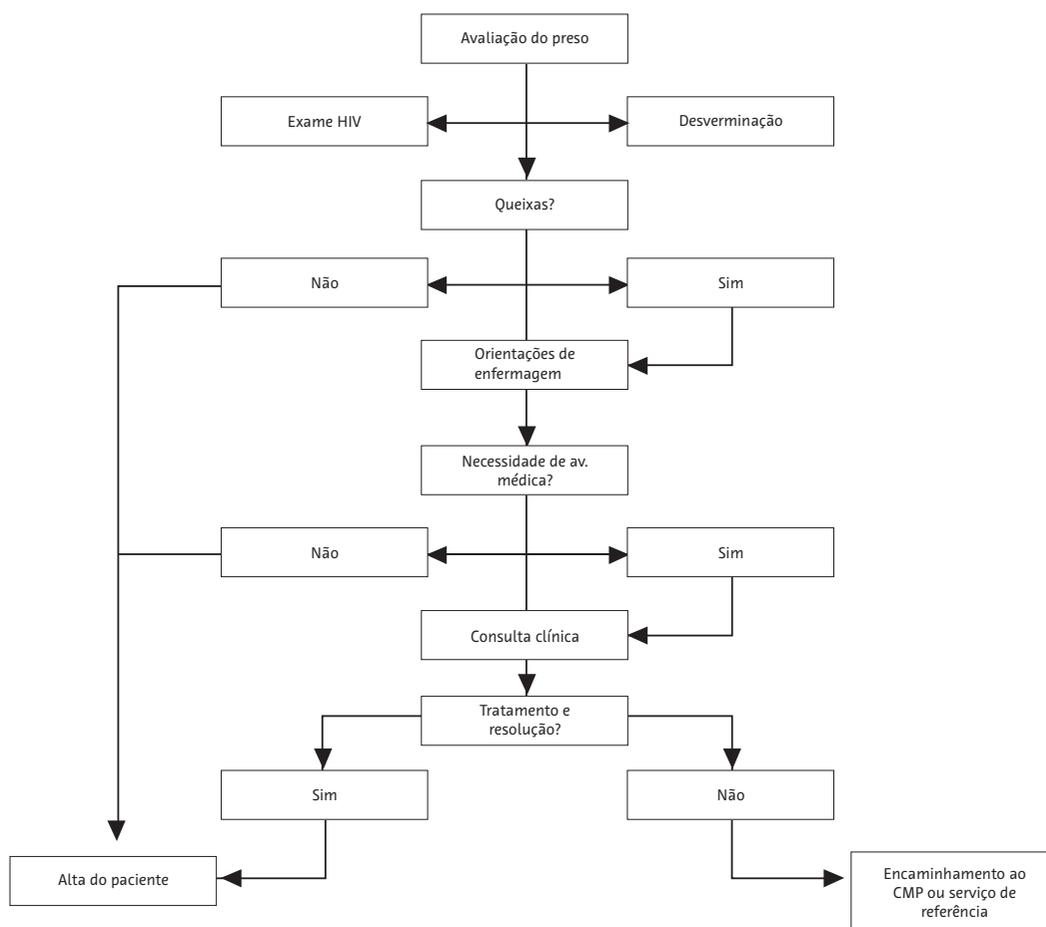
• Triagem:

É realizada quando o detento chega ao Sistema Penitenciário, para a avaliação das condições de saúde e detecção de doenças pré-existentes, para resguardo do Sistema, e posteriores tratamentos.

• Como protocolo, realizar:

- Preenchimento completo e corretamente do formulário de avaliação do serviço de enfermagem, triagem ;
- Desverminação, caso o mesmo já não tenha feito, com Albendazol 01 comprimido ao dia durante 03 dias e repetir tratamento após 07 dias (A 1ª dose deve ser tomada já no ato da triagem);
- Oferecer o exame anti-HIV, marcadores de hepatites e outros exames e procedimentos definidos no Plano Operativo de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado do Paraná;
- Realização das vacinas: as vacinas dupla tetânica (dT) e Hepatite B deverão ser realizadas, preferencialmente, no Centro de Observação e Triagem (COT) nas UP's de Curitiba e região metropolitana, conforme calendário de vacina (anexo III).

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE



• Consulta de enfermagem

É realizada quando o detento tem alguma queixa de saúde, para avaliação da sintomatologia e posterior encaminhamento, se necessário, à consulta médica. Como protocolo, realizar:

- Identificação: Nome, idade, nº prontuário;
- Anamnese e histórico de saúde;
- Aferição dos sinais vitais (se necessário);
- Queixa principal;
- Avaliação e Conduta;
- Encaminhamento (se necessário).

• Lançamentos no SPR

É obrigação de todo o profissional técnico realizar o registro de atendimento no SPR, conforme normas do DEPEN-PR, ficando o treinamento sob responsabilidade da ESPEN – Escola Penitenciária.

Cabe ao DEPEN- PR subsidiar com materiais, equipamentos e suporte técnico para tal.

1.2 Escoltas externas

As escoltas a hospitais e consultas clínicas eletivas ou pré-agendados dos presos deverão ser acompanhadas, preferencialmente, por um auxiliar de saúde ou técnico de enfermagem. Urgências e emergências deverão ser encaminhadas a qualquer momento, mesmo sem a presença do profissional de saúde.

Não são de responsabilidade do Setor de Saúde as escoltas a outros serviços, tais como idas à VEP, INSS, audiências etc.

Importante: no caso em que houver necessidade de internamento hospitalar, a supervisão do preso fica na responsabilidade da Polícia Militar.

Os casos que necessitem de encaminhamento para o CMP, faz-se mister contato prévio e, em alguns casos, como por exemplo, hemodialisados, assegurar-se primeiro da existência da vaga para o procedimento de alto custo. O preso ainda deverá vir acompanhado de todos os documentos de informação do seu estado de saúde.

1.3 Cadeirantes

Os presos portadores de próteses e cadeiras de rodas deverão cumprir a pena na unidade penal para a qual foi designado, desde que a mesma apresente estrutura física adequada para tal.

1.4 Fluxo de referência e contra-referência para média e alta complexidade:

Considerando que os procedimentos nas unidades de saúde penitenciária são prioritariamente de natureza da atenção básica, à exceção do CMP, que possui uma infraestrutura de saúde com características de internamento psiquiátrico e atendimento ambulatorial, será adotado o estabelecimento de fluxo de referência para as ações de média e alta complexidade que se fizerem necessárias (ambulatorial especializada, hospitalar e exames especializados) conforme descrito abaixo:

- As unidades penais localizadas na região metropolitana de Curitiba podem usufruir do serviço de laboratório, radiologia e fisioterapia instalado no CMP, sendo que devem ser seguidos rigorosamente os critérios definidos para suprir a demanda.
- Caso haja necessidade de encaminhamento do preso para serviço especializado, o médico da unidade penal deverá solicitar, com critérios, o encaminhamento para serviço especializado, preenchendo detalhadamente a ficha de referência e justificando o pedido. Enviar a solicitação ao Setor de Agendamento e Escoltas do CMP para as devidas providências (ver protocolo de normas de agendamento)
- As unidades do interior deverão seguir os módulos assistenciais definidos pela SMS e normativas internas.

1.5 Prontuário de saúde penal

Cada unidade penal registrará o histórico, diagnóstico, tratamento e evolução da clientela atendida em prontuário. Deverá ser utilizado neste procedimento o número do cartão de saúde para 100% dos prontuários. No prontuário deverão constar as seguintes informações: identificação e anamnese do paciente, evolução e prescrição médica, de enfermagem e por parte de outros profissionais de saúde, em letra legível, assinados, identificados e datados, resultados de exames laboratoriais e outros auxiliares, registro de resumo e de alta, sinais vitais, intercorrências etc. Anexos ao prontuário deverão constar as interconsultas com outros serviços.

2. Procedimentos Clínicos

2.1 Óbito

- **Morte natural:**

- Com causa médica conhecida e com registro de histórico da doença:
- Será fornecido e preenchido o atestado de óbito se o médico estiver na UP.
- Sem diagnóstico conhecido e sem histórico da doença: o corpo deverá ser enviado para o Instituto Médico Legal (IML) para o serviço de verificação de óbito sem causa conhecida (SVO).

- **Morte violenta (esganadura, estrangulamento, ação contundente, ferimento, intoxicações, envenenamento):**

- Não violar o local.
- Notificar o distrito policial e aguardar perícia científica (Instituto de criminalística) e após a liberação do local pela polícia, o corpo deverá ser encaminhado ao IML para o serviço de morte violenta (SML).

- **Observações importantes:**

- No caso das mortes violentas, havendo sinais de vida, a equipe de saúde deve ressuscitar o preso, mesmo com violação do local;
- Havendo encaminhamento ao IML para necropsia, no caso de morte sem diagnóstico conhecido ou de morte violenta, a equipe de saúde deve preencher a ficha hospitalar de preenchimento obrigatório, que deverá acompanhar o corpo.

3. A organização dos setores de saúde

3.1 Estrutura físico-funcional dos serviços de saúde

Todas as áreas do setor de saúde devem estar adequadas à RDCnº50/02, e conter:

- Consultório médico:
- Sala de curativos e suturas
- Posto de enfermagem
- Sala de coleta de exames
- Espaço destinado à imunização e à aplicação de medicamentos

- Cella de observação
- Sala de coordenação de enfermagem
- Farmácia
- Sanitário (funcionários):
- Armazenamento (almojarifado):
- Área de dispensação
- Área de preparo
- Área para armazenagem e distribuição de material esterilizado
- Depósito de material de limpeza

• **Equipamentos de uso geral, disponíveis na unidade:**

- Esfigmomanômetro adulto
- Estetoscópio adulto
- Otoscópio
- Oftalmoscópio
- Negatoscópio
- Balança antropométrica adulto
- Balança infantil (nas UP's femininas)
- Régua antropométrica
- Termômetro clínico
- Fita métrica
- Maca
- Escada de dois degraus
- Cilindro de oxigênio
- Carrinho de curativo
- Nebulizador
- Autoclave
- Seladora
- Cadeira de rodas
- Tabua sextavada
- Colar cervical
- Lâmpada auxiliar
- Eletrocardiógrafo
- Eletrocautério
- Compressor de ar

• **Sala de coordenação de enfermagem:**

- Telefone
- Computador com acesso à internet e SPR
- Mobiliários (mesa, cadeiras, armários, etc)

• Ambientes destinados à saúde – condições organizacionais, de conservação e segurança:

- Teto íntegro, de fácil limpeza e desinfecção.
- Paredes íntegras, de fácil limpeza e desinfecção.
- Piso íntegro, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção.
- Porta de acesso com no mínimo 110cm.
- Ralo sifonado, com tampa escamoteável.
- Climatização e/ou ventilação artificial (ar condicionado) ou natural (janelas).
- Condições de segurança contra incêndio.
- Sinalização de orientação e segurança.
- Identificação das saídas de emergência.
- Tomadas de 110v e 220v aterradas e identificadas.
- Livro de ordens e ocorrências.
- Livro de registro de entrada e saída de pacientes.
- Censo diário.
- Mapa de controle de temperatura da geladeira.
- Registro de manutenção preventiva de equipamentos.
- Manual de normas técnicas e rotinas atualizadas e disponíveis.
- Almotolia identificada com tipo de solução, data de validade após o envase.
- Identificação de frascos de infusão com nome do paciente, quarto/ leito, dosagem, horário, via de administração, data e nome do responsável pelo preparo.
- Seringas preparadas com medicação identificadas com nome do paciente, quarto/ leito, dosagem, horário, via de administração, data e nome do responsável pelo preparo.
- Armazenamento e acondicionamento de material médico- hospitalar e de instrumental, em embalagem íntegra, identificados e dentro do prazo de validade de esterilização.
- Solução para desinfecção de máscaras de nebulização, identificada com data e prazo de validade.
- Guarda de medicamentos e material médico-hospitalar em local exclusivo isento de umidade, de fácil limpeza e desinfecção.
- Medicamentos e material médico-hospitalar com controle de prazo de validade e registro no MS.
- Armazenamento de medicamentos controlados em conformidade com a Portaria MS nº344/98.
- Medicamentos em uso, identificados, acondicionados e data da abertura.
- Saneantes utilizados de acordo com a Portaria nº15- DNVS/SNS/MS, de 23 de agosto de 1988.
- Descarte de resíduos sólidos e perfurocortantes em conformidade com as

rotinas da CCIH.

- O serviço é cadastrado pela SES para realização de vacinação.
- Registro em mapas diários de vacinas aplicadas.
- Fichas índice com identificação da vacina, nº lote, dosagem, data da aplicação e nome e assinatura do vacinador.
- Notificação à autoridade sanitária local a ocorrência de eventos adversos à imunização/ medicamentos.
- Notificação das doenças de notificação compulsória e de interesse da Vigilância epidemiológica à SMS.
- Desinfecção do equipamento odontológico após a utilização.

• **Consultório odontológico:**

O consultório odontológico das unidades penais deve obedecer aos seguintes requisitos considerados imprescindíveis:

Esterilização (pode ser realizada na Central de Esterilização):

- Realizar esterilização nos instrumentos que entram em contato com a cavidade bucal e com secreções corpóreas.
- Possuir autoclave com controle de temperatura e pressão.
- Obedecer às relações de tempo e de temperatura preconizados pela legislação.

Condições e quantidade de instrumentais:

- Instrumental cirúrgico em número suficiente para atendimento realizado diariamente.
- Instrumento clínico em número suficiente para atendimento realizado diariamente.
- Possuir brocas suficientes para os atendimentos diários.

Desinfecção prévia:

- Desinfecção/ descontaminação prévia com agente químico adequado antes da lavagem e da esterilização.
- Obedecer ao tempo mínimo preconizado para a imersão.
- Observar o prazo de validade da solução.

Equipamentos de proteção individual:

- Possuir protetores oculares para toda a equipe de trabalho.
- Possuir máscaras para toda a equipe de trabalho.
- Possuir luvas para toda a equipe de trabalho.
- Possuir avental para toda a equipe de trabalho.

Situação e condição dos equipamentos:

- Equipamentos de uso odontológico em estado condizente com os procedimentos executados.
- Compressor adequadamente instalado (fora da área de atendimento ou com proteção acústica).
- Aspirador de saliva e ar comprimido provido de pontas descartáveis.

Situação e condições da edificação e dos equipamentos:

- Área de atendimento delimitada por parede ou divisória até o teto, com ligação de esgoto própria para cada consultório.
- Piso de material liso, resistente e impermeável, que permita um completo processo de limpeza e completo processo de limpeza e desinfecção.
- Paredes/divisórias com acabamento liso, de cores claras, revestidas com tinta ou metal que permitam completo processo de limpeza e desinfecção.
- Ligação hidráulica com entrada e saída de água.
- Eliminar focos de insalubridade (vasos ou aquários, por exemplo), na sala de procedimentos.
- Instalar portas e janelas com superfície lisa, de fácil limpeza.
- Prover sala de procedimentos com iluminação que permita boa visualização do campo de trabalho.
- Prover a sala de procedimentos com ventilação suficiente, oferecendo conforto térmico.
- Embutir ou proteger tubulação hidráulica de forma a impedir a retenção de sujidades.
- Instalar lavatório com água corrente, exclusivo para lavagem das mãos.
- Instalar lavatório com água corrente exclusivo para a lavagem de instrumental.
- Impedir contato direto das mãos com as torneiras dos lavatórios.
- Utilizar sabonete líquido e possuir toalheiro de papel para secagem das mãos.
- Possuir área mínima para atendimento (6,0m² por cadeira).
- No caso de utilização de aparelho de ar condicionado, limpar regularmente os filtros, com devido assentamento desta informação.
- Possuir cadeira odontológica em estado de uso, limpeza e conservação, condizentes com os procedimentos executados.
- Possuir refletor odontológico em estado de uso e limpeza condizente com os procedimentos executados.
- Possuir mocho odontológico em estado de uso e de limpeza condizente com os procedimentos executados.
- Possuir refletor dotado de alça recoberta com protetor descartável.
- Possuir equipo odontológico em estado de funcionamento e limpeza con-

dizentes com os procedimentos executados.

- Cobrir o equipo com protetor descartável.
- Possuir cuspeira sem vazamentos na junção nem ao longo da tubulação e com água corrente.
- Manter os aparelhos periféricos (amalgamador, ultra-som, bisturi, etc) em condições de limpeza condizentes com os procedimentos executados.
- Possuir caneta de alta rotação com refrigeração e em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados.
- Possuir caneta de baixa rotação e contra-ângulo em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados.
- Possuir micromotor em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados.
- Possuir seringa tríplice em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados.
- Manter as pontas protegidas com barreiras de proteção impermeável e de uso único.
- Manter instrumental em armário fechado e limpo após a esterilização.
- Observar o prazo de validade de esterilização.
- Utilizar equipamento de proteção individual (EPI) somente no local de atendimento.

Material de consumo odontológico:

- Respeitar o prazo de validade dos materiais.
- Os materiais utilizados devem possuir registro no MS.

Sistemas de anotações (dados relativos aos pacientes):

- Todos os pacientes atendidos deverão ter o respectivo nome e idade anotados em fichas, livros ou em sistemas informatizados.

Tratamento e destino de resíduos e moldes para laboratório:

- Utilizar saco plástico branco leitoso, de acordo com a norma da ABNT para acondicionamento do lixo contaminado.
- Utilizar serviço especial de coleta de lixo contaminado.
- Utilizar recipiente com paredes rígidas, rotulado: “contaminado” e com tampa, para todo material perfurocortante desprezado (agulhas, lâminas de bisturi, etc.).
- Descontaminar corretamente moldes e modelos para encaminhamento ao laboratório de prótese.
- Possuir recipiente de vidro com tampa, contendo água no seu interior para acondicionamento adequado de mercúrio residual.

Consultório odontológico com equipamento de raios X intra-bucal

- as dimensões da sala devem permitir a operação do equipamento à distância de 2m do cabeçote e do paciente.
- Quando existir mais de um equipamento na sala, deve-se garantir a impossibilidade de disparos simultâneos.
- O layout da sala deve permitir a que posição de disparo não seja incidência de feixe primário de raios x.
- As paredes devem oferecer blindagem à radiação (alvenaria, barita, chumbo, etc.).
- As portas devem permitir o perfeito fechamento da presença de radiação e a advertência de acesso restrito.
- Na porta de acesso deverá constar o símbolo internacional da presença de radiação e a advertência de acesso restrito.
- As vestimentas plumbíferas (aventais e protetores de tireóide) deverão estar disponíveis em número e variedade suficientes, em bom estado de conservação e higiene e acondicionados em suporte próprio para esse fim.

Cuidados com as geladeiras

As geladeiras do Setor de Saúde são destinadas à estocagem de imunobiológicos em temperaturas positivas a +2°C, devendo para isto estar reguladas. A temperatura adequada para conservação das vacinas deve estar entre +2°C a +8°C sem sofrer perda de potência. A geladeira para conservação das vacinas deverá obedecer aos seguintes critérios:

- No congelador, o gelo reciclável deve estar armazenado na posição vertical para que a elevação da temperatura seja lenta e que ofereça condições de proteção no caso de falta de energia elétrica.
- Na primeira prateleira, dispor as vacinas que podem sofrer efeitos da temperatura negativa (Poliomielite, sarampo, febre amarela, rubéola e tríplice viral), as quais deverão estar dispostas em bandejas perfuradas para permitir a circulação do ar frio.
- Na segunda prateleira, dispor as vacinas que não podem sofrer efeitos da temperatura negativa (Dupla, tríplice, hepatite B, Influenza, toxóide tetânica e BCG) também em bandejas perfuradas. Nesta prateleira deverá também estar o termômetro de máxima e mínima, tipo capela disposto de forma vertical centralizado.
- Na terceira prateleira, dispor os diluentes, soros ou caixas com as vacinas conservadas entre +2°C e +8°C, tendo o cuidado de permitir a circulação de ar frio entre as mesmas e as paredes laterais e as do fundo.
- Retirar todas as gavetas plásticas e suportes que existem na parte interna da geladeira e da porta, e no lugar da gaveta colocar 12 garrafas de água

com corante, as quais contribuem para a manutenção da temperatura ideal interna da geladeira.

Outros cuidados básicos com a geladeira:

- Fazer a leitura da temperatura diariamente, no início da jornada e no final do dia de trabalho e anotar em formulário próprio.
- Usar tomada exclusiva para cada geladeira.
- Instalá-la em local arejado, distante da fonte de calor, sem incidência de luz solar direta e afastada 20cm da parede.
- Não permitir na geladeira de vacinas a guarda de outros materiais.
- Não armazenar absolutamente nada na porta.
- Certificar-se sobre a vedação da porta.
- Fazer o degelo a cada 15 dias ou quando a camada de gelo for superior a 0,5cm.
- Manter nas unidades penais o quantitativo mínimo de vacinas para, se caso, houver necessidade serem desprezadas sem grandes perdas.
- Em caso de corte de energia elétrica: desprezar as vacinas avisando a Epidemiologia.

3.2 Rotina para separação do resíduo hospitalar

Todos os resíduos gerados deverão conter rótulo, nos sacos, com a identificação da unidade geradora e instituição, conforme padronização internacional e da DIREÇÃO CLÍNICA DO CMP.

Os recipientes para a coleta de material perfurocortante deverão ser identificados com rótulo de material infectantes e com identificação da unidade geradora e instituição. Os resíduos devidamente acondicionados deverão ser encaminhados, em veículos próprios e adequados para esta finalidade, para:

Unidades do interior: conforme acordos municipais;

Unidades de Curitiba e região metropolitana:

Saco de Lixo na cor branca / coleta de lixo hospitalar contaminado, a saber:

- Bolsa de sangue;
- Frasco de soro;
- Equipo de soro;
- Frasco plástico para exames;
- Material de curativo;
- Bolsa coletora de urina e fezes;

- Drenos, sondas uretrais e retais;
- Sondas nasogástricas;
- Restos de debridamento;
- Restos de placentas (deverá ser embalado primeiramente em saco preto).

Saco de Lixo na cor azul (preferencialmente)/ coleta de lixo comum, a saber:

- Papel toalha;
- Isopor;
- Lixo comum.

Saco de Lixo na cor preta/ coleta de lixo com potencial de contaminação, a saber:

- Medicamentos variáveis;
- Pomadas;
- Frascos de medicamentos;
- Frascos de vidros.

Recipiente rígido para material perfurocortante/ coleta de material perfurocortante, a saber:

- Scalp e agulha de abocath;
- Agulhas;
- Lâminas de barbear e de bisturi;
- Vidros quebrados.

Material Reciclável

Recipiente na cor Azul/ Coleta de resíduos de papel, a saber:

- Jornal;
- Papel branco: computador, caderno, sulfite, fotocópias;
- Papel colorido: revistas, livros;
- Papelão;
- Caixas;

Material não reciclável

- Papel de fax;
- Papel laminado;
- Fotografia;
- Papel de bala;
- Papel vegetal;
- Papel sujo;
- Com cola.

Recipiente na cor vermelha/ coleta de resíduos de plástico, a saber:

- Embalagens de vinagre, iogurte, margarina, pasta de dente;
- Garrafas de plástico de refrigerante, água, produtos de limpeza;
- Sacos de soro, leite, arroz, açúcar, adubo;
- Sacolas;
- Potes;
- Copos descartáveis;
- Tubos de canetas;
- Canos e tubos de conexão de água.

Material não reciclável

- Cabos de panela;
- Tomadas de eletricidade;
- Embalagens com detritos de cola.

Recipiente na cor verde/ coleta de resíduos de vidro, a saber:

- Garrafas e copos;
- Frasco de produtos de limpeza, alimentos, condimentos, etc.

Material não reciclável

- Cristal;
- Espelhos;
- Lâmpadas;
- Tubos de televisão;
- Travessas e panelas de vidro temperado.

Recipiente na cor amarela/ coleta de resíduos de metal, a saber:

- Alumínio;
- Tampinhas.

Material não reciclável

- Palha de aço.

VI – DOENÇAS MAIS COMUNS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO



1. Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida por bacilo de Koch ((BK).

1.1 Modo de transmissão:

Ocorre por meio de gotículas aéreas, contendo os bacilos expelidos por um doente de tuberculose pulmonar. Quando inaladas por pessoas saudáveis, podem provocar a infecção tuberculosa.

As condições de vida da população têm grande influência na propagação da doença, sobretudo nas áreas com grande concentração de pessoas aliadas à baixa infraestrutura. A transmissão ocorre geralmente em ambientes fechados, nos quais as partículas expelidas pelo doente podem permanecer no ar, principalmente em locais escuros e com pouca ventilação.

Quando uma pessoa inala gotículas com bacilos, grande parte deles fica armazenada no trato respiratório superior. A infecção ocorre quando estes bacilos atingem os alvéolos. Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver tuberculose em qualquer fase da vida. Isso acontece quando o sistema imunológico não pode manter os bacilos sob controle, permitindo que eles se multipliquem rapidamente.

Qualquer órgão pode ser atingido pela tuberculose; mais frequentemente pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos.

Algumas doenças que debilitam o sistema imunológico podem contribuir para o adoecimento pela tuberculose como, por exemplo:

- Infecção pelo HIV.
- Tratamento prolongado com corticosteróides.
- Terapia imunossupressora.

- Doenças renais crônicas.
- Neoplasias.
- Desnutrição protéico-calórica.

1.2 Métodos diagnósticos:

Os exames para diagnósticos são os seguintes:

- Baciloscopia direta do escarro;
- Cultura de bacilo de Koch (BK);
- Exame radiológico;
- Prova tuberculínica (PPD);

Obs: a todo doente com diagnóstico de tuberculose confirmado, deve ser oferecido o teste sorológico anti-HIV.

1.3 Definição de caso de tuberculose:

• Tuberculose pulmonar positiva:

- Duas baciloscopias diretas positivas ou;
- Uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva ou;
- Duas ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva.

1.4 Tuberculose pulmonar negativa:

Ocorre quando apresenta duas baciloscopias negativas, com imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares que permitam ao médico efetuar o diagnóstico de tuberculose.

1.5 Tuberculose extrapulmonar:

Com base nos achados clínicos e em exames complementares a tuberculose pode ainda se expressar por formas disseminadas, como a miliar; ou formas extrapulmonares, classificadas segundo a localização pleural, ganglionar periférica, ósteo-articular, geniturinária, meningoencefálica e outras.

1.6 Tratamento:

Seguir os esquemas preconizados nos Cadernos de Atenção Básica do MS.

O preso deve ficar isolado na unidade de origem e permanecer com máscara até o 7º dia do início do tratamento e após ser encaminhado ao convívio. Após este período, o tratamento deverá ser administrado diariamente no posto de enfermagem e sob supervisão do profissional de saúde.

2. Hanseníase

É uma doença infecto-contagiosa de evolução lenta, que se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, tais como: lesões na pele com alterações de sensibilidade; alterações nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés.

O modo de transmissão se dá por meio de uma pessoa doente portadora do bacilo de Hansen e não tratada, para outras pessoas susceptíveis, através do trato respiratório, ou seja, para que a transmissão ocorra é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada.

Fatores relacionados às baixas condições socioeconômicas, precárias condições de higiene e de saúde, elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente facilitam a transmissão da doença de uma pessoa para outra. Portanto, é essencial que todos os profissionais do Sistema Penitenciário, que têm contato direto com o preso, estejam comprometidos para realizar continuamente ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Isso facilita o acesso à equipe de saúde daqueles presos com sinais e sintomas das doenças infectocontagiosas para realizar o diagnóstico precoce e evitar a transmissão de doenças por outras pessoas.

O diagnóstico de hanseníase é realizado por meio do exame médico que busca sinais de lesão de pele e/ou nervos.

2.1 Conduta mediante um caso suspeito:

- Preferencialmente, isolar o preso.
- Notificar, imediatamente, a suspeita para a SMS (no caso das unidades do interior) ou encaminhar o pedido de consulta médica especializada (referên-

cia) para o setor de agendamento e escolta do CMP.

- A SMS agendará uma consulta médica para realizar o diagnóstico da doença.
- Se o caso for confirmado, o serviço de saúde da unidade penal responsabilizar-se-á em garantir o tratamento até a alta por cura, seguindo rigorosamente as orientações do serviço de saúde especializado e garantindo as reconsultas agendadas.

2.2 Tratamento:

A hanseníase tem cura, e o tratamento consiste, poliquimioterapia (PQT), com as seguintes medicações:

- rifampicina, dapsona e dafazimina, com administração associada.
- O tratamento deverá ser seguido por 6 ou 12 meses, conforme orientação do serviço especializado.
- O preso deverá ser encaminhado diariamente pela segurança ao serviço de saúde para a administração da medicação (dose supervisionada e as demais doses da cartela de medicamentos).

2.3 Condições de alta:

A alta será dada pelo serviço de saúde especializado desde que o preso tenha tomado todas as doses preconizadas pelo esquema terapêutico.

É importante observar que mesmo após a alta por cura, o paciente pode apresentar lesões cutâneas que são consideradas reações hansênicas, não significando transmissão ou reativação da doença, sendo neste caso, o tratamento apenas sintomático.

Observação:

Adotar como apoio o Manual de Controle de Hanseníase do MS.

VII – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DSTs)



1. Principais DSTs

As DSTs estão entre os problemas de saúde pública mais comum em todo o mundo e ainda servem de porta de entrada para o vírus HIV. Por isso passaram a ter redobrada importância para que sejam implementadas atividades preventivas, identificando e tratando os casos o mais breve possível.

Levando-se em conta a alta magnitude estimada das DSTs entre a população penitenciária, faz-se necessário realizar esforços para melhorar a detecção de casos para efetivar o controle dessas doenças em todas as unidades penais.

• Dificuldades encontradas:

- Os portadores de DSTs são discriminados, aliados ainda a vergonha de se expor.
- Pouco acesso ao serviço de saúde.
- O atendimento de saúde é inadequado, resultando em exposição a situações de constrangimento e expondo as queixas do preso em locais sem privacidade, desencorajando-o a falar.
- Dificuldade de oferecer teste conclusivo no momento da consulta.

Diante deste quadro é importante interromper a cadeia de transmissão das DSTs, atuando objetivamente de forma integrada entre a equipe de saúde e agente penitenciário, detectando os casos e tratando-os adequadamente.

• Tratamento das DSTs:

O tratamento deve ser instituído, preferencialmente, no momento da consulta médica em dose única (comprimido ou injetável), baseado nos sinais e sintomas.

• Observações importantes:

Para todos os casos suspeitos/ confirmados de DST, deve-se, no momento, da consulta:

- Realizar exame físico detalhado buscando outras DSTs.

- Oferecer o teste anti-HIV, hepatites e sífilis.
- Orientar adesão ao tratamento indicado.
- Informar sobre a redução de riscos/ comportamentos de risco.
- Orientar para os cuidados higiênicos.
- Informar sobre a disponibilização de preservativos dentro da UP.
- Realizar a busca/ informação de parceiros sexuais.
- O resultado dos exames laboratoriais anti-HIV, marcadores de hepatites virais e sífilis devem ser informados ao preso (anexo V – SOA).

A identificação das DSTs pode ser determinada por um número limitado de síndromes que podem ser observadas através de alguns sinais e sintomas, conforme descrito na tabela a seguir:

Síndrome	Sintomas	Sinais	Etiologias
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal; prurido; disúria; dispareunia; odor fétido	Edema de vulva; hiperemia de vulva; corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa; tricomoníase; vaginose bacteriana; candidíase cervical; gonorréia; infecção por clamídia
Corrimento uretral	Corrimento uretral; estranguria; polaciúria; odor fétido	Corrimento uretral (se necessário, ordenhar a uretra)	Gonorréia; clamídia; tricomoníase; micoplasma; uroplasma
Úlcera genital	úlceras genitais	úlceras genitais; nódulos palpáveis	Sífilis; cancro mole; herpes genital; Donovanose
Desconforto ou dor pélvica, na mulher	Dor pélvica; dispareunia	Corrimento uretral; dor a palpação abdominal, hipertermia	Gonorréia; clamídia; infecção por germes anaeróbios

2. Esquemas de tratamento das DSTs (adaptado do protocolo do MS):

• Tratamento para herpes genital:

- Primeiro episódio: Aciclovir 400mg VO, 8/8h, por 7 ou 10 dias;
- Recorrências: Aciclovir 400mg, VO, 8/8h, por 5 dias;
- Gestantes: Aciclovir 400mg, VO, 8/8h por 7 ou 10 dias.

• Tratamento para sífilis:

- Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM em dose única (1,2 milhão em cada nádega); ou;
- Eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6h, por 15 dias (para pacientes comprovadamente alérgicos à penicilina).

• Tratamento para cancro mole:

- Azitromicina 1g, VO, dose única, ou;
- Ceftriaxona 250mg, IM, dose única, ou;
- Ciprofloxacina 500mg, VO, 12/12h, por 3 dias, ou;
- Sulfametoxazol/trimetropim (800mg ou 160mg), VO, de 12/12h, por 10 dias ou até cura clínica, ou;
- Ertromicina (estearato) 500mg, VO, de 6/6h, por 7 dias.

Obs :o Ciprofloxacina é contra indicado para gestante, nutrízes e menores de 18 anos.

• Tratamento para sífilis e cancro mole em gestantes:

- Ertromicina (estearato) 500mg, VO, de 6/6h, por 7 dias ou até cura clínica, e;
- Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, IM em dose única.

• Tratamento para donovanose:

- Sulfametoxazol/trimetropim (800mg ou 160mg), VO, 12/12h por, no mínimo, 3 semanas,ou até cura clínica, ou;
- Tianfenicol granulado 2,5g, em dose única, VO, no primeiro dia de tratamento. A partir do segundo dia, 500mg, VO de 12/12h até a cura clínica, ou;
- Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 6/6h, por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clinica.

• Tratamento para infecção por Clamidia e gonorréia (tratar parceria):

- Azitromicina 1g, VO, em dose única (idem para parceria), ou;
- Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 6/6h, durante 7 dias.

• **Tricomoníase (tratar parceria):**

- Metronidazol 2g, VO, dose única (gestantes: tratar somente após ter completado o 1º trimestre. Nutrizes: suspender o aleitamento por 24 horas), ou;
- Tinidazol 2g, VO, dose única, ou;
- Metronidazol 500mg, VO, de 12/12h, por 7 dias, ou;
- Secnidazol 2g, VO, dose única.

• **Tratamento para vaginose bacteriana:**

- Metronidazol 500mg, VO, de 12/12h, por 7 dias, ou;
- Metronidazol 250mg, VO, de 8/8h, por 7 dias (gestantes: tratar somente após ter completado o 1º trimestre. Nutrizes: suspender o aleitamento por 24 horas), ou;
- Metronidazol 2g, VO, dose única (gestantes: tratar somente após ter completado o 1º trimestre. Nutrizes: suspender o aleitamento por 24 horas), ou;
- Metronidazol gel 0,75% + Nistatina , 1 aplicação via vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias, ou;
- Tinidazol 2g, VO, dose única, ou;
- Secnidazol 2g, VO, dose única, ou;
- Clindamicina 300mg, VO, de 12/12h, por 7 dias.

• **Tratamento para candidíase:**

- Miconazol creme 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite, por 7 dias, ou;
- Isoconazol (nitrato), 1 óvulo, via vaginal, dose única, ou;
- Clotrimazol, creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite, durante 6 a 12 dias, ou;
- Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite, por 14 dias.

• **Tratamento para doença inflamatória pélvica (DIP):**

- Esquema 1: Ceftriaxona 250mg, IM, dose única e Doxicilina 100mg, VO, de 12/12h, por 14 dias;
- Esquema 2: Cefoxitina 2g, IM, dose única e Probenecida 1g, VO, dose única e Doxicilina 100mg, VO, 12/12h, por 14 dias;
- Esquema 3: Ofloxacina 400mg, VO, 12/12h. por 14 dias e Metronidazol 500mg, VO, 12/12h, por 14 dias;
- Esquema 4: Ofloxacina 400mg, VO, 12/12h, por 14 dias e Doxicilina 100mg, VO, 12/12h, por 14 dias e Metronidazol 500mg, VO, 12/12h, por 14 dias.

3. Síndrome da imunodeficiência adquirida aids/hiv:

A Aids é uma doença de evolução lenta e qualquer pessoa que tenha comportamento de risco pode contrair o vírus HIV.

Segundo estudo realizado nas unidades penais de Curitiba e região metropolitana, em 2002, constatou-se que a infecção pelo HIV atinge 5% da população penitenciária. A situação é ainda mais preocupante no caso das DSTs, cujo índice de infecção chegou a 10%.

Sendo assim, as medidas de prevenção e controle do HIV/Aids, em todas as unidades penais, devem ser abrangentes, desde a informação até a distribuição de preservativos e, devem, ainda, envolver todos os servidores penitenciários para que conheçam os procedimentos que devem ser tomados frente aos casos identificados, a saber:

- O exame anti-HIV é imprescindível para comprovar a doença.
- Os presos que referem ser portadores de HIV/Aids devem ser encaminhados ao setor de saúde, a fim de averiguar a história e, se necessário, contatar com o serviço de saúde da comunidade de origem para informações sobre o histórico anterior e garantir a continuidade do tratamento.
- Agendar monitoramento clínico especializado e laboratorial (CD4 e CD8) do caso no serviço de referência da SMS ou para, as unidades penais da região metropolitana de Curitiba, agendar com o serviço de epidemiologia do CMP.
- Os presos doentes de aids que fazem uso de terapia antiretroviral devem ser chamados, mensalmente, pelo setor de saúde para receber os medicamentos e serem orientados quanto ao seu uso, que ficará sob sua responsabilidade. Nesta ocasião, o preso deve ser pesado, observado sobre suas condições físicas, orientado e, ainda, deve assinar o formulário de recebimento do medicamento (Siclom).
- As unidades penais da região metropolitana de Curitiba devem realizar o abastecimento dos antiretrovirais diretamente na unidade dispensadora de medicamentos especiais do CMP/ DIMESP.
- As UP's do interior podem estabelecer critérios de abastecimento com o serviço de saúde especializado do município.
- Os casos de resultados de exames HIV reagentes descobertos nas UP's deverão ser informados ao preso, preferencialmente, pelo médico da unidade e, posteriormente realizar a notificação do caso (SINAN) para as SMS.



VII – DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

1. Hipertensão arterial

A hipertensão arterial (HAS) é definida como uma pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg em pessoas que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva.

A pessoa deve ser considerada com hipertensa quando, em duas aferições, no mesmo momento, indicarem valor igual ou maior de 140x90mmHg.

1.1 Classificação diagnóstica da HAS em maiores de 18 anos de idade:

Pressão diastólica arterial (mmHg)	Pressão sistólica arterial (mmHg)	Classificação
<85	<130	Normal
85-89	130-139	Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve, estágio 1
100-109	160-179	Hipertensão moderada, estágio 2
≥110	≥180	Hipertensão grave, estágio 3
<90	≥140	Hipertensão sistólica isolada

Fonte: 3º Congresso brasileiro de HAS

Observações:

- Os níveis de pressão arterial alterados devem ser encaminhados ao médico para avaliação clínica.
- O médico da UP deverá indicar o tratamento e as aferições de pressão arterial (PA) devem ser registradas no prontuário do preso.
- A medicação indicada pode permanecer com o preso, que se responsabilizará pela sua tomada conforme orientação.
- A equipe de enfermagem da UP deverá estabelecer o abastecimento periódico desta medicação para o preso sem deixar que esta falte.

2. Diabetes mellitus

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas, caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, como, por exemplo, a destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes, como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

2.1 Classificação do diabetes:

Os tipos de diabetes mais frequentes são o **diabetes tipo 1**, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos; e o **diabetes tipo 2**, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o **diabetes gestacional**, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal.

2.1.1 Diabetes tipo 1 (diabetes insulino-dependente):

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de **deficiência absoluta de insulina**, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos.

2.1.2 Diabetes tipo 2 (diabetes não-insulino-dependente):

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave.

A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

2.1.3 Diabetes gestacional:

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

2.2 Fatores de risco:

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central.
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

2.3 Prevenção:

Está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída) podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2.

Mudanças de estilo de vida reduzem a incidência de diabetes. Essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Intervenções farmacológicas, como o uso de alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, também se mostram eficazes, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em 3 anos.

2.4 Diagnóstico

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”).

Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição.

Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos. A suspeita clínica ocorre, então, a partir de fatores de risco para o diabetes.

2.5 Exames laboratoriais:

- Glicemia de jejum: nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas;
- Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g): O paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão;
- Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição.

Pessoas cuja glicemia de jejum situa-se entre 110 e 125 mg/dL (glicemia de jejum alterada), por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer avaliação por TTG-75g em 2h. Mesmo quando a glicemia de jejum for normal (< 110 mg/dL), pacientes com alto risco para diabetes ou doença cardiovascular podem merecer avaliação por TTG.

2.6 Critérios para o diagnóstico de diabetes:

Os critérios clínicos e laboratoriais para o diagnóstico de diabetes são resumidos no Quadro 1. A interpretação dos resultados dos exames diagnósticos para o diabetes e para a regulação glicêmica alterada é apresentada no Quadro 2.

Quadro 1. Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes.

Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada).

+ glicemia casual e>200 mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições);

= OU =

Glicemia de jejum e>126 mg/dL*;

= OU =

Glicemia de 2 horas e>200 mg/dL no teste de tolerância à glicose*.

* Devem ser confirmados com nova glicemia.

Quadro 2. Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose.

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicemia 2h após TTG-75g (mg/dL)
Normal	<110	<140
Hiperglicemia intermediária		
Glicemia de jejum alterada	110-125	
Tolerância à glicose diminuída	140-199	
Diabetes mellitus	e"126	>200

2.7 Plano terapêutico:

2.7.1 Diabetes Tipo 1

Pela maior complexidade do cuidado, esses pacientes são em geral acompanhados por especialista endocrinologista. O encaminhamento deve ser imediato, com o cuidado de evitar demora no atendimento, pois, eles apresentam risco elevado de descompensação metabólica.

2.7.2 Diabetes Tipo 2

As complicações podem ser evitadas com simples medidas, tais como: plano alimentar, perda de peso, atividade física diária, abandono do tabagismo, controle de glicemia e pressão arterial e vacinação pneumocócica após os 65 anos de idade.

2.8 Tratamento farmacológico no diabetes tipo 2:

Se a glicemia de jejum estiver muito alta (acima de 270 mg/dL) e ou na presença de infecção, provavelmente o paciente necessitará de um tratamento com insulina. Isso poderá ser necessário por curto período de tempo até atingir níveis de glicemia que possam ser controlados com hipoglicemiantes orais, ou com o tratamento definitivo.

Pacientes obesos (IMC >30kg/m²) requerem maior apoio da equipe para perda e manutenção de peso perdido, e a prescrição de metformina já no início pode ajudar o paciente a alcançar as metas terapêuticas.

Os fármacos disponíveis para o tratamento oral do diabetes tipo 2 são apresentados no Quadro 3.

FÁRMACO	POSOLOGIA
Metformina	500mg a 2,550gr, fracionada em 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Sulfoniluréias	
Glibenclamida	2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Glicazida	2,5mg a 20mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições. 40mg a 320 mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Insulina	
NPH	10 U NPH ao deitar (ou 0,2 U/kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia. Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias, ver texto.
Regular	Em situações de descompensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas, ver texto.

2.9 Manejo nas complicações do Diabetes tipo 2:

2.9.1 Cetoacidose:

Os principais fatores precipitantes são: infecção, omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar, uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves – como AVC, infarto ou trauma. Indivíduos em mau controle – hiperglicêmicos ou instáveis – são particularmente vulneráveis a essa complicação.

A cetoacidose ocorre particularmente em pacientes com diabetes tipo 1, sendo algumas vezes a primeira manifestação da doença. O diabetes tipo 2, que mantém uma reserva pancreática de insulina, raramente desenvolve essa complicação, mas isso pode ocorrer em intercorrências como infarto, AVC ou infecção grave, em que há elevada produção de hormônios contra-reguladores.

O quadro clínico consiste em polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. Esse quadro pode se agravar, levando a complicações como choque, distúrbio hidro-eletrolítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração, síndrome de angústia respiratória do adulto e edema cerebral em crianças.

2.10 Manejo nas complicações do Diabetes tipo 1:

“Como Proceder Quando Estiver Doente” (gripe, resfriado, diarreia).

- Verificar a temperatura axilar. Se febre, tomar 1 copo de água ou chá a cada 1-2 horas.
- Revisar temperatura de 4 em 4 horas.
- Não parar insulina nem alimentação. Se enjoado, ingerir alimentos líquidos caseiros de sua preferência (caldo de galinha, mingau de arroz, mingau de farinha, suco de frutas).
- Medir glicemia (e cetonúria no diabetes tipo 1) de 4 em 4 horas.
- Se as duas últimas glicemias forem > 250 mg/dL, ou os dois últimos testes de cetonúria forem positivos, procurar seu médico ou serviço de pronto-atendimento.
- Se, além dessas alterações, você vomitar, apresentar dificuldade respiratória ou sonolência excessiva, procurar logo o serviço de emergência indicado por seu clínico.

2.10.1 Avaliação e tratamento da descompensação aguda do diabetes tipo 1

• Avaliação Diagnóstica

- História: causa da descompensação (mudança no esquema de insulina, doenças e medicações intercorrentes, abuso alimentar).
- Exame físico: pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura axilar, avaliação do estado mental, hálito cetônico, boca, garganta e ouvidos, ausculta respiratória, exame abdominal, gânglios linfáticos, pele, exame neurológico.
- Exames complementares: glicemia capilar, cetonúria; se sintomas de infecção urinária: exame comum de urina.

• Conduta

- Hidratação oral e tratamento da doença intercorrente.
- Pacientes com glicemia > 250 mg/dL, cetonúria e hálito cetônico, desidratação ou vômitos: encaminhar para serviço de emergência prontamente.
- Pacientes com glicemia > 250 mg/dL e cetonúria, mas sem os agravantes acima: administrar 20% da dose de insulina diária sob a forma de insulina regular e revisar em 4 horas. Repetir a dose se glicemia > 250 mg/dL. Se não melhorar no próximo teste ou mostrar agravantes, encaminhar prontamente ao serviço de emergência.
- Pacientes com glicemia > 250 mg/dL, sem cetonúria, mas com manifestações clínicas, administrar 10% da dose total de insulina e observar de 4 em 4 horas até estabilização. Havendo piora do quadro,
- encaminhar para serviço de emergência.

2.10.2 Hipoglicemia:

Hipoglicemia é a diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 60 a 70 mg/dL. Geralmente essa queda leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor).

Pode ocorrer em pacientes que utilizam sulfoniluréias, repaglinida, nateglinida ou insulina. Com a busca crescente do controle metabólico estrito, a ocorrência de hipoglicemia vem aumentando. Os indivíduos que variam muito seu padrão de dieta e exercício físico, que têm longa duração do diabetes, ou que apresentam

neuropatia diabética grave têm um maior risco de hipoglicemia, além daqueles que apresentaram uma ou mais hipoglicemias graves recentemente. As situações de risco são: atraso ou omissão de refeições, exercício vigoroso, consumo excessivo de álcool e erro na administração de insulina ou de hipoglicemiante oral. A grande maioria das hipoglicemias é leve e facilmente tratável pelo próprio paciente. A hipoglicemia pode ser grave quando o paciente ignora ou trata inadequadamente suas manifestações precoces, quando não reconhece ou não apresenta essas manifestações, ou quando a secreção de hormônios contra-reguladores é deficiente – o que pode ocorrer com a evolução da doença. Todo esforço deve ser feito para prevenir tais hipoglicemias graves ou tratá-las prontamente.

Identificar os sinais precoces como sudorese, cefaléia, palpitação, tremores ou uma sensação desagradável de apreensão.

O tratamento deve ser imediato, mas com pequena dose (10 a 20g) de carboidrato simples, repetindo-a em 15 minutos, se necessário (Quadro 12). Em geral, 10 g de carboidrato simples estão presentes em: 2 colheres de chá de açúcar, 100 ml de refrigerante ou suco de fruta, 2 balas.

2.10.2.1 Instruções para tratamento da hipoglicemia:

Se sinais de hipoglicemia grave, administrar glucagon SC ou IM ou 20 mL de glicose a 50% e manter veia com glicose a 10% até recuperar plenamente a consciência ou glicemia >60 mg/dL; manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina; pacientes que recebem sulfoniluréias (especialmente clorpropamida e glibenclamida) devem ser observados por 48 a 72h para detectar possível recorrência.

2.11 Complicações crônicas do diabetes tipo 2

A história natural do diabetes é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, geralmente classificadas como microvasculares – retinopatia, nefropatia e neuropatia – e macrovasculares – doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica. Todas são responsáveis por expressiva morbimortalidade, com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda de função e qualidade de vida muito superior a indivíduos sem diabetes.

IX – HEPATITES VIRAIS



1. Características clínicas e epidemiológicas

1.1 Descrição

Patologia de notificação compulsória, as hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo fígado, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas.

1.2 Agente etiológico

Os agentes etiológicos que causam hepatites virais mais relevantes do ponto de vista clínico e epidemiológico são designados por letras do alfabeto (vírus A, vírus B, vírus C, vírus D e vírus E). Estes vírus têm em comum a predileção para infectar os hepatócitos (células hepáticas). Entretanto, divergem quanto às formas de transmissão e consequências clínicas advindas da infecção. São designados rotineiramente pelas seguintes siglas: vírus da hepatite A (HAV), vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV), vírus da hepatite D (HDV) e vírus da hepatite E (HEV).

Existem alguns outros vírus que também podem causar hepatite (ex: TTV, vírus G, SEV-V). Todavia, seu impacto clínico e epidemiológico é menor. No momento, a investigação destes vírus está basicamente concentrada em centros de pesquisa.

1.3 Modo de transmissão

Quanto às formas de transmissão, as hepatites virais podem ser classificadas em dois grupos: o grupo de transmissão fecal-oral (HAV e HEV) tem seu mecanismo de transmissão ligado a condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos. A transmissão percutânea (inoculação acidental) ou parenteral (transfusão) dos vírus A e E é muito rara, devido ao curto período de viremia dos mesmos. O segundo grupo (HBV, HCV, e HDV) possui diversos mecanis-

mos de transmissão, como o parenteral, sexual, compartilhamento de objetos contaminados (agulhas, seringas, lâminas de barbear, escovas de dente, alicates de manicure), utensílios para colocação de *piercing* e confecção de tatuagens e outros instrumentos usados para uso de drogas injetáveis e inaláveis. Há também o risco de transmissão através de acidentes perfurocortantes, procedimentos cirúrgicos e odontológicos e hemodiálises sem as adequadas normas de biossegurança. Hoje, após a triagem obrigatória nos bancos de sangue, a transmissão via transfusão de sangue e hemoderivados é relativamente rara.

A transmissão por via sexual é mais comum para o HBV do que para o HCV. Na hepatite C poderá ocorrer a transmissão principalmente em pessoa com múltiplos parceiros, coinfectada com o HIV, com alguma lesão genital (DST), alta carga viral do HCV e doença hepática avançada.

Os vírus das hepatites B, C e D possuem também a via de transmissão vertical (da mãe para o bebê).

1.4 Período de incubação e transmissibilidade:

Varia de acordo com o agente (Quadro 1).

Quadro 1. Principais características dos vírus que causam a hepatite

Agente etiológico	Genoma	Modo de transmissão	Período de incubação	Período de transmissibilidade
HAV	RNA	Fecal-oral	15-45 dias (média de 30 dias)	Desde duas semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da doença
HBV	DNA	Sexual, parenteral, percutânea, vertical VV	30-180 dias (média de 60 a 90 dias)	Duas a três semanas antes dos primeiros sintomas, se mantendo durante a evolução clínica da doença. O portador crônico pode transmitir o HBV durante anos.
HCV	RNA	Parenteral, percutânea, vertical, sexual	15-150 dias	Uma semana antes do início dos sintomas e mantém-se enquanto o paciente apresentar HCV-RNA detectável
HDV	RNA	Sexual, parenteral, percutânea, vertical	30-180 dias. Este período é menor na superinfecção.	Uma semana antes do início dos sintomas da infecção conjunta (HBV e HDV). Na superinfecção não se conhece este período.
HEV	RNA	Fecal-oral	14-60 dias (média de 42 dias)	Duas semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da doença.

1.5 Aspectos clínicos e laboratoriais

1.5.1 Manifestações clínicas

Após entrar em contato com o vírus da hepatite, o indivíduo pode desenvolver um quadro de hepatite aguda, podendo apresentar formas clínicas oligo/assintomática ou sintomática. No primeiro caso, as manifestações clínicas estão ausentes ou são bastante leves e atípicas, simulando um quadro gripal. No segundo, a apresentação é típica, com os sinais e sintomas característicos da hepatite como febre, icterícia e colúria.

A fase aguda (hepatite aguda) tem seus aspectos clínicos e virológicos limitados aos primeiros seis meses da infecção e a persistência do vírus após este período caracteriza a cronificação da infecção. Apenas os vírus B, C e D têm potencial para desenvolver formas crônicas de hepatite. Pessoas com qualquer tipo de imunodeficiência têm maior chance de cronificação após uma infecção pelo HBV. Para o vírus C, a taxa de cronificação varia entre 60% a 90% e é maior em função de alguns fatores do hospedeiro (sexo masculino, imunodeficiências, mais de 40 anos). A taxa de cronificação do vírus D varia em função de aspectos ligados ao tipo de infecção (co-infecção/ superinfecção) e de taxa de cronificação do HBV.

1.5.2 Fase aguda (hepatite aguda)

Os vírus hepatotrópicos apresentam uma fase aguda da infecção. No nosso meio, a maioria dos casos de hepatite aguda sintomática deve-se aos vírus A e B.

- **Período prodrômico ou pré-ictérico** – é o período após a fase de incubação do agente etiológico e anterior ao aparecimento da icterícia. Os sintomas são inespecíficos, como anorexia, náuseas, vômitos, diarreia (ou raramente constipação), febre baixa, cefaléia, malestar, astenia e fadiga, aversão ao paladar e/ou olfato, mialgia, fotofobia, desconforto no hipocôndrio direito, urticária, artralgia ou artrite e exantema papular ou maculopapular.

- **Fase ictérica** – com o aparecimento da icterícia, em geral há diminuição dos sintomas prodrômicos. Existe hepatomegalia dolorosa, com ocasional esplenomegalia. Ocorre hiperbilirrubinemia intensa e progressiva, com aumento da dosagem de bilirrubinas totais, principalmente à custa da fração direta. A fosfatase alcalina e a gama-glutamil-transferase (GGT) permanecem normais ou discretamente elevadas. Há alteração das aminotransferases, podendo variar de 10 a 100 vezes o limite superior da normalidade. Este nível retorna ao normal no prazo de algumas semanas, porém se persisti-

rem alterados por um período superior a seis meses, deve-se considerar a possibilidade de cronificação da infecção.

- **Fase de convalescença** – período que se segue ao desaparecimento da icterícia, quando retorna progressivamente a sensação de bem-estar. A recuperação completa ocorre após algumas semanas, mas a fraqueza e o cansaço podem persistir por vários meses.

1.5.3 Fase crônica (hepatite crônica)

Casos nos quais o agente etiológico permanece no hospedeiro após seis meses do início da infecção. **Os vírus A e E não cronificam**, embora o HAV possa produzir casos que se arrastam por vários meses. Os vírus B, C e D são aqueles que têm a possibilidade de cronificar. Os indivíduos com infecção crônica funcionam como reservatórios do respectivo vírus, tendo importância epidemiológica por serem os principais responsáveis pela perpetuação da transmissão.

- **Portador assintomático** – indivíduos com infecção crônica que não apresentam manifestações clínicas, que têm replicação viral baixa ou ausente e que não apresentam evidências de alterações graves à histologia hepática. Em tais situações, a evolução tende a ser benigna, sem maiores consequências para a saúde. Contudo, estes indivíduos são capazes de transmitir hepatite e têm importância epidemiológica na perpetuação da endemia.

- **Hepatite crônica** – indivíduos com infecção crônica que apresentam sinais histológicos de atividade da doença (inflamação, com ou sem deposição de fibrose) e que do ponto de vista virológico caracterizam-se pela presença de marcadores de replicação viral. Podem ou não apresentar sintomas na dependência do grau de dano hepático (deposição de fibrose) já estabelecido. Apresentam maior propensão para uma evolução desfavorável, com desenvolvimento de cirrose e suas complicações. Eventualmente, a infecção crônica só é diagnosticada quando a pessoa já apresenta sinais e sintomas de doença hepática avançada (cirrose e/ou hepatocarcinoma).

1.5.4 Hepatite fulminante:

Este termo é utilizado para designar a insuficiência hepática no curso de uma hepatite aguda. É caracterizada por comprometimento agudo da função hepatocelular, manifestado por diminuição dos fatores da coagulação e presença de encefalopatia hepática no período de até 8 semanas após o início da icterícia. A mortalidade é elevada (40% e 80% dos casos).

1.6 Diagnóstico laboratorial:

1.6.1 Exames inespecíficos:

- Aminotransferases (transaminases – a aspartato aminotransferase (AST/TGO) e alanino aminotransferase (ALT/TGP) são marcadores de agressão hepatocelular.
- Bilirrubinas.
- Proteínas séricas.
- Fosfatase .
- Gama-glutamiltransferase (GGT).
- Atividade de protrombina.
- Alfafetoproteína.
- Hemograma.

1.6.2 Provas específicas:

Marcadores sorológicos, a saber:

- **Hepatite A:** anti-HAV; anti-HAV IgG.
- **Hepatite B:** HbsAg; anti-HBc; anti-HBc IgM; anti-HBs; HBeAg; anti-HBe.
- **Hepatite C:** Anti-HCV; HCV-RNA.
- **Hepatite D:** anti-HDV (total).

1.7 Tratamento

• Hepatite aguda

- Tratamento sintomático para náuseas, vômitos e prurido.
- repouso relativo até a normalização das aminotransferases.
- Dieta pobre em gordura e rica em carboidratos.
- Medicamentos não devem ser administrados sem a recomendação médica para que não agravem o dano hepático.

• Hepatite crônica

As formas crônicas da hepatite B e C têm diretrizes clínico-terapêuticas definidas por meio de portarias do Ministério da Saúde. Devido à alta complexidade do tratamento, o acompanhamento e manejo dos efeitos colaterais, devem ser realizados em serviços especializados (média ou alta complexidade do SUS).

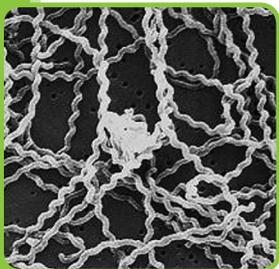
1.8 Imunização

• Vacinação contra o vírus da hepatite A:

Está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), estando indicada apenas para pessoas com mais de 1 ano de idade, com hepatopatias crônicas susceptíveis para a hepatite A, receptores de transplantes ou transplantados.

• Vacinação contra o vírus da hepatite B:

O Programa Nacional de Imunizações normatiza a vacinação universal dos recém nascidos e população menor que 20 anos e também grupos populacionais mais vulneráveis, tais como profissionais de saúde, policiais militares, civis, carcereiros de delegacias e penitenciárias, usuários de drogas injetáveis e inaláveis, pessoas em regime carcerário, pacientes psiquiátricos, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo. Calendário de vacinas em anexo.



X – LEPTOSPIROSE

1. Descrição:

É uma doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro pode variar desde um processo inaparente até formas graves. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infra-estrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a eclosão de surtos.

Causada por uma bactéria do gênero *Leptospira*, transmitida principalmente por ratos (outros hospedeiros, incluem: cães, gatos, suínos equinos, ovinos e caprinos). Estes animais, ao se infectarem, não desenvolvem a doença e tornam-se portadores, albergando a leptospira nos rins e eliminando-a viva no meio ambiente, contaminando, desta forma, água, solo e alimentos.

2. Modo de transmissão:

A infecção humana resulta da exposição direta ou indireta à urina de animais infectados. A penetração do microrganismo dá-se através da pele lesada ou das mucosas da boca, narinas e olhos. Pode também ocorrer através da pele íntegra quando imersa em água por longo tempo. O contato com água e lama contaminadas demonstra a importância do elo hídrico na transmissão da doença ao homem. Outras modalidades de transmissão relatadas, porém com pouca frequência: contato com sangue, tecidos e órgãos de animais infectados, transmissão acidental em laboratórios e ingestão de água ou alimentos contaminados.

3. Período de incubação:

Varia de 1 a 30 dias (média entre 7 e 14 dias).

4. Manifestações clínicas:

A leptospirose humana apresenta manifestações clínicas muito variáveis, com diferentes graus de severidade. A infecção pode ser assintomática, subclínica ou ocasionar quadros clínicos leves, moderados ou graves com alta letalidade. Clinicamente, a leptospirose apresenta-se sob duas formas:

• Forma anictérica (leve, moderada ou grave):

A doença pode ser discreta, de início súbito, com febre, cefaléia, dores musculares, anorexia, náuseas e vômitos. Tende a ser autolimitada e cura em poucos dias sem deixar sequelas. É frequentemente rotulada como “síndrome gripal”, “virose” ou outras doenças que ocorrem na mesma época, como dengue ou influenza. Uma história de exposição direta ou indireta a coleções hídricas (incluindo água ou lama de enchentes) ou a outros materiais passíveis de contaminação por leptospiros pode servir como alerta para o médico suspeitar desse diagnóstico.

Pode ocorrer Infecção mais grave, apresentando-se classicamente como uma doença febril bifásica. A primeira fase, “septicêmica” ou “leptospirêmica”, inicia-se abruptamente com febre alta, calafrios, cefaléia intensa, dores musculares e prostração. As mialgias envolvem caracteristicamente os músculos das panturrilhas, mas podem afetar também coxas, regiões paravertebrais e abdome, podendo até mesmo simular um abdome agudo cirúrgico.

Podem ocorrer anorexia, náuseas, vômitos, obstipação ou diarreia, artralgias, hiperemia ou hemorragia conjuntival, fotofobia e dor ocular, bem como hepatomegalia e, mais raramente, hemorragia digestiva (melena, enterorragia), esplenomegalia e pancreatite. Podem ser também observados: epistaxe, dor torácica, tosse seca ou com expectoração hemoptóica, dispnéia e cianose. A hemoptise franca denota extrema gravidade e pode ocorrer de forma súbita, levando ao óbito por asfixia. Distúrbios neurológicos como confusão, delírio e alucinações, sinais de irritação meníngea e outros podem estar presentes.

A “fase septicêmica” dura de 4 a 7 dias, após a qual o paciente pode curar-se ou evoluir com recrudescimento da febre e sintomas gerais, com ou sem agravamento.

As manifestações clínicas da “fase imune” iniciam-se geralmente na segunda semana da doença e desaparecem em 1 a 3 semanas. Nesta fase, as manifestações neurológicas frequentemente apresentam um quadro de meningite, com cefaléia

intensa, vômitos e sinais de irritação meníngea. Menos frequentemente ocorrem encefalite, paralisias focais, espasticidade, nistagmo, convulsões, distúrbios visuais de origem central, neurite periférica, paralisia de nervos cranianos, radiculite, síndrome de Guillain-Barré e mielite. Podem ocorrer acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos ou meníngeos, com quadros graves de hipertensão intracraniana e coma.

As manifestações mais comuns do envolvimento cardíaco (miocardite) são alterações eletrocardiográficas e arritmias. Pode ocorrer comprometimento ocular com hipermia ou hemorragia das conjuntivas, hemorragia intra-ocular e, mais tardiamente, uveíte. Alguns pacientes apresentam alterações do volume e do sedimento urinário, porém a insuficiência renal aguda é rara na leptospirose anictérica. As lesões cutâneas são pouco frequentes, ainda que bastante variadas: exantemas maculares, maculopapulares, eritematosos, urticariformes, petequiais ou hemorrágicos.

• **Forma ictérica (moderada ou grave):**

Em alguns pacientes a “fase septicêmica” evolui como uma doença ictérica grave com disfunção renal, fenômenos hemorrágicos, alterações hemodinâmicas, cardíacas, pulmonares e de consciência (doença de Weil), com taxas de letalidade entre 10% e 40%. O curso bifásico é raro e os sintomas e sinais que precedem a icterícia são mais intensos, destacando-se as mialgias, sobretudo nas panturrilhas. A icterícia, de tonalidade alaranjada (icterícia rubínica), bastante intensa e característica, tem início entre o 3º e 7º dia da doença. A disfunção hepática é associada a maior incidência de complicações e a maior mortalidade, embora a insuficiência hepática não constitua importante causa de morte, diferentemente do que ocorre com a febre amarela.

A insuficiência renal aguda (IRA) e a desidratação acometem na maioria dos pacientes.

A forma oligúrica é menos frequente que a forma não-oligúrica, mas está associada a pior prognóstico. Diferentemente de outras formas de IRA, os níveis de potássio plasmático estão normais ou diminuídos, raramente elevados.

Os fenômenos hemorrágicos são frequentes, podendo ocorrer na pele, nas mucosas ou nos órgãos internos, sob a forma de petéquias, equimoses e sangramento nos locais de venopunção, e também em qualquer estrutura orgânica, inclusive no sistema nervoso central. As hemorragias gastrointestinais e pulmonares são os principais mecanismos implicados com o óbito dos pacientes.

O envolvimento cardíaco mais comum é a miocardite, com alterações eletrocardiográficas, arritmias e insuficiência cardíaca ou choque cardiogênico. Ao exame do abdome, com frequência há dor à palpação; constata-se hepatomegalia em aproximadamente 70% dos casos. A esplenomegalia é rara.

5. Diagnóstico laboratorial:

• Exames específicos:

- Elisa-IgM.
- Macroaglutinação.
- Microaglutinação.

• Exames inespecíficos:

- Hemograma.
- coagulograma.
- Transaminases.
- Bilirrubinas.
- Uréia.
- Creatinina e eletrólitos.
- Gasometria.
- Exame sumário de urina.
- Raios x de tórax.
- Eletrocardiograma.

• As alterações mais comuns são:

- leucocitose, neutrofilia e desvio para a esquerda;
- anemia hipocrômica;
- aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS);
- plaquetopenia;
- elevação das bilirrubinas, principalmente da fração direta que pode atingir com frequência níveis elevados acima de 15mg/dl;
- transaminases normais ou com aumentos de 3 a 5 vezes o valor da referência (geralmente não ultrapassam 500 UI/dl), estando a TGO (AST) usualmente mais elevada que a TGP (ALT);
- fosfatase alcalina e gama glutamiltransferase (Gama GT) elevadas;
- atividade de protrombina diminuída ou tempo de protrombina aumentado;
- potássio sérico normal ou abaixo do normal, mesmo na vigência de insuficiência renal aguda;

- uréia e creatinina elevadas;
- baixa densidade urinária, proteinúria, hematúria microscópica e leucocitúria são achados frequentes no exame sumário de urina;
- líquido com xantocromia (nos casos ictericos), pleocitose moderada (abaixo de 1 mil células/mm³) linfomonocitária ou neutrofílica, comum na segunda semana da doença, mesmo na ausência clínica da evidência de envolvimento meníngeo. Pode haver predomínio de neutrófilos, gerando confusão com meningite bacteriana inespecífica;
- CK (creatinquinase) e fração MB (CK-MB) poderão estar elevadas;
- gasometria arterial mostrando acidose metabólica e hipoxemia.

6. Tratamento

• Antibioticoterapia:

- Penicilina G cristalina (adultos: de 6 a 12 milhões de unidades/dia, divididas em 4 a 6 tomadas diárias, durante 7 a 10 dias; crianças: 50 mil a 100 mil unidades/kg/dia pelo mesmo período).
- Para os pacientes alérgicos à penicilina ou que apresentem lesão renal e icterícia, sugere-se o uso do cloranfenicol (2g/dia para adultos e 50 a 100 mg/kg/dia para crianças).

• Medidas terapêuticas de suporte:

- reposição hidreletrolítica
- assistência cardiorrespiratória
- transfusões de sangue e derivados (se necessário)
- nutrição enteral ou parenteral, proteção gástrica, etc.
- acompanhamento do volume urinário e da função renal são fundamentais para se indicar a instalação de diálise peritoneal precoce, o que reduz o dano renal e a letalidade da doença.

XI – DOENÇA DIARREICA AGUDA (DDA):



A DDA é uma síndrome causada por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. Pode ser acompanhada de náusea, vômito, febre e dor abdominal. No geral, é auto-limitada, com duração entre 2 a 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição.

1. Modo de transmissão:

O modo de transmissão é por via fecal-oral:

- **Transmissão indireta:** ingestão de água e alimentos contaminados, contato com objetos contaminados (Ex.: utensílios de cozinha, acessórios de banheiros, equipamentos hospitalares).
- **Transmissão direta:** pessoa a pessoa (Ex.: mãos contaminadas) e de animais para as pessoas.

2. Modo de prevenção:

- Lavar sempre as mãos antes e depois de utilizar o banheiro, trocar fraldas, manipular/preparar os alimentos, amamentar, tocar em animais.
- Lavar e desinfetar as superfícies, utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos; proteger os alimentos e as áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais (guardar os alimentos em recipientes fechados).
- Tratar a água para beber (por fervura ou colocar duas gotas de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água, aguardar por 30 minutos antes de usar).

- Guardar a água tratada em vasilhas limpas e de boca estreita para evitar a recontaminação.
- Usar sempre o vaso sanitário.
- Manter o aleitamento materno aumenta a resistência das crianças contra as diarreias; evitar o desmame precoce.

3. Sinais e sintomas:

- Aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Em alguns casos, há presença de muco e sangue.
- Náuseas, vômito, febre e dor abdominal. No geral, é auto-limitada, com duração entre 2 a 14 dias e não confere imunidade duradoura.

4. Etiologia:

4.1 Infecciosa:

- Bactérias e suas toxinas
- Vírus
- Parasitos
- Toxinas naturais

4.2 Não infecciosa:

- Intolerância a lactose e glúten
- Ingestão de grandes quantidades de hexitóis (adoçantes)
- Ingestão demasiada de alguns alimentos
- Sais mal absorvidos (Ex: laxantes e anti-ácidos)
- Ácidos biliares (após ressecção ileal)
- Gorduras não absorvidas
- Algumas drogas (Ex.: catárticos antraquinônicos, óleo de rícino, prostaglandinas)
- Hormônios peptídicos produzidos por tumores pancreáticos.

5. Tratamento:

O tratamento da doença diarréica aguda consiste em quatro medidas:

- Correção da desidratação e do desequilíbrio eletrolítico (Planos A, B ou C)
- Combate à desnutrição
- Uso adequado de medicamentos
- Prevenção das complicações

Medicamentos CONTRA-INDICADOS na diarréia aguda:

- ANTIEMÉTICOS (Metoclopramida, Clorpromazina, etc.): podem provocar manifestações extrapiramidais, depressão do sistema nervoso central e distensão abdominal. Podem dificultar ou impedir a ingestão do soro oral.
- ANTIESPASMÓDICOS (Elixir paregórico, Atropínicos, Loperamida, Difenoxilato, etc.): inibem o peristaltismo intestinal, facilitando a proliferação de germes e, por conseguinte, o prolongamento do quadro diarréico. Podem levar à falsa impressão de melhora.
- ADSTRINGENTES (Caolin-pectina, Carvão ativado, etc.): têm apenas efeitos cosméticos sobre as fezes, aumentando a consistência do bolo fecal, além de expoliar sódio e potássio.
- ANTIPIRÉTICOS (Dipirona, etc.): podem produzir sedação, prejudicando a tomada do soro oral.
- LACTOBACILOS etc: não há evidência de sua eficácia, apenas onera o tratamento.

Anexo I – Manual do serviço de orientação e aconselhamento para sorologia anti-HIV (SOA):

1. O que é aconselhamento:

Aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente.

Especialmente no âmbito das DST e HIV/Aids, o processo de aconselhamento contém três componentes:

- Apoio emocional;
- Apoio educativo, que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/Aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- Avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco;

Esses componentes nem sempre são atingidos em um único momento ou encontro e, de certa forma podem ser trabalhados tanto em grupo como individualmente.

É importante, entretanto, que o aconselhador esteja atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no espaço grupal daquelas pertinentes ao atendimento individual.

Vale destacar que, pela singularidade da vida de cada preso, situações íntimas, como a avaliação do próprio risco e adoção de práticas mais seguras, são melhor trabalhadas num atendimento personalizado individual.

2. Objetivo:

No contexto das DST e HIV/Aids, o aconselhamento tem por objetivos promover:

- A redução do nível de estresse;
- A reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e adoção de práticas mais seguras;
- Adesão ao tratamento;
- A comunicação e o tratamento de parceiro(s) sexual (is) e de parceiro(s) de uso de drogas injetáveis.

3. População a ser atingida:

O aconselhamento em DST e HIV/Aids destina-se:

- Aos presos com HIV/Aids, seu parceiro sexual e/ou de uso de drogas injetáveis;
- Aos presos que desejam fazer o teste anti-HIV (infectados ou não);
- Aos presos que buscam ajuda devido a prováveis comportamentos de risco.

Todas as pessoas sexualmente ativas precisam estar conscientes de que uma relação sexual com penetração, na opotevida, envolve um certo risco de transmissão de DST/Aids. Todavia alguns comportamentos de risco indicam a necessidade de receberem o aconselhamento, tais como:

- Homens e mulheres com múltiplos parceiros sexuais praticando sexo com penetração e sem proteção;
- Pessoas que compartilham seringas no uso de drogas injetáveis;
- Pessoas que receberam sangue, hemoderivados ou órgãos;

ATENÇÃO

Como o aconselhamento implica na oferta de testagem sorológica anti-HIV, é importante lembrar que a realização do teste é de caráter estritamente voluntário, onde a autorização é assinada pelo preso (Anexo I).

4. Perfil do aconselhador:

- Profissionais devidamente treinados em aconselhamento;
- O treinamento é feito por um COA treinador como o de Curitiba, que treinou os funcionários do Sistema Penitenciário;

É importante que a pessoa que realiza o aconselhamento tenha conhecimento atualizado sobre DST/Aids e, em especial, disponibilidade para:

- Reconhecer as suas próprias limitações e potencialidades;
- Valorizar o que o preso sabe, pensa e sente;
- Perceber as necessidades do interno e dar respostas a estas;
- Respeitar a singularidade do preso.

5. Aconselhamento na Instituição:

Este documento propõe o aprimoramento do aconselhamento nas UP's, contemplando e efetivando o projeto de prevenção junto a população penitenciária entendendo que a prática do aconselhamento pode e deve ocorrer em instituições e circunstâncias com vistas à prevenção de DST e HIV/Aids, e é preciso ressaltar que em qualquer situação em que ocorra é fundamental a privacidade, o sigilo e o caráter confidencial sejam preservados.

6. Duração do aconselhamento:

A inserção do aconselhamento na rotina do serviço implica uma revisão do tempo que os profissionais dedicam ao atendimento dos internos. No entanto, é difícil estabelecer um tempo padronizado de duração do aconselhamento, pois varia conforme o caso.

Diante da importância epidemiológica das DST e HIV/Aids, é fundamental que sejam incluídos componentes de prevenção na prática assistencial. Cabe ao Diretor e Chefias o empenho em reajustar o fluxo de demanda e os recursos humanos disponíveis, de forma a garantir o tempo requerido para um atendimento de qualidade ao interno.

7. Procedimentos gerais atribuídos ao aconselhamento:

- Reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações prestadas;
- Identificar com clareza a demanda do interno;
- Prestar apoio emocional ao interno;
- Facilitar ao interno a expressão de sentimentos;
- Identificar as crenças e valores do interno acerca de DST, HIV/Aids;
- Utilizar linguagem compatível com a cultura do interno;
- Trocar informações sobre DST e HIV/Aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase para as situações de risco do interno;
- Ajudar o interno a avaliar e a perceber seus riscos de infecção pelo HIV e outras DST;

- Identificar barreiras para a mudança das situações de riscos;
- Contribuir para a elaboração de um plano viável de redução de riscos;
- Explicar o benefício do uso correto de preservativo e demonstra-lo;
- Avaliar possíveis dificuldades quanto ao uso do preservativo e sua superação;
- Avaliar e recomendar a possibilidade de outras práticas sexuais seguras;
- Ajudar o interno a reconhecer suas responsabilidades e possibilidades de lidar com seu problema;
- Lembrar que o consumo de drogas pode alterar a percepção de risco;
- Estimular a auto-estima e a auto-confiança do preso;
- Favorecer o fim de estigmas, mitos e preconceitos relacionados com DST e HIV/Aids;
- Estimular a disseminação das orientações recebidas;
- Encaminhar o interno para outros serviços de assistência, incluindo grupos comunitários de apoio, quando necessário;
- Trocar informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s);
- Avaliar com o interno seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram na atual DST;
- Reforçar a necessidade de adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos;
- Explicar as complicações decorrentes de não tratamento, tratamento incompleto ou automedicação das DST;
- reforçar a necessidade de retorno ao serviço se não houver melhora ou sempre que o preso apresentar algum sintoma;
- reforçar a necessidade de tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is);
- enfatizar a relação entre DST e HIV/Aids;
- oferecer a testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste;

Observações:

Pessoas que buscam testagem anti-HIV

Pré-teste:

A – INDIVIDUAL:

- reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem;
- verificar histórico anterior de testagem e riscos;
- trocar informações sobre o sistema de teste e janela imunológica;
- trocar com o interno informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- reforçar para o interno a diferença entre HIV e Aids;
- considerar com o preso o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste;

- sondar qual o apoio emocional e social disponível ao preso (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);
- avaliar com o preso a realização ou não do teste;
- considerar com o preso possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste;
- reforçar a necessidade de adoção de praticas seguras frente ao HIV, também neste período.

B – Em grupo:

- resguardar a privacidade de cada membro do grupo;
- identificar e acolher a demanda do grupo;
- utilizar linguagem compatível com a cultura dos participantes;
- trocar informações sobre o sistema de teste e janela imunológica;
- trocar com o grupo informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- considerar com o grupo, impacto dos possíveis resultados do teste;
- reforçar a diferença entre HIV e Aids;
- reforçar a necessidade de adoção de praticas seguras frente e a outras DST;
- estimular o grupo a ponderar a realização ou não do teste;
- considerar com o grupo possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste;
- explicar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas.

PÓS-TESTE

A – Diante de resultado negativo:

- lembrar que um resultado negativo significa que a pessoa (1) não está infectada ou (2) está infectada tão recentemente que não produziu anticorpos necessários para detecção pelo teste;
- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- avaliar a possibilidade de o preso estar em janela imunológica e a necessidade de retestagem;
- reforçar as praticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo preso frente ao HIV;
- reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstrá-lo;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo

de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário.

B - Diante do resultado positivo:

- permitir ao preso o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos;
- conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;
- estar atento para o manejo adequado dos sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, etc.;
- desmistificar sentimentos que associam HIV/Aids à culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte, etc.;
- lembrar que o resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida;
- enfatizar que, mesmo sendo um portador assintomático, o interno pode transmitir o vírus para outros;
- reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é tratável;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras para a redução de riscos de reinfecção pelo HIV e por outras DST;
- reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstra-lo;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário;
- enfatizar a necessidade de o resultado ser comunicado ao(s) parceiro(s) atual(is), oferecendo ajuda, caso seja solicitada;
- orientar quanto à necessidade de o(s) parceiro(s) atual(is) realizar(em) teste anti-HIV.











APOIO:

